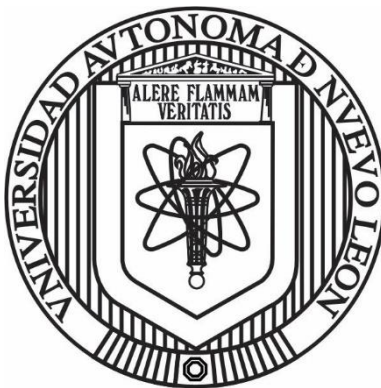


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS

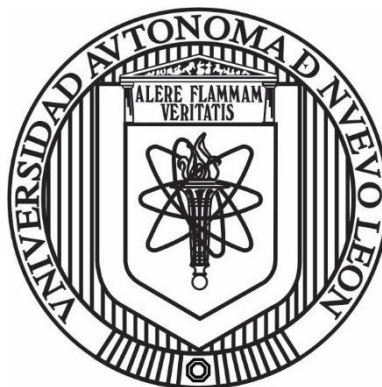
Por

LIC. PAULINA CRISTEL SALAS SOLIS

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2025

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



ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS

Por

LIC. PAULINA CRISTEL SALAS SOLIS

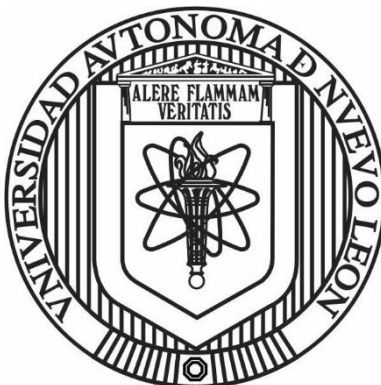
Director de Tesis

MCE. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2025

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



ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS

Por

LIC. PAULINA CRISTEL SALAS SOLIS

Asesor Estadístico

ESTEBAN PICAZZO PALENCIA, PhD

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

ENERO, 2025

ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS

Este trabajo fue realizado en la Subdirección de Posgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, bajo la Dirección de la MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez.



MCE. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ

Director

ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS

Por

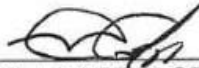
LIC. PAULINA CRISTEL SALAS SOLIS

Como requisito para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

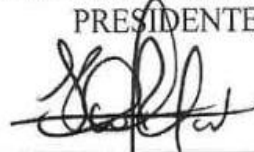
Aprobación de la Tesis:



MCE. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ
DIRECTOR DE TESIS



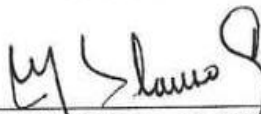
MCE. NORA NELLY OLIVA RODRÍGUEZ
PRESIDENTE



DR. FRANCISCO RAFAEL GUZMÁN FACUNDO
SECRETARIO



MCE. SANTIAGA ENRIQUETA ESPARZA ALMANZA
VOCAL



DRA. MARÍA MAGDALENA ALONSO CASTILLO
SUBDIRECTORA DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

AGRADECIMIENTOS

Primeramente, a Dios y a mi padre Eduardo Salas Reza y mi madre Briceyda Solis López por apoyarme y alentarme a continuar estudiando en la rama de mi profesión.

Al Consejo Nacional de Humanidades Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) por el apoyo económico que fue otorgado para realizar el programa de Maestría en Ciencias de Enfermería.

A la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), mi alma mater que siempre ha apoyado a los programas académicos y en esta ocasión, por brindarme los conocimientos necesarios en mi preparación del posgrado.

A la Facultad de Enfermería de la UANL por ser un referente de calidad a nivel nacional e internacional en la disciplina de enfermería.

A la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, Directora de la Facultad de Enfermería de la UANL y a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación, a quienes debo mi admiración y respeto por su liderazgo.

A la MCE Nora Nelly Oliva Rodríguez y a la DCE Karla Selene López-García por compartir su conocimiento, por su paciencia y sus valiosas orientaciones a lo largo de todo el proceso. También agradezco a mis compañeros de estudio, quienes, con su compañerismo y solidaridad, hicieron de este trayecto una experiencia más significativa.

A la Lic en enf. Hilda Duarte, mi asesor externo del Hospital Universitario, quién me recibió y apoyó durante la recolección de datos, así como, al departamento de secretaria de investigación de la Facultad de Medicina de la UANL Y al director del Hospital Universitario el DR. Med Oscar Vidal Gutiérrez.

A la MCE Santiago Enriqueta Esparza Almanza y a el Dr. Francisco Rafael Guzmán Facundo por sus observaciones y retroalimentación para la mejora de este trabajo.

Al DCE Manuel Antonio López Cisneros y a la MCE Leslie Guadalupe Graniel Thompson por recibirme en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche para realizar mi estancia académica y de investigación, por las aportaciones para el fortalecimiento del estudio.

DEDICATORIA

A Dios por planear mi nacimiento y mi crecimiento como persona y profesional, por guiarme y darme la fortaleza necesaria para superar cada desafío.

A mis padres, Eduardo Salas Reza y Briceyda Solis López quienes me enseñaron el valor del esfuerzo y la perseverancia. A ellos les debo todo lo que soy y todo lo que he logrado.

A mi hermano Jesús Eduardo Salas Solís quién me ha motivado a ser mejor hermana y mejor ejemplo para su vida.

A mis compañeros de generación y de generaciones antecedentes, por su apoyo, ánimo y muestras de afecto.

INDICE

Contenido	Página
HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS	i
HOJA DE DECLARACIÓN DE LUGAR DONDE SE REALIZO EL ESTUDIO	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
DEDICATORIA	iv
LISTA DE ABREVIATURAS	v
LISTA DE TABLAS	vi
LISTA DE FIGURAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
ANTECEDENTES	3
MARCO DE REFERENCIA	11
ESTUDIOS RELACIONADOS	11
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVO GENERAL	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
MATERIALES Y MÉTODOS	21
DISEÑO DEL ESTUDIO	21
POBLACION, MUESTREO Y MUESTRA	21

INDICE

Contenido	Página
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	21
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN	22
PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	23
CONSIDERACIONES ÉTICAS	24
ESTRATEGIA PARA EL ANÁLISIS DE DATOS	26
RESULTADOS	28
ESTADISTICA DESCRIPTIVA	28
ESTADISTICA INFERENCIAL	36
DISCUSIÓN	47
CONCLUSIONES	56
RECOMENDACIONES	57
LIMITACIONES	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
ANEXOS	68
1. CÉDULA DE DATOS PERSONALES, OBSTÉTRICOS E HISTORIA DE CONSUMO DE ALCOHOL(CDPOYHCA).	69
2. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)	71
3. CUESTIONARIO TWEAK	72
4. AUTORIZACIÓN DE INSTITUCIÓN HOSPITALARIA	73
5. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MUJER EMBARAZADA	74
6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FAMILIAR	77

INDICE

Contenido	Página
7. ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EMBARAZADA MENOR DE EDAD	80
8. FOLLETO INFORMATIVO	83
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO	85

LISTA DE ABREVIATURAS

A	Alpha de Cronbach
ADH	Alcohol Deshidrogenasa
ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
B	Beta
BAI	Inventario de Ansiedad de Beck
CDC	Centro de Control y Prevención de Enfermedades
CDPOyHCA	Cédula de Datos Personales, Obstétricos e Historia de consumo de Alcohol
CONADIC	Comisión Nacional contra las Adicciones
D^a	Estadístico de prueba
DE	Desviación estándar
Etal	Colaboradores y otros autores
F	Frecuencia
FAEN	Facultad de Enfermería
H	H de Kruskal-Wallis
IC 95%	Intervalo de confianza al 95%
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
IPAS	Informes Periódicos de Actualización de Seguridad
LI	Límite inferior
LS	Límite superior
Mdn	Mediana
N	Muestra
NIAA	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
OR	Razón de probabilidad
p	Significancia
R	Coefficiente de correlación Pearson
rs	Coefficiente de correlación Spearman

LISTA DE ABREVIATURAS

SNC	Sistema Nervioso Central
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSA	Secretaría de Salud
TAE	Espectro alcohólico fetal
TEAF	Trastornos del espectro alcohólico fetal
TWEAK	Cuestionario TWEAK: Tolerance, Worried, Ete Opener, Amnesia, Cut Down
U	U de Mann-Whitney
UANL	Universidad Autónoma de Nuevo León
V Max	Valor máximo
V Min	Valor mínimo
WHO	World Health Organization
χ^2	Chi Cuadrada de Pearson
$\bar{X}$	Media

LISTA DE TABLAS

Número	Título de la Tabla	Página
1.	Consistencia Interna del Inventario de Ansiedad (BAI) y el	28
2.	Cuestionario TWEAK	
3.	Datos sociodemográficos de las participantes	29
4.	Características obstétricas de las participantes	30
5.	Frecuencias y proporciones del Inventario de Ansiedad: Subescala de dimensión de alteraciones físicas	30
6.	Frecuencias y proporciones del Inventario de Ansiedad: Subescala de dimensión de alteraciones psíquicas	31
7.	Frecuencias y proporciones del Cuestionario TWEAK en el último año antes de su embarazo	32
8.	Frecuencias y proporciones del Cuestionario TWEAK durante el tercer trimestre de embarazo	33
9.	Frecuencias y proporciones del Cuestionario TWEAK en el último mes durante el embarazo	33
10.	Frecuencias y proporciones del consumo de alcohol durante el tercer trimestre	34
11.	Frecuencias y proporciones de alcohol en el último año y mes en mujeres embarazadas	35
12.	Tipos de consumo de alcohol según el Cuestionario TWEAK durante el embarazo: en el último año, en el último mes y últimos siete días	36
13.	Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas	36
14.	Medidas de tendencia central, dispersión, posición y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables continuas y numéricas	37

LISTA DE TABLAS

Número	Título de la Tabla	Página
15.	Prevalencias de consumo de alcohol global, lápsica, actual e Instantánea	38
16.	Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por edad	39
17.	Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por escolaridad	39
18.	Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por estado civil	40
19.	Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por embarazos previos	40
20.	Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por trimestre de embarazo	41
21.	Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por edad	39
22.	Prueba H de Kruskal-Wallis para la ansiedad por grupos de edad	41
23.	Prueba H de Kruskal-Wallis para la ansiedad por escolaridad	42
24.	Prueba U de Mann-Whitney para ansiedad por estado civil	42
25.	Prueba H de Kruskal-Wallis para ansiedad por número de embarazos	43
26.	Prueba H de Kruskal-Wallis para ansiedad por trimestre de embarazo	44
27.	Coeficiente de Correlación de Spearman para Ansiedad y	45
28.	Consumo de alcohol en mujeres embarazadas	46

RESUMEN

Lic. Paulina Cristel Salas Solís

Título del Estudio: ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS

Introducción: Las mujeres, específicamente las que se encuentran embarazadas, son un grupo vulnerable al consumo de alcohol. **Antecedentes:** Existe limitada investigación sobre el consumo de alcohol y la ansiedad en población gestante en México. **Objetivo General:** Determinar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. **Materiales y Métodos:** Estudio descriptivo y correlacional en 267 mujeres embarazadas que acudieron a consulta prenatal en Monterrey, Nuevo León, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó una Cédula de datos sociodemográficos, datos obstétricos e historia de consumo de alcohol, el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 2011) y el Cuestionario de TWEAK (Russell et al., 1994) que cuentan con una confiabilidad interna aceptable. **Resultados:** El 37.8% tenían entre 18 a 23 años y arriba del 10% contaban con estudios de licenciatura, el 46.1% estaban solteras y el 28.8% trabajaban. Respecto a datos obstétricos, el 42.7% eran primigestas y 59.9% estaban en su tercer trimestre. El 92.5% consumieron alcohol alguna vez en la vida y el 90.3% en el último año antes del embarazo, el 41.9% consumió en el último año durante el embarazo (tercer trimestre), el 11.6% en el último mes y el 3% en la última semana. Cualquier cantidad de consumo de alcohol durante el embarazo es considerada un riesgo. El 58.1% de las participantes tenían consumo de riesgo. Se encontraron diferencias significativas del consumo actual por escolaridad y trimestre de embarazo ($p < .05$). Las embarazadas que consumieron alcohol tenían primaria (26.7%) y estaban en el segundo trimestre de embarazo (22.4%). Se observaron diferencias significativas del nivel de ansiedad por edad y estado civil ($p < .05$), se observaron mayores niveles de ansiedad en jóvenes de 18 a 23 años y en divorciadas o separadas. El Índice de Inventario de Ansiedad ($r_s = -.213, p < .01$), Subescala de alteraciones físicas de la ansiedad ($r_s = .215, p < .01$), Subescala de alteraciones psíquicas de la ansiedad ($r_s = .169, p < .01$) se relacionan significativamente con el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. **Conclusiones:** Se analizó que a mayor ansiedad mayor consumo de alcohol en mujeres embarazadas. Se considera necesario la elaboración de programas educativos que aborden cuidados en el embarazo como la nutrición y manejo de salud mental de parte del profesional de enfermería hacia la mujer en edad reproductiva y específicamente a la mujer embarazada para eliminar conductas nocivas como el consumo de alcohol durante el embarazo.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:



ABSTRACT

Lic. Paulina Cristel Salas Solís

Title of Study: ANXIETY AND ALCOHOL CONSUMPTION IN PREGNANT WOMEN

Introduction: Women, specifically those who are pregnant, are a group vulnerable to alcohol consumption. **Background:** There is limited Research on alcohol consumption and anxiety in pregnant population in Mexico. **Objective:** Determine the relationship between anxiety and alcohol consumption in pregnant women. **Materials and Methods:** Descriptive study and correlational study in 267 pregnant women who attended prenatal consultation in Monterrey, Nuevo León, non-probabilistic convenience sampling was used. A form of sociodemographic data, obstetric data and history of alcohol consumption, the Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 2011) and the TWEAK Questionnaire (Russell et al., 1994) were used, which have internal reliability. acceptable. **Results:** 37.8% were between 18 and 23 years old and more than 10% had a bachelor's degree, 46.1% were single and 28.8% worked. Regarding obstetric data, 42.7% were primigravida and 59.9% were in their third trimester. 92.5% consumed alcohol at some point in their lives and 90.3% in the last year before pregnancy, 41.9% consumed alcohol in the last year during pregnancy (third trimester), 11.6% in the last month and 3 % in the last week. Any amount of alcohol consumption during pregnancy is considered a risk. 58.1% of the participants had risky consumption. Significant differences were found in current consumption by education and trimester of pregnancy ($p < .05$). Pregnant women who consumed alcohol had primary school (26.7%) and were in the second trimester of pregnancy (22.4%). Significant differences in the level of anxiety were observed by age and marital status ($p < .05$), higher levels of anxiety were observed in young people between 18 and 23 years old and in divorced or separated women. The Anxiety Inventory Index ($r_s = -.213$, $p < .01$), Subscale of physical alterations of anxiety ($r_s = .215$, $p < .01$), Subscale of psychological alterations of anxiety ($r_s = .169$, $p < .01$) are significantly related to alcohol consumption in pregnant women. **Conclusions:** It was analyzed that the greater the anxiety, the greater the consumption of alcohol in pregnant women. It is considered necessary the development of educational programs that address care in the pregnancy as well as nutrition and mental health management by the nursing professional towards women of reproductive age and specifically women pregnant to eliminate harmful behaviors such as alcohol consumption during pregnancy.

SIGNATURE OF THE THESIS DIRECTOR: 

INTRODUCCIÓN

El embarazo es una etapa trascendental en la vida de una mujer, que se caracteriza por cambios físicos, emocionales y psicológicos. Durante este periodo, las mujeres enfrentan diversas presiones y estresores que pueden aumentar el riesgo de experimentar ansiedad. La ansiedad es un trastorno frecuente en la etapa perinatal y, si no se identifican ni se trata oportunamente, puede derivar en consecuencias adversas tanto para la madre como para el desarrollo del feto. En este contexto, es fundamental comprender los factores que influyen en la salud mental de las mujeres embarazadas, especialmente aquellos relacionados con conductas de riesgo como el consumo de alcohol (World Health Organization [WHO], 2023).

El consumo de alcohol durante el embarazo es un problema de salud pública con graves implicaciones a nivel mundial. Numerosos estudios han demostrado que la exposición prenatal al alcohol puede ocasionar trastornos del desarrollo neurológico, bajo peso al nacer y síndrome alcohólico fetal, entre otras complicaciones. A pesar de las campañas de sensibilización, algunas mujeres continúan consumiendo alcohol durante la gestación, muchas veces como una estrategia para afrontar los síntomas de ansiedad (Secretaría de Salud Mental, 2021; WHO2023).

Se ha examinado que existen particulares sociodemográficos personales que predicen mayor ingesta de alcohol durante el embarazo como haber consumido esta sustancia antes del embarazo, tener más de un hijo y no tener pareja (Corrales,2020). Otra de las características más relevantes asociadas a este hábito en mujeres embarazadas es la ansiedad (Quintana, 2019). La World Health Organization [WHO] (2023) reporta que del 9 al 24% de esta población llegan a padecer ansiedad debido a que el embarazo es un periodo que puede desencadenar cambios emocionales aumentando el riesgo de padecer alteraciones psicológicas. Estos padecimientos no solo afectan la salud de la mujer embarazada, sino, que también afecta el estado emocional y el crecimiento del producto fetal (Secretaría de Salud Mental, 2021; WHO, 2023).

Literatura reciente muestra que las mujeres embarazadas con altos niveles de ansiedad tenían mayor riesgo de consumir alcohol en comparación con aquellas con niveles más bajos de ansiedad (Osma et al., 2019). Además, se destaca que las mujeres

con síntomas de ansiedad tienen hasta 8 veces más riesgo de consumir alcohol durante su embarazo, lo que resalta la necesidad de abordar la salud mental para prevenir el uso de sustancias. Lo anterior explica que las mujeres que experimentan altos niveles de ansiedad pueden recurrir al alcohol como mecanismo de afrontamiento para aliviar sus síntomas (Bonilla, 2021). El alcohol puede proporcionar una sensación temporal de relajación y alivio del estrés, lo que lleva a su uso para mitigar la ansiedad, a pesar de sus efectos negativos sobre la salud del feto y la madre.

La relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas es un fenómeno completo que involucra factores biológicos, psicológicos y sociales. En algunos casos, la falta de redes de apoyo, la presión económica y la vulnerabilidad emocional pueden potenciar la aparición de ansiedad, incentivando la adaptación de hábitos poco saludables como el consumo de alcohol. De igual manera, la percepción de la salud mental durante el embarazo sigue siendo un área poco explorada, lo que limita el desarrollo de intervenciones específicas para este grupo vulnerable.

Este estudio permitirá identificar factores de riesgo y proponer estrategias de prevención y atención en un futuro. Comprender la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol no solo permitirá visibilizar un problema de salud relevante, sino también contribuir al diseño de intervenciones que promuevan el bienestar de la madre y el desarrollo adecuado del bebé. En esta investigación se aborda el impacto de la ansiedad en la conducta de consumo de alcohol, la prevalencia de ambos fenómenos en mujeres embarazadas. Además, se destacará la importancia del rol del personal de enfermería en la detección temprana y apoyo integral durante la atención prenatal.

Por tal razón el presente estudio tiene como objetivo analizar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas.

ANTECEDENTES

Antecedentes

En este apartado se describen los estudios relacionados de las variables ansiedad y consumo de alcohol.

Consumo de alcohol

Ruiz-Barreto et al. (2023) llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional y transversal en México con el objetivo de estimar la prevalencia de consumo de alcohol en 420 embarazadas adolescentes atendidas en el hospital y explorar variables potencialmente predictivas del consumo. Este estudio documentó que la media de edad fue de 17 años, más del 80% se dedicaba al hogar y más del 70% estaba soltera. Concluyeron que más del 70% tenían hábitos de consumo durante el embarazo, reportando cifras más elevadas a las estimadas en otros estudios.

Adeoye (2022) realizó un estudio de corte en Nigeria con el objetivo de conocer la prevalencia, el patrón y predictores de consumo de alcohol y tabaco en mujeres embarazadas en Ibadan, Nigeria. Se reportó que el 13% de las participantes que consumían alcohol durante el embarazo eran menores de 35 años, arriba del 16% tenían estudios de primaria, arriba del 18% estaban solteras y la mayoría tenía 4 o más hijos, el consumo de alcohol antes y durante el embarazo fue arriba del 30% y 12% respectivamente, concluyendo que de cada 8 embarazadas, una estaba expuesta al alcohol y se encontraron diferencias significativas.

