



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMERÍA  
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

# **ANSIEDAD EN LA EMBARAZADA DURANTE SU TERCER TRIMESTRE DE GESTACIÓN POR FALTA DE INFORMACIÓN**

**AUTOR:**

Br. Sánchez Nario, Adela

**TUTOR:**

Lic. Enf. Garay, Margarita

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2002**

## INDICE

	Pág.
Selección del problema.....	5
Resumen.....	7
Planteamiento del problema.....	9
Marco teórico.....	11
Objetivos.....	16
Hipótesis.....	17
VARIABLES.....	18
Muestra.....	20
Diseño.....	22
Método.....	24
Presentación de los datos.....	25
Análisis e interpretación de los datos....	36
Conclusiones.....	41
Notas.....	43
Anexo 1. Ansiedad.....	45
Anexo 2. Cambios generales durante la gestación.....	50
Anexo 3. Nutrición durante el embarazo.....	55
Anexo 4. Consejos generales de la embarazada.....	60
Anexo 5. Síntomas de consulta urgente.....	64
Anexo 6. Puerperio.....	66

Anexo 7. Cuestionario de Información.	
Cuestionario de Ansiedad Estado.....	73
Bibliografía.....	77

## **SELECCION DEL PROBLEMA.**

El embarazo constituye un acontecimiento muy importante en la vida de la mujer y de su entorno familiar, y la información que van a recibir durante los meses de gestación son cruciales para una buena evolución del mismo.

Como futura licenciada en Enfermería realizo esta investigación con el fin de incrementar mis conocimientos, ir más allá de la teoría dada durante mis años de estudiante, donde los aspectos biológicos y médicos del embarazo han primado sobre los aspectos psicológicos de la embarazada. Mis prácticas en obstetricia me revelaron que éstos aspectos psicológicos son importantes y los dejamos en un segundo plano. La embarazada en numerosas ocasiones no se siente informada de su estado, y no se alreuve a preguntar sus dudas al médico y éstas no son resueltas.

Mi experiencia como estudiante y diversas lecturas sobre ansiedad y temores de la embarazada hizo surgir en mí la inquietud de indagar sobre la información que se le da a la embarazada. La información ayuda a aliviar temores y calmar la ansiedad, no sólo en la embarazada, sino en cualquier individuo que es atendido en un centro de salud, una policlínica o un hospital. La información otorga poder sobre la enfermedad.

Pienso que el problema tiene además utilidad porque como futuros profesionales sanitarios tenemos que ser conscientes que mucha parte de la información la proporcionamos nosotros, pasamos 24 horas con el usuario, y para él, muchas veces, somos más

accesibles a contestar sus preguntas e informar que el propio médico, por tanto el estudio también será beneficioso para la usuaria embarazada y su familia.

Por todo esto, este trabajo tiene un interés personal, por eso su elección, sin sugerencias ni asignados por otros.

## RESUMEN

Este trabajo de investigación surge de la inquietud de conocer la relación entre la información que recibe la embarazada y su estado de ansiedad en el último trimestre de gestación.

La población de estudio son mujeres embarazadas, primigestas, entre 20 y 33 años de edad (evitando adolescentes y añosas, edades en las que pueden aparecer mayores niveles de ansiedad), con y sin patología asociada (diabetes gestacional o hipertensión arterial diagnosticada en el transcurso del embarazo), que cursan su tercer trimestre de gestación y se atienden en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Según datos de la Sección de Estadística de dicho Hospital, se atienden en la policlínica de ginecología un promedio de 25 pacientes por día, de lunes a viernes obstetricia; lunes embarazadas adolescentes; martes y miércoles embarazadas diabéticas y alto riesgo y jueves y viernes ginecología. En el estudio seleccionamos a embarazadas que concurren a la policlínica y que reunieron las características anteriormente señaladas.

Describimos dos grupos de embarazadas, uno con patología asociada y otro sin patología. A ambos grupos se le realizó un cuestionario de respuestas abiertas para conocer la información que tenían sobre embarazo, parto y puerperio, y un cuestionario de ansiedad que nos midió la ansiedad estado de la embarazada,

(se considera ansiedad estado aquella que la persona presenta bajo unas circunstancias determinadas y que por ello no es constante ni característico de la persona).

Comparamos dichos grupos y analizamos si la embarazada con patología recibió y buscó más información que la embarazada sin patología y por tanto presentó menos ansiedad estado que estas últimas.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Este estudio pretende conocer qué importancia tiene en la mujer embarazada la información sobre su estado, así como la evolución del mismo, para evitar situaciones preocupantes de dudas y temores que pueden generar ansiedad.

La información es importante, y en la mujer embarazada es obligada además de necesaria, ya que ésta va a experimentar muchos cambios en su organismo, necesita de cuidados específicos (nutrición, higiene, ejercicio ...) información durante toda la gestación que le ayudará a llevar a término su embarazo sin ningún tipo de trastorno psicológico al conocer el acontecer que está experimentando. Sin embargo son todavía muchas las mujeres que presentan estados de ansiedad en su último trimestre de gestación debido a esa falta de información, y esto es consecuencia de varios factores. Por una parte el médico informa, pero quizás esta información no es captada por la embarazada; los tecnicismos utilizados, asociados al nivel cultural de la mujer, hacen que el proceso de comunicación no sea efectivo, se interpone una barrera entre ambos. Los profesionales de enfermería habituados a un horario, nos olvidamos muchas veces de este aspecto informativo, siendo los mejores intermediarios entre la embarazada y el médico.

No ocurre lo mismo con aquellas embarazadas que presentan patologías asociadas, es aquí donde radica el interés de nuestro estudio. Estas embarazadas realizan más visitas al médico, son

más receptivas, el interés por recibir información sobre la enfermedad, sobre sus cuidados, sobre las posibles consecuencias, es considerado un punto a favor de la embarazada, conocen mejor lo que les está sucediendo(1), por lo que presentan menos estados de ansiedad.

Ante lo dicho nos formulamos el siguiente problema: Se sienten mejor informadas y con menos estados de ansiedad las mujeres embarazadas primigestas, entre 20 y 33 años de edad, con diabetes gestacional o hipertensión arterial diagnosticada en el transcurso del embarazo y que cursan su tercer trimestre de gestación, que aquellas embarazadas con las mismas características pero sin patología asociada, que se atienden todas en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"?

## MARCO TEORICO

Al revisar la bibliografía buscando puntos de vista que fundamenten nuestra teoría, hemos podido observar que son muchos los estudios que han analizado la ansiedad que presentan las futuras madres. Raquel Soifer(2) estudia los diferentes cambios emocionales que experimenta la mujer durante su gestación relativos al embarazo, parto y puerperio, que les origina diversas situaciones de ansiedad. Así mismo, aparece como denominador común en los estudios de ansiedad en la mujer embarazada el miedo al dolor del parto; quizás sea este uno de los factores psicosociales que originan mayor ansiedad.

El **primer trimestre** del embarazo se caracteriza por la presencia del estrés e inseguridad emocional. Al principio la embarazada no está segura de estarlo realmente, y teme que no llegue a termino.

Si el embarazo es deseado la mujer experimentará una gran euforia y alegría. Empieza a ser consciente de los cambios corporales. Los deseos de dormir aumentan, esta necesidad de dormir corresponde técnicamente a una "regresión" (identificación con el feto) y, es causada por los cambios hormonales y la sensación de incógnita. Como el inconsciente no puede definir la causa de estos cambios, la solución es el intento de apartar los estímulos por la vía del reposo.

En muchos casos la mujer tiene sueños relacionados con el robo y vaciamiento, que corresponde al temor a un aborto(3).

Es probable que durante esta etapa disminuya la apetencia sexual, bien por prejuicios (temor a dañar el feto, religión, estética...); o bien por molestias corporales.

Según avanza el embarazo las ansiedades y mecanismos de rechazo se ven atenuados por el deseo de ser madre.

El **segundo trimestre** de embarazo está caracterizado por la estabilidad y adaptación.

La mujer está segura de que hay un ser en su interior, empieza a notar los movimientos fetales. No se trata de patadas, el feto no agrede a la madre, y que al principio son suaves como burbujas.

La preocupación de la embarazada es si el niño estará bien o no, si será normal y, algunas mujeres sueñan con su hijo ya nacido.

Se produce en general la búsqueda de figuras maternas, que suelen localizarse en la madre o en la pareja, ya que necesita sentirse protegida. Los antojos se traducen en una necesidad de tener pendientes a cuantos le rodean.

Suele aparecer de nuevo el apetito sexual. Este período en general constituye una etapa de calma psicológica porque es en la que la embarazada se encuentra mejor físicamente.

El **tercer trimestre** de embarazo se caracteriza por la sobrecarga. Las contracciones uterinas y los movimientos fetales son sensaciones que asustan y desconciertan. La ansiedad se presenta de nuevo por el temor a tener un hijo deforme, miedo a

morir de parto o angustia por verse excesivamente abultada(4). El sentimiento de fealdad es la base de muchas depresiones y fantasías celosas con respecto a la pareja, creyendo posible que tenga relaciones con otra mujer que sea más bonita.

En el inconsciente de la embarazada se desencadena una serie de conflictos como el edípico o pulsaciones incestuosas analizadas por la psicóloga Soifer(5).

Los temores más agudos y generalizables son los relacionados con la incertidumbre del parto, cómo será, si sufrirá mucho, etc.

Las relaciones en este período suelen disminuir porque disminuye la libido o por miedo, sin embargo, excepto en casos de contraindicación médica, no son perjudiciales ya que ayudan a mantener la armonía conyugal; disminuir los celos de ambos; liberar las ansiedades y contribuyen a la elasticidad y flexibilidad de los músculos perianales.

El entorno que rodea a la embarazada es muy importante, la ansiedad se incrementa con las "predicciones", "opiniones" y "consejos" que recibe de los demás.

Son valiosas las aportaciones de diversos autores sobre la importancia de los programas de preparación al parto como instrumento para disminuir significativamente la ansiedad en la mujer embarazada, pero planteando el problema del parto desde un contexto mucho más amplio que el que corresponde al parto en sí. No se pretende enseñar a la embarazada una gimnasia prenatal, una preparación física, que todos los autores la recomiendan, sino también una preparación psicológica, evitar dolor e impedir en la

embarazada la aparición de una sintomatología psíquica: temores profundos, angustias, fobias, etc.

