

881325
11
22



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO

PLANTEL LOMAS VERDES

CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
NUMERO DE INCORPORACION 8813-25

"LA ANSIEDAD DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO, EVALUADA A TRAVES DE LA PRUEBA IDARE"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
LETICIA STEINER IRACHETA

Director de la Tesis: LIC. PATRICIA ENCINA DIEGUEZ
Asesor de la Tesis: LIC. LEOPOLDO BERMUDEZ BUCIO



Naucalpan, Edo. de México

TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN

1991



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Indice.

I N D I C E

INTRODUCCION

pag.

CAPITULO 1

1.	EMBARAZO.....	1
1.1.	CAMBIOS FISICOS DURANTE EL EMBARAZO.....	2
1.2.	ASPECTOS PSICOLOGICOS GENERALES.....	3
1.2.1.	ASPECTOS PSICOLOGICOS DEL 2o.TRIMESTRE.....	8
1.3.	EMBARAZO DE ALTO RIESGO.....	12

CAPITULO 2

2.	ANSIEDAD.....	14
2.1.	DEFINICION.....	14
2.2.	TIPOS DE ANSIEDAD.....	16
2.2.1.	ANSIEDAD REAL.....	16
2.2.2.	ANSIEDAD NEUROTICA.....	17
2.2.3.	ANSIEDAD ACTUAL.....	17
2.2.4.	ANSIEDAD BASICA.....	17
2.2.5.	ANSIEDAD DIFUSA O LIBREMENTE FLOTANTE.....	17
2.2.6.	ANSIEDAD MORALISTA.....	18
2.2.7.	ANSIEDAD RASGO O PECULIAR.....	18
2.2.8.	ANSIEDAD ESTADO.....	18

2.3.	ESQUEMAS DE LA ANSIEDAD.....	19
2.4.	SIGNOS Y SINTOMAS.....	20
2.4.1.	SINTOMAS GENERALES.....	21
2.4.2.	DE LOS ORGANOS DE LOS SENTIDOS.....	21
2.4.3.	DEL SISTEMA CIRCULATORIO.....	22
2.4.4.	DEL SISTEMA RESPIRATORIO.....	22
2.4.5.	DEL TRACTO GASTROINTESTINAL.....	22
2.4.6.	DEL SISTEMA UROGENITAL.....	23
2.4.7.	DE LA PIEL.....	23
2.5.	TECNICAS PARA MEDIR LA ANSIEDAD.....	23
2.5.1.	TECNICAS DE MEDICION FISIOLOGICA.....	24
2.5.2.	TECNICAS DE MEDICION PSICOLOGICA.....	24
2.6.	DIFERENTES ENFOQUES SOBRE LA ANSIEDAD.....	31
2.6.1.	TEORIA PSICOANALITICA.....	31
2.6.2.	TEORIA CULTURALISTA.....	35
2.6.3.	TEORIA EXISTENCIALISTA.....	37
2.6.4.	TEORIA DEL APRENDIZAJE.....	40
2.6.5.	TEORIA FACTORIALISTA.....	41

CAPITULO 3

3.	ANTECEDENTES SOBRE ESTUDIOS SIMILARES.....	49
----	--	----

CAPITULO 4

4.	METODO.....	54
4.1.	HIPOTESIS.....	54
4.2.	PROBLEMA.....	54
4.3.	OBJETIVO.....	54
4.4.	SUJETOS.....	55
4.5.	ESCENARIO.....	56
4.6.	MATERIALES.....	56
4.7.	DEFINICION DE VARIABLES.....	56
4.8.	DISEÑO.....	57
4.9.	TIPO DE MUESTREO.....	57
4.10.	PROCEDIMIENTO.....	57

CAPITULO 5		pag.
5.	RESULTADOS.....	59
5.1.	CUADRO 1	60
5.2.	GRAFICA 1	61
5.3.	GRAFICA 2	62
5.4.	GRAFICA 3	63
5.5.	GRAFICA 4	64
5.6.	GRAFICA 5	65
5.7.	GRAFICA 6	66

CAPITULO 6

6.	CONCLUSIONES Y ANALISIS DE RESULTADOS.....	67
6.1.	CONTRASTACION POR EDADES.....	67
6.2.	CONTRASTACION DE NIVEL DE ANSIEDAD.....	68
6.2.1.	CON RESPECTO A NIVEL S/E Y PAREJA.....	68
6.2.2.	DEPENDIENDO DE LA ESCOLARIDAD.....	69
6.3.	CONTRASTACION CON EL GRUPO PILOTO.....	70
6.4.	COMENTARIOS.....	72
6.5.	SUGERENCIAS.....	72

CAPITULO 7

7.	PROPUESTA DE ESTANDARIZACION.....	73
7.1.	INTRODUCCION.....	73
7.2.	OBJETIVO.....	73
7.3.	CONFIABILIDAD.....	74

7.4.	VALIDEZ.....	80
7.5.	ANALISIS DE REACTIVOS.....	81
7.6.	TABLAS.....	83

A N E X O S

ANEXO 1.....	88
ANEXO 2.....	89
ANEXO 3.....	90
ANEXO 4.....	91

BIBLIOGRAFIA.....	92
-------------------	----

Introducción

I N T R O D U C C I O N

Una de las causas de la situación en la que se encuentra actualmente nuestro país (desempleo, malnutrición, etc.) es la explosión demográfica, que ha tratado de controlarse mediante programas de educación sexual y planificación familiar, pero la población de bajo nivel socioeconómico es quien tiene menor acceso a este tipo de información, propiciando que tengan un deficiente control de la natalidad.

Al colaborar en el proyecto "Repercusión Materno-perinatal del Apoyo Psicosocial durante el Embarazo: Evaluación de un Programa para Latinoamérica", me di cuenta del gran número de mujeres embarazadas mayores de 35 años que acudían a la consulta. La mayoría de ellas no deseaban el embarazo y éste había ocurrido debido a la falta de información adecuada sobre los métodos de planificación familiar que utilizaban (no sabían que debían revisar el DIU periódicamente, dejaron las pastillas sin consultar con su médico, etc.).

Estas mujeres manifestaban sentir una gran ansiedad a causa de su edad, pues ya se les había informado que al ser mayores de 35 años, su embarazo era considerado de alto riesgo, y no solo temían por la vida del bebé, sino por las suyas propias, pues si el embarazo en sí mismo es un estado en la mujer que remueve emociones generando ansiedad (Lester y Notman, 1986), ésta se acentúa ante una situación de riesgo.

Por esto, se hará un estudio de la angustia generada durante el segundo trimestre de gestación (14-22 semanas) entre la mujer en edad óptima para embarazarse (19-34 años) y la de la mujer mayor de 35 años, pues considero importante destacar que los programas de educación sexual existentes están enfocados básicamente a adolescentes, olvidándose de la mujer madura que aún es fértil que corre gran riesgo al embarazarse, y al hacer conscientes las posibles consecuencias, las futuras madres generan gran ansiedad (Itsvan, 1986), atentando no solo contra su salud mental, sino también contra la de su familia y la buena evolución del feto, pues la ansiedad en este periodo es un predictor de efectos perinatales no deseables (Archundia, 1981).

Capítulo

1

1. EMBARAZO

El embarazo siempre ha sido considerado como un acontecimiento feliz, pero se ignoraba que este trae consigo una serie de síntomas y signos tanto físicos como psicológicos que afectan por completo la conducta de la mujer y por consiguiente la de las personas que la rodean, sobretodo la de su pareja.

Los cambios físicos durante el embarazo son evidentes para todos, pero los cambios psicológicos que son tan importantes, se han dejado un poco de lado.

En este capítulo se hablará sobre los cambios físicos del embarazo, pero se hará incapié en los cambios psicológicos que no solo afectan el estado anímico de la madre, sino también al feto y a su pareja.

Estos cambios psicologicos eran rara vez tomados en cuenta, pero gracias a la difusión de investigaciones recientes al respecto, la población esta más enterada de los efectos psico lógicos que genera el embarazo, logrando así que las personas que rodean a la

mujer en gestación lleguen a comprenderla mejor y a darle lo que ella necesita, provocando así que la embarazada se sienta apoyada y más tranquila.

1.1. CAMBIOS FISICOS DURANTE EL EMBARAZO

Algunos de los cambios físicos que trae consigo el embarazo son hormonales, lo que provoca náuseas, mareos, cansancio, micción frecuente, cambios en la piel y en los senos (Stoppard, 1987). La amenorrea es el primero y más importante signo del embarazo, seguido de los mencionados anteriormente. También se presentan cambios en los órganos internos al ensancharse el abdomen después del tercer mes. El peloteo que se produce entre el cuarto y quinto mes, es cuando el pequeño feto rebota cuando el examinador golpea con cierta brusquedad el útero con el dedo. Otro cambio registrado durante el embarazo son las contracciones de Baxton-Hicks, que son contracciones uterinas irregulares que comienzan al principio del embarazo, pero la madre las siente por lo general hasta el séptimo mes. (Anderson, Camacho y Stark, 1979).

1.2. ASPECTOS PSICOLÓGICOS GENERALES

Cuando un embarazo es planeado, los padres esperan que satisfaga todos sus sueños y deseos, pero también se producen sentimientos conflictivos, pues se presenta una ambivalencia cuando los padres tienen que ocuparse de la realidad y dejar de lado sus sueños. La realidad es una responsabilidad grande y concreta que poco a poco, empieza a cambiar a los miembros de la familia. (Anderson, Camacho y Stark, 1979).

Desde que el embarazo es confirmado, se esperan cambios en la manera como se han desempeñado o percibido los roles hasta el momento y esos cambios hacen que empiecen a actuar tensiones psicológicas, observándose inseguridad e incertidumbre (Anderson, 1979), sobretudo para la mujer, pues en nuestra sociedad, debe revalorar el rol materno, ya que no solo desea dedicarse a su hogar como siempre se le había asignado; ahora tiene también otras metas y necesidades, lo que la pone en un dilema con respecto a su maternidad. (Fernández y Arce-lus, 1988).

Perez Arizmendi (1988), menciona que la pareja

embarazada muestra una gama de estados emocionales que pueden ser simples o complejos. Se habla de tres tipos de reacciones que la pareja puede tener ante la confirmación del embarazo:

- a) Alegría, ternura y sensación de grandeza pues existe un grado aceptable de adaptación al embarazo.
- b) Tristeza, sensación de pérdida, dependencia, vulnerabilidad y ansiedad. Estas reacciones corresponden a una pareja con dificultades para adaptarse al embarazo.
- c) Sentimientos de culpa, angustia ante la vulnerabilidad, minusvalía, pérdida total o parcial de la autoestima y distanciamiento entre ambos conyuges. Estas reacciones describen a una pareja con franca desadaptación al embarazo.

La alta ansiedad es una característica durante el embarazo, y solo una minoría de mujeres permanecen sin preocuparse en este periodo. (Langer, 1973; citada por Ruiz Durá en 1988).

Eva Lester y Malkah Notman (1986), mencionan que existen dos tipos de ansiedad difusa que se presenta de la consciencia del embarazo al 4o. mes:

El primero y más consciente se relaciona con los cambios en el cuerpo y específicamente al temor del feto creciendo dentro.

El segundo tipo, que es más inconsciente que el primero, es el temor de regresión y fusión con la madre pregenital. La consciencia del bebé creciendo dentro, reactiva en la mujer embarazada fantasías y deseos de violar y entrar al cuerpo de su propia madre. También se reactivan los temores primitivos de ser tragada e incorporada por la madre todopoderosa. Los conflictos no resueltos sobre la separación-individuación reemerge, y las resistencias conscientes de la mujer acerca de contar a sus padres la noticia del embarazo, se deben a estos conflictos.

El embarazo es una crisis de maduración similar a la de la adolescencia, pues se reviven conflictos psicológicos de fases del desarrollo previas al embarazo

(Bibring, 1979; citado por Fernández y Arcelus en 1988) como regresiones, pérdida de defensas (Lester, 1986), reestructuración del autoconcepto inherente en la transición al rol materno, y elaboración de la identificación con la propia madre. (Condon, 1987).

Si esta crisis es bien aprovechada, se pueden resolver viejos conflictos, logrando así un crecimiento psicológico. (Bibring, 1979; citado por Fernández y Arcelus en 1988).

Las sensaciones en el cuerpo de la mujer embarazada, al tener un ser humano dentro de ella, mejora los lazos afectivos con su madre. (Lester y Notman, 1986).

Existen varios aspectos que influyen en la magnitud de los cambios psicológicos que ocurren durante el embarazo, como son los antecedentes emocionales y la historia de la vida de la mujer por ejemplo, si la mujer ha presentado inestabilidad emocional, si el embarazo fue o no planeado, si cuenta con una buena relación de pareja, si existe una situación económica estable o si

se cuenta con figuras de apoyo con las que se puedan compartir temores, angustias y necesidades (Fernández y Arcelus, 1988).

En nuestra cultura Occidental, donde se ha estigmatizado a los fenómenos reproductivos como el mayor sufrimiento en la vida de la mujer, el parto representa el máximo castigo por supuestos pecados cometidos, sin embargo, en otras sociedades, el embarazo es vivido como un proceso natural y es un evento que no implica peligro alguno. (Ruiz Durá, 1988).

Estas formas de pensar acerca del embarazo también influyen para los cambios psicológicos que sufre la mujer.

La imagen materna que tenga la embarazada también es importante, pues su actitud hacia el embarazo dependerá en gran parte de la percepción que su madre le haya transmitido sobre el mismo. (Langer, 1978; citada por Fernández y Arcelus en 1988).

Tradicionalmente, los meses del embarazo se han

dividido en tres trimestres. Cada trimestre sirve para marcar los diferentes cambios físicos y emocionales que caracterizan a la mujer embarazada. (Ewy, Roger & Eva, 1979).

Como en este trabajo me refiero al 2o. trimestre de gestación, entonces me centraré en los aspectos psicológicos de este periodo únicamente.

1.2.1. ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL 2o. TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Este periodo se caracteriza por ser el más estable, pues los sentimientos de ambivalencia también empiezan a definirse (Fernández y Arcelus, 1988) debido a que la pareja completa las tareas iniciadas durante los tres primeros meses del embarazo como la identificación de los roles como padres y la resolución de los antiguos conflictos con las propias figuras paternas. (Anderson, Camacho y Stark, 1979).