Ibarra (2021) abordó una investigación descriptiva correlacional con el objetivo de conocer la relación entre las características sociodemográficas y la percepción del apoyo social con el consumo de alcohol y tabaco en 144 adolescentes embarazadas que realizaban su control prenatal en cuatro distintos centros universitarios de salud en Monterrey, Nuevo León. Respecto a las características sociodemográficas, el 39% tenían entre 18 y 19 años, el 56% no estudiaba, el 51% tenía entre diez a doce años de escolaridad, el 36% se encontraba estudiando y el 28% no tenía ocupación, el 33% vivía con sus padres y el 25% con sus padres y su pareja, el 35% dependía económicamente de sus padres y el 28% de su pareja, el 46% se encontraba soltera mientras que el 36% estaba en unión libre.

Respecto a las características del embarazo, el 69% se encontraba en su primera gestación, el 79% no había tenido partos y el 89% no había tenido cesáreas, el 90% no tuvo abortos y el 62% se encontraba en su segundo trimestre. De acuerdo con las prevalencias de consumo de alcohol antes del embarazo, 78%, *IC* 95% [71,85] consumieron alguna vez en su vida y 67%, *IC* 95% [60,75] en el último año. El consumo de alcohol durante el embarazo en el último año fue del 34%, *IC* 95% [26,42] y el 12%, *IC* 95% [6,17] lo hicieron en el último mes.

Ribeiro (2020) realizó un estudio en Brasil con diseño descriptivo, transversal, cuantitativo con el objetivo de estimar la prevalencia del abuso de drogas en 114 gestantes y asociarla con las variables educación, renta familiar, raza y número de embarazos en un Centro de Salud Materno Infantil. Respecto a datos sociodemográficos, el 77% de la embarazadas fueron multíparas, el 73% tenían entre 19 a 29 años con una edad mínima de 15 y máxima de 41 años, el 50% tenía estudios mayores a nueve años, de las 114 participantes, el 45% consumieron alcohol y el 60% presentó un consumo concurrente. El 19% de las mujeres que consumían alcohol tenían un salario mínimo, el 50% de las consumidoras tuvieron hasta seis embarazos, el 18% de las mujeres que consumieron alcohol no tenían la secundaria finalizada.

Tesfaye (2020) realizó un estudio en África cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol durante el embarazo en una muestra de 585 mujeres embarazadas. Se reportó que las participantes tenían una media de edad de 27 años (*DE*= 4.1), el 93% eran casadas, el 29% contaban con estudio de secundaria y el 65% era ama de casa. En cuanto a los resultados obstétricos de las participantes el 29% se encontraba en primer trimestre de embarazo, 42% en el segundo y 29% en el tercer trimestre, asimismo, el 35% eran multíparas y el 27% era nulípara.

Además, se indicó que el 37%, *IC* 95% [33.2,41.0] consumió alcohol durante el embarazo, el 46% se encontraban en segundo trimestre de embarazo, el 94% estaba casada y el 52% mencionaron consumo de esta sustancia antes del embarazo. El 57% reportó consumir alcohol mensualmente, el 53% reportó consumir de una a dos bebidas, el 40% obtuvo un consumo excesivo de más de seis bebidas en una sola ocasión, el 44% bebía cerveza, el 27% ingería otras bebidas y el 24% vino. Se presentó una asociación significativa en las embarazadas que no cuentan con educación formal, multíparas y

consumieron alcohol antes del embarazo ($p<.05$), por lo que aumenta la probabilidad de tener consumo de alcohol durante el embarazo. El consumo de alcohol antes del embarazo fue 3 veces mayor en comparación con aquellas que no habían consumido alcohol antes del embarazo $OR= 3.16$, IC del 95%, [2.03, 4.91] Las variables asociadas al consumo de alcohol en el embarazo fueron no tener educación formal, multiparidad, uso previo al embarazo ($p=.025$).

Corrales (2020) realizó un estudio en España con el objetivo de determinar la prevalencia del consumo de alcohol durante el embarazo, su distribución sociodemográfica y su variabilidad obstétrica en 426 embarazadas que acudieron a consulta externa a realizarse una ecografía en la semana 20. Los resultados muestran que presentaron una media de edad de 31.9 años ($DE=5.3$), el 40%, IC 95% [36.4, 44.4] de las entrevistadas se encontraba en su primera gestación, el 90% refirió estar estudiando actualmente, el 38% tenía estudios universitarios, y 17% tiene estudios de primaria incompleta, el 39% de las mujeres embarazadas reportaron tener empleo de tiempo completo.

Relacionado con el consumo de alcohol, el 15% consumían alcohol una vez al mes o menos durante el embarazo, el 8% consumió entre 2 a 4 veces al mes. Se apreciaron diferencias significativas del nivel educativo con el consumo de alcohol ($\chi^2=4.84$, $p=.028$), se reporta que las mujeres embarazadas con estudios universitarios habían bebido alcohol de dos a cuatro meses al mes (6%) a diferencia con las de bajo nivel educativo (14%). Así mismo, el 73% identificó que el riesgo por consumo puede provocar malformaciones congénitas, aborto inducido o espontáneo, el 27% de las embarazadas no pudieron brindar su opinión sobre los riesgos que conlleva el consumo de alcohol durante el embarazo. Se presentó una asociación significativa de la edad, nivel educativo y situación laboral con el consumo de alcohol durante el embarazo ($F=5.24$, $p<.01$) con una varianza explicada ($R^2= 4\%$). Así mismo, el consumo de alcohol antes del embarazo presentó una asociación significativa ($F=62.6$, $p<.01$) con una varianza explicada en que tenían un mayor consumo de alcohol durante el embarazo las mujeres que consumían antes de su embarazo y tenían un nivel educativo más bajo.

López et al. (2017) en su estudio exploratorio descriptivo realizado en España con el objetivo de explorar las actitudes (comportamentales, cognitivas y emocionales)

sobre el consumo de alcohol durante el embarazo con una muestra de 30 embarazadas con edad de 26 a 48 años, con una media 34 años ($DE=4.63$), el 33% de las embarazadas antes de su gestación obtuvieron tres puntos en el AUDTI, el 27% de las mujeres durante el embarazo tuvo una puntuación de 1 punto en el AUDIT y el 70% ($f=21$) no obtuvieron ningún punto. Sin embargo, en las entrevistas, el 60% refirió haber consumido alcohol durante el embarazo y el 47% negó el consumo. De las mujeres que consumieron, el 66% redujo su consumo y el 33% lo abandonó totalmente. La bebida más consumida fue el vino (66%), en segundo lugar, se encontró la cerveza (55%).

Favela et al. (2008) realizó un estudio descriptivo correlacional para determinar la proporción del consumo de alcohol antes y durante la gestación en 165 mujeres mayores de 18 años. Respecto a datos sociodemográficos, el 61% tenía entre 18 a 25 años, el 80% tenía pareja y el 89% se dedicada al hogar. La media de edad fue de 24 años ($DE = 5.71$), la escolaridad presentó una media de nueve años. Se observó un promedio de tres copas ($DE = 2.75$) que consume la mujer en un día habitual y 0.5 copas ($DE = 1.37$), el número de copas que consumen las mujeres embarazadas.

De acuerdo con la clasificación del cuestionario TWEAK se examinó que las mujeres tuvieron un consumo sensato ($DE = 1.32$). El consumo de alcohol antes del embarazo fue del 62%, $IC\ 95\% [0.55 - 0.70]$ y 15% durante el embarazo, de lo cual el 70% tuvo un consumo moderado y el 29% un consumo excesivo, el 50% lo hizo sensatamente, y el 25% tenía riesgo de adicción y adicción probable al alcohol. Se presentaron diferencias significativas del consumo de alcohol por edad en las mujeres antes del embarazo ($H=11.1, p<.01$), las participantes de 18 a 25 años presentaron medias más altas de consumo de alcohol ($\bar{X} = 1.3, Mnd= 1.0$) a diferencia de las participantes de 33 a 40 años ($H=11.1, p<0.1$) ($\bar{X} = 0.009, Mdn = .000$). Así mismo no se presentó una relación significativa con el alcohol y escolaridad antes y durante el embarazo ($p>0.5$). Se percibió una relación negativa y significativa de la edad gestacional con el consumo de alcohol durante el embarazo ($rs= -0.46, p=.023$) lo que refiere que a menor edad gestacional mayor consumo de alcohol. El presente artículo se considera pertinente en la investigación debido a haber aplicado el cuestionario TWEAK en México a pesar de haberse publicado hace más de cinco años.

Ansiedad

Gaona (2021), realizó en Veracruz un estudio descriptivo, transversal, prospectivo con el fin de determinar los niveles de estrés, depresión y ansiedad en las pacientes embarazadas de 19 a 35 años durante la pandemia por COVID 19 en el Hospital de Alta Especialidad de Veracruz con una muestra de 257, el 16% de las mujeres embarazadas padecía ansiedad ($f=41$), el 19% no presento ansiedad y 11 La mayoría se encontraba sano sin padecer ansiedad (49%) y el 11% de las mujeres padecían ansiedad leve, el 19% moderado, el 7% severo y el 15% muy severo.

Quintana-Guardo et al. (2020) llevaron a cabo un estudio descriptivo con la participación de 369 embarazadas, el 7.9% eran adolescentes y arriba del 49.6% eran mujeres, el 46.9% estaba casada y el 16.21 no tenía pareja, el 54.9% se dedicaba al hogar, el 63.1% ya había tenido de dos a tres embarazos, el 22.0% había experimentado un parto fisiológico y el 81.9% cesáreas. Se encontró que las participantes con ansiedad preoperatoria tuvieron relación significativa con la edad ($\rho=-0.004$, $p=0.94$), embarazos ($\rho=-0.062$, $p=0.26$), partos ($\rho=-0.075$, $p=0.17$) y cesáreas ($\rho=0.020$, $p=0.71$). De las embarazadas que presentaron ansiedad preoperatoria, el 80% ya había tenido una experiencia quirúrgica (cesárea) y el 13.3% una experiencia de parto fisiológico, el 26.7% era primigesta y el 50% tenían entre 20 a 29 años.

Westerneng et al. (2017) llevó un estudio exploratorio en Ámsterdam con el fin de establecer qué características sociodemográficas relacionadas con el embarazo y las características psicológicas; y explorar más a fondo si la ansiedad específica del embarazo predice comportamientos negativos relacionados con la salud como consumo de alcohol con una muestra de 454 mujeres embarazadas. La media de edad fue de 30.5 ($DE=4.60$), el 71% se encontraba entre los 25 a 35 años, el 98% era casada, el 48% tenía nivel educativo alto y el 37% moderado, el 54% era multiparidad y el 46% nulípara, el 80% no tenía ansiedad mientras que el 18% sí, el 89% negó el consumo de alcohol y el 11% si lo consumía durante la gestación. Las mujeres nulíparas tenían una probabilidad 2.33 veces de tener niveles elevados de ansiedad que las mujeres multíparas $IC\ 95\ %$ [1.97, 2.77], $p<.001$.

Joelsson et al. (2017) llevo a cabo un estudio transversal en Suecia con el fin de determinar la prevalencia de ansiedad y síntomas depresivos entre mujeres que buscaban

tratamiento de fertilidad y mujeres que concibieron después del tratamiento y de forma natural en 468 no embarazadas, 2,972 embarazadas naturalmente y 143 mujeres embarazadas después del tratamiento. Referente a las mujeres embarazadas sin tratamiento, la media edad fue 29.3 años ($DE=4.8$) ($p<.001$), el 53% tenía estudio universitario, el 50% empleo de tiempo completo, el 0.4% consumía alcohol semanalmente ($p<.001$). Respecto a la ansiedad, el 81% padecía ansiedad leve, el 12% moderada y el 7% grave.

Ansiedad y consumo de alcohol

Bete et al. (2023) realizó una investigación descriptiva correlacional en Etiopia con el objetivo de evaluar la prevalencia y los factores asociados del consumo de alcohol entre las 589 mujeres embarazadas que asisten a consultas prenatales en hospitales gubernamentales en la región de Harari. Se describió que más de la mitad de las participantes se encontraba entre los 26 y 30 años, la mayoría estaba casada y tenía estudios primarios. Respecto al número de embarazos, arriba del 70% eran multíparas y el 25.8% consumieron alcohol antes de su embarazo y arriba del 20% tenían ansiedad. La relación encontrada con la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas fue arriba del 60% fue significativa ($p=0.011$).

Bonilla-Sepúlveda (2021) realizó un estudio transversal analítico con el objetivo de comparar los niveles de ansiedad y estrés en dos grupos poblacionales de 125 mujeres adolescentes colombianas y su asociación con el embarazo, la edad de inclusión fue de 12 a 17 años con una mediana de edad de 17 años. Con relación a características sociodemográficas en adolescentes embarazadas, el 68% tenía estudios de secundaria, el 48% estaba en unión libre y el 47% soltera, el 65% era ama de casa y el 24% estudiaba, el 7% consumió alcohol y el 93% lo negó. La prevalencia de ansiedad fue del 68%, presentaron ansiedad relacionado con relaciones familiares regulares (13%) se obtuvo que el 38% de las mujeres embarazadas presento ansiedad leve, el 26% moderada y el 3% grave, mientras que el 32% no presentó ansiedad, el 7% consumió alcohol. Se percibió una asociación significativa de la ansiedad con el consumo de alcohol ($OR=8.58$, $IC\ 95\% [1.28,364.2]$; $p<.01$)

Osma-Zambrano et al. (2019) llevó a cabo un estudio descriptivo transversal con el fin de conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en el embarazo y determinar

cuáles son las variables demográficas, psicosociales y clínicas asociadas a estas dos condiciones mentales en 244 embarazadas colombianas. Referente a la ansiedad, la prevalencia fue del 26%, el 97% de las mujeres con ansiedad estaba en el segundo y tercer trimestre, el 65% estaba desempleada y el 51% dependía económicamente de algún familiar, el 67% vivía en unión libre y el 22% era soltera, el 85% de las mujeres que presentaron ansiedad tenía pareja, cabe señalar que en el segundo trimestre el 54% presentó ansiedad y el tercer trimestre de 43%. Respecto al consumo de alcohol se reporta que el 27% consumía esta sustancia, se presentaron diferencias significativas de la ansiedad y el consumo de alcohol ($\chi^2=2.55, p<.04$), se indica que 23.8% de las mujeres que presentaron ansiedad consumían alcohol comparados con el 10% de las participantes que no presentaron ansiedad y consumieron alcohol, aunado a lo anterior, se encontró relación significativa de la presencia de ansiedad con el consumo de alcohol $\beta=22.5, IC\ 95\% [9.4, 53.7], p<.003$

Brown et al., (2019) desarrolló un estudio de cohorte retrospectivo en Canadá con el objetivo de evaluar los efectos relativos de los factores de riesgo socioeconómico, demográfico y de salud mental asociado con el consumo de drogas en 25,734 mujeres embarazadas. La prevalencia del consumo de alcohol fue del 2% y la ansiedad un 5%, así mismo se reporta una tasa de consumo de alcohol de 2%. La edad materna media fue de 29.4 ($DE=5.4$). Las mujeres embarazadas que bebían alcohol y estaban solteras $OR=1.01, IC\ 95\% [1.01, 1.02] (p<.05)$ tenían mayor probabilidad de presentar ansiedad. Referente a la ansiedad en el embarazo y el consumo de alcohol no se encontró asociación $OR=1.30 [0.90, 1.89] (p<.05)$.

Síntesis

En la revisión de la literatura se encontraron dos artículos de ansiedad, cinco artículos con la variable de consumo de alcohol durante el embarazo y tres artículos con las variables de ansiedad y consumo de alcohol, se encontró relación de las variables y uno no identificó asociación en los resultados encontrados. Los artículos proceden de diferentes países como Brasil, África, México, España, Ámsterdam, Suecia, Colombia y Canadá.

Se reporta un consumo de alcohol en la cuarta parte de las embarazadas y más de la mitad consumieron alcohol antes del embarazo y más del 25% presentaban probable

adicción, se describen diferencias de consumo por edad, las mujeres embarazadas con edades de 18 a 25 años presentan medias más altas de consumo de alcohol y también se reporta una relación negativa de edad gestacional con el consumo de alcohol, así como factores personales y obstétricos que generan ansiedad como el estado civil, ocupación y número de embarazos.

Arriba del 60 % de las mujeres embarazadas presentaron ansiedad en el segundo trimestre, así como también las embarazadas desempleadas, con dependencia económicamente de un familiar y no de la pareja, aquellas que se encontraban en unión libre o solteras presentan mayores niveles de ansiedad, el 26% que consumió alcohol presentó ansiedad, se encontró una relación entre ansiedad y consumo de alcohol. Existe un vacío de conocimiento referente a las variables ansiedad y consumo de alcohol en mujeres embarazadas debido a que no se encontraron estudios mexicanos que aborden ambas variables.

MARCO DE REFERENCIA

En el siguiente apartado se incluyen los conceptos de ansiedad y consumo de alcohol que se utilizarán en el estudio.

Durante el embarazo se genera un estrés elevado que puede disminuir las capacidades de una adaptación individual y comunitaria de manera adecuada. En este periodo la mujer presenta sentimientos ambivalentes que van desde felicidad, pueden surgir dudas sobre su embarazo, así mismo, percibe inseguridad, miedo, estrés, y ansiedad, lo que podría provocar un desarrollo emocional desfavorable desencadenando conductas no saludables como el consumo de alcohol para afrontar estas emociones ansiosas (WHO, 2022).

Ansiedad

De acuerdo con Beck et al. (1988) se define la ansiedad como una respuesta humana, subjetiva y emocional que se presenta ante escenarios percibidos como amenazas o peligros. Este trastorno psicológico es un sentimiento no placentero que se desencadena por el miedo, el cual es un proceso cognitivo que interpreta que existe un peligro real o potencial en una situación específica y se clasifica la ansiedad como baja, moderada y severa.

La ansiedad puede diagnosticarse cuando existe sensación de entumecimiento, debilidad de piernas, incapacidad para relajarse, con temor de lo que sucederá en el futuro, mareos, taquicardias, ataques de nerviosismo, disnea, problemas digestivos o desvanecimientos, y en el embarazo existe una prevalencia alta que la mujer padezca esta afección por las alteraciones fisiológicas que incluyen cambios hormonales y pueden generar complicaciones durante la gestación como preeclampsia y bajo peso al nacimiento del feto. La ansiedad debe evaluarse en las mujeres embarazadas debido que se ha documentado que los hijos de las madres con ansiedad pueden desencadenar déficit atencional, inmadurez psicomotora, hiperactividad, desordenes conductuales y ansiedad en la niñez (Mojica-Perilla et al., 2019).

Consumo de alcohol

La ansiedad puede desencadenar conductas de riesgo como el consumo de alcohol como método para disminuir esa afección mental. Respecto al alcohol es una

sustancia compuesta por alcohol etílico de 2% y hasta 55% en volumen. Es una sustancia psicoactiva depresora del SNC que llevan a la dependencia del consumo provocando una adicción que produce trastornos mentales y físicos en el organismo desencadenando enfermedades crónicas. Existen dos presentaciones del alcohol, una son los fermentados como el vino y la cerveza que contiene del 12 al 14% de alcohol y los destilados con un contenido de alcohol mayor (45%) como el vodka, tequila o ron (CONADIC, 2017; Secretaria de Salud, 2009).

La bebida estándar se ha utilizado como una estrategia preventiva hacia el consumo de uso nocivo de alcohol. Las diferentes presentaciones de alcohol contienen 13.6 gramos equivalentes a 15 mililitros. Una bebida estándar equivale a una cerveza de doce onzas (360ml), de ocho a nueve onzas (270ml) en licor de malta, a cinco onzas (150ml) de vino o una y media onza (45ml) de destilados como un güisqui, ginebra, ron, vodka, tequila o una cuba de diez mililitros de destilado. Cada bebida contiene la misma cantidad de alcohol absoluto, 0.5 onzas o 13.6 gramos (Nolla, 2015).

Dicha sustancia es ingerida vía oral llegando en primera instancia al estómago, se absorbe un 20%, posteriormente, el intestino absorbe la parte restante y pasa directo al sistema circulatorio. En caso de que el estómago contenga alimento, el alcohol tarda más tiempo en introducirse al sistema circulatorio. El alcohol se distribuye por todo el cuerpo y es bombeado por el corazón hasta llegar al cerebro y al resto de los órganos. El proceso de metabolización se realiza en el hígado, se convierte en desecho y los riñones lo absorben eliminándolo a través de la orina, sudor, lágrimas, heces y leche materna (CONADIC, 2017).

Las áreas más afectadas son la corteza cerebral que se encarga de la toma de decisiones, planeación, control de los cinco sentidos e interacción social; el cerebelo que se encarga de coordinar los movimientos como la deambulaci3n y equilibrio; el hipotálamo controla procesos fisiológicos como la respiraci3n y temperatura cardiaca; y el hipocampo controla la memoria por lo cual si se consume alcohol en exceso se puede provocar un daño temporal o permanente y dificultar el aprendizaje (CONADIC, 2016).