Para que la mujer lleque a su maternidad somáticamente sana y psicológicamente madura necesita una educación maternal. Esta educación que recibe durante su gestación puede llegar a carecer de valor si los profesionales de la salud no somos capaces de manejarla, cuando la suministramos mal por mala praxis o por que las pacientes no alcanzan el nivel de comprensión esperado por nosotros.

Aunque el lenguaje utilizado sea claro, preciso y sin ambigüedad, es conveniente asegurarse que la embarazada y su familia hayan alcanzado los niveles de comprensión esperados, debemos evitar confusiones e interpretaciones erróneas, lo que se traduce muchas veces en comportamientos inapropiados.

Siguiendo a la psicóloga uruguaya Defey en su obra *Mujer y Maternidad*, nos explica cómo se ha de manejar la información que se le ofrece a la mujer embarazada, nos dice que es necesario respetar el tiempo de las pacientes en cuanto a la información que se le suministra; dosificar la información significa considerar especialmente la posibilidad que tienen de comprender y asimilar su situación. Cuando la información se suministra "toda y de una sola vez" puede tener efectos a nivel de lo que, en teorías de la comunicación, se denomina "comunicación cero", es decir se produce en el receptor una saturación tal que redunde en niveles nulos o muy bajos de asimilación real de la misma. Muchas

de las embarazadas se quejan de que "no se les dice nada en relación a su situación" frecuentemente porque se las priva de información, pero también en algunas ocasiones, porque hay saturación de información.

El hecho de informar sobre certezas a la que se va llegando, por pequeñas que sean, y no sobre hipótesis cambiantes disminuye el grado de ansiedad y de las repercusiones somáticas que la ansiedad podría provocar.

La embarazada debe ser informada sobre los cambios y acontecimientos que su estado desencadena(6), sobre la importancia de una buena y adecuada alimentación(7), sobre cambios y molestias característicos de cada trimestre de gestación; conocer los problemas de seguridad como son los peligros en el hogar ; en el trabajo; lo nocivo del tabaco, alcohol, drogas; precauciones con fármacos y vitaminas(8), e identificar señales de alarma(9).

Las publicaciones consultadas nos demuestran que embarazo y ansiedad son términos íntimamente unidos, por todo esto, creemos conveniente demostrar científicamente que la cantidad y calidad de información que recibe la mujer embarazada será la responsable del estado de ansiedad que ésta puede presentar, independientemente a cualquier patología que pueda aparecer durante la gestación.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

1- Establecer la relación existente entre información y ansiedad estado en la embarazada primigesta entre 20 y 33 años que cursa su tercer trimestre de gestación y consulta en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

### **Objetivos específicos**

1- Caracterizar a la población de estudio según nivel de instrucción, ocupación, situación de pareja, apoyo familiar y seguimiento de su embarazo.

2- Describir cuál es la información que recibe la población de estudio.

## **HIPOTESIS**

Las mujeres embarazadas, primigestas, entre 20 y 33 años de edad, que no reciben información sobre su gestación, son más favorables a presentar estados de ansiedad que aquellas mujeres de las mismas características, con diabetes gestacional o hipertensión arterial inducida por el embarazo que reciben información sobre su proceso gestacional.

## **VARIABLES**

Para este estudio analizaremos las siguientes variables:

### **Variable Dependiente:**

1- **ANSIEDAD**. Variable que hace referencia al cuestionario de Ansiedad de Spielberger (STAI) según versión castellana (Sección de Estudios TEA).

En este estudio nos referimos a la ansiedad estado de la embarazada, y consideramos ansiedad estado aquella que la persona presenta bajo unas circunstancias determinadas y que por ello no es constante ni característico de su persona..

### **Variables Independientes:**

2- Variable que hace referencia al número de embarazos, **Primigestas**.

3- **INFORMACION sanitaria** de la embarazada. Variable que hace referencia al cuestionario sobre información de respuestas abiertas. Este cuestionario ha sido elaborado especialmente para el presente estudio, y está validado al aplicarlo a cinco embarazadas antes de realizar el estudio y no aparecer ningún problema ni error de comprensión durante su ejecución.

Consideramos que la embarazada está informada si:

- 1) Conoce cambios y molestias característicos de su tercer trimestre de gestación.
- 2) Conoce la importancia de una buena y adecuada alimentación.
- 3) Conoce los cuidados que ha de tener en el hogar y en el trabajo.

- 4) Es capaz de identificar señales de alarma.
- 5) La información le ha sido brindada por personal sanitario.
- 6) Acude a las clases de preparación al parto.

Si la embarazada contesta afirmativamente a cuatro o más de los ítems señalados consideramos que está informada.

**4-NIVEL DE INSTRUCCION** de la embarazada. Variable que hace referencia al nivel de estudios que tiene: primarios, secundarios y universitarios.

## **MUESTRA**

Mujeres embarazadas entre 20 y 33 años, primigestas, con y sin patologías asociadas (diabetes gestacional o hipertensión inducida por el embarazo), que cursan su tercer trimestre de gestación, y acuden a las consultas de la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", de lunes a viernes durante el periodo de tiempo comprendido entre el 6 y 31 de agosto del 2001.

## **CRITERIOS DE EXCLUSION**

**Edad:** menores de 20 años y mayores de 33 años. Edades en las que pueden aparecer mayores niveles de ansiedad.

Menores de 20 años. Distintos estudios demostraron que a estas edades hay un gran nivel de ansiedad(10), observando que estas jóvenes madres están preocupadas sobre todo por el dolor del parto. Los elevados porcentajes de ansiedad responden al periodo de la adolescencia, postadolescencia, lo cual implica grandes cambios somáticos y psíquicos que se caracterizan por una inmadurez e inestabilidad emocional propias de esas edades, que resultan más problemáticas si se les añade el embarazo.

Excluimos a las gestantes mayores de 33 años, porque a estas edades, aunque suele haber estabilidad emocional, la mujer sabe que su organismo esta sufriendo un declive fisiológico, y las malformaciones fetales aumentan respecto con la edad de la madre.

## **CRITERIOS DE INCLUSION**

### **Gestantes:**

- Con patologías:diabéticas gestacionales o hipertensas diagnosticadas en el curso de su embarazo.
- Sin patologías.
- Primigestas.
- Entre 20 y 33 años.
- Cursan el tercer trimestre de gestación.

## **DISEÑO**

En nuestro estudio utilizamos el modelo descriptivo de corte transversal. La elección del tipo de estudio se debe a que busca respuesta al problema y objetivos planteados.

## **RECOGIDA DE DATOS**

Los instrumentos utilizados fueron dos cuestionarios:(ver anexo 7)

1- Cuestionario para conocer el grado de información de la embarazada. Formado por 25 items diferentes que nos muestran los datos personales de la embarazada; el nivel de instrucción, es decir, los estudios que ha realizado, primarios, secundarios, universitarios; el nivel de información sobre su estado; si su embarazo está controlado; el número de visitas que ha realizado al médico; si está informada sobre embarazo, parto y puerperio y por qué medio se ha informado; qué dudas tiene sobre su embarazo, parto y puerperio; inquietudes y si conoce los cursos de preparación al parto y acude a los mismos.

2- Cuestionario de Ansiedad Estado de Spielberger.(STAI). Nos interesa apreciar al grado de ansiedad de la embarazada en su modalidad ESTADO para poderlo relacionar directamente con el grado de información que tiene la embarazada. Es un cuestionario de opción múltiple de 20 items.

La recopilación de los datos se realizó entre el 6 y 31 de agosto del 2001.

## **ANALISIS DE LOS DATOS**

La tabulación y el procesamiento de datos se realizó a través de tablas de frecuencia, diagramas de barras y diagramas de sectores.

## **METODO**

Los cuestionarios se realizaron en la policlinica de ginecología del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", donde las embarazadas acuden a los controles obstétricos correspondiente a su mes de gestación. Por la Historia Clínica seleccionamos la población de estudio y seguí el siguiente procedimiento:

- Presentación y explicación del trabajo que estaba realizando, sin usar en ningún momento la palabra ansiedad para evitar falsos resultados.
- Invitación a la embarazada para participar en el estudio.
- Las encuestas se hicieron individualmente, siendo el entrevistador quien leía las frases y anotaba las respuestas.
- Primero leía el cuestionario para conocer el grado de información y en segundo lugar el cuestionario de Ansiedad-Estado.
- El tiempo empleado para ambos cuestionarios no fue superior a 20 minutos.

## Presentacion de los datos

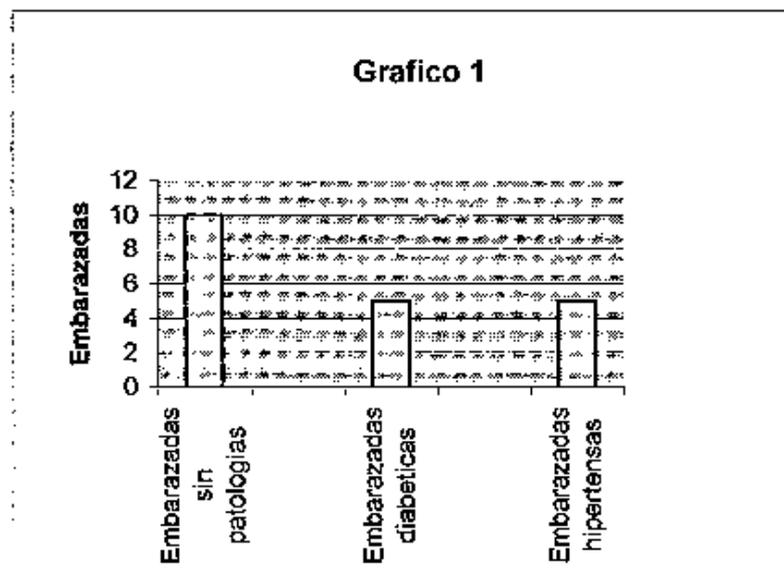
Tabla1

**Distribución de las embarazadas que se atendieron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas. Montevideo, Agosto de 2001**

	F.A.	F.R.
Embarazadas sin patologías	10	50%
Embarazadas diabéticas	5	25%
Embarazadas hipertensas	5	25%
Totales	20	100%

Fuente : Historias Clínicas policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas, Agosto 2001.

**Distribución de las embarazadas que se atendieron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas. Montevideo, Agosto del 2001.**



Fuente : Historias Clínicas policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas, Agosto 2001.