Con la percepción de los movimientos del feto,

se tiene una mayor consciencia del ser que se esta gestando, lo que favorece la diferenciación que debe tener la mujer entre su producto y ella misma. (Fernández y Arcelus, 1988).

Todos los cambios emocionales que se producen en este periodo son causados por los cambios físicos y químicos propios del embarazo, y se reflejan en la conducta de la mujer (Bibring, 1972; citado por Fernández y Arcelus en 1988), que desconcierta generalmente al hombre, pues la llamada personalidad de la embarazada se caracteriza porque la mujer se preocupa cada vez más de sí misma (narcisismo), es pasiva y se dedica a la introspección constante. Está sometida a fantasías relacionadas con el hecho de que no puede controlar sus cambios internos y que estan generadas por la criatura, todavía extraña, que crece en su interior. La mujer empieza a desarrollar una dependencia hacia el futuro padre y que tenía anteriormente hacia su madre. Los sueños y los cambios de humor, al ser extraños, se convierten en peligrosos y atemorizantes, ya que las viejas supersticiones se cargan de realidad y estos sentimientos son la causa de las exigencias extravagantes.

tes que hacen a sus hombres para satisfacer necesidades que en otra época les hubieran parecido ridículas o supersticiosas. (Anderson, Camacho y Stark, 1979).

La urgencia y frecuencia de las peticiones que requieren tolerancia constante por parte del esposo, se convierten en fuentes de estrés que pueden amenazar su seguridad, así como la estabilidad de la vida familiar. (Anderson, Camacho y Stark, 1979).

Para la mujer, el 2o. trimestre se convierte en un periodo donde empieza a percibir las alteraciones en su imagen corporal. Los cambios fisiológicos que se presentan en esta etapa parecen realzar el sentimiento de que el cuadro interiorizado de sí misma ya no se ajusta a la imagen en el espejo, y hay una necesidad constante de que el esposo reafirme su confianza respecto a su belleza y su atractivo sexual. (Anderson, Camacho y Stark, 1979).

Los deseos y las actividades sexuales pueden variar, aunque según Fernández y Arcelus (1988), la sexualidad aumenta durante este periodo, ya que la mujer

expresa sentirse más realizada, pues hay aumento de la lubricación vaginal y el flujo sanguíneo del útero y zona pélvica, lo que puede provocar que la respuesta sexual sea más rápida.

Existe una alteración en la función psicológica durante el embarazo descrita como un cambio hacia el proceso primario de pensamiento. Este se caracteriza por la predominancia de cumplir un deseo sin tomar en cuenta la realidad o la lógica y opera en sueños, fantasías y pensamiento mágico. (Condon, 1987).

Esta alteración involucra una disminución de los aspectos de cognición lógica, crítica y evaluativa e incrementa los modos más intuitivos y menos racionales. Esto comienza gradualmente al inicio del 2o. trimestre y la mujer se da muy poca cuenta de ellos. (Condon, 1987).

El poco conocimiento de este cambio normal a un nivel más primitivo de funcionamiento, puede provocar que se diagnostique erróneamente un trastorno psiquiátrico como borderline o personalidad esquizoide. (Condon, 1987).

Benedek (1970, citado por Condon en 1987), ha descrito las fantasías bizarras que algunas mujeres embarazadas tienen sobre el contenido de su seno, como podría ser el tener un monstruo o un animal.

Durante el embarazo, como ya se mencionó anteriormente, existe una crisis maduracional donde la distinción entre la realidad y la fantasía puede ser confusa y hasta presentar episodios psicóticos transitorios. (Steinberg, 1985; citado por Condon, 1987).

1.3. EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Las mujeres que fueron la muestra para esta investigación pertenecen a este grupo, del que solo daré la definición pues las características tanto físicas como psicológicas en este tipo de embarazo son iguales a las de un embarazo "normal", haciéndose una diferencia en el riesgo que corre tanto la madre como el bebé. La definición de embarazo de alto riesgo según la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia (1990) es la siguiente:

"Embarazo de alto riesgo es aquél que tiene o probablemente tenga, estados concomitantes con la gestación y el parto que aumentan los peligros para la salud de la madre o de su hijo, o bien, cuando la madre procede de un medio socioeconómico precario con o sin alteraciones circunstanciales."

Capítulo

2

2. ANSIEDAD

En el amplio repertorio conductual inherente a la naturaleza humana, las emociones juegan un papel importante, pues son las que marcan, entre otros procesos, las diferentes maneras como se conduce un individuo en una situación determinada. (Cofer, 1972).

La emoción es la percepción de una situación que excita a una persona de dos maneras posibles: agradable, como puede ser el sentir amor, felicidad, gozo, etc. o desagradable, como es sentir ira, temor o ansiedad. (Kolb, 1985).

2.1. DEFINICION DE ANSIEDAD

El término de ansiedad, en latín *anxietas*, connota una experiencia de diversos grados de incertidumbre, agitación y pavor.

La ansiedad es una respuesta normal a amenazas dirigidas contra el cuerpo de uno mismo, posesiones, modo de vida, seres queridos o valores acariciados. Es

normal durante un esfuerzo extremo o en una situación de la vida cambiante y que requiere una continua adaptación. Que la ansiedad sea normal o anormal dependerá de su intensidad, duración y de las circunstancias que la causen. (Solomon y Vernon, 1976).

Este concepto fue introducido en la psicología por Sigmund Freud en 1894, pero no entró en el elenco de los índices de las obras psicológicas escritas antes de 1930. (May, 1950; citado por Arnould et al. en 1979).

Aún cuando la existencia de este término se conoce hace aproximadamente sesenta años, su definición no ha llegado a unificarse, por lo que mencionaré algunas de las definiciones más conocidas o utilizadas:

1. Estado desagradable, semejante al miedo al anticipar o temer al posible peligro. (Goldman, 1987).
2. Es un estado subjetivo consciente diferentemente descrito como una emoción, un afecto o un sentimiento. (Solomon, 1976).
3. Estado emocional transitorio del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y apren-

sión subjetivos conscientemente percibidos. (Spielberger, 1975).

Esta última, es la definición que utilizaré para este trabajo.

Existe confusión entre los términos de ansiedad y angustia, pues a veces se utilizan como sinónimos y a veces como dos conceptos diferentes. En esta investigación se utilizarán como sinónimos, ya que ansiedad es la traducción literal del "angst" alemán tal como lo utilizó Freud en psiquiatría.

2.2. TIPOS DE ANSIEDAD

A continuación se definirán los diversos tipos de ansiedad más conocidos:

2.2.1. ANSIEDAD REAL U OBJETIVA: desagradable sensación producida por la anticipación de algún daño o herida causada por algún peligro externo real. La intensidad de la sensación desagradable es proporcional a la magnitud del peligro externo que la causa.

0

Freud considera este tipo de ansiedad como sinónimo de miedo. (Freud, 1936; citado por Wolman en 1981).

2.2.2. ANSIEDAD NEUROTICA: la fuente del peligro no es externa sino interna y la persona no tiene conciencia del agente que la produce. (Freud, 1936 citado por Spielberger en 1980).

2.2.3. ANSIEDAD ACTUAL: sobreviene como resultado de frustraciones o de interrupción de la excitación o satisfacción sexual, o de la inadecuación de ésta. (Freud, 1948).

2.2.4. ANSIEDAD BASICA: sensación de aislamiento y desamparo que el niño experimenta en un mundo potencialmente hostil. Es producida por todo lo que perturba la seguridad del niño en relación con sus padres. (Horney, 1945; citada por Hall y Lindzey en 1984).

2.2.5. ANSIEDAD LIBREMENTE FLOTANTE O DIFUSA: cuando lo que se teme solo se percibe oscuramente o no se percibe. Los sentimientos que emanan de un conflic-

to específico, se diseminan a muchas situaciones aparentemente neutrales o inaplicables, de manera que el individuo no se da cuenta de cualquier casualidad entre los sentimientos ansiosos y una situación específica. (Solomon, 1976).

2.2.6. ANSIEDAD MORALISTA: temor a la consciencia. El individuo que tiene un superego bien desarrollado se siente culpable cuando hace algo o aún cuando piensa en hacer algo que se oponga al código de moral que él ha hecho parte de sí mismo. (Solomon, 1976).

2.2.7. ANSIEDAD RASGO: implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de ansiedad estado. También es llamada ansiedad peculiar. (Spielberger, 1975).

2.2.8. ANSIEDAD ESTADO: reacción que se tiene en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. (Spielberger, 1975).

2.3. ESQUEMAS DE LA ANSIEDAD.

El esquema de la ansiedad varia de un individuo a otro, pero Wolpe (1952, citado por Arnold en 1979) nos da el siguiente que puede generalizarse:

ESTIMULO NOCIVO --- INTERPRETADO POR EL SUJETO COMO
POSIBLE DANO --- RESPUESTA AUTONOMICA Y MOTORA.

Spielberger (1980) nos proporciona los siguientes esquemas de ansiedad:

1. Ansiedad en general:

AGENTE --- PERCEPCION DE AMENAZA --- ESTADO DE
ANSIEDAD

2. Ansiedad objetiva:

PELIGRO EXTERNO --- PERCEPCION DE PELIGRO --- A.
OBJETIVA

3. Ansiedad neurótica:

SENALES INTERNAS --- A. OBJETIVA --- REPRESION DE
SENALES INTERNAS --- INTERRUPCION DE LA REPRESION ---
DESVIACION DE LOS PENSAMIENTOS REPRIMIDOS --- ANSIEDAD
NEUROTICA.

2.4. SIGNOS Y SINTOMAS DE LA ANSIEDAD

Solomon (1976), menciona que las manifestaciones somáticas comunes de la ansiedad son las siguientes:

- a. Perspiración excesiva
- b. Tensión musculoesquelética: Cefalagia tensional, constricción de la parte posterior del cuello y del pecho, voz temblorosa, dolor de espalda.
- c. Respiraciones suspirantes.
- d. Síndrome de hiperventilación: Disnea, vértigo, parestesias.
- e. Trastornos funcionales gastrointestinales: Dolor abdominal, anorexia, náusea, mal sabor en la boca, distensión, diarrea, constipación, sensación de "vacío" en el estómago.
- f. Irritabilidad cardiovascular: Hipertensión pasajera, taquicardia, desfallecimiento.
- g. Disfunción genitourinaria: Frecuencia urinaria, disuria, impotencia, dolor pélvico en mujeres y frialdad.

2.4.1. SINTOMAS GENERALES

Los síntomas psicósomáticos de la ansiedad según Kielholz (1976), son los siguientes:

- a. Inquietud, tensión interior
- b. Temblor, sobretodo de finas oscilaciones
- c. Opresión cefálica y cefalea
- d. Palidez facial
- e. Crisis sudorales
- f. Sequedad de boca
- g. Sensación de vértigo
- h. Alteraciones del sueño
- i. Pavor nocturno en niños

2.4.2. Organos de los sentidos

- a. Hiperestesia sensorial general
- b. Midriasis
- c. Reflejo pupilar psicógeno
- d. Ensanchamiento de la hendidura palpebral
- e. Escotomas, "moscas volantes"

2.4.3. Sistema circulatorio

- a. Ansiedad
- b. Taquicardia
- c. Jaqueca
- d. Autopercepción del pulso

2.4.4. Sistema respiratorio

- a. Taquipnea, hiperventilación
- b. Sensación de ahogo
- c. Asma bronquial

2.4.5. Tracto gastrointestinal

- a. Sequedad de boca
- b. Anorexia
- c. Bulimia
- d. Hipo
- e. Opresión gástrica
- f. Meteorismo
- g. Espasmos intestinales
- h. Diarrea y estreñimiento

2.4.6. Sistema urogenital

- a. Poliuria y polaquiuria
- b. Espasmo de esfínter vesical
- c. Trastornos de la menstruación
- d. Dismenorrea

2.4.7. Piel

- a. Dermografismo
- b. Prurito
- c. Fenómenos alérgicos

2.5. TÉCNICAS PARA MEDIR LA ANSIEDAD

Como ya se ha visto, el tema de ansiedad ha sido muy controvertido, sin embargo, existen diferentes técnicas para medirla:

2.5.1. Técnicas de medición fisiológica

2.5.2. Técnicas de medición psicológica

2.5.1. Técnicas de medición fisiológica

Se puede saber que existe ansiedad en una persona por medio de la frecuencia cardiaca, por las respuestas vasculares, la presión sanguínea, las respuestas de la piel como sudoración, dolor en la boca del estómago y dificultades respiratorias entre otros de los síntomas anteriormente mencionados.

2.5.2. Técnicas de medición psicológica

A continuación mencionaré algunos de los instrumentos psicológicos para medir la ansiedad.

a. MAS (Manifest Anxiety Scale) creada por Janet Taylor

La forma original de esta prueba consistió en 50 reactivos que se redujeron a 20 y se desarrolló también una Forma de Ansiedad Manifiesta para niños.

Consta de cinco factores:

1. Conocimiento de sí mismo

2. Sudoración, frío y calor
3. Insomnio
4. Sentimientos de inadaptación insuperable
5. Fatiga

b. TASC de Sarason

Mide ansiedad en niños, mide rasgo y estado en situaciones de prueba. Consiste de 36 reactivos que incluyen síntomas fisiológicos.

c. IPAT (Institute for personality and Ability Testing) de Catell

Su objetivo es medir rasgos de personalidad. Consta de 40 reactivos que pueden aplicarse individualmente o en grupo, no tiene tiempo fijo, sus instrucciones son sencillas y de fácil comprensión. Los reactivos están estructurados con una elección entre tres opciones:

1. Observación directa de la conducta del sujeto sin aplicación de pruebas (L DATA)

2. Mediante un cuestionario (Q DATA)
3. Mediante pruebas objetivas (T DATA)

d. MAACL (Multiple Affect Adjective Check List) de
Zuckermann et al.