Los efectos inmediatos al consumir alcohol son relajaci3n, verborrea, visi3n borrosa, náusea, v3mito, confusi3n, sueño, afecta la memoria y concentraci3n, se pierde el equilibrio, descoordinaci3n de los movimientos corporales, lentitud para reaccionar,

taquicardia, accidentes, intoxicaciones y deshidratación. Las consecuencias a largo plazo es generar dependencia, aumento de peso, enfermedades del hígado y cardiovasculares, desnutrición, alucinaciones y trastornos mentales entre otros (CONADIC 2020).

Durante el embarazo, la ingesta de alcohol se traslada por el torrente sanguíneo de la madre a través del cordón umbilical y puede produce aborto espontáneo, muerte fetal, discapacidades y malformaciones irreversibles en el bebé como lo son los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) presentando características como deformaciones, bajo peso al nacer, descoordinación, alteraciones cognitivas, discapacidades académicas en el aprendizaje, intelectuales como retrasos en el habla, razonamientos, problemas audiológicos, oftalmológicos , cardíacos, renales u ortopédicos (Centro de Control y prevención de enfermedades [CDC], 2022).

En este sentido, el consumo de alcohol se midió a través de la frecuencia y cantidad de consumo que es el número de bebidas consumidas por ocasión y la frecuencia a través de la prevalencia, se cuantifican los casos que se presentan en la población. La prevalencia global se refiere al consumo alguna vez en la vida, la prevalencia lápsica es el consumo en los doce últimos meses; la prevalencia actual es el consumo en los últimos 30 días y la prevalencia instantánea indica el consumo en los últimos siete días (Bonita et al., 2008, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAA], 2021).

A pesar de que se ha recomendado por la WHO (2022) que las mujeres embarazadas no deben consumir alcohol ya que producen diferentes consecuencias en la madre como en el feto y se considera un consumo excesivo cualquier cantidad durante el embarazo se ha documentado que estos hábitos están presentes en la población. Sin embargo, en este estudio el consumo de alcohol en mujeres se clasificó en consumo sensato, consumo de riesgo y consumo de adicción y las manifestaciones que presenta la mujer que tiene dependencia al alcohol es requerir consumo de alcohol al despertar, tener amnesia mientras consumió alcohol, percepción de disminuir el consumo de alcohol o que su familia o amigos se preocupen por sus hábitos de consumo. En este estudio el consumo de alcohol en la mujer embarazada se midió con la escala TWEAK (Russell et al., 1994), la cual se ha utilizado en población de mujeres y mujeres embarazadas.

JUSTIFICACIÓN

El consumo de alcohol es una práctica socialmente aceptada a pesar de representar un problema grave para la salud mundial, principalmente en grupos vulnerables como las mujeres embarazadas. Acerca de esta problemática se registró que, en el año 2019, se reportaron 2.3 billones de personas que ingieren alcohol, cabe señalar que el 10% fueron mujeres embarazadas, no obstante, en México no se cuenta con mecanismos que informen estadísticas generales, estatales y locales para conocer más a fondo la problemática en la población gestante, sin embargo, se cuentan con estadísticas en población general (WHO, 2019).

Se ha examinado que existen particularidades sociodemográficas personales que predicen mayor ingesta de alcohol durante la gestación como haber consumido esta sustancia antes del embarazo, tener más de un hijo y no tener pareja (Corrales, 2020). Otra de las características más relevante asociadas a este hábito en mujeres embarazadas es la ansiedad (Quintana, 2021). La World Health Organization (2023) reporta que del 9 al 24% de esta población llegan a padecer ansiedad debido a que el embarazo es un periodo que puede desencadenar cambios emocionales aumentando el riesgo de padecer alteraciones psicológicas. Estos padecimientos no solo afectan la salud de la mujer embarazada, sino, que también afecta el estado emocional y el crecimiento del producto fetal (Secretaría de Salud Mental, 2021).

Respecto a la evidencia, en un estudio realizado por Osma et al. (2019) se encontró que las mujeres embarazadas con altos niveles de ansiedad tenían mayor riesgo de consumir alcohol en comparación con aquellas con niveles más bajos de ansiedad. El estudio de Bonilla (2021) mostró que las mujeres con síntomas de ansiedad tenían hasta 8 veces más riesgo de consumir alcohol durante su embarazo, lo que resalta la necesidad de abordar la salud mental para prevenir el uso de sustancias. Lo anterior explica que las mujeres que experimentan altos niveles de ansiedad pueden recurrir al alcohol como un mecanismo de afrontamiento para aliviar sus síntomas. El alcohol puede proporcionar una sensación temporal de relajación y alivio del estrés, lo que lleva a su uso para mitigar la ansiedad, a pesar de sus efectos negativos sobre la salud del feto y la madre.

Consumo de Alcohol

Acerca de los efectos del consumo de alcohol, son más dañinos en el cuerpo de la mujer porque tiene mayor porcentaje de grasa, menor cantidad de agua (48.5%) a diferencia del hombre (58.3%), producen menor enzima alcohol deshidrogenasa (ADH), lo que hace demorar el tiempo en eliminar el alcohol del organismo, desarrolla enfermedades hepáticas en etapas más tempranas con menores cantidades de consumo, produce alteraciones del ciclo menstrual, osteoporosis y abortos.

Respecto a la mujer embarazada que consume esta sustancia puede provocar mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro con bajo peso al nacimiento y muerte fetal mientras que en el producto se produce un daño en el desarrollo físico y mental produciendo trastornos del espectro alcohólico fetal (TAE) (Brink, 2022; Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] 2017; Hernández et al., 2021) que desencadenan características craneofaciales anormales, problemas del sistema nervioso central (SNC), y en la niñez puede presentar déficit intelectual a los siete años, discapacidades en el aprendizaje y la comunicación (American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG] 2020; Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] 2017; Gebhardt, 2020; Lytle, 2020).

En la cultura mexicana tradicionalmente se han considerado ideas erróneas acerca de los beneficios del consumo de alcohol durante el embarazo como tomar pulque con un fin terapéutico, la creencia de que aumenta la producción de leche materna y la percepción de que en pequeñas cantidades no se genera un daño mientras la mujer está embarazada (Arellano et al., 2020). Sin embargo, se ha comprobado que el consumo de alcohol durante el embarazo no es seguro debido a que produce malformaciones irreversibles en el producto (Centro de Control y Prevención de Enfermedades [CDC], 2022).

Se puede señalar que el consumo de alcohol es dañino antes y durante el embarazo, y su efecto nocivo puede continuar durante el puerperio. El alcohol puede disminuir la calidad y producción de la leche materna, aunado de generar trastornos del sueño en el recién nacido. También puede afectar la nutrición del recién nacido produciendo hipoglucemias debido a que el recién nacido tarda más tiempo en eliminar el alcohol, lo que prolonga sus efectos (CONADIC, 2017).

Consumo de Alcohol por edad, escolaridad, estado civil, embarazos previos y trimestre de embarazo.

De acuerdo con la evidencia encontrada en países europeos y africanos, se destaca que el 37% de las mujeres embarazadas consume alcohol asociado con un hábito de consumo previo al embarazo y carencia de educación sobre las consecuencias que provoca en la mujer y en el feto (Charro et al., 2019; Tesfaye et al., 2020). En España se documentó que las mujeres con pareja afirman que cualquier cantidad de consumo es dañina a diferencia de las mujeres que se encontraban solteras. La mitad de las gestantes tenían bajos niveles educativos y bebieron durante su embarazo actual de 2 a 4 veces al mes, a diferencia de las mujeres con más alto grado académico, en las que se detectó menor prevalencia de consumo, así como las multíparas tuvieron mayor consumo de alcohol (Corrales, 2020).

En Estados Unidos (EU) el 12% de participantes consumieron alcohol y el 4% bebió alcohol en exceso en el último mes del embarazo y se reportó que las mujeres solteras son más vulnerables y propensas a ingerir alcohol e ingerir en exceso durante el embarazo (Denny et al., 2019). En países latinos como Argentina el 21% de las mujeres embarazadas consumió alcohol en los últimos siete días y el 30% en el último mes. En cuanto a México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (Villatoro-Velázquez et al., 2017) se estima que la prevalencia de consumo de alcohol por mujeres en la población de 12 a 65 años fue del 63% alguna vez en la vida, el 39% consumió en el último año y en el último mes el consumo paso de 20% a 24% (2011 y 2016 respectivamente).

En Nuevo León, Ibarra (2021) reportó que, de 144 mujeres adolescentes embarazadas, el 78% reportó consumir alcohol antes de su embarazo, el 67% en el último año, el 34% lo consumió durante su embarazo y el 12% lo habían hecho en el último mes del embarazo. Además, se puede señalar que el estado de Nuevo León tiene una tasa de mayor fertilidad en mujeres jóvenes entre 12 y 19 años, donde solo el 56% usan métodos anticonceptivos durante las relaciones sexuales provocando embarazos no planeados (Informes Periódicos de Actualización de Seguridad de México [IPAS], 2022). Se ha descrito que uno de los factores que influyen en el consumo de alcohol en la mujer gestante puede ser la ansiedad de tener embarazos no planeados y conllevan a

tener conductas deficientes del cuidado hacia la salud de la mujer y feto como el consumo de alcohol durante el embarazo (Yu et al., 2021).

Ansiedad durante el embarazo

Durante el embarazo suceden cambios hormonales debido al aumento de la liberación de las hormonas del cortisol y adrenalina que causan estrés y pueden afectar al sistema inmunológico y cardiovascular de la mujer embarazadas, así como desarrollar preeclampsia, taquicardias, problemas digestivos como náuseas y malestares estomacales acompañados de insomnio, fatiga crónica, y mayor riesgo de desarrollar trastornos de salud mental como la depresión posparto causando disminución de capacidad de participar y disfrutar de actividades durante el embarazo y puerperio (Fawcett et al., 2019; Hernández et al., 2021).

En el desarrollo del feto también produce complicaciones a corto plazo como mayor probabilidad de un parto prematuro, bajo peso al nacimiento y a largo plazo problemas de desarrollo neuroconductual que incrementan riesgo de problemas emocionales desencadenando ansiedad infantil, déficit de aprendizaje y dificultades conductuales en la infancia.

Se ha percibido que la ansiedad en mujeres embarazadas oscila entre el 10% y 25% alrededor del mundo (Dennis et al., 2017, Fawcett et al., 2019, WHO, 2023). Respecto a México diversos estudios han mostrado variabilidad con lo encontrado a nivel mundial con un 18% de ansiedad (Hernández et al., 2021), menor a la cifra que se ha reportado a nivel internacional.

Ansiedad por edad, escolaridad, estado civil, número de hijos y trimestre.

Se ha documentado que las embarazadas menores de 19 años que se encuentran en los primeros dos trimestres, o mujeres que presenten antecedentes de alteraciones mentales, sin pareja, con grados académicos más bajos y que son primigestas o tienen más de tres hijos tienen mayor probabilidad de padecer trastornos de ansiedad e ingerir sustancias dañinas como el alcohol debido a su estado actual de embarazo en comparación de las mujeres mayores de 25 años que cuentan con trabajo y apoyo de su pareja (Asencio, 2022; Barrio-Forné, 2021; Bonilla, 2021; Gómez-Sánchez, 2020; Mojica-Perilla et al., 2019; Osma-Zambrano et al., 2019; Vega-González et al., 2019; WHO, 2020).

Algunos autores comentan que existen mayores prevalencias de ansiedad en el segundo trimestre de embarazo donde la mujer percibe de manera más consciente su estado gestacional (Monterrosa-Castro et al., 2022), sin embargo, otros autores difieren que han encontrado que la ansiedad se reporta con mayor frecuencia en el primer y tercer trimestre (Awad-Sirhan et al., 2022; Gancedo-García, 2019; Hernández et al., 2018; Tang et al, 2019).

Se consideró necesario e importante llevar a cabo este estudio debido a que se identificó un vacío de conocimiento en la literatura mexicana sobre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. La literatura existente, aunque limitada, se ha centrado principalmente en observar y correlacionar ambas variables de manera individual. Por ejemplo, se ha estudiado el consumo de alcohol en relación con las características sociodemográficas, pero no se ha explorado de manera integral su relación con la ansiedad, un estado emocional frecuente durante el embarazo (Gaona, 2021; Ruiz-Barreto et al., 2023). Este vacío representa una oportunidad para contribuir al entendimiento científico y desarrollar estrategias de intervención específicas.

En México, los datos sobre el consumo de alcohol en mujeres embarazadas y las causas que lo desencadenan son limitados. Esto es preocupante, dado que el país presenta una alta tasa de natalidad, y un porcentaje significativo de mujeres embarazadas se encuentra sin apoyo social o de pareja, lo que incrementa el riesgo de desarrollar dificultades para enfrentar el embarazo y la sociedad (INEGI, 2020; Villatoro-Velázquez et al., 2017). Estas condiciones sociales y psicológicas pueden exacerbar la ansiedad y favorecer el consumo de sustancias como una estrategia de afrontamiento, lo que subraya la necesidad de investigar la relación entre estos factores.

Diversos estudios internacionales han reportado altos niveles de consumo de alcohol y ansiedad durante el embarazo, lo cual puede atribuirse a cambios hormonales, emocionales y sociales. Estos incluyen preocupaciones sobre el desarrollo del feto, el cambio en los roles sociales de mujer a madre y la adaptación al entorno para recibir al futuro hijo (WHO, 2023). Adicionalmente, las primeras semanas de gestación son un periodo crítico debido a la incertidumbre y los riesgos asociados al desarrollo fetal, lo que incrementa la vulnerabilidad emocional de las mujeres. En ausencia de

intervenciones de salud mental, estas mujeres podrían adoptar hábitos nocivos, como el consumo de alcohol, que afectan tanto su salud como la del feto.

La investigación propuesta busca llenar este vacío al realizar un estudio descriptivo correlacional en mujeres embarazadas del estado de Nuevo León, México. Este enfoque permitirá analizar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol, proporcionando información relevante para diseñar estrategias de prevención y promoción de la salud mental. Además, se espera que los resultados contribuyan al desarrollo de materiales educativos y programas de apoyo emocional dirigidos a reducir el riesgo de consumo de alcohol durante el embarazo. Estas intervenciones podrían incluir estrategias de educación, acceso a servicios de salud mental y apoyo comunitario, beneficiando tanto a las madres como a los fetos.

Las consecuencias de no abordar la ansiedad y el consumo de alcohol durante el embarazo son significativas. Se ha documentado que la ansiedad no tratada puede aumentar el riesgo de complicaciones como preeclampsia, depresión posparto, taquicardia, abortos espontáneos y nacimientos prematuros (Lytle, 2020). Asimismo, cualquier cantidad de consumo de alcohol durante el embarazo se considera nociva, ya que puede causar daños irreparables al desarrollo del feto. Por lo tanto, es imperativo realizar estudios en contextos mexicanos que aporten datos estadísticos robustos y permitan proponer intervenciones adecuadas desde la perspectiva de la enfermería comunitaria y clínica.

En conclusión, este estudio busca cerrar las brechas de conocimiento sobre la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas en México, proporcionando evidencia que pueda ser utilizada para el diseño de intervenciones de salud pública y programas de prevención. Al abordar esta problemática desde una perspectiva integral, se podrá mejorar la salud mental de las mujeres embarazadas y reducir los riesgos asociados al consumo de alcohol, generando beneficios a largo plazo tanto para las madres como para sus hijos.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1-. Identificar la prevalencia de consumo de alcohol antes y durante el embarazo.
- 2-. Determinar el consumo de alcohol durante el embarazo por edad, escolaridad, estado civil, embarazos previos y trimestre de embarazo.
- 3-. Determinar la ansiedad en mujeres embarazadas por edad, escolaridad, estado civil, embarazos previos y trimestre de embarazo.

MATERIALES Y MÉTODOS

En el siguiente capítulo se presenta el diseño del estudio, así como su población, muestreo, muestra y criterios de inclusión. Posteriormente se describen los instrumentos seleccionados, procedimiento de recolección de datos, consideraciones éticas y la estrategia de análisis de resultados que fueron aplicadas en el estudio.

DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño del estudio fue descriptivo y correlacional. Polit y Hungler (1999) definen que el objetivo de un diseño descriptivo es observar, describir y evidenciar acciones que ocurren en la vida, en este caso se describió el consumo de alcohol y ansiedad en mujeres embarazadas. Así mismo, es correlacional cuyo objetivo fue estudiar la asociación que existe entre las variables ansiedad y consumo de alcohol en mujeres embarazadas.

POBLACIÓN, MUESTREO Y MUESTRA

La población del estudio se conformó por 492 mujeres embarazadas que acudieron a control prenatal en una institución hospitalaria pública ubicada en Nuevo León, México. Se utilizó un muestreo no probabilístico de conveniencia. El tamaño de la muestra se determinó a través del paquete estadístico G*Power 3.1, con un 95% de nivel de confianza, 90% de potencia y 20% tasa de no respuesta, 0.6 de un tamaño de efecto medio y con una muestra de 267 mujeres embarazadas.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Las adolescentes embarazadas con edad entre 16 años y 17 años y mujeres de 18 a 45 años en cualquier trimestre que llevaron control prenatal en una institución de salud pública y la autorización del familiar o pareja de la adolescente embarazada a participar en el estudio. Se incluyeron al estudio a mujeres o adolescentes embarazadas que únicamente hablaban y escribían en el idioma español.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a las mujeres embarazadas menores de 16 años o embarazada que al ser encuestadas se detectaron con déficit cognitivo (Síndrome de Down, incapacidad para articular respuestas coherentes sencillas).

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

En este apartado se describen los instrumentos que se utilizaron en el estudio, primeramente, se aplicó una Cédula de Datos Personales, Obstétricos e Historia de consumo de Alcohol (CDPOyHCA) y dos instrumentos.

La Cédula de Datos Personales, obstétricos e Historia de consumo de Alcohol (CDPOyHCA) compuesta por tres secciones con un total de 21 preguntas (Anexo 1), la primera sección contiene nueve preguntas sobre datos sociodemográficos, la primera pregunta es abierta (edad) y ocho preguntas son categóricas (años de estudios terminados, escolaridad, estado civil, trabajo, ocupación, con quien vive y de quien depende económicamente y si actualmente tiene pareja).

La segunda sección corresponde a datos obstétricos la cual contiene cuatro preguntas abiertas (cuantos embarazos ha tenido, cuantos partos y cesáreas ha tenido y cuantas semanas de embarazo tenían en ese momento). La tercera sección consta de la historia de consumo de alcohol que contiene nueve preguntas, cuatro son dicotómicas (prevalencias) con respuesta de sí o no cada una, tres abiertas (edad de inicio de consumo de alcohol y cuantas bebidas estándar consume en un día típico antes de su embarazo y durante su embarazo y dos preguntas de opción múltiple (frecuencia de consumo antes y durante el embarazo). Así mismo, al cuestionario se le agregó una tabla de Equivalencias de una Bebida Estándar para que fuera más clara la comprensión y la mujer embarazada identificará la cantidad de una bebida estándar.

Posteriormente se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck et al. (1993;2011) el cual es caracterizado por evaluar mejor los síntomas que conforman la ansiedad en la última semana incluyendo el día de la aplicación del instrumento en el área clínica (Anexo 2) y está conformado por 21 preguntas con categorías de respuesta tipo Likert que se clasifican como mínimo (0), leve (1), moderado (2) y severo (3) con dos dimensiones, la primera dimensión consta de 15 ítems que mide alteraciones físicas de síntomas corporales de índole subjetivo como hormigueo, calor, temblores, mareos, palpitaciones, etcétera. La segunda dimensión contiene 6 ítems que aborda alteraciones psíquicas y mentales con ideas subjetivas que están en la mente de la mujer embarazada como miedo, inseguridad, nerviosismo, terror, sobresaltos, entre otros. El inventario tiene una puntuación de 0 a 63, se interpreta en Ansiedad Mínima (0-7 puntos),

Ansiedad Leve (8-15 puntos), Ansiedad Moderada (16-25 puntos) y Ansiedad Severa (26-63 puntos), para facilitar la interpretación de los datos se transformaron en índices de 0 a 100. Este inventario ha sido aprobado y utilizado en población mexicana en población general con una consistencia interna del .91 (Beck et al., 2011; Blázquez et al., 2020).