**La muestra fue de 20 embarazadas, 10 de las cuales presentaban patologías inducidas por el embarazo y 10 eran embarazadas sanas**

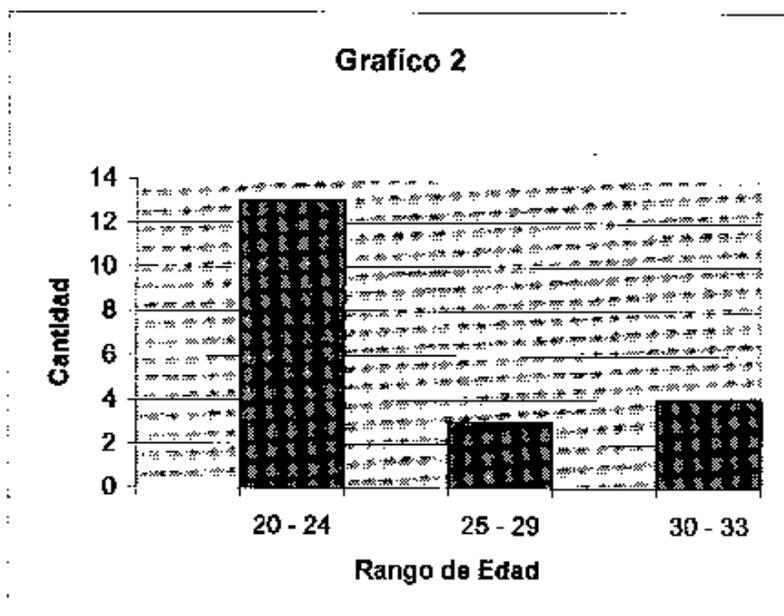
**Tabla 2**

**Distribución de las embarazadas según edad.**

Edad	F.A.	F.R.
20 - 24	13	65%
25 - 29	3	15%
30 - 33	4	20%
Total	20	100%

Fuente: Historias Clínicas policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas, Agosto 2001.

**Distribución de las embarazadas según edad.**



Fuente: Historias Clínicas policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas, Agosto 2001.

Se observa que el grupo etario donde hay más embarazadas primigestas es el grupo de menores de 25 años.

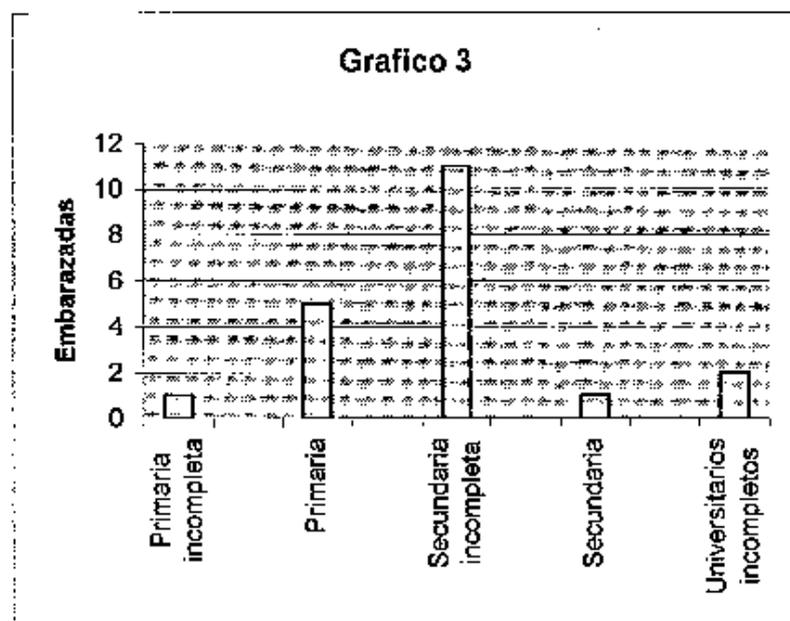
**Tabla 3**

**Caracterización de las embarazadas según nivel de instrucción.**

	F. A.	F. R.
Primaria incompleta	1	5%
Primaria	5	25%
Secundaria incompleta	11	55%
Secundaria	1	5%
Universitarios incompletos	2	10%
Total	20	100%

Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su estado Montevideo, Agosto 2001.

**Caracterización de las embarazadas según nivel de instrucción.**



Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su estado Montevideo, Agosto 2001.

Se destaca que sólo un 15 % de la muestra tiene estudios de secundaria completos y superiores, y el 85 % restante no completó el ciclo básico obligatorio.

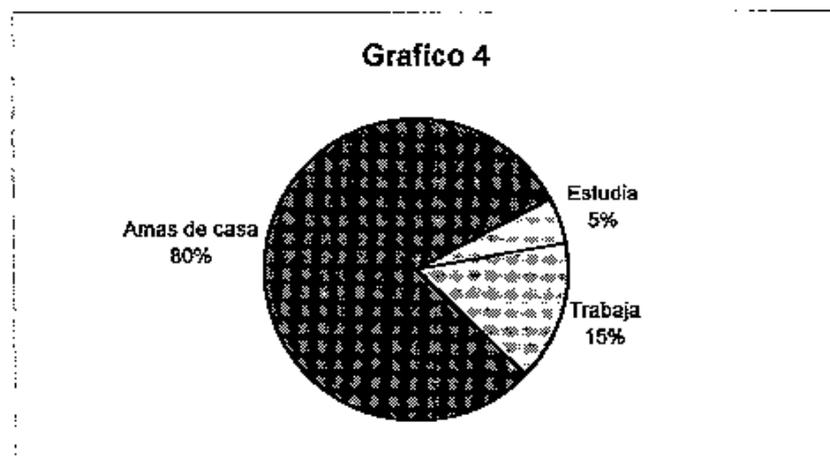
**Tabla 4**

**Caracterización de las embarazadas según ocupación.**

	F.A.	F.R.
Trabaja	3	15%
Amas de casa	16	80%
Estudian	1	5%
Total	20	100%

Fuente: Cuestionario para conocer grado de información que tiene la embarazada sobre su estado. Montevideo, Agosto 2001.

**Caracterización de las embarazadas según ocupación.**



Fuente: Cuestionario para conocer grado de información que tiene la embarazada sobre su estado. Montevideo, Agosto 2001.

Se destaca que 16 de las 20 embarazadas objeto se estudio son amas de casa, no trabajan fuera del hogar ni estudian.

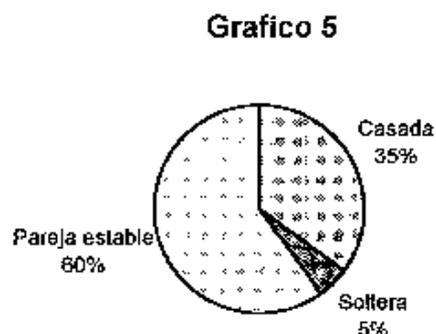
**Tabla 5**

**Distribución de las embarazadas según situación de pareja.**

Estado civil	F.A.	F.R.
Casada	7	35%
Soltera	1	5%
Pareja estable	12	60%
Total	20	100%

Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su estado. Montevideo, Agosto 2001.

**Distribución de las embarazadas según situación de pareja.**



Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su estado. Montevideo, Agosto 2001.

Se destaca la alta incidencia de uniones libres en las embarazadas de estudio

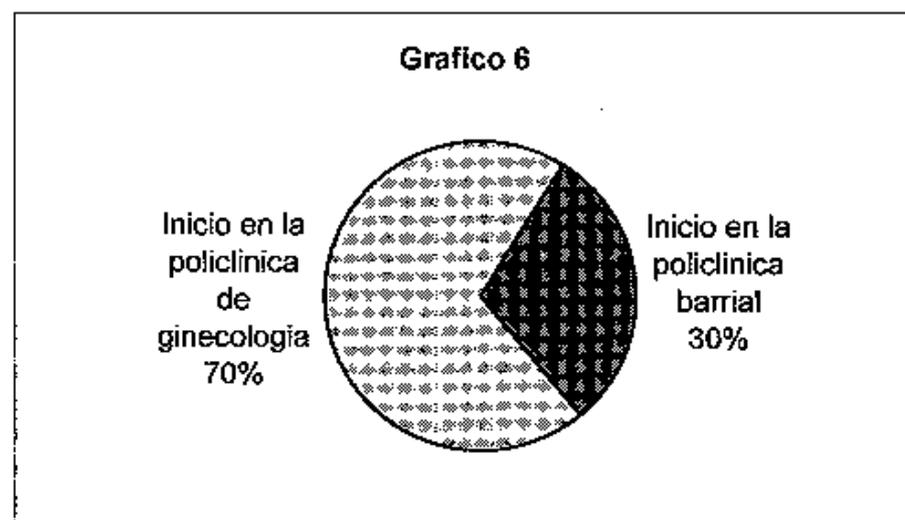
**Tabla 6**

**Inicio del control de embarazo de las mujeres que se atendieron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas. Montevideo, Agosto del 2001.**

	F.A.	F.R.
Inicio en la policlínica de ginecología	14	70%
Inicio en la policlínica barrial	6	30%
Total	20	100%

Fuente: Historias clínicas, Policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas, Agosto 2001

**Inicio del control de embarazo de las mujeres que se atendieron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas. Montevideo, Agosto del 2001.**



Fuente: Historias clínicas, Policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas, Agosto 2001

Una vez que son captadas la embarazadas en la policlínica, los controles de toda la población de estudio son periódicos. Una vez al mes hasta la semana 32; después de la semana 32 un control cada 15 días y a partir de la 34 semana, un control por semana.

Toda la población de estudio acude correctamente a los controles que quedan registrados en sus historias clínicas y en las cartillas de maternidad.

**Tabla 7**

**Información brindada a las embarazadas sin patología asociada.**

	S I		N O		T O T A L	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Molestias en el tercer trimestre de gestación	1	10%	9	90%	10	100%
Alimentación	5	50%	5	50%	10	100%
Cuidados en hogar y trabajo	6	60%	4	40%	10	100%
Señales de alarma	7	70%	3	30%	10	100%
Brindada por personal sanitario	4	40%	6	60%	10	100%
Acudio cursos preparacion parto	0	-	10	100%	10	100%

Fuente: Cuestionario para el conocer grado de información que tiene la embarazada sobre su gestación.  
Montevideo, Agosto 2001.

