

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON**

**FACULTAD DE ENFERMERIA  
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION**



**ADAPTACION PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN  
EMBARAZADAS PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO OBSTETRICO**

**Por**

**LIC. MARTINA ONTIVEROS PEREZ**

**Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfasis en Salud Comunitaria**

**DICIEMBRE, 2006**



**BIBLIOTECA**

**No permitido para fotocopiar**

# UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



FAEN / UANL

BIBLIOTECA

ADAPTACION PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN  
EMBARAZADAS PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO OBSTETRICO

Por

LIC. MARTINA ONTIVEROS PEREZ

AC14  
058  
2006  
C. 2  
1143  
09558

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA  
Con Enfoque en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2006

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN EMBARAZADAS  
PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Por

LIC. MARTINA ONTIVEROS PÉREZ

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2006

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN EMBARAZADAS  
PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Por

LIC. MARTINA ONTIVEROS PÉREZ

Director de Tesis

ME. JULIA TERESA LÓPEZ ESPAÑA

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2006

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN EMBARAZADAS  
PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Por

LIC. MARTINA ONTIVEROS PÉREZ

Asesor Estadístico

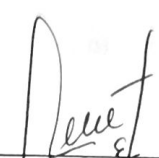
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de  
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA  
Con Énfasis en Salud Comunitaria

DICIEMBRE, 2006


ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN EMBARAZADAS  
PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Aprobación de Tesis



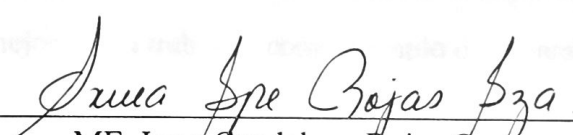
---

ME. Julia Teresa López España  
Director de Tesis



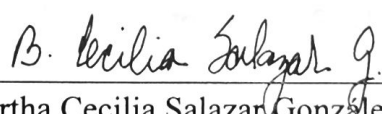
---

ME: Julia Teresa López España  
Presidente



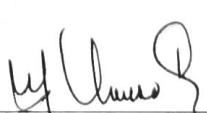
---

ME. Irma Guadalupe Rojas Garza  
Secretario



---

Bertha Cecilia Salazar González, PhD  
Vocal



---

MSP. María Magdalena Alonso Castillo  
Subdirector de Posgrado e Investigación

## Agradecimientos

A las autoridades del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora por la oportunidad y las facilidades para continuar preparándome profesionalmente.

A la Facultad de Enfermería, por haberme brindado facilidades para la culminación de la Maestría en Ciencias de Enfermería, así mismo a la sub-directora de posgrado de esta institución la MSP. María Magdalena Alonso Castillo.

A mi Director de tesis ME. Julia Teresa López España, gracias por permitirme compartir conocimientos, experiencia, tiempo y por su acertada asesoría para terminar este trabajo.

A mis asesoras de tesis Bertha Cecilia Salazar González PhD, y ME. Irma Guadalupe Rojas Garza por su apoyo incondicional en todo momento, por sus enseñanzas, aportaciones para mejorar este trabajo y como ejemplo de superación profesional.

A todos mis profesores de Maestría, a cada uno de ellos gracias por permitirme recibir de cada uno lo mejor, los tendré siempre presentes.

A mis compañeras y amigas de la Maestría Mago, Sandra y Marcela quiero agradecer su incondicional apoyo y ayuda, por permitirme compartir con ustedes todo tipo de momentos, gracias

## Dedicatorias

A mis padres

Alberto<sup>†</sup> y Natalia<sup>†</sup>. A quién debo lo que soy.

A mi esposo

JESUS; por *tu apoyo* y comprensión, por compartir conmigo mis tristezas, alegrías, y alentarme en todo lo que quiero y hago, gracias por todo. Te quiero mucho.

A mis adoradas y queridas hijas

Liz, Tania y Dinorah, por su paciencia, apoyo y entendimiento que fue necesario invertir en esta aventura académica. Gracias, las amo.

A mis hermanos

Tere, Natalia, Paula, y Juan, quienes en todo momento han estado al pendiente de mí, durante todo el transcurso de mi vida.

A mi pequeña nieta

Analibier por las horas robadas con amor.

A mi hijo político

Jorge, por sus oraciones y *buenos* deseos.

A mis sobrinos

Daniel Omar y Paola; gracias por el apoyo y cariño que me han brindado siempre, y por estar cerca de mí



## Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco de Referencia	3
Estudios Relacionados	7
Definición de Términos	11
Objetivo General	12
Objetivos Específicos	12
Capítulo II	
Metodología	13
Diseño de Estudio	13
Población, Muestreo y Muestra	13
Criterios de Inclusión	14
Instrumento de Medición	14
Procedimiento de Recolección de la información	15
Consideraciones Éticas	16
Análisis de Resultados	17
Capítulo III	
Resultados	19
Consistencia Interna	19
Estadística Descriptiva	20
Estadística Inferencial	22

Contenido	Página
Capítulo IV	
Discusión	29
Conclusiones	32
Recomendaciones	32
Referencias	33
Apéndices	36
A. Cédula de Identificación	37
B. Cuestionario de Autoevaluación de Lederman PQES	38
C. Cuestionario IDARE	44
D. Autorizaciones del Estudio	46
E. Consentimiento Informado	48
F. Matriz de correlación de $r$ Pearson entre ansiedad y adaptación psicosocial	52

## Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Consistencia Interna de los instrumentos	19
2. Estadística descriptiva de algunos datos sociodemográficos, obstétricos y prueba de Kolmogorov-Smirnov	20
3. Estadísticas descriptivas de ansiedad estado, adaptación psicosocial y prueba de Kolmogorov-Smirnov	21
4. Distribución de niveles de Ansiedad en primigestas	22
5. Matriz de correlación de Spearman entre ansiedad estado y adaptación psicosocial al embarazo	23
6. Prueba $\chi^2$ cuadrada para diferencia de nivel ansiedad por trimestre	24
7. Prueba de $t$ de Student para diferencia de algunas de las dimensiones de adaptación psicosocial con trimestre de embarazo	25
8. Prueba $U$ de Mann-Whitney para algunas de las dimensiones de adaptación psicosocial por trimestres de embarazo	26
9. Matriz de correlación de Spearman entre ansiedad estado, adaptación psicosocial, factores sociodemográficos y obstétricos	27
10. Prueba $U$ de Mann Whitney para la diferencia entre la dimensión relación con el esposo y estado civil.	28
11. Prueba $U$ de Mann Whitney para la dimensión de aceptación del embarazo y ocupación.	28
12. Matriz de correlación $r$ de Pearson entre ansiedad estado y adaptación psicosocial	52

## RESUMEN

Martina Ontiveros Pérez  
Universidad Autónoma de Nuevo León  
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre 2006

Título de Estudio: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD  
EN EMBARAZADAS PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO  
OBSTÉTRICO

Número de Páginas: 51

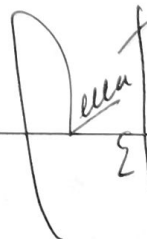
Candidato para Obtener el Grado de  
Maestría en ciencias de enfermería  
con Énfasis en Salud Comunitaria

**Propósito y Método de Estudio:** El propósito del estudio fue describir y relacionar la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado en mujeres primigestas de bajo riesgo obstétrico. El diseño fue descriptivo y correlacional. El método de muestreo fue probabilístico y sistemático. El tamaño de la muestra se determinó en 200 mujeres primigesta de segundo y tercer trimestre de embarazo. Los instrumentos utilizado fueron el cuestionario de autoevaluación de Lederman y el cuestionario de ansiedad rasgo-estado se obtuvo un Alpha de Cronbach de .89 y .87 respectivamente.

**Contribuciones y Conclusiones.** La media de ansiedad estado fue de 34.98 ( $DE = 8.79$ ) y la de adaptación psicosocial general de 136.26 ( $DE = 21.24$ ). Las dimensiones de la adaptación psicosocial con menor media fue: relación con su madre 14.01 ( $DE = 5.07$ ) y la mayor fue: preocupación por su bienestar y el bebé 23.80 ( $DE = 5.24$ ). La correlación de Spearman para adaptación psicosocial y la ansiedad estado fue ( $r_s = .56, p < .01$ ), lo cual significa que a mayor puntaje de ansiedad, menor adaptación psicosocial. En las dimensiones que se encontró correlación con datos sociodemográfico fue en la ansiedad con ingreso económico ( $r_s = -.20, p < .01$ ) y escolaridad ( $r_s = -.25, p < .01$ ) que significa que entre menor ingreso y menor escolaridad, mayor es la ansiedad estado. La adaptación psicosocial mostró asociación con edad ( $r_s = -.14, p < .05$ ), ingreso económico ( $r_s = -.267, p < .01$ ) y escolaridad ( $r_s = -.252, p < .01$ ), lo que significa que a menor edad, ingreso económico y escolaridad, mayor problema para la adaptación psicosocial.

Las primigestas que tienen mayor ansiedad presentan menor adaptación psicosocial al embarazo. El bajo ingreso económico, tener menos edad y menor escolaridad, son factores que se asociaron con menor adaptación psicosocial. Una menor escolaridad, menor ingreso económico y una menor edad gestacional se asociaron a una menor preparación al parto. Las primigestas con menor ingreso económico y menor escolaridad presentan mayor ansiedad. El nivel de ansiedad que predominó fue la ansiedad baja.

FIRMA DEL DIRECTOR DEL TESIS





## Capítulo I

## Introducción

El embarazo es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, tanto a nivel fisiológico, psicológico y social, entre los fisiológicos se encuentran los cambios hormonales que propician un sin fin de síntomas entre ellos, la náusea, vómito, cloasma facial, entre otros. Estos cambios hormonales no solo afectan la fisiología de la mujer, sino que propician cambios a nivel emocional, entre ellos al estado de ánimo, la mujer puede sentirse ambivalente hacia su embarazo, ya que por un lado, siente alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final del embarazo. En lo social, la mujer advierte el cambio de rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidarse y ser buena madre (Burroughs, 1999; Reeder, 2001). Salvatierra, (1989) y Torres, (2004) señalan que el conjunto de cambios que se suscitan en el embarazo someten a la mujer a un estrés que se manifiesta en ansiedad, ésta se agravará si la mujer se desarrolla en un entorno social inadecuado.

Lederman (1996) considera que la mujer pasa por una transición psicosocial, debido a que pasa de ser una mujer sin hijos a una con hijos. Considerando esta transición como un proceso que abarca desde el inicio del embarazo hasta el posparto, ya que durante este tiempo, la mujer cambia sus necesidades y prioridades, debido a que vislumbra un nuevo rol que implica tareas y responsabilidades diferentes a las que tenía.

