

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA**



**NIVELES DE ANSIEDAD Y FACTORES DE RIESGO PRESENTES EN
EMBARAZADAS QUE LLEVAN CONTROLES PRENATALES EN LAS UNIDADES
DE SALUD INTERMEDIAS PERIFÉRICA DE SAN VICENTE Y TECAPÁN,
USULUTÁN, DURANTE JUNIO A AGOSTO DE 2023**

Presentado Por:

**FREDY ALBERTO ÁLVAREZ MARTÍNEZ
GABRIEL EDGARDO CASTILLO AYALA
MIGUEL ÁNGEL CLAROS RIVAS**

Para optar al grado de:

DOCTOR EN MEDICINA

Asesor:

DR. FRANCISCO GIOVANNI RÍOS PERAZA



Ciudad Universitaria "Dr. Fabio Castillo Figueroa", El Salvador, Octubre 2023

CONTENIDO

I.	RESUMEN	5
II.	INTRODUCCIÓN.....	6
III.	OBJETIVOS.....	7
III.1	Objetivo general:	7
III.2	Objetivos específicos:.....	7
IV.	MARCO TEÓRICO	8
IV.1	Ansiedad como trastorno mental	8
IV.2	Adaptación materna en el embarazo.....	12
IV.3	Ansiedad en el embarazo.....	12
IV.4	Principales trastornos de ansiedad en el embarazo.....	13
IV.5	Complicaciones de ansiedad durante el embarazo	19
IV.6	Factores de riesgo predisponentes a ansiedad en el embarazo	21
IV.7	Atención prenatal en el sistema nacional integrado de salud	22
IV.8	Pautas preventivas de la ansiedad en el embarazo	24
V.	METODOLOGÍA.....	26
VI.1	Tipo de investigación	26
VI.2	Período de investigación.....	26
VI.3	Universo	26
VI.4	Muestra	26
VI.5	Variables.....	27
VI.6	Operacionalización de variables.....	28
VI.7	Fuentes de información	31
VI.8	Técnicas de obtención de información	31
VI.9	Mecanismos confidencialidad y resguardo de datos	33
VI.10	Procesamiento y análisis de la información	34
VI.11	Consideraciones éticas.....	35

VI.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	36
VII.1	Características sociodemográficas de las embarazadas.....	36
VII.2	Identificación de Estado y Rasgo de ansiedad en embarazadas	38
VII.3	Identificación de factores de riesgo de embarazadas.....	40
VII.	DISCUSIÓN.....	50
VIII.	CONCLUSIONES.....	54
IX.	RECOMENDACIONES	55
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
XI.	ANEXOS	58
	Anexo 1: Mapa obstétrico de U.S Intermedia periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, 2023.....	58
	Anexo 2: Inventario de la ansiedad rasgo-estado (IDARE)	60
	Anexo 3: Hoja de Evaluación de Factores De Riesgo.....	62
	Anexo 4: Consentimiento informado	63
	Anexo 5: Cartas de intenciones	64
	Anexo 6: Cronograma de Actividades	66
	Anexo 7: Graficas de las Características sociodemográficas de las embarazadas	67
	Anexo 8: Correspondencia de recibido de copias de Reporte Final de investigación a Directores de U.S Intermedias Periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután	71

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES, TABLAS, CUADROS Y GRÁFICOS

Ilustraciones:

Ilustración 1: Modelo neuroanatómico de ansiedad	9
--	---

Cuadros:

Cuadro 1: Atenciones prenatales y semanas de gestación.....	24
---	----

Tablas:

Tabla 1: Resumen de Características sociodemográficas.....	36
Tabla 2: Nivel de ansiedad como estado en embarazadas.....	38
Tabla 3: Nivel de ansiedad como Rasgo	39
Tabla 4: Prevalencia de ansiedad como estado de rasgo en embarazadas	39
Tabla 5: Sensación de ansiedad en Embarazadas.....	40
Tabla 6: Edad como factor generador de ansiedad.....	41
Tabla 7: Relación pareja como factor generador de ansiedad.....	42
Tabla 8: Relación padres y amistades factor generador de ansiedad	43
Tabla 9: Situación con respecto a embarazo como factor generador de ansiedad	44
Tabla 10: Nivel socioeconómico como factor generador de ansiedad	45
Tabla 11: Prevalencia de enfermedades en embarazadas	46
Tabla 12: Efecto de comorbilidades durante el embarazo como factor generador de ansiedad.....	47
Tabla 13: Posible Complicaciones en embarazo como generador de ansiedad	48
Tabla 14: Antecedente familiar de ansiedad como factor generador de ansiedad.....	49

Graficas:

Grafica 1: Unidad de Salud en las en embarazadas que participan en la investigación, llevan su Control Prenatal básico.....	67
Grafica 2: Rangos de edad de Embarazadas participan en la investigación.....	67
Grafica 3: Área geografía de embarazadas que participan en la investigación.	68
Grafica 4: Nivel Educativo de embarazadas que participan en la investigación.....	68
Grafica 5: Estado Civil de las embarazadas que participan en la investigación.....	69
Grafica 6: Situación laboral de Embarazadas que participan en la investigación.	69
Grafica 7: Percepción de Ingresos de las Embarzadas que participan en la investigación	70
Grafica 8: Número de Hijos previos de embarazadas que participan en la investigación.....	70

I. RESUMEN

En los últimos años se le ha puesto mayor atención a las fases psicológicas y psiquiátricas del proceso grávido puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital y trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, su entorno social y su procedencia sociocultural; y es, en estas esferas sociales, donde se puede llegar a presentar factores generadores de ansiedad que pone en juego las capacidades de adaptación individual. La ansiedad Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

El objetivo de la presente investigación es Identificar los niveles de ansiedad y factores de riesgo presentes en las embarazadas llevan controles prenatales en las Unidades de Salud Intermedias periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, durante junio a agosto de 2023; y como parte de la metodología abordada en el estudio de tipo descriptivo transversal, donde se abordan a 136 embarazadas mediante una entrevista estructurada, ocupando los instrumentos IDARE y Hoja de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada.

El estudio revela un alto nivel de ansiedad en la población de embarazadas evaluadas un 81% de las participantes presentan niveles medios o altos de ansiedad; La mayoría de las participantes presentan tanto estado como rasgo de ansiedad y pocas veces se manifiestan únicamente una de las dos características; El Factor generador de ansiedad que más prevalece en la población estudiada es el pensamiento de posibles complicaciones en embarazo, seguido por los factores socioeconómicos

II. INTRODUCCIÓN

La ansiedad durante el embarazo es un tema de creciente preocupación debido a sus posibles repercusiones en la salud materna y fetal. Los controles prenatales desempeñan un papel fundamental en el monitoreo y cuidado de las embarazadas, permitiendo detectar y abordar tempranamente factores de riesgo que puedan influir en la salud tanto física como psicológica de las mujeres embarazadas. En este contexto, resulta relevante investigar los niveles de ansiedad y los factores de riesgo presentes en las embarazadas inscritas en los controles prenatales.

Identificar y comprender los niveles de ansiedad experimentados por las embarazadas en esta población específica puede brindar información valiosa para el diseño de estrategias de intervención y atención prenatal más efectivas. Además, explorar los factores de riesgo asociados con la ansiedad en el embarazo permitirá identificar aquellos elementos que pueden influir negativamente en el bienestar emocional de las mujeres embarazadas, así como en el desarrollo adecuado del feto.

El presente estudio tiene como objetivo principal identificar los niveles de estado o rasgo de ansiedad, los factores de riesgo y variables sociodemográficas presentes en las embarazadas inscritas en los controles prenatales de la Unidad de Salud Intermedia (USI) periférica de San Vicente y Tecapán Usulután, durante el periodo de junio a agosto de 2023. Se recopilarán datos mediante encuesta estructurada, ocupando los instrumentos de IDARE y hoja de identificación de factores de riesgos tipo Likert modificadas. Posteriormente, se realizará un análisis exhaustivo de los datos recopilados para identificar los niveles de ansiedad presentes en las embarazadas.

Los resultados obtenidos en este estudio proporcionarán información relevante para los profesionales de la salud y los encargados de la atención prenatal, permitiendo la implementación de estrategias más efectivas y personalizadas para la detección, prevención y manejo de la ansiedad en las embarazadas. Asimismo, se espera que estos hallazgos contribuyan a ampliar el conocimiento científico sobre la salud emocional durante el embarazo y sirvan como base para futuras investigaciones en el campo de la psicología perinatal.

III. OBJETIVOS

III.1 Objetivo general:

Identificar los niveles de ansiedad y factores de riesgo presentes en las embarazadas que llevan controles prenatales en las Unidades de Salud Intermedias periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, durante junio a agosto de 2023

III.2 Objetivos específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de las embarazadas
- Medir los niveles de ansiedad en embarazadas mediante el instrumento IDARE.
- Identificar los factores de riesgos presentes en las embarazadas con niveles de ansiedad.

IV. MARCO TEÓRICO

IV.1 Ansiedad como trastorno mental

Según la OMS la ansiedad es un estado emocional displacentero cuyas causas resultan menos claras; a menudo se acompaña de alteraciones fisiológicas y de comportamientos similares a los causados por el miedo (1)

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales.

Neurobiología de la ansiedad

La ansiedad implica al menos 3 sistemas de respuesta (2):

- a. Subjetivo-cognitivo: Experiencia interna, percepción, evaluación subjetiva de los estímulos.
- b. Fisiológico/Somático: Activación del sistema nervioso autónomo
- c. Motor-conductual: Escape y evitación

Existe un sistema neuronal establecido tempranamente en la filogenia responsable de preservar la vida a través de reacciones de lucha o de huida, de la alimentación y la actividad sexual, que a la vez están vinculadas con emociones como cólera, miedo, ansiedad y amor. El sistema límbico se ha identificado como la estructura responsable de estas reacciones comandada y coordinada por la amígdala y el locus ceruleus. Para una mejor comprensión sobre las bases neurobiológicas de la ansiedad describiremos las estructuras anatómicas y mecanismos químicos involucrados en la ansiedad.

Las estructuras neuroanatómicas que participan en los trastornos de ansiedad son la amígdala, locus ceruleus, tálamo, hipotálamo, Sustancia gris periacueductal, hipocampo y corteza orbito-frontal. La entrada sensorial de un estímulo condicionado de amenaza corre a través del tálamo anterior al núcleo lateral de la amígdala y luego es transferido al núcleo central de la amígdala, el cual se comporta como el punto central de diseminación de la información, coordinando la

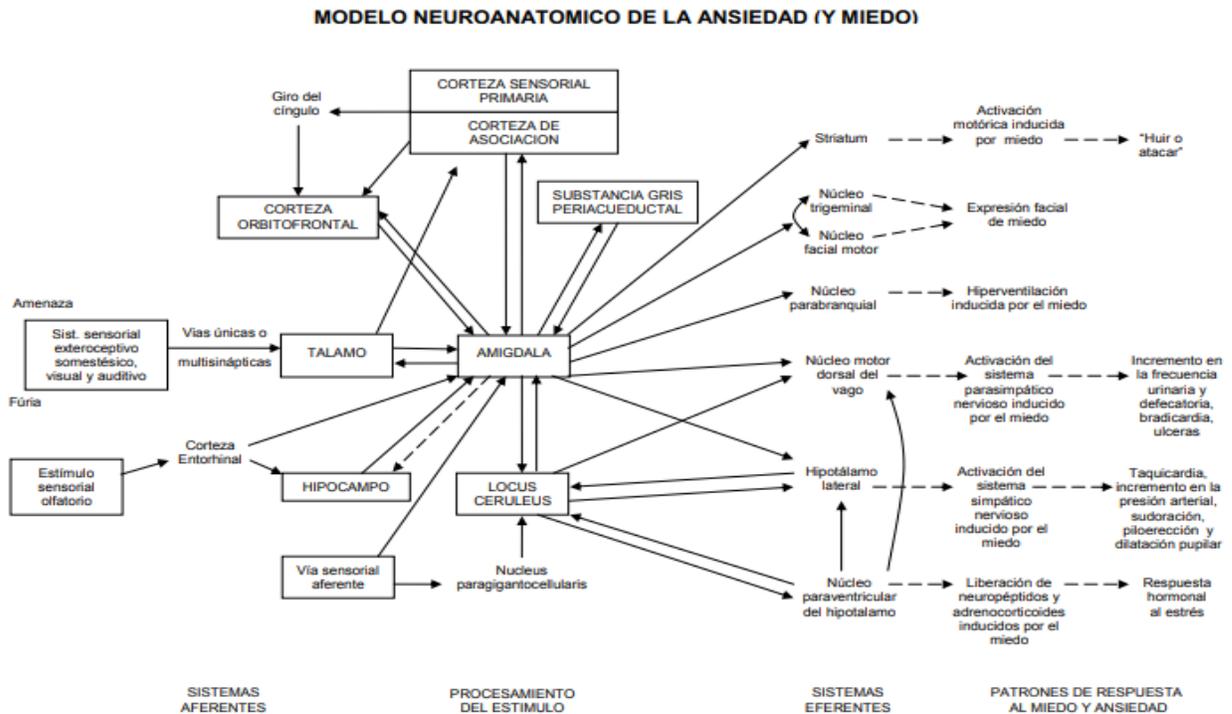
¹ OMS. Trastornos mentales 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

² Cedillo Ildelfonso, B. (2017). Generalidades De La Neurobiología De La Ansiedad. Revista Electrónica De Psicología Iztacala, 20(1). Disponible en: <https://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/58932>

respuesta autonómica y de comportamiento. Su conexión con distintas estructuras dar lugar a las siguientes reacciones:

1. Con el striatum haya una activación motoro-esquelética para "huir o atacar"
2. Con el núcleo parabraquial se aumenta la frecuencia respiratoria.
3. Con el núcleo lateral hipotalámico se activa el sistema nervioso simpático.
4. Con el locus ceruleus resulta en un aumento de la liberación de norepinefrina, contribuyendo al incremento de la presión arterial, frecuencia cardíaca, sudoración, piloerección y dilatación pupilar. Su conexión con el núcleo paraventricular del hipotálamo da lugar a la liberación de neuropéptidos y adrenocorticoides como una respuesta hormonal al estrés.
5. Con la región gris periacueductal se desarrolla un comportamiento defensivo y posturas de congelamiento.
6. Con el núcleo dorsal del vago, que a la vez recibe estímulos del locus ceruleus y del hipotálamo, se produce activación del sistema parasimpático, incrementando la frecuencia urinaria y defecatoria, y dando lugar a bradicardia y úlceras gastrointestinales.
7. Con el núcleo trigémino y facial motor se produce la expresión facial de miedo y ansiedad

Ilustración 1: Modelo neuroanatómico de ansiedad



Fuente: Mayra Martínez Mallen D, Nelson D, Garza L. Trastornos de ansiedad

Mecanismos neurobiológicos implicados en la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad

1. Hiperactividad adrenérgica

- Aumento de la liberación de noradrenalina por el locus cerúleus.
- Hipersensibilidad de los receptores β -adrenérgicos.
- Hiposensibilidad de los receptores gaba-benzodiazepínicos.
- Hipersensibilidad de quimiorreceptores del lactato y del CO₂.

2. Disfunción serotoninérgica

- Hipersensibilidad de los receptores 5-HT del locus ceruleus.
- "Down regulation" de los receptores 5-HT₁ presinápticos de la corteza prefrontal.
- Hiperactividad serotoninérgica de la vía rafe-amígdala-corteza prefrontal.
- Hipoactividad serotoninérgica
- Disminución de los niveles de serotonina en líquido céfalo raquídeo.

3. Disfunción dopaminérgica

- Hiperactividad dopaminérgica a través de una hiposerotoninergia en la vía rafé.
- Hipoactividad dopaminérgica en la fobia social.