**Destacamos que más de la mitad de la muestra recibió información fuera del ámbito sanitario, y el total de ella no acudió a los cursos de preparación al parto.**

**Tabla 8**

**Información brindada a las embarazadas diabéticas o hipertensas gestacionales**

	S I		N O		T O T A L	
	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.	F.A.	F.R.
Molestias en el tercer trimestre de gestación	1	10%	9	90%	10	100%
Alimentación	6	60%	4	40%	10	100%
Cuidados en hogar y trabajo	6	60%	4	40%	10	100%
Señales de alarma	9	90%	1	10%	10	100%
Brindada por personal sanitario	5	50%	5	50%	10	100%
Acudió cursos preparación parto	0	-	10	100%	10	100%

Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su gestación.  
Montevideo, Agosto 2001.

Se observa que el grupo de embarazadas diabéticas e hipertensas gestacionales, al igual que el de las embarazadas sin patología, no acudió a los cursos de preparación al parto.

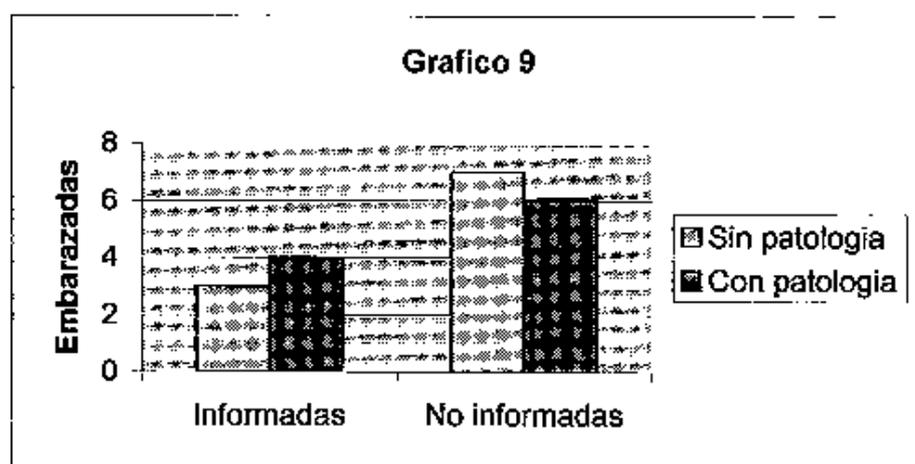
**Tabla 9**

**Embarazadas informadas sobre su gestación que se atendieron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas. Montevideo, Agosto del 2001.**

	Infor madas	No in formadas	Total
Sin patología	3 (30%)	7 (70%)	10
Con patología	4 (40%)	6 (60%)	10
Total	7 (35%)	13 (65%)	20

Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su gestación. Montevideo, Agosto 2001.

**Embarazadas informadas sobre su gestación que se atendieron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas. Montevideo, Agosto del 2001.**



Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su gestación. Montevideo, Agosto 2001.

Se destaca que el 65 % de las embarazadas no estaban informarmadas sobre su gestación.

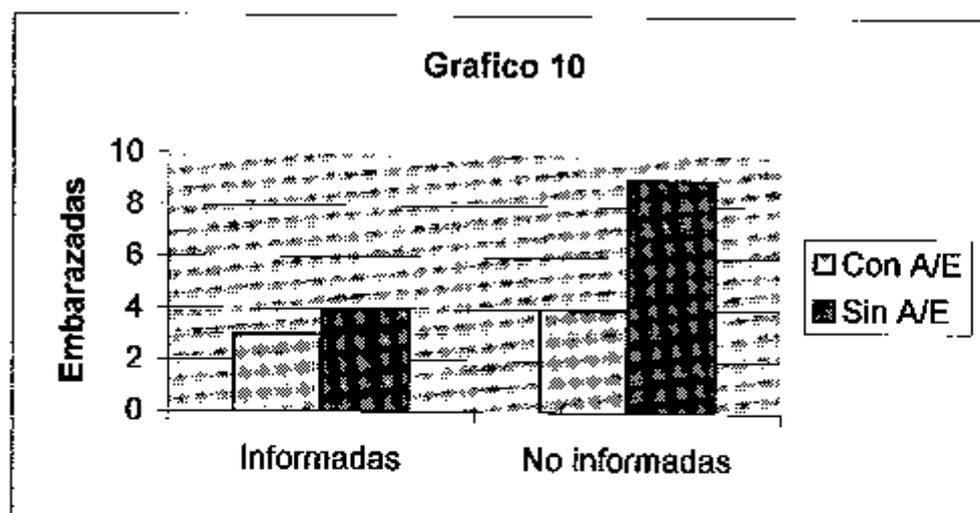
**Tabla 10**

**Información y Ansiedad Estado en las embarazadas**

	Informadas	No informadas	Total
Con A/E	3 (43%)	4 (57%)	7
Sin A/E	4 (31%)	9 (69%)	13
Total	7 (35%)	13 (65%)	20

Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su gestación. Cuestionario de Ansiedad Estado. Montevideo, Agosto 2001.

**Información y Ansiedad Estado en las embarazadas**



Fuente: Cuestionario para conocer el grado de información que tiene la embarazada sobre su gestación. Cuestionario de Ansiedad Estado. Montevideo, Agosto 2001.

Destacar que un 69 % de las embarazadas que no presentaron ansiedad estado no estaban informadas sobre su gestación.

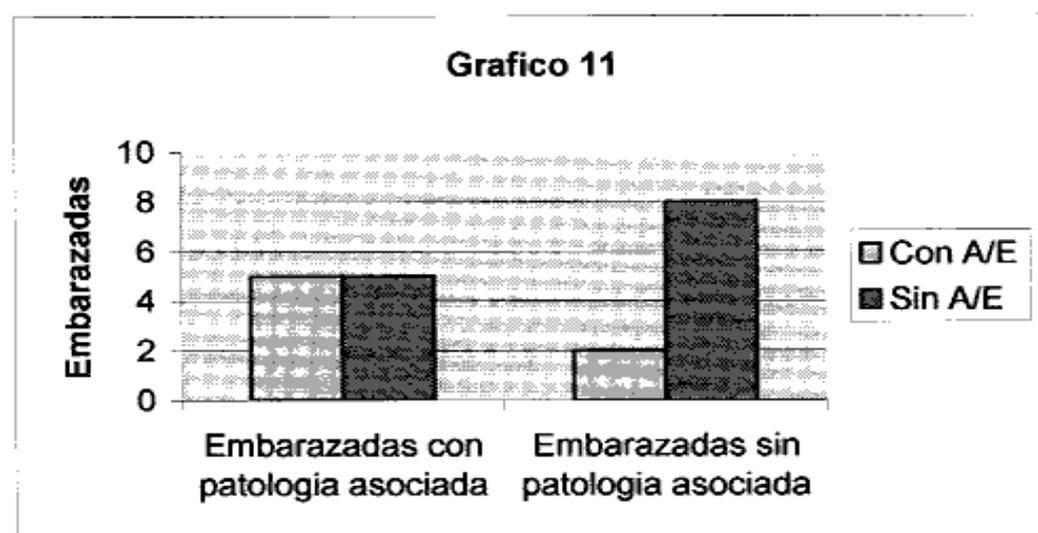
**Tabla 11**

**Presencia de Ansiedad Estado en las embarazadas que se atendieron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas. Montevideo, Agosto del 2001.**

	Con A/E	Sin A/E	Total
Embarazadas con patología asociada	5 (50%)	5 (50%)	10
Embarazadas sin patologías	2 (20%)	8 (80%)	10
Total	7 (35%)	13 (65%)	20

Fuente: Cuestionario de Ansiedad Estado. Montevideo, Agosto 2001.

**Presencia de Ansiedad Estado en las embarazadas que se atendieron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas. Montevideo, Agosto del 2001.**



Fuente: Cuestionario de Ansiedad Estado. Montevideo, Agosto 2001.

Presentan mayores niveles de Ansiedad Estado las embarazadas hipertensas o diabéticas gestacionales que el grupo de embarazadas sin patología asociada.

## **ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS**

La población de estudio fueron 20 embarazadas primigestas que cursaban su tercer trimestre de gestación; 10 de las cuales presentaban patologías asociadas, diabetes gestacional e hipertensión arterial inducida por el embarazo y 10 eran embarazadas sanas.

La muestra comprendió a mujeres adultas entre 20 y 33 años, y el mayor número de casos, el 65% de la población pertenecía a la franja etaria de 20 a 24 años (tabla 2).

En cuanto al nivel de instrucción (tabla 3) se destaca el alto porcentaje de casos que no termina el ciclo básico obligatorio, ya que sólo un 15% tiene terminado los estudios de secundaria. Dato que suscita mayor interés al observar que el 80% de las embarazadas no trabaja ni sigue con sus estudios, realizando únicamente labores en el hogar. Sólo el 15% de la población de estudio trabaja fuera del hogar (tabla 4).

Con pareja estable se encuentra el 60% de las embarazadas entrevistadas y un 35% están casadas. Sólo el 5% son solteras (tabla 5).

El 95% de la muestra afirman sentirse apoyadas por sus familiares más directos, esposo o pareja, padres y hermanos.

Ante la pregunta de cómo estaban viviendo su embarazo un 10% refirieron sentirse preocupadas por su embarazo, con miedo a que no llegara a término; el 90% restante dijo vivir bien o muy bien su embarazo, sin temores.

Dato importante a resaltar es que toda la población de estudio acudió correctamente a los controles de embarazo, los cuales quedaron registrados en la historia clínica de la usuaria y en su cartilla de maternidad. En el 70% de los casos estos controles se iniciaron en la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas, y el 30% restante comenzaron en policlínicas barriales donde la embarazada una vez captada fué derivada a la policlínica del Hospital de Clínicas (tabla 6).

Según se desprende de los resultados obtenidos en las tablas 7 y 8, se observa que las mujeres embarazadas que acudieron a controlarse a la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela" no recibieron información sobre su estado de gestación. De las 20 embarazadas objeto de nuestro estudio, el 65% no estaban informadas sobre su embarazo (tabla 9). Sólo el 35% de la población contestó afirmativamente a 4 ó más de los ítems que configuraban la definición de Información elaborada para el presente estudio.

El 90% de las encuestadas dijeron no haber recibido información sobre los cambios y molestias característicos de su embarazo. El 10% restante refirió haber recibido información pero al preguntarles por esa información un 5% contestaron que no sabían.

El 55% de la población de estudio recibió información sobre la dieta a seguir, estando más informadas el grupo de embarazadas con diabetes gestacional, ya que estas llevaron una dieta especial proporcionada por la nutricionista del Hospital. Sin

embargo en el grupo de hipertensas gestacionales, el 40% de las entrevistadas no siguieron ningún plan alimenticio ni habían sido informadas sobre él.