Este proceso de cambio incrementa nivel de ansiedad, en forma gradual en el transcurso de su embarazo, aunque cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicosociales, sin embargo los cambios en el estado de ánimo como la ansiedad y la depresión son más evidentes en el segundo trimestre. Al respecto, Morales, Luque y Barroso (2002), en su estudio sobre la prevalencia de problemas emocionales

en eventos ginecobstétricos en mujeres de la ciudad de México, identificaron que las mujeres con eventos obstétricos presentaban más ansiedad que las de evento ginecológico. Mientras que Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal (2003) encontraron en población española que la ansiedad se presentó más en el segundo trimestre del embarazo, que en el primero y el tercero, esto puede explicarse porque en el segundo trimestre, la mujer confirma su embarazo y los cambios son más evidentes, además percibe de manera objetiva al feto, lo que la confronta a la realidad en su embarazo.

Para Torres (2004) un cierto nivel de ansiedad es necesario, debido a que estimula a la mujer a encontrar herramientas en su interior y exterior, para enfrentar este proceso, sin embargo en algunas situaciones la mujer se siente inútil, en su forma de pensar y en su forma de actuar y puede interferir seriamente en las actividades diarias de la vida, ser incapaz de enfrentar el embarazo y el cuidado de su persona, lo que puede tener repercusiones tanto en la salud física y mental de ella como de su bebé. Respecto a ello, algunos autores, han encontrado que la ansiedad puede ocasionar abortos, partos prematuros, mayor riesgo de cesárea y alteraciones en el desarrollo fetal ( Dole et al., 2003; Relier, 2001; Wadhwa, Dunkel-Schetter, Chicz-De Met, Porto y Roesch, 1996).

En México, hasta el momento en que se planteó este estudio solo se había estudiado la ansiedad en el embarazo en primigestas de bajo riesgo y sólo un estudio había abordado las dos variables ansiedad y adaptación psicosocial, pero solo con dos de sus dimensiones. Sin embargo, casi al terminar este estudio, se identificó otro artículo en cual abordan todas las dimensiones, no obstante no utilizaron la variable ansiedad, por lo que solo se utilizó para la discusión de los resultados. Por lo anterior se realiza la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado en primigestas de bajo riesgo obstétrico?

Este estudio permitió conocer la relación entre el nivel de ansiedad y la adaptación psicosocial al embarazo en primigestas de bajo riesgo obstétrico. Para la

enfermera que se desempeña en el campo materno infantil, los resultados son de gran utilidad, porque se obtuvieron aportaciones para abordar fenómenos con los que se enfrenta a menudo en su práctica diaria, como lo es la ansiedad y la adaptación.

### *Marco de Referencia*

El presente estudio se basa en el Modelo de Adaptación Psicosocial al embarazo de Lederman (1996) y en el concepto de ansiedad de Spielberger y Guerrero (1975).

El modelo de Lederman distingue al primer embarazo como un periodo de transición entre la mujer sin hijo a la mujer con hijo. Durante los nueve meses de gestación, la mujer debe prepararse para la reestructuración del nuevo paradigma, con el bebé como una parte integral y trascendental. Dicho cambio toma lugar en el embarazo hasta el nacimiento donde no puede haber retorno al modelo anterior. Cuando los dos roles no pueden ser reconciliados y para ello requiere de excesivo tiempo como para completarse en nueve meses, el embarazo puede convertirse en un periodo cargado de intensos conflictos y ambivalencia. Lederman propone siete dimensiones: preocupación por su bienestar y del bebé, aceptación del embarazo, identificación con el papel de madre, preparación para el parto, temor a la pérdida del control y desamparo, relación con la madre y relación con el padre. Para explicarse las respuestas de adaptación y de mala adaptación, evaluó las escalas de cada una de las dimensiones entre sí y encontró resultados estadísticamente significativos en las relaciones de las siete dimensiones en diferentes grupos de mujeres sin complicaciones (Lederman, 1996, p 19).

La primera dimensión de preocupación por el bienestar de ella y su bebé, se inicia desde el primer momento en que se sabe embarazada hasta el nacimiento y posparto. La mujer empieza a tener miedo porque el bebé no pueda lograrse y que ella misma pueda morir durante el embarazo o el parto. Muchas de ellas inician con sueños, donde observan al bebé con malformaciones, o donde ellas mueren, por lo cual, la

ansiedad aumenta. Además, esto puede incrementarse si alguien cercano a ella ha enfrentado situaciones de bebés con malformaciones o con muertes. (Lederman, 1996, p 282)

La segunda dimensión es la aceptación al embarazo que se refiere a las reacciones de anticipación quizás de euforia. Es frecuente que la embarazada presente optimismo y al mismo tiempo esté invadida de dudas, estas reacciones anticipadas de alegría, son comunes en la mujer que ha buscado la maternidad, sin embargo empieza a preocuparse por el resultado final de su embarazo, la preocupación de que ella y su bebe pueden morir por lo que busca el cuidado oportuno que le permita vigilar y mantener la salud de ambos entre ellas el cuidado del niño. Sin embargo, puede tener sentimientos de ambivalencia en cuanto a su deseo de tener a su hijo.

Por un lado, está el avanzar en su ciclo de vida familiar y por otro, el cambio que el bebé pueda ocasionar en su vida como, el trabajo, ratos de ocio, amistades, además de los problemas con los cambios en su autoimagen que para algunas embarazadas serán cambios agradables y satisfactorios, mientras para otras, las molestias que conllevan el abultamiento del vientre, el aumento de peso, crecimiento del tamaño de las mamas y la hiperpigmentación de la piel, serán cambios fisiogravídicos que le genera conflicto con su autoestima (Lederman, 1996, p 31-53).

La tercera dimensión es la identificación con el rol de madre en que los esfuerzos deben necesariamente enfocarse al rol de la maternidad. Debe para ello, desarrollar un proceso determinado con un énfasis paulatino, en donde la futura madre pasa de ser una mujer sin hijos a una unidad madre hijo, pero a la vez, la individualidad del futuro bebé deberá ser reconocido como otra persona dependiente íntegramente de ella. La madre debe considerar al niño como otra persona significativa en su vida, como un ser único separado de ella misma. Algunas mujeres no han considerado el significado de la



relación maternal hasta que repentinamente se enfrentan al nuevo rol y, como resultado, se genera un gran nivel de ansiedad (Lederman, 1996, p 54 -89).

La cuarta dimensión de preparación para el parto es cuando una mujer aprende y se prepara para el evento del parto se enfrenta todavía con otra paradoja; ella debe escuchar a su cuerpo y trabajar activamente con él, para ello se prepara a través de varios medios, como acudiendo a clases, leyendo libros y uniéndose a grupos con otras embarazadas. Tales esfuerzos están esparcidos con miedo a lo inexplorado, se pregunta como actuará en el parto, como llegará al hospital y si lo hará a tiempo. El parto y la expulsión son un viaje hacia lo desconocido y el resultado nadie lo puede predecir, por lo que esta dimensión asume la adquisición de autoconfianza (Lederman, 1996, p 152-187).

En la quinta dimensión de temor a la pérdida de control y desamparo, la mujer afronta otra paradoja, a pesar de que ella sabe que no tiene control sobre sus contracciones, debe tomar un cierto grado de responsabilidad, actuar bien y amablemente aceptar la ayuda cuando ella la necesite durante las contracciones. Está íntimamente relacionada con la preparación para el parto, el temor puede ser adaptativo o no adaptativo si éste comienza a ser excesivamente confuso. Las asociaciones de dolor pueden disparar miedos acerca de la pérdida del control y una subsiguiente pérdida de autoestima. El concepto de control en nuestra sociedad tiene un significado especial y este elemento es exteriorizado en las mujeres con preocupaciones y sus temores acerca del parto (Lederman, 1996, p 188 – 218).

La sexta dimensión de relación con su madre, consiste en la revalorización de la relación madre-hija. Una mujer que por primera vez se embaraza, indudablemente se refleja en su propia madre y reevalúa la calidad de su relación actual con su madre, considera la posibilidad de una reconciliación empática si existió un problema entre ellas antes; porque ahora ella reconoce a su madre como un ser humano con límites. Este

proceso de volver a trabajar en la relación madre-hija puede continuar en el transcurso del embarazo. Una buena relación con la madre, ayuda a construir su propio rol de la maternidad y un fundamento sólido para identificarse, también esta asociada con un grado razonable de auto-confianza respecto a la maternidad y con menos miedo y ansiedad en el embarazo y el nacimiento (Lederman, 1996, p 90 -109).

La séptima dimensión es la relación con el esposo, consiste en la preocupación que piensa su pareja como padre por el futuro rol, así como, la relación marital durante el desarrollo de su embarazo, la mujer comienza no sólo a preocuparse con su futuro rol, sino también con el de su pareja como padre. La futura madre nota con frecuencia que tanto ella, como su esposo, experimentan una sensación acrecentada de vulnerabilidad durante el desarrollo del embarazo (Lederman, 1996, p 110 – 125)

En resumen la maternidad es un proceso de transición psicológica cargada con gran cantidad de variables, de progreso y resistencia, si la futura madre no se adaptó para el término de su embarazo, puede manifestar pérdida de control sobre sus emociones y presentar ansiedad, cuando se enfrenta a la inminente llegada del infante que puede ser incrementada por imposiciones y expectativas sociales.

La mujer embarazada presenta cada vez más nerviosismo pensamientos distorsionados sentimientos de inconformidad y se siente atrapada y sin salida (Salvatierra, 1989). Al respecto Spielberger y Guerrero (1975) mencionan que cuando se pierde el control de las emociones se presenta ansiedad. La cual es clasificada en dos tipos la Ansiedad Estado y la Ansiedad Rasgo, la primera es considerada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientes percibidos de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema autonómico, aquí los estados de ansiedad pueden variar de intensidad y fluctuar a través del tiempo. El segundo tipo de ansiedad es la ansiedad rasgo que se refiere a las diferencias entre las personas respecto a la tendencia a

responder a situaciones percibidas como amenazantes y se manifiesta con elevaciones en la intensidad de la ansiedad estado, posee disposiciones que permanecen latentes hasta que son activadas por algunos estímulos. Para fines de este estudio solo se abordará la ansiedad estado.

### *Estudios Relacionados*

Los estudios relacionados que apoyan la presente investigación se presentan de la siguiente manera, adaptación psicosocial y ansiedad y estudios que sólo abordan esta última.

