



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación

Escuela de Psicología Clínica

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de

“Psicóloga Clínica”

Tema: “Percepción y creencias en el embarazo, en gestantes atendidas en el
centro de salud “Nicanor Merchán.”

Autora: Carolina Alexandra Vanegas Bravo

Directora de Tesis: Mst. Lucía Cordero C.

Cuenca- Ecuador 2019

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi hijo Joel, ya que es el impulso que tengo para seguir adelante, mi motivación principal para superarme, darle un buen ejemplo para que siga en un futuro sus propios pasos de superación personal, a mis abuelitos maternos por la confianza, cariño y su apoyo incondicional, que me han apoyado a pesar de todas las circunstancias por las que he pasado, en especial a mi abuelito Ernesto que espero este orgulloso de su nieta que culmina uno de sus deseos, a mi madre y mi hermano con los cuales he aprendido varias lecciones de vida que han fomentado mi fortaleza ante cualquier circunstancia.

Carolina Alexandra Vanegas Bravo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios que me ha permitido cumplir mis metas y me ha guiado para desarrollarme como madre y estudiante.

A mi hijo Joel por darme cada día nuevas motivaciones siendo un impulso constante para mi vida, la razón para ser quien soy ahora y superarme cada día.

A mis abuelitos Lilia y Ernesto por estar siempre presentes aconsejándome y apoyándome en los distintos momentos de mi vida, especialmente en esta etapa universitaria, en la cual me han visto batallar varias veces y avanzar con mis responsabilidades.

A mi madre Cecilia Bravo que siempre me ha llevado en sus oraciones, por su apoyo y la imagen de una mujer profesional y trabajadora que me ha inspirado siempre, así como también me ha enseñado a ser fuerte y responsable.

A mi enamorado Sebastián quien me ha ayudado a cumplir varias metas en el transcurso de esta tesis y me ha brindado su apoyo.

A la universidad del Azuay y al grupo de profesionales que han compartido sus enseñanzas y vivenciado junto con los estudiantes cada experiencia de aprendizaje.

Carolina Alexandra Vanegas Bravo.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO 1.....	3
FORMACIÓN DE PERCEPCIONES EN EL EMBARAZO.....	3
1. MARCO TEÓRICO.....	3
1.1. Embarazo.....	3
1.2. Trimestres de Embarazo.....	5
1.3. Adaptación de la mujer ante los cambios durante el embarazo.....	10
1.4. Percepciones, creencias y presencia de ansiedad en el embarazo.....	16
CAPITULO II.....	28
DISEÑO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	28
2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	28
2.1. Diseño general del estudio.....	28
2.2. Área de estudio.....	29
2.3. Población y muestra.....	29
2.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	29
2.5. Técnicas e instrumentos.....	29
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	32
3. Características Sociodemográficas.....	32
4. Resultados de la escala de preocupaciones en el embarazo de Cambridge (CWS).....	38
5. Escala de ansiedad de Beck.....	40
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	41
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	47
RECOMENDACIONES.....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	56

6. ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	56
7. ANEXO 2 ENCUESTA SOCIODEMOGÁFICA.....	57
8. ANEXO 3 ESCALA DE PREOCUPACIONES EN EL EMBARAZO DE CAMBRIDGE.....	60
9. ANEXO 4 ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK.....	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución según intervalo de edad	32
Tabla 2 <i>Distribución según estado civil</i>	32
Tabla 3 <i>Distribución según el grado de instrucción</i>	33
Tabla 4 <i>Distribución según la Ocupación Laboral</i>	33
Tabla 5 <i>Distribución según la situación laboral</i>	34
Tabla 6 <i>Distribución según la situación económica</i>	34
Tabla 7 <i>Disposición según el lugar de residencia</i>	35
Tabla 8 <i>Distribución según la Etapa Gestacional</i>	35
Tabla 9 <i>Distribución según la Planificación del Embarazo</i>	36
Tabla 10 <i>Distribución según el número de partos atendidos</i>	36
Tabla 11 <i>Distribución según el número actual de hijos</i>	37
Tabla 12 <i>Distribución según la cantidad de abortos</i>	37
Tabla 13 <i>Análisis de la escala de preocupaciones en el embarazo de Cambridge (CWS)</i>	38
Tabla 14 <i>Análisis del ítem opcional “otros” de la escala de Cambridge</i>	39
Tabla 15 <i>Análisis de la Escala de Ansiedad de Beck</i>	40

RESUMEN

El presente estudio se realizó en la ciudad de Cuenca a 50 mujeres gestantes que asistieron al Centro de Salud Nicanor Merchán, es un estudio longitudinal de tipo descriptivo, su objetivo fue analizar las percepciones y creencias en el embarazo, los resultados evidencian que la mayoría de las mujeres gestantes presentó preocupaciones específicas a “dar a luz”, “la propia salud”, “afrentamiento del cuidado del nuevo bebé”, simultáneamente se reveló una puntuación media de ansiedad, que al relacionarse con la encuesta sociodemográfica demostró factores de protección ante la ansiedad y un buen nivel de adaptación.

Palabras Clave: Embarazo, percepciones, preocupaciones, ansiedad.

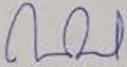
ABSTRACT

ABSTRACT

This study was conducted in Cuenca in 50 pregnant women who attended the Centro de Salud Nicanor Merchán. The study was longitudinal and descriptive, aimed at analyzing perceptions and beliefs in pregnancy. The results show that the majority of pregnant women presented specific concerns to "give birth", "their own health" and "coping with the care of the new baby." Simultaneously, an average anxiety score was revealed, which demonstrated protective factors against anxiety and a good level of adaptation when related to the sociodemographic survey.

Keywords: Pregnancy, perceptions, worries, anxiety.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas


Translated by
Ing. Paúl Arpi

INTRODUCCIÓN

Durante la gestación, los futuros padres deberán realizar cambios en su estilo de vida; a nivel individual, convertirse en madre o en padre constituye uno de los acontecimientos más relevantes en el desarrollo psicológico a lo largo de la adultez, dado que incorpora a la identidad adulta un nuevo y muy significativo rol que enriquece y diversifica el autoconcepto (Cowan y Cowan, 2000; Vondra y Belsky, 1993).

La mujer psicológicamente deberá convertirse en madre, siendo una transición a la maternidad, este proceso se lo ha denominado parentificación o paternidad (Levobici, 1989).

Tanto el embarazo como en el parto pueden traer consecuencias para el periodo post – parto incluso en la influencia de concepciones y experiencias de la maternidad. (Bortoletti, 2007).

El bajo ingreso económico, tener menos edad y menor escolaridad, se asociaron con menor adaptación psicosocial. Una menor escolaridad, menor ingreso económico y una menor edad gestacional se relacionaron con una menor preparación al parto (Ontiveros y López, 2010).

La gestante presenta un cierto número de preocupaciones que incluyen entre las más frecuentes: inquietud y preocupación con el devenir del embarazo, fluctuaciones en el estado de ánimo, miedo anticipatorio al dolor, miedo a no cumplir con las expectativas sociales, preocupación por su estado de salud y por el bebé no nacido, y mayor necesidad de apoyo social; considerando que todo ello puede causar una mayor activación del sistema autónomo (Brito, Pérez, Rodrigues, 2004).

Por lo tanto los cambios que presentan las mujeres embarazadas tanto a nivel físico, fisiológico, psicológico y social pueden repercutir sobre el estado de ánimo, su

aspecto y los síntomas que presentará, que varía en cada trimestre de embarazo, tomando en cuenta que cada embarazo es único y que la percepción de cada madre hacia el mismo dependerá de su ambiente social, su personalidad, experiencias pasadas, siendo estas percepciones y creencias, puntos clave para crear una visión futura de su maternidad que además se ven reflejados en el proceso de adaptación de la mujer hacia los mismos, al observar las preocupaciones que presente y el nivel de estrés que pudiere generar en la madre ansiedad y por lo tanto afectando a la salud de sí misma y del bebé, influenciando directamente a su desempeño como madre en el futuro.

Este estudio pretende señalar las percepciones y creencias, así como también el nivel de ansiedad que presentan las mujeres gestantes, mediante las preocupaciones presentadas durante el embarazo y así analizar los resultados presentados entorno a los diferentes factores que presentan en su cotidiano vivir y que influyen directamente a la adaptación de las mismas al embarazo y su manera de percibirlo.

CAPÍTULO 1

FORMACIÓN DE PERCEPCIONES EN EL EMBARAZO

1. MARCO TEÓRICO

- **Introducción**

En el presente capítulo se expondrán varios temas, empezando por el embarazo, la formación del bebé y cómo el cuerpo de la mujer va cambiando, trimestre a trimestre así como también los síntomas que presenta a causa de estos cambios físicos y fisiológicos, además la percepción del embarazo y como esta se va formando gracias a varios factores que influyen a nivel cultural, social y empírico, de los cuales dependerá una óptima adaptación a cada etapa del embarazo, en su transición a la maternidad.

1.1. Embarazo

1.1.1. Concepto

Según Sadler (2012) el desarrollo de un individuo comienza con la fecundación, fenómeno por el cual el espermatozoide del varón y el ovocito de la mujer se unen para dar origen a un nuevo organismo.

Siendo un periodo de tiempo, que va desde la fecundación hasta el parto, incluyendo procesos fisiológicos y físicos de crecimiento, desarrollo del feto en el útero de la madre, así como la adaptación que la madre transita ante los mismos.

1.1.2. Fecundación

Durante el coito el semen es depositado en el canal vaginal, el mismo que contiene millones de espermatozoides que al entrar por el cuello uterino ascienden al útero en dirección a las trompas de Falopio, lugar en donde solo llegan menos del 1% del total de espermatozoides; en el momento en que uno logra penetrar el ovocito, se produce un

bloqueo de la membrana del ovocito que impide que otro espermatozoide entre, a este proceso se lo conoce como fecundación, desde este momento el ovocito experimenta una serie de cambios cuya meta es el desarrollo de un embrión.

Los cambios hormonales que se originan como consecuencia del embarazo, impedirán que se presente una nueva menstruación.

En el ovocito fecundado empezara a producirse divisiones celulares, transformándose en blastocito, llegando al cuarto día a la cavidad uterina y produciéndose la implantación entre el día 7 y 14, dándose así el inicio de la formación de la placenta que cumple con una función importante de producir hormonas y factores de crecimiento que favorecen tanto al feto como a la madre que son, progesterona, estrógenos, oxitocina, prolactina y gonadotropina coriónica humana (HCG), que permiten culminar el embarazo, por otra parte la función del cordón umbilical es de suma importancia ya que la madre, mediante el mismo permite transmitir los nutrientes necesarios al feto, cumple con una función respiratoria, proveyéndole de oxígeno gracias a la sangre materna.

Desde el momento de la concepción el cuerpo de la mujer empieza a realizar modificaciones, a nivel físico, gracias a la función de las hormonas que influyen en la adaptación de la mujer a los nuevos requerimientos para crear un ambiente adecuado dentro del útero, así como a nivel de neurotransmisores que se encuentran alterados, gracias al sistema endocrino, que en la mayoría de casos causan ciertos síntomas a las futuras madres; los signos y síntomas de embarazo pueden variar de mujer a mujer y cada embarazo puede tener sus propios síntomas, el principal signo es la ausencia de menstruación, siguiendo de alteraciones digestivas, tales como nauseas, mareos, vómitos, falta de apetito, exceso de salivación, en ciertas ocasiones se manifiestan cuadros de estreñimiento o diarrea, por otra parte pueden presentar deseo frecuente de orinar,

repulsión por ciertos olores, alteración de las mamas (sensibilidad y congestión mamaria), sensación de sueño y debilidad, cambios del estado de ánimo.