4. Disfunción del factor liberador de corticotropina

5. Hipersensibilidad de los receptores de la colecistoquinina

Clasificación de trastornos por ansiedad

- **Trastorno de pánico.** Se caracteriza por crisis recurrentes, inesperadas y no provocadas de miedo intenso y síntomas físicos de ansiedad severa. Las crisis alcanzan su máxima intensidad antes de 10 minutos y ceden antes de 60 minutos. Frecuentemente se acompaña de agorafobia. Por lo general es de evolución crónica y recurrente.
Es el trastorno psiquiátrico que se presenta con más frecuencia en los servicios de emergencia de los hospitales generales, porque el paciente lo confunde con un infarto del miocardio.
- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Se caracteriza por la presencia de ansiedad y preocupaciones de carácter excesivo y persistente durante al menos seis meses. La

ansiedad se asocia a tres o más de los siguientes síntomas: inquietud, fatigabilidad fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

- **Trastorno por estrés postraumático.** Se presenta cuando el paciente ha estado expuesto a un acontecimiento altamente traumático en donde estuviera amenazada su integridad física o la de los demás y se caracteriza por la reexperimentación del evento como recuerdos recurrentes e intrusos que provocan malestar, síntomas debido al aumento de la activación (irritabilidad, hipervigilancia, respuestas exageradas de sobresalto, dificultades para conciliar o mantener el sueño), así como evitación persistente de los estímulos relacionados con el trauma.
- **Trastorno obsesivo compulsivo.** Se caracteriza por la presencia de obsesiones (pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que causan malestar o ansiedad significativos) y de comportamientos compulsivos o actos mentales de carácter repetitivo que se realizan para disminuir la ansiedad provocada por las obsesiones o para prevenir algún acontecimiento negativo.
- **Fobia social.** Temor persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que la persona se ve expuesta a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás presentando el temor de actuar de un modo que sea humillante o embarazoso. Las situaciones sociales temidas se evitan o se experimentan con ansiedad y malestar intensos.
- **Fobia específica.** Temor persistente y acusado de características excesivas o irracionales, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (animales, sangre, alturas, tormentas, aviones, elevadores).
- **Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.** Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad subyacente.
- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.** Se caracteriza por síntomas prominentes de ansiedad que se consideran secundarios a los efectos fisiológicos directos de una droga o fármaco.

IV.2 Adaptación materna en el embarazo

La adaptación materna durante el embarazo se refiere a los cambios físicos, emocionales y sociales que ocurren en el transcurso del embarazo. Esta adaptación es un proceso complejo que involucra una serie de ajustes para que la madre pueda acomodarse a las demandas del crecimiento fetal y prepararse para el parto y la maternidad. A nivel físico, la adaptación materna incluye cambios hormonales y anatómicos en el cuerpo de la madre para apoyar el crecimiento del feto. Por ejemplo, la madre experimenta un aumento en el tamaño del útero y en el volumen sanguíneo, lo que le permite proporcionar oxígeno y nutrientes al feto en crecimiento.

A nivel emocional, la adaptación materna implica una serie de cambios psicológicos que pueden variar según la mujer. Algunas madres experimentan cambios en su estado de ánimo, como depresión o ansiedad, mientras que otras se sienten más felices y emocionadas ante la llegada del nuevo bebé. También pueden surgir sentimientos de incertidumbre, miedo o estrés debido a la responsabilidad de cuidar a un recién nacido.

A nivel social, la adaptación materna puede involucrar cambios en las relaciones interpersonales de la madre. Por ejemplo, ella puede necesitar apoyo adicional de su pareja, familiares o amigos durante el embarazo y después del parto. También puede ser necesario hacer ajustes en su trabajo o en sus actividades diarias para acomodar las necesidades del bebé.

IV.3 Ansiedad en el embarazo

Una importante proporción de mujeres experimentan un nivel excesivo de ansiedad, hasta el grado de que llega a interferir gravemente en su funcionamiento psicológico y social. Es natural que esto ocurra también en la época del embarazo y el puerperio, lo que añade algunas complicaciones particulares a la situación.

No se puede afirmar que la condición de embarazo per se haga incidencia en un trastorno como la ansiedad, pero sí puede generar factores que produzcan preocupaciones y ansiedades que deben tomarse en cuenta en la atención integral de la gestante y durante el puerperio. Los trastornos de ansiedad pueden causar considerable sufrimiento para la gestante, su compañero

y toda la familia. Además, interfieren con la posibilidad de que goce la relación con su bebé y afectan negativamente la calidad de las interacciones entre ellos. En la embarazada puede coexistir trastorno de ansiedad generalizada, de pánico y tendencias obsesivo-compulsivas, así como síntomas de depresión mayor. En casos graves de trauma emocional, los síntomas de estrés postraumático pueden coexistir con otros síntomas de ansiedad tales como episodios de pánico, agorafobia y, además, con síntomas depresivos.

Hay evidencia de que la ansiedad excesiva (como el alto nivel de estrés psicosocial) se puede asociar con algunas alteraciones en la formación del bebé, bajo peso al nacer y cambios en la actividad y desarrollo del feto. También dan lugar a modificaciones en el funcionamiento, comportamiento y estado emocional del bebé. El niño también puede ser mucho más ansioso, así como presentar síntomas de hiperactividad.

IV. 4 Principales trastornos de ansiedad en el embarazo

Trastorno de pánico

Los episodios de pánico pueden aparecer sin asociación con situaciones que le provoquen ansiedad; suelen ser impredecibles en situaciones que le dan temor a la mujer, como subir en un autobús, salir a la calle o estar en un lugar con demasiada gente. La sintomatología de los episodios de pánico suele ser confundida por enfermedades meramente físicas, como un episodio de taquicardia, un infarto cardíaco. Los episodios suelen ser de corta duración, pero cada experiencia interna puede ser verdaderamente abrumadora.

Todo episodio de pánico comprende dos grupos de síntomas, unos son de tipo ideativo y los otros de índole somática.

Síntomas ideáticos

- **Despersonalización.** La mujer embarazada siente que no es ella misma quien está viviendo en ese momento, sino alguien más. Se siente como si no estuviera dentro de sí misma o como si se viera desde afuera.

- **Desrealización.** Se siente que lo que está viviendo es como una película de cine, es decir, que no está viviendo en la realidad, sino que es una espectadora de lo que pasa a su alrededor, que se siente como irreal o falso.
- **Miedo de morir o de tener un infarto.** La persona siente literalmente que se podría morir y con frecuencia, sobre todo en los primeros ataques, termina en una sala de urgencias.

Síntomas somáticos

- **Parestesias.** Sensación de hormigueo en las manos, brazos, piernas y otras partes del cuerpo
- **Disnea (Sensación de “falta de aire”)** o de que no se puede respirar lo suficiente, o bien que los pulmones no se llenan a satisfacción de la paciente.
- **Sensación de ahogamiento** o bien de que algún objeto está atorado en la garganta sin poderlo desalojar.
- **Dolor intenso en el pecho.**
- **Temblores,** tanto de las manos como del resto del cuerpo
- **Hiperhidrosis** Sudoración de las manos y de todo el cuerpo, debido al estado de alarma y ansiedad.
- **Escalofríos** o “bochornos” (sensación de calor generalizado).
- **Sensación de mareo** o a punto de desmayo.
- **Náusea o malestar abdominal.**

Tradicionalmente se distingue entre el pánico con o sin agorafobia, la cual consiste en el temor a salir a lugares abiertos, a salir sola a la calle o encontrarse en lugares de donde no se puede salir o escapar fácilmente. También incluye el temor de que en una situación social le embarazada pueda indisponerse, sufrir un episodio de vómito o de diarrea y no tener quién la ayude; piensa que quedaría en ridículo o podría ser objeto de críticas y desaprobación, por lo que se desarrolla la aversión a exponerse a tales situaciones y lugares. No hay suficiente información empírica para afirmar si la agorafobia tiende a mejorar o empeorar durante el embarazo.

En la actualidad se piensa que los cambios hormonales y bioquímicos concomitantes al embarazo tienen un impacto en la gravedad o precipitación del trastorno de pánico. Entre los factores que podrían contribuir a aliviarlo está el aumento en la concentración de progesterona que ocurre durante el embarazo. La progesterona tiene un efecto ansiolítico y estimula los receptores de la GABA benzodiazepina (ácido gamma-aminobutírico benzodiazepina) que, por definición, son tranquilizadores. Por contraste, el hecho de que la gestante tenga que respirar en forma más superficial y con una relativa taquipnea puede facilitar la aparición de episodios de pánico. La progesterona también induce una ligera hiperventilación.

Entre más estrés haya en la vida de la paciente, mayor privación relativa del sueño o que éste sea interrumpido de manera frecuente y situaciones en que ocurra hiperventilación, es más probable que ocurran ataques de pánico. Algunas sustancias pueden promover estos ataques. Cuando la mujer toma medicamentos contra resfriados o descongestionantes y cafeína, sustancias como el tetrahidrocanabinol (marihuana), cocaína y alcohol, es más probable que haya tales episodios.

Por último, ciertas enfermedades físicas hacen más factible que ocurran ataques de pánico, tales como el prolapso de la válvula mitral y el hipertiroidismo. Ambos pueden pasar desapercibidos por años y sólo se diagnostican si se les busca expresamente.

Tratamiento: Durante el embarazo debe considerarse no exponer al bebé a medicamentos, por lo que es preferible iniciar con una estrategia psicológica.

- **Psicoterapia:** Cuando los episodios no son muy frecuentes, graves o incapacitantes, la psicoterapia puede ser la primera intervención en la gestante o mujer postparto, sobre todo durante el primer trimestre del embarazo. Se ha establecido que la terapia cognoscitivo-conductual es eficaz para el trastorno de pánico. Es relativamente de corta duración (tres a seis meses) e incluye estrategias psicoeducativas y métodos para evitar la aparición de los ataques
- **Farmacoterapia:** Los dos principales grupos de medicamentos usados para la ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos

tricíclicos. Deben evitarse los medicamentos benzodiazepínicos y sólo usarse por tiempo breve en casos de gravedad, aunque preferiblemente nunca en el embarazo.

Trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiende a pasar desapercibido para los demás hasta que los síntomas son de la gravedad suficiente como para interferir en el funcionamiento psicosocial de la persona afectada. Cuando esto ocurre durante el período perinatal, tal vez haya aún mayores barreras para que la mujer revele su malestar de manera espontánea, por tener sentimiento de vergüenza o fracaso ante lo que debería ser un periodo exclusivamente feliz y positivo.

Los factores de riesgo son múltiples e incluyen los genéticos y de vulnerabilidad neurobiológica. Es posible que los cambios hormonales después del embarazo hagan que los neurotransmisores se alteren y por ende aumenten los casos de aparición postparto (Brandes, Soares y Cohen, 2004), potencializados por los retos psicosociales de la transición a la parentalidad.

Las manifestaciones clásicas de este trastorno son los pensamientos intrusivos sobre temas tabú: miedo de haber matado a alguien, de haberse contaminado, de ensuciarse, etc. Las compulsiones consiguientes se refieren a lavarse, descontaminarse y asegurarse repetidamente de que no se han cometido esas transgresiones (haber atropellado a alguien, dejado la puerta abierta, la estufa prendida, etc.). Es posible que cuando el trastorno tiene su inicio en el período postparto, las obsesiones de daño al bebé sean más marcadas (Brandes, Soares y Cohen, 2004); asimismo, cuando la paciente lo padecía desde antes del embarazo, es posible que el problema empeore en el postparto.

Tratamiento: Una de las principales barreras para el tratamiento es que la mujer no revela sus pensamientos y temores, aunque la atormentan constantemente. Lo óptimo es la detección temprana, para lo que pueden ser suficientes unas cuantas preguntas referentes a si tiene pensamientos persistentes que la asustan o conductas repetitivas para aliviar su ansiedad. Estas preguntas deben hacerse con la observación de que “muchas mujeres tienen estas experiencias”, e intentando aliviar el temor de que si revela sus pensamientos el veredicto será terrible.

- **Psicoterapia:** La psicoterapia de índole psicodinámica puede ser útil para aliviar la ansiedad y desarrollar la introspección sobre los problemas; sin embargo, hay poca información sobre su eficacia. Las terapias cognoscitivo-conductuales son una herramienta útil. Puede ser que estas terapias tengan mayor beneficio que los medicamentos, pues pueden producir cambios a largo plazo y no requieren la toma continua de fármacos.
- **Farmacoterapia:** En general, cuando es necesario, se prefiere utilizar medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina, tales como fluoxetina, venlafaxina y fluvoxamina. Siempre habrá que valorar el balance entre los beneficios y los riesgos de estos medicamentos.

Trastorno de ansiedad generalizada

Consiste en la sensación de angustia y malestar emocional que la paciente experimenta casi todo el tiempo, como una “ansiedad flotante”. Es de naturaleza crónica y puede acompañarse de la sensación subjetiva de angustia y preocupación constante, entre otras múltiples manifestaciones somáticas. Es un padecimiento grave que produce mucho sufrimiento a la paciente. Hay poca información empírica sobre su relación con el período perinatal.

Las preocupaciones se extienden a temas relacionados con los temores propios del embarazo, el bienestar del bebé, la satisfacción en su papel de madre, etc. La persona afectada casi nunca está tranquila y siente una angustia flotante de que algo está mal o podría salir mal. Los temores se refieren a múltiples áreas (la familia, el trabajo, las relaciones con otras personas, la autoimagen, etc.) y la preocupación ocurre sin motivo aparente, además de que son excesivos e incontrolables.

Manifestaciones clínicas: Son los temores y angustias a procesos relacionados con el embarazo, el parto y el bebé. Puede haber miedo excesivo respecto a la salud del bebé in útero, acompañado de temor a lo que pudiera suceder en el parto y después de éste.

Para poder calificar a dichas manifestaciones clínicas como síntomas, es necesario que la ansiedad y preocupación sean excesivas e interferir seriamente con el bienestar y el funcionamiento de la persona afectada. No se trata de las preocupaciones comunes, que son

parte de todo embarazo y parto, sino de temores desproporcionados e irracionales; por lo tanto, no se pueden eliminar sólo con fuerza de voluntad o a través del razonamiento, en la creencia de que son infundados. Por su misma naturaleza persisten y causan mucho malestar a la persona. No hay estudios empíricos que hayan comparado la fenomenología de este trastorno durante el embarazo con las manifestaciones en otras etapas de la vida.

En la mayoría de las mujeres con ansiedad postparto ya se había presentado un trastorno de ansiedad durante la gravidez. La angustia durante el embarazo fue un importante factor de predicción para que apareciera la depresión postnatal a las ocho semanas y a los ocho meses, aun cuando hubiera o no depresión prenatal.

Tratamiento: En los casos de ansiedad generalizada es particularmente necesario pensar en estrategias de intervención que no requieran de medicamentos, como las terapias de relajación, las cognoscitivo-conductuales o las psicodinámicas.

En caso de requerir la utilización de medicamentos, pueden ser útiles los antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina). En casos muy graves pueden utilizarse ansiolíticos de tipo benzodiazepínico, pero de preferencia por muy corto tiempo y no durante el embarazo.

Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático se clasifica también entre los trastornos de ansiedad. Se caracteriza por síntomas de evasión de recuerdos desagradables, sensación de peligro y ansiedad constante, así como la idea de revivir los episodios traumáticos previos. La paciente responde con temor ante experiencias desencadenantes, a veces ante estímulos aparentemente triviales, que le recuerdan las experiencias abrumadoras previas.

Manifestaciones clínicas: hay una combinación de síntomas tanto somáticos como psicológicos. Los síntomas de trastorno por estrés postraumático son bien conocidos (flashback, pesadillas, ansiedad, sensación de pánico, temores a que se repita la experiencia, recuerdos perturbadores, etc.). En ocasiones los recuerdos aparecen en la conciencia por primera vez durante el embarazo. Se ha sugerido que esto tiene que ver con los cambios corporales, como el aumento de volumen

del abdomen o de las glándulas mamarias, fenómenos que claramente no están bajo el control de la mujer.

