

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Obstetricia y Puericultura



**“FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS QUE SE ASOCIAN AL
NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2014”**

Tesis presentada por:

Bachiller Pacheco Vilca Verónica Asunta

**Para optar por el título profesional de Licenciada de
Obstetricia**

Arequipa - Perú

2015

Con mucha gratitud:

A Dios.

*A mis padres Lourdes y Jesús
por el amor, ejemplo e infinita dedicación.*

*A mis hermanos Carlos y Susana,
por su permanente ayuda y confianza*

*A mi pequeño Samuel
por darme tanta alegría y cariño.*

*A mi tía Soledad,
siempre presente en mi vida.*



“Y si soñamos, fue con realidades.”
Juan Cunha



INDICE

INTRODUCCION	6
CAPITULO 1: PLANTEAMIENTO TEORICO	8
1. Problema de Investigación	9
2. Objetivos	16
3. Marco Teórico	17
4. Hipótesis.....	40
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	41
1.Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	42
2.Campo de verificación	43
3.Estrategia de recolección de datos	44
4.Estrategia para manejo de resultados	46
CAPITULO III: RESULTADOS.....	47
CAPITULO IV: DISCUSION.....	72
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	77
BIBLIOGRAFIA	80
ANEXOS	85

RESUMEN

Objetivos. Determinar los factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de asociación simple. El estudio considero 200 gestantes que fueron atendidas durante el mes de diciembre del 2014 en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, a quienes se les aplicó un cuestionario de datos socio demográficos y el Inventario de Ansiedad de Beck, para determinar el nivel de ansiedad. La relación entre las variables de estudio mediante la prueba de X^2 y $P < 0.05$. El tiempo para la aplicación del test fue de 10 minutos aproximadamente.

Resultados. El 46.0% de gestantes presentaron Ansiedad Moderada. El 84.5% de las gestantes tuvieron una edad comprendida de 18 a 35 años, 44.5% de ellas fue su primera gestación. El grado de instrucción que presentaron es nivel de secundaria incompleta de 33.5%, convivientes en su mayoría 57%. La relación que mantienen con su pareja es estable con un 79%, la mayoría vive con su pareja y mantienen una buena relación con sus padres. El 56.5% de la población estudiada son ama de casa y el 56.5% son de Arequipa.

Conclusiones. Los factores sociodemográficos: nivel de instrucción secundaria incompleta, relación con la pareja inestable, abuso físico por parte de la pareja, la relación con los padres regular y la ocupación como trabajo inestable, presento asociación estadística significativa con un nivel de Ansiedad Moderado.

Palabras Clave: Gestantes, ansiedad, factores de riesgo.

ABSTRACT

Objectives: Determine the association of sociodemographic factors and the anxiety level in pregnant women who attend to their antenatal clinic of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.

Methods: Cross-sectional study with simple association, 200 pregnant women who were treated during the month of December 2014 in the office clinic of Obstetrics of Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, a sociodemographic questionnaire and the Beck Anxiety Inventory was applied for determined anxiety level. The relation between the study variables using the X² test and P <0.05.

The time for the application of the test is about 10 minutes.

Result: 46.0% of pregnant women had Moderate Anxiety. 84.5% of pregnant women were aged 18 to 35 years, 44.5% of which was her first pregnancy. The level of education they had incompleting secondary level is 33.5 %, mostly cohabiting 57 %. The relationship with her partner is stable with 79 %, most live with their partner and have a good relationship with their parents. The 56.5 % of the study population are housewives and 56.5 % are of Arequipa.

Conclusions: Sociodemographic factors: incomplete secondary education level, relative to the unstable couple, physical abuse by her partner, the relationship with parents regularly and occupation as unstable work presented statistically significant association with Moderate Anxiety level.

Keywords: Pregnant, anxiety, risk factors.

INTRODUCCIÓN

El estado de gestación es un periodo especial para la mujer durante el cual se manifiesta un gran número de emociones; entre ellas, ansiedad, depresión e inestabilidad emocional, que influyen en la prolongación de dichos cuadros y en otras complicaciones del parto. El Comité Latinoamericano de Perinatología plantea la importancia de los cuidados preconceptionales enfocados en el asesoramiento a las futuras madres e identificación de los factores de riesgo del proceso reproductivo, con el objetivo de reducirlos a través del control prenatal, sin embargo, en muchas comunidades, más de la mitad de los embarazos no son programados y estas mujeres no pueden acceder a una orientación preconceptional adecuada que les permita afrontar el embarazo en las mejores condiciones (7). Se ha demostrado que la ansiedad y depresión antenatal son trastornos psiquiátricos frecuentes y factores de riesgo para padecer trastornos posparto, por lo que resulta indispensable comprender que la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido o aislado de la consulta de control prenatal (8). En el último tiempo se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal.

La presente investigación tuvo como intención incrementar el conocimiento sobre este tema, identificar la frecuencia y severidad de una situación antes oculta, que puede acarrear problemas duraderos, logrando de esta manera un tratamiento integral que implica importantes beneficios para la estabilidad de la unidad familiar.

El estudio considero 200 gestantes que fueron atendidas, durante el mes de diciembre del 2014 en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, de las cuales se les aplicó un cuestionario de datos socio demográficos y el Inventario de Ansiedad de Beck, con el fin de determinar los factores socio-demográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.





1. Problema de investigación

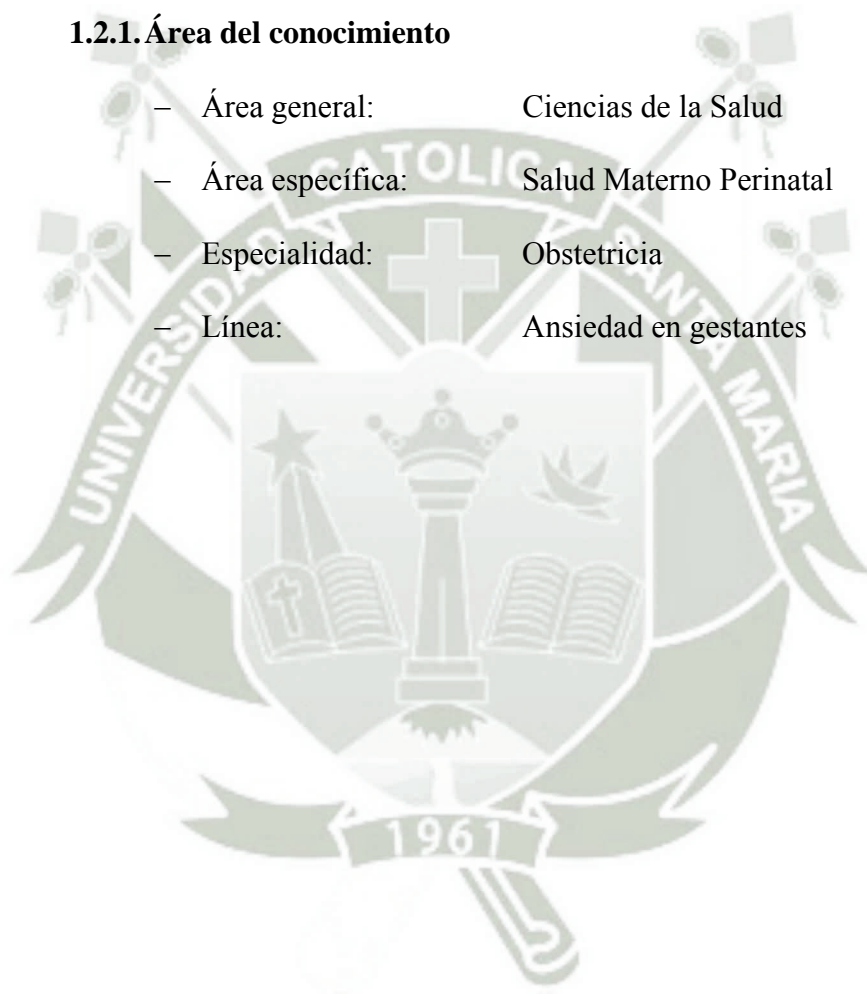
1.1. Enunciado del Problema

Factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Salud Materno Perinatal
- Especialidad: Obstetricia
- Línea: Ansiedad en gestantes



1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Factores Socio-demográficos	Edad	12-17 18- 35 >35
	Número de Gestaciones	0 1 2 3 > 3
	Procedencia	Arequipa. Otros.
	Grado de Instrucción	-Analfabeta -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Superior incompleta -Superior completa
	Estado Civil	-Soltera -Conviviente -Casada -Divorciada -Viuda
	Ocupación	-Ama de Casa -Estudiante -Trabajo estable -Trabajo Inestable -Cesante
	Relación con la pareja	-Estable - Inestable
	Relación con los padres	-Buena -Regular -Mala
	Abuso físico por parte de la pareja	-Si -No
	Vive con	-Padres -Pareja -Sola -Sola con Hijos -Otros

VARIABLE DEPENDIENTE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Nivel de Ansiedad en gestantes	Inventario de Ansiedad de Beck	00–21: Ansiedad muy baja 22–35: Ansiedad moderada >36: Ansiedad severa



1.2.3. Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son los factores socio-demográficos en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014?
2. ¿Cuál es el nivel de Ansiedad de las gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014
3. ¿Cuáles son los factores socio-demográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014?



1.2.4. Tipo de investigación:

- Por la naturaleza del problema se trata de una investigación de campo.

1.2.5. Nivel de investigación

- La investigación planteada es de tipo relacional, porque buscamos determinar la relación entre los factores socio- demográficos y el nivel de ansiedad en gestantes.



1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: La ansiedad y la depresión se han estudiado en forma conjunta, pero si bien es cierto, los estudios no se han concentrado a los factores sociodemográficos que las gestantes con ansiedad puedan presentar, resulta importante la exploración de estos constructos en la etapa perinatal especialmente.

Relevancia Científica: Tradicionalmente se sostenía que el embarazo se asociaba habitualmente a un estado de bienestar emocional en la mujer, pero en las últimas décadas se ha demostrado repetidamente que entre el 30% y el 40% de las gestantes presentan síntomas ansiosos inespecíficos (3-7), realizar la presente investigación nos permitirá obtener un mejor perfil de la gestante con cierto nivel de ansiedad y relacionarlo con los factores sociodemográficos que presente.