1.2. Trimestres de Embarazo

El embarazo se lo clasifica en tres trimestres, en los cuales caracterizan cambios físicos en la madre y el desarrollo del bebé, que para su mayor control y evitar muertes maternas y del neonato, complicaciones y posibles enfermedades, son monitorizadas mediante controles mensuales en los mismos que desde un comienzo se manejan por la edad gestacional, es decir dependiendo de la semana de gestación en la que se encuentre, calculando la fecha probable de parto mediante métodos estandarizados, uno de los cuales es la denominada regla de Naegele, además de ser recomendada por la OMS. El embarazo dura aproximadamente 266 días o 38 semanas; no es posible verificar el día exacto de la concepción y para evitar imprecisiones, los especialistas toman como referencia la fecha de la última menstruación y el número de semanas de embarazo durará aproximadamente 40 semanas, siendo así que el primer trimestre de embarazo durará desde la semana 1 hasta el final de la semana 12, el segundo trimestre será desde la semana 13 hasta el final de la semana 26 y para finalizar, el tercer trimestre iniciara en la semana 27 hasta el final del embarazo.

Semana a semana, el desarrollo y crecimiento del bebé avanza dentro del útero, causando modificaciones en el cuerpo de la madre, estos cambios pueden presentar o no síntomas; por efecto del nuevo ser en formación, las defensas de la madre suelen disminuir por lo que podría estar propensa a enfermedades, las cuales, mediante controles mensuales por parte del personal de salud, son monitorizadas, así como también los síntomas que pueda presentar.

1.2.1. Formación del bebé trimestral

En cuanto a la formación del bebé en las etapas del embarazo, durante el primer trimestre el producto de la concepción se lo denomina embrión, se encuentra dentro de un saco vitelino y flotando en el líquido amniótico; el embrión en la semana 4 tiene el tamaño de un grano de arroz y una forma característica como reptil, no es hasta la sexta semana que se pueden ver los ojos cerrados, la columna vertebral y un corazón que late, hacia la séptima semana el embrión ha crecido unas 10.000 veces más que el óvulo fecundado, en la semana 6 los ojos y nariz ocupan un lugar definitivo, en la semana 9 brazos y piernas están formados con sus tres partes, al finalizar la semana 12 todos los órganos fetales están formados y empiezan a funcionar.

En cuanto al segundo trimestre de embarazo, el desarrollo del feto prosigue, la cabeza crece en gran tamaño, desproporcionadamente al resto del cuerpo, en ella se pueden distinguir con precisión las orejas, boca y nariz, a la semana 16 aproximadamente empiezan a funcionar el aparato digestivo y urinario, se desarrolla rápidamente la musculatura en las extremidades superiores e inferiores, aparecen las uñas y es posible identificar huellas digitales, en esta etapa las cavidades cardiacas se encuentran formadas y laten con fuerza, a la semana 14 el latido fetal es detectado mediante Doppler de ultrasonidos con una frecuencia de 120 – 160 latidos por minuto, a las 20 semanas es posible identificar el sexo del feto y la madre siente sus movimientos.

Alrededor del tercer trimestre de embarazo la cabeza pierde su carácter veloso para ser sustituido por pelo, comienza el desarrollo de los pulmones, preparándose para el nacimiento, el feto crece y engorda así como el vientre materno, el corazón fetal late muy rápido, se halla posicionado con la cabeza orientada hacia la pelvis materna, en los dos últimos meses el feto cambia de aspecto, adquiere ya grasa bajo la piel, esta se pone

más tensa y color rosado, desde el quinto mes adquiere un revestimiento de vello tenue de color rubio llamado lanugo, a medida que avanza el embarazo este va desapareciendo. Para este trimestre el útero ha aumentado notablemente para albergar al feto ya que este crece diariamente, así como el líquido que lo rodea y la placenta, ocupando mayor parte de la cavidad abdominal y comprimiendo varios órganos y vísceras de la madre, además de la presión sobre los huesos de la pelvis provoca dolores en esta parte del cuerpo, frecuentes micciones y el estreñimiento.

1.2.2. Cambios físicos en la madre

En cuanto a los cambios corporales y malestares que presenta la mujer gestante podemos encontrar:

- ***Nauseas Matutinas:***

Por lo general estas nauseas aparecen debido a los cambios hormonales, se las denominan nauseas matutinas sin embargo pueden aparecer en cualquier momento del día; disminuirán en el segundo trimestre de embarazo.

- ***Estrías, cambios en la piel:***

Las estrías son producidas por el estiramiento de la piel y normalmente aparecen durante la segunda etapa de embarazo, suelen presentarse como marcas en la piel de color rojo, rosado o marrones, generalmente tienden a aparecer en los muslos, glúteos, abdomen y en los senos.

Por otra parte, la piel tiende a cambiar de color en zonas específicas como por ejemplo, los pezones se oscurecen y toman un color marrón durante el embarazo, varias embarazadas además presentan una línea oscura en la piel desde ombligo que se extiende hacia el vello púbico denominada “línea nigra”; también es frecuente la aparición de

manchas oscuras en la piel, en especial en las mejillas, nariz y en el labio superior, a estas manchas se las conoce como melasma o cloasma y las mujeres de piel oscura son más propensas a presentarlas.

- ***Venas varicosas:***

Las venas varicosas suelen lucir inflamadas, pueden ser sinuosas o abultadas de color violeta azul oscuro que sobresalen de la superficie de la piel. Al aumentar el volumen de sangre considerablemente puede hacer que las venas se ensanchen, la presión de las venas largas que se encuentran detrás del útero hacen que el flujo sanguíneo disminuya al volver al corazón, dando paso a la aparición de este tipo de venas en las piernas, ano, pantorrilla o entrepierna.

- ***Dolores corporales:***

A medida que el útero se expande, de trimestre a trimestre y con el crecimiento del bebé, los dolores en la espalda, abdomen, zona inguinal y muslos son muy frecuentes, muchas mujeres también sufren dolores cerca del hueso pélvico debido a la presión que ejerce la cabeza del bebé durante el último trimestre de embarazo.

- ***Cambios en los senos:***

Los senos tienden a aumentar de tamaño y plenitud durante el embarazo, gracias a los cambios hormonales, a medida que se aproxima la fecha de parto, los senos aumentarán de tamaño como preparación para la lactancia, suele generar sensaciones como sentirlos hinchados, pesados o sensibles. Durante el tercer trimestre algunas mujeres comienzan a segregar calostro, que es la primera leche que los senos producen para el bebé.

- ***Estreñimiento:***

El aumento de los niveles hormonales en algunas mujeres, retardan la digestión y relajan los músculos intestinales, lo que produce estreñimiento, además el crecimiento del útero ejerce presión sobre los intestinos, pudiendo contribuir al estreñimiento.

- ***Mareos:***

Varias mujeres embarazadas presentan este síntoma inclusive durante todo el embarazo, los desmayos son poco frecuentes, pero a veces se dan hasta en mujeres saludables, una de las causas puede deberse a que durante el primer trimestre de embarazo, durante el desarrollo de más vasos sanguíneos, la presión del útero en crecimiento y la necesidad cada vez mayor del cuerpo de consumir alimentos pueden hacer que una embarazada sienta mareos.

- ***Fatiga o trastornos de sueño:***

Por lo general este síntoma se encuentra con frecuencia durante el primer trimestre y tercer trimestre de embarazo, muchas mujeres se sienten exhaustas, sin embargo a medida que crece el abdomen, puede resultar más difícil dormir ya que los movimientos del bebé, los deseos frecuentes de orinar y la aceleración del metabolismo pueden interrumpir o dificultar el sueño; por otro lado este síntoma se ve reemplazado por una sensación de bienestar y energía alrededor del segundo trimestre de embarazo.

- ***Acidez e indigestión:***

Por la acción de las hormonas que ralentizan los músculos del tracto digestivo, hace que los alimentos tiendan a moverse más lentamente y la digestión sea más lenta; por otro lado, a medida que crece el bebé, el útero presiona el estómago provocando acidez con más frecuencia ya que la comida y los ácidos suben desde el estómago hacia

el esófago, siendo estos síntomas presentados especialmente durante el último trimestre de embarazo.

- ***Hemorroides:***

Las hemorroides son venas inflamadas que sobresalen en el recto, pudiendo causar picazón, dolor y sangrado, estas son comunes durante el embarazo ya que, durante el mismo, el volumen de la sangre aumenta de manera significativa, lo cual puede hacer que las venas se ensanchen; por otra parte, el crecimiento del útero también presiona las venas que se encuentran en el recto, un factor que empeora la situación es el estreñimiento.

1.3. Adaptación de la mujer ante los cambios durante el embarazo.

El embarazo representa la iniciación a la maternidad o paternidad que, junto con la llegada del bebé, tanto para el hombre como para la mujer, psicológicamente generan cambios en su forma de pensar, de actuar, en sus perspectivas y expectativas acerca de esta nueva etapa, a pesar de que no se encuentren cambios significativos en el estilo de vida durante el embarazo, ya requiere un grado de preparación psicológica de lo que está por venir.

Durante la gestación, los futuros padres deberán realizar cambios en su estilo de vida; a nivel individual, convertirse en madre o en padre constituye uno de los acontecimientos más relevantes en el desarrollo psicológico a lo largo de la adultez, dado que incorpora a la identidad adulta un nuevo y muy significativo rol que enriquece y diversifica el autoconcepto (Cowan y Cowan, et al., 2000; Vondra y Belsky, et al., 1993), facilitando la satisfacción de la generatividad, una de las necesidades psicosociales básicas de la adultez (Azar, 2002; Palkovitz, 1996).

Para la mujer los cambios y la adaptación se dan desde el inicio del embarazo a nivel físico, hormonal, emocional, social y cultural, cambios que serán fluctuantes en todo el transcurso del embarazo.

El apego inicia desde el momento en que sabe con certeza que está embarazada, esta noticia puede ser recibida con una mezcla de sentimientos que pueden ir desde la felicidad, hasta sentimientos de inseguridad, miedo, inclusive un rechazo inicial, dependiendo de las condiciones sociales, económicas, ambientales y deseos de la misma. El 30% de los casos, la gestación no ha sido planeada y puede ocurrir en un momento inoportuno (Maldonado, Saucedo, Lartigue, 2008).

Por otra parte, en condiciones óptimas, con la noticia de su nuevo estado, la futura madre desencadenará procesos psicológicos de afrontamiento y emocionales que la ayudarán a prepararse para su nuevo rol; pasando desde el ajuste de expectativas que generalmente se relaciona al embarazo con un periodo de felicidad y momentos positivos, existen retos emocionales importantes y la adaptación de la pareja a cambios de humor, antojos, malestar físico, además del ajuste de expectativas en relación, al desempeño como madre, de la pareja y socialmente con familiares y amigos.

La mujer psicológicamente deberá convertirse en madre, siendo una transición a la maternidad, este proceso se lo ha denominado parentificación o paternidad (Levobici, 1989).

La percepción de la madre ante esta nueva vida que se está formando en su vientre, empieza a ser sentida con cada malestar, ante la adaptación física y por acción de las hormonas, la misma que empieza por instinto y como acto de amor a cuidar su cuerpo y el nuevo ser que lleva dentro, por lo tanto cambia desde su forma de alimentarse, toma precauciones y recomendaciones ya sea de forma directa e indirecta mediante su círculo

cercano de confianza, su pareja y profesional, con el médico tratante, esta percepción hacia su bebé se va formando, fantaseando como será su hijo, la ilusión de tenerlo y hablarle además de que actualmente mediante técnicas de imagenología, que permiten registrar movimientos del feto, mirar su rostro y la forma de su cuerpo inclusive escuchar su corazón de forma clara, por una parte, siendo métodos que ayudan medicamente a controlar el desarrollo normal, permiten ampliar la mirada de la madre hacia su bebé, al percibir la realidad del mismo, tras unas semanas después de la gestación, sucesos que en el pasado sin el uso de tecnología ni procedimientos médicos la madre percibía directamente al feto aproximadamente al cuarto mes de embarazo, al sentir sus movimientos, siendo esta la confirmación de que, en efecto, se encontraba vivo.