Finalmente, se utilizó el Cuestionario TWEAK (Russel,1994) el cual mide el tipo de consumo de alcohol en mujeres embarazada (Anexo 3). El acrónimo de sus siglas en inglés significa T (Tolerancia), W (preocupación), E (al abrir los ojos), A (amnesia) y K (reducir) se considera un instrumento con mayor utilidad en mujeres embarazadas y pertinente aplicar este cuestionario al finalizar para generar mayor confianza con la participante (Chan et al., 1993; Russell et al.,2020).

El cuestionario contiene cinco preguntas para obtener información respecto la cantidad y frecuencia para medir el consumo de alcohol en mujeres embarazadas (Russel,1994). La primera pregunta (Tolerancia) se midió por la cantidad de bebidas que consume para sentir embriaguez (más de 3 bebidas= 2 puntos), segunda pregunta (Preocupación) al ser afirmativa tiene valor de dos puntos (la respuesta negativa=0) y el resto de las tres preguntas evalúan el consumo de alcohol al levantarse y necesidad de reducir el consumo al ser afirmativas tienen un valor de un punto cada una.

El cuestionario tiene una puntuación mínima de cero puntos y un máximo de siete puntos y el consumo se clasificó como consumo sensato cuando se reportó únicamente un 0-1 punto, consumo de riesgo cuando sea fue una suma más de dos puntos y alcoholismo (Adicción) de tres a siete puntos, para facilitar la interpretación de los datos se transformaron en índices de 0 a 100. En cuanto a mujeres mexicanas embarazadas, el Cuestionario TWEAK ha sido aprobado y ha demostrado un Alpha de Cronbach de Cronbach de 0.89 por Alonso-Castillo et al. (2008).

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a cabo el estudio, se solicitó la autorización del Comité de Investigación y Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y de la aprobación de los directivos del hospital seleccionado (Anexo 4). Se obtuvo la aprobación y se acudió a la consulta prenatal del hospital donde solicitó la colaboración voluntaria de participar en el estudio durante el tiempo de espera

de su consulta prenatal, se realizó una presentación verbal del investigador principal hacia las participantes, se explicaron los objetivos a las mujeres. Se les proporcionó el Consentimiento Informado (Anexo 5), el consentimiento informado para el familiar de las participantes menores de edad (Anexo 6) y el asentimiento informado para las adolescentes embarazadas según fuera el caso (Anexo 7).

A las mujeres que aceptaron participar se le proporcionaron los cuestionarios, primeramente, la Cédula de Datos Personales, Obstétricos e Historia de Consumo de Alcohol (CDPOyHCA), posteriormente, se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck para medir la ansiedad y finalmente, el cuestionario TWEAK para conocer los tipos de consumo de alcohol en la mujer embarazada. Se les informó que los datos contestados son confidenciales y anónimos y en ningún momento fue necesario suspender el cuestionamiento por incomodidad de las participantes, se les respetó su decisión en todo momento, se agradeció su tiempo y se les informó que no habría ninguna repercusión en la atención a su salud, ni problemas con las autoridades de la institución al no desear participar.

Una vez que terminaron de contestar los cuestionarios se les pidió que lo colocaran en un sobre y se depositaron en una urna de cartón oscuro que se encontraba en la salida de la consulta, con el fin de proteger la privacidad de la participante, así como, se les proporcionó un folleto informativo a las participantes sobre los cuidados durante el embarazo (Anexo 8 y Anexo 9) y se agradeció la participación voluntaria de las mujeres y a los administrativos de la institución. La autora del estudio resguardó los cuestionarios en un lugar seguro por seis meses posterior a la finalización del estudio y posteriormente se destruyeron.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio se apegó de acuerdo con los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud secretaria de Salud [SS] (secretaría De la Salud, 1987), y en la reforma publicada [DOF-02-04-2014] (De la Madrid, 2014). Conforme a lo estipulado para elaboración de la investigación se consideró lo establecido en el Título Segundo en materia de los aspectos Éticos en seres humanos de acuerdo con el Capítulo I, Artículo 13, se respetó la dignidad y protección de los derechos y bienestar, para cumplir con este artículo las mujeres embarazadas

fueron tratadas con respeto y con profesionalismo y se aceptó la decisión de participar o no en el estudio.

De acuerdo con el Artículo 14, Fracción V, VI y VII se contó con el favorable dictamen de los Comités de Investigación y Ética en Investigación y la autorización de las instituciones de salud, se llevó a cabo el estudio. La investigación se realizó por un profesional de salud que cuenta con la supervisión de las autoridades competentes. Además, se contó con el consentimiento informado para la mujer embarazada.

Conforme al Artículo 16, la confidencialidad y anonimato de la participante se protegió al no identificar los cuestionarios con su nombre, dirección u otros datos personales que pudieran exponer su identidad. Los resultados obtenidos de los cuestionarios nunca presentaron información personalizada y fueron publicados en una tesis o en un artículo científico únicamente de manera general. De acuerdo con el Artículo 17 Fracción I se considera una investigación sin riesgo debido a que solo se aplicaron tres cuestionarios para recolección de datos en forma directa por lo cual no generan riesgo en las mujeres embarazadas.

Conforme al Artículo 20 se proporcionó un Consentimiento Informado por escrito a la mujer embarazada así como a su pareja para autorizar su participación voluntaria en el estudio y respecto al Artículo 21 Fracción I, III, IV, VI, VII y VIII se brindó información clara a la mujer embarazada, y a su familiar o pareja acerca del propósito del estudio, los riesgos o molestias que se pudieran presentarse durante la recolección de datos, así como se respondió por el autor cualquier pregunta o duda que presentó la participante. La mujer embarazada contó con la libertad de retractarse de participar en cualquier momento que ella deseara sin afectar sus derechos como paciente y persona y la seguridad de que no se identificó a la participante con datos personales y que se mantuvo la confidencialidad de la información contestada por la mujer embarazada. De acuerdo con el Artículo 22 Fracción I, II, III, IV el consentimiento informado fue creado por el autor principal señalando la información del estudio con sus objetivos, riesgos y beneficios, así como fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Institución correspondiente y fue firmado por dos testigos, el participante o su representante legal según sea el caso.

Respecto al Capítulo III, Artículo 36, en mujeres embarazadas que fueron menores de edad se contó con un consentimiento informado del familiar en caso de encontrarse soltera y un asentimiento de la embarazada menor de edad para su participación en el estudio.

Por último, referente al Capítulo IV, Artículo 57 y 58, Fracción I y II, en mujeres embarazadas se respetó la decisión de colaborar o no en el estudio sin afectar su atención de salud prenatal en la institución ni los resultados fueron usados para perjuicio de las mujeres embarazadas que aceptaron participar en el estudio.

ESTRATEGIA PARA EL ANÁLISIS DE DATOS

Los resultados se procesaron a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS por sus siglas en inglés) versión 22 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para dar respuesta a los objetivos del estudio; para la estadística descriptiva se calcularon frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y medidas de tendencia central y de dispersión, para las variables continuas como la media, mediana y desviación estándar, así como de posición como valor mínimo y máximo.

Se determinó la consistencia interna de los instrumentos a través del Coeficiente de Confiabilidad de Alpha de Cronbach, así como se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors para determinar la distribución de las variables. A continuación, se presenta la tabla 1 con las pruebas estadísticas que se utilizaron en la presente investigación.

Para dar respuesta al primer objetivo el cual fue identificar la prevalencia de consumo de alcohol antes y durante el embarazo se utilizó estadística descriptiva a través de frecuencias y proporciones, estimulación puntual y por Intervalos de Confianza (IC) al 95 %.

Para dar respuesta al segundo objetivo que fue determinar el consumo actual de alcohol por edad, escolaridad, estado civil, embarazos previos y trimestre de embarazo se utilizó Chi cuadrada para escolaridad, estado civil, trimestre de embarazo y embarazos previos. Para el objetivo número tres, el cual fue determinar la ansiedad en mujeres embarazadas por edad, escolaridad, embarazos previos y trimestre de embarazo se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis y para estado civil se utilizó la prueba U de

Mann Whitney debido a que los datos no presentaron distribución normal. Finalmente, para el cuarto objetivo el cual determinó la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman.

RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados del estudio, en el que participaron 267 mujeres embarazadas que acudieron a consulta prenatal en una institución hospitalaria pública en el estado de Nuevo León. En primer lugar, se reporta la consistencia interna de los instrumentos de medición que fueron utilizados, continuando con la estadística descriptiva de los datos sociodemográficos y finalmente la estadística inferencial.

La consistencia interna de los instrumentos se determinó mediante el Coeficiente de Alpha de Cronbach, el cual se observa en la Tabla 1, el Inventario de Ansiedad (BAI) ($\alpha=.89$), la subescala dimensión de alteraciones físicas ($\alpha=.86$), la subescala de alteraciones psíquicas ($\alpha=.58$) y el Cuestionario TWEAK ($\alpha=.60$) mostraron una confiabilidad aceptable a excepción del Inventario de Ansiedad (BAI) (Nunnally et al,1994; Kline, 2000).

Tabla 1

Consistencia Interna del Inventario de Ansiedad (BAI) y el Cuestionario TWEAK

Características	Reactivos	Número de reactivos	α
Inventario de Ansiedad ($n^a=267$)	1 al 21	21	.88
Dimensión de alteraciones físicas	1 al 15	15	.85
Dimensión de alteraciones psíquicas	16 al 21	6	.60
Cuestionario TWEAK ($n^b=241$)	1 al 5	5	.60

Nota: n^a = muestra tota de los participantes, n^b =consumidores de alcohol en el último año, n^c = Consumidores de alcohol en el último mes, α = Alpha de Cronbach.

ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

En la tabla 2 se presentan los datos sociodemográficos de las participantes y se observa que el 37.8% tenían entre 18 a 23 años. Cabe mencionar que se presentó una media de edad de 23 años ($Mdn. = 24.0$, $DE=5.5$). El 56.6% tenía estudios de secundaria, el 46.1% estaba soltera, el 28.8% trabajaba y 16.9% era independiente económicamente.

Tabla 2*Datos sociodemográficos de las participantes*

Variables ($n^a=267$)	f	%
Grupos de edad		
16 a 17 años	30	11.2
18 a 23 años	101	37.8
24 a 29 años	97	36.3
30 a 45 años	39	14.7
¿Cuál es su escolaridad?		
Primaria	27	10.1
Secundaria	151	56.6
Preparatoria	53	19.9
Licenciatura	36	13.4
¿Cuál es el estado civil?		
Casada	50	18.8
Soltera	123	46.1
Unión Libre	86	32.2
Divorciada o separada	8	2.9
¿Cuál es su ocupación actual?		
Estudiante	5	1.9
Empleada	77	28.8
Dedicada al hogar	185	69.3
¿Con quién vive actualmente?		
Independiente	11	4.1
Pareja	154	57.7
Padres	85	31.8
Familiar	17	6.4
¿Con quién vive actualmente?		
Independiente	11	4.1
Pareja	154	57.7
Padres	85	31.8
Familiar	17	6.4
¿De quién depende económicamente?		
Independiente	45	16.9
Pareja	152	56.9
Padres o Familiar	70	26.2

Nota: f =frecuencia, %= porcentaje, n^a = número total de participantes.

Conforme a la tabla 3, se describen las características obstétricas de las participantes del estudio. El 42.7% de las participantes eran primigestas y el 10.2% multíparas. Respecto al trimestre de embarazo, el 31.8% se encontraba en el segundo y el 59.9 % en el tercero.

Tabla 3*Características obstétricas de las participantes*

Datos obstétricos ($n^a=267$)	f	%
Número de embarazos		
Es el primer embarazo	114	42.7
Dos	69	25.8
Tres	57	21.3
Cuatro o más	27	10.2
Trimestre de embarazo actual		
Primero	22	8.3
Segundo	85	31.8
Tercero	160	59.9

Nota: f =frecuencia, %= porcentaje, n^a = número total de participantes.

En la tabla 4 se describe los síntomas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), inicialmente se evalúan las señales clínicas de la subescala de dimensión de alteraciones físicas presentados por las participantes. Más del 50% de las participantes refieren que no tienen molestias por los síntomas valorados, algunas mujeres presentaron síntomas leves de hormigueo (21%), sensación de calor (26.2%), incapacidad de relajarse (20.2%) y nerviosismo (22.1%). Los síntomas de sensación de calor se presentaron de moderados (20.2%) a severos (11.2%) y el 10.5% refirió severo miedo a que le sucediera lo peor.

Tabla 4

Frecuencias y proporciones del Inventario de Ansiedad: Subescala de dimensión de alteraciones físicas

Síntomas ($n^a=267$)	No me molesta		Leve		Moderado		Severo	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Hormigueo	177	66.3	56	21.0	23	8.6	11	4.1
Sensación de calor	113	42.3	70	26.2	54	20.2	30	11.2
Temblor en piernas	194	72.7	39	14.6	28	10.5	6	2.2
Incapacidad de relajarse	160	59.9	54	20.2	41	15.4	12	4.5
Miedo a que suceda lo peor	139	52.1	50	18.7	50	18.7	28	10.5
Mareada o aturdida	167	62.5	60	22.5	23	8.6	17	6.4

Nota: f =frecuencia, %= porcentaje, n^a = número total de participantes.

Tabla 4

Frecuencias y proporciones del Inventario de Ansiedad: Subescala de dimensión de alteraciones físicas (Cont...)

Síntomas ($n^a=267$)	No me molesta		Leve		Moderado		Severo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Palpitaciones	191	71.5	38	14.2	25	9.4	13	4.9
Inseguridad física	191	71.5	40	15.0	26	9.7	10	3.7
Atemorizada	185	69.3	43	16.1	31	11.6	8	3.0
Nerviosismo	138	51.7	59	22.1	51	19.1	19	7.1
Sensación de ahogo	191	71.5	32	12.0	29	10.9	15	5.6
Temblor en manos	218	81.6	30	11.2	14	5.2	5	1.9
Inquieta, insegura	194	72.7	41	15.4	20	7.5	12	4.5
Miedo a perder el control	216	80.9	24	9.0	19	7.1	8	3.0
Dificultad para respirar	169	63.3	50	18.7	35	13.1	13	4.9

Nota: *f*=frecuencia, %= porcentaje, n^a = número total de participantes.

En la tabla 5 se presentan los seis síntomas de la subescala de dimensión de alteraciones psíquicas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en los últimos siete días. Las participantes presentaron síntomas leves de rubor facial (18.7%), problemas digestivos (19.1) y sudores fríos o calientes (21.7 %). Otra parte de las participantes tuvieron síntomas moderados de temor por morir y problemas digestivos (10.1%).

Tabla 5

Frecuencias y proporciones del inventario de ansiedad: Subescala de dimensión de alteraciones psíquicas

Síntomas ($n^a=267$)	No me Molesta		Leve		Moderado		Severo	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Temor por morir	188	70.4	34	12.7	27	10.1	18	6.7
Con miedo	187	70.0	40	15.0	32	12.0	8	3.0
Con problemas digestivos	175	65.5	51	19.1	27	10.1	14	5.2
Desvanecimientos/Palidez	215	80.5	33	12.4	17	6.4	2	0.7
Con rubor facial	187	70.0	50	18.7	16	6.0	14	5.2
Con sudores fríos/calientes	191	71.5	58	21.7	14	5.2	4	1.5

Nota: *f*=frecuencia, %= porcentaje, n^a = número total de participantes.

En la tabla 6 se pueden observar los reactivos que conforman el Cuestionario TWEAK de consumo de alcohol en el último año. El 74.3% de las participantes mencionaron que empiezan a sentir efectos de embriaguez con tres o más bebidas de alcohol, el 13.7% mencionó que sus amistades o familiares se preocuparon por su forma

de beber el año pasado y 12.9% en ocasiones siente la necesidad de reducir o bajar su consumo de alcohol.

Tabla 6

Frecuencias y porcentajes de consumo del Cuestionario TWEAK en el último año antes de su embarazo

Características ($n^b=241$)	f	%
¿Cuál es el número de bebidas para sentir embriaguez?		
Una a dos bebidas	62	25.7
Tres o más bebidas	179	74.3
¿Amigos se preocuparon por su forma de beber el año pasado?		
Si	33	13.7
No	208	86.3
¿En ocasiones toma alguna bebida de alcohol en las mañanas?		
Si	6	2.5
No	235	97.5
¿Un familiar le ha dicho alguna cosa que dijo o hizo cuando estaba bebiendo y no puede recordar?		
Si	33	13.7
No	208	86.3
¿En ocasiones siente la necesidad de reducir su consumo de alcohol?		
Si	31	12.9
No	210	87.1

Nota: f =frecuencia, % = porcentaje, n^a = número total de participantes.

Se presentan las preguntas del cuestionario TWEAK con las participantes que consumieron alcohol durante el tercer trimestre en la tabla 7. El 72.3% empezaron a sentir efectos de embriaguez con tres o más bebidas de alcohol, el 14.3% indicó que sus amistades o familiares se preocuparon por su forma de beber el año pasado, el 9.8% mencionó que una amistad o familiar le ha dicho alguna cosa que dijo o hizo cuando estaba bebiendo y no pudo recordar por estar bajo los efectos del alcohol y 14.3% en ocasiones siente la necesidad de reducir o bajar su consumo de alcohol.

Tabla 7

Frecuencias y porcentajes del Cuestionario TWEK durante el tercer trimestre de embarazo

Características ($n^b=112$)	f	%
¿Cuál es el número de bebidas para sentir embriaguez?		
Una a dos bebidas	31	27.7
Tres o más bebidas	81	72.3
¿Amigos se preocuparon por su forma de beber el año pasado?		
Si	16	14.3
No	96	85.7
¿En ocasiones toma alguna bebida de alcohol en las mañanas?		
Si	3	2.7
No	109	97.3
¿Un familiar le ha dicho alguna cosa que dijo o hizo cuando estaba bebiendo y no puede recordar?		
Si	11	9.8
No	101	90.2
¿En ocasiones siente la necesidad de reducir su consumo de alcohol?		
Si	16	14.3
No	96	85.7

Nota: f =frecuencia, $\%$ = porcentaje, n^a = número total de participantes.

En la tabla 8 se muestran las respuestas de las participantes que consumieron alcohol en el último mes según el cuestionario TWEAK. El 77.4% empiezan a sentir efectos de embriaguez con tres o más bebidas de alcohol, el 12.9% de sus amistades o familiares se preocuparon por su forma de beber el año pasado, el 25.8% no pudo recordar alguna cosa que dijo o hizo cuando estaba bebiendo por estar bajo los efectos del alcohol y y 6.5% en ocasiones siente la necesidad de reducir su consumo de alcohol.

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes del Cuestionario TWEAK en el último mes durante el embarazo

Características ($n^b=31$)	f	%
¿Cuál es el número de bebidas para sentir embriaguez?		
Una a dos bebidas	7	22.6
Tres o más bebidas	24	77.4

Nota: f =frecuencia, $\%$ = porcentaje, n^b = número de consumidoras de alcohol en el último mes

Tabla 8

Frecuencias y porcentajes del Cuestionario TWEAK en el último mes durante el embarazo (Cont...)

Características ($n^b=31$)	f	%
¿Amigos se preocuparon por su forma de beber el año pasado?	4	12.9
Si	27	87.1
No		
¿En ocasiones toma alguna bebida de alcohol en las mañanas?	2	6.5
Si	29	93.5
No		
¿Un familiar le ha dicho alguna cosa que dijo o hizo cuando estaba bebiendo y no puede recordar?		
Si	8	25.8
No	23	74.2
¿En ocasiones siente la necesidad de reducir su consumo de alcohol?		
Si	2	6.5
No	29	93.5

Nota: f =frecuencia, $\%$ = porcentaje, n^b = número de consumidoras de alcohol en el último mes

En la Tabla 9 se observan las frecuencias y porcentajes del consumo de alcohol durante el tercer trimestre. El 41.9% de las participantes que estaban en su último trimestre de embarazo consumieron alcohol en los últimos doce meses mientras que el 58.1% refirió que no había realizado tal hábito en el último año.

Tabla 9

Frecuencias y porcentajes del consumo de alcohol durante el tercer trimestre

Consumo de alcohol durante el tercer trimestre ($n=267$)	f	%
Si consumió alcohol en el último año y estaba en el tercer trimestre	112	41.9
No consumió alcohol en el último año y y estaba en el tercer trimestre	155	58.2

Nota: f =frecuencia, $\%$ = porcentaje, n^a = número total de participantes.

En la Tabla 10 se presentan las frecuencias de consumo de alcohol en mujeres embarazadas en el último año antes de su embarazo y en los últimos treinta días durante el embarazo. En el último año, el 59.9% consumía alcohol una vez al mes, el 22.8% consumía cuatro veces al mes, el 4.9% consumía de dos a tres veces por semana,

mientras que el 11.2% de las participantes reportó consumir alcohol una vez al mes durante el embarazo.