Relevancia Social: Debido a que uno de los compromisos para el 2015 firmado por nuestro país en el año 2000, "Objetivos del Desarrollo del Milenio" (ODM) ante la ONU, el quinto, "mejorar la salud sexual y reproductiva" conlleva un aspecto preponderante en la salud mental de la mujer gestante, sobre todo, si se puede llegar a evitar una posterior depresión post parto.

Relevancia Contemporánea: En los últimos años se viene promoviendo la atención integral de la mujer, por lo que investigar respecto a su salud mental, aparte de encontrarse una cantidad considerable de literatura, investigar acerca de ella, aporta de manera importante al conocimiento de la salud mental de la mujer, sobre todo en el proceso grávido- puerperal.

Finalmente se dirá que el interés de la investigación es genuina y la curiosidad por el problema elegido es real, debido a que hoy en día nuestra sociedad presenta problemas relacionados a abandono materno por el entorno en el que nos encontramos, lo que garantiza la culminación de la investigación; a lo que se agrega que ésta es factible realizarla, ya que se basa en la aplicación de cuestionarios auto administrados, reconocidos y validados, en el idioma español.

Por todo ello se justifica la realización del presente estudio.



2. Objetivos

- Describir los factores socio-demográficos en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.
- Determinar el nivel de Ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.
- Establecer la asociación entre factores socio-demográficos y el nivel Ansiedad en las gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.



3. Marco Teórico

3.1. Marco Conceptual

3.1.1. Importancia de la Salud Mental en Mujeres

En septiembre del año 2000, en la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre ellas el Perú, suscribieron un acuerdo que se conoce como el ODM, “Objetivos de Desarrollo del Milenio”, a través del cual se buscaba un norte en los temas definidos como prioritarios para mejorar la vida de los seres humanos. Cada país se comprometía a definir unas metas nacionales para cada uno de los ocho objetivos y el año 2015 se fijó como la fecha en la cual se debían haber alcanzado.

Entre los ocho temas suscritos como prioritarios tres tienen que ver directamente con las mujeres: el tercero, “promover la igualdad entre sexos y la autonomía de la mujer”, el cuarto, “reducir la mortalidad infantil” y el quinto, “mejorar la salud sexual y reproductiva”. Es evidente entonces como el empoderamiento de las mujeres, el buen cuidado de la prole y la aplicación de políticas demográficas efectivas pasa necesariamente por la salud de las mujeres y por ende también por su salud mental. (23)

Varios determinantes deben considerarse en el análisis de la salud mental de las mujeres. En primer lugar las circunstancias sociales y económicas que afectan severamente la salud de las personas a lo largo de su vida. Se conoce como “feminización de la pobreza” al fenómeno descrito por la ONU que reconoce que el 70% de los pobres en el mundo son mujeres y ganan un poco menos del 50% que los hombres en el trabajo remunerado. Tenemos entonces que las mujeres son las más pobres entre los pobres en el mundo, atrapadas en un círculo creciente de pobreza. (26) De acuerdo al “gradiente de salud”, según el cuál que a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas se mejoran las condiciones de salud de una población pero la magnitud del cambio es superior en las clases más favorecidas. Esto determina que en las mujeres pobres en vez de mejorar su salud, empeorara en los próximos años apretando cada vez más el nudo del desarrollo.

Otros determinantes de la salud mental de las mujeres esenciales en su análisis, son los factores biológicos tales como el dimorfismo cerebral (diferencias entre el cerebro de hombres y mujeres, en organización, actividad y funciones), la raza, la edad, el estado reproductivo; psicológicos como la tendencia a la pasividad, la sumisión y la dependencia por un lado, y la relacionabilidad y su habilidad especial para el cuidado por los demás con postergación de las necesidades propias que fomentan los roles tradicionales de género; y cómo se nace, cómo se vive, se trabaja y envejece en el contexto económico, social y político entre las sociedades.(16)

Por citar algunas cifras que nos demuestran cómo determinantes se mezclan para producir diferencias epidemiológicas entre los géneros: la depresión, los trastornos ansiosos y las molestias somáticas afectan a una de cada tres personas y predominan en el sexo femenino. La depresión unipolar que para el 2020 será la segunda causa de discapacidad en el mundo, es dos a tres veces más común en las mujeres. Existe también una mayor tendencia en las mujeres a tener más de un trastorno mental lo cual aumenta la discapacidad. (16)

Se discute mucho sobre las diferencias epidemiológicas encontradas en general en varios trastornos mentales y en particular en la prevalencia de depresión entre hombres y mujeres y si estos son reales. Para esto se descarta la posibilidad de un sesgo en la tendencia a sobre diagnosticar a las mujeres, también a que puedan explicarse por la tendencia de ellas a consultar más fácilmente por problemas emocionales y finalmente el consenso indica, tal como lo recoge la OMS, que son los determinantes relacionados con su condición de género lo que parece dar cuenta de estas diferencias. (16)

3.1.2. Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional de miedo o aprensión ante un peligro o amenaza, actual o anticipado, real o imaginado, con un doble componente físico y psíquico, que provoca una conducta de ataque o huida. (3)

La ansiedad puede tratarse de un estado emocional normal ante determinadas situaciones estresantes cotidianas. Cierta grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Sin embargo este estado emocional puede considerársele patológico cuando la respuesta adaptativa se da de una manera inadecuada, bien porque la duración o intensidad son desproporcionadas, o porque la amenaza no puede objetivarse. Esto provoca a la persona malestar significativo, con síntomas que afectan tanto el plano físico como al psicológico y conductual. (7)

3.1.3 Trastorno de Ansiedad

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por sensaciones subjetivas de tensión más o menos intensas e intranquilidad difusa. Un estado consiente, comunicable de premoniciones penosas, no necesariamente relacionadas a amenazas externas.

El estrés, temor y ansiedad tienden a ser interactivos. Los componentes principales de la ansiedad son psicológicos (tensión, temores, dificultad en la concentración, aprehensión) y somáticos (taquicardia, hiperventilación, palpitación, temores y sudoración).

Se cree que varias manifestaciones de ansiedad no son resultado de conflictos inconscientes pero si de “hábitos” o patrones persistentes de comportamiento desadaptativo adquiridas por aprendizaje. Estos hábitos o maneras inapropiadas de lidiar con los problemas de la vida, por consiguiente producen ansiedad. (9)

- **Epidemiología**

Los trastornos de ansiedad componen el grupo más frecuente de trastornos psiquiátricos. Una de cada cuatro personas ha satisfecho los criterios de diagnóstico de, como mínimo, uno de los trastornos de ansiedad y la tasa de prevalencia durante 12 meses se aproxima al 17%. Las mujeres son más vulnerables a los trastornos de ansiedad que los hombres. La prevalencia de los trastornos de ansiedad disminuye conforme se eleva la categoría socioeconómica. (3)

A. Clasificación

Según el DSM IV los tipos de ansiedad son los siguientes:

DSM –IV	CIE 10
Trastorno de angustia	Trastornos neuróticos por estrés y trastornos fóbicos
Fobia simple	Fobia simple
Fobia social	Fobia social
Agorafobia sin crisis de angustia	Agorafobia
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de crisis de angustia	Trastorno de crisis de angustia
Trastorno por ansiedad generalizada	Trastorno por ansiedad generalizada
	Trastorno mixto de ansiedad y depresión
	Trastorno obsesivo compulsivo
	Reacciones de estrés y trastornos de reacción de estrés agudo
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
	Trastorno de adaptación
Trastorno de ansiedad sin especificar	

Fuente: Clasificación DSM IV y CIE 10 (2)

DSM IV: Disorders Statistics Manual IV

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

B. Criterios Diagnósticos

- a) Ansiedad y preocupación excesivas sobre una amplia gama de acontecimiento o actividades que se prolonga más de seis meses.
- b) Al individuo le resulta difícil controlar ese estado de constante preocupación.
- c) La ansiedad y preocupación se asocia a tres de los seis síntomas siguientes:
 - Inquietud o impaciencia “Fatigabilidad” fácil.
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Alteraciones del sueño
- d) El centro de la ansiedad y la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno.
- e) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social o laboral.
- f) Esas alteraciones no se deben a los efectos de una sustancia o de una enfermedad médica.(10)

C. Etiología

La biología de los trastornos de angustia está siendo estudiada a fondo. Entre los posibles mecanismos biológicos subyacentes están: la elevación de los niveles de catecolaminas del sistema nervioso central, una anomalía en el locus cerúleo (área del tronco encefálico que regula el estado de alerta), una hipersensibilidad al dióxido de carbono (CO₂), una alteración en el metabolismo de lactato y ciertas alteraciones del sistema neurotransmisor del ácido Y-aminobutírico (GABA). Aunque hay algunos datos que respaldan cada una de estas posibilidades, ninguna explica todos los síntomas del trastorno de angustia. (5)

a) Biológica

La ansiedad supone una reacción vegetativa exagerada con incremento del tono simpático.

La liberación de catecolaminas se eleva con la mayor producción de los metabolitos noradrenalinicos. Puede haber una menor latencia del sueño REM (movimientos oculares rápidos) y de la IV etapa del sueño.

La disminución de las cifras de ácido g-amino butírico(GABA) ocasiona una hiperactividad del sistema nervioso central. El GABA inhibe la irritabilidad del sistema nervioso central y está extendido por todo el cerebro.

Las alteraciones del sistema serotoninérgico y el incremento en la actividad dopaminérgica se asocian a ansiedad.

La actividad de la corteza temporal del cerebro aumenta.