Se ha propuesto que la mujer embarazada realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas. La primera es: “estoy embarazada”, lo que sólo le pasa a ella y a su cuerpo; la segunda es: “estoy esperando un bebé”, lo que incluye a otro ser distinto de ella y que por ahora está dentro de su cuerpo; y, la tercera es: “estoy esperando un bebé de...”, lo que incluye, además del bebé, al padre de éste, lo que da lugar al surgimiento de la noción de paternidad (Dayan & Dugnat, 1999).

1.3.1. Cambios y adaptación durante el primer trimestre de embarazo.

Durante el primer trimestre de embarazo, por efecto de las hormonas en general, la mujer pasa por momentos de gran fluctuación emocional, siendo frecuentes los sentimientos de ambivalencia o de cambios de humor, la ansiedad en ciertos casos es más notoria que en otros en los cuales se lleva la noticia y el comienzo del embarazo con gran ilusión y sin mayores preocupaciones.

Es normal que la mujer requiera un tiempo para aceptar, adaptarse e interiorizar esta nueva situación, los temores sobre la capacidad de saber llevar la situación son muy

usuales; en cuanto a cambios bruscos de humor y preocupaciones constantes son más frecuentes entre la semana sexta y décima de gestación.

Los síntomas físicos que conlleva la adaptación del cuerpo, pueden generar molestias en distintos grados por acción de las hormonas como la progesterona; aproximadamente 80% de las gestantes tendrán náusea y vómito (Koch, 2003) a causa de todos estos cambios en su cuerpo, generalmente las mujeres sienten una fuerte fatiga fisiológica, con deseos irresistibles de dormir, manteniendo a la gestante en periodos de sueño extendidos, el apetito sexual se ve disminuido por los síntomas físicos y también por temor de dañar al bebé. Por otra parte, se da la aparición de “antojos” o comidas especiales que en algunos casos surgen peculiarmente como preferencias hacia alimentos que antes no sentían atracción.

Todos estos cambios hacen que la mujer adopte un rol de dependencia, como lo menciona Lederman, 1984, además del deseo de ser atendida por otros, la mujer mostrará una mayor dependencia respecto a quienes la rodean.

Al mismo tiempo desde la perspectiva cultural, dentro del hogar, pareja y familia extendida se asume un rol de cuidado ante la futura madre, ayudándola a sobrellevar los síntomas, antojos, manteniéndola cómoda, alejada del estrés en los casos más favorables; además en nuestra sociedad a la mujer embarazada es tratada con cuidado, consideración y apoyo.

1.3.2. Cambios y adaptación durante el segundo trimestre de embarazo.

Durante el segundo trimestre, una vez pasada la reacción inicial, la mujer suele sentirse más serena, con mayor equilibrio emocional y seguridad, esto se debe en parte a que los cambios hormonales no son tan marcados como en el primer trimestre, dependiendo del nivel de hormonas podría presentar una incapacidad para concentrarse;

en algunas mujeres los cambios físicos pueden dificultar su actividad habitual, ya sea laboral, como el ocio, pero suele aceptarlo bien ya que su orden de prioridades es diferente ahora. Probablemente a lo largo de este periodo puede volver el apetito sexual que había disminuido en el primer trimestre y favorecido también por el aumento de la sensibilidad.

La mujer en esta etapa suele fantasear y meditar sobre el bebé que lleva en su vientre, al hablarle al bebé, tocarse el vientre y sentir sus movimientos, hacen que lo perciba de manera directa; comúnmente las mujeres en esta etapa suelen tener sueños o fantasías acerca de su futuro hijo, sobre a quien se parecerá, si será niño o niña, los posibles nombres, el color de ojos su aspecto físico y su carácter, eso ayuda a prepararse psicológicamente para su desempeño como madre al pensar en cómo será su hijo, su rol en la vida del mismo.

Hacia el final de este periodo, se observa físicamente el aumento de volumen del abdomen y han tenido lugar varios cambios físicos como lo son, el crecimiento de las glándulas mamarias, aumento de peso y síntomas asociados con el mayor tamaño de su útero, dejando evidenciar su estado de embarazo; socialmente por parte de su pareja, amigos y familiares cercanos, la felicidad es compartida por los movimientos del bebé, inclusive adivinando el sexo del mismo, por la forma y tamaño del abdomen, prácticas que en nuestra cultura suelen darse con frecuencia.

1.3.3. Cambios y adaptación durante el tercer trimestre de embarazo.

Durante el tercer trimestre, el feto ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal, su peso corporal va en aumento, en parte por el volumen sanguíneo, que aumenta entre 1.000 y 1.500 ml y el peso del bebé que va culminando su desarrollo dentro del vientre, lo que da lugar a nuevos síntomas, entre estos están los cambios en la postura, en la marcha, deseos frecuentes de orinar al ser comprimida su vejiga, su respiración es

más elaborada, el consumo de oxígeno aumenta en un 20% y la presión arterial baja, la mayoría de mujeres presentará reflujo gastroesofágico, manifestándose con fuertes sensaciones de acidez y empieza a tomar comidas pequeñas y más frecuentes, esto se debe a que el útero empuja a otros órganos, además la mujer tendrá periodos de sueño interrumpidos, despertándose varias veces en la noche.

En esta etapa, puede aumentar la irritabilidad, sensibilidad, impaciencia e intranquilidad, por los síntomas en general y temas que generan en la embarazada intriga, preocupación, miedo y ansiedad, como lo es la cercanía del parto, miedo al aborto involuntario, a perder al bebé, preocupación porque el bebé no tenga buena salud y su desempeño como madre.

Menciona Hoffmann (1995) Para el final del embarazo, la madre y su familia tienen perentoriamente la tarea psicológica de “hacer lugar” para su hijo o hija. Este “hacer lugar” hace referencia a que la mujer y su pareja se preparan psíquicamente pensarse no solo como individuos, sino como una entidad conjunta para el bebé, refiriéndose además a las tareas que conlleva el proceso, al crear espacios físicos para acomodar al bebé, como su cuarto, la ropa, la maleta para el hospital; en la mujer suele adquirir un deseo intenso por acomodar y limpiar el lugar, acomodar muebles, así como el hombre suele participar en estas actividades o preocuparse por el área económica, arreglos del hogar entre otras actividades que varían según la cultura.

A este proceso también se lo ha denominado “preparar el nido”, como menciona Salinas, Barriguete y Casamadrid (1999) que, desde una mirada psicoanalítica, que el embarazo es un tiempo para ir preparando el nido para el feto, para saber aceptar su llegada. Es un tiempo en fin para asumirse como padres, para desarrollar el “self de crianza”. El self de crianza que es una organización psíquica que cobijará al hijo y que determinará un nuevo conjunto de tendencias a la acción, sensibilidades, fantasías,

temores y deseos relacionados con el cuidado y desarrollo del niño, y que capacitará a los padres para vincularse con su hijo y brindar una respuesta empática a sus necesidades.

Siendo tomada a la entidad padre, madre e hijo como una sola, que transcurrió nueve meses en ser consolidada y que, de acuerdo a los varios cambios suscitados a nivel social, psicológico y físico, van preparando la formación de la familia, el rol del padre, de la madre al cuidado de su bebé.

1.4. Percepciones, creencias y presencia de ansiedad en el embarazo

El embarazo es una etapa por la cual cada mujer próxima a ser madre debe atravesar, en la que transcurrirá una serie de cambios constantes a nivel físico, psicológico, social con los cuales deberá lidiar hasta el final de su embarazo, que influenciarán a su vez su dinámica psíquica individual y la manera en la que ella vive estos cambios repercutiendo directamente sobre la forma de vivir su maternidad, además la percepción del embarazo dependerá principalmente de la personalidad de la gestante, el ambiente, la cultura y su capacidad de adaptarse ante la nueva situación y los cambios, en la cual generará nuevas dudas, nuevas percepciones acerca del mismo, desde su inicio hasta el nacimiento de su bebé.

Como lo hemos mencionado anteriormente, existen varios estudios, los cuales afirman que la base de los cambios emocionales tiene un factor hormonal ya que en esta etapa los niveles de progesterona y estrógenos se duplican, reforzando la parte emocional, el estado de ánimo, esto sumado a la adaptación física y social que conlleva un embarazo, genera ansiedad en cierto grado dependiendo de cómo es percibido por la embarazada; estas percepciones son generadas gracias a ciertos factores los cuales influyen al momento de generar ideas en cada etapa de su embarazo, que podrían ser tanto positivas como negativas.

Tanto el embarazo como en el parto pueden traer consecuencias para el periodo post – parto incluso en la influencia de concepciones y experiencias de la maternidad. (Bortoletti, 2007).

1.4.1. Transición a la maternidad

En psicología, la transición del embarazo y convertirse en padres, son tomados como un estadio más en la vida del ser humano, que tanto para la mujer y su pareja, determina una etapa a la que deberá afrontar y adaptarse a lo largo de su desarrollo personal; esta adaptación dependerá de varios factores incluyendo el plan de vida y los objetivos personales de cada individuo.

La psicología evolutiva plantea que la persona a lo largo del ciclo vital debe afrontar diversas situaciones que demandan un conjunto de adaptaciones y cambios de distinta intensidad. Estas situaciones constituyen sucesos evolutivos, es decir, acontecimientos vitales que funcionan como momentos de cambio y/o puntos de inflexión en el desarrollo, ya que propician que la persona atraviese por una transición evolutiva, por un proceso de reajustes y adaptaciones que favorecen significativas modificaciones en su trayectoria vital. Estos periodos de cambio están caracterizados por la inestabilidad y por la necesidad de hacer frente a demandas de diversa naturaleza e intensidad, debido a lo cual las transiciones evolutivas suelen ser momentos particularmente vulnerables, en los que juegan un papel fundamental los recursos de afrontamiento de diverso tipo con los que cuente la persona. En función de estos recursos, de la intensidad de los cambios y las demandas a las que se debe hacer frente, y muy especialmente del carácter normativo o bien circunstancial y excepcional del suceso vital que desencadena la transición, ésta se va a resolver de una u otra forma y, en definitiva, va a suponer para el individuo un

periodo de crisis o bien una oportunidad de crecimiento personal (Rutter y Rutter, 1992; Serra, Gómez, Pérez-Blasco y Zacarés, 1998).

Empezando por la aceptación del suceso, como lo habíamos visto anteriormente, el saber que se está embarazada ya sea en planificación o no de un embarazo, son temas que la mujer y su pareja deberán afrontar. En nuestro país a pesar de la implicación del gobierno en temas de salud y planificación familiar con los diferentes métodos anticonceptivos se siguen presentando casos de embarazos no deseados, que son todos aquellos que ocurren en un momento inoportuno o poco favorable, también pudiendo darse en una persona que no desea reproducirse.