Tabla 10

Frecuencias y proporciones de alcohol en el último año y mes en mujeres embarazadas

Variable ($n^b=267$)	f	%
Frecuencia de consumo de alcohol antes de su embarazo		
No consumo	26	9.7
4 o más veces por semana	7	2.7
2-3 veces por semana	13	4.9
4 veces al mes	61	22.8
1 vez al mes	160	59.9
Frecuencia de consumo de alcohol durante el embarazo		
No consumo	236	88.0
2 a 3 veces por semana	1	0.4
4 veces al mes	1	0.4
1 vez al mes	29	11.2

Nota: f =frecuencia, %= porcentaje, n^a = total de participantes.

En la tabla 11 se describen los tipos de consumo de alcohol en el último año antes del embarazo, durante el embarazo en el tercer trimestre, en los últimos treinta días y en la última semana según la clasificación del Cuestionario TWEAK. Respecto al consumo en el último año antes del embarazo se aprecia que la mayoría tuvo un consumo de riesgo (73.0%). Durante el embarazo también hubo mayor frecuencia de consumo de riesgo durante el tercer trimestre (75.9%), en el último mes (58.1%) y en la última semana (25.0%).

Tabla 11

Tipos de consumo de alcohol según el Cuestionario TWEAK durante el embarazo: en el último año, en el último mes y últimos siete días

Tipos de consumo	Consumo de riesgo		Consumo de adicción	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Consumo de alcohol en el último año antes del embarazo ($n^a=241$)	176	73.0	65	27.0
Consumo de alcohol en el último año durante el embarazo ($n^b=112$)	85	75.9	27	24.1
Consumo de alcohol en el último mes ($n^c=31$)	18	58.1	13	41.9
Consumo de alcohol en la última semana ($n^c=8$)	2	25.0	6	75.0

Nota: n^a =número de embarazadas que consumieron alcohol en el último año, n^b =número de embarazadas que consumieron alcohol en el último año, n^c =número de embarazadas que consumieron alcohol en el último año, f =frecuencia, %= porcentaje.

En la Tabla 12 se describen los niveles de ansiedad (mínima, leve, moderada y severa) según el inventario de ansiedad de Beck (BAI). Se observa que la mayoría de las participantes presentaron ansiedad mínima (44.1 %) y leve (27.7%). El resto de las mujeres embarazadas se identificaron con ansiedad moderada (19.9%) y severa (8.3%).

Tabla 12

Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas

Tipo de ansiedad ($n^a= 267$)	<i>f</i>	%
Ansiedad mínima	118	44.1
Ansiedad leve	74	27.7
Ansiedad Moderada	53	19.9
Ansiedad Severa	22	8.3

Nota: f =frecuencia, %= porcentaje, n^a = total de participantes que consumen alcohol.

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

En la Tabla 13 se muestran las medidas de tendencia central y los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con Corrección de Lilliefors. Se estima que la media de edad de los participantes fue de 24 años ($DE=5.59$) y la edad de inicio de consumo de alcohol fue de 17.8 años ($DE=2.9$). En cuanto a la media de copas de consumo en un día típico antes de su embarazo fue de 3.6 bebidas ($DE=3.8$), y durante el embarazo fue de 1.4 bebidas ($DE=.95$). Respecto al Inventario de Ansiedad

(BAI) se reportó una media de 12.6 ($DE=15.4$) mientras que en la subescala de alteraciones físicas fue de 18.6 ($DE=16.6$) y de la subescala de alteraciones psíquicas fue de 14.8 ($DE=15.0$), para el Cuestionario de TWEAK la media fue de 2.30 ($DE=1.20$). Con relación a la distribución de las variables, se identificó que no existe distribución normal de los datos ($p<.05$), por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para dar respuesta a los objetivos del presente estudio.

Tabla 13

Medidas de tendencia central, dispersión, posición y prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para las variables continuas y numéricas

<i>Variable</i>	<i>n</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>D</i>	<i>p</i>
Edad	267	23.9	24.0	5.5	16	46	.075	.013
Edad de inicio de consumo	247 ^a	17.8	18.0	2.9	13	30	.168	.001
Copas consumidas en un día típico en el último año	241 ^a	3.6	2.0	3.8	1	24	.269	.001
Copas consumidas en un día típico durante su embarazo	31 ^b	1.4	1.0	.95	1	5	.495	.001
Índice de Inventario de Ansiedad	267	17.5	12.6	15.4	0	74.6	.133	.001
Índice de subescala de alteraciones físicas del Inventario de Ansiedad	267	18.6	13.3	16.6	0	77.7	.136	.001
Índice de subescala de alteraciones psíquicas del Inventario de Ansiedad	267	14.8	11.1	15.0	0	72.0	.189	.001
Índice del Cuestionario Tweak	31 ^b	2.3	2.0	1.2	1	7	.331	.001

Nota: n =muestra total, n^a =consumidores de alcohol en el último año n^b =consumidores de alcohol durante el embarazo, $\bar{X}$ =media, Mdn =mediana, DE =desviación estándar, D^a =prueba de normalidad, p =significancia observada.

Para dar respuesta al primer objetivo el cual indica identificar la prevalencia de consumo de alcohol antes y durante el embarazo, los resultados se encuentran en la siguiente tabla. En la tabla 14 se reportan las prevalencias de consumo de alcohol global, lapsica, actual. Los resultados muestran que el 92.5%, (*IC* 95% [89, 96]) de las mujeres embarazadas consumió alcohol alguna vez en la vida, el 90.3% (*IC* 95% [87,94]) en el último año, el 41.9% (*IC* 95% [41,53]) consumió alcohol en el último año y se encontraban actualmente en el tercer trimestre de embarazo, en el 11.6% consumió en el último mes (*IC* 95% [8,15]) y en la última semana el 3% de las mujeres embarazadas consumió alcohol (*IC* 95% [1,5]).

Tabla 14

Prevalencias de consumo de alcohol global, lápsica, actual e instantánea

Prevalencia (<i>n</i> =267)	<i>Si</i>		<i>No</i>		<i>IC</i> 95%	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	LI	LS
Global	247	92.5	20	7.5	89	96
Lapsica	241	90.3	26	9.7	87	94
Consumo de alcohol durante el embarazo (Tercer trimestre)	112	41.9	155	58.1	40	53
Actual	31	11.6	236	88.4	8	15
Instantánea	8	3.0	259	97.0	1	5

Nota: *n*^a=número total de participantes, *f*=frecuencia, %= porcentaje, *IC* 95%=Intervalo de Confianza al 95% para el porcentaje de las respuestas afirmativas, LI= límite inferior, LS= límite superior.

A continuación, se observan los resultados del segundo objetivo que determina el consumo de alcohol durante el embarazo por edad, escolaridad, estado civil, embarazos previos y trimestre de embarazo. En la tabla 15 se aprecia que la mayoría las participantes entre los 24 a 29 años consumió en los últimos treinta días. No se presentaron diferencias significativas ($p > .05$).

Tabla 15*Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por edad*

Edades	16 a 17		18 a 23		24 a 29		30 a 45		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Prevalencia actual										
Si	3	10.0	11	10.9	14	14.4	3	7.7	1.46	.691
No	27	90.0	90	89.1	83	85.6	36	92.3		

Nota: n=participantes totales, *f*=frecuencia, %=porcentaje, χ^2 =Chi cuadrada, *p*=significancia.

Los resultados que se muestran en la Tabla 16 señalan diferencias significativas del consumo de alcohol por escolaridad ($\chi^2 = 13.0$, $p < .005$). Se aprecia que la mayoría las participantes que tenían primaria y licenciatura consumieron alcohol en los últimos treinta días (26.7% y 20.0% respectivamente) a diferencia de las mujeres que tenían secundaria y preparatoria (5.7% y 14.0% respectivamente).

Tabla 16*Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por escolaridad*

	Primaria		Secundaria		Preparatoria		Licenciatura		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Prevalencia actual										
Si	7	26.7	10	5.7	6	14.0	8	20.0	13.0	.005
No	20	73.3	141	94.3	37	86.0	28	80.0		

Nota: n=participantes totales, *f*=frecuencia, %=porcentaje, χ^2 =Chi cuadrada, *p*=significancia.

En la tabla 17 se muestra que la mayoría de las participantes que consumieron alcohol en el último mes estaban solteras (15.4%) y separadas (12.5%). Respecto a los resultados estadísticos inferenciales, no se encontró asociación entre el consumo de alcohol y el estado civil ($p > .05$).

Tabla 17

Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por estado civil

Estado civil	Casada		Soltera		Unión libre		Separada		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Prevalencia actual										
Si	4	8.0	19	15.4	7	8.1	1	12.5	3.415	.332
No	46	92.0	104	86.4	79	91.9	7	87.5		

Nota: *n*=participantes totales, *f*=frecuencia, %=porcentaje, χ^2 =Chi cuadrada, *p*=significancia.

Con relación al consumo de alcohol por número de embarazos previos, en la tabla 18 se observa que no se encontró asociación ($\chi^2 = .036$, *p*=.998), es decir, que las mujeres que consumieron alcohol en el último mes y habían tenido cuatro o más embarazos no se asociaron con mayor consumo de alcohol.

Tabla 18

Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por embarazos previos

Número de embarazos	Uno		Dos		Tres		Cuatro		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Prevalencia actual										
Si	13	11.4	8	11.6	7	12.3	3	11.1	.036	.998
No	101	88.6	88.4	87.7	50	87.7	24	88.9		

Nota: *n*=participantes embarazadas que consumieron en el último año, *f*=frecuencia, %=porcentaje, χ^2 =Chi cuadrada, *p*= significancia.

En la tabla 19 se encontró una diferencia significativa entre el consumo de alcohol y el trimestre de embarazo ($\chi^2 = 15.23$, *p*=.001), es decir, se destacó mayor consumo de alcohol en las mujeres del segundo trimestre, seguido de las de primer trimestre.

Tabla 19

Chi Cuadrada de Pearson para prevalencia actual de consumo de alcohol por trimestre de embarazo

Trimestre de embarazo	Primero		Segundo		Tercero		χ^2	<i>p</i>
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%		
Prevalencia actual								
Si	3	13.6	19	22.4	9	5.6	15.23	.001
No	19	89.4	66	77.6	151	94.4		

Nota: *n*=participantes totales, *f*=frecuencia, %=porcentaje, χ^2 =Chi cuadrada, *p*=significancia.

Para dar respuesta al tercer objetivo el cual tiene como propósito determinar la ansiedad en mujeres embarazadas por edad, escolaridad, estado civil, embarazos previos y trimestre de embarazo se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis y para la ansiedad con el estado civil, la prueba de U de Mann Whitney.

En la tabla 20 se aprecia que no se encontró asociación la ansiedad por grupos de edad ($H=5.87$, $p=.118$), en la subescala de alteraciones físicas ($H=8.19$, $p=.042$) y en la subescala de alteraciones psíquicas ($H=2.12$, $p=.546$). Sin embargo, se observan medias más altas de ansiedad en el grupo de edad de los 18 a 23 años ($\bar{X}=19.26$, $DE=14.50$). En la subescala de alteraciones psíquicas se encontraron medias más altas de ansiedad en las mujeres de 30 a 45 años ($\bar{X}=17.89$, $DE=16.43$).

Tabla 20

Prueba H de Kruskal-Wallis para la ansiedad por grupos de edad

Índices	<i>n_i</i>	$\bar{X}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Índice de Ansiedad (BAI)						
16 a 17 años	30	15.87	11.11	14.64	5.87	.118
18 a 23 años	101	19.26	15.87	14.50		
24 a 29 años	97	16.44	11.11	17.02		
30 a 45 años	39	17.33	12.69	14.60		

Nota: *n_i*= participantes, $\bar{X}$ = *Media*, *Mdn*=*Mediana*, *DE*= Desviación estándar, *H*=H de Kruskal-Wallis, *p*=significancia observada, * $p<.05$, ** $p<.05$

Tabla 20*Prueba H de Kruskal-Wallis para la ansiedad por grupos de edad (Cont...)*

Índices	n_I	$\bar{X}$	Mdn	DE	H	p
Subescala alteraciones físicas						
16 a 17 años	30	16.5	11.11	15.26	8.19	.042
18 a 23 años	101	21.06	17.78	15.37		
24 a 29 años	97	17.18	11.11	18.18		
30 a 45 años	39	17.89	13.33	16.43		
Subescala alteraciones psíquicas						
16 a 17 años	30	14.07	11.11	15.21	2.12	.546
18 a 23 años	101	14.80	11.11	15.28		
24 a 29 años	97	14.60	11.11	16.10		
30 a 45 años	39	17.89	13.33	16.43		

Nota: n_i = participantes, $\bar{X}$ = Media, Mdn =Mediana, DE = Desviación estándar, H = H de Kruskal-Wallis, p =significancia observada, * $p<.05$, ** $p<.05$

En la tabla 21 respecto a las subescalas por escolaridad, se observa que en la: Índice de Ansiedad (BAI) ($H=3.70$, $p=.295$), Subescala de alteraciones físicas ($H=4.28$, $p=.233$) y Subescala de alteraciones psíquicas ($H=5.05$, $p=.168$) no se encontró evidencia estadística que demuestre asociación.

Tabla 21*Prueba H de Kruskal-Wallis para ansiedad por escolaridad*

Índices	n_i	$\bar{X}$	Mdn	DE	H	p
Índice de Ansiedad (BAI)						
Primaria	27	20.16	17.46	13.04	3.70	.295
Secundaria	151	17.09	14.28	14.19		
Preparatoria	53	17.40	14.28	14.77		
Licenciatura	36	17.94	9.52	22.33		
Subescala alteraciones físicas						
Primaria	27	20.91	17.78	14.65	4.28	.233
Secundaria	151	18.35	15.56	14.95		
Preparatoria	53	18.78	13.33	16.68		
Licenciatura	36	18.27	10.00	23.65		

Nota: n_i = participantes, $\bar{X}$ = Media, Mdn =Mediana, DE = Desviación estándar, H = H de Kruskal-Wallis, p =significancia observada, * $p>.05$, ** $p<.05$

Tabla 21*Prueba H de Kruskal-Wallis para ansiedad por escolaridad (Cont...)*

Índices	n_1	$\bar{X}$	Mdn	DE	H	p
Subescalas alteraciones psíquicas						
Primaria	27	18.31	16.67	12.11	5.05	.168
Secundaria	151	13.94	11.11	14.91		
Preparatoria	53	13.94	11.11	12.96		
Licenciatura	36	17.13	11.11	19.81		

Nota: n_1 = participantes, $\bar{X}$ = Media, Mdn =Mediana, DE = Desviación estándar, H = H de Kruskal-Wallis, p =significancia observada, $*p>.05$, $**p<.05$

Se observa en la Tabla 22 las significancias estadísticas para el inventario de ansiedad (BAI) ($U=10.41$, $p=.015$), Subescala de alteraciones físicas ($U=9.39$, $p=.024$), y Subescala de alteraciones psíquicas ($U=7.87$, $p=.049$) por estado civil. Se identifican medias más altas de ansiedad en las participantes que se encontraban divorciadas o separadas ($\bar{X}=24.6$, $DE=19.8$) a diferencia de las mujeres casadas ($\bar{X}=14.6$, $DE=18.4$). En la Subescala de alteraciones físicas de la ansiedad ($U=25.2$, $DE=21.0$) y en la Subescala de alteraciones psíquicas de la ansiedad ($\bar{X}=22.9$, $DE=19.4$) también se presentaron medias más altas de ansiedad en mujeres divorciadas o separadas a diferencia de los otros estados civiles reportados.

Tabla 22*Prueba U de Mann-Whitney para ansiedad por estado civil*

Índices por estado civil	n_1	$\bar{X}$	Mdn	DE	U	p
Inventario de Ansiedad (BAI)						
Casada	50	14.6	8.7	18.4	10.41	.015
Soltera	123	17.5	12.6	15.4		
Unión libre	86	18.6	15.8	13.0		
Divorciada/Separada	8	24.6	19.8	18.9		

Nota: n_1 = participantes, $\bar{X}$ = Media, Mdn =Mediana, DE = Desviación estándar, U =U de Mann-Whitney, p =significancia observada, $*p>.05$, $**p<.05$.

Tabla 22*Prueba U de Mann-Whitney para ansiedad por estado civil (Cont...)*

Índices por estado civil	n_1	$\bar{X}$	Mdn	DE	U	p
Subescala alteraciones físicas						
Casada	50	15.1	11.1	19.6	9.39	.024
Soltera	123	18.5	13.3	16.3		
Unión libre	86	20.0	17.7	14.5		
Divorciada/Separada	8	25.2	20.0	21.0		
Subescala alteraciones psíquicas						
Casada	50	12.3	11.1	19.6	7.87	.049
Soltera	123	15.1	11.1	15.5		
Unión libre	86	15.0	11.1	13.1		
Divorciada/ Separada	8	22.9	19.4	14.9		

Nota: n_1 = participantes, $\bar{X}$ = Media, Mdn =Mediana, DE = Desviación estándar, U =U de Mann-Whitney, p =significancia observada, $*p>.05$, $**p<.05$.

En la tabla 23 se aprecia que no se encontró asociación en el índice de Ansiedad (BAI) ($H=2.11$, $p=.549$), en la subescala de alteraciones físicas ($H=1.52$, $p=.677$) y en la subescala de alteraciones psíquicas ($H=4.86$, $p=.182$) por el número de embarazos previos.

Tabla 23*Prueba H de Kruskal-Wallis para ansiedad por número de embarazos*

Número de embarazos	n_l	$\bar{X}$	Mdn	DE	H	p
Inventario de Ansiedad (BAI)						
Embarazo uno	114	18.12	15.07	15.15	2.11	.549
Embarazo dos	69	15.78	9.52	15.61		
Embarazo tres	57	17.73	14.28	14.65		
Embarazo cuatro o más	27	19.51	12.69	18.34		
Subescala alteraciones físicas						
Embarazo uno	114	19.01	15.56.	16.40	1.52	.677
Embarazo dos	69	16.91	11.11	16.40		
Embarazo tres	57	19.57	15.56	16.20		
Embarazo cuatro o más	27	20.00	13.33	20.20		

Nota: n_1 = participantes, $\bar{X}$ = Media, Mdn =Mediana, DE = Desviación estándar, H = H de Kruskal-Wallis, p =significancia observada.

Tabla 23*Prueba H de Kruskal-Wallis para ansiedad por número de embarazos (Cont...)*

Número de embarazos	n_i	$\bar{X}$	Mdn	DE	H	p
Subescala alteraciones psíquicas						
Embarazo uno	114	15.94	11.11	15.47	4.86	.182
Embarazo dos	69	12.96	05.56	15.50		
Embarazo tres	57	13.16	11.11	13.22		
Embarazo cuatro o más	27	18.31	11.11	15.85		

Nota: n_i = participantes, $\bar{X}$ = Media, Mdn =Mediana, DE = Desviación estándar, H = H de Kruskal-Wallis, p =significancia observada.

En la tabla 24 no se encontró asociación en el índice de Ansiedad (BAI) ($H=.723$, $p=.696$), en la subescala de alteraciones físicas ($H=.502$, $p=.778$) y en la subescala de alteraciones psíquicas ($H=3.67$, $p=.160$) por trimestre de embarazo.

Tabla 24*Prueba H de Kruskal-Wallis para ansiedad por trimestre de embarazo*

Índices por trimestre	n_l	$\bar{X}$	Mdn	DE	H	p
Inventario de Ansiedad (BAI)						
Primer trimestre	22	22.07	11.90	21.05	.723	.696
Segundo trimestre	85	16.67	15.87	13.37		
Tercer trimestre	160	17.44	12.69	15.62		
Subescala alteraciones físicas						
Primer trimestre	22	22.63	11.11	21.87	.502	.778
Segundo trimestre	85	17.41	15.56	14.58		
Tercer trimestre	160	18.82	13.33	16.81		
Subescala alteraciones psíquicas						
Primer trimestre	22	20.71	13.89	20.37	3.67	.160
Segundo trimestre	85	14.84	11.11	12.72		
Tercer trimestre	160	13.99	11.11	15.33		

Nota: n_i = participantes, $\bar{X}$ = Media, Mdn =Mediana, DE = Desviación estándar, H = H de Kruskal-Wallis, p =significancia observada, $*p>.05$, $**p<.05$.

Para dar respuesta al cuarto objetivo el cual fue determinar la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas, se utilizó el Coeficiente de Correlación de Spearman debido a que no se encontró distribución normal. En la tabla

25 se observa una asociación positiva y significativa de la ansiedad ($r_s = .336$, $p < .001$), las subescalas de alteraciones físicas ($r_s = .984$, $p < .001$) y la subescala de alteraciones psíquicas ($r_s = .839$, $p < .001$), con el consumo de alcohol, es decir, que a mayor ansiedad mayor consumo de alcohol en mujeres embarazadas.