El locus ceruleus, un centro cerebral de neuronas noradrenérgicas, se muestra hiperactivo en los estudios de ansiedad, en especial es las crisis de angustia. (4).

b) Psicoanalítica

Según Freud, los impulsos inconscientes (p.ej. sexo o agresión) amenazan con estallar en la conciencia y producir ansiedad. La ansiedad se relaciona, a lo largo del desarrollo, con los temores infantiles a la desintegración, que provienen del miedo a la pérdida real o imaginada de un objeto querido o del miedo a daño físico. Freud utilizo el término “angustia señal” para describir la ansiedad no experimentada de modo consciente que desencadena mecanismo de defensa utilizados por la persona para afrontar una situación potencialmente amenazadora. (3)

c) Teoría del aprendizaje

La ansiedad es producida por una frustración o estrés mantenidos o intensos. La ansiedad se asocia a un estímulo aterrador natural (p.ej. accidente). El desplazamiento o transferencia posteriores hacia otro estímulo, a través del condicionamiento, produce una fobia o situación nueva o diferente.

d) Estudios genéticos

La mitad de los pacientes con trastornos de angustia tiene un familiar afectado. Cerca del 5% de las personas con mucha ansiedad muestran una variante polimorfa del gen asociado al metabolismo del transportador serotonina. (3)

D. Tratamiento del Trastorno de Ansiedad**Psicoterapia.-**

Psicoterapia de apoyo: Esta modalidad se basa en el uso de conceptos psicodinámicos de la alianza terapéutica para fomentar el tratamiento adaptativo. Hay que alentar y fortalecer las defensas adaptativas y combatir aquellas que suponen una mala adaptación.

Psicoterapia orientada a la introspección: El objetivo es aumentar el desarrollo de la introspección del paciente acerca de conflictos psicológicos que, si no resuelven, pueden manifestarse como un comportamiento sintomático (p.ej. ansiedad, fobias, obsesiones y compulsiones y reacciones postraumáticas de estrés). Esta modalidad está particularmente indicada si 1) Los síntomas de ansiedad obedecen claramente a un conflicto inconsciente, 2) La ansiedad continua después de instituir tratamientos conductuales o farmacológicos, 3) Aparecen nuevos síntomas de ansiedad después de que aparecen síntomas originales.(28)

Farmacoterapia.-

Los dos grupos farmacológicos que pueden usarse para el tratamiento de los trastornos de ansiedad son las benzodiazepinas e inhibidores específicos de la recaptación de serotonina (IRSS)

Benzodiazepinas: Las benzodiazepinas son los fármacos de elección en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada. Algunos sujetos experimentan deterioro en su alerta mientras toman estos fármacos.

Agentes serotoninérgicos: La buspirona es posiblemente efectivo en el 60-80% de los casos de un trastorno de ansiedad generalizada. La desventaja principal de este fármaco es que sus efectos tardan entre dos o tres semanas. (19)

3.1.4 Problemas Emocionales en el Embarazo

En el último tiempo se ha brindado cada vez mayor importancia a los aspectos psicológicos y psiquiátricos del proceso grávido-puerperal. Se ha señalado que esta etapa corresponde a un cambio vital trascendente para la vida de la mujer y de su grupo familiar, donde se produce un alto estrés que pone en juego las capacidades de adaptación individual y grupal. (30)

Un problema emocional “es una interrupción, una detención que tiene un individuo o un grupo en su evolución o desarrollo“. Son cuadros clínicos que se instalan en la vida emocional de un individuo y que pueden interrumpir, congelar, distorsionar y/o desconectar cualquiera, algunas o muchas y en los casos más graves todas las expresiones comportamentales de su desenvolvimiento personal, familiar, laboral, social y/o vital”.

Esto significa que los problemas emocionales varían de un individuo a otro de acuerdo a sus características individuales, a su historia personal, tomando en cuenta los factores genéticos y ambientales así como también la intensidad y magnitud de la situación, indicadores estos que le permitirán a los especialistas (psicólogos, psiquiatras, psicopedagogos) definir el grado del problema.

Desde el control prenatal es posible ir detectando algunos síntomas o manifestaciones que pueden causar problemas posteriormente. Es conveniente saber lo que la embarazada siente y piensa, el tipo de relación con las personas más próximas a ella, la forma como a enfrentar situaciones conflictivas previas, así como conocer sus antecedentes psiquiátricos. (1)

Al finalizar el tercer trimestre del embarazo, algunas mujeres pueden estar o muy ansiosas, o excesivamente tranquilas y hasta adoptar una cierta pasividad asumiendo el embarazo como una enfermedad. La mujer debe estar informada del proceso del embarazo y parto y segura de estar pasando una experiencia fisiológica normal. (1)

La relación con la pareja influye significativamente en el bienestar mental y sexual de la misma. (1)

A. Ansiedad en el embarazo

La patología mental puede estar presente en la gestante, de hecho, toda la gestación conlleva un cambio en la vida de una mujer, de su núcleo familiar y de su entorno bio-psico-social por lo que bien podría llamarse una crisis.

El embarazo y el parto de un hijo representan un desafío mayor tanto para la mujer y su pareja, como para la relación misma. Como cualquier otra etapa, puede ser una oportunidad de crecimiento o conflicto. En el primer trimestre a veces la mujer se siente emocionalmente lábil. Experimenta cambios físicos variados, algunos de los cuales le producen marcada incomodidad: náuseas, tensión mamaria, sensación de distensión abdominal y aumento de frecuencia urinaria. Posteriormente, la imagen corporal ira cambiando; aparecen marcas de estiramiento (estrías) y luego fatiga con el aumento de peso. Estos cambios, junto con temores al parto, pueden favorecer al desarrollo de sentimientos ambivalentes respecto al embarazo en curso. En la pareja pueden desarrollarse problemas en torno a la sexualidad y ansiedad relacionada con la paternidad futura. (14)

La embarazada suele preguntarse si será una buena madre y puede rumiar pensamientos asociados a mantener a su hijo seguro, hacer todo lo necesario para él, sentirse culpable si tiene que tomar medicamentos o temer dañarlo. Los pensamientos ansiosos son frecuentes y pueden confundirse con ansiedad patológica ya que se relaciona con cambios fisiológicos normales pero observables en los trastornos de ansiedad, tales como el aumento de la frecuencia cardiaca, sudoración y sensación de necesitar respirar. Sin embargo, en el embarazo normal los pensamientos ansiosos no son generalizados y se relacionan con la seguridad de la madre y el hijo.

La taquicardia, hiperventilación, despersonalización y los temores abrumadores de morir, no son, sin embargo, normales y pueden indicar un trastorno médico. Tabla 9-2 (6-12)

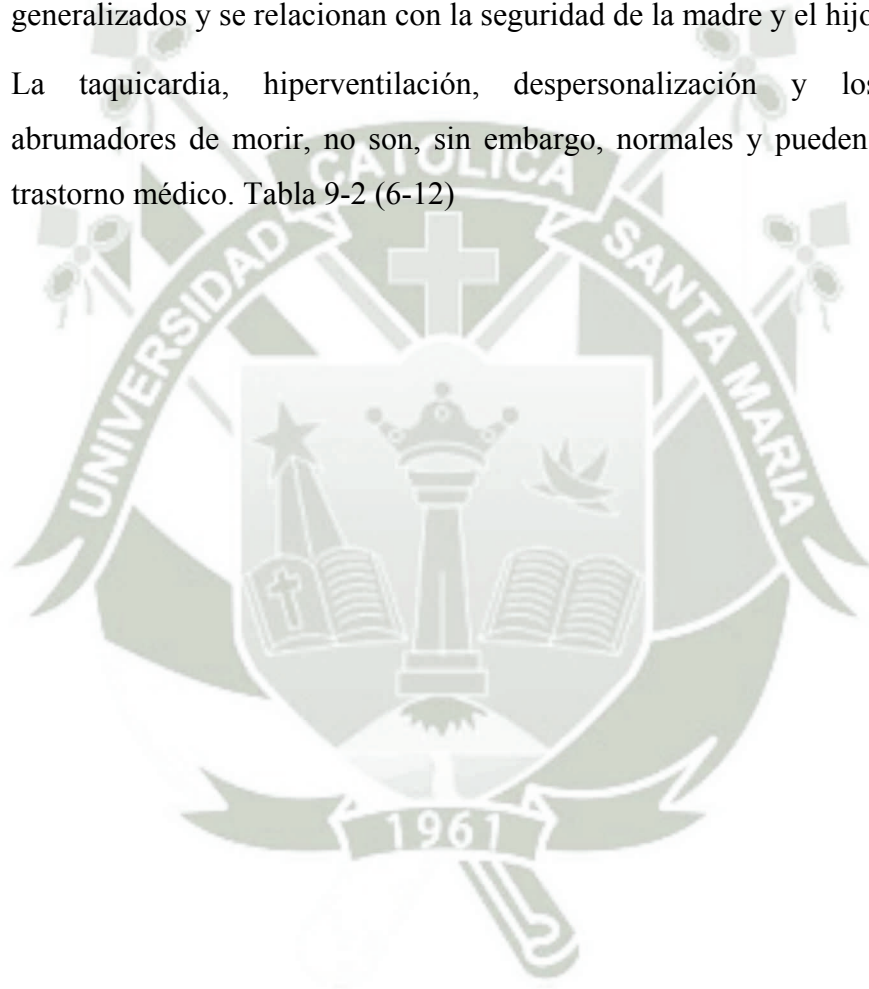


Tabla 9-2 Diferenciación entre síntomas ansiosos normales del embarazo y síntomas de un trastorno de ansiedad	
<i>Cambios normales del Embarazo</i>	<i>Trastornos de Angustia (pánico)</i>
Preocupación por estar lo más saludable para cuidar al hijo	Temor de estar enferma o morir
Sensación de controlar su vida, excepto por las restricciones del embarazo mismo	Temor de perder el control que lleva a conductas evitándolas
Agorafobia ausente	Gran ansiedad o incapacidad de dejar el hogar
Sin desrealización ni despersonalización	Desrealización y/o despersonalización
Nauseas en el primer trimestre, ocasionalmente en el segundo o tercer trimestre	Nauseas frecuentes durante el embarazo, sensación de contracción estomacal
Aumento leve de la frecuencia cardíaca, palpitaciones.	Frecuencia cardíaca sobre 100/min, especialmente durante las crisis de pánico
Sudoración leve a moderada según actividad	Sudoración más que moderada o desproporcionada a la situación
Ausencia de temblor	Temblor
Aumento de la percepción respiratoria	Respiración corta o sensación de ahogo
Deglución normal con aumento de la salivación	Sensación de Obstrucción esofágica
Ausencia de dolor torácico	Dolor torácico
Hipotensión postural o mareos	Mareos severos y recurrentes
Parestesias o hipostesia asociadas con estiramiento musculo esquelético y edema	Hipostesias severas durante ataques de pánico
Algunos flashes de calor o frío	Frecuentes escalofríos o flashes de calor

B. Aspectos biológicos de la ansiedad en Psicoprofilaxis obstétrica

Canon y De la Paz en 1915, demostraron que hay un aumento de la secreción de la medula suprarrenal bajo la influencia de estímulos emocionales.