Al hablar de embarazos no deseados, dentro de América Latina y el Caribe, se realizaron varios estudios en los cuales destacan las causas por las cuales se presentan, la falta de conocimientos sobre los anticonceptivos es una de ellas, si bien en los últimos años se menciona menos frecuentemente que antes. En cambio, contribuye más el conocimiento deficiente de cómo utilizar un método determinado dándose especialmente con los anticonceptivos orales, resultado de la ausencia total de asesoramiento, esto sucede, por ejemplo, cuando se adquieren los anticonceptivos en la farmacia y no se accede a una consulta con una persona cualificada o de un asesoramiento deficiente. Este desconocimiento hace que el fracaso de los métodos sea frecuente. Otras razones son el temor a los efectos secundarios de los métodos, la oposición de la pareja, la postura de algunas iglesias y las barreras para conseguir los métodos ya sea por inexistencia de servicios, costos, diferencias culturales o lingüísticas. Estas barreras, junto con la deficiente calidad de los servicios, representan factores particularmente importantes para ciertos grupos de mujeres de áreas rurales e indígenas, sobre todo; los hombres y los adolescentes, cuyas necesidades de atención son diferentes de las de la mayoría de la

población usuaria. Langer (2002) Sin tomar en cuenta, casos extremos que suelen presentarse con frecuencia, como lo sería un embarazo producto de una violación.

También es muy importante recalcar, el deseo por parte de la pareja o individual de si planea tener o no hijos, la cantidad de los mismos, siendo estas sus expectativas reproductivas, las mismas que variarán según la cultura, ideología , siendo distintas en cada grupo social y contexto histórico; el rol que es asignado a las mujeres en la sociedad está íntimamente relacionado con estas expectativas ya que dependerá del papel exclusivo que se le otorgue como madre y cuidadora de sus hijos hasta su desempeño como trabajadora o profesional. Dentro de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud realizada en Colombia, el tamaño de la familia era en promedio de 2,6 hijos, mientras que el número deseado de hijos era, en promedio, de 2,3 (2000) siendo estas expectativas reproductivas no siempre satisfechas.

El embarazo no deseado acarrea consecuencias, psicológicas y sociales, entre estas se encuentran los abortos inducidos, ya sea con medicamentos o abortos quirúrgicos que a su vez se asocian con la mortalidad materna, mortalidad infantil y enfermedades derivadas por procesos inseguros para la mujer.

En el caso de optar por un aborto, en nuestra sociedad el aborto legalmente no es permitido, pero a pesar de eso y bajo condiciones inseguras existen varias mujeres que optan arriesgar su salud e inclusive su vida, siendo una de las mayores causas de muertes maternas debido a las complicaciones del aborto tales como, perforación del útero, hemorragias e infecciones. En un estudio realizado en Brasil se estimó que el 20% de los abortos clandestinos realizados por médicos en clínicas y el 50% de los efectuados en casas particulares por la propia mujer o por personal sin entrenamiento se complican (Hardy & Costa, 1993). Estas complicaciones dependerán de los métodos que se usen para realizar el aborto, por ejemplo, al introducir objetos no estériles o punzantes en el

útero, los riesgos son más grandes y la situación se ve agravada cuando la mujer no cuenta con información que le permita identificar los signos de las complicaciones, cuando retrasa la búsqueda de atención por vergüenza, temor a las represarías, o desconocimiento de a donde acudir. No solo su integridad física se ve afectada, si o también su salud psicológica, dependiendo de su esquema de creencias, factores sociales, entre otros, influenciarán sobre la mujer ya que, si el aborto se asocia con sentimientos de culpa es probable que presente ansiedad o depresión.

En varios países, incluido el nuestro, el aborto no se encuentra legalizado bajo ninguna circunstancia, salvo que medicamente, la vida de la madre se encuentre en peligro y se hayan agotado todas las opciones. Por lo que en nuestra sociedad nos podemos encontrar con frecuencia varios casos de embarazos no deseados que, para la pareja o ya sea la mujer, la responsabilidad de hacerse cargo de un bebé teniendo en cuenta de que esto puede pasar en cualquier clase, entorno social, mujeres solteras, familias con o sin hijos de por medio, además en personas con o sin estudios; repercute directamente sobre el estilo de vida, la situación económica a manera familiar e influyendo sobre el crecimiento demográfico del país, inclusive sobre índices de criminalidad, producto de hijos a cuales no se les ha prestado una atención y educación oportuna ni adecuada por parte de padres que han permanecido en su mayoría ausentes.

Demostrando de esta forma las consecuencias de un embarazo no deseado por no encontrarse con el momento oportuno para procrear, un estudio en Estados Unidos concluyó que, la capacidad de una madre para ofrecer un ambiente favorable para el crecimiento de un niño varía según su edad, educación, ingresos, presencia del padre, el deseo de quedar embarazada y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas durante el embarazo. (Donohue y Levitt, 2000).

Pasando por la aceptación del embarazo, este es considerado por algunos autores como una etapa de crisis, que al igual que en la adolescencia y climaterio, se llevan a cabo cambios muy importantes en las áreas, biológica, psicológica y social, los mismos que repercutirán en a la mujer, su pareja y en su grupo social.

En especial los cambios físicos que se presentan durante el embarazo son de los más abruptos, como lo hemos visto anteriormente, la mujer debe hacer frente a cambios constantes en su cuerpo, siendo inclusive más significativos que otras etapas que se exhiben a lo largo de toda su vida, la mujer puede sentir la mayoría de estos cambios como desagradables que pueden provocar sentimientos de devaluación, inseguridad irritabilidad y depresión, por lo que a nivel intrapsíquico la mujer deberá realizar rápidamente ajustes para poder restablecer el equilibrio psicológico y adaptarse a las modificaciones corporales que alteran la representación interna que tiene de su esquema corporal.

El proceso de adaptación suele llevar tiempo, desde la aceptación hasta cada cambio físico que la mujer sienta en sí misma; durante el embarazo, la literatura señala que se desencadenan varios procesos a nivel biológico y psicológico uno de los cuales es que la mujer pase a una etapa regresiva en donde recordará varias etapas pasadas de su vida, inclusive si la misma ha mantenido una mala relación con su madre, esta podrá afectar negativamente a su forma de percibir el embarazo y próximamente su maternidad.

El proceso del embarazo —sobre todo en las primigestas— desencadena una regresión hacia fases del desarrollo psicosexual previas, en las que las fantasías o recuerdos de su infancia, de la relación con su madre, del impacto de su primera menstruación o de sus relaciones sexuales transforman su orientación de la libido y sus “relaciones vinculares con el objeto de tipo simbiótico” (Lartigue y Vives, 1994).

1.4.2. Influencia social y cultural en el embarazo.

La percepción de la mujer ante su embarazo dependerá, como lo hemos visto antes desde la aceptación, los objetivos de vida, la situación social y económica, implicando también si se encuentra acompañada o no por su pareja, además de la forma de mirar al embarazo antes de quedar embarazada, la personalidad conjuntamente con su capacidad de afrontamiento ante las nuevas situaciones; uno de los factores importantes para crear esta percepción son la familia, personas cercanas e inclusive medios de comunicación y la opinión de su médico especialista.

La mujer al encontrarse en una etapa nueva de su vida, es normal que requiera cierto nivel de ayuda para satisfacer preocupaciones, dudas que surgen a lo largo del embarazo, además de comprensión y cuidados especiales por parte de su pareja, familia y allegados.

Por un lado las preocupaciones y dudas acerca de la formación del bebé, posibles enfermedades y cambios físicos entre otros, se dan por lo general en cada trimestre de embarazo, pero presentándose especialmente durante el primer y último trimestre; todas estas dudas generalmente son resueltas, en un comienzo por la familia, amigos, fuentes electrónicas e informativas, como la televisión, radio, internet, redes sociales, así como son consultadas a profesionales y personal de salud especializado en el tema.

Durante un estudio realizado en la Universidad de Sevilla, llamado Apoyo a las familias durante el proceso de transición a la maternidad y la paternidad, evidencia que un 44,2% de padres que ha presentado incertidumbres durante el primer trimestre de embarazo; por otra parte su método de resolución de problemas, dudas e incertidumbres ha sido acudir en un 40,6% a recursos informales, refiriéndose a estos como: pareja, familiares, amigos, acudiendo en un 15,4% a recursos formales como lo sería el médico

tratante, lecturas especializadas, entre otras ayuda profesional, y un 28,6% utiliza la combinación entre recursos formales e informales, obteniendo un grado de satisfacción del 83% en la resolución de sus incertidumbres mediante estos medios (Hidalgo y Menéndez, 2009).

Por lo tanto, se puede decir que estas incertidumbres son consultadas en mayor frecuencia a familiares, amigos y personas de confianza, por lo tanto resueltas satisfactoriamente, sin embargo, se debe tomar en cuenta que la ayuda propiciada especialmente por estas fuentes, puede ser información no siempre confiable, ya que social y culturalmente, se pueden encontrar un sin número de tabúes, creencias y formas de mirar la maternidad y paternidad que ya sea distorsionadas o no, pueden llegar a determinar en la mujer embarazada una forma de percibir el embarazo, ya sea positiva o negativamente, ayudando a eliminar dudas e incertidumbres o generando más de las que ya existían, siendo estos factores que dependerán del ambiente social y cultural en el cual mediante comentarios o como respuesta a preocupaciones de la mujer, llegaran en forma de consejos, advertencias o soluciones, ciertas formas en pensar desde su entorno social acerca del embarazo que ya sea empíricamente o no, favorecerán para crear un esquema imaginario acerca del embarazo.

Por ejemplo, en nuestra sociedad no es extraño escuchar afirmaciones acerca del sexo del bebé dependiendo de la forma y circunferencia del abdomen, o que la presencia de gatos es vinculada directamente con la toxoplasmosis, cuando son sus excrementos o el mal manejo de carnes crudas la manera por la que se trasmite, además el parto es vinculado con el dolor, con el temor de complicaciones que pueden afectar al niño y a la madre; formas de percibir el embarazo que se han ido creando y transmitiendo de generación en generación, aportando a este imaginario, que no solo es percibido de forma similar culturalmente, sino que también modifica la forma de actuar.

Como lo indica Moscovici (2000) en su Teoría de las Representaciones Sociales, en donde la contribución del individuo en la construcción de un saber colectivo, orienta e interpreta los comportamientos sociales. Siendo manifiestos estos comportamientos por medio de actos, testimonios y conductas, institucionalizados, aceptados e incorporados a lo cotidiano.

Por otro lado, y no alejado de nuestra realidad social se encuentra la influencia por parte de los medios de comunicación como lo son la televisión, redes sociales, películas, novelas, series, etc. En los cuales se muestra mujeres, con cambios bruscos en sus hábitos de alimentación, antojos fuera de la realidad o cuidados excesivos, relaciones de pareja destruidas a causa de la frustración del cónyuge por cambios bruscos del estado de ánimo en la mujer embarazada, escenas en donde parturientas, una vez que se ha provocado la ruptura de membranas o empieza a sentir contracciones demuestran desesperación, gritos y llantos, junto a su pareja y familiares desesperados por llegar a un hospital. Puede existir otra clase de reportajes informativos, pero en cuanto a la información que mayormente circula, contribuye para generar un esquema erróneo acerca del embarazo y un parto terrorífico, dramático, exagerado y fuera de la realidad.

1.4.3. Influencia empírica y profesional.

Otro factor que incide en este esquema son las experiencias pasadas de aquellas mujeres secundíparas o multíparas, en las cuales, las experiencias influenciarán a generar la percepción de su próximo embarazo, dependiendo de si estas experiencias fueron satisfactorias o no, acompañadas de complicaciones o sin complicaciones.

Este esquema imaginario del embarazo influenciará al momento de percibir cada etapa, ya sea de una forma normal y tranquila o llena de incertidumbres y ansiedad, que repercutirán a la final en su desempeño materno.

A todo lo tratado debemos sumarle la importancia de la educación sanitaria, durante todo el proceso de embarazo, siendo un derecho que toda mujer tiene ya que influye de manera positiva en la salud de la gestante, generando mujeres capaces y responsables de tomar decisiones respecto a su maternidad.