Tabla 25

Coefficiente de Correlación de Spearman para Ansiedad y Consumo de alcohol en mujeres embarazadas

Variable	Índice de Cuestionario de TWEAK		Consumo de riesgo		Consumo de adicción	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Índice de Inventario de Ansiedad	.336**	.001	-.093	.221	.152	.227
Subescala de alteraciones físicas de la ansiedad	.984**	.001	-.067	.374	.172	.170
Subescala de alteraciones psíquicas de la ansiedad	.839**	.001	-.142	.061	.045	.722

Nota: n_I = consumidores de alcohol en el último año, r_s =Coeficiente de Correlación de Spearman, p =significancia observada, * $p < .05$, ** $p < .001$, $n=112$.

Con los resultados anteriores se da respuesta a los cuatro objetivos planteados en el presente estudio.

DISCUSIÓN

En el presente estudio fue factible la aplicación empírica de los conceptos teóricos de ansiedad y consumo de alcohol. Este estudio se realizó en 267 mujeres embarazadas que acudían a control prenatal en una institución hospitalaria pública.

Respecto a los datos sociodemográficos de las participantes del estudio se observó que la mayoría de las mujeres se encontraban entre los 18 y 23 años, con una media de edad de 23, más de la mitad de las mujeres embarazadas contaban con estudios de secundaria, eran solteras y se dedicaban al hogar, vivían y dependían económicamente de su pareja. Menos de la mitad de las participantes se encontraba con pareja (18.8% casada y el 32.2% en unión libre).

Lo anterior coincide con lo reportado en el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2020), así mismo con Ibarra (2021), se observa que un porcentaje mayor de las mujeres se encuentran entre 20 y 29 años, se dedican al hogar, tenían pareja y cuentan con el segundo nivel de educación formal. Estas similitudes pueden deberse a que en México cada vez hay mayor oportunidad educativa lo que tiende a retrasar la edad para formar una familia, así mismo las mujeres cuentan con más información sobre métodos anticonceptivos y existe mayor apoyo a las mujeres por parte de sus parejas (Camacho-Moreno, 2020).

Sin embargo, estos datos difieren con lo reportado por Corrales (2020) y Joelsson et al. (2017), quienes reporta una media de edad mayor y con estudios de nivel superior. Estas diferencias pueden deberse a que las investigaciones anteriores fueron realizadas en Europa (España y Suecia respectivamente), en estos países se encuentra un alto conocimiento sobre educación de manera integral en la salud reproductiva debido a que empiezan informando desde edades tempranas y existe una visión abierta a la educación sexual (Norström et al., 2021).

Respecto a los datos obstétricos encontrados en el presente estudio, se observó que la mayoría de las participantes eran primigestas lo cual concuerda con lo señalado por Corrales (2020), Ibarra (2021) y Westerneng et al. (2017). Sin embargo, no concuerda con lo reportado por Tesfaye (2020) la mayoría de la población estudiada era múltipara. Esto se debe a que en países con mayor desarrollo como España y

Ámsterdam cuentan con más acceso a métodos anticonceptivos y mayor educación sexual lo que permite mejor planificación de embarazos.

En México a pesar de existir disparidades regionales, el perfil de las mujeres primigestas es más similar a estos países en ciudades urbanas como Monterrey, Nuevo León debido a mayor educación y desarrollo económico (INEGI, 2020) a diferencia de países como África, las condiciones socioeconómicas son menores y tienen acceso limitado a métodos de planificación familiar y menor cultura de salud sexual lo cual se asocia con mayor cantidad de embarazo (WHO, 2021).

Conforme al trimestre de embarazo, se observó que más de la mitad de las mujeres embarazadas se encontraba en el tercer trimestre de embarazo sin embargo no coincide con los datos reportados por Osma-Zambrano et al. (2019) y Tesfaye (2020), la mayoría se concentraba en el segundo trimestre. En países como Colombia y África, las políticas de salud pública tienen como prioridad atender a las mujeres desde etapas más tempranas, lo cual ayuda a reducir complicaciones posteriores que desencadenen mayor gasto social (Ramos et al., 2019).

El perfil de mujeres embarazadas de este estudio coincide con las características de las mujeres embarazadas en México debido a que existe una alta tendencia en las gestantes en buscar atención gineco-obstétrica en etapas más avanzadas debido a factores socioeconómicos, abundan empleos informales sin acceso a atención médica gratuita y menor flexibilidad para consultas médicas tempranas, especialmente para mujeres que dependen económicamente de su pareja y no cuentan con un ingreso económico propio o seguridad social para atención de salud, lo cual lleva a esta población a realizar su control prenatal más en el tercer trimestre (INEGI, 2020; González de Cosío et al., 2019).

Respecto al primer objetivo planteado que indica identificar la prevalencia de consumo de alcohol antes y durante el embarazo, se reporta que arriba del 90.1% de las participantes consumió alcohol alguna vez en la vida y en el último año, el 41.9% consumió alcohol durante el embarazo (tercer trimestre) y el 11.6% consumió en el último mes. Es decir que en el consumo global y lápsico que se observaron en el presente estudio fueron mayores prevalencias de consumo de alcohol a diferencia de otros estudios realizado en México por Ibarra (2021) y Tesfaye (2020) en África.

Lo anterior concuerda con lo comentado por Lalor et al. (2019) que refiere que en algunas regiones africanas las normas culturales y religiosas junto con menor nivel socioeconómico tienen a restringir el consumo de alcohol en las gestantes disminuyendo altas prevalencias en estos hábitos. Respecto a lo reportado por Ibarra (2021) en adolescentes embarazadas, se presentaron menores prevalencias de consumo de alcohol debido a que en la etapa de adolescencia se presta mayor atención y protección de los padres, quienes resguardan más a sus hijos para disminuir conductas de riesgo como el consumo de alcohol con el objetivo de evitar complicaciones obstétricas en la adolescente y el bebé (Salas-Wright et al., 2014).

Referente al consumo durante el embarazo en el tercer trimestre tuvo mayor tendencia (41.9%) a diferencia de lo reportado por Ibarra (2021) y Tesfaye (2020), se describieron menores prevalencias de consumo de alcohol durante el embarazo. Sin embargo, se encontraron similitudes con Ibarra (2021) y Westerneng et al. (2017) en el consumo de alcohol en el último mes durante el embarazo, se observa que más del 10% de las participantes consumieron alcohol en el último mes con una media de edad de inicio de consumo observado fue de 17.8 años.

Las diferencias reportadas por otros autores durante el consumo en el tercer trimestre se podrían explicar por factores socioeconómicos y culturales que tienen una gran percepción del riesgo que conlleva en la salud consumir alcohol durante el embarazo. En contextos mexicanos suele disminuir el consumo en las últimas etapas de la gestación en mujeres que reciben educación en los centros médicos debido a mayor conciencia del estado de salud del binomio (Valdez-Santiago et al., 2019). Sin embargo, lo encontrado en el presente estudio coincide con la WHO (2020) y se deduce que algunas gestantes continúan estos hábitos en etapas finales con menor frecuencia y cantidad relacionado con falta de seguimiento médico, menor apoyo de pareja y factores psicológicos de estrés y ansiedad por la proximidad del trabajo de parto (Olaniyan et al., 2022).

Conforme a las frecuencias y cantidades de consumo de alcohol antes del embarazo se percibió en el presente estudio que más de la mitad consumía alcohol 1 vez al mes antes de su embarazo y arriba del 20% consumía de 4 veces al mes, la media de copas consumidas en un día típico en el último año fue de 3.6 bebidas lo cual es similar

a lo reportado por Tesfaye (2020). Así mismo, se observaron menores frecuencias (1 vez al mes) y cantidades de consumo de alcohol durante el embarazo (11.2%) con una media de copas consumidas en un día típico de 1.4 bebidas a diferencia de mayores frecuencias de consumo (1 vez al mes y 2-4 veces por semanas) reportadas por Corrales en el 2020 (15% y 8% respectivamente).

Conforme al segundo objetivo el cual determina el consumo de alcohol durante el embarazo por edad, escolaridad, estado civil, embarazos previos y trimestre de embarazo. No se presentaron diferencias significativas por edad, sin embargo, se observa que más de la mitad de las participantes entre los 16 a 17 años consumió alcohol en el último año durante su tercer trimestre, lo cual es similar con lo reportado por Adeoye (2022) y Ruiz-Barreto et al., (2023) quienes realizaron estudios en una población similar en Nigeria y México. No se encontró asociación de las variables de edad con consumo de alcohol en los estudios presentados. Esto podría explicarse debido a que, en estas edades, tanto en México como en Nigeria tienen menor acceso a información sobre las consecuencias del consumo de alcohol en el embarazo (WHO, 2018; Villatoro et al., 2014).

En cuanto al consumo de alcohol por escolaridad, se reportan diferencias significativas de la prevalencia actual del consumo de alcohol por escolaridad y se reporta que el mayor puntaje de las participantes contaban con educación primaria, estos resultados coinciden con lo reportado por Adeoye (2022) en Nigeria, por Bete et al. (2023) en Etiopía, por Ribeiro (2020) en Brasil, Tesfaye (2020) en África y Corrales (2020) en España, estos autores muestran resultados similares a lo de este estudio. Esto podría explicarse a que académicamente las personas que no cuentan con suficiente preparación educativa se encuentran al margen de la información actualizada en diferentes aspectos como es el cuidado durante el embarazo.

Respecto al estado civil y el consumo de alcohol, esta investigación no reportó diferencias significativas, sin embargo, encontró que la mayoría de las participantes que consumieron alcohol durante el embarazo no contaban con pareja lo cual coincide con lo reportado en Nigeria, Etiopía y México (Adeoye, 2022; Bete et al., 2023; Ruiz-Barreto et al., 2023). Esto podría explicarse a que las mujeres que no cuentan con pareja en los momentos de su embarazo carecen de apoyo social que les permita una seguridad

emocional, por lo que la mujer embarazada en estas circunstancias afronta el estrés con hábitos no saludables como el consumo de alcohol (Ebrahim et al., 2003).

Bete et al. (2023) en Etiopía, Adeoye (2022) en Nigeria y Ribeiro (2020) en Brasil encontraron que la mayor parte de las mujeres embarazadas que consumen alcohol durante el embarazo han tenido más de tres embarazos anteriores, lo cual concuerda con el presente estudio, lo expuesto anteriormente podría explicarse debido a que no cuentan con experiencia de haber tenido más embarazos, por lo cual desconocen los cuidados que deben realizar. Sin embargo, los resultados son diferente a lo documentado por Tesfaye (2020) en África quién sí reportó una asociación significativa del número de gestas y el consumo de alcohol durante el embarazo, al presentar mayor experiencia durante la vida reproductiva, tienen mayor conocimiento sobre la concepción (NIAAA, 2022).

Se observan deferencias significativas del consumo de alcohol en el último mes por trimestre de embarazo y se reporta que la mayoría de las mujeres que se encuentran en el segundo trimestre consumían alcohol. Lo reportado anteriormente podrían deberse a que existe menor percepción de riesgo después de las 14 semanas de gestación, ya que después de las primeras semanas de embarazo las mujeres piensan que ya no existe riesgo o está disminuida la amenaza de que presente alguna complicación su hijo como puede ser el aborto, malformaciones y parto prematuro (Lundsberg et al., 2015).

Respecto al tercer objetivo el cual determina la ansiedad en mujeres embarazadas por edad, escolaridad, estado civil, embarazo previos y trimestre de embarazo, no se encontraron diferencias significativas entre la ansiedad y la edad en mujeres embarazadas sin embargo en la subescala de alteraciones físicas se presentaron diferencias significativas y se observa proporciones más altas de ansiedad en las participantes de 18 a 23 años. Estos resultados coinciden con lo reportado por Joelsson et al. (2017) quienes documentaron que las mujeres embarazadas con mayor nivel de ansiedad eran menores de 25 años. Lo anterior podría explicarse debido a que al ser su primera experiencia con el embarazo para las mujeres jóvenes y además de encontrarse en desarrollo emocional, apenas están descubriendo su identidad personal y social las hace más vulnerables a presentar niveles más altos de ansiedad.

Sin embargo, en el Golfo Pérsico, Alnasheet et al. (2024) difiere con los resultados anterior, quien mencionan que existe menor flexibilidad y apoyo social y por parte de la familia a las mujeres de mayor edad que están embarazadas, aumentando la tensión y la ansiedad al no sentir la red de apoyo. Este contexto no es similar en el contexto mexicano debido a que en mujeres mexicana existe mayor apoyo y aceptación referente a la edad que se encuentren embarazadas, lo mismo ocurre con las mujeres de Suiza quienes igual que las mexicanas cuentan con más información respecto al cuidado durante el embarazo y métodos de afrontamiento al estrés y ansiedad, por lo que en el presente estudio las mujeres mayores de 25 años presentan menor ansiedad que la más jóvenes.

De igual manera, no se encontraron diferencias significativas de la ansiedad con la escolaridad, no obstante, se observaron mayores niveles de ansiedad en las mujeres que contaban con estudios básicos, estos datos no coinciden con lo documentado por Westerneng et al. (2017) quien describió que la mayoría de la población con ansiedad tenía estudios de medio superior. Lo anterior a diferencia de México se podría decir que las gestantes con menores niveles educativos tienen menor acceso a la información de salud obstétrica y los niveles elevados de ansiedad en esta población pueden deberse a situaciones económicas y sociales como bajos recursos económicos, falta de empleos para mujeres embarazadas o presión por llevar a cabo el rol de madre con altas expectativas sociales y familiares (Albert, 1994).

En relación con la ansiedad y el estado civil, se identificaron diferencias significativas y medias más altas de ansiedad en las participantes que se encontraban divorciadas o separadas a diferencia de lo reportado por Narayan (2024) quién documentó que no encontró diferencias significativas entre ansiedad por estado civil y reportó mayor ansiedad en las mujeres casadas. En el contexto mexicano las mujeres que no cuentan con pareja pueden tener mayores niveles de ansiedad debido a sentimientos de incertidumbre sobre el futuro, el educar a sus hijos sin una figura paterna, inestabilidad económica y sus necesidades personales como mujer, el apoyo de la pareja incluso de la familia para el cuidado del recién nacido ya sea en la preparación de los alimentos, quehaceres domésticos es fundamental para que la madre pueda

descansar y reorganizar su vida y pueda comer y descansar mejor (Secretaria de Salud, 2023).

No se observaron diferencias significativas en la ansiedad por número de embarazos en las participantes, sin embargo, las mujeres que tuvieron más de cuatro hijos presentaron medias más altas de ansiedad. Lo cual es similar a lo reportado por Alnasheet et al. (2024) en el Golfo pérsico. Estos datos pueden explicarse debido a que cuando se tienen más de dos hijos, los roles de la mamá se multiplican y eso les genera agotamiento. Las generaciones actuales se sienten incapaces de llevar a cabo el cuidado de su hijo, además se ven rebasadas en los quehaceres domésticos los cuales pueden implicar cansancio físico y mental, así como, implica mayor gasto económico excesivos en la familia, disminuyendo la calidad de vida y además las mujeres pueden percibirlo como un obstáculo para el desarrollo personal y profesionalmente por la responsabilidad de crianza.

En el presente estudio no se encontraron diferencias significativas de niveles de ansiedad por trimestre de embarazo. Sin embargo, se identifican medias más altas de ansiedad en mujeres que se encuentran en el primer trimestre de embarazo a diferencia de las mujeres que se encuentran en el segundo trimestre. Esto coincide con lo reportado por Alnasheet et al. (2024) quien realizó un estudio en el Golfo de Pérsico. Esto podría deberse a que se tiene la creencia que existe mayor riesgo de abortos en las primeras semanas de gestación causando mayores niveles de ansiedad y generando incertidumbre del futuro de su hijo.

Respecto al cuarto objetivo que determinó la relación entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas se encontró asociación entre ambas variables, es decir, que a mayor ansiedad existe mayor consumo de alcohol en las participantes. Eso coincide con lo reportado por Bete et al. (2023) y Hernández et al., (2021) quién informa que las gestantes con ansiedad tienen mayor probabilidad de consumir alcohol como método de afrontamiento a su mal manejo de salud mental. En el presente estudio se encontró que un poco menos de la mitad de las participantes consumían alcohol y tenían ansiedad lo cual coincide con lo reportado en Suecia, Etiopía y Golfo Pérsico documentaron que arriba de la mitad de las participantes que consumieron alcohol durante el embarazo presentaron ansiedad (Alnasheet et al., 2024;

Joelson, 2017). Esto se puede deber a que las mujeres perciben la bebida alcohólica como una sensación temporal de relajación creyendo que les ayudará a disminuir los niveles de ansiedad que se pueden generar debido a su embarazo y al apoyo social que se tiene en su contexto.

Las mujeres embarazadas experimentan cambios significativos tanto físicos como psicológicos, los cuales pueden aumentar los niveles de ansiedad dependiendo de la etapa del embarazo. Estos cambios incluyen fluctuaciones hormonales, preocupaciones por la salud del bebé, adaptaciones al rol materno, y factores socioeconómicos o contextuales, como el estado civil y el nivel educativo (Rondo et al., 2003). En el primer trimestre, los niveles de ansiedad pueden ser elevados debido a la incertidumbre sobre la viabilidad del embarazo y las náuseas o fatiga intensas, lo que afecta la calidad de vida y aumenta el estrés (Priya et al., 2020). En el segundo trimestre, las preocupaciones suelen centrarse en los cambios físicos visibles y las responsabilidades futuras, mientras que, en el tercer trimestre, las mujeres suelen sentir ansiedad relacionada con el parto y el bienestar del recién nacido (Huizink et al., 2004).

La ansiedad puede actuar como un desencadenante para el consumo de alcohol debido a su capacidad percibida de proporcionar alivio temporal. En mujeres embarazadas, este comportamiento puede surgir de la búsqueda de formas para lidiar con la angustia emocional, especialmente en contextos de bajo apoyo social o los factores de estrés, como problemas financieros o relaciones inestables, son predominantes (Skagerström et al., 2011).

Además, las mujeres que enfrentan niveles altos de ansiedad y no reciben estrategias adecuadas de manejo emocional pueden recurrir al alcohol sin considerar los riesgos para el feto. Estudios han señalado que el consumo de alcohol durante el embarazo puede estar relacionado con una falta de conocimiento sobre sus efectos nocivos, además de la influencia de normas sociales que toleran este comportamiento (Popova et al., 2017).

El consumo de alcohol en mujeres embarazadas puede resultar en complicaciones graves, como el síndrome alcohólico fetal, parto prematuro o bajo peso al nacer, además de perpetuar ciclos de ansiedad y dependencia (Lowe et al., 2019). Esto subraya la importancia de intervenciones específicas por parte de profesionales de la

salud, incluyendo programas educativos sobre manejo de la ansiedad y prevención del consumo de alcohol durante el embarazo.

CONCLUSIONES

En este estudio se reportó una participación de mujeres embarazadas con una media de 23 años.

Se identificó que la mayoría de las mujeres embarazadas consumieron alcohol alguna vez en la vida, así como en el último año. Respecto a las prevalencias durante la gestación, poco menos de la mitad de las participantes consumió alcohol durante el tercer trimestre de embarazo (43.1%), el 11.6% consumió en los últimos treinta días y en la última semana el 3% de las mujeres embarazadas consume alcohol.

Conforme al consumo de alcohol durante el embarazo por edad en las participantes no se encontraron diferencias significativas, sin embargo, la mayor parte de las participantes que tenían entre 18 a 23 años consumieron alcohol en los últimos treinta días. Se encontraron diferencias significativas de la prevalencia actual del consumo de alcohol en los últimos 30 días por escolaridad y se apreciaron mayores porcentajes en mujeres que tenían estudios de primaria, a diferencia de las mujeres que tenían secundaria y preparatoria.

Respecto al consumo de alcohol por el estado civil no se encontraron diferencias significativas sin embargo se encontró que la mayor parte de las participantes que consumieron alcohol estaban solteras. Con relación al consumo de alcohol por embarazos previos tampoco hubo diferencias significativas, a pesar de eso, se observó que las mujeres embarazadas que habían tenido tres embarazos tuvieron mayor prevalencia de consumo de alcohol. No obstante, se apreció una diferencia significativa entre el consumo de alcohol y el trimestre de embarazo, es decir, que las mujeres que se encontraban en el segundo trimestre de gestación presentaron mayor prevalencia de consumo de alcohol.