Una posibilidad con importancia clínica es que la paciente tenga síntomas disociativos. A veces este mecanismo, que incluso ha operado antes del embarazo, se sigue utilizando, y puede ser que, por ejemplo, durante el parto la mujer no sienta que es ella quien está viviendo esa experiencia. Puede observarse una excesiva tolerancia al dolor por mecanismos disociativos o, por el contrario, tanta angustia que se percibe el dolor en forma exagerada. La mujer puede tener una anestesia psicógena de una parte del cuerpo o sentirse como una espectadora de su parto. Entre las pacientes que han sufrido maltratos físicos muchas pueden temer a la maternidad, por cuestionarse si ellas mismas pudieran llegar a maltratar a sus hijos, no ser buenas madres o sentir aversión hacia el bebé.

Tratamiento: Hay muy poca información sobre la eficacia de las estrategias de intervención en la ansiedad postraumática. Cuando se sabe que una mujer tiene tales síntomas, se puede intervenir desde antes del parto ayudándola a hablar de sus experiencias anteriores de preferencia con un profesional de salud mental.

Es necesario validar las experiencias que reporta la paciente y manifestar empatía con las vivencias que revela, así como tratar de respetar los deseos de la mujer en cuanto a su parto, pues sus preferencias pueden estar basadas en su sintomatología. La terapia con psicofármacos puede ser un adjunto cuando es necesario debido a la gravedad de los síntomas, sobre todo con medicamentos como los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina y los alfa-adrenérgicos (como la guanfacina y la clonidina).

IV.5 Complicaciones de ansiedad durante el embarazo

La falta de apoyo psicosocial tiene efectos negativos en la salud física de la persona, así como en su salud mental. Varios autores han sugerido que el mecanismo de los efectos negativos del estrés es que afecta el funcionamiento inmunológico de la gestante (3):

³ Paho, Salud Mental Perinatal edición de 2017. Resumen regional y panorama subregional [Internet]. Washington, D.C. OPS; 2017 Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf

- **Aborto espontáneo:** Se ha demostrado que un alto nivel de estrés en el sitio de trabajo de la gestante, o la muerte de un familiar cercano puede provocar una mayor tasa de incidencia de presentar un aborto espontáneo.
- **Prematurez y bajo peso al nacer:** la posibilidad de nacimiento prematuro (parto prematuro espontáneo) y bajo peso para la edad gestacional se ve relacionada con los niveles séricos de cortisol en la futura madre.
- El estrés mantenido durante el embarazo y sobre todo en el primer trimestre puede dar origen a la desregulación del eje hipotalámico-hipofisario con elevación del cortisol, el cual puede afectar al crecimiento fetal. Las mujeres con depresión, ansiedad o estrés prenatales tienen con mayor frecuencia aborto espontáneo y preeclampsia, y son más proclives a tener partos prematuros o a parir niños de bajo peso
- **Preeclampsia:** esta puede presentarse desde el primer trimestre. Debido a la concentración de la hormona liberadora de corticotropina proveniente de la placenta, lo cual se asociaría con la hipertensión arterial.
- **Malformaciones congénitas:** El estrés durante el primer trimestre del embarazo puede dar origen a malformaciones congénitas como: microcefalia, labio leporino o incluso cardiopatías.
- **Efectos de “programación” del feto in útero:** La prevalencia del estrés materno puede originar al feto un impacto a largo plazo. Un mecanismo podría ser la alteración del funcionamiento de algunos órganos o sistemas determinados que diera lugar a enfermedades crónicas, ya sea durante la infancia o más tarde. A esto se lo ha llamado fenómeno de “programación”, la programación podría consistir en afectar la expresión del funcionamiento glandular y hormonal del niño y, finalmente, del adulto.
- **Epigenética** se evidenció que las estimaciones de heredabilidad para los trastornos de ansiedad oscilaban entre el 30% para el trastorno de ansiedad generalizada (4), las fobias simples y el trastorno de estrés postraumático. Adicionalmente se estima un 48% de heredabilidad para los trastornos de pánico, un 51% para la fobia social y un 67% para

⁴ Paula Bedregall , Beatriz Shand, Manuel J. Santos, Patricio Ventura-Juncá. Aportes de la epigenética en la comprensión del desarrollo del ser humano (2010) Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n3/art18.pdf>

la agorafobia. Sin embargo, la susceptibilidad genética a los trastornos de ansiedad no sigue un patrón específico de herencia. Más bien, se ha demostrado que los trastornos de ansiedad pertenecen al grupo de los llamados trastornos multifactoriales, en los que múltiples genes de susceptibilidad de pequeño efecto individual interactúan entre sí y con factores ambientales para constituir el riesgo general del trastorno. Si bien los factores genéticos identificados no son determinantes, desde un punto de vista epigenético se propone definir los fenotipos a diferentes niveles, teniendo en cuenta factores tanto exógenos como endógenos. Existen tres mecanismos de iniciación y mantenimiento de las modificaciones epigenéticas: la metilación del ADN que tiene como función principal interrumpir la transcripción silenciando la expresión génica, la acetilación de las histonas que determina la estructura de la cromatina y, las acciones de los ARNs no codificantes que no codifican para una proteína.

IV.6 Factores de riesgo predisponentes a ansiedad en el embarazo

- **Edad:** Las mujeres jóvenes pueden sentirse más inseguras acerca de su capacidad para cuidar a un recién nacido, mientras que las mujeres mayores pueden preocuparse más acerca de los riesgos para la salud del bebé y las complicaciones del embarazo.
- **Relación con Pareja:** Las mujeres que tienen una relación conflictiva o no tienen una pareja pueden sentirse más aisladas y preocupadas acerca de su capacidad para criar a un bebé por su cuenta.
- **Red de apoyo:** Las mujeres que no tienen amigos o familiares cercanos con los que puedan contar pueden sentirse solas y abrumadas por la responsabilidad de cuidar a un bebé.
- **Actitud ante el Embarazo:** Si una mujer se siente abrumada o siente no estar preparada para ser madre, puede experimentar ansiedad en relación al embarazo y al futuro de su vida.
- **Escolaridad:** Las mujeres con menos educación pueden tener menos acceso a información sobre el embarazo y la crianza, lo que puede aumentar su ansiedad.
- **Comorbilidades:** Las mujeres que tienen otras condiciones de salud mental y orgánicas desarrolladas durante el embarazo o previamente, pueden estar en mayor riesgo de

experimentar ansiedad durante el embarazo debido a la creciente preocupación del efecto que podría generar dichos trastornos en el transcurso del embarazo.

- **Historia familiar de ansiedad:** Las mujeres que tienen antecedentes familiares, como depresión, ansiedad generalizada, trastornos de la alimentación o trastornos del sueño, pueden tener un mayor riesgo de ansiedad durante el embarazo.
- **Antecedentes obstétricos adversos:** Las embarazadas que poseen antecedentes obstétricos adversos como abortos espontáneos, amenaza de parto prematuro, complicaciones propias del trabajo de parto como preclampsia, eclampsia, atonía uterina o partos complicados, hospitalizaciones prolongadas previas o posteriores al parto, pueden generar riesgo de experimentar ansiedad durante el embarazo.

Es importante tener en cuenta que estos factores de riesgo no son determinantes y que muchas mujeres experimentan ansiedad durante el embarazo sin tener ninguno de estos factores de riesgo. Sin embargo, conocer estos factores puede ayudar a identificar a las mujeres que pueden necesitar más apoyo y atención durante el embarazo para prevenir o tratar la ansiedad.

IV.7 Atención prenatal en el sistema nacional integrado de salud

La atención prenatal es la atención integral, periódica y sistemática que se debe dar a la embarazada por integrantes del equipo de salud, con el fin de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto; será brindada por médico/a en servicio social, médico/a general, médico/a de familia, licenciada en salud materna infantil, licenciada/do en enfermería, enfermera/o, médico/a especialista en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud donde se cuente con estos recursos.

Inscripción prenatal: Es la primera atención que se debe dar a la embarazada por el equipo de salud, idealmente debe realizarse antes de las doce semanas de gestación.

Actividades para el control prenatal: Es la serie de atenciones que se deben programar a la embarazada por el equipo de salud con el fin de identificar factores y condiciones de riesgo, diagnóstico temprano y tratamiento de las complicaciones del embarazo; referir al nivel de mayor complejidad cuando sea necesario; brindar educación y consejería de acuerdo a las

necesidades de la mujer y lograr el parto en mejores condiciones de salud para la madre, y su recién nacido.

Clasificación del control prenatal El control prenatal debe clasificarse, según la evaluación de la usuaria, en:

- **Prenatal básico:** para usuarias sin factores de riesgo o complicaciones. Este será brindado por médico/a en servicio social, médico/a general, médico/a de familia, licenciado/a en salud materna infantil, licenciada/do en enfermería o enfermera/ro graduada.
- **Prenatal especializado:** para usuarias en las que se detecte morbilidad previa o complicaciones durante el embarazo. Será proporcionada por médico ginecólogo-obstetra. En este tipo de control, la mujer tendrá una atención diferenciada de acuerdo con la patología o factor de riesgo que presente.

La clasificación del control prenatal básico y especializado es un proceso dinámico de acuerdo a la condición de la embarazada.

Debe llenarse la Hoja para *clasificación de riesgo de atención prenatal* (5) a toda embarazada en su primera atención para definir si es elegible para control prenatal básico o especializado. Si al llenar la Hoja para clasificación de riesgo de atención prenatal hay una respuesta afirmativa a uno o más criterios, se referirá al médico obstetra del establecimiento. Si la condición de referencia al especialista desaparece o se estabiliza, la usuaria puede ser retornada a control básico por medio de la “Hoja de referencia retorno e interconsulta”, en la cual debe colocarse claramente el plan de seguimiento y las condiciones que dan origen al retorno. En este caso, continuará con el control prenatal básico, brindando las intervenciones que corresponden a la semana de gestación en la que se encuentra. Si la usuaria no es retornada a control prenatal básico, el establecimiento *que* generó la referencia únicamente debe de dar seguimiento a las atenciones que no se registran en historia clínica perinatal, también proporcionará atención de morbilidades y emergencias.

⁵ MINSAL. Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. San Salvador, El Salvador 2021, Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf

Atenciones prenatales y semanas de gestación

Cuadro 1: *Atenciones prenatales y semanas de gestación*

Inscripción	Antes de 12 semanas de gestación
Primer Control	A las 20 semanas de gestación
Segundo control	A las 26 semanas de gestación
Tercer control	A las 30 Semanas de gestación
Cuarto control	A las 34 Semanas de gestación
Quinto Control	A las 36 Semanas de gestación
Sexto Control	A las 38 Semanas de gestación

Al cumplir 40 semanas de gestación, la mujer en etapa de embarazo debe ser referida al hospital que corresponda, en el cual un especialista en Ginecología y Obstetricia realizará pruebas de bienestar fetal y evaluación completa.

Al cumplir las 41 semanas de gestación, la mujer en etapa de embarazo debe ser referida al hospital para ingreso.

Fuente: MINSAL. “Protocolos de asistencia para los periodos preconcepcional, prenatal, parto, puerperio, a la persona recién nacida y lactancia materna en situación de bajo riesgo en Primer Nivel de Atención”. San Salvador, El Salvador 2022.

IV.8 Pautas preventivas de la ansiedad en el embarazo

- **Educación prenatal para la disminución de la ansiedad durante el embarazo.** La educación prenatal es una estrategia fundamental que permite a las mujeres conocer sobre el proceso de gestación y los cuidados prenatales con el fin de evitar episodios de ansiedad durante el embarazo; con la implementación de charlas prenatales semanalmente a todas las embarazadas que llevan control prenatal básico se les informa acerca de signos y síntomas de alarma, así como el rol que desempeñarán tanto la embarazada como su acompañante al momento de parto, aportando una mayor información y disminuyendo así la ansiedad en la embarazada.
- **Actividad física ligera.** Diversas actividades se deben realizar durante el embarazo para mejorar el estado físico de cara al parto y que también servirán para disminuir la ansiedad y el estrés. El yoga, pilates, natación o paseos ayudan a la embarazada a estar en forma y mantener la mente ocupada para evitar las preocupaciones y pensamientos negativos.
- **Ejercicios de respiración.** Es importante que la embarazada practique la respiración diafragmática y la relajación muscular para disminuir el ritmo de las palpitations y reducir los síntomas de ansiedad. Mediante la respiración de tipo abdominal, se puede evitar la hiperventilación, así como los mareos y parestesias.
- **Socializar y compartir las emociones.** Es muy frecuente en esta etapa buscar a madres, abuelas o amistades con las que la embarazada pueda compartir los sentimientos y

sensaciones. Hablar del estado de ánimo con personas de confianza es una forma muy saludable de dar salida a la ansiedad.

- **Dormir adecuadamente.** El descanso es esencial para todos, pero en el embarazo es aún más importante. Es por eso que muchas embarazadas se sienten especialmente somnolientas. Sin embargo, el descanso ayuda a reducir la tensión emocional.
- **Cuidar la alimentación.** Seguir una alimentación completa y saludable, evitando comidas o bebidas energéticas, el café, refrescos de cola, etc. Comer lo justo y sin excesos. Esto hará que la embarazada no se sienta incómoda.
- **Atención psicológica y/o psiquiátrica oportuna.** La psicoterapia durante el embarazo se recomienda para la alteración mental materna menos severa, y deberá ser suficiente para estabilizar a la madre en trastornos depresivos y ansiosos de leves a moderados.

V. METODOLOGÍA

VI.1 Tipo de investigación

Descriptivo transversal

VI.2 Período de investigación

junio a agosto de 2023.

VI.3 Universo

Según el mapa obstétrico (Ver anexo 1: “Mapa obstétrico de Unidades de salud”) de las unidades de salud para el año 2023 se prevé tengan un aproximado de 450 embarazadas en USI periférica de San Vicente (243 Activas durante el periodo de investigación) y 75 embarazadas para USI de Tecapán, Usulután (40 Activas durante el periodo de investigación); Dando un total de 283 embarazadas activas para la fecha del estudio.

VI.4 Muestra

El tamaño de la muestra se calculó mediante un muestreo aleatorio simple ocupando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \times (z^2 \times p \times (1 - p))}{(N - 1) \times e^2 \times z^2 \times p \times (1 - p)}$$

Donde:

- n = Tamaño de Muestra
- N = Población: 200 embarazadas que llevan controles prenatales básicos
- z = Valor crítico de corte de una distribución normal para lograr un nivel de confianza deseado (para el caso es de 95%, $z = 1.96$)
- p = Es la proporción que buscamos en el total de la población
- e = Es el margen de error aceptado. (para el caso es de 5%, $e = 0.05$)

Por lo tanto

$$n = \frac{200 \times (1.96^2 \times 0.9 \times (1 - 0.9))}{(200 - 1) \times 0.05^2 \times 1.96^2 \times 0.9 \times (1 - 0.9)}$$
$$n \approx 129.7 \approx 130$$

Para la investigación una muestra de al menos 130 personas para estimar la proporción de la característica de interés en la población con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, y asumiendo que la proporción de la característica en la población es del 90%.

Criterios de inclusión: Para seleccionar a los participantes, se tomó en cuenta:

- Mujeres embarazadas que llevan controles prenatales básicos en Unidad de salud intermedia periférica de San Vicente y Unidad de salud Intermedia de Tecapán, Usulután.
- Rango de edad: 18 – 35 años.
- Haber aceptado colaborar en el trabajo de investigación (Consentimiento informado).