El sistema límbico participa en la expresión de diversos tipos de conducta emocional en el animal, también es sugerido en el hombre, por estudios electrofisiológicos y neuropatológicos.

El sistema septohipocámpico (Gray 1982) o el locus coeruleus (Redmond 1979), también han sido implicados en los mecanismos neurobiológicos de la ansiedad.

El estudio de la ansiedad en el terreno de la psiquiatría biológica ha permitido conocer algo sobre los mecanismos psicósomáticos que actúan en relación al dolor, y al parto, sobre todo permiten elaborar conceptos teóricos sobre el substrato neuroquímico que opera en la gestante frente a los temores aprendidos en relación al parto.

El conocer sobre los mecanismos neurobiológicos de la angustia, de la ansiedad, se abren nuevos caminos frente al estudio de la Psicoprofilaxis; ya que el método de relajación puede de alguna manera influir favorablemente en dichos mecanismos neuroquímicos como lo podría hacer psicoterapia o la farmacoterapia. (1)

C. Trastorno de pánico (TP) en el embarazo

Los cambios fisiológicos y hormonales durante los ciclos de vida de la mujer, especialmente aquellos del embarazo y el puerperio, le agregan una dimensión adicional a los trastornos psiquiátricos, entre ellos al TP.

Pareciera que los ataques de pánico pueden tanto empeorar como mejorar durante el embarazo. La progesterona tendría problemas ansiolíticas, en sí misma o por vía de algunos de sus metabolitos, los que funcionarían como agonistas del receptor GABA. Inversamente, los cambios en la mecánica respiratoria durante el embarazo predispondrían a sufrir ataques de pánico. La mujer embarazada tiende a realizar inspiraciones más cortas con una excursión respiratoria menor, por un lado porque la progesterona tiende a producir una hiperventilación leve, pero por otro lado porque el contenido abdominal y pélvico tienden a comprimir el diafragma. (18-20)

En un estudio sobre el TP realizado a través de evaluaciones retrospectivas durante los tres trimestres del embarazo, acerca de cuanto predecía la severidad el curso clínico, se observó que en el 77% de las pacientes se producía un cambio no significativo o una mejoría, y que en el 20% la sintomatología empeoraba. Las pacientes que mejoraban tendían a tener previamente síntomas más leves, en cambio, habían tendido a presentar sintomatología más severa. (15)

D. Medicación durante el embarazo

Los clínicos que tratan a las mujeres con enfermedades psiquiátricas pueden verse enfrentados a la difícil tarea de hacer recomendaciones referentes al uso de psicotrópicos en pacientes embarazadas o que deseen concebir.

Al momento de elegir un fármaco es necesario tener en cuenta la clasificación de la FDA sobre los riesgos de la teratogénesis de los fármacos en general:

Categoría A: los estudios no mostraron riesgos.

Categoría B: no hay evidencias de riesgos en humanos.

Categoría C: los riesgos no pueden ser demostrados.

Categoría D: existe evidencia positiva de riesgos.

Categoría X: su empleo está contraindicado en el embarazo.

Si se hace necesario emplear un psicofármaco durante el embarazo, se recomienda la monoterapia y la prescripción del fármaco en la dosis mínima efectiva. El uso de varios fármacos aumenta el grado de toxicidad y la posibilidad de teratogénesis. (14)

La iatrogenia de no medicar a una embarazada hace referencia a las graves consecuencias que un trastorno psiquiátrico puede ocasionar en el normal desarrollo del embarazo, puesto que la madre estaría expuesta a recaídas, conductas impulsivas, consumo de sustancias psicoactivas, inadecuado cuidado prenatal y el bebe corre el riesgo de nacer prematuro, con bajo peso, APGAR bajo y un mayor riesgo de enfermedad neonatal. (11)

Estabilizadores del ánimo

Litio, es clasificado por la FDA en la categoría D, lo cual significa que hay evidencia de riesgo fetal humano, pero el potencial beneficio del uso del medicamento en la mujer embarazada puede ser aceptable a pesar de sus riesgos potenciales.

En el recién nacido expuesto a Litio se describe un síndrome caracterizado por hipotonía, disminución del reflejo de succión, cianosis, bradicardia, arritmias, bocio hipotiroideo, diabetes insípida nefrogénica y un mayor peso, que no es frecuente, y desaparece durante la primera semana posterior al nacimiento.

Benzodiazepinas

Existe controversia con respecto al riesgo de causar malformaciones del tipo labio leporino con o sin hendidura oro palatina en niños cuyas madres fueron expuestas a Diazepam. Con frecuencia se presenta síndrome de deprivación en el recién nacido, que se caracteriza por temblor, irritabilidad, hipertensión, y succión vigorosa, que se puede presentar unas pocas horas y hasta tres semanas después del parto, dependiendo de la vida media del fármaco.

En general se sugiere, a la hora de elegir una benzodiazepina, optar por el Lorazepam por su menor transferencia transplacentaria, ausencia de metabolitos activos y alta potencia con buena absorción, así como no uso del metabolismo hepático.(11)

3.1.5 Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El BAI (Beck Anxiety Inventory) fue desarrollado por Beck en 1988, con objeto de poseer un instrumento capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad. (4)

Está basado en los cuestionarios Situational Anxiety Checklist (SAC), The Physician's Desk Reference Checklist (PDR)² y The Anxiety Checklist (ACL).

Es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV5. (4)

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”. La puntuación total es la suma de las de todos los ítems (si en alguna ocasión se eligen 2 respuestas se considerará sólo la de mayor puntuación. Los síntomas hacen referencia a la última semana y al momento actual.

No existen puntos de corte aceptados para distinguir entre población normal y ansiedad ni entre depresión y ansiedad. En estudios comparativos con las principales escalas de depresión y ansiedad (Inventario de depresión de Beck, escala de depresión de Hamilton, Escala de ansiedad de Hamilton, listado de pensamientos y escala de desesperanza), se han encontrado unos índices de correlación mayores con aquellas que valoran ansiedad, frente a las que valoran depresión, lo que avalaría su utilización para valorar ansiedad.

El rango de la escala es de 0 a 63. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25,7 (DE 11,4) y en sujetos normales 15,8 (DE 11,8)8. Somoza y cols han propuesto como punto de corte para distinguir trastorno de pánico los 26 puntos. Osman en sujetos sin patología obtiene una puntuación media de 13,4 con una de 8,9. No obstante, no debe considerarse una medida específica de ansiedad generalizada. (4)

Según los autores, el inventario debe ser utilizado en clínica e investigación acompañado por otros cuestionarios como el inventario de Depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton y constituiría una herramienta más para la valoración de ansiedad. En un análisis comparativo realizado por Piotrowski en 1999 encontró que era el tercer test más utilizado para valorar ansiedad. (4)

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94). La correlación de los ítems con la puntuación total oscila entre 0,30 y 0,71. La fiabilidad test-retest tras una semana es de 0,67 a 0,93 y tras 7 semanas de 0,62.

Validez:

Tiene buena correlación con otras medidas de ansiedad en distintos tipos de poblaciones (jóvenes, ancianos, pacientes psiquiátricos, población general).

Los coeficientes de correlación (r) con la Escala de ansiedad de Hamilton es de 0,51, con el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado de 0,47 a 0,58 y con la Subescala de Ansiedad del SCL-90R de 0,81.

Por otra parte los coeficientes de correlación con escalas que valoran depresión, también son elevados. Con el Inventario de Depresión de Beck de 0,61 y con la Subescala de Depresión del SCL-90R de 0,62.

Al analizar los elementos del test, Beck en el trabajo original se encuentra dos factores principales: síntomas somáticos y síntomas subjetivos de ansiedad, pudiendo obtenerse dos sub escalas. Con posterioridad el propio Beck describió cuatro factores: subjetivo, neurofisiológico, autonómico y pánico.

En 1993, Steer, al aplicar una versión informática del test describió dos componentes en el test: somático y subjetivo, si bien muchos de los ítems clasificados en cada grupo no correspondían exactamente con los encontrados por Beck. Es una escala que mide de manera auto informada el grado de ansiedad.

Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión; en particular, los relativos a los trastornos de angustia o pánico y ansiedad generalizada, de acuerdo con los criterios sintomáticos que se describen en el DSM-III-R para su diagnóstico. Por ejemplo, uno de los ítems es “Nerviosismo” y se pide a la persona que conteste sobre la gravedad con que le afectó durante la última semana, en una escala de 4 puntos desde “Nada en absoluto” hasta “Gravemente”.

El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

- 00–21 - Ansiedad muy baja
- 22–35 - Ansiedad moderada
- más de 36 - Ansiedad severa

El BAI ha sido formulado para que discrimine entre los grupos de diagnóstico ansioso y no ansioso en una gran variedad de poblaciones clínicas, lo que amplía sus áreas de aplicación. No obstante, dado que la población en la que se desarrolló estaba formada por pacientes psiquiátricos adultos casi en su totalidad, debería usarse con precaución en otras poblaciones.

Puede aplicarse a personas pertenecientes a poblaciones clínicas, y también a la población general, adultas y adolescentes (de 13 años de edad o más). Los datos que se aportan para la adaptación española corresponden a personas de 17 años o más, mayoritariamente pertenecientes a familias con algún miembro universitario. En el Manual se indica que no es apropiada su aplicación a personas con dificultades intelectuales o lingüísticas. (4)



3.2. Análisis de Antecedentes Investigativos

3.2.1 A nivel nacional

A. AUTOR: Dra. Marizabel Rozas; Dra. Yamith Soto; Dra. Yobana Vera, Dra. María Isabel Vera Huaranca. (33)

TITULO: Niveles de Ansiedad y Factores asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que Acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco – 1999

REVISTA: Situa, N°18, 2001, Perú.