1.4.4. Enfermedades mentales asociadas.

Por lo tanto, aquella mujer en estado de embarazo se encontrará con dudas, inquietudes e inseguridades, las cuales, si no son respondidas de una manera óptima, generará, incertidumbre, incrementando el nivel de ansiedad e inclusive influenciando en la toma de decisiones y su manera de actuar; incertidumbres que se generan en relación a la formación del bebé, posibles enfermedades, el parto y su desempeño materno en el futuro.

Empezando por los cambios de humor en el embarazo que son los responsables de alterar el comportamiento de la mujer, su percepción de las situaciones y su estado de ánimo, los mismos que pueden ser difíciles de sobrellevar, ya que generalmente se manifiestan por deseos nuevos o disgusto a ciertos olores o alimentos, náuseas y vómitos en el periodo inicial, siendo una etapa marcada en el área emocional, por dudas e inseguridades que causan ansiedades y temores que pudiendo llegar a presentar trastornos graves, siendo entre las principales amenazas psicológicas que pueden presentarse durante el embarazo se encuentran la ansiedad y la depresión , que de no ser tratadas durante el embarazo, podría acarrear problemas graves para la madre, como el aborto espontáneo, el parto prematuro y por ende también traer problemas al bebé como lo sería dar a luz un bebé con bajo peso.

1.4.5. Depresión

En cuanto a la depresión es una enfermedad que afecta directamente a los pensamientos, acciones y sentimientos, pudiendo presentarse a cualquier edad o etapa de vida, algunas mujeres tienden a ser mas vulnerables durante el embarazo, llegando a experimentar un sufrimiento real. Presentándose esta enfermedad a causa de varios factores, entre estos los cambios hormonales, las tensiones en la relación o dificultades en la pareja, expectativas no cumplidas, falta de comunicación, situación económica, entre otras circunstancias por las que atraviese cada mujer y la significación que tengan para la misma, sumadas al malestar físico pueden llegar a desencadenar una depresión.

1.4.6. Ansiedad.

La ansiedad puede estar presente en el embarazo debido a que en este periodo la mujer se plantea muchas preguntas y preocupaciones, que como vimos anteriormente, no siempre son respondidas satisfactoriamente o generan más temor a ciertos temas que social y culturalmente influyen sobre la percepción de la embarazada, entre las preocupaciones constantes se encuentra el miedo a un aborto involuntario, temor al parto, preocupación por la salud del bebé, miedo a perder al bebé y la incertidumbre acerca de su capacidad para ser una buena madre.

Según un estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar en el Instituto Mexicano del Seguro Social de Campeche, realizado con embarazadas de entre 29 a 32 años de edad, se registraron niveles medios de Ansiedad – Estado y Ansiedad Rasgo en primigestas, secundigestas, multigestas, de igual manera que se presentó un nivel medio durante los tres trimestres de embarazo (Góngora y Pantí, 2010) demostrando así que la ansiedad sin duda está presente en el embarazo, sin embargo el desarrollo de la misma dependerá de varios factores, incluyendo la personalidad y percepción de la madre, el

ambiente y apoyo tanto familiar como profesional, la situación por la cual la mujer embarazada y su pareja se encuentren cursando.

- **Conclusiones:**

- El embarazo es una etapa más del ciclo vital que acarrea sus propias crisis y formas de adaptación ante la nueva situación, una etapa de transición a la maternidad que requiere atención ante cualquier problema o incertidumbres que pueda surgir a lo largo de los trimestres de embarazo.

- La percepción del embarazo se forma a partir de varios factores, sociales, culturales, medios de comunicación, experiencias pasadas y la situación actual de cada mujer embarazada.

- La adaptación a cada etapa de embarazo dependerá de la personalidad de la gestante, su capacidad de resiliencia y de solucionar dudas o problemas que surjan a lo largo del mismo.

- Las dudas no resueltas pueden llegar a causar malestar como el estrés, el mismo que puede empeorar y dar paso a una enfermedad mental, siendo entre las más comunes la ansiedad o la depresión, afectando directamente a la madre y al bebé.

CAPITULO II

DISEÑO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

2. DISEÑO METODOLÓGICO

- **Introducción**

A continuación, se explica los datos obtenidos de acuerdo al diseño de la investigación, los mismos que han sido analizados y descritos desde el área sociodemográfica, las preocupaciones más comunes dentro del embarazo y ansiedad en cada una de las gestantes que aceptaron participar en la investigación y que asistieron al centro de salud Nicanor Merchán.

2.1. Diseño general del estudio

La presente investigación posee un enfoque cuantitativo, al plantear un problema concreto mediante preguntas específicas que determinaron los objetivos a investigar; siguiendo un orden lógico por etapas para su ejecución. Desde la revisión de la literatura se redactó un marco teórico para después proseguir con el diseño de la metodología que incluyó la definición de variables a estudiar, los instrumentos a emplear para la obtención de datos, los mismos que fueron recogidos de manera sistemática y analizados con ayuda de la estadística, lo cual permitió compararlos con los datos obtenidos.

Esta es una investigación descriptiva en la cual se observó un fenómeno tal como sucede naturalmente. Es también trasversal pues los datos recogidos corresponden a eventos sucedidos en un periodo de tiempo limitado. (Hernández, 2014)

2.2. Área de estudio

Esta investigación se realizó en las salas de espera y tamizaje del Centro de Salud Nicanor Merchán de la ciudad de Cuenca.

2.3. Población y muestra

La población está representada por mujeres en etapa de gestación que asistían al Centro de Salud Nicanor Merchán.

La muestra fue captada aleatoriamente hasta conseguir un número de 50 participantes en etapa de gestación.

2.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión de esta investigación son: gestantes que asistan al Centro de Salud Nicanor Merchán, cuyas edades oscilen a partir de los 19 años hasta los 40 años, y que acepten participar en el estudio.

Los criterios de exclusión de esta investigación son: embarazadas menores de 19 años o mayores a 40 años, así como también aquellas embarazadas que no deseen participar en la investigación.

2.5. Técnicas e instrumentos.

La técnica utilizada en la recolección de información fue la encuesta, procedimiento que permitió obtener información de 50 mujeres gestantes que asistieron al Centro de Salud Nicanor Merchán.

En primer lugar, se solicitó el consentimiento informado (Anexo 1) a las mujeres gestantes que se encontraban en la sala de espera y tamizaje del Centro de Salud Nicanor Merchán.

Se prosiguió con la aplicación del instrumento de recolección de datos que trató de una ficha Sociodemográfica que consta de preguntas cerradas para la recolección de datos personales, así como la historia obstétrica de la gestante.

Se utilizó la escala de preocupaciones del embarazo de Cambridge (CWS), fue desarrollada en la Green, Kafersios, Statham y Snowdon (2003) como una herramienta que permitiese la evaluación de aquellas situaciones que suponían una preocupación específica para las mujeres gestantes. Está compuesta por 16 ítems que evalúan aquellas preocupaciones más importantes para la mujer durante el embarazo, siendo cada uno de ellos valorado con una escala tipo Likert de seis niveles, estando comprometida entre 0 (no es preocupación) y 5 (preocupación importante). Esta escala ha mostrado una buena fiabilidad en los análisis realizados (alfa de Cronbach de 79 para la inversión inglesa (Green et al., 2003)).

Finalmente se aplicó el inventario de Beck para la ansiedad, es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Se centra en los aspectos físicos relacionados con la ansiedad. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV5.

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a “en absoluto” 1 a “levemente, no me molesta mucho”, 2 a “moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo” y la puntuación 3 a “severamente, casi no podía soportarlo”.

Distingue tres niveles de ansiedad, entre los que puntúan 00–21 - Ansiedad muy baja. 22–35 - Ansiedad moderada, más de 36 - Ansiedad severa.

La información obtenida del instrumento fue procesada y analizada con apoyo del programa Microsoft Office Excel (Versión 2010) y el sistema estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 21.0. Se empleó la estadística

descriptiva, se calcularon frecuencias absolutas y relativas lo cual permitió representar la información en tablas y gráficos.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el presente apartado del trabajo de investigación se muestran los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento a la muestra de 50 mujeres que han asistido al Centro de Salud Nicanor Merchán, en el mes de julio del 2019. Iniciando por las características sociodemográficas se refleja a continuación:

3. Características Sociodemográficas

Tabla 1 *Distribución según intervalo de edad*

Intervalo de edad	Frecuencia	Porcentaje
19 a 24 años	23	46,0%
24 a 40 años	27	54,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

En la tabla 1 se observa que, de las 50 mujeres gestantes encuestadas, la mayoría se encuentra contenida en el intervalo de 24 a 40 años representada por el 54, 0% (27 encuestadas) y el resto representado por el 46,0% (23 encuestadas) tienen edades comprendidas entre los 19 a 24 años.

Tabla 2 *Distribución según estado civil*

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	13	26,0%
Casada	19	38,0%
Divorciada	1	2,0%
Unión Libre	17	34,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

Se puede apreciar en la tabla 2 que la totalidad de la muestra de mujeres gestantes objeto de estudio (50 encuestadas) el mayor porcentaje tiene un estado civil de casadas con el 38,0% (19 encuestadas), seguidamente se presentaron las mujeres que se

encuentran en unión libre con un 34,0% (17 encuestadas), después las solteras con un 26,0% (13 encuestadas) y por último en la categoría de divorciada con un 2,0% (1 encuestada). Lo que evidencia que la mayoría de mujeres gestantes encuestadas tienen un estado civil en condición de casadas.

Tabla 3 *Distribución según el grado de instrucción*

Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	5	10,0%
Secundaria	33	66,0%
Estudios Superiores	12	24,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

Como se puede evidenciar en la tabla 3 de la totalidad de 50 mujeres gestantes encuestadas, 33 tiene un nivel de instrucción de secundaria, lo que equivale al 66,0%, por su parte estudios de grado superior se encontraron a 12 mujeres, que representan al 24,0% y por último encontramos a 5 mujeres que tienen un nivel de preparación académica de primaria, equivalente al 10,0% ; estos resultados demuestran que la mayoría de las pacientes atendidas tienen un nivel de preparación académica de secundaria.

Tabla 4 *Distribución según la Ocupación Laboral*

Labora Actualmente	Frecuencias	Porcentaje
Si	35	70,0%
No	15	30,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

En la tabla 4 podemos observar que, de la totalidad de 50 mujeres gestantes encuestadas, el 70,0% (35 encuestadas) no se encuentran laborando y que el 30,0% de

mujeres gestantes si se encuentran trabajando; demostrando que la mayoría de encuestadas no trabajan, esta tabla se encuentra ligada a la tabla 5 a continuación.

Tabla 5 *Distribución según la situación laboral*

Situación Laboral	Frecuencia	Porcentaje
Ama de Casa	21	42,0%
Estudiante	6	12,00%
Empleada Privada	7	14,00%
Comerciante	8	16,0%
Desempleada	8	16,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

Como se puede evidenciar en la tabla 5 que la totalidad de 50 mujeres gestantes objeto de estudio, la mayoría son amas de casa representando el 42,0% (21 encuestadas), seguidamente se encontraron, con un porcentaje de 16,0% (8 encuestadas) que tienen una situación comerciante, refiriéndose como comerciantes a aquellas que dirigen su propio negocio coincidiendo este mismo porcentaje con las desempleadas (8 encuestadas), prosiguiendo con las mujeres que se encuentran laborando como empleadas privadas con un porcentaje equivalente al 14,0% (7 encuestadas) y para finalizar con el 12,0% encontramos a las estudiantes (6 encuestadas).