Criterios de exclusión: Se tomó en cuenta que los participantes que presenten las siguientes características serán excluidos del estudio con los siguientes criterios:

- Mujeres embarazadas que lleven control prenatal especializado con ginecólogo del establecimiento o Segundo Nivel de atención.
- Discapacidad de algún tipo que dificulte la interacción entre investigador y el investigado que pueda generar sesgo o alteración de la respuesta.
- Solicitud de extracción de participación en el proceso de la investigación en cualquier periodo de la misma.
- Diagnóstico previo de ansiedad

VI.5 Variables

- Niveles de ansiedad en embarazadas.
- Factores de riesgo de ansiedad en embarazadas.
- Características Sociodemográficas de las embarazadas.

VI.6 Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Fuente	Técnica	Instrumento
Características sociodemográficas	Son el conjunto de características biológicas, sociales, económicas y demográficas que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	Son Características biológicas, sociales, económicas y demográficas propias de las gestantes que pueden ser utilizadas para caracterizar y clasificar a la población en estudio.	Edad	18-20 Años	Embarazadas	Encuesta Dirigida	IDARE
				21-25 Años			
				26-30 Años			
				31-35 Años			
			Hijos previos	0 hijos			
				1 hijo			
				>2 Hijos			
			Estado Civil	Soltera			
				Acompañada			
				Casada			
				Viuda			
			Área	Urbano			
				Rural			
			Estado laboral	Desempleado			
				Empleado			
			Ingresos	Suficiente			
Insuficientes							
Nivel Educativo	Sin estudios						
	Básico						
	Medio						
	Superiores						

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Valor	Fuente	Técnica	Instrumento
Niveles de ansiedad en embarazadas	Mecanismo de defensa natural del organismo frente a estímulos externos o internos que son percibidos por el individuo como amenazantes o peligrosos que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad	Conjunto de síntomas psíquicos, físicos y conductuales, mediados por mecanismos neurobiológicos y asociados a diferentes etiologías durante el embarazo	Vivencias	No = 1	Baja (<30) Media (Entre 31 y 44) Alta (>44)	Embarazadas	Encuesta Dirigida	IDARE
				Un poco = 2				
				Bastante = 3				
				Mucho = 4				

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala	Valor	Fuente	Técnica	Instrumento
Factores de riesgos presentes en embarazadas	Un factor de riesgo es toda circunstancia o situación que aumente las posibilidades de una persona de contraer una enfermedad o algún otro problema de salud	Cualquier característica o circunstancia detectable en una embarazada asociada con la probabilidad de padecer síntomas de ansiedad.	Edad	Muy	No genera ansiedad < 2	Embarazadas	Encuesta dirigida	Test de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada
			Relación con Pareja	Desacuerdo = 0				
			Red de apoyo	Desacuerdo = 1				
			Actitud ante el Embarazo	Indiferente = 2				
			Escolaridad	De acuerdo = 3				
			Comorbilidades					
			Historia familiar de ansiedad	Muy de acuerdo = 4				
			Antecedentes obstétricos adversos					

VI.7 Fuentes de información

Primaria: Embarazadas que llevaron sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

VI.8 Técnicas de obtención de información

Entrevista estructurada

Herramientas de obtención de información

- **Inventario de ansiedad: Rasgo Estado (IDARE)**

(Ver Anexo 2: “Inventario de la ansiedad rasgo-estado”)

Creada por Spielberger, C.; Díaz – Guerrero, R. (1975), instrumento creado en USA y tuvo una adaptación en México (1975) y Rojas en Perú (1997), se administra de manera individual o colectiva, su aplicación es de 15 minutos aproximadamente, su significación es medir dos dimensiones de ansiedad: Estado (se refiere a como se siente el sujeto en ese momento) y rasgo (cómo se siente generalmente). El IDARE tiene 40 ítems separados en dos escalas de autoevaluación para medir la ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado

La escala A Rasgo (SXR) está conformado por ítems (7 directos y 13 inversos) en la cual se presentan afirmaciones para describir cómo se sienten generalmente las personas ante situaciones de estrés ambiental. Mide la propensión a la ansiedad; la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en A-Estado. La escala A-Estado (SXE) está conformada por 20 ítems (10 directos e inversos) en la cual se pide a los participantes indicar cómo se sienten en situaciones específicas de presión ambiental. Mide el nivel de ansiedad transitorio experimentado en una situación determinada; además, evalúa los sentimientos de tensión, nerviosismo, preocupación y aprehensión que experimenta el sujeto.

Validez de la Escala : La validez concurrente de la “Escala A- Rasgo” del “IDARE” se obtuvo a través de las correlaciones entre esta escala y otros instrumentos que miden la ansiedad como la “Escala de ansiedad” (IPAT) de Cattell y Scheier (1963), la “Escala de ansiedad manifiesta” (TMAS) de Taylor (1963) y la “Lista de abjetivos” (AACL) de Zuckerman (1960), encontrando que dichas correlaciones eran moderadamente altas

(entre 0.52 y 0.83) tanto para estudiantes universitarios como para pacientes (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975).

La confiabilidad del “IDARE” fue evaluada según el método test-retest con una población de 484 estudiantes universitarios no graduados (253 hombres y 231 mujeres). Para la escala A- Rasgo, las correlaciones de test-retest, según un intervalo de 104 días, fueron significativamente altas, variando entre 0.73 y 0.86; mientras que las correlaciones para la escala A- Estado fueron relativamente bajas, variando entre 0.16 y 0.54. Asimismo, debido a la naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, se hallaron los coeficientes alfa de confiabilidad interna, que variaron entre 0.83 y 0.92 para la escala A- Estado y entre 0.86 y 0.92 para la escala A- Rasgo

- **Hoja de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada** (Ver Anexo 3 “Hoja de factores de riesgo de ansiedad en embarazada”)

La escala de Likert es una técnica de medición de actitudes y opiniones utilizada en investigación social, psicológica y de mercado. Cada punto de la escala de Likert representa un nivel de acuerdo o desacuerdo con la afirmación, y se le asigna un valor numérico. La respuesta más baja generalmente indica "Totalmente en desacuerdo" o "Muy en desacuerdo", mientras que la respuesta más alta indica "Totalmente de acuerdo" o "Muy de acuerdo". Las opciones intermedias pueden variar y pueden incluir opciones neutrales como "Ni de acuerdo ni en desacuerdo".

La escala de Likert es una herramienta muy utilizada en la investigación social y psicológica, ya que permite medir el grado de acuerdo o desacuerdo de los participantes con respecto a diferentes afirmaciones o enunciados. Es útil para obtener información cuantitativa sobre la opinión o actitud de una persona en un tema específico y permite comparar diferentes grupos de personas o diferentes momentos en el tiempo.

En general, la escala de Likert ha demostrado ser una herramienta confiable y válida para medir actitudes, opiniones y creencias en diferentes campos de investigación, incluyendo la investigación social y psicológica. Sin embargo, la confiabilidad y la validez de la

escala pueden variar dependiendo del contexto específico en que se utilice y de las características de la población a la que se aplica la escala. Por lo tanto, es importante evaluar la confiabilidad y la validez de la escala en cada contexto específico de investigación.

VI.9 Mecanismos confidencialidad y resguardo de datos

Mecanismo de Confiabilidad

Las estrategias para garantizar la confiabilidad de los procedimientos estandarizados y consistentes en la recolección de datos para minimizar el error de medición empleadas en la investigación:

- Capacitación del equipo de investigación: Todos los miembros del equipo investigador estarán debidamente capacitados en los procedimientos de recolección de datos y seguirá un protocolo estandarizado para minimizar la variabilidad en los resultados.
- Uso de instrumentos validados: para la investigación se utilizarán instrumentos validados para medir las variables (IDARE, escalas tipo Likert) esto ayudará a garantizar que se estén midiendo adecuadamente los datos que se pretenden evaluar.
- Control de calidad: Se realizarán controles de calidad durante el proceso de recolección de datos, los cuales incluyen la verificación de la integridad de los cuestionarios y la realización de entrevistas de seguimiento para asegurarse de la consistencia de las respuestas.

Mecanismos de resguardo de datos

Para la protección de los datos de investigación y garantizar la privacidad y seguridad de las participantes del estudio, así como para proteger la integridad de los datos se utilizarán los siguientes mecanismos:

- Anonimización: no se tomará en cuenta la información que pueda ayudar a identificar a los participantes en el estudio, como el nombre y dirección, para garantizar la privacidad de las participantes y proteger su identidad.
- Pseudonimización: Se sustituirá la información que puede identificar a los participantes por el registro del expediente de la unidad de salud, con el fin proteger la privacidad de los participantes y facilitar la gestión de los datos.

- Almacenamiento seguro: consiste en guardar las encuestas realizadas en archiveros seguros con resguardo, y los datos digitales se guardarán como archivos cifrados en discos duros encriptados protegidos por contraseñas para proteger los datos de pérdidas o robos.
- Acceso restringido: Se limitará el acceso a los datos solo a personas autorizadas (Grupo investigador y asesores) con el fin de garantizar la seguridad de los datos y evitar el acceso no autorizado.

VI.10 Procesamiento y análisis de la información

- Obtención de la información: se establecerá contacto con la población embarazada de las unidades de salud intermedias de San Vicente y Tecapán, Usulután, a quienes se les explicará el objetivo de la investigación, a la vez se les explicará el cuestionario IDARE, y la hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, solicitando para ello, la participación de al menos 130 embarazadas. Además, se les explicará que la entrevista tendrá una duración de aproximadamente 15 min. y se solicitará la firma para el consentimiento informado pudiendo negarse o retirarse de la investigación durante la realización de la misma.
- Se utilizarán técnicas de estadística mediante fórmulas Microsoft Excel para obtener una visión general de los datos recopilados, medidas de tendencia central y medidas de dispersión para cada variable del estudio, como los niveles de ansiedad y los factores de riesgo evaluados.
- Gráficos y tablas: se creará gráficos y tablas mediante Microsoft Excel para visualizar los datos de manera clara y concisa los datos obtenidos. Primero se identificará las características sociodemográficas de las embarazadas por medio de tablas de frecuencia y graficas; Luego se los niveles de ansiedad tanto como Estado como Rasgo y se evaluara la prevalencia de ambos o solamente uno de dos, por medio de tablas para facilitar la presentación de información, Por último, se tabulara los factores de riesgo en aquellas embarazadas que obtuvieron un nivel medio o alto en Estado o Rasgo de ansiedad

- Interpretación de los resultados: Una vez identificados los niveles medios y altos de ansiedad ya sea en Estado o Rasgo, o ambos. Se valorará la importancia clínica de los datos obtenidos
- Validación del análisis: se realizarán pruebas estadísticas para validar el análisis y garantizar que los resultados sean significativos.
- Presentación de resultados: una vez que se han validado los resultados, se presentará los resultados de manera clara y concisa en un informe de investigación. utilizando gráficos y tablas para demostrar los resultados.

VI.11 Consideraciones éticas

A la persona entrevista se le dará a conocer el propósito de la investigación, así como explicarle el procedimiento para la obtención de la información y mecanismos de confidencialidad y resguardo de datos. Al asegurarse que la entrevistada este de acuerdo con realizar la investigación se solicita el consentimiento informado (Ver anexo 2 “Consentimiento Informado”). Durante la recolección de datos se tomarán en cuenta los valores morales que defienden a la población de estudio, en cuanto a su dignidad como persona, haciendo valer el respeto y la privacidad, así también las personas encargadas de la investigación deberán mostrar responsabilidad ya que debe haber un compromiso en cuanto a la confidencialidad de los datos obtenidos y su posterior procesamiento de manera verídica y exacta; además mostrar agradecimiento por la participación.

Además aquellas participantes que obtuvieron puntajes altos en cuestionario IDARE (Ya sea en estado, rasgo o ambos) será interconsulta con psicología en el caso de U.S Intermedia Periférica de San Vicente, y referencia a segundo nivel en caso de U.S Intermedia de Tecapán.

VI. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

VII.1 Características sociodemográficas de embarazadas que llevan controles prenatales básicos en de USI periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, durante junio a agosto de 2023

Tabla 1: Resumen de Características sociodemográficas de embarazadas que participan en la investigación

1. Unidad de Salud en la que llevan Control Prenatal básico		
	F	%
USI Periférica SV	103	76%
USI Tecapán US	33	24%
Total	136	100%
2. Rangos de edad.		
	F	%
18-20 Años	37	27%
21-25 Años	46	34%
26-30 Años	28	21%
31-35 Años	25	18%
Total	136	100%
3. Área geografía de embarazadas de procedencia		
	F	%
Urbana	62	46%
Rural	74	54%
Total	136	100%
4. Nivel educativo		
	F	%
Ninguna	0	0%
Básico	67	49%
Intermedio	69	51%
Superior	0	0%
Total	136	100%
5. Estado civil		
	F	%
Soltera	27	20%
Acompañada	89	65%
Casada	20	15%
Viuda	0	0%
Total	136	100%
6. Situación Laboral		
	F	%
Desempleado	115	85%

Empleado	21	15%
Total	136	100%
7. Percepción de Ingresos		
	F	%
Suficientes	119	88%
Insuficientes	17	13%
Total	136	100%
8. Número de Hijos previos		
	F	%
Ninguno	59	43%
1 hijo	58	43%
≥ 2 hijos	19	14%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Ver anexo 7 graficas de las Características sociodemográficas de embarazadas que llevan controles prenatales básicos en de USI periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután

Interpretación de Tabla: La totalidad de las embarazadas participantes en la investigación (136 embarazadas), y sus respectiva Unidad de Salud de procedencia, correspondiendo un total de 103 embarazadas (76%) a la Unidad de Salud Periférica de San Vicente y 33 embarazadas (24%) a Unidad de Salud Intermedia de Tecapán, Usulután. Los Rangos de edad de las embarazadas participantes, presentándose la mayoría en el rango de edad de entre los 21 a 25 años correspondiente a 46 participantes (31%), seguido por el rango de 18 a 20 años con 37 participantes (27%), los rangos de 26 a 30 años con 28 participantes (21%) y la menor frecuencia el rango de 31 a 35 años con 25 participantes (18%). La localización geográfica según área de procedencia de las embarazadas practicantes de del estudio siendo la mayoría del área urbana teniendo un valor de 74 embarazadas (54%) y para el área rural 62 embarazadas (46%). El nivel educativo alcanzado por las participantes del estudio, centrados en los niveles Básico con frecuencia de 67 embarazadas (49%) e intermedio con frecuencia de 69 embarazadas (51%) y con frecuencia de 0 embarazadas en ningún nivel académico y estudios superiores. El estado civil de las participantes quienes se agrupan la mayoría con estado de acompañada con una frecuencia de 89 embarazadas (65%) y en menor proporción estado de solteras con frecuencia de 27 embarazadas (20%), seguido por casadas con frecuencia de 20 embarazadas (15%), y ninguna con estado civil de viuda. La situación

laboral de embarazadas participantes del estudio, presentando una frecuencia de 115 embarazadas que afirmaban ser desempleadas (85%) y 21 embarazadas que afirman ser empleadas (15%). La percepción de los ingresos obtenidos en el núcleo familiar de las embarazadas, siendo que la mayoría percibe que sus ingresos obtenidos son suficientes en 119 embarazadas (87%) e insuficientes en 17 embarazadas (13%). El número de hijos previos al actual embarazo, observando una frecuencia similar entre de embarazadas sin hijos previos de 59 (43%) y las que tienen un hijo previamente con frecuencia de 58 (43% cada una) y la menor frecuencia para las que poseen previamente dos o más hijos siendo 19(14%)

VII.2 Identificación de Estado y Rasgo de ansiedad en embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, durante junio a agosto de 2023

Tabla 2: Nivel de ansiedad como estado en embarazadas que participan en la investigación

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Bajo (≤ 30 Puntos)	28	21%
Medio (31-44 Puntos)	105	77%
Alto (≥ 45 Puntos)	3	2%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Interpretación de tabla: El nivel de ansiedad como estado; de acuerdo con los datos obtenidos se aprecia que la mayor cantidad de participantes se encuentran en un nivel medio de ansiedad como estado con una frecuencia de 105 participantes (77%), seguido por las participantes que presentan un nivel bajo de ansiedad como estado con una frecuencia de 28 participantes (21%) y por solamente 3 participantes (2%) con nivel alto de ansiedad como estado

Tabla 3: Nivel de ansiedad como Rasgo, en embarazadas que participan en la investigación

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Bajo (≤ 30 Puntos)	27	20%
Medio (31-44 Puntos)	102	75%
Alto (≥ 45 Puntos)	7	5%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután.