No se encontraron diferencias significativas de la ansiedad por grupos de edad, por otra parte, se observaron diferencias significativas en la subescala de alteraciones físicas y se señalaron medias más altas de ansiedad en el grupo de edad de los 18 a 23 años. Respecto a la ansiedad por escolaridad no se encontró diferencias significativas, aun así, se presentaron medias más altas de ansiedad en las participantes que únicamente tenían estudios de primaria.

Conforme a la ansiedad por estado civil se identifican diferencias significativas y medias más altas de ansiedad en las participantes que se encontraban divorciadas o separadas. No se presentaron diferencias significativas de la ansiedad por el número de embarazos previos, pero se identificaron medias más altas de ansiedad en mujeres que han tenido cuatro o más embarazos. Asimismo, no se detectaron diferencias significativas en la ansiedad por trimestre de embarazo.

Se observó una asociación positiva y significativa de la ansiedad y las subescalas de alteraciones físicas y de alteraciones psíquicas, con el consumo de alcohol en mujeres embarazadas, a mayor ansiedad mayor consumo de alcohol.

RECOMENDACIONES

Se recomienda replicar el estudio en otros contextos hospitalarios o comunitarios del Estado de Nuevo León para determinar si los resultados obtenidos en este estudio se documentan en otras mujeres embarazadas, incluir en próximos estudios componentes cualitativos que permitan profundizar en el significado de la ansiedad en el embarazo y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas y compartir los resultados obtenidos con los directivos de la institución hospitalaria y en congresos, con el fin de diseñar e implementar estrategias a futuro que ayuden a disminuir el consumo de alcohol y mejorar el manejo de ansiedad en mujeres gestantes en la consulta prenatal.

LIMITACIONES

El tamaño de la muestra utilizada en este estudio, aunque representativa dentro del hospital público donde se realizó, podría no reflejar la realidad de todas las mujeres embarazadas de la región o del país, así como, los datos recopilados mediante autoinformes están sujetos a sesgos, ya que las participantes podrían haber ocultado información sensible respecto al consumo de alcohol o su nivel de ansiedad. Los resultados obtenidos en el contexto de un hospital público pueden no ser generalizables a mujeres atendidas en hospitales privados o en áreas rurales con menor acceso a servicios de salud. No se incluyó un análisis exhaustivo de los factores culturales que podrían influir en el consumo de alcohol y en la percepción de la ansiedad durante el embarazo. La ausencia de un seguimiento posterior al parto restringe la posibilidad de evaluar el impacto a largo plazo del consumo de alcohol y la ansiedad en la salud de la madre y el recién nacido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adeoye, I. A. (2022). Alcohol consumption and tobacco exposure among pregnant women in Ibadan, Nigeria. *BMC psychiatry*, 22(1), 570.
- Alnasheet, A. M., Abdulaal, N. A., & Kamal, N. (2024). The Prevalence and Risk Factors of Pregnancy-Related Anxiety in Bahrain. *Cureus*, 16(4).
- Alonso Castillo, M. M., Alvarez Bermúdez, J., López García, K. S., Guzmán Facundo, F. R., & Martínez Maldonado, R. (2008). Factores personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Anuario de investigaciones en adicciones*, 9(1).
- Albert, S. B., & Giraldo, M. L. (1994). El Americanismo en España, 1993 (Book Review). *Revista de Indias*, 54(202), 669.
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). (2020). Patient education: How your fetus grows during pregnancy. Obtenido el 30 de diciembre de 2020 en <https://www.acog.org/store/products/patient-education/pamphlets/pregnancy/how-your-fetus-grows-during-pregnancy>
- Arellano M. D. & Ruiz N. J. (2020). “Conocimientos y creencias en relación con la alimentación durante el embarazo, en mujeres gestantes atendidas en el cmi santa luzmila II.”. Facultad de ciencias de la salud. Universidad privada del norte.
- Asencio, C.L.& Sangay, J.L. (2022) “Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas en el centro de salud pachacutec de la ciudad de Cajamarca, 2021”. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo, Facultad de Psicología.
- Awad-Sirhan, N., Simó-Teufel, S., Molina-Muñoz, Y., Cajiao-Nieto, J., & Izquierdo-Puchol, M. T. (2022). Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España. *Enfermería clínica*, 32, S5-S13.
- Barrio-Forné, N., & Gasch-Gallén, Á. (2021). El acompañamiento como método para reducir la ansiedad en embarazadas ingresadas en el tercer trimestre. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55.
- Bete, T., Asfaw, H., Nigussie, K., Alemu, A., Eyeberu Gebrie, A., Dechasa, D. B., ... & Anbesaw, T. (2023). Alcohol consumption and associated factors among pregnant women attending antenatal care at governmental hospitals in Harari

- regional state, Eastern, Ethiopia. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 18(1), 61.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (1993). Manual for the Beck Anxiety Inventory. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Blázquez, F. P., Pérez, K. S. M., Calderón, M. A. B., & Medina, M. P. M. (2020). Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y estrés*, 26(2-3), 181-187.
- Bonilla-Sepúlveda, Ó. A. (2021). Estrés, ansiedad y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia). *Medicina UPB*, 40(1), 2-9.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2008). Basic epidemiology. World Health Organization.
- Brink, L.T., Springer, P.E., Nel, D.G., Potter, M. D., & Odendaal, H.J. (2022). The tragedy of smoking, alcohol, and multiple substance use during pregnancy. *SAMJ*, 2022;112(8):526-538. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2022.v112i8.16480>
- Brown, R. A., Dakkak, H., Gilliland, J., & Seabrook, J. A. (2019). Predictors of drug use during pregnancy: the relative effects of socioeconomic, demographic, and mental health risk factors. *Journal of neonatal-perinatal medicine*, 12(2), 179-187.
- Camacho-Moreno, R., Rodríguez-Martínez, S., & Pérez-Ruiz, M. (2020). *Patrones de consumo de alcohol en México: Entre la socialización y el riesgo*. *Salud Pública de México*, 62(1), 25-32.
- Centro de Control y prevención de enfermedades-CDC- (2022). Consumo de alcohol durante el embarazo. Recuperado de internet: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/alcohol-use.html>

- Chan, A., Pristach, E., Welte, J. & Russell, M. (1993). Use of the TWEAK test in screening for alcoholism/heavy drinking in three populations. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 6, 1188-1192.
- Charro., R. X. & Franco, R. (2019) Embarazo y alcohol: estudio cualitativo sobre los conocimientos y actitudes de las mujeres gestantes en España, Francia y Portugal. *Atas CIAIQ2019. Investigação Qualitativa em Saúde//Investigación Cualitativa en Salud//Volume 2*
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2016). Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas; Consumo de Alcohol.
<https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/informes-sobre-el-consumo-de-sustancias-psicoactivas?state=published>
- Consejo Nacional contra las adicciones (CONADIC) (2017). La neta del alcohol y algo más.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2020) Habilidades para el manejo de las emociones.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (2020). Guía para reducir los riesgos y daños por consumo de alcohol y el uso de drogas en mujeres.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/566244/Guia_Reduccin_de_Riesgos_2019.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones (2020). Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida Guía para el promotor de "Nueva Vida".
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/nueva_vida/nv1e_prevenion.pdf
- Corrales-Gutiérrez, I. (2020). Creencias y hábitos de las gestantes en relación con el consumo de alcohol en la gestación.
- De La Madrid, M. (2014). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(5), 315-323.

- Denny, C. H., Acero, C.S., Naimi, T. S., & Kim, S. Y. (2019). Consumption of alcohol beverages and binge drinking among pregnant women aged 18-44 years-united states, 2015-2017. Centers for Disease Control and Prevention: Morbidity and Mortality Weekly Report. 68(16),365-368.
- Ebrahim, S. H., & Gfroerer, J. (2003). Pregnancy-related substance use in the United States during 1996–1998. *Obstetrics & Gynecology*, 101(2), 374–379.
- Favela, M. A., Alonso, M. M. & López, K. S. (2008). Factores personales y creencias relacionados con el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*-Vol. 10 N°1.
<http://hdl.handle.net/10554/26374>
- Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: a multivariate Bayesian meta-analysis. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(4), 1181.
- Gancedo-García, A., Fuente-González, P., Chudáčik, M., Fernández-Fernández, A., Suárez-Gil, P., & Martínez, V. S. (2019). Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. *Atencion primaria*, 51(5), 285-293.
- Gaona Ávila, A. R. (2021). Niveles de depresión, ansiedad y estrés en mujeres embarazadas durante la pandemia por COVID 19.
- Gebhardt, Jessica, "ethanol induced neurotoxicity through dysregulation of ampk in a fetal alcohol syndrome model" (2020). *Theses and Dissertations--Medical Sciences*. 14. https://uknowledge.uky.edu/medsci_etds/14
- González de Cosío, T., Escobar, A., & González, D. (2019). *Determinantes del acceso a atención prenatal en México y retos para la cobertura universal*. *Salud Pública de México*, 61(5), 655-663.
- Gómez-Sánchez, Lydia, García-Banda, Gloria, Servera, Mateu, Verd, Sergio, Filgueira, Ana, & Cardo, Esther. (2020). Beneficios del mindfulness en mujeres embarazadas. *Medicina (Buenos Aires)*, 80(Supl. 2), 47-52.

- Hernández, G. D., Pérez, C. J., & Martínez, F. L. (2018). Ansiedad y depresión en mujeres embarazadas en el Estado de México. *Revista Mexicana de Salud Pública*, 60(2), 123-129.
- Hernández A. J., De la Calle F. M., Armijo, S.M, Onica, Bartha de las Peñas, S. & Bartha Rasero, J. L.. (2021). Impacto del confinamiento por Covid-19 en la salud mental y emocional en la población gestante. *Index de Enfermería*, 30(3), 204-208. Epub 06 de junio de 2022.
- Huizink, A. C., Mulder, E. J. H., Robles de Medina, P. G., Visser, G. H. A., & Buitelaar, J. K. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*, 79(2), 81–91.
- Ibarra, J.J. (2021) características sociodemográficas y percepción del apoyo social relacionado al consumo de alcohol y tabaco en adolescentes embarazadas. Universidad Autónoma de Nuevo León. Facultad de enfermería.
- Informes Periódicos de Actualización de Seguridad de México (IPAS) (2022). Salud reproductiva información básica del estado de nuevo león. Enero 2022 <https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx2022-NuevoLeon.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2020). *Estadísticas de nacimientos en México*. INEGI.
- Joelsson, L. S., Tydén, T., Wanggren, K., Georgakis, M. K., Stern, J., Berglund, A., & Skalkidou, A. (2017). Anxiety and depression symptoms among sub-fertile women, women pregnant after infertility treatment, and naturally pregnant women. *European psychiatry*, 45, 212-219
- Kline, P. (2000). *The Handbook of Psychological Testing* (2nd ed.). Routledge.
- Lalor, K., & McElvaney, R. (2019). *Child sexual abuse, links to alcohol consumption, and societal impact in African populations*. *African Journal of Psychology*, 56(4), 381-396.
- López-Granados, L. M., & de J Cruz-Cortés, C. (2017). Factores psicosociales y sociodemográficos vinculados al uso de sustancias psicoactivas en mujeres durante el embarazo. Una revisión narrativa. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 3(2), 45-56.

- Lundsberg, L. S., Illuzzi, J. L., Belanger, K., Triche, E. W., & Bracken, M. B. (2015). Perceptions, attitudes, and behaviors of pregnant women regarding alcohol consumption. *Obstetrics and Gynecology*, 125(3), 746–754.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000687>
- Lowe, D., Bishop, N. J., & Sweeny, G. (2019). Alcohol use during pregnancy and its association with the mother-infant dyad: A review of the literature. *Journal of Addiction Medicine*, 13(5), 356–362.
- Lytle, Erika, "Investigating the Effect of Ethanol on Wnt7a and its Potential Implications in Fetal Alcohol Spectrum Disorder" (2020). Honors Undergraduate Theses. 730. <https://stars.library.ucf.edu/honorstheses/730>
- Mojica-Perilla, M., Parra-Villa, Y., & Osma-Zambrano, S. E. (2019). Tamización de síntomas de depresión, ansiedad prenatal y factores de riesgo psicosocial asociados en usuarias del servicio de control prenatal. Reflexiones en torno a la construcción del protocolo. *MedUNAB*, 22(3), 341-355.
- Mojica-Perilla, M., Redondo-Rodríguez, S., & Osma-Zambrano, S. E. (2019). Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. *MedUNAB*, 22(2), 200-212.
- Monterrosa-Castro, Á., Rodelo-Correa, A., Monterrosa-Blanco, A., & Morales-Castellar, I. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(2), 134-147.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2021). *Alcohol Facts and Statistics*. Disponible en: <https://www.niaaa.nih.gov/publications/brochures-and-fact-sheets/alcohol-facts-and-statistics>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2022). Alcohol and pregnancy. U.S. Department of Health and Human Services.
<https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-and-health/special-populations-co-occurring-disorders/women>

- Narayan, L., Johnson, C. T., & Marsay, C. Y. (2024). The prevalence of anxiety in pregnant women at Chris Hani Baragwanath Academic Hospital. *South African Journal of Psychiatry*, 30(1), 1-8.
- Nolla H., E. (2015). El trago estándar en México. Una herramienta para la prevención del uso nocivo del alcohol. México: FISAC
- Norström, T., & Svensson, J. (2021). *The impact of alcohol control policies on maternal health and pregnancy in Sweden*. *European Journal of Public Health*, 31(2), 123-130.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric Theory* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Osma-Zambrano, S.E, Lozano-Osma, M.D, Mojica-Perilla, M., Redondo-Rodríguez, S. (2019) Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*.2019;22(2): 171-185.doi:10.29375/0123-7047.3586.
- Olaniyan, D., Olukoya, A., & Adewale, O. (2022). *Patterns of alcohol use among African women during pregnancy: A sociocultural analysis*. *Journal of African Health*, 13(1), 99-108.
- Polit, D. & Hungler, B. (1999). *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. (6a. ed) México.: McGraw-Hill Interamericana.
- Popova, S., Lange, S., Probst, C., Gmel, G., & Rehm, J. (2017). Estimating global prevalence of fetal alcohol spectrum disorder among children and youth: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(10), 948–956.
- Priya, A., Patel, N., & George, M. (2020). Maternal stress and anxiety during pregnancy: A pathway to neurodevelopmental outcomes. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(6), 286–292.
- Rondo, P. H. C., Ferreira, R. F., Nogueira, F., Ribeiro, M. C. N., Lobert, H., & Artes, R. (2003). Maternal psychological stress and distress as predictors of low birth weight, prematurity, and intrauterine growth retardation. *European Journal of Clinical Nutrition*, 57(2), 266–272.

- Quintana-Guardo, F., Monterrosa-Castro, Á., & Beltrán-Barrios, T. (2020). Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. *Iatreia*, 33(1), 5-16
- Quintana-Lagunas, R., Armendáriz-García, N.A. & Mayor, L.I. (2021) Prevalencia y factores relacionados con el consumo de alcohol en adolescentes embarazadas: una revisión sistemática. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones* 2021 Vol. 7 (1) DOI: 10.28931/riiad.2021.1.06
- Ramos, G., Rodríguez, M., & Villalobos, L. (2019). *Acceso a los servicios de salud materna en América Latina: Un análisis comparativo entre México y Colombia*. *Salud Pública y Sociedad*, 22(4), 55-70.
- Ribeiro da Silva, F.T., Molena, C.A., Brretto, M.L., Balandis, A. & Castanho, S.C. (2020) Prevalence and factors associated with the use of drugs of abuse by pregnant women. ORIGINAL ARTICLES • Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 20 (4) <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000400010>
- Ruiz-Barreto, A. L., Alanís-Rodríguez, M. T., Terrones-Martínez, D. I., Padrón-Martínez, A. C., Arízaga-Ballesteros, V., Alcorta-García, M. R., ... & Lara-Díaz, V. J. (2023). Prevalence of alcohol, tobacco, and illicit drugs consumption during teenage pregnancy: an observational, prospective, and cross-sectional study. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 80(6), 345-354.
- Russell, A. M., Yu, B., Thompson, C. G., Sussman, S. Y., & Barry, A. E. (2020). Assessing the relationship between youth religiosity and their alcohol use: A meta-analysis from 2008 to 2018. *Addictive behaviors*, 106, 106361.
- Russell, M., Martier, S. S., Sokol, R. J., Mudar, P., Bottoms, S., Jacobson, S., & Jacobson, J. (1994). Screening for pregnancy risk-drinking. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 18(5), 1156-1161.
- Salas-Wright, C. P., Vaughn, M. G., & Maynard, B. R. (2014). Socioeconomic and parental factors linked to adolescent drinking patterns: A latent class analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(1), 39-54.
- Secretaría de Salud (SSA). (2009). NOM-028-SSA2-2009-Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. *México: Secretariat of Health*.

- Secretaria De la Salud, P. (1987). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Diario Oficial de la Federación.
- Secretaria De Salud Mental, O. M. (2021). Informe sobre la situación de la salud mental y el consumo de sustancia psicoactivas en México. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/7Cconadic/documentos/91969>.
- Skagerström, J., Alehagen, S., Haggstrom-Nordin, E., Årestedt, K., & Nilsen, P. (2011). Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: A cross-sectional study in Sweden. *BMC Public Health*, 11, 584.
- Tang, X., Lu, Z., Hu, D., & Zhong, X. (2019). Influencing factors for prenatal stress, anxiety, and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *Journal of affective disorders*, 253, 292-302.
- Tesfaye, G., Demlew, D., Habte, F., Molla, G., Kifle, Y., & Gebreegziabhier, G. (2020). The prevalence and associated factors of alcohol use among pregnant women attending antenatal care at public hospitals Addis Ababa, Ethiopia, 2019. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-10.
- Valdez-Santiago, R., González-Fagoaga, J., & Medina-Mora, M. E. (2019). *Epidemiología del consumo de alcohol en mujeres mexicanas embarazadas: Análisis de factores de riesgo*. Salud Pública de México, 61(2), 123-130.
- Vega-Gonzales, E., Guerrero-Rosa, A., Guzmán-Castillo, B., Huamaní-Morales, E., & Herrera-Chenett, G. (2019). Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un Hospital de Lima, Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(3), 3-7.
- Villatoro-Velázquez, J.A; Resendiz Escobar, E.; Mujica S., A.; Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M.E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., Mendoza-Alvarado, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco. Inst. Nac. Psiquiatr. Ramón la Fuente Muñiz; Inst. Nac. Salud Pública, Com. Nac. contra las Adicciones, Secr. Salud 1, 190.
https://encuestas.insp.mx/repositorio/encuestas/ENCODAT2016/doctos/informe_s/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf

- Villatoro, J. A., Cruz-García, V., & Medina-Mora, M. E. (2014). Consumo de sustancias en adolescentes: Un problema prioritario para la salud pública en México. *Salud Mental*, 37(4), 291–298
- Westerneng, M., Witteveen, A. B., Warmelink, J. C., Spelten, E., Honig, A., & de Cock, P. (2017). Pregnancy-specific anxiety and its association with background characteristics and health-related behaviors in a low-risk population. *Comprehensive Psychiatry*, 75, 6-13.
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2019). Global status report on alcohol and health.
- World Health Organization (2020). Healthy people 2020: National health promotion and disease prevention objectives. Maternal, infant, and child health: Preconception health and behaviors. Department of Health and Human Services
- World Health Organization (2022) Launch of the WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services.
<https://www.who.int/news/item/19-09-2022-launch-of-the-who-guide-for-integration-of-perinatal-mental-health>
- World Health Organization (2022). Alcohol <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
- World Health Organization (2023) Mental Health and Substance Use.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health/>
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/330093/7-Perinatal-mental-health-bridging-gaps-PP.pdf
- Yu, P., Jiang, Y., Zhou, L., Li, K., Xu, Y., Meng, F., & Zhou, Y. (2021). Association between pregnancy intention and smoking or alcohol consumption in the preconception and pregnancy periods: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 00, 1–12. <https://doi.org/10.1111/jocn.16024>

ANEXOS

ANEXO 1

Cédula de Datos Personales, Obstétricos e Historia de Consumo de Alcohol

(CDPOyHCA)

Folio: _____

I-. Datos Socio demográficos

Instrucción: La información contestada será confidencial y anónima por lo cual se le solicita su colaboración para contestar todas las preguntas de ser posible. Marcar con una **X** las preguntas.