El 50% de las embarazadas sin patologías conocía la importancia de una buena y adecuada alimentación; el 40% señaló que fue informada por el personal sanitario de la necesidad de ingerir una dieta rica en lácteos, verduras y frutas; un 10% refirió no haber recibido información sobre la dieta pero sí aquella específica que pidió de protección gástrica. El 50% restante no recibió ningún tipo de información sobre la alimentación por personal sanitario.

Como se observa en las tablas 7 y 8, el 80% de las encuestadas sabían identificar señales de alarma tales como contracciones antes de tiempo, sangrados, ausencia de movimientos fetales. Un 20% de la población no sabían qué síntomas eran de consulta urgente.

El 45% de las embarazadas objeto de estudio que acudieron a la policlínica de ginecología del Hospital de Clínicas afirmaron que recibieron información del personal sanitario, y un 75% refirió haber buscado información sobre embarazo, parto y puerperio fuera del ámbito sanitario por ser esta insuficiente o nula.

El 33% de las embarazadas buscaron información en familiares y amigos; el 13% en revistas y un 54% utilizó ambos medios para informarse, y de este grupo de mujeres que buscaron información, el 87% admitió que la información que buscaron no la recibieron

en la policlínica, y refirieron conocer más sobre su embarazo, parto y puerperio gracias a la información brindada por allegados y revistas y no por la recibida del personal sanitario.

Como se observa en las tablas 7 y 8 ninguna de las entrevistadas acudió a las clases de preparación al parto y el 70% no las conocía, no sabían en qué consistían.

Sobre el puerperio el 40% no sabía nada; un 5% dijo haber tenido dudas sobre cuidados generales, ejercicios y relaciones sexuales. El 55% afirmó no tener dudas sobre el puerperio, y que tales conocimientos se los brindaron familiares y amigas que ya tuvieron hijos.

Una vez interpretados los datos del cuestionario Ansiedad Estado, llegamos a las siguientes conclusiones:

Como se observa en la tabla 11, presentan mayores niveles de Ansiedad Estado las embarazadas hipertensas y diabéticas gestacionales que el grupo de embarazadas sin patologías asociadas.

De las embarazadas sin patologías asociadas sólo un 20% presentan niveles de Ansiedad Estado (centil 55 y centil 66).

En el grupo de las diabéticas e hipertensas gestacionales el 50% presentan niveles de Ansiedad Estado (centil 65, 66, 70, 88 y 90)

Las embarazadas diabéticas e hipertensas gestacionales están más informadas que el grupo de embarazadas sin patologías asociadas y presentan mayores niveles de Ansiedad Estado que estas últimas.

Del 50% de embarazadas diabéticas e hipertensas gestacionales con Ansiedad Estado, el 60% están informadas sobre su embarazo.

Se trato de ver si existia una probable asociacion entre la informacion que recibieron las embarazadas sobre su gestacion y los niveles de Ansiedad Estado que presentaron, para lo cual se utilizo la prueba del chi cuadrado, siendo en todos los casos no significativo, por lo que gana fuerza la no asociacion entre las variables.

## CONCLUSIONES

- A través de la muestra seleccionada no se encuentra asociación entre variables.

Gana fuerza la hipótesis de no asociación entre variables.

- Que la información que ha recibido la población de estudio es deficiente. Se propone averiguar la causa.

Todas las embarazadas entrevistadas acudieron correctamente a los controles obstétricos, dato que quedaba reflejado en las historias clínicas de las usuarias.

Si éstas mujeres acudieron correctamente a sus controles, y el personal sanitario debe educar para la salud, habría que buscar la causa de por qué más de la mitad de la población de estudio no estaba informada sobre aspectos básicos del embarazo.

Recibieron información puntual y escueta sobre alimentación y cuidados en el hogar y en el trabajo, y no todas, ya que como indican los datos obtenidos de las encuestas, la mitad de las embarazadas no recibió ningún tipo de información sobre alimentación durante la gestación. Sólo las embarazadas diabéticas tuvieron acceso a una nutricionista que le elaboró la dieta a seguir; plan dietético que no tuvieron las embarazadas hipertensas, donde la correcta alimentación también aquí es fundamental.

Destacar el dato importante que toda la población de estudio no acudió a los cursos de preparación al parto y además, el 70% no los conocía.

- Las embarazadas diabéticas e hipertensas gestacionales están más informadas y presentan mayores niveles de Ansiedad Estado que las embarazadas sin patologías asociadas.

Se sugieren futuros estudios:

- Comparando el conocimiento que tiene cada mujer sobre la evolución de su embarazo, dependiendo del nivel de instrucción, del área urbana o rural de donde procedan y de la institución dónde se atiendan.
- Buscando la causa del por qué la población de estudio no tiene conocimiento sobre los cursos de preparación al parto y por tanto el acceso a los mismos.

## **NOTAS**

- 1** Defey Denise. Mujer y Maternidad. Montevideo, 1994. Tomo 1, pág.150-170.
- 2** Soifer R. Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Buenos Aires; 1992.
- 3** Ibidem.
- 4** Ibidem.
- 5** Ibidem.
- 6** Ver anexo 2
- 7** Ver anexo 3
- 8** Ver anexo 4
- 9** Ver anexo 5
- 10** Dickason E. Enfermería maternoinfantil; 1995, pág.146.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **ANSIEDAD**

La ansiedad es una experiencia Humana Universal que se da como mecanismo adaptativo ante infinidad de situaciones en la vida cotidiana. Aunque existe un continuo entre lo normal y lo patológico, se podría decir que la ansiedad es patológica cuando la respuesta del organismo se pone en marcha ante estímulos inadecuados o inexistentes; o cuando siendo estos estímulos correctos, la duración y/o intensidad de la respuesta de alerta van más allá de los límites adaptativos.

Es importante conocer la diferencia entre situación de miedo y la respuesta ansiosa. En el miedo existe un objeto real que se configura como amenazante poniéndose en el organismo mecanismos de defensa, y en la ansiedad no existe un peligro real que permita entender ese gesto, o si existe la respuesta del organismo es exagerada en tiempo y/o intensidad.

Las situaciones que producen ansiedad son variadas y tienen que ver con factores ambientales y sociales, así como la valoración de amenaza que realiza el individuo dependiendo de sus cogniciones.

#### **Niveles de ansiedad**

-Ausencia de ansiedad: el individuo permanece tranquilo, relajado, su conversación es apropiada y de duración normal con voz y volumen normal.

-Ansiedad leve: asociada a acontecimientos de la vida

cotidiana. Individuo alerta, con un campo de percepción mayor que el anterior, puede existir un fino temblor y ligera dificultad para estar quieto.

-Ansiedad moderada: El individuo esta focalizado en sus preocupaciones inmediatas, campo perceptivo disminuido y su atención es selectiva, pudiendo prestar atención a más cosas si le interesa.

-Ansiedad severa: Su campo perceptivo esta muy reducido, tendencia a focalizar su atención sobre detalles específicos y no está atento a otras cosas, toda su conducta se dirige a conseguir alivio y necesita ayuda para atender otros estímulos.

-En el pánico el individuo experimenta una pérdida de control y es incapaz de hacer cosas sin ayuda, su funcionamiento no es organizado. Hay un incremento de la actividad motora, una distorsión de la realidad y una pérdida del pensamiento racional, sus preocupaciones en detalles son desproporcionadas. El individuo es incapaz de comunicar o funcionar eficazmente.

### **Síntomas**

Las manifestaciones serán tanto en el plano psíquico como somático.

#### **Síntomas psicológicos.**

Manifiestan la vivencia subjetiva de ansiedad como un tema indefinido, de tensión interna e inseguridad frente a un peligro que no se conoce.

El sujeto puede quedar atado a su angustia, inconsciente del

entorno. Su mímica expresa atoniamiento y se produce una confusión mental, un verdadero estupor que si alcanza un grado muy elevado puede producir un síncope.

Otros sujetos presentan agitación emocional: gritos, sollozos, cólera, violencia, ... Pueden producirse impulsos repentinos con intentos de suicidio.

#### **Síntomas físicos.**

-Síntomas cardiovasculares: taquicardia, elevación tensión arterial, palpitaciones, dolores precordiales que recuerdan a la angina de pecho.

-Sistema respiratorio: disnea, desde respiración jadeante a crisis asmática, tos, voz entrecortada.

-Síntomas digestivos: contracción faríngea, espasmos gástricos e intestinales, náuseas, vómitos, diarrea, hipersalivación, sequedad de boca, exceso de sed, etc.

-Síntomas urinarios: retención de orina, tenesmo vesical, poliuria, polaquiuria, ...

-Trastornos genitales: impotencia, frigidez.

-Trastornos del sueño: sueño difícil de conciliar, despertándose repetidas veces, pesadillas.

-Síntomas motores y sensitivos: temblores, hiperestesia, parestesias diversas, palidez, enrojecimiento, prurito, sudor abundante, dolores dispersos, zumbido de oídos, sensación de moscas volantes, cefaleas, crisis vertiginosas, ...

-Alteraciones sistema neurovegetativo y hormonal constante:

descarga de adrenalina, vasoconstricción, aumento de glucemia,...

Otras manifestaciones: Estado de hipervigilancia, dificultad de atención y memoria, disminución del rendimiento intelectual, desórdenes alimenticios, cansancio crónico.

### **Causas**

Crisis de ansiedad con sustrato orgánico: en enfermedades endocrinas y metabólicas, enfermedades coronarias, enfermedades respiratorias, síndrome de abstinencia de alcohol o barbitúricos, intoxicación por sustancias psicoactivas, tratamientos con corticoides, etc.

#### Enfermedades psiquiátricas

- Neurosis estructurales: fóbica, histérica, neurosis obsesiva, compulsiva.
- Depresiones.
- Trastornos por somatización.
- Psicosis: esquizofrenia, maniaco-depresiva.
- Trastorno alimenticios.
- Ansiedad relativa frente a enfermedades somáticas graves y / o crónicas.

Trastorno por estrés postraumático relacionado con catástrofes, violaciones, accidentes, pérdidas violentas, ... y que el individuo revive el suceso persistentemente a través de recuerdos invasivos y sueños angustiosos o mantiene conductas de evitación contra estímulos asociados al trauma.