Lederman y Lederman (1979) estudió la relación entre adaptación psicosocial y la ansiedad, en 32 mujeres primigestas, de 20 a 32 años, de una clínica donde se ofrecía clases de Lamaze de preparación para el parto. Los resultados mostraron asociación significativa ( $p < .01$ ) entre ansiedad y las dimensiones de temor a la pérdida de control ( $r = .70$ ), miedo a quedarse sin apoyo ( $r = .64$ ), identificación con el rol maternal ( $r = .62$ ) miedo al dolor al parto ( $r = .58$ ), relación con la madre ( $r = .51$ ), y aceptación del embarazo ( $r = .33$ ), lo que significa que hay mayor ansiedad cuando la mujer tiene mayor miedo a la pérdida de control, a estar sola o desamparada, mayor miedo al dolor al parto, a una relación deficiente con su madre y pobre aceptación de su embarazo. Lo anterior significa que una menor adaptación psicosocial genera mayor ansiedad.

Delabra (2005) realizó un estudio en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, para determinar la relación entre la preparación para el parto, las preocupaciones sobre sí misma y el bebé y la ansiedad en embarazadas, en una muestra de 174 mujeres primigestas de 17 a 33 años. Los resultados muestran que la ansiedad estado obtuvo una media de 30.99 ( $DE = 14.67$ ), la preparación para el parto alcanzó una media 46.00 ( $DE = 18.75$ ) para la preocupación del parto obtuvo una media de 48.19 ( $DE = 18.84$ ). También reportó una relación entre las variables de estudio ( $r = -.24, p < .01; r = .57$ ,

$p < .01$ ) respectivamente, que significa que a mayor preparación sobre el parto, menor ansiedad reportada por la embarazada, además, al aumentar las preocupaciones sobre sí mismas y el bebé es mayor la ansiedad estado

Respecto a los datos sociodemográficos encontró relación entre la edad y preocupaciones sobre el parto ( $r = -.22, p < .01$ ), entre preparación para el parto y escolaridad ( $r = -.19, p < .01$ ) que significa que las mujeres de menor edad tienen menor preparación para el parto y las que tienen menor escolaridad presentan mayor preocupación para el parto. También se encontró asociación significativa entre ansiedad estado y edad ( $r = -.20, p < .01$ ) que significa que entre menor edad tengan las primigestas mayor es la ansiedad estado. Otro dato reportado fue la diferencia de ansiedad estado por ocupación ( $U=2067.00, p < .01$ ), las mujeres que no realizaban ninguna actividad, fueron las que tenían mas ansiedad ( $\bar{X} = 35.69, DE = 15.75$ ) que las amas de casa ( $\bar{X} = 28.52, DE = 12.81$ ).

Lederman, Silva, López y Delabra, (2006) con el propósito de determinar la relación de la adaptación psicosocial en el embarazo y el posparto en 52 mujeres primigestas realizaron un estudio en la ciudad de Monterrey, Nuevo León, se utilizó el Prenatal Self Evaluation Questionarie, versión en español. Las características de la muestra señalan que la media de edad fue de 20 años ( $DE = 3.25$ ), el 53.9% tenía escolaridad de secundaria, el 76% es ama de casa y desempleada, el 90.38% era casada. Las medias de las dimensiones fueron las siguientes: preocupación por el bienestar de ella y su bebe fue de 21.62 ( $DE = 6.2$ ), aceptación del embarazo 19.37 ( $DE = 3.68$ ) identificación con el rol de madre 21.26 ( $DE = 4.75$ ), preparación para el parto 21.00 ( $DE = 4.26$ ), temor a la pérdida de control y desamparo 20.13 ( $DE = 4.47$ ), relación con la madre 16.06 ( $DE = 6.09$ ), relación con el esposo de 14.39 ( $DE = 3.16$ ) y la adaptación general de 131.66 ( $DE = 21.17$ ) La dimensión donde había mejor adaptación fue en la relación con el esposo y la de menor adaptación fue preocupación por el bienestar de ella y su bebe.

Además señala que la aceptación del embarazo fue mayor en mujeres casadas que en unión libre ( $F = 4.97$  gl 2,  $p < .01$ ) ( $18.36 \pm 5.4$  vs  $23.33 \pm 5.28$ ) y la preparación para el parto fue mayor en primigestas con nivel de profesional que de secundaria ( $F = 6.20 < .01$ ) ( $\bar{X} = 15.00 \pm 6.8$  vs  $\bar{X} = 22.61 \pm 3.97$ ), también hubo diferencia en la ocupación ( $t = 2.18$ ,  $p = .01$ ) con preparación del parto siendo mayor en las mujeres amas de casa o desempleadas que las mujeres empleadas ( $\bar{X} = 15.75 \pm 6.40$  vs  $\bar{X} = 21.93 \pm 3.99$ ) que significa que las mujeres que viven en unión libre, con menor preparación escolar y desempleadas, presentan menor adaptación en las dimensiones aceptación del embarazo y preparación para el parto, que las casadas, universitarias y empleadas.

Lederman, Harrison y Worsham, (1992) estudiaron las relaciones entre las dimensiones de adaptación psicosocial en los diferentes trimestres del embarazo, en una muestra conformada por 689 mujeres. Reportaron que la dimensión de preocupación por el bienestar de la mujer y del bebé fue diferente en los tres trimestres y la diferencia más significativa fue entre el segundo y tercero, siendo este último en donde hay mayor adaptación del embarazo ( $\bar{X} = 20.0$ ,  $DE = 6$  vs  $\bar{X} 18.2$ ,  $DE = 6.5$ ;  $t = 2.0$ ,  $p = <.01$ ).

Otra diferencia reportada entre el segundo y tercer trimestre fue en la dimensión de miedo al dolor y a la pérdida de control ( $t = 1.1$ ,  $p <.05$ ). y fue en el segundo trimestre donde las mujeres tuvieron mayor problema en esta dimensión que en el tercero ( $\bar{X} = 22.0$ ,  $DE = 5.9$  vs  $\bar{X} = 20.9$ ,  $DE = 5$ ). Lo anterior puede ser interpretado como desarrollo de madurez y adaptación de la madre de acuerdo al progreso del embarazo y adquisición de conocimiento acerca del proceso del parto y de las habilidades de autoayuda para hacer frente al parto.

En otro estudio realizado por Kielh y White (2003) investigaron adaptación maternal entre mujeres de Noruega, Suecia y los Estados Unidos, en 147 mujeres saludables primíparas en su tercer trimestre de embarazo. El propósito fue examinar la adaptación maternal durante el embarazo. En este estudio se encontró una relación

positiva entre las variables sociodemográficas, familiares y la adaptación maternal, en las madres noruegas y en las de Estados Unidos se encontró que entre mayor era la madre, menor era la adaptación del embarazo ( $r = 0.40, p = 0.001$ ); en contraste entre más joven fuera la madre sueca mayor la sensación de bienestar durante el embarazo ( $r = 0.34, p = 0.01$ ).

Gurung, Dunkel-Schetter, Collins, Rini y Hobel (2005), en el área de los Ángeles California examinaron los factores personales, interpersonales y contextuales que podrían reforzar o reducir las percepciones de ansiedad prenatal, en una muestra de 453 afro-americanas, latinas y mujeres blancas, midieron ansiedad estado en los dos últimos trimestres con la escala de ansiedad State-Trait Anxiety Inventory (STAI), para ello utilizaron pruebas estadísticas, como la regresión lineal o múltiple y correlaciones, sin embargo para fines de este estudio solo se consideraron las correlaciones.

Los resultados muestran que en el segundo trimestre se encontró una asociación negativa de la ansiedad estado con edad, ingresos económicos, estabilidad marital, actitud ante el embarazo y el control de sí misma, ( $r = -.13, -.12, -.17, -.18, -.34, -.31, p < .01$ ). Esto significa que las mujeres con menor edad, ingreso económico, estabilidad marital, actitud ante el embarazo y el control de si misma, mayor es la ansiedad. En el tercer trimestre solo no se encontró asociación significativa con el apoyo de la pareja. ( $r = .06, p > .05$ ).

Sánchez, Bermúdez y Buela-Casal (1997) evaluaron en una muestra de 39 mujeres primigestas españolas, las diferencias en los niveles de depresión, ansiedad estado, ansiedad rasgo, entre embarazadas que se encuentran en el primero, segundo y tercer trimestre de gestación. Los autores encontraron que en la ansiedad estado en el primer trimestre obtuvo una media de  $10.75 \pm 10.23$ , en el segundo trimestre la media fue de  $14.50 \pm 8.17$  y en el tercero de  $11.15 \pm 6.32$ . Los autores concluyeron que no existe diferencia significativa ( $\chi^2 = 1.38, p > .05$ ) en la ansiedad estado, y que el estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación.

En resumen los resultados de la literatura revisada, señalan que la ansiedad es mayor en el segundo trimestre del embarazo que en el tercero. Cuando las mujeres tienen mayor miedo a la pérdida de control, a estar solas o desamparadas, mayor miedo al dolor al parto, una relación deficiente con su madre y pobre aceptación de su embarazo existe mayor nivel de ansiedad. Lo anterior significa que una menor adaptación psicosocial al embarazo genera mayor ansiedad. Además se muestra que a menor edad, escolaridad y vivir en unión libre mayor es la ansiedad y menor es la adaptación psicosocial.

### *Definición de Términos*

Para el presente estudio se utilizaron las siguientes definiciones.

**Adaptación psicosocial:** Es la percepción de la mujer, sobre sus sentimientos sobre la aceptación de la maternidad, sus preocupaciones, prioridades y habilidades para el nacimiento y el cuidado del hijo (Lederman, 1996). En la primigesta de bajo riesgo obstétrico. Está conformada por siete dimensiones:

- Preocupación por su bienestar y del bebé: son los miedos que la mujer tiene sobre la salud de ella y de su bebé.
- Aceptación del embarazo: considerada como la planeación y tolerancia de las molestias propias del embarazo.
- Identificación con el rol de madre: es la motivación y preparación para la maternidad, se manifiesta por conductas de vinculación materno-fetal.
- Temor a la pérdida de control y desamparo en el parto: es la habilidad que tiene la mujer para afrontar la tensión, dolor y mantener el control.
- Preparación para el parto: es la información que tiene la mujer sobre el nacimiento de su futuro bebé y se manifiesta con conductas que debe realizar durante el parto.
- Relación con la madre: es la vinculación de la madre e hija, se manifiesta por disponibilidad de la madre con la embarazada, sus reacciones al embarazo de su hija,

respeto a la autonomía de su hija, deseo de recordar buenos momentos, empatía de la embarazada hacia su propia madre

- Relación con el esposo ó pareja: vínculo entre la embarazada y su pareja, y se manifiesta por preocupación mutua por las necesidades de la pareja y cómo influye el embarazo en la relación.

La ansiedad estado, es la condición emocional transitoria de la mujer embarazada primigesta de bajo riesgo obstétrico, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como de una hiperactividad del sistema autonómico.

### *Objetivo General*

Describir la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado en mujeres primigestas de bajo riesgo obstétrico.