Su objetivo es clasificar los estados afectivos por medio de 132 adjetivos en tres partes. Consta de tres dimensiones:

1. Ansiedad
2. Hostilidad
3. Depresión

e. FREEMAN MANIFEST ANXIETY TEST

Su objetivo es medir la estructura nuclear de la ansiedad, su neurosis e implicaciones psicósomáticas. Consta de seis categorías, tres tipos estructurales y de cinco partes divididas de la siguiente manera:

1. 51 preguntas de si o no
2. 21 preguntas de 1 y 2

3. 11 preguntas de 1, 2, 3
4. 5 preguntas de elección propia y
5. 52 preguntas de marque con una X

f. S-R INVENTORY OF ANXIETIES de Perkins

Su objetivo es medir la inclinación de la ansiedad. Consta de 11 situaciones básicas, los sujetos indican en una escala de 5 puntos la intensidad con que experimentan cada una de las 14 tendencias de respuesta a la situación.

g. DES (Escala de Emoción Diferencial) de Izard

Tiene como objetivo medir las emociones. Consta de 67 reactivos fundamentados sobre la teoría de emociones discretas y separadas.

h. MPI (Inventario de Personalidad de Mandsley)

Su objetivo es medir las dimensiones y categorías de la personalidad. Consta de 48 preguntas de sí o no con tres partes:

1. Extraversión
2. Neurosis
3. Ansiedad

Utiliza el análisis factorial y actualmente es conocido como EPI (Inventario de Personalidad de Eysenk).

i. IDARE (Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado) de Spielberger

El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), es una versión en español del STAI (State-Trait Anxiety Inventory), que está constituido por dos escalas separadas de autoevaluación que miden dos dimensiones distintas de la ansiedad: la ansiedad rasgo (A-Rasgo) escala SXR y la ansiedad estado (A-estado) escala SXE, la cual será objeto de esta investigación.

Originalmente se desarrolló este inventario para investigar fenómenos de ansiedad en sujetos adultos sin síntomas psiquiátricos, pero se ha demostrado que es también útil en la medición de la ansiedad en estudiant-

tes de secundaria y de bachillerato, tanto como en pacientes neuropsiquiátricos, médicos y quirúrgicos. (Spielberger y Diaz, 1975).

Este inventario fue desarrollado por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en 1964 en la Universidad de Vanderbilt, creando un instrumento de investigación objetivo de autoevaluación que pudiera ser utilizado para medir ansiedad-estado y ansiedad-rasgo en adultos. En 1967 estas actividades continuaron en la Universidad Estatal de Florida, ampliando la investigación para poder utilizar este inventario en individuos emocionalmente perturbados.

Cada una de las escalas de este inventario consta de 20 reactivos que se contestan marcando un de los numeros dispuestos del 1 al 4 y que dependiendo del reactivo corresponderá a alguna de las siguientes afirmaciones: no, en lo absoluto (1); un poco (2); bastante (3) y mucho (4), para la escala SXE (Ansiedad Estado) y casi nunca (1); algunas veces (2); frecuentemente (3) y casi siempre (4), para la escala SXR (Ansiedad Rasgo).

La Escala SXE explora "Estado de Ansiedad", mientras que la SXR explora "Rasgo de Ansiedad". La primera mide el estado que vivie el sujeto en ese momento, y la segunda se ocupa de las características generales del mismo.

El IDARE es autoadministrable y se puede aplicar en forma individual o grupal. Las instrucciones se encuentran impresas en la forma de la prueba (Anexo 3).

No tiene limite de tiempo, pero por lo general se calculan de 10 a 20 minutos para su aplicación, dependiendo del examinado.

El IDARE fue la prueba elegida para esta investigación debido a que su confiabilidad y validez ha sido comprobada al haberse utilizado para diferentes estudios, porque es breve, de fácil aplicación y accesible a personas de escasa cultura. Además es el único instrumento que posee la posibilidad de medir un tipo de ansiedad aisladamente, como lo fué requerido para esta investigación: evaluar únicamente la ansiedad-estado de la mujer en el 2o. trimestre del embarazo.

Con respecto a su confiabilidad y validez se hablará ampliamente en un capítulo posterior.

2.6. DIFERENTES ENFOQUES SOBRE ANSIEDAD

A continuación, se hará una breve reseña sobre las teorías de ansiedad según los más destacados representantes de algunas escuelas psicológicas.

2.6.1. TEORIA PSICOANALITICA

Sigmund Freud

Freud define a la ansiedad como un estado afectivo, o sea una unión de determinadas sensaciones de la serie placer-displacer, con las inervaciones de descarga a ellas correspondientes y a la percepción de las mismas. (1)

La ansiedad parece ser una reacción ante la percepción de la ausencia del objeto amado o la separa-

(1) Citado por Freud en 1948.

ción del mismo, por lo que la privación da lugar a un aumento de la tensión que exige alguna descarga de energía. Solamente el YO puede experimentar ansiedad, que es signo de la debilidad de éste. (Freud, 1936; citado por Wolman en 1981).

Freud distinguió tres tipos de ansiedad: la real, la neurótica y la moral o sentimiento de culpa. De la ansiedad real, o miedo de las amenazas que realmente existen en el mundo exterior, derivan los restantes. La ansiedad neurótica es el temor que tiene el individuo a que sus instintos dejen de estar bajo su control y lo lleven a acutar de tal forma que sería merecedora de castigo, por lo que este tipo de ansiedad no se basa tanto en el miedo a los instintos en sí como en el temor al castigo. Su origen es real, ya que el mundo representado por los padres y otras autoridades, castiga verdaderamente al niño por sus acciones impulsivas. (Freud, 1926; citado por Hall y Lindzey en 1984).

En cuanto a la ansiedad moral, es el miedo a la conciencia moral: el individuo cuyo super-yo está bien desarrollado tiende a sentirse culpable cuando hace, o

incluso cuando piensa, algo que contraría el código moral según el cual ha sido educado, se dice que se siente castigado por la consciencia moral. También la base de la ansiedad moral es real: sin duda, el individuo ha sido castigado, en el pasado, por violar el código moral y puede serlo nuevamente. (Freud, 1926; citado por Hall y Lindzey en 1984).

La ansiedad puede ser producida por una amenaza imaginaria, por una tensión interna o por cualquier otro factor que el individuo experimente como una amenaza. (Freud, 1936; citado por Wolman en 1981).

Una de las funciones de la ansiedad es el prevenir al sujeto sobre un peligro inminente; es la señal, dirigida al yo, de que el peligro puede incrementar hasta destruirlo a menos que se tomen las medidas adecuadas, como movilizar a la persona para huir de la zona amenazante e inhibir el impulso peligroso. (Freud, 1926; citado por Hall y Lindzey en 1984).

La función del yo es mantener la estabilidad emocional del individuo previendo la experiencia con-

sciente de la ansiedad que nace de las amenazas del ello y del super-yo, dando lugar al surgimiento de los mecanismos de defensa y características de la personalidad. (Freud, 1926; citado por Hall y Lindzey en 1984).

Todas estas amenazas contra el yo se presentan de distintas maneras en las diferentes fases del desarrollo. En la etapa infantil, la amenaza principal a la personalidad todavía inmadura, es la pérdida del objeto amado. La intrusión de pulsiones no permitidas en una etapa subsiguiente, amenaza al niño con la castración, y más adelante, los actos vedados traen consigo la repro- bación social que ocasionaría la exclusión de la misma. (Freud, 1948).

Por ésto, al suceder la primera experiencia de ansiedad cuando el yo se encuentra en proceso de desarrollo y es todavía débil, esta experiencia establece el patrón a seguir para la vida futura. De esta manera, cuando se enfrentan situaciones similares a estas primeras experiencias, el yo se inclina a considerarlas como igualmente peligrosas. (Freud, 1948).

Otto Rank

Rank juzgaba el nacimiento como el acontecimiento más traumático de la vida humana y como el principal origen de una ansiedad abrumadora y consideraba que la ansiedad en la vida posterior era originada por la ansiedad fundamental del nacimiento. Puesto que éste es la separación del cuerpo de la madre, cualquier separación futura haría revivir esta ansiedad. (Rank, 1929; citado por Wolman en 1981).

2.6.2. TENDENCIA CULTURALISTA

Los psicoanalistas de orientación cultural están de acuerdo en que la ansiedad aparece cuando algo en el interior del individuo amenaza con perturbar su relación con las demás personas, y que estos impulsos internos que atentan contra su seguridad son en su mayoría fuerzas producidas por ciertas exigencias culturales. (1)

(1) Citado por Chagoya y Maza en 1980.

Harry Stack Sullivan

La ansiedad es la experiencia de tensión resultante de amenazas reales o imaginarias a la propia seguridad. Su intensidad varía de acuerdo con la gravedad de la amenaza y la eficacia de los dispositivos de seguridad al alcance del sujeto: una gran ansiedad reduce la eficiencia del individuo en lo que atañe a satisfacción de sus necesidades, perturba sus relaciones interpersonales y crea confusión en su pensamiento. (Sullivan, 1966).

Sullivan afirma que una de las principales tareas de la psicología es descubrir los aspectos de las relaciones interpersonales básicamente vulnerables a la ansiedad, antes que tratar los síntomas provocados por ella. (Hall y Lindzey, 1984).

Karen Horney

El concepto clave de Horney es el de la ansiedad básica que define como una sensación de aislamiento y desamparo que el niño experimenta en un mundo potencialmente hostil. En general, todo lo que perturba la

seguridad del niño en relación con sus padres, produce ansiedad básica. (Horney, 1945; citada por Hall y Lindzey en 1984).

Erick Fromm

Considera que la ansiedad es producida por el conflicto entre las necesidades de establecer contacto, de obtener aceptación social y la de preservar la independencia. Recalca que algunas de las potencialidades del individuo pueden chocar con la reprobación de un padre destructivo o puede sacrificarse a causa de la obediencia a las normas de una determinada cultura. Por lo tanto, puede manifestarse ansiedad con cualquier intento que realice el individuo para expresar estas potencialidades. (Thompson, 1955).

2.6.3. TEORIA EXISTENCIALISTA

Para los existencialistas la naturaleza humana incluye simultáneamente potencialidades contradictorias, lo cual constituye una fuente de ansiedad, es

decir, que el hombre es esencialmente libre, puede elegir, por lo tanto es responsable de su ser y su situación, y especialmente de su futuro. Todas las formas de ansiedad pasan a ser variedades de aquella experiencia básicamente humana frente a la constante posibilidad de dejar de ser. (Quitmann, 1989).

Paul Tillich

Tillich (1964), describe tres tipos básicos de ansiedad existencial en función de tres maneras en que el no-ser amenaza al ser:

1. Ansiedad óntica, o ansiedad de la vida y la muerte
2. Ansiedad espiritual, cuyo génesis es la experiencia de vacío y la carencia o pérdida del sentido de la vida.
3. Ansiedad moral ante la culpa y la condenación.

Tillich afirma que el hombre puede experimentar ansiedad permanentemente y que tal situación sucederá como resultado de uno mismo en forma libre.

R. D. Laing

Laing (1965), describe tres formas de ansiedad:

1. Sumersión, que se entiende por una especie de temor difuso de ahogarse en la relación con los demás y el individuo trata de salvarse aislandose y mediante la actividad constante.
2. Implosión, que alude a la amenaza de que la identidad personal quede anulada ante cualquier impacto exterior.
3. Petrificación, en donde el hombre se siente amenazado por la posibilidad de convertirse en cosa inanimada, sin valor para los demás ni para el mismo.

Rollo May

Explica que la ansiedad es la aprensión ocasionada por la amenaza de algun valor que el individuo considera esencial para su existencia como su personalidad. Refiere que una reacción de ansiedad se puede considerar normal cuando es proporcional al peligro objetivo y no implica represión u otros mecanismos de defensa; y la ansiedad neurótica es producida por un

miedo objetivo pero con una reacción desproporcionada. (1)

2.6.4. TEORIA DEL APRENDIZAJE

Esta teoría tiene particular interés en considerar a la ansiedad como un miedo condicionado, estudiando la manera en que la respuesta innata se condicionó a un estímulo neutro, que rompe la homeostasis del organismo en relación con la ocurrencia de un estímulo doloroso. (2)

Dollard y Miller

No dan importancia a factores hereditarios y constitucionales, sino a la historia de reforzamiento del sujeto. Para ellos, la ansiedad es un miedo cuyo origen ha sido anulado por la inhibición que hace imposible que el individuo reconozca verbalmente el estímulo particular que ocasiona su miedo incondicionado. (Chago-ya y Maza, 1980).

(1) Citado por Peláez en 1979.

(2) Citado por Ramírez y Navarro en 1989.

2.6.5. TEORIA FACTORIALISTA

Lo esencial de esta teoría es que por lo general posee un conjunto de variables o factores cuidadosamente especificados que se toman como base para explicar la compleja conducta humana. Se puede decir que la teoría factorial no deriva sus cualidades o aspectos únicos de los consultorios de los terapeutas o del laboratorio animal, sino más bien de una técnica estadística particular: el análisis factorial. (Cueli y Reidl, 1985).

Raymond Cattell

Distinguió dos tipos de factores que contiene la ansiedad, a los cuales denominó rasgo de ansiedad y estado de ansiedad, basados en los procedimientos para aislar tales factores y en las variables que los ocasionaban. (Ramírez y Navarro, 1989).

Charles Spielberger

Spielberger (1980) menciona que una teoría de la Ansiedad debe hacer una distinción conceptual y ope-

racional de la ansiedad como un estado transitorio y como un rasgo relativamente estable de la personalidad, y define los siguientes conceptos:

A la Ansiedad-Estado (A-Estado) la define como una reacción emocional transitoria que consiste en sensaciones subjetivas de tensión, temor, nerviosismo y preocupación, así como en una elevación en la actividad del sistema nervioso autónomo. Este tipo de ansiedad varía en intensidad y fluctua en el tiempo. El nivel de ansiedad puede incrementarse bajo situaciones que son percibidas por el individuo como amenazantes, independientemente de la presencia real de un peligro.

Con el concepto de Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales relativamente estables en la propensión a percibir el mundo como algo peligroso y en la frecuencia con la cual se siente el estado de ansiedad durante un amplio lapso de tiempo.

Spielberger se interesó básicamente en aclarar las diferencias entre la A-Estado y la A-Rasgo, detallando las características de los agentes estresores,

los cuales evocan los diferentes niveles de A-Estado y A-Rasgo, tomando en cuenta la evaluación cognoscitiva del sujeto ante éstos estímulos evocadores de ansiedad, así como la importancia de los mecanismos de defensa (procesos cognitivos y motores) que sirven para eliminarla o reducirla.