Interpretación de tabla: El nivel de ansiedad como rasgo; de acuerdo a los datos obtenidos se aprecia que la mayor cantidad de participantes se encuentran en un nivel medio de ansiedad como rasgo (30 a 44 puntos) con una frecuencia de 102 participantes (75%), seguido por las participantes que presentan un nivel bajo de ansiedad como rasgo (menor a 30 puntos) con una frecuencia de 27 participantes (20%) y por ultimo las participantes con un nivel alto de ansiedad como rasgo (mayor o igual a 45 puntos) con una frecuencia de 7 participantes (5%).

Tabla 4: Resumen de prevalencia de ansiedad, en embarazadas que participan en la investigación

	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	106	78%
Únicamente Estado de ansiedad	2	1%
Únicamente Rasgo de ansiedad	3	2%
No presenta Estado, ni Rasgo de ansiedad	25	19%
Total	136	100%

Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Interpretación de tabla: En cuanto a la presencia de algún nivel de ansiedad (Mayor a 30 puntos tanto en estado como rasgo), el 78% de las embarazadas presenta tanto Rasgo como estado de ansiedad, el 19% no presenta estado ni rasgo de ansiedad, y en menor medida el 2% presenta únicamente Rasgo de ansiedad, y el 1% únicamente estado.

VII.3 Identificación de factores de riesgo de embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután,

Solamente se tomarán en cuenta las embarazadas que presentan nivel medio o alto de ansiedad en el cuestionario IDARE ya sea que presente tanto Estado y Rasgo o Estado y Rasgo por separado, siendo un total de 111 embarazadas (106 Tanto estado como Rasgo; 2 únicamente Estado; 3 únicamente Rasgo)

Tabla 5: *Sensación de ansiedad en Embarazadas, en embarazadas que participan en la investigación*

Percepción de las embarazadas sobre síntomas de ansiedad			
Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
Ha tenido Sensación de ansiedad	21	0	0
Ha no ha tenido Sensación de ansiedad	85	2	3
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Interpretación de tabla: Las participantes que presentan tanto Estado como Rasgo de ansiedad; la mayoría ha tenido la sensación de ansiedad (85 Embarazadas); Totas las Embarazadas que únicamente presenta Estado de ansiedad han tenido sensación de ansiedad (2 embarazadas); Totas Las que únicamente presentan Rasgo de ansiedad han tenido sensación de ansiedad (3 embarazadas)

Tabla 6: Edad como factor generador de ansiedad, en embarazadas que participan en la investigación

Percepción de las embarazadas sobre su edad como factor generador de ansiedad			
Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
0: Muy en desacuerdo	18	1	2
1: Desacuerdo	44	1	0
2: Indiferente	38	0	1
3: De acuerdo	3	0	0
4: Muy de acuerdo	3	0	0
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla: Para las participantes que presentan tanto Estado como Rasgo de ansiedad, la mayoría siendo 100 embarazadas su edad no les genera ningún nivel de ansiedad (Seleccionado 44 como “Desacuerdo”, 39 como “indiferente”, y 18 estando en “Muy en desacuerdo”) únicamente a 6 embarazadas su edad genera algún nivel de ansiedad 3 con un nivel medio y 3 nivel alto; Las Embarazadas que únicamente presenta estado de ansiedad las 2 participantes no les genera ningún nivel de ansiedad su edad; ; En cuanto las embarazadas que únicamente presenta Rasgo de ansiedad las 3 participantes no les genera ningún nivel de ansiedad su edad

Tabla 7: *Relación pareja como factor generador de ansiedad en embarazadas que participan en la investigación*

Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
0: Muy en desacuerdo	23	2	3
1: Desacuerdo	37	0	0
2: Indiferente	39	0	0
3: De acuerdo	7	0	0
4: Muy de acuerdo	0	0	0
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla:

Para las participantes que presentan tanto Estado como Rasgo de ansiedad, la mayoría siendo 99 embarazadas la relación con su pareja no les genera ningún nivel de ansiedad (Seleccionado 39 como “Indiferente”, 37 como “Desacuerdo”, y 23 estando en “Muy en desacuerdo”) únicamente a 7 embarazadas la relación con su pareja genera algún nivel de ansiedad 3 con un nivel medio y 3 nivel alto; Las Embarazadas que únicamente presenta estado de ansiedad las 2 participantes no les genera ningún nivel de ansiedad su relación con su pareja; En cuanto las embarazadas que únicamente presenta Rasgo de ansiedad las 3 participantes no les genera ningún nivel de ansiedad su relación con su pareja

Tabla 8: *Relación padres y amistades factor generador de ansiedad en embarazadas que participan en la investigación*

Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
0: Muy en desacuerdo	12	1	3
1: Desacuerdo	22	0	0
2: Indiferente	39	1	0
3: De acuerdo	28	0	0
4: Muy de acuerdo	5	0	0
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla: Para las participantes que presentan tanto Estado como Rasgo de ansiedad, la mayoría siendo 73 embarazadas la relación con sus padres y amistades no les genera ningún nivel de ansiedad (Seleccionado 39 como “Indiferente”, 22 como “Desacuerdo”, y 12 estando en “Muy en desacuerdo”), En 33 embarazadas la relación con su pareja genera algún nivel de ansiedad, siendo 28 con un nivel medio y 5 nivel alto; Las Embarazadas que únicamente presenta estado de ansiedad las 2 participantes no les genera ningún nivel de ansiedad su relación con sus padres y amistades; En cuanto las embarazadas que únicamente presenta Rasgo de ansiedad las 3 participantes no les genera ningún nivel de ansiedad su relación con sus padres y amistades

Tabla 9: Situación con respecto a embarazo como factor generador de ansiedad, en embarazadas que participan en la investigación

Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
0: Muy de acuerdo	26	0	0
1: De acuerdo	57	0	0
2: Indiferente	14	1	0
3: Desacuerdo	5	1	2
4: Muy en desacuerdo	4	0	1
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla: Para las participantes que presentan tanto Estado como Rasgo de ansiedad, la mayoría 97 embarazadas su situación con respecto al embarazo no les genera ningún nivel de ansiedad (Seleccionado 57 como “De acuerdo”, 26 como “Muy de acuerdo”, y 14 estando en “Indiferente”) , En 9 embarazadas la su situación con respecto al genera algún nivel de ansiedad, siendo 5 con un nivel medio y 4 nivel alto; Las Embarazadas que únicamente presenta estado de ansiedad solo 1 participantes le nivel medio de ansiedad su situación con respecto al embarazo; En cuanto las embarazadas que únicamente presenta Rasgo de ansiedad las 3 participantes les genera ningún nivel de ansiedad su situación respecto al embarazo (2 nivel medio y 1 nivel alto de ansiedad)

Tabla 10: Nivel socioeconómico como factor generador de ansiedad, en embarazadas que participan en la investigación

Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
0: Muy en desacuerdo	2	1	0
1: Desacuerdo	7	0	3
2: Indiferente	23	1	0
3: De acuerdo	44	0	0
4: Muy de acuerdo	30	0	0
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla: Para las participantes que presentan tanto Estado como Rasgo de ansiedad, la mayoría 74 embarazadas el nivel socioeconómico les genera ningún nivel de ansiedad (siendo 44 nivel medio y 3° nivel alto), En 32 embarazadas la su Nivel socioeconómico no les genera ansiedad (23 les es “Indiferente”, 7 “De acuerdo” y 2 en “Muy en desacuerdo”); Las Embarazadas que únicamente presenta estado de ansiedad, a ninguna el Nivel socioeconómico le genera algún nivel de ansiedad; En cuanto las embarazadas que únicamente presenta Rasgo a ninguna el Nivel socioeconómico le genera algún nivel de ansiedad

Tabla 11: Prevalencia de enfermedades en embarazadas, en embarazadas que participan en la investigación

Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
No padecen enfermedad	78	2	3
Padecen de alguna enfermedad	28	0	0
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla: De las participantes que presentan tanto estado como rasgo, 78 embarazadas refirieron que no padecen de alguna enfermedad y 28 embarazadas padecen de alguna enfermedad durante la gestación; Las embarazadas que presentan ninguna refirieron presentar alguna enfermedad; Las embarazadas que presentan únicamente Rasgo de ninguna refirió padecer de alguna enfermedad

Tabla 12: Efecto de comorbilidades durante el embarazo como factor generador de ansiedad, en embarazadas que participan en la investigación

Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
0: Muy en desacuerdo	0	0	0
1: Desacuerdo	4	0	0
2: Indiferente	12	0	0
3: De acuerdo	11	0	0
4: Muy de acuerdo	1	0	0
Total	28	0	0

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla: De las participantes que presentan tanto Estado como Rasgo, 16 embarazadas no les genera ansiedad el padecer alguna enfermedad, y 12 presentan algún nivel de ansiedad (11 nivel medio y 1 nivel alto). No hay registros de embarazadas que presenten únicamente Estado ni únicamente Rasgo

Tabla 13: *Pensamiento de Complicaciones en embarazo como generador de ansiedad, en embarazadas que participan en la investigación*

Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
0: Muy en desacuerdo	11	0	0
1: Desacuerdo	9	0	0
2: Indiferente	12	0	0
3: De acuerdo	51	1	2
4: Muy de acuerdo	23	1	1
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla: Las participantes que presentan tanto Estado como Rasgo de ansiedad, la mayoría 73 embarazadas el pensamiento de una posible enfermedad les genera algún nivel de ansiedad (Seleccionado 51 nivel medio y 23 nivel alto de ansiedad); Las Embarazadas que únicamente presenta estado de ansiedad 1 obtuvo un nivel medio y 1 un nivel alto; Las que únicamente presentan Rasgo de ansiedad 1 le genera un nivel medio de ansiedad y 1 nivel alto de ansiedad

Tabla 14: *Antecedente familiar de ansiedad como factor generador de ansiedad, en embarazadas que participan en la investigación*

Puntaje obtenido	Presenta tanto Estado como Rasgo de ansiedad	Únicamente Estado de ansiedad	Únicamente Rasgo de ansiedad
No posee antecedentes familiares de ansiedad	88	2	3
Posee antecedentes familiares	18	0	0
Total	106	2	3

Fuente: Hoja identificación de factores de riesgo de ansiedad en embarazada tipo Likert modificada, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Nota: Puntuaciones <2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Interpretación de tabla: De las participantes que presentan tanto estado como rasgo, 88 embarazadas no tienen familiar que hayan padecido de ansiedad y 18 embarazadas poseen antecedentes familiares de ansiedad; Las embarazadas que presentan únicamente estado de ansiedad, no cuentan con antecedentes familiares de ansiedad; Las embarazadas que presentan únicamente rasgo de ansiedad, no cuentan con antecedentes familiares de ansiedad

VII. DISCUSIÓN

Es relevante destacar que no se puede afirmar que la condición de embarazo per se haga incidencia en un trastorno como la ansiedad, pero si puede generar factores que produzcan preocupaciones y ansiedad (6) El estudio realizado revela un alto nivel de ansiedad en la población de embarazadas evaluadas; en el apartado de presentación de resultados (ver Tabla 4) se muestra que 81% de las participantes presentan niveles medios o altos de ansiedad, lo cual resulta un hallazgo significativo dado a que la ansiedad es un trastorno común durante el embarazo de la población estudiada, tanto en términos de estados emocionales transitorios como de características personales más estables relacionadas con la propensión a la ansiedad; El 19% de las embarazadas presentan niveles bajos de ansiedad, lo cual es un dato alentador, ya que indica que una proporción significativa de las mujeres embarazadas no presentan ni estado ni rasgo de ansiedad, ello podría deberse a una variedad de factores, como un sólido sistema de apoyo social, estrategias de afrontamiento efectivas o una predisposición genética a la resiliencia emocional. Los hallazgos sobre el 2% de las embarazadas que presentan únicamente ansiedad como rasgo y el 1% que presenta únicamente ansiedad como estado son igualmente interesantes dado que sugiere que existe una variabilidad significativa en la naturaleza de la ansiedad experimentada durante el embarazo.

También es importante destacar que en la investigación a pesar de que 111 embarazadas presentaron niveles medios o altos de ansiedad, únicamente 90 han tenido la percepción subjetiva de tener síntomas de ansiedad (Ver tabla 5), ello indica valores similares a lo mencionado por S. Bonassi Damaris, 2020 quien menciona que más del 75% de las embarazadas con diagnóstico de ansiedad perciben los síntomas.

Hay evidencia de que la ansiedad se puede asociar con algunas alteraciones en la formación del bebé (7) Los resultados obtenidos demuestra que el factor que más prevalece en las embarazos con niveles medio o altos de ansiedad, es el pensamiento de complicaciones en el

⁶ Paho, Salud Mental Perinatal edición de 2017. Resumen regional y panorama subregional [Internet]. Washington, D.C. OPS; 2017 Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf

⁷ Mardorys D, Rosanna A, José G.,Mónica R. , Shirley R. , Lucy R. , Jesús L.; Depresión y ansiedad en embarazadas 2013, vol.17, n.2, pp.32-40. ISSN 1316-7138. Disponible en: <http://ve.scielo.org/pdf/s/v17n2/art06.pdf>.

embarazo que puedan acarrear la formación de feto durante el embarazo como factor generador de ansiedad (Ver tabla 13)

Hay un número cada vez mayor de mujeres que no reciben cuidados especiales, tienen que trabajar arduamente durante todo el embarazo y están expuestas a innumerables presiones asociadas con la privación económica, las dificultades psicosociales. (8).

Los datos obtenidos durante la investigación indican que la mayoría de embarazadas estudiadas perciben sus ingresos como “Suficientes”(ver Tabla 1), sin embargo también 79 embarazadas mostraron niveles medio o altos de ansiedad ante su nivel socioeconómico como factor generador de ansiedad (ver Tabla 10), lo cual podría indicar que si bien actualmente sus ingresos son percibidos suficientes, a futuro con el nacimiento de un hijo y la expansión de la familia estos ingresos podrían dejar de solventar sus necesidades, lo cual genera preocupación y ansiedad, cabe aclarar que el 85% de las embarazadas (Ver tabla 1) se encuentran al momento del abordaje desempleadas y aseveran dedicarse a actividades de hogar (Amas de casa), lo cual dificulta la obtención de ingresos económicos al núcleo familiar

Las mujeres jóvenes pueden sentirse más inseguras acerca de su capacidad para cuidar a un recién nacido, mientras que las mujeres mayores pueden preocuparse más acerca de los riesgos para la salud del bebé y las complicaciones del embarazo (Teixera y cols., 2009). Según los datos obtenidos el menor rango de edad (de 18 a 20 años) fueron 37 embarazadas y el mayor rango de edad (de 31 a 35 años) fueron 25 embarazadas (Ver tabla 1); Si bien es cierto no fueron la mayor frecuencia representa un número significativo en conjunto, sin embargo, las embarazadas estudiadas únicamente 6 (Ver Tabla 5) presentaron niveles medios o altos de ansiedad ante su edad como factor generador. Además, a tener en cuenta pudieron ser influenciado por motivos de la naturaleza del estudio el cual no abordó embarazadas en

⁸ García Rico MA, Rodríguez AJM, Díez SMU, Real MCM. Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna. Prog Obstet Ginecol (Internet) [Internet]. 2010; 53(7):273-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-analisis-relacion-entre-riesgo-gestacional-S0304501310002517>

los extremos de la edad, tanto menores de 18 años como mayores de 35 años. La relación entre el estado civil de las mujeres embarazadas y su bienestar emocional durante el embarazo es un tema importante y complejo. La afirmación de que las mujeres que tienen una relación conflictiva o que no tienen pareja pueden sentirse más aisladas y preocupadas acerca de su capacidad para criar a un bebé por su cuenta es válida y respaldada por Teixeira y cols., 2009 (7). Las relaciones conflictivas o la falta de una pareja de apoyo pueden contribuir al estrés y la ansiedad durante el embarazo. Las preocupaciones sobre la crianza de un bebé por cuenta propia, tanto desde el punto de vista emocional como económico, pueden generar ansiedad adicional. Además, el aislamiento social puede intensificar estos sentimientos, ya que las mujeres pueden sentir que carecen de un sistema de apoyo sólido para afrontar los desafíos del embarazo y la maternidad. Los datos de la investigación indican que el 80% de las embarazadas están viviendo en pareja (acompañadas o casadas) y solo el 20% están solteras, respalda la idea de que la mayoría de las mujeres embarazadas tienen una relación de pareja. No obstante, en la tabla 7, muestra que únicamente 7 de las embarazadas que presentan un nivel medio o alto de ansiedad tienen preocupaciones relacionadas con su relación de pareja, sugiere que la ansiedad en este grupo puede estar vinculada a conflictos o preocupaciones en sus relaciones actuales.