Fobias son estados neuróticos con miedo anormalmente intenso hacia ciertos objetos o situaciones específicas que normalmente no causarían dicho efecto. Estas angustias sobre un objeto o situación determinada puede ser:

- Fobias espaciales: espacios abiertos, cerrados...
- Fobias de objetos: cuchillas, tijeras, excrementos...
- Fobias de animales: ratones, gatos...
- Fobias de impulsos: el sujeto teme tener un impulso en el cual realizara un acto anormal (matar, suicidarse,...)
- Fobias contactos sociales, no solo en cuanto a tocar a personas, sino a "estar" de una forma determinada: fobia a la muchedumbre, a enrojecer en publico, etc.

Trastornos obsesivo compulsivos: estado cuyo síntoma sobresaliente es un sentimiento de compulsión subjetiva para efectuar alguna acción, persistir en una idea, recordar una experiencia, etc. Los pensamientos obsesivos y las conductas compulsivas son formas de enfrentarse a la ansiedad excesiva. La preocupación del sujeto está centrada en temas sin importancia a los que da gran relevancia y con unos patrones de conducta rígidos y ritualistas.

## **ANEXO 2**

### **CAMBIOS GENERALES DURANTE LA GESTACION**

Como consecuencia de la gestación el organismo de la mujer sufre importantísimos cambios. Esta fenomenología del embarazo está determinada por tres grupos de causas: hormonales, nutritivos y mecánicos.

Estos cambios gravídicos no deben ser considerados como patológicos, denominándolos, al ser definidos por la O.M.S. "mecanismos de ajuste materno-fetales".

#### **Cambios en el aparato circulatorio**

Durante la gestación, el corazón está sometido a una sobrecarga de trabajo. Existe un aumento del volumen minuto en la gestación, aunque éste no es excesivo en la embarazada normal. El esfuerzo cardíaco durante la gestación, si bien es pequeño es continuado. Si bien el trabajo cardíaco está aumentado, el rendimiento cardíaco en la gestación está disminuido debido a la horizontalidad del corazón, la frecuencia de toxemias, que provocan alteraciones en el funcionalismo cardíaco, la tendencia a la hipovitaminosis B1 con desfavorable repercusión sobre el metabolismo cardíaco.

Por lo tanto el corazón es un órgano al que se le exige un esfuerzo superior al normal, pero que está a su vez en condiciones desfavorables para rendir este trabajo suplementario. Por esta razón las cardiopatías tienden a descompensarse durante

la gestación.

La tensión arterial tiende mantenerse constante en los primeros meses, tendiendo a una ligera elevación al final del embarazo.

La presión venosa se halla aumentada y esta es la causa de la aparición de los edemas malcolares de muchas embarazadas, así como la tendencia a la formación de varices.

#### **Cambios en el aparato respiratorio**

En los tramos altos del aparato respiratorio existe una edematización de las mucosas. Con frecuencia aparece ronquera, edema laríngeo o congestión de la mucosa nasal.

Progresiva elevación del diafragma debido al crecimiento del útero y ensanchamiento compensador de las costillas, como consecuencia, la respiración cambia de ser abdominal a ser torácica.

La ventilación pulmonar está elevada por los requerimientos fetales hasta 10 l. es decir cerca de un 40%. La capacidad vital no esta alterada, pero la capacidad pulmonar residual está considerablemente disminuida.

#### **El aparato digestivo de la embarazada**

Es de reseñar que en la gestante existe un aumento de la secreción de la saliva, que se cree que es por la labilidad del sistema neurovegetativo, y que constituye la sialorrea de la embarazada.

Sin embargo la saliva de la mujer gestante, tiene menor

cantidad de lisozima, que se ha demostrado actúa como antiséptico natural; por ello en la embarazada hay una mayor tendencia a la producción de caries, por incremento de la formación de placa bacteriana.

Los cambios en el estómago son también importantes. Hay una alteración estática del órgano que se encuentra rechazado hacia arriba por el útero grávido. Existe una alteración del fondo con desplazamiento a la izquierda de todo el estómago, salvo la porción pilórica que se halla distendida y elongada.

De ello resulta una aceleración de la evacuación del órgano. La secreción en cambio está disminuida, lo cual se cree que es debido a la acción de la hormona gonadotropina corial que actuaría sobre la mucosa gástrica inhibiéndola.

En el embarazo hay alteraciones del apetito que en general son de origen psíquico.

Pueden aparecer hemorroides durante la parte final del embarazo a causa de la presión que ejerce el útero sobre los vasos que están por debajo del mismo.

#### **Alteraciones del riñón y vías urinarias**

En cuanto a la orina, es algo más abundante que en la mujer normal, su densidad es ligeramente inferior y no es raro encontrar los fosfatos aumentados por el sedimento. Un 30% de las mujeres presentan ligera proteinuria de hasta 0,5 por 1000. Por encima de 1 por 1000 se consideran ya patológicas.

El origen de esta proteinuria fisiológica es discutido, se

ha atribuido a la lordosis fisiológica de la gestación y también a un aumento de la permeabilidad capilar, pero en muchos casos la albúmina no procede del riñón sino de las vías urinarias inflamadas y edematosas.

Con frecuencia se encuentra azúcar en la orina sin que haya hiperglicemia. Este azúcar puede ser lactosa, sobre todo al final de la gestación, o también glucosa. En este caso se trataría de una glucosuria renal.

En cuanto al riñón, están aumentados el flujo sanguíneo, la filtración glomerular y el aclaramiento de urea, creatinina, y ácido úrico. La capacidad de eliminación hídrica, se mantiene muy alta hasta la mitad del embarazo, pero en el último trimestre de la gestación se produce una disminución.

El uréter experimenta una paresia de sus elementos musculares, una elongación y relajación de los mismos y una edematización de su mucosa. El órgano se dilata, se alarga y con facilidad forma codos, que facilitan su infección.

### **Cambios físicos**

**Piel:**a) Pigmentación (ennegrecimiento) de algunas zonas del cuerpo: areola del pezón, la línea alba y, a veces los pómulos. Se deben a la descarga hormonal. Esta pigmentación desaparece cuando termina el embarazo.

b) Estrías: son unas líneas rojas que después se vuelven blancas y brillantes y que no desaparecerán nunca. Se forman en

el abdomen, caderas y mamas.

c) Pelos y uñas: se vuelven más frágiles.

**Cambios posturales (esquelético-musculares)** a) Desplazamiento del centro de gravedad al aumentar de tamaño el útero. Se compensa por la curvatura de la columna vertebral a nivel de las vértebras lumbares, seguida por las dorsales y cervicales; por contractura de los músculos de los canales vertebrales para conseguir la curvatura y por la distensión de los ligamentos vertebrales.

Todo esto da lugar a patología radicular (parestesias, ciáticas); al aumento de la base de sustentación, pues si no perdería la estabilidad debido al peso y la curvatura de la columna. Esto se consigue separando un poco los pies.

### **ANEXO 3**

#### **NUTRICION DURANTE EL EMBARAZO**

En la actualidad se está comprobado la importancia de una buena y correcta alimentación durante el embarazo, no sólo por su relación directa sobre la salud de la madre y del feto, sino también por sus efectos a largo plazo sobre ambos.

El consumo de una dieta calórica excesiva por parte de la gestante se traducirá en un elevado peso fetal al nacimiento, con lo que las complicaciones inherentes al parto de fetos de más de 4 Kg. de peso aumenta el riesgo de mortalidad perinatal.

En base a estudios científicos realizados, se puede afirmar que una alimentación intrauterina deficiente importante, produce anomalías en el desarrollo cerebral del feto, afectando posteriormente al comportamiento psíquico y físico del niño.

Se ha observado con más frecuencia en recién nacidos de bajo peso que en normales, caracteres hiperactivos, con poca capacidad de atención, faltas de coordinación y coeficientes intelectuales bajos.

La tasa de mortalidad perinatal más baja es la observada en niños cuyo peso al nacer oscila entre 3.500 y 4.000 gr. Pesos al nacer superiores o inferiores elevan dicha tasa, tanto más cuanto mayores sean las diferencias.

Los efectos de una mala nutrición que se observaron durante la Segunda Guerra Mundial, lleva a conclusiones de que una mala

nutrición en los últimos meses de la gestación afectaba al crecimiento fetal y la mala nutrición en tempranos meses al embrión y a su capacidad para sobrevivir.

En resumen, se puede decir que mejorar la nutrición materna antes y durante la gestación, puede ser uno de los pasos más prácticos que pueden darse hacia la mejora de la distribución del peso al nacer (reflejo del crecimiento intrauterino, determinante del potencial del niño para sobrevivir y para su futura salud) y de la tasa de mortalidad perinatal.

Esto demuestra que la distribución de peso durante el embarazo no tiene lugar de una manera uniforme durante los tres trimestres. Se pueden distinguir dos fases: una materna en la que la madre acumula reservas que luego suministraría al feto y que tiene lugar en los primeros meses de la gestación, y otra fetal, durante los últimos meses, en la que el feto experimenta su máximo crecimiento.

El total de kilos a ganar durante la gestación varía individualmente, primigesta y jóvenes ganan más que añosas y multigrávidas.

Las ganancias de peso en las primeras diez semanas es pequeño (debido sobre todo al crecimiento uterino y sangre). Aquí el feto pesa 5 gr. y es al final del embarazo cuando existe una mayor proporción del incremento del peso. Por esto las recomendaciones dietéticas no se incrementan hasta el segundo trimestre.

Así una embarazada con apetito normal, debe ganar un total de 900 a 1.800 gr. al final del primer trimestre y unos 400 gr. cada semana después. Un repentino aumento de peso, importante, que excede de esta tasa, es probablemente causado por retención de líquidos.

Para una mujer con peso normal antes de la gestación, una ganancia de 9 Kg. es asociada al mejor devenir de su gestación.

Para mujeres que pesan menos de lo normal, los mejores resultados están en 13,5 Kg.

En mujeres obesas el aumento de peso ideal está entre 6.750 a 7.200 Kg.

Debido a la acción de la progesterona la mujer tiene tendencia a depositar grasas (abdomen, espalda y muslos) que aseguran el alto gasto energético del crecimiento fetal en las últimas 10 semanas y en la dilatación y parto. Mucho de ello se perderá en el puerperio sobre todo si la madre lacta.

Las obesas no deben ponerse a régimen ya que la cetonuria es peligrosa para el feto.