Tabla 6 *Distribución según la situación económica*

Situación económica	Frecuencia	Porcentaje
Se cubren totalmente las necesidades del hogar	29	58,0%
Se cubren parcialmente las necesidades del hogar	18	36,0%
No se cubren las necesidades del hogar	3	6,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

En la tabla 6 de distribución según la situación económica, evidenciamos que, de las 50 mujeres gestantes encuestadas, en la mayoría su situación económica cubre

totalmente las necesidades del hogar siendo representada con un 58,0% (29 encuestadas), seguidas de aquellas cuyas necesidades del hogar se cubren parcialmente con un 36,0% (18 encuestadas) y para finalizar encontramos a quienes en su situación no se cubren las necesidades del hogar con un 6,0% (3 encuestadas).

Tabla 7 Disposición según el lugar de residencia

Lugar de Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Rural	11	22,0%
Urbano	39	78,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

En la tabla 7 se connota que, de las 50 mujeres encuestada, la mayoría tiene como lugar de residencia la zona urbana con un 78,0% (39 encuestadas) y la minoría reside en la zona rural representada por el 22,0% (11 encuestadas).

Tabla 8 Distribución según la Etapa Gestacional

Etapa Gestacional	Frecuencia	Porcentaje
Primer Trimestre	6	12,0%
Segundo Trimestre	22	44,0%
Tercer Trimestre	22	44,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: La autora

En la presente tabla 8 podemos observar que la mayoría de las mujeres encuestadas, en rangos similares se encuentran dentro del segundo trimestre y el tercer trimestre de embarazo con un porcentaje cada una de 44,0% (22 encuestadas), con menor frecuencia encontramos a mujeres que se encuentran en el primer trimestre de embarazo con un porcentaje del 12,0% (6 encuestadas), siendo los resultados de un total de 50 mujeres gestantes participantes de este estudio.

Tabla 9 *Distribución según la Planificación del Embarazo*

Planificación del Embarazo	Frecuencia	Porcentaje
No Planificado	23	46,0%
Planificado	27	54,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

En la presente tabla 9 se puede evidenciar que, de las 50 mujeres gestantes encuestadas en el estudio, la mayoría han planificado su embarazo con un porcentaje del 54,0% equivalente a 27 encuestadas, por otra parte, encontramos con un 46,0% los embarazos no planificados (23 encuestadas).

Tabla 10 *Distribución según el número de partos atendidos*

Número de Partos	Porcentaje	Frecuencia
Primípara	23	46,0%
Secundípara	19	38,0%
Múltipara	8	16,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

En la tabla 10 podemos observar que la mayoría de las mujeres encuestadas se encuentran en su primera gestación por lo tanto tendrá su primer parto (primípara) con un porcentaje del 46,0% equivalente a 23 encuestadas, seguidamente se encuentran aquellas que se encuentran en su segunda gestación y tendrán su segundo parto (secundíparas) con un porcentaje del 38,0% es decir 19 encuestadas y para finalizar encontramos a las mujeres que han tenido más de dos partos anteriormente (múltiparas) con un porcentaje del 16,0% equivalente a 8 encuestadas.

Tabla 11 *Distribución según el número actual de hijos*

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
Primero	23	46,0%
Segundo	19	38,0%
Tercero	3	6,0%
Cuarto	5	10,0%
Total	50	100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

En la presente tabla 11 podemos evidenciar que, de las 50 mujeres gestantes encuestadas, el 46,0% se encuentran gestando a su primer hijo (23 encuestadas) seguidas de las mujeres que se encuentran gestando a su segundo hijo con un porcentaje del 38,0% (19 encuestadas), un 6,0% (3 encuestadas) se encuentran gestando a su tercer hijo y para finalizar el 10,0% representa las mujeres que se encuentran gestando a su cuarto hijo (5 encuestadas). La mayoría de las mujeres encuestadas se encuentran gestando a su primer hijo, siendo esta tabla complementada por la tabla 10.

Tabla 12 *Distribución según la cantidad de abortos*

Abortos Previos	Frecuencia	Porcentaje
0	41	82,0%
1	9	18,0%
Total		100,0%

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: La autora

En la tabla 12 se evidencia que, de las 50 mujeres gestantes encuestadas en este estudio, la mayoría no han tenido abortos previos, con un 82,0% (41 encuestadas) y el restante si ha presentado un aborto, representado por el 18,0% (9 encuestadas).

4. Resultados de la escala de preocupaciones en el embarazo de Cambridge (CWS)

Tabla 13 *Análisis de la escala de preocupaciones en el embarazo de Cambridge (CWS)*

Ítem	0	1	2	3	4	5
Posibilidad de que exista algún problema con el bebé	20%	8%	12%	28%	18%	14%
Dar a luz	8%	6%	12%	26%	18%	30%
Posibilidad de aborto espontaneo	56%	8%	8%	10%	8%	10%
Problemas laborales	66%	2%	6%	8%	6%	12%
Problemas de vivienda	54%	8%	16%	6%	2%	14%
Visitas al Hospital	50%	8%	20%	12%	2%	8%
Salud de alguien cercano	46%	8%	6%	16%	8%	16%
Problemas económicos	28%	12%	12%	24%	8%	16%
Exploraciones médicas ginecológicas	42%	10%	22%	10%	12%	4%
Afrontamiento del cuidado del nuevo bebé	20%	10%	16%	16%	18%	20%
La propia salud	28%	4%	16%	12%	14%	26%
Dejar el trabajo	70%	0%	0%	10%	4%	16%
Si la pareja estará presente contigo durante el parto	44%	10%	14%	10%	6%	16%
Relación con tu pareja / marido	58%	16%	6%	10%	6%	4%
Problemas legales	78%	4%	2%	2%	6%	8%
Relaciones con familia y amigos	56%	0%	8%	14%	14%	8%
Otros	0%	0%	0%	2%	8%	8%

En la presente tabla 13 encontramos los resultados de la escala de preocupaciones de Cambridge, aplicada a las 50 mujeres gestantes participantes en esta investigación,

evidenciando que las preocupaciones más notables son reflejadas en el ítem “Dar a luz” con un porcentaje equivalente al 30%, seguidas por “la propia salud” en un 26% y “afrontamiento del cuidado del nuevo bebé” con un porcentaje del 20%, los resultados en los ítems restantes reflejan una preocupación media. La escala de preocupaciones de Cambridge nos ofrece un ítem extra denominado “otros” en el cual la mujer embarazada puede redactar su preocupación más constante si es que la misma no se encuentra ya dentro de la escala, cuyos resultados se exponen a continuación en la tabla 14.

Tabla 14 *Análisis del ítem opcional “otros” de la escala de Cambridge*

Otras preocupaciones	0	1	2	3	4	5
Adelanto del parto					4%	2%
Lactancia materna						2%
Dejar de estudiar					2%	2%
Cálculos al riñón						2%
Preclamsia				2%	2%	

Tabla complementaria a la tabla 13

En la tabla 14 podemos evidenciar los resultados del ítem 17 “Otros” de la escala de preocupaciones de Cambridge en la cual dependiendo del caso, cada mujer gestante tiene opción de añadir una preocupación que no se ha encontrado dentro de las 16 preguntas anteriores; a este ítem lo contestó el 18% (9 encuestadas) de la muestra total de 50 mujeres gestantes, denotando preocupación con niveles altos en temas como “adelanto del parto” refiriéndose a que se presente el parto antes del tiempo previsto, por otra parte el tema de la “lactancia materna”, varias encuestadas se encontraban estudiando por lo que su preocupación mayor, incluía “dejar de estudiar”, en especial temas con la salud de la propia embarazada como lo habíamos visto en la tabla 13 circulaban entre la mayor preocupación de las mujeres, problemas como “cálculos al riñón” y la “preclamsia”.

5. Escala de ansiedad de Beck

Tabla 15 *Análisis de la Escala de Ansiedad de Beck*

Nivel de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	19	38%
Moderada	28	56%
Severa	3	6%
Total	50	100%

Podemos evidenciar en la tabla 15 los resultados obtenidos en la escala de ansiedad de Beck, aplicada a 50 mujeres gestantes, cuyos niveles de ansiedad se encuentran mayormente en el 56% (28 encuestadas) siendo un porcentaje equivalente a ansiedad moderada, seguida de un porcentaje del 38% (19 encuestadas) quienes han presentado un nivel de ansiedad muy bajo y para finalizar con un 6% encontramos a aquellas mujeres gestantes quienes presentan una ansiedad severa, equivalente a un 6% (3 encuestadas).

- **Conclusiones:**

- Se encuestó a un total de 50 mujeres gestantes que asistieron al centro de salud Nicanor Merchán cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, siendo esta la muestra total alcanzada.
- Se empleó la estadística descriptiva, se calcularon frecuencias absolutas y relativas lo cual permitió representar la información en tablas y gráficos con el apoyo del programa Microsoft Office Excel (Versión 2010) y el sistema estadístico IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 21.0.
- Los instrumentos utilizados constan de una encuesta socio demográfica de la cual se desarrolló 12 tablas en total para representar sus resultados, la escala de preocupaciones de Cambridge que constó de dos tablas, correspondientes a la tabla 13 y 14; para finalizar la escala de ansiedad de Beck, correspondiente a la tabla 15.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en cuanto a las baterías aplicadas para analizar las percepciones y creencias, permiten plantear que las mujeres gestantes que asisten al centro de salud Nicanor Merchán presentan mayor preocupación en primer lugar por dar a luz, en segundo lugar por su propia salud y el tercer tema más preocupante encontrado es el afrontamiento del cuidado del bebé, existiendo además varias preocupaciones más que se mantienen en rangos medios de la escala de Likert; por otra parte un porcentaje de mujeres gestantes compartió preocupaciones adicionales a la lista que ofrecía la escala de Cambridge, como lo son “que se adelante el parto”, “lactancia materna”, “dejar de estudiar”, “cálculos al riñón” y “preclamsia”. Siendo estas preocupaciones relacionadas directamente con un nivel medio de ansiedad.

En primer lugar, para la obtención de datos se utilizó, la Cambridge Worrie Scale, que su validación al español representó una herramienta sumamente útil para la valoración de las preocupaciones presentadas en el embarazo. La versión original ha sufrido cambios reduciendo de 16 a 13 ítems, por ver estos ítems como innecesarios entre mujeres de habla inglesa a mujeres de habla hispana. Finalmente, realizándose análisis en ambas versiones del cuestionario (13 y 16 ítems) para identificar cuál de las dos ofrece unos mejores parámetros psicométricos y una mejor adaptación a la población española. Tras la realización de los análisis podemos afirmar que la versión española del cuestionario presenta una estructura idéntica, tanto en el número de factores como en su contenido, a la versión originalmente desarrollada. Asimismo, los índices de consistencia interna fueron adecuados para las dos versiones (Carmona, 2011).

En el presente estudio se utiliza como herramienta de valoración, la escala original de Cambridge traducida al español (16 ítems), adaptándose óptimamente a la población aplicada, obteniendo resultados positivos y así mismo complementándose con la escala de ansiedad de Beck en la búsqueda de resultados.

Los resultados no contrastan con lo reportado por la mayoría de los autores en diversas investigaciones anteriores en las cuales se ha usado esta escala de Cambridge para el análisis de preocupaciones durante el embarazo en otras culturas.

De acuerdo con las preocupaciones más frecuentes en las mujeres gestantes que asisten al centro de salud Nicanor Merchán, encontramos a la que ocupó el primer lugar que fue “dar a luz”, del mismo modo que en la muestra obtenida en la población de mujeres gestantes, alemanas (Petersen, 2009) esto debiéndose a que la mayor parte de la población se encontraba repartida en el segundo y tercer trimestre de embarazo. De igual manera encontramos a “dar a luz” entre las preocupaciones más frecuentes y significativas, durante el tercer trimestre de embarazo, en un estudio realizado por Carmona, a mujeres de habla hispana en Madrid, en el año 2011, denominada, preocupaciones en el embarazo, coping y personalidad en gestantes españolas.