El embarazo es una experiencia única y a menudo desafiante, y contar con una red de apoyo sólida puede hacer que la mujer se sienta acompañada, valorada y menos sola. El apoyo emocional con lazos familiares y amistades elevan el valor social del embarazo, y hacen que la mujer se sienta más acompañada y valorada en esta etapa de la vida. Cuando esto se pierde algunos de los trastornos de ansiedad que se asocian con el bajo apoyo psicosocial se vuelven más prevalentes (7), Ello coincide al observar los datos de la investigación en la cual 33 embarazadas presentaron niveles medios y altos de ansiedad ante el factor de la falta de su red de apoyo.

La idea de que una embarazada se sienta abrumada o no preparada para asumir la maternidad es una preocupación legítima y común. El embarazo es un momento de cambios significativos en la vida de una mujer, tanto físicos como emocionales, y puede generar una serie de preocupaciones y ansiedades relacionadas con el futuro. Estos sentimientos pueden

surgir por diversas razones, como la falta de experiencia, las expectativas sociales, las preocupaciones financieras, las inseguridades y otras circunstancias personales (9). Los datos de la investigación indican que 13 embarazadas (Ver Tabla 9) han presentado niveles medios o altos de ansiedad, son consistentes con la idea de que estas preocupaciones pueden tener un impacto significativo en la salud mental de algunas mujeres durante el embarazo

VIII. CONCLUSIONES

- Identificar a las embarazadas con niveles de ansiedad media o alta es esencial para proporcionar intervenciones adecuadas y apoyo durante el embarazo. Esto puede ayudar a prevenir problemas de salud mental más graves y garantizar un mejor bienestar tanto para las madres como para los bebés.
- La presencia de una red de apoyo emocional sólida, la pareja familia y amistades, parece influir en la ansiedad de las embarazadas. Aquellas que tienen relaciones conflictivas o carecen de una pareja pueden experimentar niveles más altos de ansiedad y preocupación acerca de la crianza del bebé por sí mismas.
- Los resultados indican que la mayoría de las embarazadas tienen una relación de pareja. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las preocupaciones relacionadas con la ansiedad pueden variar según factores sociodemográficos y contextuales específicos.
- La ansiedad es un problema común durante el embarazo, y estos hallazgos tienen importantes implicaciones tanto para la investigación como para la atención médica.
- La comprensión de la ansiedad en este contexto puede llevar a una mejor atención y apoyo para las mujeres embarazadas
- La ansiedad durante el embarazo puede tener consecuencias negativas para la salud de la madre y el bebé, por lo que es esencial abordar este problema de manera efectiva. Los profesionales de la salud deben estar capacitados para identificar y ofrecer apoyo a las mujeres que experimentan ansiedad durante el embarazo, ya sea a través de terapia, educación sobre el manejo del estrés o derivación a especialistas en salud mental.
- Los resultados sugieren que un número significativo de mujeres embarazadas que asisten a estas Unidades de Salud intermedias Periférica San Vicente y Tecapán, Usulután experimentan niveles de ansiedad media o a alta durante su embarazo. Esto subraya la importancia de abordar la salud mental de las embarazadas en el contexto de la atención prenatal.
- La mayoría de las embarazadas participantes de esta investigación presentan Tanto Estado como Rasgo de ansiedad y pocas veces se manifiestan únicamente una de las dos características y El Factor generador de ansiedad que más prevalece en la población estudiada es el pensamiento de posibles complicaciones en embarazo, seguido por los factores socioeconómicos.

IX. RECOMENDACIONES

Unidades de Salud intermedias Periférica San Vicente y Tecapán, Usulután

- Una mayor conciencia y capacitación por parte de los profesionales de la salud para identificar y apoyar a las mujeres embarazadas que pueden estar experimentando ansiedad.
- Implementa una evaluación sistemática de la salud mental durante los controles prenatales. Utiliza cuestionarios validados para detectar signos de ansiedad y depresión, y realiza seguimiento regularmente.
- Comprender que la ansiedad es un trastorno multifactorial por lo cual requiere de un equipo multidisciplinario para su atención.
- Generar ruta de atención específicas para pacientes embarazadas con problemas psiquiátricos

Personal de salud

- Fomentar la participación a toda embarazada a las charlas prenatales. Y proporcionar información sobre los posibles efectos de la ansiedad durante el embarazo y la importancia de la atención temprana.
- Al identificar embarazadas con ansiedad referir a profesionales de salud mental especializados en salud perinatal cuando sea necesario. Colabora con psicólogos, psiquiatras u otros especialistas para brindar un apoyo integral.
- Educa a las embarazadas sobre prácticas de autocuidado que pueden ayudar a reducir la ansiedad, como el ejercicio regular, la meditación y la respiración profunda.
- Realiza un seguimiento regular de la salud mental de las embarazadas a lo largo del embarazo y el posparto.

Embarazadas

- Asistir periódicamente a las charlas prenatales, donde se aclaran diversos puntos en torno al embarazo y con ello esclarecer duda e inquietudes.
- Buscar ayuda de un profesional de salud mental especializado en salud perinatal. Un terapeuta o psicólogo ya que pueden proporcionarte herramientas y estrategias específicas para manejar la ansiedad durante el embarazo.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

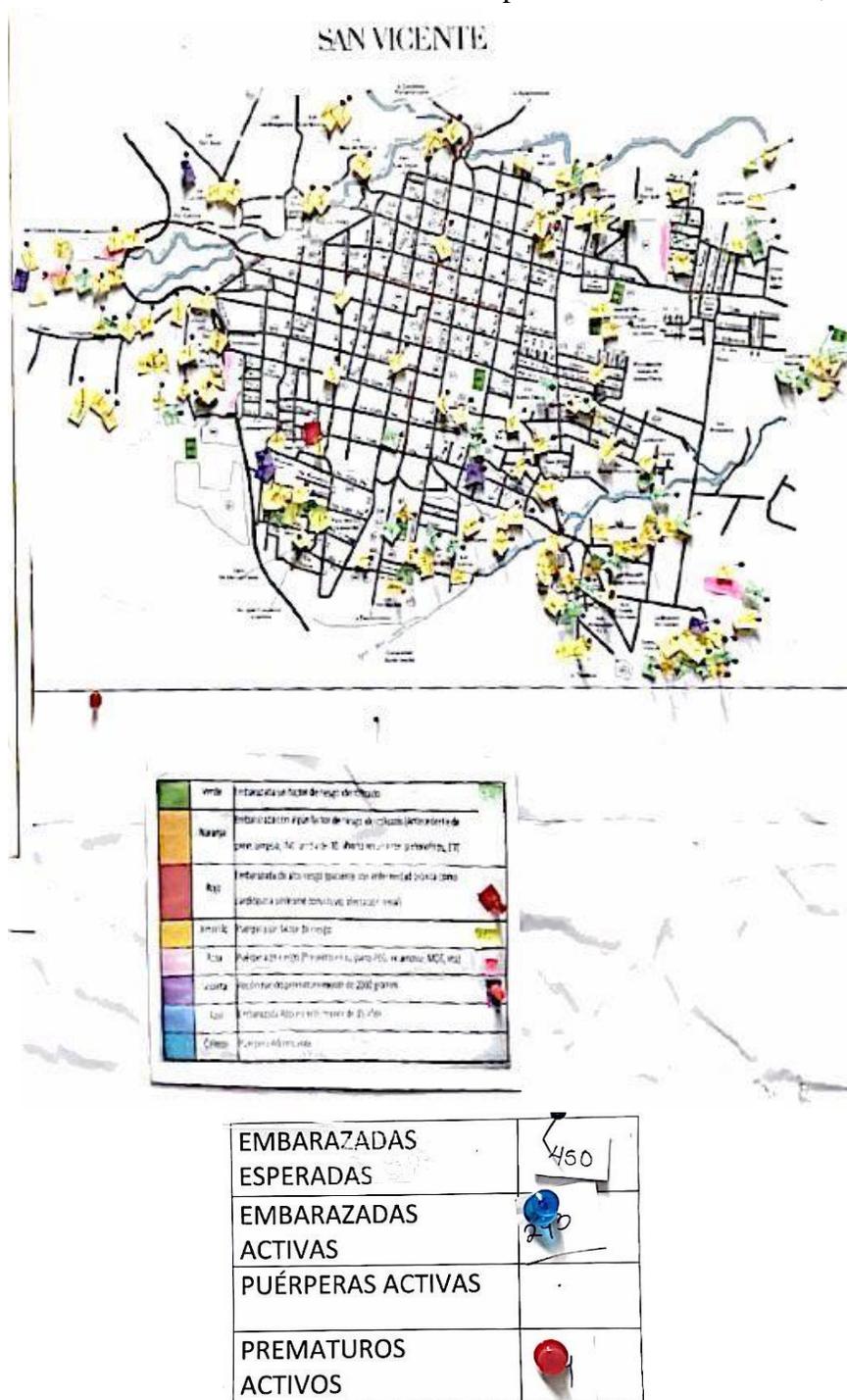
- 1) García Rico MA, Rodríguez AJM, Díez SMU, Real MCM. Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna. Prog Obstet Ginecol [Internet]. 2010; 53(7):273-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-analisis-relacion-entre-riesgo-gestacional-S0304501310002517>
- 2) Fernández M, Luz M; Sánchez C. Influencia de la Ansiedad en la Salud de la Mujer Gestante y la Vinculación Afectiva International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm. 1, 2005, pp. 569-584
- 3) Asociación Nacional de Psicología Evolutiva y Educativa de la Infancia, Adolescencia y Mayores Badajoz, España [citado el 23 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349832486042>
- 4) Mardorys Diaz, Rosanna Amato, José G. Chávez, Mónica Ramirez, Shirley Rangel, Lucy Rivera, Jesús López. Depresión y ansiedad en embarazadas. 2020; Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006
- 5) Anicama Gómez J, Pizarro Arteaga RD, Pineda López CE, Vallenas Pedemonte FA, Aguirre Morales MT, Villanueva Blas LF. Evidencias psicométricas del inventario ansiedad estado-rasgo: IDARE en universitarios de Lima en tiempos de COVID-19. Psychol [Internet]. 2021 [citado el 2 de mayo de 2023];15(2):49–62. Disponible en: <https://www.revistas.usb.edu.co/index.php/Psychologia/article/view/5911>
- 6) Orozco WN, Jesús M, Baldares V. Trastornos de Ansiedad: Revisión Dirigida Para Atención Primaria. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>
- 7) Mayra Martínez Mallen D, Nelson D, Garza L. Trastornos de ansiedad (2021). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revneuneupsi/nnp-2011/nnp113d.pdf>
- 8) Paho, Salud Mental Perinatal edición de 2017. Resumen regional y panorama subregional [Internet]. Washington, D.C. OPS; 2017 Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
- 9) Adewuya AO, Ologun YA, Ibigbami SM. Trastorno de estrés postraumático después del parto en mujeres nigerianas: prevalencia y factores de riesgo. BJOG. 2006;113(3):284-8. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16487199/>
- 10) Al-Yagon M, Richter-Levin G. La exposición al estrés durante el embarazo altera el estado afectivo y la ansiedad de la madre y el rendimiento cognitivo de la descendencia. Behav Brain Res. 2009;197(2):450-8. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/51175/29059562.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- 11) Lineamientos técnicos para la atención de la mujer en el período preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y al recién nacido. San Salvador, El Salvador 2021, Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_atencion_preconcepcional_v2.pdf

- 12) Bauer A, Parsonage M, Knapp M, Iemmi V, Adelaja B, Samuels A. Los costos de los problemas de salud mental perinatal. Londres: Centro de Salud Mental; 2014.
- 13) Cao J, Wang L, Zhang J, Lv Q, Lu J, Lu Y. El efecto del estrés prenatal materno en el desarrollo cognitivo infantil: una revisión sistemática. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14(6):pii: E607.
- 14) Chasan-Taber L, Schmidt MD, Roberts DE, Hosmer D, Markenson G, Freedson PS. Desarrollo y validación de un cuestionario de actividad física en el embarazo. *Med Sci Sports Exerc*. 2004;36(10):1750-60.
- 15) DiPietro JA. Estrés materno en el embarazo: consideraciones para el desarrollo fetal. *J Adolesc Health*. 2012;51(2 Suppl):S3-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22794531/>
- 16) Dunkel Schetter C, Glynn LM, Sandman CA. Estrés psicológico en el embarazo y resultados de salud para la madre y el recién nacido: ¿cuánto importa el ambiente? *Soc Sci Med*. 2011;72(10):1609-16.
- 17) Monica M, Sol R, Sonia Esperanza O. Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. 2019. Disponible en: <https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2820/3136>
- 18) Kinsella MT, Monk C. Impacto del estrés, la depresión y la ansiedad materna en el desarrollo neuroconductual fetal. *Clin Obstet Gynecol*. 2009;52(3):425-40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19661759/>
- 19) Kuo SH, Yang SN, Liao WC, Chiu YW, Chen PC. Correlaciones entre factores psicosociales y estrés prenatal en mujeres embarazadas. *Women Birth*. 2014;27(4):36-41.
- 20) Lobel M, Cannella DL, Graham JE, DeVincent CJ, Schneider J, Meyer BA. Estrés específico del embarazo, comportamientos de salud prenatal y resultados del parto. *Health Psychol*. 2008;27(5):604-15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18823187/>

XI. ANEXOS

Anexo 1: Mapa obstétrico de Unidades de Salud Intermedias periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, 2023

Mapa obstétrico de Unidades de Salud Intermedias periférica de San Vicente, 2023



Anexo 2: Inventario de la ansiedad rasgo-estado (IDARE)

INVENTARIO IDARE

Expediente: _____ Establecimiento: _____ Fecha: _____

Evaluación sociodemográfica				
Edad:	_____			
Hijos previos:	Ninguno <input type="checkbox"/>	1 hijo <input type="checkbox"/>	>2 Hijos <input type="checkbox"/>	
Área:	Urbano <input type="checkbox"/>	Rural <input type="checkbox"/>		
Estado civil:	Soltera <input type="checkbox"/>	Acompañada <input type="checkbox"/>	Casada <input type="checkbox"/>	Viuda <input type="checkbox"/>
Ocupación:	Desempleado <input type="checkbox"/>	Empleado <input type="checkbox"/>	Especifique _____	
Ingresos:	Suficiente <input type="checkbox"/>	Insuficientes <input type="checkbox"/>		
Nivel educativo:	Sin Estudios <input type="checkbox"/>	Básico <input type="checkbox"/>	Intermedio <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente ahora mismo. 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.