Spielberger propone un esquema diagramático de la Teoría de Ansiedad Rasgo-Estado, proporcionando así, un marco de referencia para analizar el complejo fenómeno de la ansiedad. Este esquema se muestra en la página 47.

Spielberger hace notar que un estado de ansiedad (A-Estado) surge de una secuencia completa de eventos internos y que este proceso puede ser activado por un estímulo interno o externo. Un ejemplo de agente externo puede ser el enfrentamiento a la muerte que un soldado debe de hacer en batalla. El estímulo interno que conduce a un sujeto a anticipar una condición de daño le puede provocar también un alto nivel de ansiedad.

Este teórico hace referencia a que cualquier estímulo interno o externo, evaluado cognoscitivamente como algo amenazante, causa reacciones del tipo A-Estado. La intensidad y duración de esta reacción emocional deberá ser proporcional a la cantidad de amenaza que la situación represente para el sujeto y a la duración del estímulo provocador. Las características objetivas de la situación, los pensamientos y los recuerdos que se evocan, la capacidad que el individuo tiene para confrontarlos, así como las experiencias anteriores con circunstancias similares, colaboran para evaluar una situación como amenazante en un menor o mayor grado.

Otro factor que contribuye con la evaluación de la amenaza son las diferencias individuales en la propensión a la ansiedad.

Los supuestos principales de la Teoría Ansiedad Rasgo-Estado son los siguientes:

1. En situaciones que son apreciadas como amenazantes por un individuo, una reacción de A-Estado debería ser evocada. A través de mecanismos de retroalimentación

sensorial y cognitiva, los altos niveles de A-Estado se experimentarán como displacenteros.

2. La intensidad de una reacción de A-Estado deberá ser proporcional al monto de amenaza que posee la situación para el individuo.

3. La duración de una reacción de A-Estado dependerá de la persistencia de la interpretación individual de la situación como amenazante.

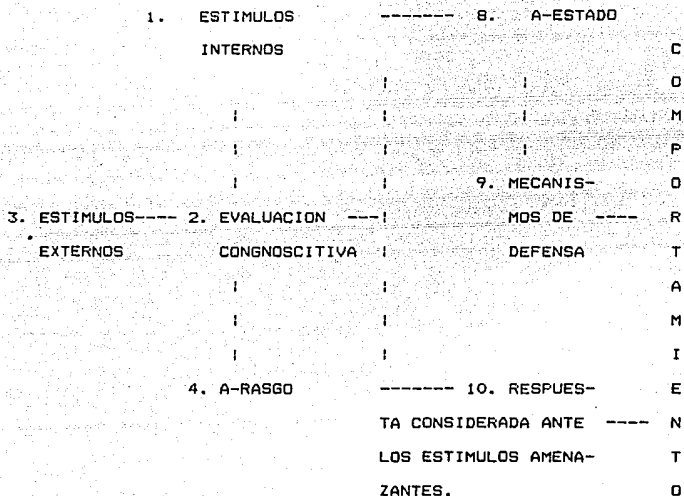
4. Un alto nivel de A-Rasgo individual será percibido por situaciones o circunstancias que impliquen debilitamiento o peligro hacia sí mismo con mayor amenaza que en los casos de personas que tienen un bajo nivel de A-Rasgo.

5. Las elevaciones de A-Estado tienen estímulos y manejan propiedades que pueden ser expresadas directamente en la conducta o pueden servir a las defensas psicológicas iniciales que han propiciado efectivamente la reducción de A-Estado en el pasado.

6. Las situaciones estresantes que son encontradas frecuentemente pueden causar en un individuo el desarrollo específico de imitación de respuestas o el despliegue de mecanismos de defensa psicológicos, los cuales están destinados a reducir o evitar el estado de ansiedad.

El enfoque de Spielberger fue explicado más ampliamente que el de los demás teóricos ya que su definición de ansiedad fue la utilizada para esta investigación.

ESQUEMA DE ANSIEDAD DE SPIELBERGER



Cada uno de los cuadros del diagrama muestran un componente importante en las interacciones de los estímulos angustiosos con los procesos internos, así como las reacciones conductuales que provocan. Las flechas indican la secuencia de las interacciones entre los elementos y las posibles influencias de un elemento sobre otro.

A manera de aclaración, mencionaré a que se refieren algunos de los elementos del esquema, siguiendo la numeración que tienen en el mismo.

1. Pensamientos, sensaciones y necesidades biológicas.
2. Respuestas aprendidas ante estímulos amenazantes de acuerdo al recuerdo de experiencias previas.
3. Agentes estresores.
8. Sensaciones subjetivas de temor, expectación y preocupación.
9. Procesos de ajuste para evitar o reducir el estado de ansiedad.

Capítulo

3

3. ANTECEDENTES SOBRE ESTUDIOS SIMILARES

A la fecha, hay relativamente pocas investigaciones relacionadas con el embarazo y mas escasas aún al referirnos a un estado especifico de la gestación como en este caso lo es la ansiedad.

La edad como factor generador de ansiedad, no ha sido contemplado, sin embargo, la investigación de Andreoli (1986) toma en cuenta factores como las condiciones psicosociales desfavorables como generadores de ansiedad durante el embarazo y que se relacionan con complicaciones obstétricas.

En lo que se refiere a estudios realizados sobre mujeres embarazadas, Barclay y Barcalay (1976), compararon los sentimientos y actitudes hacia el embarazo entre mujeres embarazadas y no embarazadas, encontrando que las actitudes hacia el embarazo de ambos grupos fueron notablemente similares, habiendo una diferencia significativa en los temores por el bebé y depresión hacia el parto, donde las mujeres no embarazadas presentaron mayor puntuación al igual que en el nivel de

ansiedad. Con estos datos se cuestionó si la falta de información sobre el embarazo contribuye a la ansiedad de la gestante.

En la investigación realizada por Lips (1982), se compararon a mujeres embarazadas y sus esposos con mujeres no embarazadas y sus esposos, encontrándose que los datos que con mas confiabilidad distinguían características de mujeres embarazadas eran unos cuantos síntomas físicos, particularmente náusea, vómito y necesidad de tomar siestas o permanecer en cama, mientras que sus esposos reportaron el mas bajo porcentaje en cuanto a malestares tanto físicos, como cansancio, y emocionales, como depresión, debido a que a los futuros padres se les exhorta a ser fuertes, pacientes y comprensivos durante el embarazo y responden a esta demanda tratando de reprimir o negar sus propias emociones o quejas físicas.

Algunas de las investigaciones realizadas con el IDARE en México se mencionarán a continuación:

Ramírez y Navarro (1989) realizaron su tesis

sobre "La influencia de la crisis social en el estado de ansiedad", encontrando que en el grupo control no hubo diferencias significativas en el nivel de ansiedad. Sin embargo, el grupo experimental, quien después leer un artículo de sensibilización, mostró diferencias significativas en el nivel de ansiedad, lo que los llevó a concluir que la influencia de la situación actual de crisis es un resultante de la suma de las experiencias vividas al respecto y a las formas de respuesta utilizadas con éxito para reducir los estados de ansiedad.

Martínez y Arias (1988) investigaron la prevalencia de la depresión, ansiedad y frustración en relación a niveles de daño en una situación de desastre donde no se encontró depresión, ansiedad o frustración después de una año de ocurridos los terremotos de septiembre de 1985, ni hubo diferencias significativas estadísticamente en cuanto a la depresión, ansiedad y frustración en relación a diferentes niveles de daño, después del tiempo mencionado anteriormente.

Chagoya y Maza (1980) hicieron un estudio com-

parativo de la ansiedad con el instrumento IDARE antes y después de una terapia de apoyo en un grupo de pacientes en salas de terapia intensiva, encontrando que al introducir la variable de terapia de apoyo hubo disminución significativa en la ansiedad estado del grupo experimental.

Con referencia a estudios realizados con mujeres únicamente, encontramos la tesis de Estopier (1989) cuya investigación se refiere a la ansiedad y depresión en la época del climaterio en un grupo de mujeres mexicanas, encontrando que hubo una gran cantidad de ansiedad-estado durante la premenopausia, llegando a sus máximos niveles en la menopausia y bajando en la postmenopausia, pero la depresión se presentó indistintamente a lo largo de las etapas.

Sobre el tema de ansiedad en el embarazo, se encontró la investigación de Archundia (1981) quien realizó un estudio sobre el nivel de ansiedad en una muestra de 40 mujeres embarazadas bajo la influencia de 2 métodos de preparación para el parto, encontrando que la ansiedad-rasgo no se altera en ninguno de los grupos,

- ya hubiera sido bajo Profilaxis obstétrica o bajo Terapia de Apoyo. En lo que respecta a ansiedad-estado, la Terapia de Apoyo influyó disminuyendo significativamente la ansiedad de las mujeres y la ansiedad-estado del grupo de Psicoprofilaxis obstétrica la ansiedad aumento significativamente.

Capítulo

4

4. METODO

4.1. Hipótesis

H1

Si la mujer es mayor a 35 años de edad, entonces presentará mayor ansiedad durante el embarazo que la mujer menor a 35 años.

Ho

Si la mujer es mayor a 35 años de edad, entonces presentará igual ansiedad durante embarazo que la mujer menor a 35 años.

4.2. Problema

Es la edad un factor influyente para el aumento de ansiedad durante el embarazo?

4.3. Objetivo

Probar que la ansiedad durante el segundo trimestre del embarazo incrementa si la mujer es mayor de 35 años.

4.4. Sujetos

Los sujetos son mujeres embarazadas entre 14 y 22 semanas de gestación, que fueron seleccionadas por medio de un tamizaje elaborado para el proyecto anteriormente mencionado. Para este estudio, se seleccionaron al azar 110 mujeres: 55 que fueran mayores de 35 años y 55 que fluctuaran entre los 19 y 34 años de edad.

La muestra se tomó totalmente del proyecto, donde la mayor parte de mujeres pertenecían a un nivel socioeconómico bajo, tenían pareja y su escolaridad era menor a 12 años de estudio.

Para poder ser incluidas en el proyecto, las mujeres debían contar con al menos uno de los siguientes criterios:

- a. Peso menor a 50 kg
- b. Edad menor a 18 años
- c. Talla menor a 150 cm
- d. Hacinamiento
- e. Menos de 4 años de estudio
- f. No tener pareja

- g. Fumar diariamente
- h. Haber tenido mortinato(s)
- i. Hijo(s) con muerte infantil previa
- j. Hijo(s) previo(s) menor(es) a 2500 g
- k. Bajo nivel socioeconómico

4.5. Escenario

La toma de la muestra se llevó a cabo en un cubículo del Instituto Nacional de Perinatología, el mobiliario existente era: un ventilador, una mesa, 3 o 4 sillas, un archivero.

4.6. Materiales

Tamizaje, entrevista de línea base, forma SXE del IDARE, calendario obstétrico, pluma.

4.7. Definición de variables

V.I. = edad

V.D. = ansiedad

Se definió como edad:

Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación.

Se definió como ansiedad:

Condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo.

4.8. Diseño

Se utilizó un diseño de grupos apareados al azar.

4.9. TIPO DE MUESTREO

Probabilístico accidental.

4.10. PROCEDIMIENTO

Al llegar la mujer al cubículo, se le dice que pase y tome asiento. Se le pregunta su fecha de última

menstruación (FUM), se busca en el calendario obstétrico (Anexo 4) cuantas semanas de gestación tiene y se anota al principio del tamizaje. Se procede a hacer las preguntas del Tamizaje (Anexo 1) y si reúne los criterios, se le hacen las preguntas del Cuestionario de Línea Base (Anexo 2) en donde se incluye la forma SXE del IDARE (Anexo 3). Antes de aplicarse la prueba, se le explica a la mujer gestante que se le van a leer algunas afirmaciones a las cuales tiene que responder lo siguiente: NO EN ABSOLUTO, UN POCO, REGULAR, MUCHO, dependiendo de como se hubiera sentido en esa última semana, y se le da una cartulina con estas posibles respuestas. Se lee la primera afirmación de la prueba, se espera a que conteste, se circula el número correspondiente a su respuesta y se pregunta si hay alguna duda. Se continúa con las demás afirmaciones hasta terminar con la número 20 que corresponde al último reactivo de la forma SXE.

En caso de que la mujer no supiera leer, se le recordaba las posibles respuestas que podía dar después de que se le había leído cada reactivo.