RESUMEN:

Se escogió para el estudio un grupo de gestantes adolescentes entre 15 y 19 años, seleccionadas por muestreo no probabilístico y otro grupo de comparación equivalente constituido por gestantes adultas entre los 20 y 35 años; con el objetivo de identificar la presencia de ansiedad y los de factores asociados a ésta, para lo que se utilizó un diseño de corte transversal comparativo. Se utilizó una encuesta estructurada directa en aquellas gestantes que acudían a control prenatal en los hospitales del MINSA del Cusco en el último trimestre de 1999, con el objetivo de determinar los niveles de ansiedad y los factores asociados en este grupo, las pruebas consistentes fueron aplicadas 50% a gestantes adolescentes y 50% a adultas, la ficha de encuesta que incluye datos generales y la escala de ansiedad de Hamilton fue aplicada personalmente en una entrevista con la gestante, sin dificultades.

CONCLUSIONES:

No existe ninguna relación estadísticamente significativa entre las variables estudiadas y el nivel de ansiedad en el grupo de gestantes adultas. Las variables estado civil y mes de diagnóstico de la gestación constituyen un factor de protección eficaz para la presentación de ansiedad en las gestantes adultas. Las variables de abandono de estudios y/o de ocupación, estado civil de los padres, relación conflictiva con la familia, dependencia económica y preparación psicoprofiláctica constituyen factores de protección para la presencia de ansiedad en las gestantes adultas. Las variables edad, grado de instrucción, ocupación, edad gestacional y la influencia de la pareja constituyen factores de riesgo débil para la presencia de ansiedad ya sea mayor o menor en el grupo de gestantes adultas.

3.2.2 A nivel internacional

A. AUTOR: Díaz Mardorys, Amato Rosanna, Chávez José, Ramírez Mónica, Rangel Shirley, Rivera Lucy, López Jesús. (29)

TÍTULO: Depresión y Ansiedad en embarazadas.

REVISTA: Salus. Vol 17, N°2, 2013, Valencia.

RESUMEN: Materiales y Método: Se realizó un estudio correlacional, transversal y no experimental, donde la población la integraron todas las embarazadas atendidas en la consulta de Perinatología – Medicina Materno Fetal del Hospital Materno Infantil Dr. José María Vargas durante el periodo junio – agosto de 2012. La muestra estuvo conformada por 236 mujeres embarazadas, incluidas mediante un muestreo no probabilístico circunstancial.

Resultados: De la muestra estudiada que estuvo constituida por 236 embarazadas, 72% tenía entre 20 y 34 años de edad, 56,4% pertenecían al estrato socioeconómico IV, 66,1% tenían entre 2 y 4 gestas y 51,3% se encontraba en el tercer trimestre de embarazo. Siguiendo con los datos

obtenidos el 81,4% de las embarazadas tenía una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado.

De las pacientes 32,6% no presentó ningún nivel de ansiedad, mientras que 39,8% presentó ansiedad menor y 27,5% ansiedad mayor, lo cual traduce que 67,3% de las embarazadas tuvo algún nivel de ansiedad (menor o mayor) según la escala de Hamilton. Con respecto a la depresión, 33,9% no se encontraban deprimidas, 29,7% presentó depresión ligera o menor, 16,9% depresión moderada y 19,4% presentó un cuadro de depresión severa o muy severa según la escala aplicada; asimismo, 66,1% tuvo algún nivel de depresión, siendo este porcentaje significativamente superior al 33,9% de mujeres sin dicha patología ($P < 0,001$).

Se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de algún nivel de ansiedad y el tipo de relación de pareja ($\chi^2 = 14,97$; $P < 0,001$).

Al evaluar el riesgo, se observó que las embarazadas con relación de pareja inestable presentaron un riesgo 8,5 veces mayor de presentar algún nivel de ansiedad, siendo este hallazgo estadísticamente significativo ($OR = 8,57$; $IC\ 95\%: 2,56 - 28,67$).

El análisis de regresión logística binomial realizado reportó que para las embarazadas estudiadas tener una relación emocional estable con su pareja constituyó un factor protector y estadísticamente significativo para prevenir la aparición de ansiedad ($OR = 0,098$; $IC\ 95\%: 0,027 - 0,353$)

CONCLUSIONES: Se concluye que existe 8,5 veces mayor riesgo de padecer ansiedad y 6,5 veces de padecer depresión cuando las embarazadas tienen una relación de pareja inestable. El 67,3% de las pacientes presentó algún nivel de ansiedad (menor o mayor) según la Escala de Hamilton y 66,1% algún nivel de depresión, siendo alarmante que 19,4% de estas últimas presentaron un cuadro de depresión severa o muy severa, lo cual refleja una tendencia al deterioro de la salud mental de las gestantes estudiadas.

B. AUTOR: Sanchez A.I, Bermudez M.P y Buela – Casal G.

TÍTULO: Efectos del estado de Gestación sobre el estado de ánimo

REVISTA: REME, Vol 2, N°2-3, España. (34)

RESUMEN: Método: La muestra está compuesta por 39 mujeres embarazadas con edades comprendidas entre 17 y 40 años (media= 27,67 y desviación típica= 6,05) seleccionadas de la consulta de obstetricia y ginecología de un hospital del Servicio Andaluz de Salud (S.A.S). De la muestra total 8 mujeres se encontraban en el primer trimestre de gestación, 18 en el segundo trimestre y 13 en el tercer trimestre de embarazo. Para el análisis de los datos se realizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para muestras independientes con el objeto de conocer si hay diferencias estadísticamente significativas en las variables de estado de ánimo analizadas en función del periodo de gestación. Los resultados indican además, que el estado emocional de la mujer varía en función del periodo de gestación. Durante los tres primeros y los tres últimos meses de gestación, los niveles de depresión y ansiedad son más bajos que durante el segundo periodo de gestación.

Una posible explicación al respecto es que durante el primer trimestre, el estado de gestación es apenas perceptible llegando incluso, en la mayoría de los casos a ser a partir del segundo y tercer mes cuando la mujer es informada de su nuevo estado. Por otra parte, durante el segundo trimestre de gestación es cuando comienza a tener lugar los cambios físicos como consecuencia del embarazo y la futura madre debe aceptar esos cambios y afrontar la nueva situación; ese afrontamiento suele ir acompañado de respuestas de ansiedad y conductas depresivas. Una vez habituada al nuevo estado las respuestas de depresión y ansiedad disminuyen.

C. AUTOR: Sainz Aceves Karina; Ureña Chávez Brenda; Díaz Contreras Myriam; Sandoval Magaña Mónica; Robles Romero Miguel. (24)

TÍTULO: Ansiedad y Depresión en pacientes embarazadas

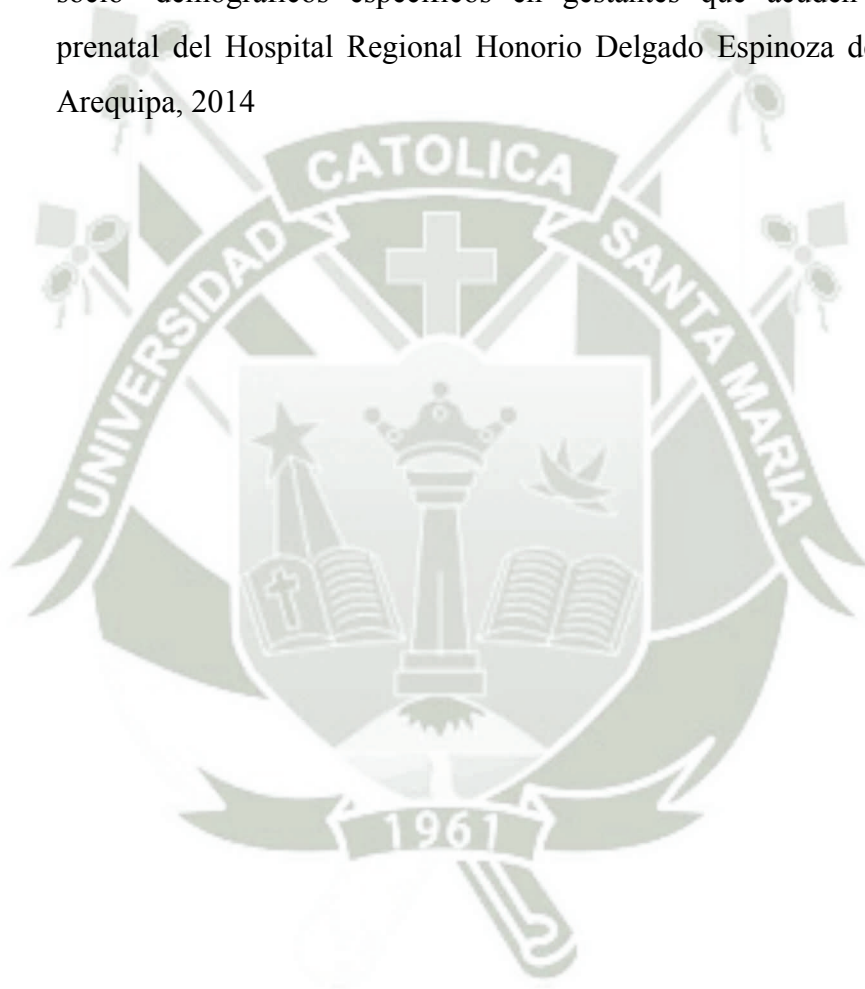
REVISTA: ATENCION FAMILIAR, 25-27,2013. México

RESUMEN: Objetivo: estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos etarios. Métodos: estudio descriptivo. Se evaluó ansiedad y depresión (Goldberg) y factores sociodemográficos en pacientes embarazadas de 12 a 44 años de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de manera aleatoria. Se aplicó estadística descriptiva y χ^2 para buscar diferencias entre proporciones. Resultados: se estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27.7 años (de 5.53); la escolaridad que predominó fue secundaria con 36.9%, casadas 75.7 %, empleadas 62.1%. De forma global se encontró ansiedad en 50.5% y depresión en 67%. Por grupos etarios, la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años, en 41%; en el de 20 a 29 años, en 46%; en el de 30 a 34 años, en 76%; y en el de 35 a 39 años, en 46%; respecto a la depresión, en el grupo de 12 a 19 años se observó en 75%; en el de 20 a 29 años, en 74%; en el de 30 a 34 años, en 65%; y en el de 35 a 39 años, en 31%. Se realizó un sub análisis en el cual se comparó el grupo más afectado contra el resto de los grupos, para ansiedad fue el de 30-34 años ($p=0.11$) y para depresión el de 12-19 años con significancia estadística ($p=0.006$). Conclusiones: se encontró una alta prevalencia de ansiedad y depresión, con una mayor prevalencia de depresión en el grupo de 12 a 19 años en comparación con los otros grupos etarios.