	NO	UN POCO	BASTANT E	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4

35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

Calificación Sumar el puntaje marcado por el sujeto

Ansiedad como estado

Ítems	3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18	Total, A
ítems	1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20	Total, B

$$(A - B) + 50 =$$

Nivel de ansiedad: _____ Bajo (<30) _____ Medio (30-44) _____ Alto (>45)

Ansiedad como rasgo o peculiar

ítems	22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40	Total, A
ítems	21, 26, 27, 30, 33, 36, 39	Total, B

$$(A - B) + 35 =$$

Nivel de ansiedad: _____ Bajo (<30) _____ Medio (31-44) _____ Alto (>45)

Anexo 3: Hoja de Evaluación de Factores De Riesgo

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Expediente: _____

Fecha: _____

Establecimiento: _____

INSTRUCCIONES: LLENAR ESTA HOJA SOLO SI IDARE > 30 PUNTOS Lea cada factor de riesgo y marque con “X”, “√” O llene según corresponda se siente respecto a situación presentada.

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.

Factores de riesgo	Muy En desacuerdo = 0	Desacuerdo = 1	Indiferente = 2	De acuerdo = 3	Muy de acuerdo = 4
1. ¿Ha padecido de ansiedad anteriormente? “Si” =4; “No” = 0		Si			No
2. ¿Su edad representa alguna dificultad para embarazo?					
3. ¿Considera que la relación con su pareja le puede generar alguna complicación en su embarazo?					
4. ¿Considera que la relación con su Familia y Amigos le puede generar alguna complicación en su embarazo?					
5. ¿Cómo se siente respecto a su embarazo?					
6. ¿Su nivel socioeconómico representa alguna dificultad para embarazo?					
7. ¿Parece usted de alguna enfermedad su embarazo actual? Costear solo si repuesta de pregunta 7 es “SI”		Si			No
8. ¿Piensa constantemente que su comorbilidad pueda generar efectos adversos en el desarrollo de su bebe?					
9. ¿Piensa que una futura enfermedad pueda generar complicaciones en el embarazo?					
10. ¿Su familia ha padecido de ansiedad anteriormente? “Si” =4; “No” = 0		Si			No

Puntaje obtenido							
Edad	Relación con Pareja	Red social	Actitud con el Embarazo	Nivel socioeconómico	Comorbilidades	Historia personal de ansiedad	Historia familiar de ansiedad

<2 No genera ansiedad; Puntuaciones = 3 Genera ansiedad media; Puntuaciones =4 Genera ansiedad Alta

Anexo 4: Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes de esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Fredy Alberto Álvarez Martínez, Gabriel Edgardo Castillo Ayala y Miguel Ángel Claros Rivas, Egresados de la carrera de Doctorado en Medicina de la Universidad Nacional de El Salvador, quienes actualmente fungen como médicos en servicio social.

La finalidad de este estudio es determinar la relación entre factores de riesgo y niveles de ansiedad en embarazadas entre las edades de 18 a 35 años que llevan sus controles prenatales básicos en establecimientos de primer nivel de atención.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá realizar una entrevista, dirigida a saber sus vivencias y su nivel de satisfacción respecto a diversos temas que envuelven su embarazo. Esto tomará un tiempo aproximado de 15 min. Los datos obtenidos en la recolección son totalmente anónimos y confidenciales. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma.

Agradecemos de antemano su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informada de la finalidad de este estudio y me han indicado también que tendré que responder preguntas realizadas por el entrevistador, lo cual tomará aproximadamente 15 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona o en la atención que se me brinda. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio o de querer conocer los resultados de este estudio cuando éste haya concluido, puedo contactar a _____ al teléfono _____.

Registro clínico

Firma

Fecha

Anexo 5: Cartas de intenciones

Carta de intenciones dirigida a Unidad de Salud Periférica San Vicente.

San Salvador, 12 de mayo de 2023

Dra. Sandra Carolina Aguilar Molina

Director

Unidad de Salud Periférica San Vicente.

Reciba un cordial saludo.

Por medio de la presente. Como parte de los requisitos para la optar al grado graduación grado de Doctor en Medicina. solicito a usted su visto bueno para realizar la investigación denominada "Niveles de ansiedad y factores de riesgo presentes en embarazadas inscritas en controles prenatales en USI de San Vicente y Tecapán, durante junio a agosto de 2023" en el establecimiento que usted dirige y coordina.

En la cual se establecerá una entrevista estructurada con las embarazadas de unidades de salud intermedias de San Vicente y Tecapán, Usulután, y quienes serán fuentes primarias de información. Se explicará el propósito de la investigación que es indagar sobre el nivel de ansiedad y sobre los factores de riesgo que pueden ser causantes; Se expondrán personas responsables de la misma, además de informar de las técnicas de recolección de información que se utilizaran durante el desarrollo del estudio. Y se solicitará consentimiento informado.

Una vez que se han validado los resultados, se presentarán utilizando gráficos y tablas de manera clara y concisa en un informe de investigación

Agradeciendo su apoyo, me suscribo de usted, atentamente.



Miguel Ángel Claro Rivas

Egresado de la carrera de Doctorado en Medicina

No provisional de junta de vigilancia 092/2023.

Vobo


Dra. Sandra Carolina Aguilar Molina
DOCTORA EN MEDICINA
711 PM No. 11,910



Carta de intenciones dirigida a Unidad de Salud Tecapán

San Salvador, 12 de mayo de 2023

Dr. Juan Rene Alfaro Machuca

Director.

Unidad de Salud Tecapán.

Por medio de la presente, como parte de los requisitos de graduación para optar al grado de Doctor en Medicina, solicito a usted su visto bueno y autorización para realizar la investigación denominada "Niveles de ansiedad y factores de riesgo presentes en embarazadas inscritas en controles prenatales en USI Periférica de San Vicente y Tecapán, durante junio a agosto de 2023" en el establecimiento que usted dirige y coordina.

En la cual se establecerá una entrevista estructurada con las embarazadas de unidades de salud intermedias de San Vicente y Tecapán, Usulután, y quienes serán fuentes primarias de información. Se explicará el propósito de la investigación que es indagar sobre el nivel de ansiedad y sobre los factores de riesgo que puedan estar presentes y ser causantes; Se expondrán personas responsables de la misma, además de informar de las técnicas de recolección de información que se utilizaran durante el desarrollo del estudio. Y se solicitará consentimiento informado.

Una vez que se han validado los resultados, se presentarán utilizando gráficos y tablas de manera clara y concisa en un informe de investigación

Agradeciendo su apoyo, me suscribo a usted, atentamente.



Fredy Alberto Álvarez Martínez

Egresado de la carrera de Doctorado en Medicina

No provisional de junta de vigilancia 391/2023.



VURD.
20-05-2023
Dum

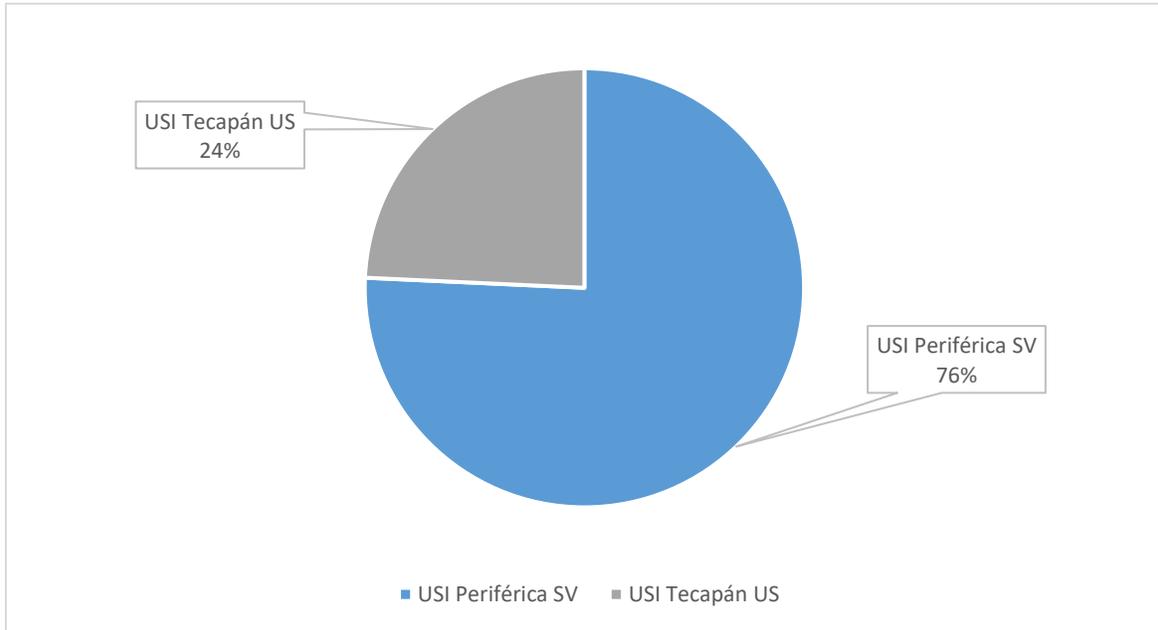
Dr. Juan Rene Alfaro Machuca
DOCTOR EN MEDICINA
I.V.P.M. No. 11 887

Anexo 6: Cronograma de Actividades

Actividad / Semana	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Orientación para ejecución del proceso de trabajo de investigación																																												
Entrega de formulario de presentación de tema para asignación de asesor																																												
Asesorías																																												
Elaboración de protocolo de investigación																																												
Entrega de protocolo a la dirección de escuela																																												
Evaluación de observaciones al protocolo																																												
Ejecución de investigación																																												
Análisis de resultados																																												
Elaboración de informe final																																												
Entrega de informe final por jurado																																												
Defensa pública																																												

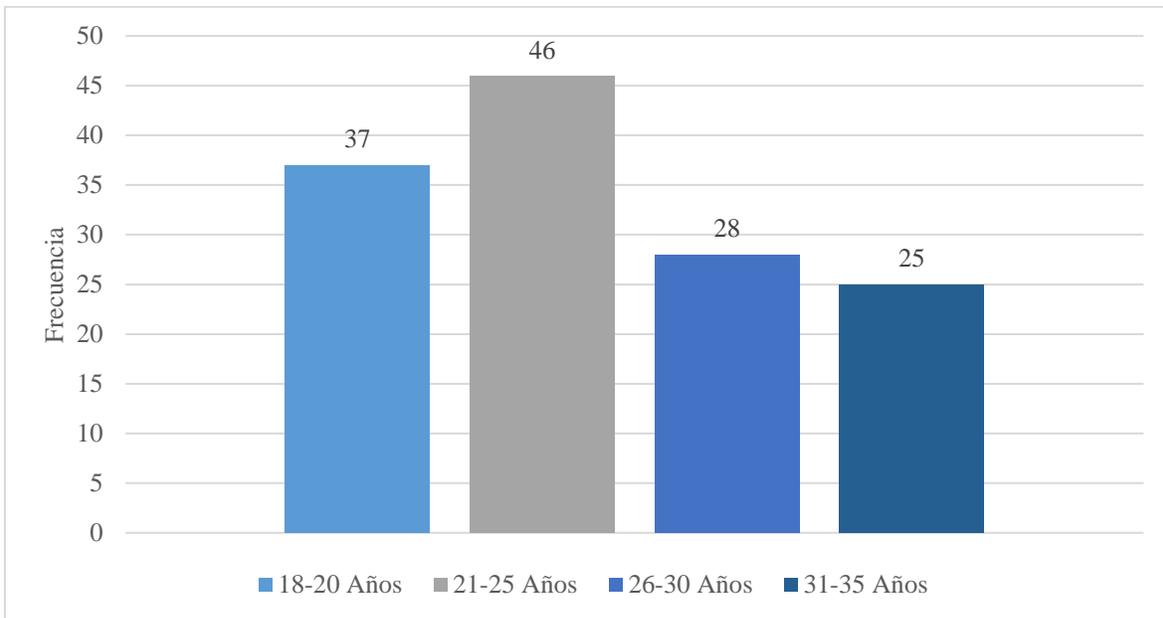
Anexo 7: Graficas de las Características sociodemográficas de embarazadas que llevan controles prenatales básicos en de USI periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután

Grafica 1: Unidad de Salud en las en embarazadas que participan en la investigación, llevan Control Prenatal básico



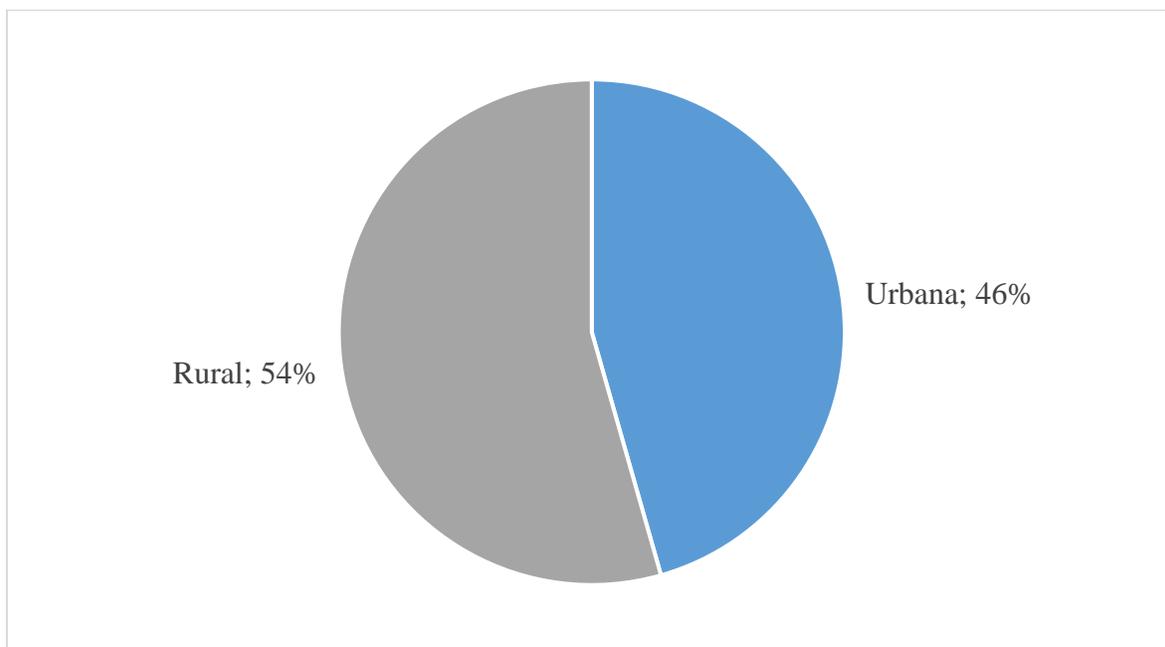
Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Grafica 2: Rangos de edad de Embarazadas participan en la investigación



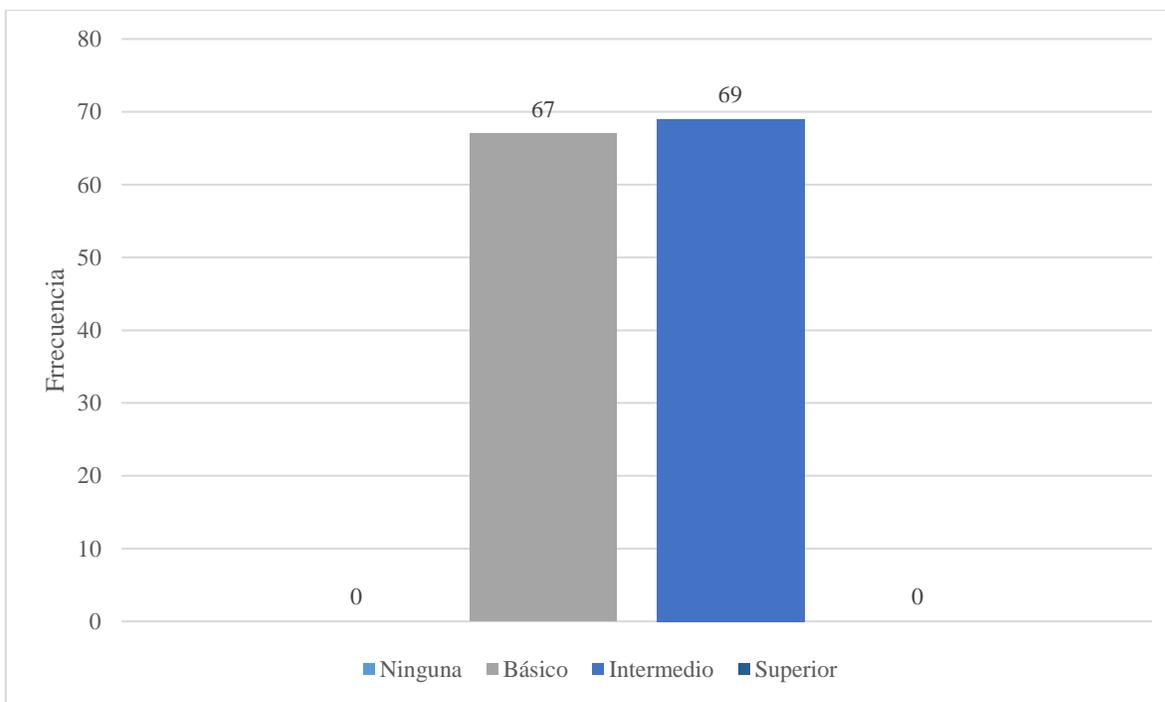
Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Grafica 3: Área geografía de embarazadas que participan en la investigación.