### *Objetivos Específicos*

1. Identificar la diferencia de ansiedad estado presentado por las primigestas de bajo riesgo obstétrico durante el segundo y tercer trimestre de gestación
2. Identificar la diferencia de adaptación psicosocial en primigestas de bajo riesgo obstétrico durante el segundo y tercer trimestre de embarazo.
3. Determinar que factores sociodemográficos se relacionan en la adaptación psicosocial, en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico.



## Capítulo II

### Metodología

El presente capítulo aborda el diseño del estudio, la población, el plan de muestreo y muestra, instrumentos que se utilizaron, procedimientos, método de recolección de datos, análisis de los datos y las consideraciones éticas observadas en la presente investigación.

#### *Diseño del Estudio*

El estudio es de tipo descriptivo, correlacional (Polit & Hungler, 1999). Este tipo de estudio es el indicado porque se buscó describir las características de los participantes del estudio y la relación entre ansiedad estado y adaptación psicosocial al embarazo en mujeres primigestas de bajo riesgo obstétrico, así como la diferenciación de la ansiedad y adaptación psicosocial en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

#### *Población, Muestreo y Muestra*

La población de estudio estuvo conformada por embarazadas primigestas que acudieron a consulta de control de su embarazo en dos instituciones públicas de primer y segundo nivel de atención de la ciudad de Hermosillo, Sonora, ambas instituciones atienden a población de nivel socioeconómico medio a bajo.

El método de muestreo seleccionado fue probabilístico sistemático de uno en dos embarazadas primigestas a partir de los registros de consulta de bajo riesgo para formar dos grupos: uno del segundo y el otro del tercer trimestre de embarazo. El tamaño de la muestra para cada grupo se determinó mediante el paquete n'Query advisor 4.0, con un nivel de significancia de 0.05; bilateral, con un tamaño del efecto de  $r = .40$  y potencia de .80 (Elashoff, Dixon, Crede & Fotheringham, 2000) obteniendo una muestra total de 200, para fines de este estudio se asignó 100 para cada grupo de embarazadas.

### *Criterios de Inclusión*

Primigestas, de 18 a 35 años de edad, que estuviesen en el segundo y tercer trimestre de embarazo que sea de bajo riesgo según la Norma Oficial Mexicana, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (*NOM-007-SSA 2- 1993*), que tenga pareja y madre o una mujer que sustituya el rol maternal.

### *Instrumentos de Medición*

Se utilizaron en este estudio dos instrumentos y una cédula de identificación (CDI) (Apéndice A) que se construyó para registrar datos sociodemográficos y obstétricos de las embarazadas, tiene nueve reactivos con información acerca de: edad, ocupación, ingreso económico mensual, escolaridad, edad gestacional y el estado civil.

Para medir la variable adaptación psicosocial se utilizó la versión en español del cuestionario de auto evaluación prenatal de Lederman (1979), (*Prenatal Self Evaluation Questionnaire. [PSEQ], 1979*) (Apéndice B) el cual consta de 79 reactivos distribuidos en siete dimensiones: preocupación por el bienestar de la madre y del bebé, aceptación del embarazo, identificación del papel de madre, preparación para el parto, temor a perder el control y desamparo, relación con la madre y, relación con su pareja. La escala de respuestas cuenta con cuatro opciones que van del 1 a 4 en donde 4 corresponde a mucho, 3 moderado, 2 algo, y 1 a nada.

El cuestionario contiene 32 reactivos negativos y 47 en reactivos con frases en forma positiva, estos últimos, por advertencia de la autora, son en los que se invirtieron los valores para su procesamiento: 1- 4, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 15, 18-26, 28, 31, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 47-50, 53, 55, 56, 59, 60, 61, 66 70-75, 78 y 79, de tal manera que a menor calificación (79 es la mínima) mayor adaptación psicosocial al embarazo, en caso contrario, una calificación máxima (316 es la más alta), indicó deficiente adaptación psicosocial al embarazo. El Alfa de Cronbach reportado por Lederman en sus diferentes dimensiones varía de .79 a .92. En México, Delabra (2005) reportó para la dimensión de

preocupaciones en el parto .72 y para la de preparación para el parto .69 y recientemente Lederman et al. (2006) reportaron un alfa del cuestionario total de .90 y de las dimensiones oscilaron entre .67 y .88.

Para medir la ansiedad estado se utilizó el cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (El Inventario de la Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI [State Trait-Anxiety Inventory]), Spielberger y Guerrero (1975), (Apéndice C), está conformado por 20 frases con las que el sujeto puede describir como se siente en un momento particular. La escala cuenta con cuatro opciones de respuesta 1 a 4, en donde, 1 corresponde a no en lo absoluto, 2 un poco, 3 bastante y 4 mucho.

Las puntuaciones pueden variar desde un mínimo de 20 puntos hasta un máximo de 80, el IDARE contiene reactivos directos (10) y otros con valor inverso (10): 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20, de tal manera que una puntuación de 20 significa menor ansiedad y de 80 mayor ansiedad. En lo que respecta a la consistencia interna el Alpha de Cronbach reportado en población mexicana es de .84 (Delabra, 2005).

La ansiedad se clasificó en cinco niveles, considerando el índice de ansiedad que se obtuvo de la suma de los 20 reactivos del instrumento de Spielberger. Si el rango es de 20 a 31 es ansiedad muy baja, si el rango es de 32 a 44 es ansiedad baja, si el rango es de 45 a 55 la ansiedad es media, si es de 56 a 67 es ansiedad alta, y por último si el rango es 68 a 80 la ansiedad muy alta (Izquierdo, 2003).

### *Procedimiento de Recolección de la Información*

Después de obtener la autorización por los directivos (Apéndice D) de las instituciones en donde se realizó el estudio, así como de las Comisiones de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, (UANL) se procedió a solicitar al Jefe de la consulta un lugar para la aplicación de los instrumentos, el lugar asignado fue un consultorio que estaba cerca de la sala de espera del resto de los consultorios de la clínica. Los sujetos del estudio se seleccionaran

de uno en dos, de la lista diaria de la consulta de bajo riesgo, en los meses de Julio, Agosto y Septiembre que se llevó a cabo el estudio, se acudió a las salas de espera de la consulta externa donde se abordó a cada una de las embarazadas, se platicó con ellas a fin de constatar que reúnen los criterios de inclusión.

Una vez contactadas se le invitó a participar en la investigación, se les entrevistó mientras esperan la consulta o al terminar ésta. Se cuidó en todo momento de que la entrevistada no perdiera su turno de su cita. Antes de dar inicio a la entrevista se les explicó el objetivo de la investigación. La autora del estudio realizó la entrevista a cada una de las participantes, donde se aclararon dudas, se les hizo entrega del formato de consentimiento informado (Apéndice E) y se enfatizó que la información proporcionada es totalmente anónima y confidencial y que el manejo será exclusivamente para fines del estudio general.

Después se procedió a la aplicación de los instrumentos, esta se realizó de forma individual en un consultorio asignado exprofeso, a fin de propiciar un ambiente adecuado que le permitiera a la paciente expresarse libremente con imparcialidad y tranquilidad. La autora del estudio entregó un cartón conteniendo las opciones de respuesta del PSEQ y del IDARE, se hizo lectura cuidadosa de cada una de las preguntas a cada una de las participantes y se procedió al llenado de los instrumentos. Se revisó cuidadosamente los cuestionarios antes de dar por terminada la entrevista, verificando que estuvieran completos, y se agradeció a la paciente su participación.

### *Consideraciones Éticas*

El estudio se apegó a lo dispuesto en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación (Secretaría de Salud, 1987). Se tomó en cuenta para el estudio lo establecido en lo que se refiere al Capítulo I, artículo 17, fracción II que la investigación es de riesgo mínimo, ya que se obtuvo la información a través de un cuestionario en el se abordaron aspectos relacionados con su estado de ánimo y con la

aceptación del embarazo la madre y el bebé. Así como la relación con la madre y relación con su pareja. Ninguna de las participantes presentó alteración emocional o crisis, en el tiempo que duró la entrevista. El estudio contó con el dictamen favorable de la UANL como lo dispone el artículo 14, fracción VII.

El estudio se realizó respetando la dignidad de las participantes y se protegieron sus derechos y bienestar como lo dispone el Capítulo 1 artículo 13 del citado reglamento, para lo cual, previo a la puesta en práctica la investigación se requirió su participación voluntaria mediante la carta de consentimiento informado artículo 14, fracción V y VI, se les explicó a las participantes el objetivo de este estudio, se les aclaró que la información recolectada es confidencial y que se les garantizó que no corren riesgo alguno, debido a que no se realizaron procedimientos experimentales, se les comentó a las pacientes que tienen la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento, los artículos 20 y 21 fracciones I, II, IV, VI, VII y VIII, así como el Capítulo 11, artículo 36. De igual manera se protege de la privacidad de las participantes, los cuestionarios no llevan nombres y las encuestas se aplicaron en áreas privadas

### *Análisis de Resultados*

Para analizar los datos del estudio se utilizó la estadística descriptiva e inferencial en el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 11.0 para Windows. Se determinó la consistencia interna mediante el coeficiente de confiabilidad Alpha de Cronbach. Para conocer las características de las participantes en el estudio se utilizó la estadística descriptiva a través de frecuencia, proporciones y medidas de tendencia central, además se elaboraron los índices de las variables de ansiedad estado y adaptación psicosocial de cada una de las dimensiones. Posteriormente, se utilizó la prueba de normalidad para decidir el uso de pruebas paramétricas y no paramétricas a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov

Se utilizó la estadística inferencial, para dar respuesta al objetivo general se

recurrió al coeficiente de correlación de Spearman para variables no paramétricas; además para las variables que mostraron distribución normal se utilizó el coeficiente de correlación  $r$  de Pearson (Apéndice F) sólo que para fines de presentación se decide por el coeficiente de correlación de Spearman. Sin embargo, esos resultados se incluyen en el apéndice con la tabla número 12.

Para el primer objetivo se llevó a cabo una categorización por nivel de la ansiedad, de cinco niveles a tres, quedando el primer y segundo nivel iguales, solo en el tercero se reagruparon los niveles cuatro y cinco. Posterior a ello se aplicó una ji cuadrada. Para dar respuesta al objetivo 2 y encontrar algunas diferencias se elaboró la prueba de  $t$  de Student para variables paramétricas y  $U$  de Mann Whitney para variables no paramétricas. Además se reagrupó la variable ocupación de cuatro categorías se dejó a dos; en ama de casa y el resto de las opciones se consideraron no ama de casa.