Capítulo

5

5. RESULTADOS

DISTRIBUCION DE DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS

(PUNTUACION Z)

1. $X_1 = 51.781$ $X_2 = 51.363$

2. $S_1 = 10.884$ $S_2 = 11.573$

3. $\sqrt{X_1} = 1.481$ $\sqrt{X_2} = 1.575$

4. $\sqrt{\text{dif}} = \frac{(1.481)^2}{2.480} + \frac{(1.575)^2}{2.480} = 2.193 + 2.161 = 4.354$

5. $Z = 51.781 - 51.363 / 2.161 = .19$

6. Valor Z de .19 = .0753 + .0753 = .1506

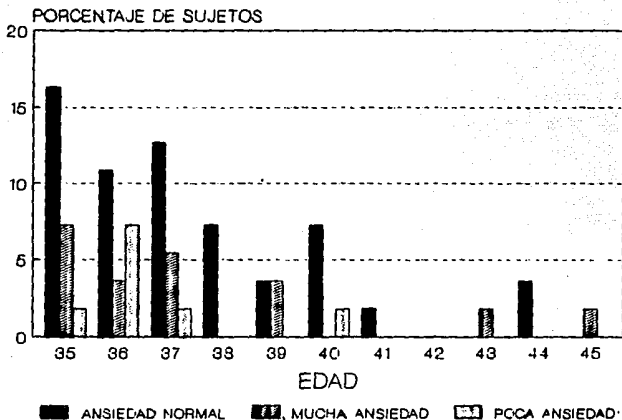
7. $1 - .1506 = .85$

C U A D R O 1

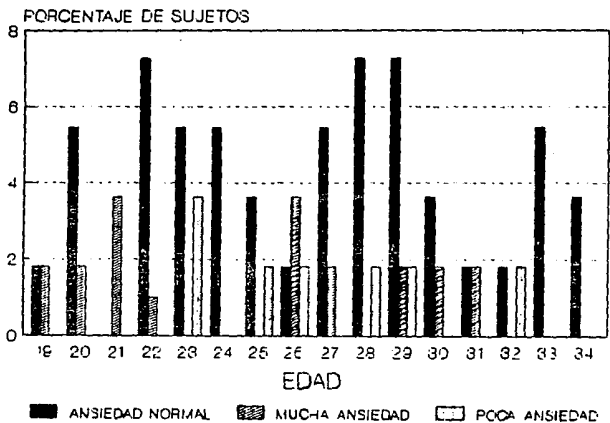
				ANSIEDAD		
				NORMAL	MUCHA	POCA
T O T A L D E M U J E R E S	35	CON	NIVEL S/E BAJO 29 (1)	20	5.5	3.6
			NIVEL S/E ALTO 15.4 (2)	10	2.7	2.7
		PAREJA	NIVEL S/E BAJO 3.6 (3)	2.7	0.9	0
			NIVEL S/E ALTO 5.4 (4)	0.9	0.9	0
		ESCOLA- RIDAD	12 ANOS 17.2 (5)	9	2.7	5.5
			12 ANOS 32.7 (6)	24.5	7.3	0.9
	35	CON	NIVEL S/E BAJO 28.1 (7)	18.2	2.7	0.9
			NIVEL S/E ALTO 18.1 (8)	8.2	6.3	3.6
		PAREJA	NIVEL S/E BAJO 4.5 (9)	0.9	2.7	0.9
			NIVEL S/E ALTO 5.4 (10)	4.5	4.5	4.5
		ESCOLA- RIDAD	12 ANOS 15.4 (11)	8.2	3.6	3.6
			12 ANOS 34.5 (12)	23.6	8.2	2.7

G R A F I C A 1

NIVEL DE ANSIEDAD POR EDAD
GRUPO MAYOR DE 35 AÑOS

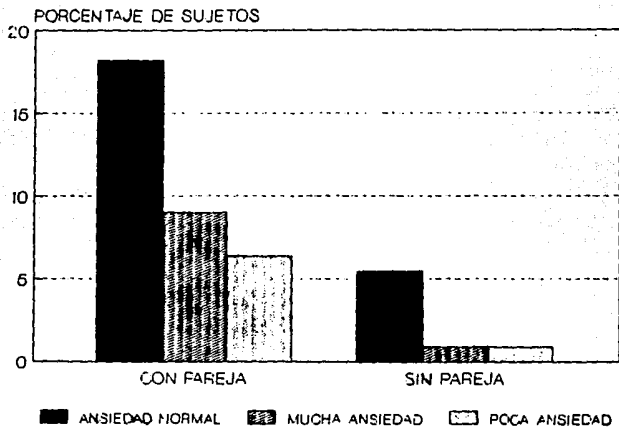


NIVEL DE ANSIEDAD POR EDAD GRUPO MENOR DE 35 AÑOS



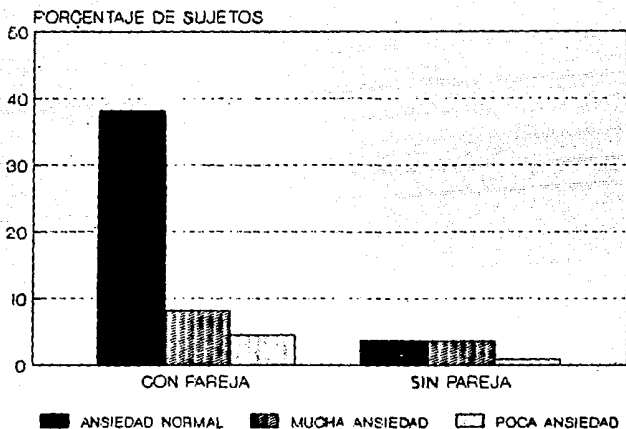
G R A F I C A 3

NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN SITUACION DE PAREJA EN NIVEL S/E ALTO



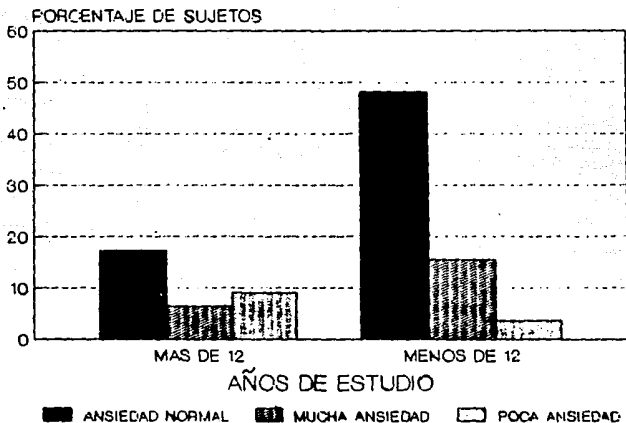
G R A F I C A 4

NIVEL DE ANSIEDAD SEGUN SITUACION DE PAREJA EN NIVEL S/E BAJO



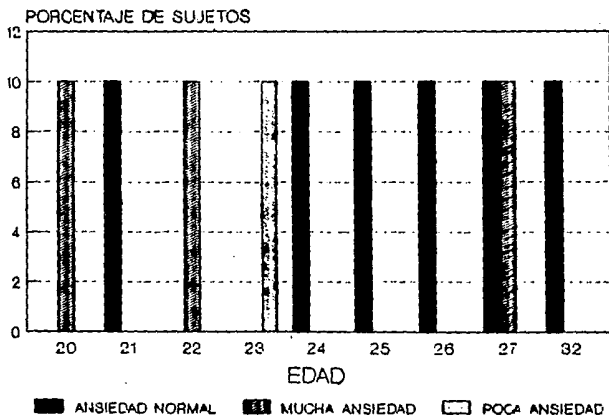
G R A F I C A 5

NIVEL DE ANSIEDAD DE ACUERDO A ESCOLARIDAD



G R A F I C A 6

NIVEL DE ANSIEDAD
GRUPO PILOTO



Capítulo

6

6. CONCLUSIONES Y ANALISIS DE RESULTADOS

Como se ha mencionado previamente, el objetivo de esta investigación era determinar si en una muestra de mujeres embarazadas de alto riesgo existían diferencias estadísticamente significativas en el nivel de ansiedad dependiendo de la edad de la mujer gestante: si era mayor de 35 años presentaría más ansiedad que si era menor de esta edad.

Los resultados encontrados se resumen a continuación:

6.1. CONTRASTACION POR EDADES

Al comparar a los grupos de mujeres embarazadas (menores de 35 años y mayores a esta edad), no se encontraron diferencias significativas, por lo que se confirma la hipótesis nula, en la que se plantea que no existen diferencias en el nivel de ansiedad debidas a la edad de la gestante.

Al no haberse encontrado diferencias significa-

tivas entre ambos grupos, se consideraron como una sola muestra para obtener los resultados que se exponen enseguida:

6.2. CONTRASTACION DE NIVEL DE ANSIEDAD:

6.2.1. Con respecto al nivel socioeconómico y situación de pareja:

a) Del 50.9% de la muestra perteneciente a nivel socioeconómico bajo que contaban con pareja (ver 1 y 7 Cuadro 1), el 38.18% presentó un grado normal de ansiedad, el 8.18% presentó un alto grado de ansiedad y el 4.5% presentó un bajo grado de ansiedad.

b) Del 8.18% concerniente al nivel socioeconómico bajo que no poseían pareja (ver 3 y 9 Cuadro 1), el 3.63% presentaron ansiedad normal, el 3.63% presentaron mucha ansiedad y el .9% presentaron poca ansiedad.

c) Del 33.63% referente al nivel socioeconómico alto que tenían pareja (ver 2 y 8 Cuadro 1), el 18.18% presentó ansiedad normal, el 9.09% presentó mucha, y el 6.36% presentó poca.

d) Del 7.27% pertenecientes al nivel socioeconómico alto y sin pareja, (ver 4 y 10 Cuadro 1) el 5.45% presentó un grado de ansiedad normal, el .9% presentó un grado alto de ansiedad y el .9% presentó un grado bajo de ansiedad.

6.2.2. Dependiendo de la escolaridad:

a) Del 36% de la población con mas de 12 años de estudio (ver 5 y 11 Cuadro 1), el 17.27% manifestó ansiedad normal, el 6.36% manifestó mucha ansiedad y el 9.09% manifestó poca ansiedad.

b) El 67.27% de la muestra con menos de 12 años de estudio (ver 6 y 12 Cuadro 1), se encontró que el 48.18% presentó ansiedad normal, el 15.45% manifestó mucha ansiedad y el 3.63% presentó poca ansiedad.

Como es ya evidente, ninguna de las variables citadas con anterioridad fue determinante de alta ansiedad en la mujer embarazada, contrariamente a lo que podría creerse basándonos en Fernández y Arcelus (1988), quienes mencionan que los factores de situación económica y de pareja son importantes para el estado emocional.

nal de la mujer durante el embarazo y en Langer (1978), quien afirma que solo una minoría de gestantes permanece sin presentar una alta ansiedad; aunque también estos resultados podrían ser comprensibles si tomamos en cuenta que el segundo trimestre del embarazo se caracteriza por ser el más estable de la gestación.

Por lo anteriormente mencionado y con la finalidad de validar los datos adquiridos de la investigación realizada, el grupo ya unificado fue sujeto a una comparación con una muestra de mujeres embarazadas y no embarazadas que se denominó grupo piloto.

6.3. CONTRASTACION CON EL GRUPO PILOTO

En este caso, tampoco se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos, por lo que podría inferirse que la situación de embarazo no puede ser considerada como único factor determinante de ansiedad.

Los resultados anteriores nos permiten colegir que la ansiedad es una manifestación de conducta multifactorial, donde las condiciones físicas o situacionales, los patrones de aprendizaje y el manejo de res-

puestas emocionales, pueden ser algunas de las variables que juegan un papel importante para producir una respuesta de ansiedad.

Aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, no debe eliminarse a la ansiedad como una variable presente en forma cualitativa en la situación de embarazo, sobretodo si éste tiene un diagnóstico de alto riesgo.

Por último, se considera importante el no olvidar que a pesar de que la prueba utilizada para ese trabajo de tesis ha sido empleada para diversas investigaciones, no está estandarizada para la población mexicana, lo que podría ser una variable de peso en la obtención de los datos arrojados.

Retomando lo anteriormente mencionado, y para aprovechar la información adquirida para el futuro empleo de la forma SXE del IDARE, se propone su estandarización para el tipo de población manejado en este estudio, pues considero importante que haya una prueba de ansiedad que se ajuste a las características de

nuestra población que en este caso tienen además dos variables adicionales: el embarazo y el alto riesgo.

6.4. COMENTARIOS

No quisiera concluir sin antes mencionar que los resultados encontrados en este trabajo fueron una sorpresa para mí, pues en el trato directo con la mayoría de las mujeres gestantes mayores de 35 años, podían detectarse signos de gran ansiedad, además de los síntomas que la misma mujer referiría.

6.5. SUGERENCIAS

Si quisiera ampliarse esta misma investigación, propondría aplicar también la forma SXR del IDARE para poder determinar la A-Rasgo de las mujeres y poder hacer así una comparación intrasujeto, la cual permitiría obtener la ansiedad como un rasgo inherente a su personalidad y adquirir así un rango para poder manejar un parámetro de normalidad en cada sujeto.

Capítulo

7

7. PROPUESTA DE ESTANDARIZACION

7.1. INTRODUCCION

Ya que los resultados que obtuve en esta investigación no fueron significativos, quise aprovechar toda la información reunida para estandarizar el IDARE a la población mexicana (de mujeres embarazadas de alto riesgo), pues considero importante que haya una prueba de ansiedad que se ajuste a las características de nuestra población, sobretodo para las mujeres embarazadas de alto riesgo, por lo que retomaré la misma muestra que utilicé en la investigación anterior. Si se requiere de mayor información sobre sus características, la forma en que fue elegida, etc., remitirse a la información ya citada en el Capítulo 4.

7.2. OBJETIVO

Proponer una escala de estandarización para ubicar a la población de mujeres mexicanas embarazadas de alto riesgo.

7.3. CONFIABILIDAD

El desarrollo de el IDARE fue iniciado por Charles D. Spielberger y R. L. Gorsuch en el otoño de 1964 en la Universidad de Vanderbilt, creando un instrumento de investigación objetivo de autoevaluación que pudiera ser utilizado para medir la Ansiedad-Estado y la Ansiedad-Rasgo en adultos normales. En 1967 estas actividades continuaron en la Universidad Estatal de Florida y las metas fueron ampliadas tanto para propósitos clínicos como de investigación, para incluir su utilización en individuos emocionalmente perturbados.

Para elaborarlo se tomaron como base tres escalas de ansiedad: El IPAT, Anxiety Scale de Cattell y Scheier, el Taylor Manifest Anxiety Scale y el Welsh Anxiety Scale, con lo que se formó un cuestionario de 177 reactivos que se aplicaron a 288 estudiantes de un curso de Introducción a la Psicología de la Universidad de Vanderbilt, con correlación de 0.25 o más con cada una de las tres escalas de ansiedad. Estos reactivos fueron alterados en su contenido, de tal manera que los reactivos pudieran ser utilizados con distintas instruc-

ciones para medir ambos aspectos:

Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo. Se hicieron numerosas aplicaciones de los reactivos eliminando algunos y simplificando otros, a fin de que quedaran solo aquellos que mejor llenaran los criterios establecidos para medir A-Estado y A-Rasgo según Spielberger, quedando al final 20 reactivos para cada escala.

Lo que resultó de esta ardua tarea de reemplazar y eliminar reactivos se denominó "Inventario de Autoevaluación de "Ansiedad Rasgo-Estado" (IDARE).