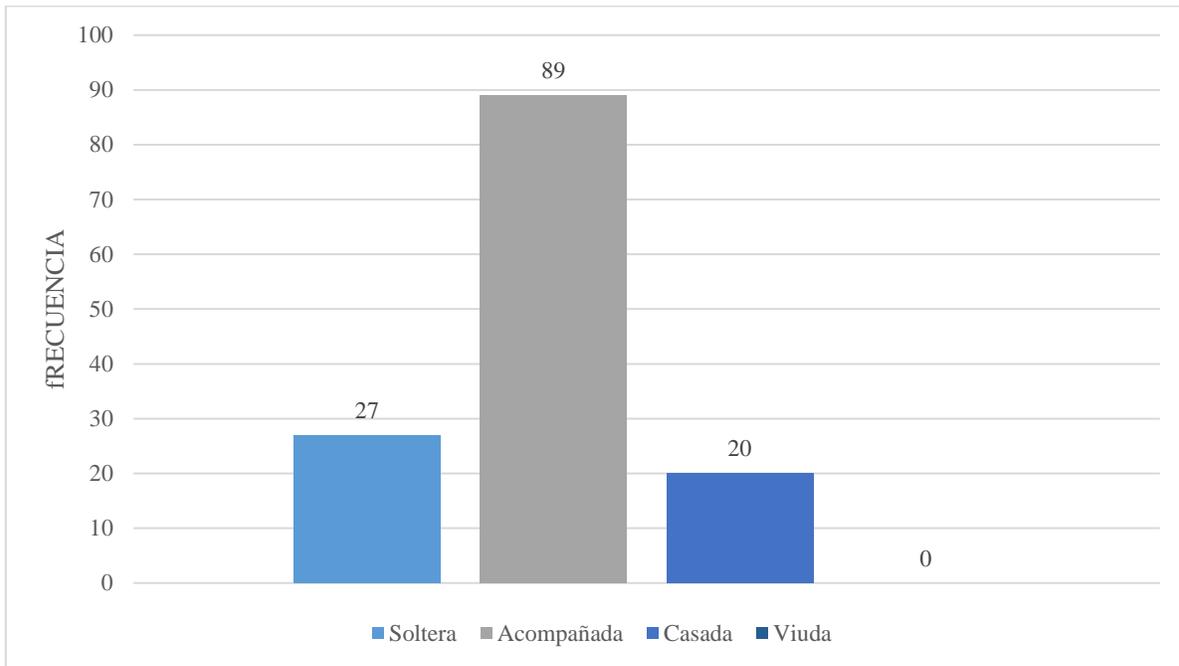
Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Grafica 4: Nivel Educativo de embarazadas que participan en la investigación.



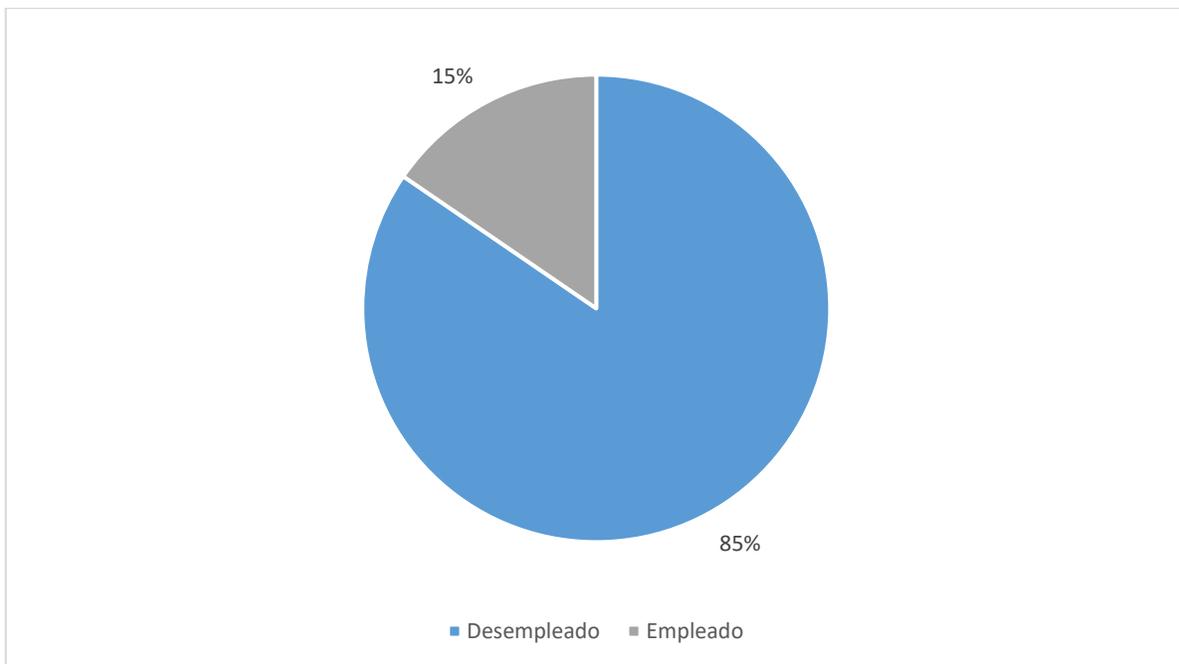
Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Grafica 5: Estado Civil de las embarazadas que participan en la investigación.



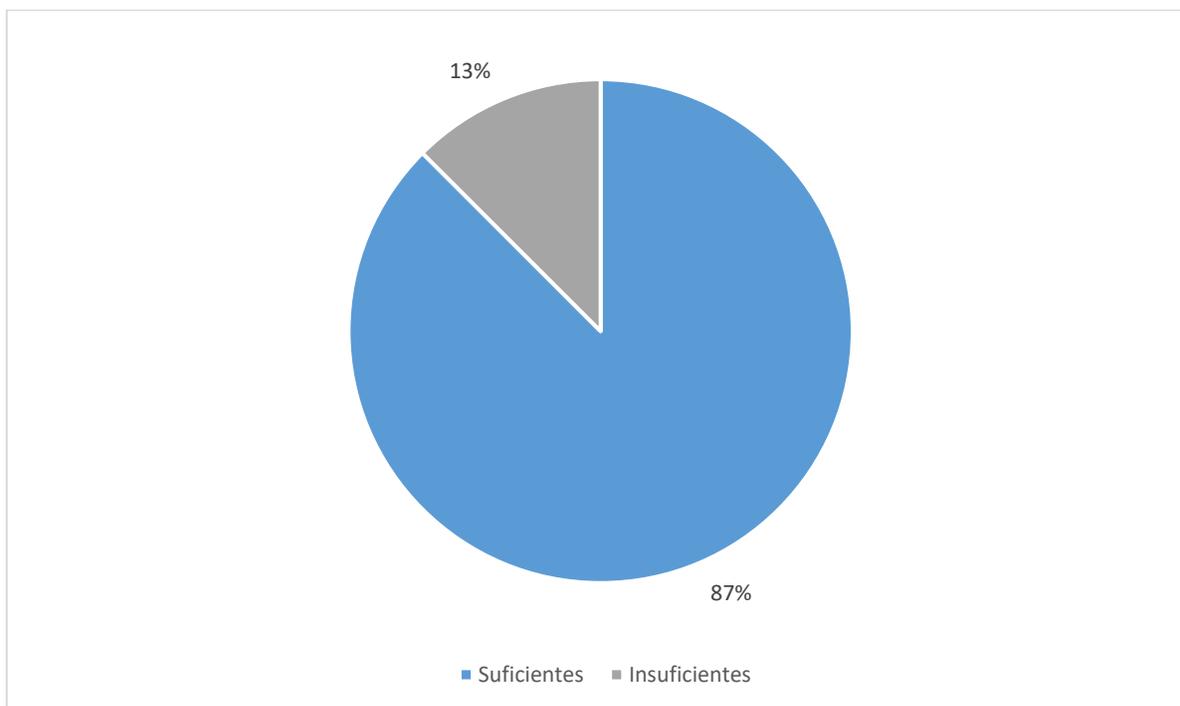
Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Grafica 6: Situación laboral de Embarazadas que participan en la investigación.



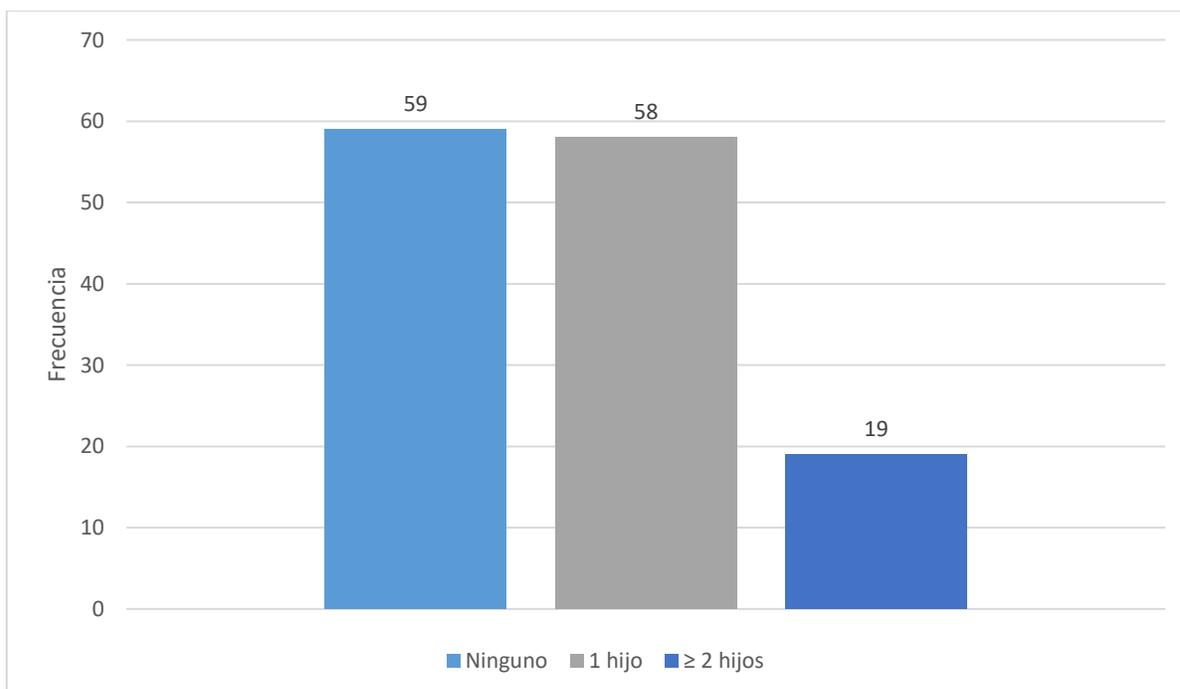
Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Grafica 7: *Percepción de Ingresos de las Embarazadas que participan en la investigación*



Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Grafica 8: *Número de Hijos previos de embarazadas que participan en la investigación*



Fuente: Cuestionario IDARE, Embarazadas que llevan sus controles prenatales básicos en USI periférica San Vicente y USI Tecapán, Usulután

Anexo 8: Correspondencia de recibido de copias de Reporte Final de investigación a Directores de Unidades de Salud Intermedia periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután

Correspondencia de recibido de copias de Reporte Final de investigación a Directora de Unidades de Salud Intermedia Periférica de San Vicente.

San Salvador, 17 de octubre de 2023

Dra. Sandra Carolina Aguilar Molina

Directora.

Unidad de Salud Periférica San Vicente.

Reciba un cordial saludo.

Por medio del presente y de la manera más atenta me complace informarle que la investigación para optar al grado de Doctor en Medicina con el título de “Niveles de ansiedad y factores de riesgo presentes en las embarazadas que llevan controles prenatales en las Unidades de Salud Intermedias periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, durante junio a agosto de 2023”, ha cumplido con todos los requerimientos que la Universidad de El Salvador ha designado para su aprobación.

Por lo cual, con la finalidad de cumplir con las consideraciones éticas planteadas a inicio de la investigación, se comparte con usted, de manera digital una copia del informe final de la investigación

Agradeciendo su apoyo, me suscribo a usted, atentamente.



Miguel Ángel Claros Rivas
Egresado de la carrera de Doctorado en
Medicina



Gabriel Edgardo Castillo Ayala
Egresado de la carrera de Doctorado en
Medicina



Fredy Alberto Álvarez Martínez
Egresado de la carrera de Doctorado en Medicina

Dra. Sandra Carolina Aguilar Molina
DOCTORA EN MEDICINA
J.V.P.M. No. 13,919



Correspondencia de Recibido, copia de Reporte Final de investigación a Director de Unidad de Salud Intermedia Tecapán, Usulután

San Salvador, 17 de octubre de 2023

Dr. Juan Rene Alfaro Machuca

Director.

Unidad de Salud Tecapán.

Reciba un cordial saludo.

Por medio del presente y de la manera más atenta me complace informarle que la investigación para optar al grado de Doctor en Medicina con el título de "Niveles de ansiedad y factores de riesgo presentes en las embarazadas que llevan controles prenatales en las Unidades de Salud Intermedias periférica de San Vicente y Tecapán, Usulután, durante junio a agosto de 2023", ha cumplido con todos los requerimientos que la Universidad de El Salvador ha designado para su aprobación.

Por lo cual, con la finalidad de cumplir con las consideraciones éticas planteadas a inicio de la investigación, se comparte con usted, de manera digital una copia del informe final de la investigación

Agradeciendo su apoyo, me suscribo a usted, atentamente.



Miguel Ángel Claros Rivas
Egresado de la carrera de Doctorado en
Medicina



Gabriel Edgardo Castillo Ayala
Egresado de la carrera de Doctorado en
Medicina



Fredy Alberto Álvarez Martínez
Egresado de la carrera de Doctorado en Medicina



Recibido
18-08-23
JRM

Dr. Juan René Alfaro Machuca
DOCTOR EN MEDICINA
C.P. No. 11-11-17