Tabla 1

Categorización de los instrumentos

Instrumentos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Ansiedad Estado (DAXE)	20	.870
Estado de ánimo (PSEQ)	79	.894
Percepción por su hijo/a y el bebé	10	.758
Percepción del embarazo	14	.794
Identificación con el rol de madre	15	.637
Temor a la pérdida de control y desamparo	10	.300
Preparación para el parto	10	.757
Relación con la madre	10	.814
Uso de redes de apoyo	10	.809

Nivel: PSEQ: 0-100

 $\alpha = .787$

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se muestran los resultados del estudio, en primer termino se presenta la consistencia interna para la confiabilidad de los instrumentos de medición. Se describen las características sociodemográficas de las mujeres estudiadas mediante la estadística descriptiva de las variables de estudio. Además, se muestran los resultados de la estadística inferencial.

#### *Consistencia Interna*

La tabla 1 muestra la consistencia interna de los instrumentos de medición, ansiedad estado (IDARE), y Lederman (PSEQ), los resultados señalan consistencia interna aceptable, de las variables principales (Polit & Hungler, 199, p 399).

Tabla 1

#### *Consistencia interna de los instrumentos*

Instrumentos	Reactivos	Alpha de Cronbach
Ansiedad Estado (IDARE)	20	.870
Lederman (PSEQ)	79	.894
Preocupación por su bienestar y el bebe	10	.760
Aceptación del embarazo	14	.798
Identificación con el rol de madre	15	.637
Temor a la pérdida control y desamparo	10	.500
Preparación para el parto	10	.767
Relación con la madre	10	.854
Relación con el esposo	10	.809

Fuente: PSEQ, IDARE

$n = 200$

### Estadística descriptiva

La muestra estuvo conformada por 200 embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico, respecto al estado civil el 68% refirió estar casada y el resto vive en unión libre. En la ocupación el 49% es ama de casa, el 40% es empleada, 9% se encuentra en otras (estudiantes, empresarias, negocio propio) y 2% obreras. La media de edad fue de 23 años, el ingreso económico mensual fue cuatro veces superior al salario mínimo de la zona "B" del estado de Sonora. Respecto a la escolaridad la media equivale a un nivel técnico o de bachiller. La prueba del Kolmogorov-Smirnov para las variables mencionadas, no mostró una distribución normal (Tabla 2).

Tabla 2

*Estadística descriptiva de algunos datos sociodemográficos y obstétricos y prueba de Kolmogorov-Smirnov*

Variable	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor</i> <i>Mínimo</i>	<i>Valor</i> <i>Máximo</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Edad	23.30	22.00	4.43	18.00	35.00	1.91	.001
Ingreso económico	5655	4800	3331	1600	20000	2.60	.001
Escolaridad (en años)	11.85	1200	3.22	6	19	1.43	.033
Edad gestacional (en semanas)	26.22	25.50	7.54	15	40	1.49	.023

Fuente: CDI

$n = 200$

En la tabla 3 muestra medidas de tendencia central en la que se destaca la media de ansiedad estado es de 34.98 y la de adaptación psicosocial general de 136.26 la cual



se encuentra por debajo de la mitad del valor total del instrumento. Con respecto a las dimensiones que integran la adaptación psicosocial revelan que la de mayor adaptación fue: relación con su madre. El índice que muestra menor adaptación fue: preocupación por su bienestar y el bebé. La prueba del Kolmogorov-Smirnov para las variables ansiedad estado, adaptación psicosocial general, preocupación por su bienestar y el bebé, preparación para el parto, temor al dolor, soledad y pérdida de control, presentan una distribución normal. La aceptación del embarazo, identificación con el papel de madre, relación con la madre, relación con el esposo, no presentan una distribución normal.

Tabla 3

*Estadística descriptiva de ansiedad, adaptación psicosocial y prueba Kolmogorov-Smirnov*

Variable	<i>X</i>	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Valor mínimo</i>	<i>Valor máximo</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Ansiedad estado	34.98	33	8.79	21	71	1.33	.057
Adaptación psicosocial general	136.26	134.50	21.24	93	241.00	.918	.36
Preocupación por su bienestar y el bebé	23.80	23	5.24	12	37	.940	.34
Aceptación del embarazo	21.01	20	5.22	14	46	1.99	.01
Identificación con el papel de madre	20.73	20	4.48	14	46	1.61	.01
Preparación para el parto	21.54	22	5.40	10	35	1.14	.14
Temor a la pérdida de control y desamparo	19.67	19	3.71	10	30	1.08	.19
Relación con la madre	14.01	12	5.07	10	34	3.03	.01
Relación con el esposo	15.47	14	4.45	10	33	2.08	.01

Fuente: PSEQ, IDARE

*n* = 200

Al clasificar los niveles de ansiedad estado se encontró que el mayor porcentaje correspondió a la ansiedad baja, y el de menor porcentaje fue la ansiedad muy alta. (Tabla 4).

Tabla 4

*Distribución de Niveles de ansiedad en primigestas*

Nivel de ansiedad	<i>f</i>	%
Ansiedad muy baja	82	41.0
Ansiedad baja	92	46.0
Ansiedad media	21	10.5
Ansiedad alta	4	2.0
Ansiedad muy alta	1	0.5
Total	200	100

Fuente: IDARE

*n* = 200*Estadística Inferencial*

Para dar respuesta al objetivo general, el cual consiste en describir la relación entre la adaptación psicosocial y los niveles de ansiedad estado en mujeres primigestas de bajo riesgo obstétrico, se aplicó correlación de Spearman.

El resultado muestra correlación, entre la ansiedad y las diferentes dimensiones de la adaptación, lo cual significa que a mayor puntaje de ansiedad mayor puntaje de adaptación psicosocial, esta última se interpreta que hay menor adaptación. Las siete dimensiones de adaptación se asociaron con la ansiedad, pero la dimensión que obtuvo mas alta correlación fue la de relación con la madre. Cabe señalar que también se encontraron asociaciones significativas entre el resto de las dimensiones (Tabla 5).

Tabla 5

*Matriz de Correlación de Spearman entre ansiedad estado y adaptación psicosocial*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Ansiedad estado	1								
2. Adaptación general	.56**	1							
3. Preocupación por el bienestar de ella y el bebé	.36**	.59**	1						
4. Aceptación del embarazo	.36**	.55**	.14*	1					
5. Identificación con el rol de madre	.35**	.64**	.44**	.36**	1				
6. Preparación para el parto	.33**	.59**	.19**	.15*	.15*	1			
7. Temor a la pérdida del control y desamparo	.35**	.66**	.30**	.39**	.33**	.40**	1		
8. Relación con la madre	.41**	.52**	.20**	.22**	.23**	.25**	.25**	1	
9. Relación con el esposo	.31*	.59**	.20**	.28**	.36**	.28**	.31**	.25**	1

Fuente: PSEQ, IDARE

n = 200

\*\* =  $p < .01$ , \* =  $p < .05$

Para dar respuesta al primer objetivo que se refiere a identificar la diferencia entre el nivel de ansiedad estado presentado durante el segundo y tercer trimestre, se obtuvo el siguiente resultado: la media de ansiedad fue ligeramente menor en el tercer trimestre ( $\bar{X} = 34.14$ ,  $DE = 8.60$ ) que en el segundo trimestre ( $\bar{X} = 35.83$ ,

$DE = 8.95$ ), pero la diferencia no fue significativa ( $t = -1.31, p > .05$ ). La ansiedad se recategorizó de cinco niveles a tres, quedando el primer y segundo nivel iguales, solo en el tercero se reagruparon los niveles cuatro y cinco. Posterior a ello se aplicó una *ji* cuadrada, pero no se encontraron diferencias entre ellos (Tabla 6).

Tabla 6

*Prueba ji cuadrada para diferencia de nivel de ansiedad por trimestre*

Nivel de ansiedad	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	$\chi^2$	gl	p
	%	%			
Muy baja	44.0	38.0	1.098	2	.57
Baja	45.0	47.0			
Media, alta y muy alta	11.0	15.0			

Fuente: IDARE, CDI

$n = 200$

Para dar respuesta al objetivo 2 que menciona identificar la diferencia entre la adaptación psicosocial en primigestas por trimestre de embarazo, se aplicó la prueba de *t de Student* y se destaca que no existen diferencias significativas de la adaptación psicosocial general de acuerdo al trimestre de embarazo, sólo en la dimensión de preparación para el parto. Las mujeres que estaban más preparadas para el parto fueron las del tercer trimestre, se observan que las medias y medianas de esta dimensión fueron más bajas en comparación con las del segundo trimestre (Tablas 7 y 8) el resto no mostró diferencia significativa

Tabla 7

*Prueba de t Student para diferencias de algunas de las dimensiones de adaptación psicosocial con trimestre de embarazo*

Variables	Segundo Trimestre		Tercer Trimestre		t	Valor de p
	$\bar{X}$	DE	$\bar{X}$	DE		
Adaptación general	137.00	20.63	135.00	21.90	.625	.53
Preocupación por el bienestar de ella y el bebé	23.66	5.27	23.95	5.92	-.396	.75
Preparación para el parto	22.39	5.19	20.70	5.51	2.23	.02
Temor a la pérdida de control y desamparo	19.95	3.52	19.39	5.19	1.06	.28

Fuente: PSEQ, CDI

n = 200

Tabla 8

*Prueba U de Mann-Whitney para diferencia de algunas dimensiones de adaptación psicosocial por trimestres de embarazo*

Variable	Segundo Trimestre			Tercer Trimestre			U	p
	$\bar{X}$	Mdn	DE	$\bar{X}$	Mdn	DE		
Aceptación del embarazo	20.21	19.50	4.87	21.12	20.00	5.58	4953.50	.90
Identificación con el rol de madre	20.59	19.00	4.43	28.88	21.00	4.54	4773.50	.57
Relación con madre	14.09	12	5.78	13.54	12.50	4.88	4977.00	.95
Relación con el esposo	15.61	14	4.81	15.34	15.00	4.07	4961.00	.96

Fuente: PSEQ, IDARE

n = 200

Con respecto al objetivo 3 que menciona determinar que factores sociodemográficos se relacionan con la adaptación psicosocial en embarazadas primigestas de bajo riesgo. La ansiedad obtuvo una relación negativa entre el ingreso económico y la escolaridad lo que representa que a menor ingreso económico y menor escolaridad presenta mayor ansiedad. La adaptación psicosocial, obtuvo correlación significativa negativa entre la edad, ingreso económico y escolaridad lo que significa que a menor edad, ingreso económico y escolaridad mayor problema para la adaptación psicosocial. Otra dimensión cuya correlación negativa se observó fue la aceptación del embarazo entre la edad, ingreso económico y escolaridad, esto se interpreta que a menor edad, ingreso económico y escolaridad mayor problema para la aceptación de su embarazo. La dimensión preparación para el parto fue relacionada significativamente con ingreso económico, escolaridad y edad gestacional esto se explica que a menor ingreso económico, escolaridad y edad gestacional menor es la preparación para el parto (Tabla 9).