Con lo que respecta a su confiabilidad, el primer proceso experimental de los autores fue someter a un test-retest a cinco subgrupos de sujetos universitarios no graduados. Los estudiantes que recibieron el retest después de una hora, fueron expuestos sucesivamente durante el intervalo entre una y otra aplicación a las siguientes condiciones experimentales: un periodo breve de entrenamiento en relajación, una prueba difícil para medir el cociente intelectual y una película en la cual se presentaron accidentes con lesiones y muertes. Los resultados se encuentran en el cuadro siguiente:

CUADRO 1

CONFIABILIDAD TEST-RETEST DEL IDARE DE UNIVERSI-
TARIOS NO GRADUADOS. UNIVERSIDAD DE FLORIDA

Lapso:	T/R 1 hora		T/R 20 días		T/R 104 días	
	N	r	N	r	N	r
A-Rasgo						
Varones	88	.84	38	.86	25	.73
Mujeres	109	.76	75	.76	22	.77
A-Edo.						
	88	.33	38	.54	25	.33
	109	.16	75	.27	22	.31

Como se notará en el cuadro anterior, las correlaciones de test-retest para la escala A-Rasgo fueron bastante altas variando desde .73 para un intervalo de 104 días a .86, mientras que las correlaciones para la escala A-Estado fueron relativamente bajas, variando desde .16 a .54 con una mediana para las correlaciones de solo .32 par los 6 subgrupos. Las correlaciones bajas para la escala A-Estado fueron anticipadas desde luego, ya que una medida válida de A-Estado deberá reflejar la influencia de factores situacionales únicos que se presenten en el momento del examen.

Dada la naturaleza transitoria de los estados

de ansiedad, las medidas de consistencia interna, tales como el coeficiente alfa proveen un índice más adecuado de la confiabilidad de las escalas A-Estado que las correlaciones de test-retest. Los coeficientes alfa para las escalas del IDARE fueron calculados a partir de la fórmula K-R 20 con la modificación introducida por Cronbach (1951) utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad que variaron de .83 a .92 para A-Estado, junto con los de A-Rasgo que resultaron igualmente altos (Cuadro 2).

Así la consistencia interna de las dos escalas del IDARE son bastante buenas.

CUADRO 2

PROMEDIOS DESVIACIONES ESTANDAR Y CONFIABILIDADES ALFA PARA ESTUDIANTES DE BACHILLERATO Y UNIVERSIDAD.

	Universitarios de primer año		Universitarios no graduados	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
A-Rasgo				
Promedio	38.07	38.22	37.68	38.25
N	332	644	253	231
Desv. est.	8.20	8.20	9.96	9.14
Alfa	.86	.86	.90	.89

A-Estado				
Promedio	40.01	39.39	35.12	36.99
N	334	648	253	231
Desv. Est.	7.85	8.62	9.67	9.25
Alfa	.83	.86	.89	.89

Estudiantes de
bachillerato
Varones Mujeres

A-Rasgo		
Promedio	39.37	41.61
N	190	187
Desv. Est.	9.40	11.29
Alfa	.89	.92

A-Estado		
Promedio	36.99	37.57
N	190	187
Desv. Est.	7.85	11.76
Alfa	.83	.92

Una evidencia adicional acerca de la consistencia interna de las escalas del IDARE ha sido obtenida a través de correlaciones de reactividad contra escala calculadas para las muestras de estudiantes universitarios y de bachillerato. La correlación mediana de reactivo contra escala en A-Estado, fue de .55 para los estudiantes de bachillerato, .45 para los estudiantes del primer año de universidad y .55 para los estudiantes universitarios no graduados. Las correlaciones de reactivos contra escala correspondientes de subescala A-Rasgo fueron de .54, .46 y .53, respectivamente. Para

mas de la mitad de los reactivos de cada escala, las correlaciones de reactivos contra escala fueron de .50 o mas altas. Todos, excepto uno de los reactivos de A-Rasgo y 18 de los 20 reactivos de A-Estado, obtuvieron una correlación de reactivos contra escala de .30 o mayor.

Los coeficientes de confiabilidad alfa son típicamente mas altos para la escala A-Estado, cuando ésta es aplicada bajo condiciones de tensión psicológica. Así por ejemplo, la confiabilidad alfa de la escala fue de .92 cuando fue aplicada a un grupo de estudiantes de sexo masculino inmediatamente después de haber contestado una prueba de inteligencia difícil y de .94 cuando fue aplicada inmediatamente después de ver la película generadora de ansiedad. Para estos mismos sujetos de confiabilidad alfa resultó ser de .89 cuando fue aplicada siguiendo un periodo breve de entrenamiento de relajación. Otros coeficientes de confiabilidad alfa para la escala A-Estado bajo distintos grados y tipos de tensión son reportados a continuacion:

Los coeficientes de correlación reactivos contra

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

escala, resultan también incrementados para los reactivos aislados cuando la escala A-Estado es aplicada bajo condiciones de mayor tensión. Esto es particularmente cierto para aquéllos con los coeficientes más bajos de correlación reactivo contra escala en condiciones relajadas. La correlación mediana de reactivo contra escala para la escala, fue de .61 después de la aplicación de una prueba de inteligencia difícil; de .65 cuando fue aplicada después de ver una película desagradable, pero solamente de .46 cuando se aplicó después de un entrenamiento de relajación.

En resumen, la confiabilidad test-retest (estabilidad) de la escala A-Rasgo del IDARE es relativamente alta, pero los coeficientes para la escala A-Estado tienden a ser bajos, como era de anticiparse en una medida que ha sido diseñada para ser influenciada por factores situacionales. Las dos escalas tienen un alto grado de consistencia interna.

7.4. VALIDEZ

La ansiedad es un estado emocional transitorio

del organismo humano caracterizado por sentimientos de tensión y aprensión subjetivos y conscientemente percibidos.

7.5. ANALISIS DE REACTIVOS

Como acaba de mencionarse con la definición que nos da Spielberger, además de tensión y aprensión, en (el edo.) la ansiedad se incluyen sentimientos de incertidumbre, nerviosismo, preocupación, molestia, tendencia a preocuparse por un acontecimiento futuro, inquietud, sensación de que uno va a explotar o perder el control, desamparo, falta de energía, fatiga y otros cambios psicológicos y conductuales de los que nos hablan los siguientes reactivos de la forma SXE (ANSIEDAD-ESTADO):

- a. Estoy tensa (react. num. 3)
- b. Estoy contrariada (4)
- c. Me siento alterada (6)
- d. Estoy preocupada por algún posible contratiempo (7)
- e. Me siento ansiosa (9)
- f. Me siento nerviosa (12)
- g. Me siento agitada (13)

- h. Me siento a punto de explotar (14)
- i. Estoy preocupada (17)
- j. Me siento exitada y aturdida (18)

La calma y la serenidad son sentimientos antagónicos a los recién mencionados y nos indican ausencia de ansiedad, como también lo denotan (expresan) los reactivos que complementan la forma SXE anteriormente mencionada.

Estos reactivos son los siguientes:

- a. Me siento calmada (react. num. 1)
- b. Me siento segura (2)
- c. Estoy a gusto (5)
- d. Me siento descansada (8)
- e. Me siento cómoda (10)
- f. Me siento con confianza en mí misma (11)
- g. Me siento reposada (15)
- h. Me siento satisfecha (16)
- i. Me siento alegre (19)
- j. Me siento bien (20)

La adecuación del IDARE del inglés al español por el Dr. Díaz Guerrero (1975), sufrió la adecuación semántica, sin modificar su validez.

7.6. TABLAS

A continuación se muestran las tablas tanto de escalas percentilares como de escalas T estandarizadas para cada grupo de mujeres.

T A B L A 1

ESCALA PERCENTILAR
P A R A
MUJERES MENORES DE 35 AÑOS

PERCENTILES	PUNT. BRUTA
100%	80
95%	70
90%	60
85%	59
80%	58
75%	49
70%	49
65%	48
60%	47
55%	39
50%	38
45%	37
40%	37
35%	36
30%	35
25%	34
20%	28
15%	26
10%	24
5%	22

T A B L A 2

E S C A L A T
P A R A
MUJERES MENORES DE 35 AÑOS

PUNT. T	GRADO DE ANSIEDAD
19-29	MUY POCA
30-40	POCA
41-51	NORMAL
52-62	NORMAL
63-73	MUCHA

T A B L A 3

ESCALA PERCENTILAR
P A R A
MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS

PERCENTILES	PUNT. BRUTA
100%	80
95%	69
90%	59
85%	59
80%	50
75%	49
70%	49
65%	48
60%	47
55%	47
50%	40
45%	39
40%	38
35%	37
30%	36
25%	35
20%	28
15%	26
10%	24
5%	22

T A B L A 4

E S C A L A T

P A R A

MUJERES MAYORES DE 35 AÑOS

PUNT. T	GRADO DE ANSIEDAD
16-28	MUY POCA
29-39	POCA
39-51	NORMAL
52-63	NORMAL
64-75	MUCHA

Anexos.

A N E X O 1

TAMIZAJE

FORMULARIO N°11 SELECCION DE PACIENTES (codificado)

FORMULARIO No. 1 1

MUNICIPIO: 3

ZONA EN QUE VIVE: 4

- 1- ZONA URBANA
2- ZONA RURAL (INCLUIDA)
3- ZONA RURAL (EXCLUIDA)

No. DE ESTUDIO: - - - - - - - 14

EMBARAZO SIMPLE <input type="checkbox"/> 15	Criterios de inclusión: HIJO PREVIO PESO <2500g <input type="checkbox"/> 26
1- SI	MORTINATO <input type="checkbox"/> 27
2- NO	MUERTE INFANTIL PREVIA <input type="checkbox"/> 28
9- DESCONOCE	
AMENORREA EN SEMANAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 17	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> 1- NO 2- SI 8- NO CORRESPONDE - DESCONOCIDO </div>
99- SE DESCONOCE	
ALTURA UTERINA ENTRE <input type="checkbox"/> 18	EDAD en años <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 30
15-20CM	TALLA (cm) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 33
1- SI	PESO (Kg) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 36
2- NO	
8- NO SE APLICA	INGRESO FAMILIAR <input type="checkbox"/> 37
Criterios de exclusión: ALTERACIONES MENTALES <input type="checkbox"/> 19	1- >= 1DS 2- < 1 DS
NEFROPATIAS <input type="checkbox"/> 20	Nº DE PERSONAS POR HABITACION <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 39
CARDIOPATIAS <input type="checkbox"/> 21	(Anotar número de personas)
DIABETES <input type="checkbox"/> 22	Nº DE AÑOS DE ESTUDIO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 41
CERCLAJE <input type="checkbox"/> 23	(Anotar número de años comple-
ANTECEDENTE EXANGUINADO TRANSFUSION <input type="checkbox"/> 24	
TENSION ARTERIAL DIA <input type="checkbox"/> 25	
TOLICA >= 70mm Hg <input type="checkbox"/> 25	

TIENE PAREJA 42

FUMA DIARIAMENTE 43

1- NO
2- SI

REUNE LAS CONDICIONES
PARA INGRESAR AL
ESTUDIO 44

1- NO
2- SI En caso afirmativo,
se realiza form. 2

SE LA INVITA A
PARTICIPAR 45

1- NO
2- SI

ACEPTA 46

1- NO
2- SI

FIRMA EL CONSENTIMIENTO 47

1- NO
2- SI

F.U.M. DIA 48

MES 51

AÑO 53

FECHA ADMISION
AL ESTUDIO DIA 55

MES 57

AÑO 59

A N E X O 2

LINEA BASE

<p>¿CÓMO SE SIENTE CUANDO SE VE QUE ESTABA EMBARAZADA? (casualmente)</p> <p>1- MUY MAL 2- MAL 3- BIEN 4- MUY BIEN</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>	<p>¿CÓMO SE SIENTE AHORA CON EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA? (casualmente)</p> <p>1- MUY MAL 2- MAL 3- BIEN 4- MUY BIEN</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p>
<p>¿CÓMO SE SIENTE AHORA CON EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA? (casualmente)</p> <p>1- MUY MAL 2- MAL 3- BIEN 4- MUY BIEN</p> <p>¿SI NO SE SIENTE MUY BIEN AHORA PORQUE SE SIENTE ASÍ? (NO LEER OPCIONES)</p> <p>1- NO 2- SI</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>¿CÓMO SE SIENTE AHORA CON EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA? (casualmente)</p> <p>1- MUY MAL 2- MAL 3- BIEN 4- MUY BIEN</p> <p>¿SI NO SE SIENTE MUY BIEN AHORA PORQUE SE SIENTE ASÍ? (NO LEER OPCIONES)</p> <p>1- NO 2- SI</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>
<p>NO OSEARA MAS HIJOS</p> <p>PROP. ECONÓMICOS</p> <p>P. DEL TRABAJO</p> <p>P. DE LOS ESTUDIOS</p> <p>P. CON OTROS HIJOS</p> <p>P. CON LA PAREJA</p> <p>P. CON LA FAMILIA</p> <p>P. CON OTRAS PERSONAS</p> <p>P. CON SUS EXPECTATIVAS PERSONALES</p> <p>TEMOR A MALA EVOLUCION DEL EMBARAZO/PARTO</p> <p>TEMOR EN RELACION AL RN</p> <p>OTRO</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>	<p>¿CÓMO SE SIENTE AHORA CON EL HECHO DE ESTAR EMBARAZADA? (casualmente)</p> <p>1- MUY MAL 2- MAL 3- BIEN 4- MUY BIEN</p> <p>¿SI NO SE SIENTE MUY BIEN AHORA PORQUE SE SIENTE ASÍ? (NO LEER OPCIONES)</p> <p>1- NO 2- SI</p>	<p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10</p> <p><input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</p>

CUANTOS HIJOS NACIERON VIVOS? 31

CUANTOS HIJOS VIVOS TIENE ACTUALMENTE? 32

00- NINGUNO
19- NO CORRESPONDE

CUANTOS HIJOS TUVO QUE NACIERON MUERTOS? (mortinatos) 34

CUANTOS HIJOS TUVO QUE MURIERON ANTES DE LOS 7 PRIMEROS DIAS DE VIDA? 35

CUANTOS HIJOS TUVO QUE MURIERON ENTRE LOS 7 Y 29 DIAS DE VIDA? 36

CUANTOS HIJOS TUVO QUE MURIERON ENTRE LOS 29 DIAS Y LOS 11 MESES Y 29 DIAS DE VIDA? 37

0- NINGUNO 7=7 o mas
8- NO CORRESPONDE

MESES TRANSCURRIDOS ENTRE LA FECHA DE TERMINACION DEL ULTIMO EMBARAZO Y FUM ACTUAL (Intervalo intergenésico) (no preguntar) 40