La preocupación por “dar a luz” también se ve respaldada en la misma escala en el ítem 17 denominado “otros” en donde un grupo de mujeres denominó con un alto nivel de la preocupación a que se “adelante el parto” refiriéndose esto en el caso de que el parto ocurra de manera sorpresiva, sin antes haber llegado a la fecha prevista por el médico para el alumbramiento.

Se ha encontrado que existen una serie de preocupaciones durante el embarazo que tienen cierto carácter universal y que aparecen en las primeras posiciones en los estudios de diferentes países, estas preocupaciones hacen referencia a “la posibilidad de

que pase algo malo al bebé” “dar a luz” o la “posibilidad de un aborto espontáneo”. Estos datos son consistentes con los resultados obtenidos empleando metodología cualitativa por Safadi (2005) en mujeres gestantes jordanas.

En segundo lugar, encontramos un nivel alto el ítem denominado “la propia salud”, indicando una preocupación elevada acerca de la salud de la mujer gestante, preocupaciones que además se vieron reflejadas en el apartado “otros” en donde libremente pudieron expresar aquellas mujeres, preocupaciones respecto a su estado fisiológico, enfermedades que podrían dañar a si misma o al feto, como lo son preocupaciones acerca de “cálculos al riñón” y “preclamsia”. Este ítem acerca de la propia salud, también ha sido también ubicado con puntuaciones altas en otros grupos de mujeres, como por ejemplo en una investigación realizada en Madrid (Carmona et al.,2011)

En esta muestra se destaca en tercer lugar de las preocupaciones “el afrontamiento del cuidado del nuevo bebé” para esto hay que tomar en cuenta que la mayoría de mujeres gestantes se encontraban teniendo a su primer hijo así que la experiencia de cuidarlo denotaba una de las preocupaciones más frecuentes, además demostrando en el apartado 17 preocupaciones como “la lactancia materna” o “dejar de estudiar”, sin duda temas que serían experimentados por primera vez en esta etapa nueva al priorizar el cuidado de un hijo. Esta clase de preocupaciones, se dan con frecuencia, dentro de los dos últimos trimestres de embarazo ya que se encuentran próximas al cuidado de un bebé, además varían según la cultura, la situación por la cual la mujer este atravesando, su edad y estilos de afrontamiento, siendo destacando en otro estudio, dentro del ítem 17 por ejemplo como una de las más importantes preocupaciones en el caso de las mujeres multíparas, la preocupación sobre la aceptación y los celos que pudiese generar el nuevo bebé sobre los otros hijos (Carmona et al., 2011).

Efectos en la sintomatología durante el embarazo, señala Carmona en este estudio la importancia de la cultura dentro del contenido de las preocupaciones, ya que cada uno de estos grupos de mujeres pueden apuntar hacia la existencia de cierta especificidad cultural, influencia destacada en el contenido de las mismas (2011). A esto reforzaría el hecho dentro de que en nuestra cultura podría decirse que existen varias facetas en las que varía la forma pensar, tabúes, reglas comunes que dependerán de la edad, grupo de pares y prioridades que cambian de generación en generación, en cada caso pero que se destacan en las preocupaciones similares dentro de un grupo de personas, como en este caso, dentro de la muestra de mujeres gestantes, en las cuales destacaron sus preocupaciones de una forma similar, coincidiendo en mayor grado en específicos temas como el “dar a luz”, “su propia salud” y “el afrontamiento del cuidado del nuevo bebé”, mujeres que se encuentran en un rango de edad mayoritario de entre 24 a 45 años.

Así mismo siendo estos resultados de la escala de preocupaciones de Cambridge, simultáneos con los resultados de la escala de ansiedad de Beck, al presentar en mayor parte de la población de mujeres gestantes un nivel de ansiedad medio correspondiente a un 56%, al mismo tiempo tomando en cuenta que la mayoría de participantes en este estudio se encontraba cursando su primer embarazo y dentro del segundo y tercer trimestre de embarazo, además los resultados demuestran una ansiedad muy baja en un 38% y ansiedad severa en un 6%.

Resultados que no contrastan con otros estudios realizados a mujeres embarazadas:

Un estudio realizado en la unidad de Medicina Familia del Instituto Mexicano del Seguro Social en Campeche, dirigido a analizar la ansiedad presentada en a 63 mujeres embarazadas participantes se encontró que, las embarazadas del estudio presentaron niveles medios de Ansiedad Estado-Rasgo. En relación con la Ansiedad-Rasgo tanto las

secundigestas como las multigestas y el primer trimestre de gestación presentaron niveles de ansiedad medio. La Ansiedad-Estado predominó en un nivel medio en las primigestas y fue similar en los tres trimestres del embarazo (Rodríguez y Pantí et al., 2010).

En un estudio realizado en México, en dos instituciones públicas de primer y segundo nivel de atención de la ciudad de Hermosillo, Sonora a mujeres de entre 18 a 35 años denominado Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico, se encontró que las primigestas que tienen mayor ansiedad presentan menor adaptación psicosocial al embarazo. El bajo ingreso económico, tener menos edad y menor escolaridad, se asociaron con menor adaptación psicosocial. Una menor escolaridad, menor ingreso económico y una menor edad gestacional se relacionaron con una menor preparación al parto (Ontiveros y López, et al., 2010).

Tomando en cuenta de esta forma que la presencia de ansiedad dependerá de la adaptación psicosocial de cada mujer gestante, al analizar los resultados obtenidos según la ficha sociodemográfica y la escala de ansiedad de Beck aplicadas, se pudo señalar algunos componentes sociodemográficos que pueden explicar el nivel de ansiedad media en un 56% y muy baja en un 38%, denotando así que solo el 6% presenta una ansiedad severa, pudiendo ser los mismos factores de protección ante la aparición de estrés y ansiedad a un nivel medio del en las mujeres gestantes ya que en la mayoría de la población de encuestadas se encuentran cursando su primera gestación pero en su situación económica se cubren en un 58% totalmente las necesidades del hogar, la edad mayoritaria va de 24 a 45 años, su escolaridad en un 66% se encuentra aprobada la secundaria, la mayor parte se encuentran casadas en un 38% y 34% en unión libre, lo que denotaría apoyo por parte de la pareja además que la mayor parte de gestaciones fueron planificadas.

En la ciudad de Murcia, España en un estudio realizado a parejas, denominado La vinculación afectiva y ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos, concluyeron con que la ansiedad puntuaba de mayor forma en madres que en los padres tanto a nivel cognitivo y fisiológico como a nivel motor; este dato es justificado por los diferentes estudios llevados a cabo, hallaron que a lo largo del embarazo, la gestante presenta un cierto número de preocupaciones que incluyen entre las más frecuentes: inquietud y preocupación con el devenir del embarazo, fluctuaciones en el estado de ánimo, miedo anticipatorio al dolor, miedo a no cumplir con las expectativas sociales, preocupación por su estado de salud y por el bebé no nacido, y mayor necesidad de apoyo social; considerando que todo ello puede causar una mayor activación del sistema autónomo. No obstante, y aunque parte de los trastornos, sobre todo fisiológicos, se pueden achacar a los cambios hormonales, los investigadores se centran cada vez más en las relaciones, causas y consecuencias de la ansiedad durante todo el proceso, es decir, embarazo, parto y postparto (Brito, Pérez, Rodrigues, et al., 2004).

CONCLUSIONES

- Al centro de salud de atención primaria Nicanor Merchán, asistieron en el mes de julio del 2019 un total de 50 mujeres gestantes.

- Las mujeres que asisten a este centro de salud y que en este periodo fueron predominantemente mujeres entre los 24 a 45 años de edad (54%), de procedencia urbana (78%), con un nivel de instrucción secundaria (66%), amas de casa (42%) y casadas (38%), en cuanto a la situación económica se cubren totalmente las necesidades del hogar (58%), la mayoría de las gestantes se encuentran en su segundo y tercer trimestre de embarazo de igual forma (44%), los embarazos han sido planificados (54%), se encuentran cursando su primera gestación el 46% y no han experimentado un aborto el 86%.

- En cuanto a la escala de Cambridge de preocupaciones en el embarazo obtenemos las mujeres gestantes se encuentran mayoritariamente preocupadas por primero “dar a luz”, segundo “la propia salud” y en tercer lugar “el afrontamiento del cuidado del nuevo bebé”. En cuanto al ítem opcional 17 denotan preocupaciones específicas como lo son “adelanto del parto”, “preclamsia”, “cálculos al riñón”, “lactancia materna” y “dejar de estudiar”.

- En la escala de ansiedad de Beck, tenemos niveles de ansiedad media en un 56%, y muy baja en un 38%.

- En cuanto a las escalas de preocupación y ansiedad se encuentran en su mayoría en niveles medios, esto en relación a la ficha sociodemográfica podemos constatar que se debe a ciertos factores de protección como lo es que la mayoría de las mujeres gestantes son amas de casa, su situación económica cubren totalmente las necesidades del hogar, la edad mayoritaria va de 24 a 45 años, su escolaridad se encuentra aprobada hasta la secundaria, la mayor parte se encuentran casadas y en unión libre, lo que denotaría apoyo

por parte de la pareja además que la mayor parte de gestaciones fueron planificadas y la mayoría no ha experimentado un aborto.

RECOMENDACIONES

Es de suma importancia resguardar el bienestar y salud tanto física como mental de la población de embarazadas que asisten al centro de salud Nicanor Merchán, como lo hemos visto, nuestra población encuestada no se ha encontrado exenta de las preocupaciones propias del embarazo, sin embargo estas de no ser tratadas y al brindar apoyo ya sea con un médico tratante para solventar dudas o un psicólogo clínico en el área emocional, vivencial, dependiendo el caso y el ámbito en el que circulen estas preocupaciones pueden llegar a incrementar el nivel de estrés, llegando a demostrar con sus síntomas ansiedad, la misma que si no es tratada puede causar problemas al bebé, a la madre, en el parto y en un futuro como lo es el cuidado del bebé y el desempeño de la madre a lo largo de los años.

- En el Centro de Salud Nicanor Merchán se podrían incrementar estrategias de educación y comunicación destinadas a elevar el nivel de conocimientos de las mujeres que asisten diariamente en busca de atención de salud para ayudarlas con información acerca de clubes y resolución de dudas, además de ofrecer ayuda psicológica en el caso de que lo requiera.

- También este resultado ofrece la posibilidad de investigaciones posteriores para evaluar temas relacionados con las preocupaciones mayormente presentadas en esta población de mujeres gestantes, siendo percepciones valiosas que podrían fomentar la ayuda en diferentes áreas, como lo serían vinculados a la preocupación y la cultura, al dar a luz, al cuidado del bebé dentro de nuestra cultura ya sea en primigestas, secundigestas o multigestas, en los primeros años de vida.

- Sensibilizar e incentivar a los profesionales de salud, hacia las mujeres gestantes que asisten a buscar consulta en los diferentes establecimientos de salud a tomar en cuenta las preocupaciones y temores presentados en cada mujer embarazada ya que estos si no

son respondidos de manera eficaz pueden desencadenar en varios problemas que afectan directamente al bebé y a la madre.