	Edad	Ingreso económico	Escolaridad	Edad gestacional
Adaptación psicosocial	-0,15	-0,19**	-0,125	-0,045
Relación con el esposo	-0,17	-0,19*	-0,225**	-0,031

Fuente: P-O-L, IDAVE

n = 230

\*\* = p < 0,01, \* = p < 0,05

El estudio para concluir que los resultados del objetivo 3 que dice determinar que factores sociodemográficos se relacionan con la adaptación psicosocial en embarazadas primigestas de bajo riesgo. La tabla 9 muestra que la prueba U de Mann-Whitney obtuvo diferencias significativas sólo en la dimensión relación con el esposo con el estado civil, lo que significa que las mujeres casadas mantienen mejor relación con el esposo que las que viven en unión libre. Además se realizó la prueba de independencia de 4 categorías a dos. La cual se fueron que de una y el resto de las categorías se consideraron en una categoría. No existió diferencia significativa entre en la

Tabla 9

Matriz de correlación de Spearman entre ansiedad estado, adaptación psicosocial y factores sociodemográficos y obstétricos

Variables	Edad	Ingreso Económico	Escolaridad	Edad gestacional
Ansiedad Estado	-.031	-.199**	-.253**	.079
Adaptación general	-.144*	-.267**	-.252**	-.061
Aceptación del embarazo	-.346**	-.364**	-.309**	-.006
Preparación para el Parto	-.048	-.160*	-.244**	-.144*
Temor a la pérdida del control y desamparo	-.087	-.115	-.242**	-.124
Relación con la madre	.035	-.199**	-.126	-.045
Relación con el esposo	-.137	-.171*	-.225**	-.003

Fuente: PSQL, IDARE

n =200

\*\* =  $p, < .01$ , \* =  $p, < .05$

Finalmente para concluir con las explicaciones del objetivo 3 que dice determinar que factores sociodemográfico se relacionan con la adaptación psicosocial en embarazadas primigestas de bajo riesgo. La tabla 10 muestra que la prueba *U* de Mann-Whitney obtuvo diferencia significativa sólo en la dimensión relación con el esposo con el estado civil, lo que significa que las mujeres casadas mantienen mejor relación con el esposo que las que viven en unión libre. Además se reagrupó la variable ocupación de 4 categorías a dos. La cuales fueron ama de casa y el resto de las opciones se consideraron no ama de casa. Se encontró diferencia significativa sólo en la

dimensión de aceptación del embarazo, las mujeres que son ama de casa tienen mayores problemas para aceptar el embarazo que las primigestas que no son amas de casa (Tabla 10 y 11).

Tabla 10

*Prueba U de Mann-Whitney para la diferencia entre la dimensión relación con el esposo y estado civil*

Variable Estado civil	Casadas			Unión libre			U	Valor de p
	$\bar{X}$	Mdn	DE	$\bar{X}$	Mdn	DE		
Relación con el esposo	14.86	14.00	3.99	16.78	16.50	5.07	3430	.015

Fuente: PSQL, CDI

n = 200

Tabla 11

*Prueba U de Mann-Whitney para la dimensión de aceptación del embarazo y ocupación*

Variable Ocupación	Amas de casa			No amas de casa			U	Valor de p
	$\bar{X}$	Mdn	DE	$\bar{X}$	Mdn	DE		
Aceptación del embarazo	22.14	21.00	5.81	19.92	19.00	4.37	3770.50	.004

Fuente: PSQL, CDI

n = 200



## Capítulo IV

### Discusión

Los resultados del estudio adaptación psicosocial y nivel de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo prenatal permitieron verificar la relación entre la ansiedad y la adaptación psicosocial. En este estudio se mostró que cuando la adaptación psicosocial es menor la ansiedad se incrementa. Esto coincide con lo expresado por Lederman (1979) ya que reportó ese mismo dato y por Delabra (2005), pero sólo reporta dos dimensiones. Cabe destacar que las dimensiones de adaptación psicosocial que obtuvieron las asociaciones más fuertes con ansiedad, fueron la relación con la madre, aceptación del embarazo y la preocupación por el bienestar de ella y su bebé. Esto apoya el argumento de Lederman (1996), al decir que las primigestas cuando tienen una relación deficiente con su madre, afectará como se percibe ella como madre, lo que al sentirse insegura incrementará su preocupación sobre el bienestar de ellas y su bebé, por lo que su ansiedad se incrementa.

Otro hallazgo encontrado en este estudio fue en relación a la adaptación psicosocial en los diferentes trimestres de embarazo. Se encontró que la mujer embarazada presenta mayor adaptación psicosocial en la dimensión de preocupación del parto en el tercer trimestre que en el segundo. Lo que puede explicarse porque la mujer en el tercer trimestre ha recibido mayor información del parto, ya sea porque ella busca información, en libros, revistas e internet, entre otros, así como la información que recibe del personal de salud, de sus familiares y amigos (Lederman, 1996).

En lo que respecta a la ansiedad, este estudio mostró que las asociaciones más fuertes fueron con las dimensiones de: temor a la pérdida del control, identificación del rol de madre y con la relación con el esposo, similares a los reportados por Lederman (1992). Esto se explica porque uno de los cambios para llevar a cabo la transición de paradigma de una mujer sin hijos a una con hijos, es sentirse y percibirse que será capaz

de cuidar a su hijo, ser considerada una buena madre, sobre todo por su esposo. Así que si ella tiene una relación deficiente con el esposo, puede que la desmotive y sienta que es incapaz de ser una buena madre, por lo que su autoestima puede disminuir y lo manifestará al aumentar su temor a perder el control en el parto (Lederman, 1996). Además las medias de adaptación psicosocial de este estudio son muy similares a las señaladas por Lederman, et al. (2006) en embarazadas mexicanas.

Referente a las medias obtenidas en la ansiedad, este estudio obtuvo una media por arriba de la señalada por Sánchez y Buela-Casals (1997), tal vez porque en este estudio se utilizó la versión de 20 reactivos, mientras que estos autores utilizaron la versión corta. Otro hallazgo que coincide este estudio con este autor fue que no encontró diferencias significativas de la ansiedad entre las primigestas del segundo y tercer trimestre de gestación.

Otro de los hallazgos reportados en este estudio es que se encontró que en las mujeres con escolaridad baja, la adaptación es menor, sobre todo en la aceptación al embarazo, preparación del parto, temor a la pérdida del control y al desamparo y en la relación con el esposo. Lo anterior puede deberse a que la mujer cuando tiene una mayor escolaridad, recibe información en la escuela, ó busca en otras fuentes conocer más respecto a su embarazo. Al respecto Delabra (2005) y Lederman et al. (2006) encontraron que las mujeres con menos escolaridad, tuvieron menos preparación del parto y por su parte Kiel y White (2003) la reportaron con la aceptación del embarazo.

También la edad gestacional fue otro factor que mostró asociación con al preparación del parto, siendo que las primigestas con menor edad gestacional sienten estar menos preparadas al parto que las mujeres de mayor edad gestacional. Lo anterior puede explicarse porque las embarazadas al ir avanzando en su gestación, van socializando con mujeres que se encuentran en su misma situación, incluso buscan

mujeres que hayan tenido la experiencia para mejorar de cierta manera la información que tienen de la preparación del parto

Además se encontró que las primigestas con menos ingresos económicos tuvieron más dificultades en las dimensiones de adaptación general, aceptación del embarazo, preparación al parto, relación con la madre y con el esposo. Lo anterior puede explicarse porque al no tener estabilidad financiera la primigesta se le dificultaría aceptar el embarazo y sus consecuencias, sentiría que es mal momento para tenerlo, porque empezaría a darse cuenta que un hijo les complicaría más la economía y quizás su ambivalencia ocasione discrepancia con la opinión de su pareja y la de su propia madre, sobre el tener o no a su bebé. Por lo tanto las tensiones se agravarían surgiendo muchas dudas e inquietudes sobre su embarazo y el parto.

Por último, las primigestas casadas presentaron mayor adaptación psicosocial en las dimensiones de relación con el esposo y la aceptación del embarazo, estos resultados coinciden con Lederman et al. (2006) y pueden explicarse tal vez a que el tener una relación formal, la mujer puede percibir a la pareja con mayor compromiso hacia ella y al sentirse con mas seguridad, le facilita también a aceptar el embarazo

Con respecto a los factores socioculturales y la ansiedad en este estudio se encontró que la ansiedad obtuvo una asociación negativa significativa entre el ingreso económico y la escolaridad lo que significa que a menores ingresos económicos y menor escolaridad presenta mayor ansiedad. Estos datos coinciden con los reportados por Gurung (2005) esto puede explicarse porque al no contar con recursos para la manutención del bebe les produce mayor ansiedad.

## Conclusiones

Con los resultados expuestos de esta investigación, se puede concluir que las primigestas que tienen mayor ansiedad presentan menor adaptación psicosocial al embarazo. El bajo ingreso económico, tener menos edad y menor escolaridad, son factores que se asociaron con menor adaptación psicosocial. Una menor escolaridad, menor ingreso económico y una menor edad gestacional se asociaron a una menor preparación al parto en primigestas de bajo riesgo.

No se encontró diferencia entre el segundo y tercer trimestre del embarazo, respecto a la ansiedad y adaptación psicosocial. Las primigestas con menor ingreso económico y menor escolaridad presentan mayor ansiedad. El nivel de ansiedad que predominó fue la ansiedad baja.