SE CALCULA CON:

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: DIA 42

MES 44

ARD 46

FECHA DE TERMINACION DEL ULTIMO EMBARAZO:

DIA 48

MES 50

ARD 52

APROXIMADAMENTE CUANTAS CONSULTAS PRENATALES TUVO EN SU ULTIMO EMBARAZO? 53

- 1- NINGUNA CONSULTA
- 2- 1 O 2 CONSULTAS
- 3- ALGUNAS DE LAS VECES FUE CITADA (3 O MAS)
- 4- TODAS LAS VECES FUE CITADA (3 O MAS)
- 5- NO CORRESPONDE

COMO LE PARECIO LA ATENCION QUE RECIBIO EN SU ULTIMO EMBARAZO? 54

- 1- MALA
- 2- REGULAR
- 3- BUENA
- 4- NO CORRESPONDE

SI TUVO ALGUN HIJO VIVO:

AMAMANTO A SU ULTIMO HIJO, POR CUANTO TIEMPO? (en meses cumplidos) 56

- 00- NO LO AMAMANTO
97- MENOS DE UN MES
88- NO CORRESPONDE

EMBARAZO ACTUAL.
AHORA VAMOS A HABLAR SOBRE ESTE EMBARAZO Y COMO SE HA SENTIDO EMOCIONALMENTE. (VOLVER A MENCIONAR QUE LA INFORMACION QUEDARA CONFIDENCIAL)

<p>COMO FUE LA REACCION DEL PADRE DEL BEBE CUANDO SUPO DE ESTE EMBARAZO? <input type="checkbox"/> 76</p>	<p>LE CONFIESTE SUS ANTOJOS <input type="checkbox"/> 86</p>
<p>1- MUY MALA 2- MALA 3- BUENA 4- MUY BUENA 8- NO CORRESPONDE</p>	<p>VIGILA SU SALUD Y HABITOS <input type="checkbox"/> 87</p> <p>CARGA COSAS PESADAS <input type="checkbox"/> 88</p> <p>OTROS <input type="checkbox"/> 89</p>
<p>COMO ES SU ACTITUD ACTUAL? <input type="checkbox"/> 77</p> <p>1- MUY MALA 2- MALA 3- BUENA 4- MUY BUENA 8- NO CORRESPONDE</p>	<p>QUE TAN SATISFECHA ESTA CON LA AYUDA QUE RECIBE DE EL? <input type="checkbox"/> 90</p> <p>1- NADA 2- POCO 3- REGULARMENTE 4- MUY 8- NO CORRESPONDE</p>
<p>QUE TIPO DE AYUDA LE BRINDA? (leer opciones)</p> <p>1- NO 2- SI 8- NO CORRESPONDE</p>	<p>COMO SE LLEVABAN USTED Y SU COMPAÑERO ANTES DEL EMBARAZO?</p>
<p>LA ACOMPAÑA AL CENTRO DE SALUD <input type="checkbox"/> 78</p>	<p>1- MUY MAL 2- MAL 3- REGULAR 4- BIEN 8- NO CORRESPONDE <input type="checkbox"/> 31</p>
<p>TOMA DIAS DEL TRABAJO O CAMBIA DE ACTIVIDADES PARA ESTAR CON USTED <input type="checkbox"/> 79</p>	<p>COMO HA CAMBIADO SU RELACION DE PAREJA A RAIZ DEL EMBARAZO (SE LLEVAN MEJOR O PEOR?) <input type="checkbox"/> 92</p>
<p>AYUDA ECONOMICA <input type="checkbox"/> 80</p>	<p>1- MUCHO PEOR 2- PEOR 3- IGUAL (NINGUN CAMBIO) 4- MEJOR 8- NO CORRESPONDE</p>
<p>HACE TRABAJOS DOMESTICOS <input type="checkbox"/> 81</p>	
<p>COMPRA COSAS PARA EL BEBE <input type="checkbox"/> 82</p>	
<p>PROPORCIONA TRANSPORTE <input type="checkbox"/> 83</p>	
<p>CUIDA A LOS OTROS NIÑOS <input type="checkbox"/> 84</p>	
<p>BRINDA APOYO MORAL, EMOCIONAL, CONSEJOS <input type="checkbox"/> 85</p>	

<p>ESTÁ USTED PREOCUPADA POR EL FUTURO DE LA RELACION QUE TIENE CON SU PAREJA ? <input type="checkbox"/> 93</p> <p>1- MUY 2- REGULARMENTE 3- POCO 4- NADA 5- NO CORRESPONDE</p>	<p>COMPRA/N COSAS PARA EL BEBE <input type="checkbox"/> 100</p> <p>PROPORCIONA/N TRANSPORTE <input type="checkbox"/> 101</p> <p>CUIDA/N A LOS OTROS NIÑOS <input type="checkbox"/> 102</p> <p>BRINDA/N APOYO MORAL, EMOCIONAL (consejos) <input type="checkbox"/> 103</p> <p>LE CONSIENTE/N SUS ANTOJOS <input type="checkbox"/> 104</p> <p>VIGILA/N SU SALUD-HABITOS <input type="checkbox"/> 105</p>
<p>AHORA VAHOS A HABLAR SOBRE LAS (OTRAS) PERSONAS IMPORTANTES PARA USTED:</p> <p>CUALES DE LAS PERSONAS CON QUIEN VIVE LE ESTAN APOYANDO : _____</p>	<p>CARGA/N COSAS PESADAS <input type="checkbox"/> 106</p> <p>OTROS <input type="checkbox"/> 107</p> <p>QUE TAN SATISFECHA ESTÁ CON LA AYUDA QUE RECIBE DE EL/ELLOS?</p> <p>1- NADA 2- POCO 3- REGULAR <input type="checkbox"/> 108 4- MUY 5- NO CORRESPONDE</p>
<p>CUALES DE LAS PERSONAS QUE NO VIVEN CON USTED LE ESTAN APOYANDO: _____</p>	<p>CON CUALES DE LAS PERSONAS CON QUIEN VIVE SE LLEVA MAL? _____</p>
<p>TOTAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 95</p>	<p>CON CUALES DE LAS PERSONAS QUE NO VIVEN CON USTED SE LLEVA MAL? _____</p>
<p>QUE TIPO DE AYUDA LE BRINDAN? (Leer opciones)</p> <p>1- NO 2- SI LA ACOMPARA/N AL CENTRO DE SALUD <input type="checkbox"/> 96</p>	<p>TOTAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 110</p> <p>SI NO TIENE OTRO(S) HIJO(S) VIVO(S) PASAR A ITEM 113</p>
<p>TOHA/N DIAS DEL TRABAJO O CAMBIA/N DE ACTIVIDAD PARA ESTAR CON USTED <input type="checkbox"/> 97</p>	<p>DESDE QUE SE EMBARAZO, COMO SE PORTAN SUS HIJOS?</p> <p>1- MUCHO PEOR QUE ANTES 2- UN POCO PEOR QUE ANTES? <input type="checkbox"/> 111 3- IGUAL QUE ANTES 4- MEJOR QUE ANTES 5- NO CORRESPONDE</p>
<p>AYUDA ECONOMICA <input type="checkbox"/> 98</p> <p>HACE/N TRABAJOS DOMESTICOS <input type="checkbox"/> 99</p>	

CUANTO LE PREOCUPA EL COM-
PORTAMIENTO DE SU (S) HIJO(S)
ANTE EL EMBARAZO? 112

- 1- MUCHO
- 2- REGULAR
- 3- POCO
- 4- NADA
- 5- NO CORRESPONDE

EXPECTATIVAS EN RELACION AL
HIJO Y EL ROL MATERNO.

SI TENE TERROR DE NO SER
BUENA MADRE? CUANTO? 113

- 1- MUCHO
- 2- REGULAR
- 3- POCO
- 4- NADA
- 5- NO LO PENSO

SI TEME NO SER BUENA MADRE (se
hace esta pregunta si en 113
figuran las alternativas 1, 2,
ó 3)

PORQUE CREE QUE NO VA A SER
BUENA MADRE?: _____

A TODAS:

PIENSA AHAMANTAR A SU
HIJO? 114

- 1- NO
- 2- SI
- 3- NO SABE

SI CONTESTA NO O NO SABE:

PORQUE NO? _____

SI CONTESTA SI:

POR CUANTO TIEMPO?
(en meses) 115
99- SE DESCONOCE
97- NO SABE
88- NO CORRESPONDE

EXPECTATIVAS EN RELACION AL
PARTO:

AHORA VAHOS A CONVERSAR UN POCO
ACERCA DE COMO PIENSA QUE VA A
SER SU PARTO:

(SI TUVO UN PARTO ANTERIOR)
COMO LE FUE EN SU ULTIMO
PARTO/CESAREA 116

- 1- MUY MAL
- 2- MAL
- 3- REGULAR
- 4- BIEN

COMO CREE QUE LA VA A IR
EN ESTE PARTO? 117

- 1- MUY MAL
- 2- MAL
- 3- REGULAR
- 4- BIEN

CREE QUE VA A SENTIR
DOLOR EN EL MOMENTO
DEL PARTO? CUANTO? 118

- 1- MUCHO
- 2- REGULAR
- 3- UN POCO
- 4- NADA
- 5- NO SABE

DISMINUCION O FALTA DE
MOVIMIENTOS FETALES 124

DOLORES DE PARTO (tra-
hajo de parto) 125

FIEBRE 126

TRAUMATISMO 127

CUALES CREE USTED QUE SON LOS
SINTOMAS DEL INICIO DEL TRA-
BAJO DE PARTO? (no leer opcio-
nes)

- 1- NO
- 2- SI

DOLORES/CONTRACCIONES 128

PERDIDA DE LIQUIDO 129

PERDIDA DE TAPON MUCOSO-
MANCHAS DE SANGRE 130

CONOCIMIENTOS SOBRE INDICA-
CIDNES DE URGENCIA.

CUALES SON LAS RAZONES POR LAS
QUE USTED DEBERIA ACUDIR DE
URGENCIA A LA MATERINIDAD? (vea
leer opciones)

- 1- NO
- 2- SI

AUSENCIA TRAB. PARTO
SEMANA 42 119

EDEMA/HINCHAZON 120

DOLOR DE CABEZA Y/O
MAREOS 121

PERDIDA DE SANGRE 122

PERDIDA DE LIQUIDO 123

USUARIOS PERSONALES

AHORA LE VAY A PREGUNTAR SOBRE
SUS HABITOS DIARIOS

USTED FUMA O HA FUMADO? 131

1- NUNCA FUMO

2- FUMO Y DEJO ANTES DEL
EMBARAZO

3- FUMO Y DEJO DURANTE EL
EMBARAZO ACTUAL

4- FUMA EN EL EMBARAZO ACTUAL

CUANTOS CIGARRILLOS FUMA POR DIA
AHORA? (en promedio en la última
semana) 133

BB- NO FUMA ACTUALMENTE

EN ESTE ULTIMO MES
TOMO ALGUNA
BEBIDA ALCOHOLICA? 134

- 1- NO
- 2- SI

QUE TIPO DE BEBIDA?

- 1- NO
- 2- SI
- B- NO CORRESPONDE

VINO 135

CERVEZA 136

BEBIDA BLANCA 137

CACHACA-PULQUE 138

OTRAS 139

CUANTAS VECES POR DIA USTED
TOMO EN ESTE ULTIMO MES?
(en promedio) 140

- 1- MENOS DE UNA VEZ POR DIA
- 2- UNA VEZ POR DIA
- 3- DOS VECES POR DIA
- 4- > 3 VECES POR DIA
- B- NO CORRESPONDE

CUANTOS DIAS POR SEMANA
USTED TOMO EN EL ULTIMO
MES? (en promedio) 141

- 1- OCASIONALMENTE
- 2- <= 3 DIAS POR SEMANA
- 3- > 3 DIAS POR SEMANA
- 4- TODOS LOS DIAS
- B- NO CORRESPONDE

DESDE QUE SE EMBARAZO HA CO-
MIDO MEJOR O PEOR QUE ANTES?
(excepto cuando tuvo
vómitos, si los tuvo) 142

- 1- MUCHO PEOR
- 2- PEOR
- 3- IGUAL
- 4- MEJOR
- 5- VARIABLE

TRABAJO

GANA USTED DINERO CON ALGUN
TRABAJO? 143

- 1- NO
- 2- SI

SI NO, PASAR A ITEM 152

TIPO DE TRABAJO REMUNERADO
DE LA EMBARAZADA: 145

01- FUERA DEL HOGAR CON PRE-
DOMINIO ACT. FIS. <= 4 HS.
POR DIA.

02- FUERA DEL HOGAR CON PRE-
DOMINIO ACT. FIS. > 4 HS.
POR DIA.

03- FUERA DEL HOGAR CON PRE-
DOMINIO ACT. INTELECTUAL
<= 4 HS. POR DIA.

04- FUERA DEL HOGAR CON PRE-
DOMINIO ACT. INTELECTUAL
> 4 HS. POR DIA.

05- DENTRO DEL HOGAR CON PRE-
DOMINIO ACT. FIS. <= 4 HS.
POR DIA.

06- DENTRO DEL HOGAR CON PRE-
DOMINIO ACT. FIS. > 4 HS.
POR DIA.

07- DENTRO DEL HOGAR CON PRE-
DOMINIO ACT. INTELECTUAL
<= 4 HS. POR DIA.

08- DENTRO DEL HOGAR CON PRE-
DOMINIO ACT. INTELECTUAL
> 4 HS. POR DIA.