BIBLIOGRAFÍA

- Anne Lyberg, Bente Dahl, Megumi Haruna, Mizuki Takegata y Elisabeth Severinsson ,
Los vínculos entre la seguridad del paciente y el miedo al parto: un meta-estudio de
investigación cualitativa , *Nursing Open* , 6 , 1 , (18-29) , (2018).
- Azar, S. T. (2002). Adult development and parenthood: a social-cognitive perspective.
En J. Demick y C. Andreoletti (eds.), *Handbook of adult development* (pp. 391-415).
New York: Plenum.
- Beck, A. T. y Steer, R. A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck*
(Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Campos, M., Iraurgi, J., Paez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación
emocional de hechos estresantes. Un meta-análisis de 13 estudios. *Boletín De*
Psicología, 82, 25 -44.
- Carmona, F. (2011). Preocupaciones en el embarazo, coping y personalidad en gestantes
españolas. Efectos en la sintomatología durante el embarazo.
- Carmona, F.J., Peñacoba-Puente, C., Marín, D., Carretero, I. (2011). Factor structure,
validity and reliability of the Spanish version of the Cambridge Worry Scale.
Midwifery. Advance online publication. Doi: 10.1016/j.midw.2010.11.006.
- Castellano, G., Heinzen, J., Nion, M. (noviembre, 2012). Creencias Populares en Salud
Materna. *Revista de Salud Pública*, (XVI), 3:9 – 20.
- Cowan, C. P. & Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents. The big life change*
for couples. The Landmark ten years study (revised edition). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Dayan, J., Andro, G., Dugnat, M. (1999). *Psychopathologie de la périnatalité*

- [Psicopatología de la perinatalidad]. Paris: Masson; 1999.
- Demographic and Health Survey. (2000). Encuesta Nacional de Demografía y Salud, Colombia. Calverton, MD: Macro International; 2000.
- Donohue, J., Levitt, S. (2000). The impact of legalized abortion on crime. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research; 2000. Working Paper 8004.
- Góngora, P., Pantí, S. (2010). Ansiedad durante el embarazo. *Desarrollo Científ Enferm.* Vol. 18 N°7 Agosto, 2010.
- Green, J. M., Kafetsios, K., Statham, H. E., Snowden, C. M. (2003). Factor structure, validity and reliability of the Cambridge worry scale in pregnant population. *Journal of Health Psychology*, 8(6), 753-764.
- Hardy, E., Costa, G. (1993). Abortion experience among female employees of a Brazilian university. Campinas, SP: CEMICAMP; 1993.
- Hidalgo, M., Méndez, S. (2009). Apoyo A las familias durante el proceso de transición a la maternidad y a la paternidad. *Familia* 38, (2009) 133 – 152.
- Hoffmann, JM. (1995). Making Space. *Infant Ment Health J* 1995; 16: 46-51.
- Koch, KL., Frissora, CL. (2003). Nausea and vomiting during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32: 201-24.
- Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health* 11(3),2002.
- Lebovici, S. (1989). Les liens intergenerationnels. Les interactions fantasmaticques [Ligas transgeneracionales. Las interacciones fantasmáticas]. In: Lebovici S, WeilHalpern

- F (eds.). *Psychopathologie du bébé*. Paris, Presses Universitaire de France; 1989. p. 128-42.
- Lederman, RP. (1984). *Psychosocial adaptation in pregnancy. Assessment of seven dimentions of maternal development*. Englewood Cliffs, Prentice Hall; 1984.
- Maldonado, M., Saucedo, JM., Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinato Reprod Hum* 2008;22:5 – 14.
- Molina-Fernández, I. Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., De la Flor-Lopez, M., & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (13), 17-32.
- Montes, M. (2007). *Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos*. Tesis (PhD). Facultat de Lletres, Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, España.
- Morocho, A. Orellana, G. (2015) *Cambios Emocionales en las diferentes etapas del embarazo de las gestantes que acuden a control por consulta externa del área de salud N° 1 Pumapungo perteneciente a la zonal 6*. Cuenca. Universidad de Cuenca [Monografía.
- Moscovici, S. (2000) *Social Representations: Explorations in Social Psychology*. Polity Press, 2000.
- Tostes, N., Fleury, E. (2016) *Expectativas de embarazadas con respecto a la entrega y percepciones acerca de su preparación para el parto*. *Tendencias en Psicología /*

Temas en Psicología, Vol. 24, No. 2, 681 – 693.

Naula, M. Pacheco, M. (2017) Factores psicológicos y sociales que influyen en el control prenatal. Azogues. Universidad de Cuenca [Monografía.

Organización Mundial de la Salud. (1985). “Tecnología apropiada para el parto Declaración de Fortaleza”. Lancet, 2, 436-437

Organización Mundial de la Salud. (2018). “Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva”. Lancet, 2, 436-437

Ontiveros, M., López, J., (2010). Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. Bol Clin Hosp Infant Edo Son 2010; 24(2): 92-98.

Palkovitz, R. (1996). Parenting as a generator of adult development: conceptual issues and implications. Journal of Social and Personality Relationships, 13(4), 571-592.

Plaza, M. Sagbay, B. (2017). Estrés durante el embarazo en pacientes que acuden a la unidad anidada. Gualaceo. Universidad de Cuenca [Monografía].

Pérez, L., Marquéz, M. (2004). La atención a la salud durante el embarazo y el parto. Una propuesta desde la psicología de la salud. Avances en Psicología Latinoamericana 2004, Volumen 22, Pp. 61-75.

Petersen, J., Paulitsch, M., Guethlin, C., Gensichen, J., Jahn, A. (2009). A survey on worries of pregnant women – testing the German versión of Cambridge Worry Scale. BMC Public Health, 9, 490.

Rodrigues, A., López, J., Brito, A. (2004). La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las madres y padres tempranos.

- Estudio preliminar. *Anales de psicología* 2004, vol. 20, n°1 (junio), 95-102.
- Romero, G. Rocha, D. Ruiz, A. (2013) Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecol Obstet, Mex* 2013; 81:180-185
- Rutter, M. & Rutter, M. (1992). *Developing minds: challenge and continuity across the life-span*. Londres: Penguin.
- Sadler, M. Rivera, M. (2015) Yo no me imagino el parto ideal, yo me imagino el peor de los partos. *Revista Contenido. Cultura y Ciencias Sociales*. N.6
- Safadi, R. (2005). Jordanian women: Perceptions and practices of first-time pregnancy. *International Journal of Nursing Practice*, 11, 269-276.
- Salinas, J., Barriguete, J., Casamadrid, J. (1999). La psicopatología del lactante. La psicopatología de la temprana relación madre – padre- lactante. *Archivos de Investigación Pediátrica de México* Vol.2 N°5 Abril / Junio.
- Serra, e., Gómez, l., Pérez-Blasco, j. & Zacarés, J. J. (1998). Hacerse adulto en la familia: una oportunidad para la madurez. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 141-160). Madrid: Alianza.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buena-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2011). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Manual* (8a. ed., rev. y ampl.). Madrid: TEA.
- Vondra, J. & Belsky, J. (1993). Developmental origins of parenting: personality and relationship factors. En T. Luster y L. Okagaki (Eds.), *Parenting. An ecological perspective* (pp. 1-33). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

ANEXOS

6. ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE FILOSOFÍA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLINICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Carolina Vanegas con CI: 0104862701, solicito a usted de la manera más cordial su colaboración, para realizarle la siguiente escala, con la finalidad de obtener información sobre la ansiedad en relación al parto, los datos obtenidos, son anónimos, confidenciales y se realizará en un tiempo aproximado de 15 minutos.

Luego de las explicaciones de esta investigación, Yo _____, con CI _____, acepto participar en este estudio, el cual no tiene ninguna remuneración económica.

FIRMA

7. ANEXO 2 ENCUESTA SOCIODEMOGRÁFICA

Ficha Sociodemográfica

UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía

Escuela de Psicología Clínica

Percepción y creencias en los distintos trimestres de embarazo

1. Fecha

Ejemplo: 15 de diciembre de 2012

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

2. Nombre y Apellidos

3. Edad

4. Estado Civil

Selecciona todos los que correspondan.

- Soltera
- Casada
- Divorciada
- Unión Libre
- Viuda
- Otro: _____

5. Nivel de Instrucción Aprobado

Selecciona todos los que correspondan.

- Primaria
- Secundaria
- Estudios Superiores
- Ninguna
- Otro: _____

6. Ocupación**7. ¿Actualmente se encuentra trabajando?**

Marca solo un óvalo.

- Sí
 No

8. Situación económica

Marca solo un óvalo.

- Se cubren totalmente las necesidades del hogar
 Se cubren parcialmente las necesidades del hogar
 No se cubren las necesidades del hogar

9. Zona de Residencia

Marca solo un óvalo.

- Rural
 Urbana

HISTORIA OBSTÉTRICA

10. Etapa gestacional

Dependerá de las semanas o meses de embarazo en el que se encuentra en este momento
Selecciona todos los que correspondan.

- Primer Trimestre
 Segundo Trimestre
 Tercer Trimestre

11. ¿Cómo considera su embarazo?

Selecciona todos los que correspondan.

- Planificado
 No Planificado

12. Partos atendidos

Selecciona todos los que correspondan.

- Primípara (Primer parto)
 Secundípara (Segundo parto)
 Multipara (Varios partos)
 Orden de nacimiento

13. Abortos

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí
- No
- Numero de abortos

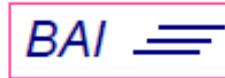
Con la tecnología de
 Google Forms

8. ANEXO 3 ESCALA DE PREOCUPACIONES EN EL EMBARAZO DE CAMBRIDGE

La siguiente lista muestra una serie de situaciones que suelen preocupar en distinto grado a las mujeres embarazadas. Valora cada uno de las afirmaciones dándole una puntuación que puede ir desde 0 en el caso de que dicha afirmación no suponga una preocupación para ti hasta 5 en el caso de que la afirmación suponga una preocupación extrema para ti.

0 No preocupante	1	2	3	4	5 Extremadamente preocupante	
1. Posibilidad de que exista algún problema con el bebé	0	1	2	3	4	5
2. Dar a luz	0	1	2	3	4	5
3. Posibilidad de aborto espontáneo	0	1	2	3	4	5
4. Problemas laborales	0	1	2	3	4	5
5. Problemas de vivienda	0	1	2	3	4	5
6. Visitas al hospital	0	1	2	3	4	5
7. Salud de alguien cercano a ti	0	1	2	3	4	5
8. Problemas económicos	0	1	2	3	4	5
9. Exploraciones médicas ginecológicas	0	1	2	3	4	5
10. Afrontamiento del cuidado del nuevo bebé	0	1	2	3	4	5
11. La propia salud	0	1	2	3	4	5
12. Dejar el trabajo	0	1	2	3	4	5
13. Si la pareja estará presente contigo durante el parto	0	1	2	3	4	5
14. Relación con tu pareja / marido	0	1	2	3	4	5
15. Problemas legales	0	1	2	3	4	5
16. Relaciones con la familia y amigos	0	1	2	3	4	5
17. Otros (especificar)						
-	0	1	2	3	4	5
-	0	1	2	3	4	5
-	0	1	2	3	4	5

9. ANEXO 4 ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK



Identificación Fecha

Indique para cada uno de los siguientes síntomas el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana y en el momento actual. Elija de entre las siguientes opciones la que mejor se corresponda:

- 0 = en absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Hormigueo o entumecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sensación de calor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Temblor de piernas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapacidad de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Miedo a que suceda lo peor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareo o aturdimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Palpitaciones o taquicardia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Terrores	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nerviosismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Sensación de ahogo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Temblores de manos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Temblor generalizado o estremecimiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Miedo a perder el control	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Dificultad para respirar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Miedo a morir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Sobresaltos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Molestias digestivas o abdominales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Palidez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rubor facial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Sudoración (no debida al calor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL: A.F. A.S.