## Recomendaciones:

Se recomienda que se realice un estudio prospectivo, en el cual las mujeres se seleccionen desde el inicio de su embarazo y se realicen tres mediciones, en los diferentes trimestres del embarazo, para conocer si se repite el mismo fenómeno

## Referencias

- Burroughs, A. (1999). *Enfermería Materno Infantil*. (7<sup>a</sup> ed) México.: McGraw Hill. Interamericana. México. p.63
- Delabra, S. (2005). *Preparación sobre el parto y ansiedad en el embarazo*. Tesis de maestría no publicada. Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, Nuevo León, México.
- Dole, N., Savitz, D. A., Hertz-Picciotto, I., Siega-Riz, A. M., McMahon, M. J. & Buekens, P. (2003). Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology*, 157 (1), 14-23
- Elashoff, D., Dixon, J., Crede, M. & Fotheringham, N. (2000). n'Query Advisor Copyright. Program, version 4.0.
- Gurung, R., Dunkel-Schetter, Ch., Collins, N., Rini, Ch. & Hobel, C. (2005). Psychosocial predictors of prenatal anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, (24), 497-519
- Izquierdo, R. (2003). Niveles de ansiedad en atletas de alto rendimiento. Recuperado [http://www.psicocentro.com/agi-bin/articulo\\_s.asp?texto=art](http://www.psicocentro.com/agi-bin/articulo_s.asp?texto=art),
- Kiel, E. M. & White, A. M. (2003). Maternal during childbearing in Norway, Sweden and the United States. *Nordic College of Caring Sciences, Scandination Journal Caring Sciencies*, 17, 96-103.
- Lederman, R. (1996). Psychosocial adaptation in pregnancy. Assesment of seven dimensions of maternal development. (2<sup>a</sup> ed.) New York.: Springer Publishing Company Inc.
- Lederman, R. Harrison, J. A. & Worsham, S. (1992). Psychosocial predictors of low birthweight in a multicultural, high-risk population. In K. Wijma & B. von Schoultz (Eds.), *Reproductive life: Advances in research in psicosomatic*

- obstetrics and gynecology*. Casteron Hall, UK: Parthenon. p., 67-71.
- Lederman, R. & Lederman, E. (1979). The development of a prenatal self-evaluation questionnaire of the measurement of seven of psychological dimensions. Paper presented at the annual meeting of the Council of Nursing Research, San Antonio Texas, EE.UU.
- Lederman, R., Silva, C., López, E. & Delabra, M. (2006). Measurement of psychosocial adaptation to pregnancy and postpartum in primigravid women from Monterrey, México. Sesión de cartel presentado en el X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería. Buenos Aires, Argentina.
- Morales, C., Luque C. & Barroso, A. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología, Reproducción Humana*, 16 (4), 157-162.
- Reeder, S. J. (2001). *Enfermería Materno Infantil*. (17ª ed.). México.: Trillas.
- Relier, J. (2001). Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biology of Neonatal*, 79 (3-4), 168-171.
- Polit, D. & Hungler, B. P. (1999). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud* (6ª ed). México.: McGraw Hill.
- Salvatierra, M. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona, España.: Martinez Roca. p 26-35
- Sánchez, A., Bermúdez, M. & Buela-Casal G. (2003). Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, (2), 2-3.
- Secretaría de Salud. [SS], (1995). *Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido (NOM-007-SSA 2-1993)*. México. Recuperado de <http://www.salud.gob.mx>.
- Secretaría de Salud. (1987). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. México: Porrúa.

Spielberger, C. & Guerrero, R. (1975). *IDARE*. Manual de inventario de ansiedad rasgo-estado. México. Manual Moderno. p 8-19.

Torres, G., M. (2004). Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 33(3), 285-297.

Wadhwa, Dunkel-Schetter, Chicz- De Met, Porto & Roesch, (1996). Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. *Psychosomatic Medical*. 58, 432-446.

Apéndice A

Cédula de Identificación

SECCION I - INFORMACION GENERAL

EDAD \_\_\_\_\_

No. de cuestionario \_\_\_\_\_

Clinica \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

OCCUPACION

AMA DE CASA

CHERRERA

EMPLEADA

NEGOCIO PROPIO

DOMESTICA

OTRAS

INGRESO ECONOMICO MENSUAL \_\_\_\_\_

Apéndices

PREOLABORAL (EN AÑOS)

HASTA 4 \_\_\_\_\_

5 O MAS \_\_\_\_\_

5 A 9 \_\_\_\_\_

NINGUNO \_\_\_\_\_

10 A 12 \_\_\_\_\_

EDAD GESTACIONAL

TIEMPO DE DEL EMBARAZO

ESTADO CIVIL

CASADO

LIBRE



BIBLIOTECA



## Apéndice A

*Cédula de Identificación*

## SECCION I.- INFORMACION GENERAL

EDAD \_\_\_\_\_

No. de cuestionario \_\_\_\_\_

Clínica \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

## OCUPACION:

AMA DE CASA OBRERA EMPLEADA NEGOCIO PROPIO DOMÉSTICA OTRAS 

INGRESO ECONÓMICO MENSUAL \_\_\_\_\_

## ESCOLARIDAD (EN AÑOS):

HASTA 6 \_\_\_\_\_

13 O MÁS \_\_\_\_\_

1 A 9 \_\_\_\_\_

NINGUNO \_\_\_\_\_

10 A 12 \_\_\_\_\_

EDAD GESTACIONAL TRIMESTRE DEL EMBARAZO 

## ESTADO CIVIL:

CASADO UNIÓN LIBRE

## Apéndice B

*Cuestionario de Autoevaluación Prenatal Lederman (PQES)*

Instrucciones: Las siguientes oraciones han sido elaboradas por mujeres embarazadas para describirse a sí mismas. Lea cada oración y seleccione la respuesta que describe mejor sus sentimientos. Después encierre la letra adecuada enseguida de cada oración. Que tan cierto es para Usted

	(4) Mucho	(3) Moderado	(2) Algo	(1) Nada
1. Es un buen momento para estar embarazada.				
2. Me agrada ver a padres e hijos juntos.				
3. Puedo tolerar las molestias que he tenido durante el embarazo.				
4. Mi esposo/pareja y yo platicamos del bebé en camino.				
5. Mi esposo/pareja encuentra defectos en mí en el embarazo.				
6. Pienso que criar a los hijos es satisfactorio.				
7. Pienso que debo saber acerca del parto.				
8. Me manejo bien con el dolor.				
9. Me ha costado adaptarme a los cambios del embarazo.				
10. Mi esposo/pareja me entiende (me calma) cuando me enojo.				
11. Me manejo bien con el estrés.				
12. Creo que mi trabajo de parto y mi parto se realizará de forma normal.				

13. Creo que no es necesario prepararse para el parto.				
14. Mi madre muestra interés en el bebé que está en camino.				
15. Tengo confianza para manejarme bien en la mayoría de las situaciones.				
16. Estoy preocupada de que el bebé pueda nacer anormal.				
17. Pienso lo peor cuando siento dolor.				
18. El saber que el parto terminará en algún momento me ayudará a mantener la calma.				
19. Estoy pensando cuidar al bebé.				
20. Mi madre está feliz por mi embarazo.				
21. Mi madre me da consejos útiles.				
22. He disfrutado de este embarazo.				
23. Mi esposo/pareja está interesado en hablar conmigo acerca del embarazo.				
24. Tengo idea de qué esperar durante el trabajo de parto y parto.				
25. Sé que se debe hacer durante las contracciones en el parto.				
26. Estoy lista para el parto				
27. Pienso que los doctores y/o enfermeras no me pondrán atención durante el parto.				
28. Es fácil hablar con mi madre acerca de mis problemas.				
29. Tengo dudas acerca de ser una buena madre.				

30. Pienso que el bebé podría tener problemas.				
31. Mi madre está ansiosa por este nieto.				
32. Estoy contenta por mi embarazo.				
33. Me gusta estar rodeada de niños.				
34. Será difícil combinar el cuidado del bebé con mis otras actividades y compromisos.				
35. Mi esposo/pareja me ayuda en casa cuando lo necesito.				
36. Hablo con mi esposo/pareja sobre cambios en cuanto al sexo durante el embarazo.				
37. Me siento bien cuando estoy con mi madre.				
38. Me estoy preparando para hacer un buen papel durante el parto.				
39. Estoy segura de que perderé la calma durante el parto.				
40. Puedo contar con el apoyo de mi esposo/pareja durante el parto.				
41. Tengo miedo de ser lastimada durante el parto.				
42. Creo que no es divertido cuidar bebés.				
43. Mi esposo/pareja no se interesa en escuchar mis problemas o sentimientos durante el embarazo.				
44. Cuando mi madre y yo estamos juntas discutimos.				
45. Será difícil proporcionar suficiente				

atención al bebé.				
46. Pienso que el bebé me cansará.				
47. Me siento preparada para lo que suceda durante el parto.				
48. Sé algunas cosas que puedo hacer para ayudarme durante el parto.				
49. Cuando llegue la hora, seré capaz de pujar aunque sea doloroso.				
50. Pienso acerca del tipo de madre que quiero ser.				
51. Estoy nerviosa acerca de posibles complicaciones durante el nacimiento.				
52. Creo que el estrés del parto será demasiado para poder manejarlo.				
53. Creo que puedo soportar las molestias del parto.				
54. Estoy preocupada porque el cuidado del bebé me dejará muy poco tiempo para mí misma.				
55. Mi madre me da seguridad cuando tengo dudas de mí misma.				
56. Creo que estoy bien informada acerca del parto.				
57. Estoy preocupada de que algo salga mal durante el parto.				
58. Es difícil aceptar este embarazo.				
59. Mi madre me motiva a realizar actividades por mi cuenta.				
60. Pienso que mi esposo/pareja se siente bien respecto a los cambios sexuales que				

hicimos.				
61. Ha sido un embarazo tranquilo hasta ahora.				
62. Preferiría estar embarazada en otro momento.				
63. Estoy preocupada por la posibilidad de perder al bebé durante el parto.				
64. Si me pongo nerviosa será difícil recuperar la calma				
65. Mi madre critica mis decisiones				
66. Puedo tolerar las molestias que he tenido en el embarazo.				
67. Estoy preocupada de que no le pueda gustar yo a mi bebé.				
68. Pienso en las dificultades que puedan presentarse durante el parto.				
69. Este embarazo ha significado frustración para mí.				
70. Puedo contar con mi esposo/pareja para cuidar al bebé.				
71. Tengo confianza en que sea un parto normal.				
72. Creo que el parto es natural y emocionante.				
73. Ya siento que estoy unida a mi bebé.				
74. Este embarazo me es gratificante.				
75. Pienso que podría cumplir como madre.				
76. Me he arrepentido de estar embarazada.				
77. Encuentro muchos aspectos				

desagradables de este embarazo.				
78. Siento que me agrada el bebé.				
79. Me siento orgullosa de estar embarazada.				

Lee cada ítem y marca el cuadro en el número que indique cómo te sientes AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas, no emplees demasiado tiempo en cada ítem y contesta marcando la respuesta que mejor describe la situación presente.

Preguntas	No, en lo absoluto (1)	Un poco (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
1. Me siento estropeada.				
2. Me siento segura.				
3. Estoy triste.				
4. Estoy contentada.				
5. Estoy a gusto.				
6. Me siento alterada.				
7. Estoy preocupada actualmente por algún defecto del niño.				
8. Me siento desconfiada.				
9. Me siento insegura.				
10. Me siento contenta.				
11. Tengo sentimientos en mi mano.				
12. Me siento serena.				
13. Me siento preocupada / ansiosa.				
14. Me siento "a punto de explotar".				

## Apéndice C

*Cuestionario IDARE**(Spielberger, 1975).*

Lee cada frase y marca el cuadro en el número que indique como te sientes AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas, no emplees demasiado tiempo en cada frase y contesta marcando la respuesta que mejor describa tu situación presente.