4. Hipótesis

Dado que durante las tres últimas décadas, hemos sido testigos del considerable progreso en la comprensión de la ansiedad en el embarazo propiamente dicho con todos los riesgos y factores relacionados, que pueden ser el desencadenante de muchas reacciones psicológicas que varían desde estrés emocional leve, hasta trastornos psiquiátricos graves.

Es probable que, los niveles de ansiedad estén asociados a factores socio- demográficos específicos en gestantes que acuden al control prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad Arequipa, 2014





1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la comunicación: cuestionario.

Instrumentos: El instrumento que se utilizó consistió en una ficha de recolección de datos y consentimiento informado (Anexo 1) y un Cuestionario sobre el Trastorno de Ansiedad (Anexo 2).

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Factores socio-demográficos	Edad Número de Gestaciones Procedencia Grado de Instrucción Estado Civil Ocupación Relación con la pareja Relación con los padres Abuso físico por parte de la pareja Vive con	Técnica de comunicación (cuestionario)	Ver Anexo 1 (Incluye Consentimiento Informado)
Nivel de Ansiedad en gestantes	Inventario de Ansiedad de Beck	Técnica de comunicación (cuestionario)	Ver Anexo 2

Materiales:

- Fichas de encuesta
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.
- Impresora

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

2.1.1 Precisión del Lugar:

Consultorio externo de Obstetricia, Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ubicado en el Distrito, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.1.2 Características del Lugar:

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza

2.1.3 Delimitación Gráfica del Lugar: Ver ANEXO 3

2.2. Ubicación temporal:

2.2.1 Cronología: Año 2014

2.2.2 Visión Temporal: Prospectiva.

2.2.3 Corte Temporal: Transversal

2.3. Unidades de Estudio: Se estudió a una selección de 200 gestantes por conveniencia del tercer trimestre que acuden al Servicio de Obstetricia, por consulta prenatal en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

2.3.1 Universo:

2.3.1.1 Cualitativo:

2.3.1.1.1 Inclusión:

- Participación voluntaria en el estudio
- Gestantes que acuden al control prenatal Servicio de Obstetricia del Hospital

2.3.1.1.2 Exclusión:

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados
- Negativa a llenar la ficha de encuesta
- Mujeres con depresión pre gestacional

2.3.1.2 Cuantitativo:

Población: La selección de la muestra fue por conveniencia, se incluyó en el estudio 200 gestantes, en el tercer trimestre del embarazo.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Así como se puso en conocimiento la realización de la presente investigación al Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia del mencionado Hospital.

El tiempo para la aplicación del test es de 10 minutos aproximadamente.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigadora (1): Verónica A. Pacheco Vilca
 - Asesora: Mgter. Ricardina Flores Flores
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

Es un inventario auto aplicado, compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad. Los elementos que lo forman están claramente relacionados con los criterios diagnósticos del DSM-IV.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), se ha diseñado específicamente para medir "la ansiedad clínica", el estado de "ansiedad prolongada" que en un entorno clínico es una evaluación muy relevante. Mientras que varios estudios han demostrado que varias medidas de la ansiedad (por ejemplo, el STAI) están muy correlacionadas o son indistinguibles de las de la depresión, el BAI se muestra menos contaminado por el contenido depresivo.

Son varios sus puntos fuertes y de ellos destacaríamos los siguientes:

1. Puede aplicarse a una variedad de diferentes grupos de pacientes y a la población normal, a adultos y adolescentes (13 años o más). En el estudio de Piotrowsky & Gallant (2009), citado en el Manual, se indica que es el instrumento más utilizado en la investigación psicológica.
2. Los materiales son adecuados, claros y sencillos de utilizar.
3. Los ítems representan bien el dominio de los trastornos de ansiedad.
4. En el Manual se aportan datos convincentes sobre su fiabilidad de consistencia interna y su validez de constructo. Se aportan resultados sobre la dimensionalidad de las puntuaciones y su validez discriminante. También se ofrecen resultados adecuados en cuanto a la validez diagnóstica del test.
5. La adaptación se ha realizado con mucho cuidado.

En resumen, se trata de una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos. Dada su facilidad de utilización se ha recomendado su empleo como criba en la población general.

Fiabilidad: Posee una elevada consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,90 a 0,94).

4. Estrategia para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 y Anexo 2 fueron codificados y tabulados para su posterior interpretación.

El proceso de asociación de factores socio-demográficos al Trastorno de Ansiedad en gestantes se realizó utilizando la prueba de Odds Ratio (OR) con $P < 0.05$

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

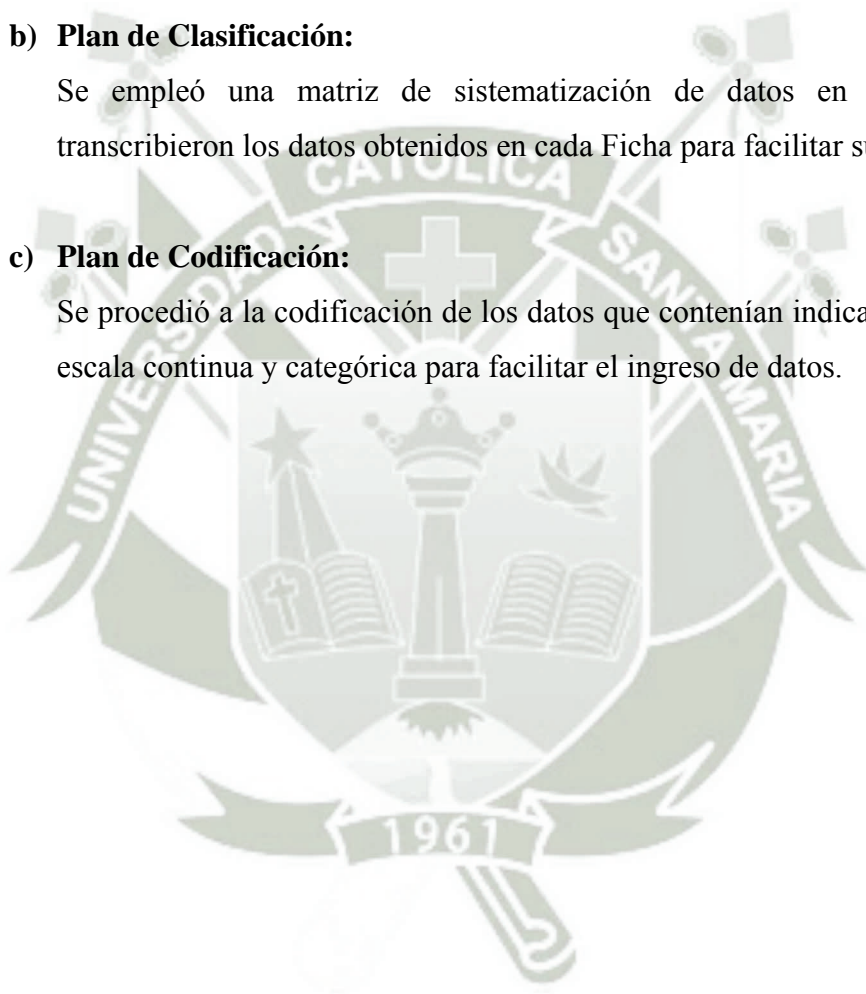




TABLA 1
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN GESTANTES QUE
ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Nº.	%
EDAD		
12-17	16	8,0
18-35	169	84,5
>35	15	7,5
NUMERO DE GESTACIONES		
1	89	44,5
2	69	34,5
3	29	14,5
4	13	6,5
GRADO DE INSTRUCCIÓN		
Primaria incompleta	6	3,0
Primaria completa	5	2,5
Secundaria incompleta	45	22,5
Secundaria completa	67	33,5
Superior incompleta	53	26,5
Superior completa	24	12,0
ESTADO CIVIL		
Soltera	49	24,5
Conviviente	114	57,0
Casada	34	17,0
Divorciada	3	1,5
RELACION DE PAREJA		
Estable	158	79,0
Inestable	42	21,0
ABUSO DE PAREJA		
Si	61	30,5
No	139	69,5
VIVE CON		
Padres	50	25,0
Pareja	133	66,5
Sola	7	3,5
Sola con hijos	6	3,0
Otros	4	2,0

RELACIONES CON LOS PADRES		
Buena	121	60,5
Regular	69	34,5
Mala	10	5,0
OCUPACION		
Ama de casa	113	56,5
Estudiante	21	10,5
Trabajo estable	32	16,0
Trabajo inestable	34	17,0
PROCEDENCIA		
Arequipa	113	56,5
Otros	87	43,5
TOTAL	200	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°. 1, muestra que el 84,5% de las gestantes tienen una edad comprendida de 18 – 35 años. El 44,5% fue su primera gestación, el grado de instrucción es secundaria completa en un 33,5%, el estado civil es conviviente en un 57%. La relación con su pareja es estable en el 79% de los casos, no presentaron abuso físico por parte de la pareja el 69,5%. La persona con la que vive es su pareja en el 66,5%, la relación con los padres catalogada como buena es de un 60,5%. La ocupación que presentaron es ama de casa con 56,5% y la procedencia es de Arequipa con un 56,5%.