Las **necesidades nutricionales** de la gestante, aunque habría que individualizar según los casos, se pueden resumir en las siguientes.

**Calorías.** Es necesario un aumento de 300 cal./día. El peso del feto se ve más influido por las calorías que por las proteínas. Es mejor satisfacer las necesidades calóricas con hidratos de carbono que con grasas.

**Proteínas.** Se debe consumir 0,9 gr./Kg./día más 30 gr. de proteínas al día en las gestantes, a ser posible de origen animal: carnes y pescados no grasos, huevos, leche y derivados.

**Hierro.** Durante el embarazo se necesitan unos 7 mgr/día de Fe. Dado que se absorbe hasta un 30%, esto obliga a una ingesta que aporte de 12 a 21 mgr. con lo que aumentan también las calorías de la dieta ya que por 6 mg. de Fe son obtenidas unas 1.000 cal. Suplementos de hierro durante la gestación son necesarios. También será necesario durante la lactancia y más en gemelares.

Entre los alimentos ricos en hierro están las almejas, vísceras, cacao, huevos.

**Calcio.** El calcio y fósforo proporcionan adecuada mineralización del esqueleto y de los dientes. El feto adquiere la mayor parte del calcio en el último trimestre que es cuando se forma su esqueleto. El feto extrae unos 300 mgr/día y al nacer ha acumulado unos 30 gr.

Las necesidades de la dieta serían de 800 mgr/día más 400 mgr en el segundo y tercer trimestre. Con una dieta rica en alimentos que contengan calcio como los derivados lácteos, frutas y legumbres secas, es suficiente para satisfacer estas necesidades no siendo necesarios los suplementos de calcio.

**Vitaminas.** La suplementación rutinaria de vitaminas y preparados minerales, en general es de dudoso valor excepto para el Fe y ácido fólico.

Los requerimientos incrementados de vitaminas pueden cubrirse con una dieta natural. Por lo tanto se le recomendará a la gestante que la dieta debe ser rica en verduras y frutas que por otra parte, debido a su alto contenido en fibras, facilitará el aumento de la motilidad intestinal y ayudará a evitar el estreñimiento tan frecuente durante la gestación.

**Ácido fólico.** Se sabe que hay un aumento de los requerimientos de folatos en la gestación, aunque se cuestione si se debe dar suplemento de ácido fólico o no. No obstante se recomienda a partir del segundo trimestre unos 0,4 mgr/día. Se puede combinar con Fe siendo la asociación ideal de 30-60 mgr de Fe más 0,3 a 1 mgr de ácido fólico.

## **ANEXO 4**

### **CONSEJOS GENERALES A LA EMBARAZADA**

#### **- TRABAJO**

No son aconsejables los trabajos duros. En teoría se puede trabajar hasta la 32 semana y es un hecho comprobado, que en las mujeres trabajadoras se adelanta el parto, por lo general.

Hay una serie de trabajos que no son convenientes como por ejemplo en los que hay inhalación de productos como el plomo, el benzol, etc.

#### **- REPOSO**

Debe ser al menos de ocho horas. En los últimos estadios de la gestación, es conveniente dormir en decúbito lateral.

#### **- VESTIDOS**

Se aconsejan más bien sueltos, sin que opriman; no utilizar ligas ni cinturones. No hay un acuerdo total sobre la utilización de faja ortopédica. Es conveniente usar un sostén especial y dejarlo puesto por la noche; sobre todo al final del embarazo.

#### **- CALZADO**

No son convenientes los tacones altos, por el peligro de caídas; pero tampoco hay que usar zapatos sin nada de tacón porque se puede hundir la bóveda plantar del pie.

#### **- EJERCICIO**

Es conveniente realizarlo, pero con moderación. Evitar deportes duros, más que nada por el peligro de las caídas.

#### **- VIAJES**

Deben ser efectuados en etapas cortas, no más de 300 km. Respecto al cinturón de seguridad se puede poner, pero siempre debajo de las crestas ilíacas. Si ha habido antecedentes de abortos o amenazas de aborto, es preferible no viajar.

#### **- RELACIONES SEXUALES**

Totalmente normales, observando una higiene escrupulosa, únicamente al final de la gestación es preciso adoptar posturas adecuadas, evitando el decúbito supino en la mujer. La relación entre el coito y desencadenarse el trabajo de parto no se ha comprobado estadísticamente.

#### **- HIGIENE**

Son preferibles las duchas a los baños en la bañera; fundamentalmente por el riesgo de caídas que conllevan éstos. Lo que no se aconseja son los baños intravaginales y los tampones, caso de flujo abundante.

Los baños en aguas frías, del mar sobre todo, no se aconsejan, según algunos autores.

#### **- DIENTES**

La embarazada tiene una alteración de la secreción salivar, por eso son más frecuentes las caries en éstas; por tanto se debe hacer vigilar los dientes. No hay contraindicación para ninguna intervención dentaria a excepción de las radiografías. Los anestésicos locales, al final de la gestación, pueden ocasionar, en algunos casos, bradicardia fetal y depresión neonatal.

**- MAMAS**

Hay que evitar la formación de grietas en la areola y pezón, para lo cual se deben limpiar todos los días con un algodón húmedo mojado en agua, mejor no utilizar ningún tipo de jabón.

**- ABDOMEN**

Se puede utilizar una mezcla de glicerina más alcohol de 70 grados al 50% ó bien glicerina o aceite de almendras, etc. para evitar las estrías de distensión, pero solo con un efecto teórico, además tiene el inconveniente de que mancha la ropa. Lo que sí se cree que va bien son los masajes suaves abdominales.

**- ALCOHOL**

No es conveniente su uso.

**- FUMAR**

Hay una asociación clara, estadísticamente significativa, entre el fumar y el bajo peso al nacer; por tanto habrá que

disminuir el número de cigarrillos diarios hasta un número máximo de 10.

**- DROGAS**

En el embarazo están todas en general contraindicadas especialmente los analgésicos opiáceos, pudiendo además producir síndrome de abstinencia muy grave en el neonato.

**- RADIOGRAFIAS**

Contraindicadas absolutamente hasta el séptimo mes; la radiación que entonces recibe el feto es como si se hiciera la Rx a un neonato.

**- VITAMINA B12**

Sólo se encuentra en animales, por lo que en vegetarianas será necesario un suplemento de vitaminas B12 durante la gestación y lactancia.

**- SODIO**

Durante la gestación no se debe restringir el consumo de sodio ya que ésta conlleva unas necesidades adicionales de unos 25 gr. de sodio distribuidos durante los 9 meses. En cuanto a la preparación de los alimentos es mejor que sean cocidos, asados o crudos en vez de fritos.

## **ANEXO 5**

### **SINTOMAS DE CONSULTA URGENTE**

#### **Dolor abdominal**

Ante todo dolor agudo en región hipogástrica hay que descartar embarazo ectópico y desprendimiento precoz de placenta. La sospecha de ambas situaciones es criterio de ingreso.

Otras causas de dolor abdominal pueden ser cólicos renales, cuadros agudo de causa ginecológica o apendicitis, que a veces resulta difícil de diagnosticar por las referencias diferentes de la exploración de la grávida avanzada.

Ante un dolor suave y con pérdida de sangre, sobre todo en la primera mitad del embarazo, sospecharemos amenaza de aborto.

#### **Escalofríos y fiebre**

Las embarazadas están sometidas a riesgos de infecciones, debiendo ser tratadas todas ellas lo antes posible con el antibiótico más eficaz y el menos perjudicial. No obstante, las infecciones renales y urinarias bajas tienen una incidencia superior en las gestantes.

#### **Pérdida de líquido por vagina**

Indica rotura de la bolsa amniótica.

A veces la mujer la confunde con incontinencia urinaria o con gran aumento de flujo, por lo que en periodos finales del embarazo habrá que considerar la rotura de bolsa ante pacientes que nos indiquen cualquiera de estos síntomas.

Si el líquido es verdoso indica sufrimiento fetal.

### **Vómitos incoercibles**

Frecuentes en el primer trimestre. Si son muy intensos, descartar hiperémesis gravídica que son vómitos continuos o intensos que impiden la alimentación de la embarazada ocasionando su deshidratación y un trastorno metabólico más o menos grave.

### **Pérdidas hemáticas vaginales**

Hemorragias en la primera mitad del embarazo:

a) Hemorragia antes de la octava semana de gestación, no muy intensa, con dolor suave y tamaño uterino normal; sospecha de amenaza de aborto.

b) Hemorragia abundante y dolor cólico, sospechamos aborto en curso.

c) Hemorragia intermitente achocolatada con dolor intenso y cuadro de abdomen agudo, sospecha de embarazo ectópico.

d) Hemorragia escasa que aumenta progresivamente, casi sin dolor y útero mayor de lo esperado, sospecharemos mola.

Hemorragias en la segunda mitad del embarazo:

Como norma indicar ingreso siempre. Las causas más frecuentes de sangrado en esta época son el desprendimiento precoz de placenta y la placenta previa.

### **Cefaleas**

Acompañadas de visión borrosa y edemas en cara son signos orientativos de preeclampsia.

## **ANEXO 6**

### **EL PUERPERIO**

El puerperio es la época extendida desde el parto hasta la primera menstruación (6-8 semanas postparto).

#### **Involución uterina**

##### **a) Tamaño:**

Tras expulsar la placenta, el fondo se encuentra entre el ombligo y la sínfisis. Luego se eleva por encima del ombligo durante dos días y desciende un centímetro cada día. Al décimo se encuentra bajo la sínfisis y no se puede palpar.

##### **b) Consistencia: Dura.**

##### **c) Cuello:**

A los tres días está dilatado un dedo. A los diez días estará cerrado.

##### **d) Entuertos:**

Son contracciones dolorosas del útero para disminuir su tamaño. Es más acentuado en multíparas, gemelares y partos rápidos, por mayor distensión del músculo uterino. Duran de cuatro a siete días y a veces expulsan coágulos.

##### **e) Loquios:**

Son exudados del aparato genital, duran dos semanas. Se debe vigilar su cantidad, olor y color.

Color	Duración	Cantidad	Olor	Composición
Rojo	1-4 días	No excede a una menstruación normal.	Inodoro	Hematíes Vermix Resto de membrana y laguno.

Seroso rosado	5-7 días		Inodoro	
---------------	----------	--	---------	--

Blanco-amarillento	1-3 semanas		Inodoro	
--------------------	-------------	--	---------	--

**Observar:**

a) Si hay olor fétido (inicio de que hay infección o retención de material necrótico en vagina).

b) Si hay dolor en región baja abdominal.

c) Hemorragia precoz en las primeras 24 horas.