Preguntas		No, en lo absoluto (1)	Un poco (2)	Bastante (3)	Mucho (4)
1	Me siento calmada.				
2	Me siento segura.				
3	Estoy tensa.				
4	Estoy contrariada.				
5	Estoy a gusto.				
6	Me siento alterada.				
7	Estoy preocupada actualmente por algún contratiempo.				
8	Me siento descansada.				
9	Me siento ansiosa.				
10	Me siento cómoda.				
11	Tengo confianza en mi misma.				
12	Me siento nerviosa.				
13	Me siento intranquila, desasosegada.				
14	Me siento "a punto de explotar".				



15	Me siento relajada.				
16	Me siento satisfecha.				
17	Estoy preocupada.				
18	Me siento aturdida y sobreexcitada.				
19	Me siento alegre.				
20	En este momento me siento bien.				

Resolución N° 001 del 20 de mayo de 2006

LIC. ENF. MARTINA ONTIVEROS PÉREZ  
Investigadora

El Comité Local de Investigación en Salud N° 26.00, del Hospital de  
Gineco-Pediatria

tiene el agrado de notificar que su proyecto de investigación titulado:

"Eficiencia Estero y aceptación preconcepcional al embarazo en mujeres  
pregnantes de bajo riesgo prenatal"

Después de una evaluación preliminar ha determinado que su  
proyecto de investigación cumple con los requisitos de acuerdo a las  
Normas y Guías Internacionales y del MISA relacionadas a la evaluación  
y elementos que constituyen un plan de investigación en salud  
humana, por lo que el dictamen es APROBADO, para su punto en  
registro, con asignación del:

Número de Registro de Dictamen: 2-2006-1000-3

Reservado que la Ley General de Salud autoriza para la realización de  
investigación en Salud y que le confiere la responsabilidad de su  
reglamento e información.

Se le invita a reunirse con el Comité local de  
Investigación en Salud en el primer periodo de sesiones CADA DOS MESES  
de la fecha en la que su proyecto será evaluado en una fecha que  
se determinará, máxime que se le dará a conocer con una semana de  
antelación.

Atentamente

DR. CAROLINA MONTE ROSALES  
PRESIDENTA COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE INVESTIGACIÓN

## Apéndice D

*Autorizaciones del Estudio*

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECO PEDIATRÍA  
Hospital Amigo del Niño y de la Madre



COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN N° 26.09

Hermosillo, Sonora, a 30 de mayo de 2006.

**LIC. ENF. MARTINA ONTIVEROS PÉREZ**  
*Investigadora*

El Comité Local De Investigación en Salud N° 26.09, del Hospital de Gineco Pediatría

Tiene el agrado de notificarle que su proyecto de investigación titulado:

***"Ansiedad Estado y adaptación psicosocial al embarazo en mujeres primigestas de bajo riesgo prenatal"***

Después de una evaluación pormenorizada ha determinado, que su proyecto de investigación cumple con los requisitos, de acuerdo a las Normas y Guías Internacionales y del IMSS relacionados a la elaboración y elementos que constituyen un proyecto de investigación en seres humanos, por lo que el protocolo es: **APROBADO**, para su puesta en práctica, con asignación del :

**Número de Registro del Dictamen: R - 2006 - 2609 - 5.**

Requisito que la Ley General de Salud establece para la realización de Investigación en Salud y que le confiere la responsabilidad de su seguimiento a información.

Se le solicita atentamente que presente ante el Comité Local de Investigación en Salud un informe periódico de avances: CADA SEIS MESES. Se le notifica así mismo que su proyecto será auditado en una fecha aun no determinada, misma que se le dará a conocer con una semana de anticipación.

ATENTAMENTE

DRA. OLIVIA E. JIMENEZ RODRIGUEZ  
PRESIDENTA COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

JSND

HOSPITAL DE GINECO PEDIATRÍA

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



COORDINACIÓN  
CLÍNICA  
DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN  
MÉDICA

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN EL AREA DE LA SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO.37

Hermosillo, Sonora, a 24 de Octubre del 2006.

Ref:270102252110

M.ED. ROSA MARIA TINAJERO GONZALEZ.  
JEFE DEL DEPTO DE ENFERMERIA.  
UNIVERSIDAD DE SONORA.

Por medio del presente se le notifica que se ha aceptado la investigación titulada "ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO", a realizarse en esta Unidad de medicina familiar NUM. 37 del IMSS, por la Licenciada en enfermería MARTINA ONTIVEROS PÉREZ.

Sin otro particular le envío un cordial saludo.

ATENTAMENTE

  
Dr. JESÚS RAMÓN MORENO DÍAZ.  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN  
E INVESTIGACIÓN EN SALUD.

**Dr. Jesús Ramón Moreno Díaz**



**UMF. No.37**  
**Coordinador Clínico de Educación**  
**e Investigación en Salud**



**UMF. No.37**  
**Coordinación de Educación**  
**e Investigación Médica**

GOBIERNO DEL ESTADO  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

JURISDICCIÓN SANITARIA NO. 1
C. A. A. P. S.
DIRECCIÓN
Número de Oficio: SSS-JS1/C.A.A.P.S./06/
Asunto:

**"2006, AÑO DE LA NO VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES"**

Hermosillo, Sonora, Mayo 16 del 2006.

**M. ED. ROSA MARIA TINAJERO GONZALEZ.**  
**JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA.**  
**PRESENTE.-**

En respuesta a oficio de fecha Abril 17 del año en curso, en el cual solicita nuestra colaboración a fin de que la **C. Lic. en Enfermería Martina Ontiveros Pérez**, implemente en la institución el proyecto intitulado **"Ansiedad y la adaptación psicossocial al embarazo en mujeres primigestas de bajo riesgo Prenatal"**, como parte de la Materia Tesis II, me permito informar que esta institución acepta dicha propuesta colaborando con la realización de las actividades que se llevan a cabo en esta Unidad de Salud a mi cargo, en beneficio de la población demandante de Servicios de Salud.

Sin más por el momento, le envío un cordial saludo.

**A T E N T A M E N T E.**  
**SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCION.**  
**EL DIRECTOR DEL C.A.A.P.S.**

  
**DR. RODRIGO PACILLAS BARRON.**

C.c.p.- Archivo

Vis\*

## Apéndice E

*Consentimiento Informado*

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
SUBDIRECCION DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

***Consentimiento informado***

**Título del Proyecto: “Adaptación Psicosocial y nivel de Ansiedad en embarazadas de bajo Riesgo Obstétrico”**

**Estudiante Investigadora: Lic. Martina Ontiveros Pérez**

**Introducción y Propósito**

Entiendo que se me ha solicitado participar en un estudio, las preguntas que harán serán sobre las emociones que presentan las mujeres embarazadas, así como opiniones sobre la adaptación al embarazo, este estudio se está realizando como parte del programa de Maestría en Ciencias de Enfermería cede Universidad de Sonora. Como requisito para acreditar la maestría.

**Procedimiento**

Sé que voy a contestar un cuestionario con preguntas relacionadas con relación a mi estado de ánimo y al embarazo.

Comprendo que seremos 200 pacientes a los que se nos aplicará el cuestionario, el cual será contestado durante la espera de la consulta prenatal o posterior a esta.

**Riesgos**

Se me ha explicado que este estudio no tendrá riesgos, ya que únicamente se me harán preguntas y no se me realizará ningún procedimiento médico.

**Beneficios**

La participante no recibirá remuneración alguna, sin embargo, los resultados de este estudio auxiliarán a la enfermera a conocer más las emociones y el estado de ánimo de la embarazada y en el futuro comprenderá esta situación en las futuras embarazadas.

**Tratamiento**

Este estudio no ofrece ningún tipo de tratamiento

**Participación Voluntaria/Abandono**

Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. También sé que me puedo retirar del estudio con la seguridad de que no habrá represalias y su atención a la consulta será la misma.

**Preguntas**

En caso de que tenga dudas, comentarios o quejas relacionadas con el estudio podré comunicarme al Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora con M.E. Rosa Elena Salazar Ruibal al teléfono Fax : 2 19 21 65. Coordinadora de la maestría en Enfermería sede Universidad de Sonora.

**Confidencialidad**

Se me ha dicho que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe del estudio se me identificará.



## CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

La Licenciada en Enfermería Martina Ontiveros Pérez me ha explicado en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación, así mismo me informó que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma

Firma y nombre del investigador

Fecha

Firma y nombre del primer testigo

Fecha

Firma y nombre del segundo testigo

Fecha

## Apéndice F

Tabla 12

*Matriz de correlación r de Pearson entre ansiedad estado y adaptación psicosocial*

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Ansiedad estado	1								
2. Adaptación general	.60**	1							
3. Preocupación por el bienestar de ella y el bebé	.41**	.62**	1						
4. Aceptación del embarazo	.38**	.64**	.19**	1					
5. Identificación con el rol de madre	.39**	.70**	.50**	.44**	1				
6. Preparación para el parto	.33**	.61**	.24**	.19**	.20**	1			
7. Temor al dolor soledad y pérdida del control	.37**	.66**	.30**	.40**	.38**	.41**	1		
8. Relación con la madre	.45**	.57**	.23**	.26**	.28**	.29**	.26**	1	
9. Relación con el esposo	.29**	.61**	.17*	.32**	.31**	.28**	.27**	.16*	1

Fuente: PSEQ, IDARE

n=200

\*\* =  $p < .01$ , \* =  $p < .05$



## RESUMEN AUTOBIOGRAFICO

Candidato para Obtener el Grado de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en  
Salud Comunitaria

Tesis: ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL Y NIVEL DE ANSIEDAD EN  
EMBARAZADAS PRIMIGESTAS DE BAJO RIESGO OBSTÉTRICO

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Datos Personales: Nacida en Estado de Nayarit el 30 de Enero de 1949, hija de Alberto Ontiveros Rodríguez y Natalia Pérez Ruiz

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Sonora con Grado de enfermera General en 1970, Curso post-técnico en Enfermería Médico Quirúrgico en el Centro Médico Nacional (IMSS) 1974. Licenciada en Enfermería egresada del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora en 1999.

Experiencia Profesional. De 1970 a 1982 Enfermera general, enfermera especialista y supervisora del área quirúrgica, del Hospital de Gineco-Pediatría del Instituto Mexicano del Seguro Social en Hermosillo, Sonora.

De 1990 a la fecha como Docente del Departamento de Enfermería de la Universidad de Sonora.

De 2001 a 2003 Consejera Divisional de la División de Ciencias Biológicas y de la Salud de la Universidad de Sonora.

**E-mail:** martiontiveros@enfermeria.uson.mx

martinaontiveros@hotmail.com