TABLA 2

**“NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA”**

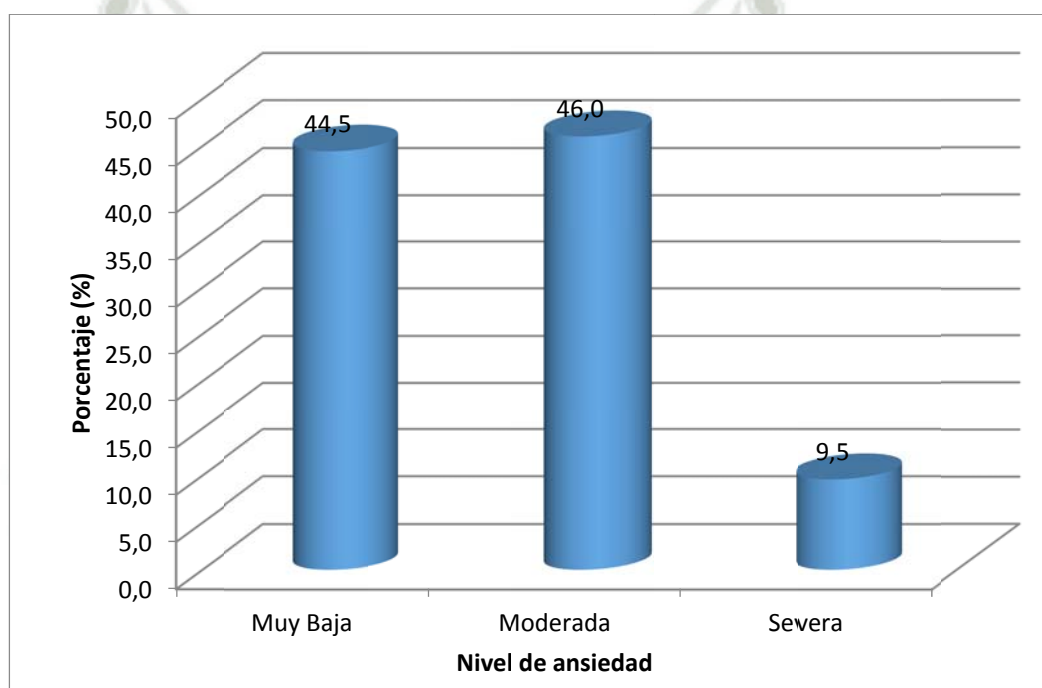
Nivel de ansiedad	Nº.	%
Muy Baja	89	44,5
Moderada	92	46,0
Severa	19	9,5
TOTAL	200	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla y gráfico N°. 2, muestra que el 44,5% de las gestantes tienen un nivel de ansiedad muy baja, el 46,0 de ellos tienen un nivel moderado y solo el 9,5% de ellas presentaron un nivel de ansiedad severa.

GRÁFICO 2

“NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: Elaboración propia

TABLA 3

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE ANSIEDAD EN
GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**

EDAD	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
12-17	6	3,0	6	3,0	4	2,0	16	8,0
18-35	77	38,5	79	39,5	13	6,5	169	84,5
>35	6	3,0	7	3,5	2	1,0	15	7,5
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

Fuente: Elaboración propia

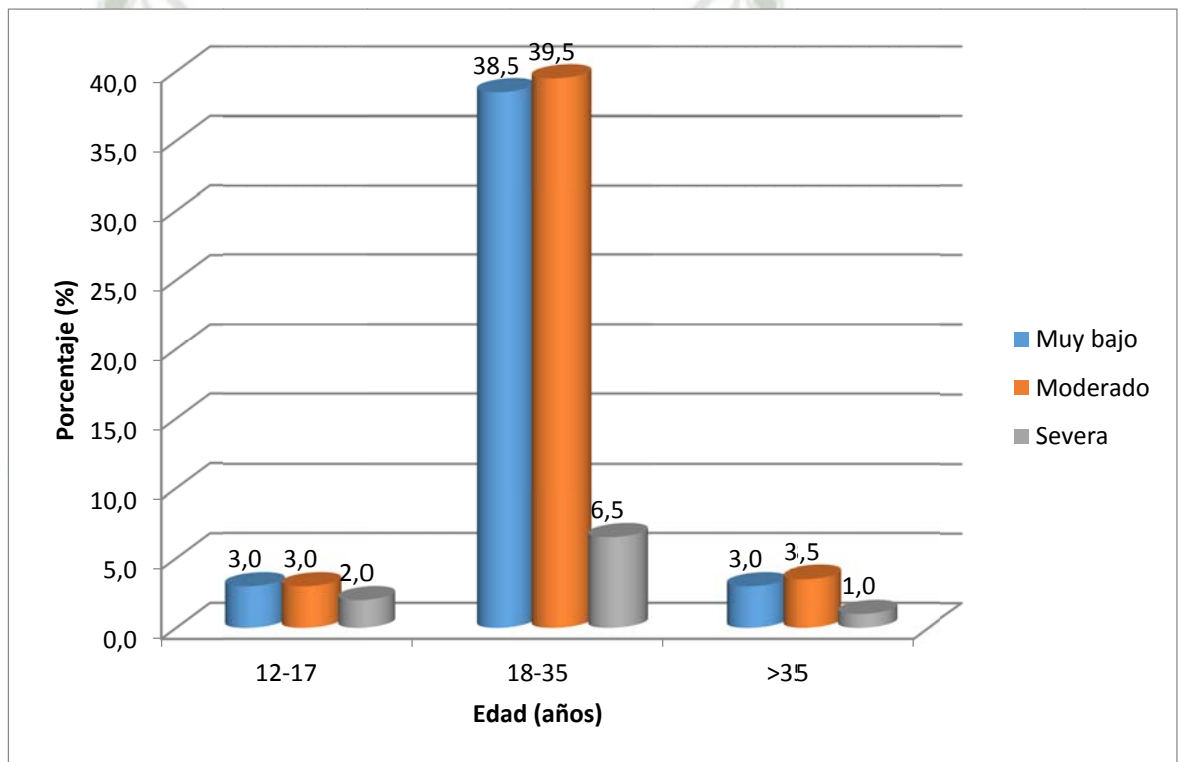
$X^2=5.42$ $P>0.05$

La tabla y gráfico N°. 3, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=5.42$) se muestra que la edad y el nivel de ansiedad en las gestantes no presentó asociación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se muestra que el 39,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad moderada tienen una edad entre 18 a 35 años.

GRÁFICO 3

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y EL NIVEL DE ANSIEDAD EN
GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA 4

**RELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE GESTACIONES Y EL NIVEL
DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA**

N° GESTACIONES	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
1	41	20,5	42	21,0	6	3,0	89	44,5
2	33	16,5	27	13,5	9	4,5	69	34,5
3	11	5,5	15	7,5	3	1,5	29	14,5
4	4	2,0	8	4,0	1	0,5	13	6,5
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

Fuente: Elaboración propia

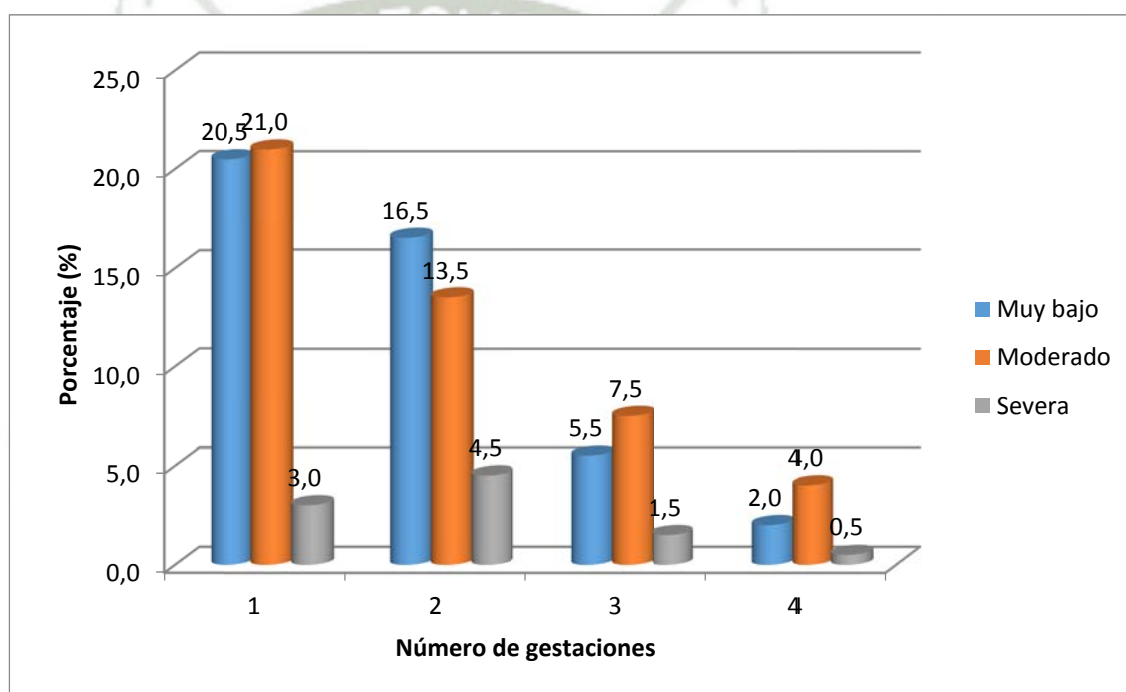
$X^2=4.37$ $P>0.05$

La tabla y gráfico N°. 4, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.37$) se muestra que el número de hijos y el nivel de ansiedad en las gestantes no presentó asociación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se muestra que el 20,5% y el 21,0% de las gestantes con un hijo tienen un nivel de ansiedad muy bajo y moderado respectivamente.