Por atonía uterina, restos retenidos o rotura uterina.

Generalmente la mujer estará ingresada, si está en casa remitir al hospital.

Hemorragia tardía, (después de las 24 primeras horas) por subinvolución uterina (retención de productos de la concepción).

Remitir al hospital.

## **Mamas**

En estado normal, blandas e indoloras.

A los 2-3 días segregan calostro.

A los 3-4 días se produce la subida de leche con dolor, endurecimiento y aumento de tamaño.

### **a) Grietas:**

Son fisuras en el pezón por falta de higiene o malformaciones congénitas.

Síntomas: dolor al lactar, hemorragia local y grietas.

Prevención:

- Durante el embarazo curtir el pezón con glicerina.
- Entre tomas mantener limpios y secos los pezones y poner una gasa.
- Lavar con agua y jabón realizando movimientos circulares antes y después de cada toma.
- Evitar prolongar la mamada más de quince minutos.

Tratamiento:

- Pomada cicatrizante con lanolina.
- No dar alcohol.
- Mantener seco.

### **b) Mastitis:**

Inflamación de la mama producida generalmente por el estafilococo dorado.

Síntomas:

- Mamas duras y enrojecidas.
- Fiebre de 35,5-38 grados.
- Malestar.
- Dolor.

Las grietas pueden sangrar y los pezones estar sensibles, en este caso se usaría un extractor o protector del pezón.

**Tratamiento:**

No es necesario suspender la lactancia. El médico prescribirá tratamiento farmacológico. Si la mastitis tuviera complicaciones (mastitis supurativa) el tratamiento sería diferente:

- Suspender lactancia.
- Drenar el absceso.
- Cultivo para tratamiento antibiótico.
- Buscar signos de infección en el recién nacido.

**c) Ingurgitaciones:**

Por no dar salida a la leche excretada.

Normalmente en primíparas.

Precede a la instauración de la secreción láctea (2-4 días postparto)

**Síntomas:**

- Mamas duras, nodulares, distendidas y dolorosas.
- La temperatura no aumenta más de 38 grados.

**Tratamiento:**

- Duchas de agua caliente.
- Uso de sujetador.
- Extracción manual de la leche.

Prevención: Mamadas frecuentes.

**d) Maceraciones:**

**Prevención:**

- Aplicación de crema a base de lanolina,

- Suspender la lactancia y vaciar con extractor.
- Máxima limpieza.

e) **Pezón invertido:**

Durante los últimos meses del embarazo se harán ejercicios de estiramiento, de lo contrario no sirve para la lactancia.

**Temperatura**

En las primeras 24 horas y al tercer y cuarto día es normal un aumento de la temperatura hasta 38 grados, puede ser indicio de infección. Descartar patología no ginecológica, infección urinaria, endometritis, absceso pélvico, tromboflebitis pélvica.

**Cuidados del periné**

- Cambios frecuentes de compresas.
- No utilizar tampones.
- Si aparece dolor perineal se trata con:
  - Compresas calientes.
  - Analgésicos.
  - Descanso en decúbito lateral y evitar la bipedestación durante mucho tiempo para eliminar la tensión en dicha región.
  - Descanso.
- Contraer los músculos perineo-pélvicos para estimular la circulación y el tono muscular.

a) **Cuidados de la episiotomía.**

- Cicatriza en 7 a 10 días.
- Cada vez que use el W.C. o se cambie de compresa:
  - Retirar la compresa de adelante a atrás.

- Lavar con agua caliente y sal.
- Secar por presión.
- Llevar la compresa sujeta.
- Vigilar la aparición de complicaciones:
  - Hematomas, poner hielo local y antiinflamatorios.
  - Dehiscencias.
  - Infección; limpieza y calor local.
  - Antibióticos si también hay celulitis.
  - Baños de asiento.
  - Si se abre la herida y está infectada, no cerrar.

#### **Relajación de la pared abdominal**

Se puede empezar con la gimnasia postparto al tercer día después del parto o al desaparecer el dolor de la cesárea. Se empieza poco a poco y se va aumentando.

Con respiración controlada.

Las fajas no suplen los ejercicios.

#### **Estreñimiento**

Si al tercer día postparto no evacuó se administra un laxante suave.

Prevención:

- Deambulación precoz.
- Dieta rica en fibra.
- Aporte adecuado de líquidos.
- Horario fijo para defecación diaria.

#### **Hemorroides**

Tratamiento:

- Baños de asiento.
- Hielo local.

### **Reaparición de la menstruación**

- A las seis u ocho semanas.

### **Actividad**

- Durante los primeros días no realizarán ejercicios bruscos.
- Si está sentada se ablandan los puntos y la episiotomía cierra peor, pues todo el peso descansa sobre la episiotomía.
- Puede descansar en decúbito lateral.

### **Higiene**

- Ducha diaria.
- El baño se retrasará a las dos o tres semanas.

### **Relaciones sexuales**

- Abstenerse durante los cuarenta días postparto.
- Se reanuda cuando la herida ha cicatrizado, no hay secreciones vaginales ni molestias.
- Durante la lactancia disminuye la lubricación. Se pueden utilizar lubricantes estériles.
- Durante el orgasmo puede producirse goteo mamario.

### **Alimentación**

- Similar a la del embarazo. Si lactan aportar además medio litro de leche al día.
- Hierro: se dará un suplemento durante la lactancia.

### **Edemas**

- Restringir el consumo de sal.
- Colocar los miembros inferiores en alto.

## **ANEXO 7**

### **CUESTIONARIO**

#### **A) DATOS PERSONALES**

1-Edad:                    2-Situación de pareja:

3-Ocupación:

4-Cuenta con el apoyo de su familia?

5-Qué estudios tiene?

#### **B) NIVEL DE INFORMACION SOBRE SU ESTADO**

6-Su embarazo fue seguido desde el principio por profesional sanitario de esta policlinica?  
Dónde se atendió anteriormente?

7-En qué semana empezaron los controles de su embarazo?

8-Qué número de control de embarazo es el que realiza hoy?

9-Cómo está viviendo su embarazo?

10-Qué información recibió acerca de su embarazo, sobre cambios y molestias en su cuerpo?

11-Qué información recibió sobre la alimentación en el embarazo?

12-Qué información recibió sobre cuidados en el hogar, en el trabajo?

13-Qué información piensa que es necesaria para la embarazada?

14-Recibió esa información?

15-Tiene alguna duda sobre su embarazo?

16-Sabría identificar señales de alarma, peligro en su embarazo?

17-Qué miedos, inquietudes tiene?

18-Qué dudas tiene sobre el parto?

19-Qué dudas tiene sobre el puerperio o cuarentena?

20-Qué dudas tiene sobre los cuidados del recién nacido?

21-Ha buscado información sobre el embarazo, parto, puerperio y cuidados del recién nacido?

22-Dónde la buscó?

23-Ha recibido esa información en esta policlinica?

24-Conoce los cursos de preparación al parto?

25-¿Los está haciendo? ¿Dónde?

-----

# STAI

## AUTOEVALUACION A (E/R)

A / E

P.D. = 30 + - =

A / R

P.D. = 21 + - =

Apellidos y nombre ..... Edad ..... Sexo .....  
 Profesión ..... Curso/Puesto ..... Estado civil .....  
 Otros datos ..... Fecha .....

### A-E

### INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* VL. *AHORA MISMO*, en el momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiada tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
Me siento calmado .....	0	1	2	3
Me siento seguro .....	0	1	2	3
Estoy tenso .....	0	1	2	3
Estoy contrariado .....	0	1	2	3
Me siento cómodo (estoy a gusto) .....	0	1	2	3
Me siento alterado .....	0	1	2	3
Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras .....	0	1	2	3
Me siento descansado .....	0	1	2	3
Me siento angustiado .....	0	1	2	3
Me siento confortable .....	0	1	2	3
Tengo confianza en mí mismo .....	0	1	2	3
Me siento nervioso .....	0	1	2	3
Estoy desasosegado .....	0	1	2	3
Me siento muy «atado» (como oprimido) .....	0	1	2	3
Estoy relajado .....	0	1	2	3
Me siento satisfecho .....	0	1	2	3
Estoy preocupado .....	0	1	2	3
Me siento aturdido y sobreexcitado .....	0	1	2	3
Me siento alegre .....	0	1	2	3
En este momento me siento bien .....	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

Autor: C.D. Spilberger.

Copyright © 1968 by Consulting Psychologists Press, Inc. (Palo Alto, California, U.S.A.).

Copyright © 1982 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 MADRID - Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar se reproduce en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción no autorizada. En España por Aguirre Campana; Dagoanzo, 15 dpdo.; 28002 MADRID - legal: M - 35605 - 1983.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Canales F. Metodología de la investigación. México: Limusa; 1988.
- Castro Rodríguez, P. Cómo construir un cuestionario. Rol 1994; 185: 26-29.
- Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas. Enfermería Intensiva. Abril-Junio 1997; 8 (2): 91-99.
- Defey D. Mujer y maternidad. Montevideo: Roca Viva; 1994.
- Dickason E, Silverman B. Enfermería materno-infantil: Mosby/Doyma Libros; 1995.
- Icart M, Caja C. Protocolo de Investigación. Rol 1991; 152: 11-26.
- Pérez I, Pozo A. Enfermería en Salud Mental. Madrid: Olalla Ediciones; 1995.
- Polit D, Hugler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 5ta ed. México: McGraw Hill Interamericana; 1995.
- Rodríguez Rozalen, M. (coord). Los consejos de tu matrona. Madrid: Publi Direct S.A.; 1995.
- Rumi C. Embarazo y primer mes del bebé. Montevideo: Mosca Hnos. S.A. Editores; 1978.

Sabino C. Cómo hacer una tesis. Buenos Aires: Humanitas; 1987.

Soifer R. Psicología del Embarazo, Parto y Puerperio. Buenos Aires: Rargienan; 1992.

Spielberger C D, Gosuch R L. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Adaptación española. Madrid: Sección de Estudios TEA Ediciones S.A.; 1987.

Vallejo Nájera. Introducción a la Psiquiatría. Barcelona: Editorial Científico Médica; 1977.

Videla M. Maternidad, Mito y Realidad. Buenos Aires: Nueva Visión; 1990.