1-. Edad: _____	2-. Años de estudio: 1)6 años____ 2)9 años__ 3)11 años____ 4)16 años____	3-. ¿Trabaja? 0)No__ 1) Si__
4-. Escolaridad terminada: 1)Primaria _____ 2) Secundaria _____ 3) Preparatoria ____ 4) Licenciatura ____	5-. Estado civil:1) Casada____ 2) Unión libre _____ 3) Soltera____ 5) Divorciada ____ 6) Separada____ 7)Viuda__	6-. ¿Ocupación? 1)Estudiante _____ 2)Empleada_____ 3)Dedicada al hogar____
7 ¿Con quién vive? 1)Independiente ____ 2) Pareja____ 3) Padres ____ 4) Familiar ____ 5) otro _	8 ¿De quién depende económicamente? 1)Independiente____ 2)Esposo o pareja __ 3) Padres____ 4) Familiar__ 5) otro ____	9-. ¿Tiene pareja actualmente? 0) No____ 1) Sí____

II-. Datos Obstétricos

1. ¿Cuántos embarazos ha tenido? _____ 2. ¿Cuántos partos ha tenido? _____

3. ¿Cuántas cesáreas ha tenido? _____ 4. ¿Cuántas Semanas de gestación tiene? ____

III-. Historia de Consumo de alcohol

Instrucciones: Lea con cuidado las preguntas y conteste lo más apegado a su realidad.

Recuerde que la información contestada será totalmente confidencial y anónima.

ALCOHOL: (Cerveza, vino, licor, tequila, aguardiente, bebidas preparadas)

1-. ¿Ha consumido alcohol alguna vez en la vida? Sí ____ No ____	2-. ¿A qué edad inicio el consumo? ____	3-. ¿Ha consumido alcohol en el último año? Sí ____ No ____	4-. ¿Ha consumo alcohol en el último mes? Sí ____ No ____
5-. ¿Ha consumido alcohol en la última semana? Sí ____ No ____	6 ¿Qué tan frecuente consumía alcohol antes de su embarazo? 1) Diario ____ 2) 4 o más veces por semana ____ 3) 2 o 3 veces por semana ____ 4) 4 veces al mes ____ 5) 1 vez al mes ____ 6) No consumo ____	7. ¿Qué tan frecuente consume alcohol durante su embarazo? 1) Diario ____ 2) 4 o más veces por semana ____ 3) 2 o 3 veces por semana ____ 4) 4 veces al mes ____ 5) 1 vez al mes ____ 6) No consumo ____	
	8-. ¿Cuántas copas consumía en un día típico antes de su embarazo? ____	9-. ¿Cuántas copas consume en un día típico durante su embarazo? ____	

UNA BEBIDA ESTÁNDAR EQUIVALE A:

Una cerveza de lata de 12 oz (360ml) 	Una cuba de 10 ml 	Un licor de malta = ocho a nueve onzas (270ml) 
Una copa de vino= cinco onzas (150ml)	Un caballito de güisqui en las rocas o ginebra (45ml) 	Un caballito de vodka, tequila, ron (45ml) 

ANEXO 2

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: A continuación, hay una lista de síntomas de la ansiedad. Lea e indique con una **X** cuanto le ha afectado **en los últimos siete días incluido el día de hoy**.

		Mínimo (0)	Leve (1)	Moderado (2)	Severo (3)
1	Hormigueo o entumecimiento				
2	Sensación de calor				
3	Temblor en las piernas				
4	Incapaz de relajarse				
5	Miedo a que suceda lo peor				
6	Mareada o aturdimiento				
7	Palpitaciones o taquicardia				
8	Inseguridad física				
9	Atemorizado o asustado				
10	Nerviosismo				
11	Sensación de ahogo				
12	Temblores en las manos				
13	Inquieta, insegura				
14	Miedo a perder el control				
15	Dificultad para respirar				
16	Temor por morir				
17	Con miedo				
18	Con problemas digestivos				
19	Desvanecimientos /Palidez				
20	Con rubor facial				
21	Con sudores fríos o calientes				

ANEXO 3

Cuestionario TWEAK

Prueba Breve de Examen: Tolerancia, W preocupación, E-al abrir los ojos, Amnesia, K reducir.

Instrucciones: La información contestada será confidencial y anónima por lo cual se le solicita su colaboración para contestar todas las preguntas de ser posible. Colocar el número en pregunta 1 y marcar con una **X** las preguntas 1 a la 5. ¡Gracias!

<i>T</i>	1-. Tolerancia: ¿Cuántas bebidas se necesitan para hacerte sentir que se te subió? Registre el número de bebidas. (Ver tabla de equivalencias de la página 2) Califique 2 puntos si ella reporta 3 o más bebidas para sentir los efectos del alcohol. *Puntuación: _____	<i>No. De Bebidas</i> _____
<i>W</i>	2-. Preocupación: ¿Los amigos cercanos o familiares se preocuparon o quejaron por tu manera de beber el año pasado? Califique 2 puntos por un ‘‘sí’’ positivo. *Puntuación: _____	____ <i>Sí</i> ____ <i>No</i>
<i>E</i>	3-. Al abrir los ojos: ¿En ocasiones tomas una bebida en la mañana cuando te levantas? Califique 1 punto por un ‘‘sí’’ positivo. *Puntuación: _____	____ <i>Sí</i> ____ <i>No</i>
<i>A</i>	4-. Amnesia (pérdida del conocimiento): ¿Un amigo o miembro de la familia te ha dicho alguna vez cosas que dijiste o hiciste cuando estabas bebiendo y que no puedas recordar? Califique 1 punto por un ‘‘sí’’ positivo. *Puntuación: _____	____ <i>Sí</i> ____ <i>No</i>
<i>K</i> (C)	5-. Reducir: ¿En ocasiones sientes la necesidad de reducir o bajar tu consumo de bebida? Califique 1 punto por un ‘‘sí’’ positivo. *Puntuación: _____	____ <i>Sí</i> ____ <i>No</i>
	Puntuación total _____	
	Una puntuación total de 2 o más puntos indica un problema posible de bebida.	
	¡Gracias por su participación!	

ANEXO 4



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



FACULTAD DE MEDICINA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO

DRA. KARLA SELENE LÓPEZ GARCÍASecretaria de Investigación.
Facultad de Enfermería, UANL.
Presente.-

Estimada Dra. López García:

Por medio de la presente después de saludarla, me permito informar que el pasado 12 de febrero en reunión con la directora de su dependencia la **Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis** se determinó cual será el proceso para los estudios en colaboración con el Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"; pero en el caso particular del estudio mencionado en oficio **SI-006/2023** de fecha **23 de enero del presente** registrado ante su institución con el número **FAEN-M-2013**, otorgamos el VoBo para su realización por tratarse de un estudio que ya se encuentra en proceso.

Sin más por el momento, quedo a sus órdenes.

Atentamente,
"Alere Flamman Veritatis"
Monterrey, N.L. a 13 de febrero de 2024

SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

DRA. PERLA ROCIO COLUMBA GONZÁLEZ
Secretaria de Investigación



c.c.p. **DR. med. OSCAR VIDAL GUTIERREZ**
Director de la Facultad de Medicina y
Hospital Universitario "Dr. José Eleuterio González"

FACULTAD DE MEDICINA, UANL



SUBDIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Edificio de la Biblioteca Central de la Facultad de Medicina de la UANL, planta baja.
Av. Francisco I. Madero y Dr. Eduardo Aguino Pequeño Col. Mitras Centro, 64460 Monterrey, N.L. México
Teléfonos: (+52) 818329-4090 Ext. 2671 al 2674. Correo Electrónico: sinvestigacion@meduanel.com

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA MUJER EMBARAZADA

Título del proyecto: Ansiedad y consumo de alcohol en mujeres embarazadas

Autor: Lic. Paulina Cristel Salas Solís; **director de tesis:** MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez.

Estimada paciente

Introducción/Objetivo del estudio:

Estamos realizando un proyecto de investigación con fines científicos para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo de la investigación es conocer la relación existente entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas esperando que los resultados aporten información que será de ayuda para diseñar estrategias preventivas para evitar el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. El estudio se está realizando en este Hospital. Antes de aceptar su participación, se le da a conocer el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y procedimientos. Si usted desea participar, le pediremos que firme este consentimiento informado.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en el estudio: Se le realizarán algunas preguntas acerca de datos sociodemográficos, ansiedad y consumo de alcohol. Le aclaramos que la entrevista será realizada por el autor del estudio de manera anónima. El tiempo estimado para el llenado de los cuestionarios es aproximadamente de 10 a 15 minutos, serán aplicados en un aula asignada por las autoridades del hospital, se le solicita que responda con tranquilidad las preguntas. Su participación es completamente voluntaria y la información será confidencial, su información no será revelada ya que los cuestionarios no solicitan su nombre ni ningún dato que se le identifique a usted. Además, se le informa que el participar o no en el estudio no generará repercusiones en la atención de salud. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento informado si ya no

desea contestar con plena certeza de que no tendrá ningún problema con su atención prenatal. Toda la información proporcionada para el estudio será estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el autor principal de la investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted no será identificada con ningún dato personal. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas individualmente, los resultados serán de manera general y los cuestionarios serán destruidos a los 12 meses después de la recolección de datos por el autor principal.

Posibles riesgos potenciales/molestias:

No existen riesgos relacionados con su colaboración en el estudio. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incomoda, tiene el derecho de retirarse y regresar cuando usted se sienta cómoda para continuar. En caso de que decida no continuar, recuerde que tiene la plena libertad de retirarse cuando usted así lo quiera sin presentar una represalia en su contra.

Beneficios:

Usted no recibirá ningún beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta su participación, estará colaborando para que en un futuro se realicen intervenciones preventivas hacia el consumo de alcohol en mujeres embarazadas y la salud mental en la edad gestacional.

Costos

Usted como participante no tendrá ningún costo económico. La participación al estudio es voluntaria y gratuita.

Compromisos del investigador:

El autor del estudio garantiza dar respuesta y aclarar cualquier duda acerca de los instrumentos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Participación Voluntaria/Retiro

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la atención hospitalaria que usted recibe.

En caso de que desee contactar al presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs.

Dirección de correo electrónico: investigación. faen@gmail.com.

Consentimiento

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información requerida para el estudio. Yo he leído y comprendido la información y se han resuelto todas mis preguntas. Yo puedo decidir cancelar mi participación en cualquier momento que yo lo decida.

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Firma del participante

Lic. Paulina Cristel Salas Solís
Firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Fecha: _____

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL FAMILIAR

Título del proyecto: Ansiedad y consumo de alcohol en mujeres embarazadas

Autores: Lic. Paulina Cristel Salas Solís; **director:** MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez.

Estimado familiar

Introducción/Objetivo del estudio:

Estamos realizando un proyecto de investigación con fines científicos para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo de la investigación es conocer la relación existente entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas esperando que los resultados aporten información que será de ayuda para diseñar estrategias preventivas para evitar el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. El estudio se está realizando en este Hospital. Antes de aceptar su participación, se le da a conocer el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y procedimientos. Si usted autoriza su participación, le pediremos que firme este consentimiento informado.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en el estudio: A su familiar se le realizarán algunas preguntas acerca de datos sociodemográficos, ansiedad y consumo de alcohol. Le aclaramos que la entrevista será realizada por el autor del estudio de manera anónima. El tiempo estimado para el llenado de los cuestionarios es aproximadamente de 10 a 15 minutos, serán aplicados en un aula asignada por las autoridades del hospital. La participación de su familiar es completamente voluntaria y la información será confidencial, su información no será revelada ya que los cuestionarios no solicitan su nombre ni ningún dato que se le identifique a su familiar. Además, se le informa que el participar o no en el estudio no generará repercusiones en la atención que recibe en dicha institución. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento informado si ya no

desea contestar con plena certeza de que no tendrá ningún problema con su atención prenatal. Toda la información proporcionada para el estudio será estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el autor principal de la investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Su familiar no será identificado con ningún dato personal. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas individualmente los participantes, los resultados serán de manera general y los cuestionarios serán destruidos a los 12 meses después de la recolección de datos por el autor principal.

Posibles riesgos potenciales/molestias:

No existen riesgos relacionados con su colaboración en el estudio. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incomoda a su familiar, tiene el derecho de retirarse y regresar cuando usted se sienta cómoda para continuar. En caso de que decida no continuar, recuerde que tiene la plena libertad de retirarse cuando usted así lo quiera sin presentar una represalia en su contra.

Beneficios:

Usted no recibirá ningún beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta su participación, estará colaborando para que en un futuro se realicen intervenciones preventivas hacia el consumo de alcohol en mujeres embarazadas y la salud mental en la edad gestacional.

Costos

Usted como participante no tendrá ningún costo económico. La participación al estudio es voluntaria y gratuita.

Compromisos del investigador:

El autor del estudio garantiza dar respuesta y aclarar cualquier duda acerca de los instrumentos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Participación Voluntaria/Retiro

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su autorización en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la atención hospitalaria que su familiar recibe.

En caso de que desee contactar al presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs.

Dirección de correo electrónico: investigación. faen@gmail.com.

Consentimiento

Yo voluntariamente autorizo que mi familiar participe en este estudio y que se colecte información requerida para el estudio. Yo he leído y comprendido la información y se han resuelto todas mis preguntas. Yo puedo decidir cancelar mi autorización en cualquier momento que yo lo decida.

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Firma del participante

Lic. Paulina Cristel Salas Solís
Firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Fecha: _____

ANEXO 7

ASENTIMIENTO INFORMADO PARA LA EMBARAZADA MENOR DE EDAD

Título del proyecto: Ansiedad y consumo de alcohol en mujeres embarazadas

Autor: Lic. Paulina Cristel Salas Solís; **director de tesis:** MCE. Nora Nelly Oliva Rodríguez.

Estimada paciente

Introducción/Objetivo del estudio:

Estamos realizando un proyecto de investigación con fines científicos para la obtención del grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. El objetivo de la investigación es conocer la relación existente entre la ansiedad y el consumo de alcohol en mujeres embarazadas esperando que los resultados aporten información que será de ayuda para diseñar estrategias preventivas para evitar el consumo de alcohol en mujeres embarazadas. El estudio se está realizando en este Hospital. Antes de aceptar su participación, se le da a conocer el propósito del estudio, los riesgos, beneficios y procedimientos. Si usted desea participar, le pediremos que firme este consentimiento informado.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en el estudio: Se le realizarán algunas preguntas acerca de datos sociodemográficos, ansiedad y consumo de alcohol. Le aclaramos que la entrevista será realizada por el autor del estudio de manera anónima. El tiempo estimado para el llenado de los cuestionarios es aproximadamente de 10 a 15 minutos, serán aplicados en un aula asignada por las autoridades del hospital, se le solicita que responda con tranquilidad las preguntas. Su participación es completamente voluntaria y la información será confidencial, su información no será revelada ya que los cuestionarios no solicitan su nombre ni ningún dato que se le identifique a usted. Además, se le informa que el participar o no en el estudio no generará repercusiones en la

atención recibida en la institución. Tendrá la libertad de retirar su consentimiento informado si ya no desea contestar con plena certeza de que no tendrá ningún problema con su atención prenatal. Toda la información proporcionada para el estudio será estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el autor principal de la investigación y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted no será identificada con ningún dato personal. Los resultados de este estudio serán publicados con fines científicos, pero se presentarán de tal manera que no podrán ser identificadas individualmente, los resultados serán de manera general y los cuestionarios serán destruidos a los 12 meses después de la recolección de datos por el autor principal.

Posibles riesgos potenciales/molestias:

No existen riesgos relacionados con su colaboración en el estudio. Si alguna de las preguntas le hiciera sentir incomoda, tiene el derecho de retirarse y regresar cuando usted se sienta cómoda para continuar. En caso de que decida no continuar, recuerde que tiene la plena libertad de retirarse cuando usted así lo quiera sin presentar una represalia en su contra.

Beneficios:

Usted no recibirá ningún beneficio directo por su participación en el estudio, sin embargo, si usted acepta su participación, estará colaborando para que en un futuro se realicen intervenciones preventivas hacia el consumo de alcohol en mujeres embarazadas y la salud mental en la edad gestacional.

Costos

Usted como participante no tendrá ningún costo económico. La participación al estudio es voluntaria y gratuita.

Compromisos del investigador:

El autor del estudio garantiza dar respuesta y aclarar cualquier duda acerca de los instrumentos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación.

Participación Voluntaria/Retiro

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación de este en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la atención hospitalaria que usted recibe.

En caso de que desee contactar al presidente del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de la UANL, comuníquese al tel. 83481010 en Av. Gonzalitos 1500 Nte. Col. Mitras Centro, Monterrey, N. L. en un horario de 9:00 a 16:00 hrs.

Dirección de correo electrónico: investigación. faen@gmail.com.

Consentimiento

Yo voluntariamente autorizo participar en este estudio y que se colecte información requerida para el estudio. Yo he leído y comprendido la información y se han resuelto todas mis preguntas. Yo puedo decidir cancelar mi participación en cualquier momento que yo lo decida.

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Firma del participante

Lic. Paulina Cristel Salas Solís
Firma del investigador

Testigo 1

Testigo 2

Fecha: _____

ANEXO 8

Folleto informativo

¿Consumo de alcohol en el embarazo?	Cuidados saludables en el embarazo	Salud mental en el embarazo
Di ¡NO!	*Alimentación saludable	*Conservar buenas
Consecuencias en tu bebé	*No consumir alcohol, tabaco o drogas	relaciones interpersonales
*Peso bajo al nacer		*Realizar ejercicios
*Discapacidades en el		regularmente
aprendizaje y la comunicación		*Tener hobbies
en la niñez	<i>Recuerda que</i>	*Dejar de ingerir alcohol y
*Hiperactividad	<i>es importante evitar el</i>	dejar de fumar
*Dificultad en rendimiento	<i>consumo de drogas</i>	*Dormir mínimo 8 horas
escolar	<i>durante el embarazo y en</i>	diarias
*Malformaciones durante el	<i>el posparto también, ya</i>	*Realizar actividades
embarazo	<i>que el alcohol se transmite</i>	sociales, recreativas,
Consecuencias en mamá	<i>a través de lactancia</i>	culturales y deportivas con
*Aborto espontáneo	<i>maternal y produce</i>	familia y amigos
*Alteraciones hormonales	<i>trastornos del sueño en el</i>	*Tener una buena
*Enfermedad del hígado	<i>recién nacido,</i>	alimentación y evitar exceso
*Sobrepeso/ obesidad	<i>deshidratación y</i>	de azúcares y grasas
*Presión alta en el embarazo	<i>desnutrición.</i>	*Buscar grupos de
*Diabetes gestacional	¡Cuídate! ¡Cuídale@!	aprendizaje

ANEXO 9

Folleto Informativo segunda parte

Beneficios de Lactancia materna <u>para el bebé</u> *Tiene los nutrientes que necesita su bebé para crecer sano *Protege su Sistema inmunitario *Reduce riesgo de asma y diabetes en la niñez *Se digiere más fácil que la leche artificial -Menor tasa de obesidad infantil Beneficios para mamá *Acelera la recuperación de mamá *Menor riesgo de presión alta y depresión en el posparto *Disminuye riesgo de cáncer de ovario y de mama *Ahorro económico 	Cuidados saludables en el embarazo	Cuidados recomendados durante el embarazo *Realizar ejercicio (caminata, trote, ejercicios prenatales) *Buena alimentación – comer verduras y vegetales, NO consumir drogas *Asistir a sus consultas prenatales *Aplicarse las vacunas del embarazo (Influenza y tétanos) *Realizarse un eco anatómico (entre las 20 y 24 semanas) *Realizarse un eco genético (semana 11 a la 13)
--	--	---

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Lic. Paulina Cristel Salas Solís

Candidato para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

Tesis: ANSIEDAD Y CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES EMBARAZADAS

LGAC: Prevención de Adicciones: Drogas Lícitas e Ilícitas

Biografía: Nacida en la ciudad de Monterrey, Nuevo León el 25 de septiembre de 1998; hija del Sr. Eduardo Salas Reza y la Sra. Briceyda Solís López.

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León con el grado de licenciado en Enfermería en el 2019.

Experiencia Laboral: Pasante de enfermería en el Hospital Regional Materno Infantil de Alta Especialidad del 1 de febrero de 2020 al 31 de enero del 2021. Enfermera General en el departamento de Urgencias Adultos Shock-Trauma del Hospital Universitario de 2021 a 2023, Enfermera con diploma avalado por la Universidad de Monterrey en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN), Licenciada en enfermería en el área de UCIN de 2022 a 2023 en el Hospital Ginequito con constancia de RCP neonatal vigente hasta el 2026. Becaria del Consejo Nacional de Humanidades, Ciencias y Tecnologías (CONAHCYT) para realizar estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León de enero de 2023 a diciembre de 2024, docente clínico en Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León desde 2022 hasta la fecha presente con estudiantes de pregrado de la Unidad de Aprendizaje de Cuidado a la mujer y al neonato y Cuidado al niño y al adolescente.

E-Mail: cristel.salas@hotmail.com