BB- NO CORRESPONDE

CON QUE FRECUENCIA REALIZA US-
TED ESTE TRABAJO: 145

- 1- < 4 DIAS POR SEMANA
- 2- 2 4 DIAS POR SEMANA
- 8- NO CORRESPONDE

DURANTE SU TRABAJO: (leer op-
ciones)

- 1- NO 2- SI
- 8- NO CORRESPONDE

PERMANECE LA MAYOR PARTE
DEL TIEMPO DE PIE? 147

TIENE QUE LEVANTAR CO-
SAS PESADAS? 148

PERMANECE EN UN LUGAR
RUIDOSO? 149

USA MAQUINAS QUE VI-
BRAN? 150

QUE TAN SATISFECHA ESTA
CON SU TRABAJO? 151

- 1- MUY INSATISFECHA
- 2- INSATISFECHA
- 3- SATISFECHA
- 4- MUY SATISFECHA
- 8- NO CORRESPONDE

TRABAJOS DOMESTICOS:
AHORA VAHOS A HABLAR SOBRE SU
TRABAJO EN CASA:

QUIEN HACE EL TRABAJO
DE LA CASA PARA SU FA-
MILIA? 152

- 1- ELLA MISMA (todo)
- 2- ELLA MISMA (en parte)
- 3- OTRA PERSONA

COMO SIENTE
SU TRABAJO DOMESTICO? 153

- 1- MUY PESADO
- 2- PESADO
- 3- LIVIANO
- 4- MUY LIVIANO
- 8- NO CORRESPONDE

TIENE QUE CARGAR COSAS
PESADAS? CON QUE FRE-
CUENCIA? 154

- 1- TODOS LOS DIAS
- 2- FRECUENTEMENTE (VARIAS VECES
POR SEMANA)
- 3- RARA VEZ (1 O 2 VECES AL MES)
- 4- NUNCA

CUANTO TIEMPO EN PROMEDIO
DUERME DE NOCHE?(en ho-
ras) 156

ACOSTUMBRA A DESCANSAR DU-
RANTE EL DIA?(sentarse, di-
mirar television, dormir
siesta) 157

- 1- NO
- 2- SI

CON QUE FRECUENCIA? 158

- 1- RARAMENTE (CASI NUNCA)
- 2- A VECES (1 A 6 VECES X SEM)
- 3- FRECUENTEMENTE (DIARIAHENTE)
- 8- NO CORRESPONDE

COMO SE HA SENTIDO FISICA-
MENTE EN EL ULTIMO MES? 159

- 1- MUY MAL
- 2- MAL
- 3- REGULAR
- 4- BIEN
- 5- MUY BIEN

SI DICE MUY MAL, MAL, REGULAR,
O BIEN:
POR QUE?: _____

EN CASO DE HABER NIÑOS EN LA CASA:

CON QUE FRECUENCIA ALZA A LOS NIÑOS? 160

- 1- NUNCA
- 2- OCASIONALMENTE
- 3- MUY POCAS VECES POR DIA
- 4- MUCHAS VECES POR DIA
- 5- NO CORRESPONDE (no hay niños en la casa)

CON QUE SERVICIOS CUENTA EN SU CASA?:

- 1- NO
- 2- SI

AGUA CORRIENTE 161

GAS (natural- garrafa) 162

ENERGIA ELECTRICA 163

EN SU CASA CON QUE ARTEFACTOS CUENTA?:

- 1- NO
- 2- SI

LAVARROPA 164

ASPIRADORA 165

COCINA A GAS/ELECTRICA 166

LE RESULTA DIFICIL TRANSPORTARSE AL CENTRO HOSPITALARIO? Qué tanto? 167

- 1- MUY DIFICIL
- 2- DIFICIL
- 3- FACIL
- 4- MUY FACIL

DOMICILIO: _____

COMO LLEGAR: (punto de referencia-óanibus) _____

DOMICILIO DE PARIENTES O VECINOS: _____

COMO LLEGAR: (punto de referencia-óanibus) _____

TELEFONO (propio o de vecino) _____

A N E X O 3

FORMA SXE DEL IDARE

Inventario de Autoevaluación
por

C. D. Spießberger, A. Martínez-Urribe, F. González-Rigosa, L. Natalicio y R. Díaz-Cuervo

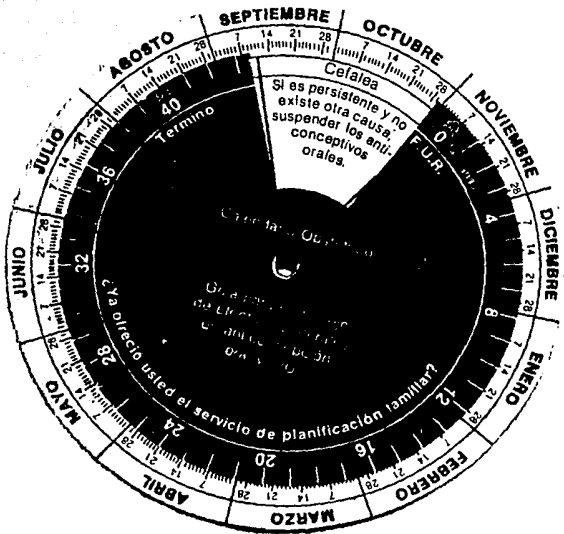
Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Almas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique cómo se *siente ahora mismo*, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	1 NUNCA	2 POCO	3 BASTANTE	4 MUCHO
1. Me siento calmado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Me siento "a punto de explotar"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me siento reposado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento satisfecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Estoy preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento muy excitado y aturdido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Me siento alegre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

A N E X O 4

CALENDARIO OBSTETRICO



Bibliografía

B I B L I O G R A F I A

1. Adkins Wood, Dorothy. ELABORACION DE TESTS. Mexico, 1985. Editorial Trillas.
2. Anderson, B.; Camacho, M. y Stark, J. EL EMBARAZO Y LA SALUD EN LA FAMILIA. Mexico, 1979. Editorial Trillas.
3. Arnold, Eysenck y Meili. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. Tomo I. Madrid, 1979. Ediciones Rioduero.
4. Archundia, Blanca. NIVEL DE ANSIEDAD EN UNA MUESTRA DE 40 MUJERES EMBARAZADAS BAJO INFLUENCIA DE DOS METODOS DE PREPARACION PARA EL PARTO. Tesis, UNAM, 1981.
5. Atkin, Lucille. Riesgo Psicológico y Complicaciones Perinatales en la obra de Atkin, Lucille y col. La Psicología en el Ambito Perinatal. INPer, 1988. México.
6. Barclay, R. y Barclay, M. Aspects of the Normal Psychology of Pregnancy: The Midtrimester en American Journal of Obstetric Gynecology. 1976, 125:207-211.
7. Benson, P.; Little, B.; Talbert, D.; Priest, R. Foetal Heart Rate and Maternal Emotional State en British Journal of Medical Psychology. 1987; Jun. 60 (Pt. 2): 151-154.
8. Cofer, Charles. MOTIVACION Y EMOCION. Bilbao, 1972. Editorial Española Declee Brouwer.
9. Condon, J.T. Altered Cognitive Functioning in Pregnant Women: A Shift Towards Primary Process Thinking en British Journal of Medical Psychology. 1987; Dec. (Pt.4): 329-334.
10. Condon, J.T. y Watson, T.L. The Maternity Blues: Exploration of a Psychological Hypothesis en Acta Psychiatrica Scandinava. 1987; 76:164-171.

11. Cueli, J. y Reidl, L. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. México, 1985. Editorial Trillas.
12. Chagoya, L. y Mata, A. ESTUDIO COMPARATIVO DE LA ANSIEDAD CON EL INSTRUMENTO IDARE ANTES Y DESPUES DE UNA TERAPIA DE APOYO EN UN GRUPO DE PACIENTES EN SALAS DE TERAPIA INTENSIVA. Tesis UNAM, 1980.
13. Daniel, Wayne. BIOESTADISTICA. BASE PARA EL ANALISIS DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD. Mexico, 1982. Editorial Limusa.
14. Diel, Paul. EL MIEDO Y LA ANGUSTIA. Mexico, 1966. Editorial Fondo de Cultura Económica.
15. Estopier, Ma. Guadalupe. ANSIEDAD Y DEPRESION EN LA EPOCA DEL CLIMATERIO EN UN GRUPO DE MUJERES MEXICANAS. Tesis UNAM, 1989.
16. Ewy, D. y Ewy R. Emotional Changes and Sexuality in Pregnancy and Postpartum en A Teaching Program by Educational Graphic Aids, Inc. Copyright, 1979.
17. Fernández, A. y Arcelus, M. Aspectos Psicológicos durante el Embarazo, Parto y Puerperio en la obra de Atkin, L. y col. La Psicología en el Ambito Perinatal. INPer, 1988. México.
18. Frazier, S.H.; Carr, A. QUE ES LA PSICOPATOLOGIA? Argentina, 1984. Editorial El Ateneo.
19. Freud, Sigmund. Angustia y Vida Instintiva. OBRAS COMPLETAS. Vol. I. Madrid, 1948. Editorial Biblioteca Nueva.
20. Freud, Sigmund. Introducción al Psicoanálisis. OBRAS COMPLETAS. Vol. II. Madrid, 1948. Editorial Biblioteca Nueva.
21. Goldman, Howard. PSIQUIATRIA GENERAL. México, 1987. Editorial Manual Moderno.
22. Hall, C.; Lindzey, G. LA TEORIA PSICOANALITICA DE LA PERSONALIDAD. México, 1984. Editorial Paidós.

23. Hall, C.; Lindzey, G. LAS TEORIAS PSICOSOCIALES DE LA PERSONALIDAD. Mexico, 1984. Editorial Paidos.
24. Horney, Karen. LA PERSONALIDAD NEUROTICA DE NUESTRO TIEMPO. Mexico, 1986. Editorial Paidos.
25. Istvan, Joseph. Stress, Anxiety and Birth Outcomes: A Critical Review of the Evidence en Psychological Bulletin. 1985 Nov. 100 (3): 331-348.
26. Kielholz, P. ANGUSTIA: ASPECTOS PSIQUICOS Y SOMATICOS. Madrid, 1976. Editorial Morata.
27. Kolb, Lawrence. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. Mexico, 1985. Edita La Frensa Medica Mexicana.
28. Martinez, R. y Arias, A. PREVALENCIA DE LA DEPRESION, ANSIEDAD Y FRUSTRACION EN RELACION A NIVELES DE DAMO EN UNA SITUACION DE DESASTRE. Tesis UNAM, 1988.
29. Laing, R. PSICOANALISIS Y FILOSOFIA EXISTENCIAL. Buenos Aires, 1965. Editorial Paidos.
30. Layton, C. Questionnaire Completion and Response to the STAI A-State Scale en Perceptual and Motor Skills. 1987 Aug. 65 (1): 26.
31. Lemoine-Luccioni, E. LA PARTICION DE LAS MUJERES. Buenos Aires, 1982. Editorial Amorroutu.
32. Lester, E. y Notman, M. Pregnancy, Developmental Crisis and Object Relations: Psychoanalytic Considerations en International Journal of Psychoanalysis. 1986, 67 (Pt. 3):357-366.
33. Levin, Jack. FUNDAMENTOS DE ESTADISTICA PARA LA INVESTIGACION SOCIAL. Mexico, 1985. Editorial Harla.
34. Lindzey, G.; Hall, C. y Manosevitz, M. TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. MEXICO, 1985. Editorial Limusa.
35. Lips, Hilary. Somatic and Emotional Aspects of Normal Pregnancy experience: the First Five Months en American Journal of Obstetrics and Gynecology. 1982, 141 (1):524-529.

36. Magni, G.; Renzo, R. y Andreoli, C. Psychosocial Stress and Obstetrical Complications en Acta Obstetrica Gynecologica Scandinava. 1986, 65(3):273-276.
37. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales. DSM-III. México, 1984. Editorial Masson.
38. Marx, M.; Hillix, W. SISTEMAS Y TEORIAS PSICOLOGICAS CONTEMPORANEAS. Barcelona-Buenos Aires, 1983. Editorial Paidós.
39. McGuigan, F. PSICOLOGIA EXPERIMENTAL. ENFOQUE METODOLOGICO. México, 1984. Editorial Trillas.
40. Morales, Ma. Luisa. PSICOMETRIA APLICADA. México, 1985. Editorial Trillas.
41. Norbeck, J. and Peterson, V. Life Stress, Social Support, and Emotional Desequilibrium in Complications of Pregnancy: A Prospective, Multivariate Study en Journal of Health and Social Behaviour. 1983 Mar. 24:30-46.
42. Peláez, Ma. del Carmen. TEORIAS DE LA ANSIEDAD. Tesis UNAM, 1974.
43. Pérez Arizmendi, Esperanza. Manejo de la Gestante por el Grupo de Salud en la obra de Atkin, Lucille y col. La Psicología en el Ambito Perinatal. INPer, 1988. México.
44. Queenan, J. ATENCION DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO. México, 1987. Editorial Manual Moderno.
45. Quitmann, Helmut. PSICOLOGIA HUMANISTICA. Barcelona, 1989. Editorial Herder.
46. Ramírez, A. y Navarro, G. LA INFLUENCIA DE LA CRISIS SOCIAL EN EL ESTADO DE ANSIEDAD. Tesis UNAM, 1989.
47. Ruiz Durá, Juan. Educación para la Pareja durante el Embarazo, Parto y Fuerperio en la obra de Atkin, Lucille y col. La Psicología en el Ambito Perinatal. INPer, 1988. México.

48. Soifer, Raquel. PSICOLOGIA DEL COMPORTAMIENTO DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. Buenos Aires, 1977. Ediciones Kargieman.
49. Solomon, P.; Vernon, P. MANUAL DE PSIQUIATRIA. México, 1976. Editorial Manual Moderno.
50. Spielberger, Charles. TENSION Y ANSIEDAD. Mexico, 1980. Editorial Harla.
51. Spielberger, C. y Díaz Guerrero, R. IDARE. INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO-ESTADO. Primera Parte. México, 1975. Editorial Manual Moderno.
52. Stoppard, Miriam. EL LIBRO DEL EMBARAZO Y NACIMIENTO. Bogotá, 1987. Editorial Norma.
53. Thompson, Clara. EL PSICOANALISIS. México, 1955. Editorial Fondo de Cultura Económica.
54. Tennebaum, G.; Furst, D. y Weingarten, G. A Statistical Reevaluation of the STAIT Anxiety Questionnaire en Journal of Clinical Psychology. 1985, Mar. 41(2):324-334.
55. Wolman, Benjamin. TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORANEOS EN PSICOLOGIA. Barcelona, 1981. Editorial Martínez Roca.