GRÁFICO 4

RELACIÓN ENTRE EL NUMERO DE GESTACIONES Y EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: Elaboración propia

TABLA 5

**RELACIÓN ENTRE LA GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE
ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA**

GRADO DE INSTRUCCION	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Primaria incompleta	1	0,5	5	2,5	0	0,0	6	3,0
Primaria completa	1	0,5	4	2,0	0	0,0	5	2,5
Secundaria incompleta	16	8,0	19	9,5	10	5,0	45	22,5
Secundaria completa	32	16,0	29	14,5	6	3,0	67	33,5
Superior incompleta	26	13,0	26	13,0	1	0,5	53	26,5
Superior completa	13	6,5	9	4,5	2	1,0	24	12,0
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

Fuente: Elaboración propia

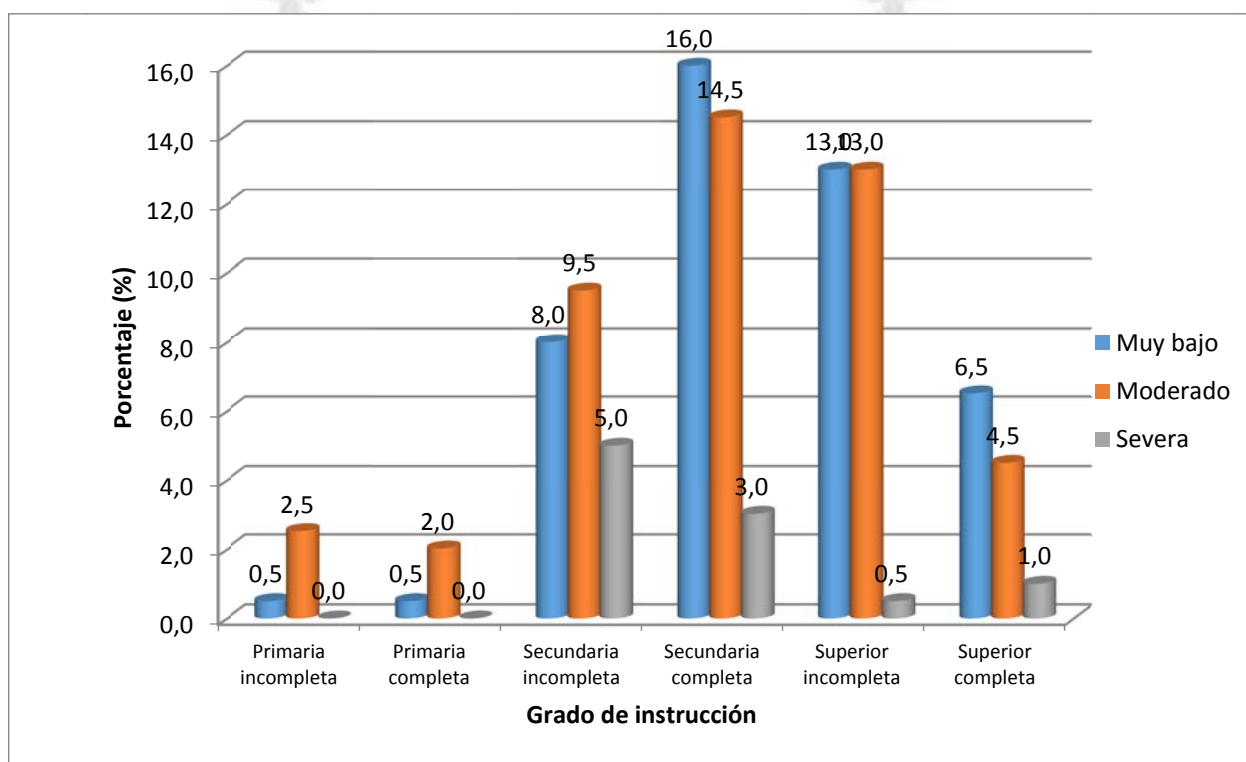
$$X^2=19.25P<0.05$$

La tabla y gráfico N°. 5, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19.25$) se muestra que el grado de instrucción y el nivel de ansiedad en las gestantes presentó asociación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 16,0% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo tienen secundaria completa.

GRÁFICO 5

**RELACIÓN ENTRE LA GRADO DE INSTRUCCIÓN Y EL NIVEL DE
ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA 6
RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE ANSIEDAD
EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL
DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

ESTADO CIVIL	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Soltera	17	8,5	27	13,5	5	2,5	49	24,5
Conviviente	53	26,5	49	24,5	12	6,0	114	57,0
Casada	19	9,5	13	6,5	2	1,0	34	17,0
Divorciada	0	0,0	3	1,5	0	0,0	3	1,5
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

Fuente: Elaboración propia

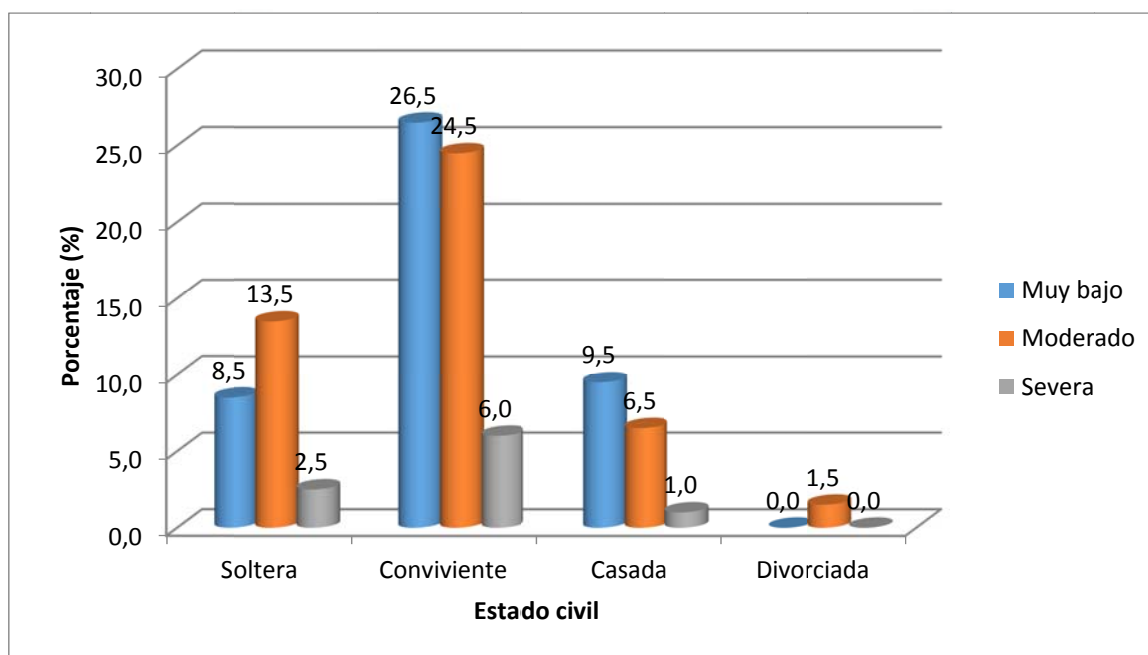
$$X^2=7.85 \quad P>0.05$$

La tabla y gráfico N°. 6, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=7,85$) se muestra que el estado civil y el nivel de ansiedad en las gestantes no presentó asociación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se muestra que el 26,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo son convivientes.

GRÁFICO 6

**RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y EL NIVEL DE ANSIEDAD
EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL
DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA 7

**LA RELACION CON LA PAREJA Y EL NIVEL DE ANSIEDAD EN
GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**

RELACION CON LA PAREJA	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Estable	83	41,5	63	31,5	12	6,0	158	79,0
Inestable	6	3,0	29	14,5	7	3,5	42	21,0
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

Fuente: Elaboración propia

$$X^2=19.92P<0.05$$

La tabla y gráfico N°. 7, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19,92$) se muestra que el tipo de relación con la pareja y el nivel de ansiedad en las gestantes presentó asociación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 41,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo tienen una relación con su pareja estable.

La relación con la pareja refiere a una relación emocional, de bienestar y apoyo psicológico.

GRÁFICO 7

RELACION ENTRE LA RELACION CON LA PAREJA Y EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA

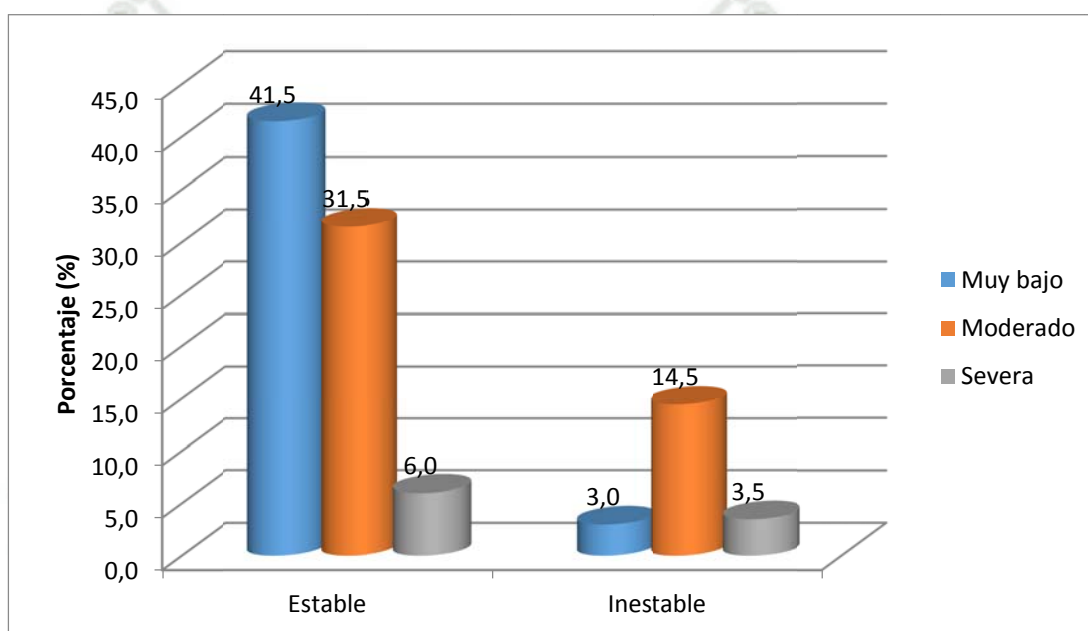


TABLA 8
RELACION ENTRE EL ABUSO FISICO DE LA PAREJA Y EL
NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA

ABUSO FISICO POR PARTE DE LA PAREJA	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Si	18	9,0	34	17,0	9	4,5	61	30,5
No	71	35,5	58	29,0	10	5,0	139	69,5
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

Fuente: Elaboración propia

$$X^2=8.79 \quad P<0.05$$

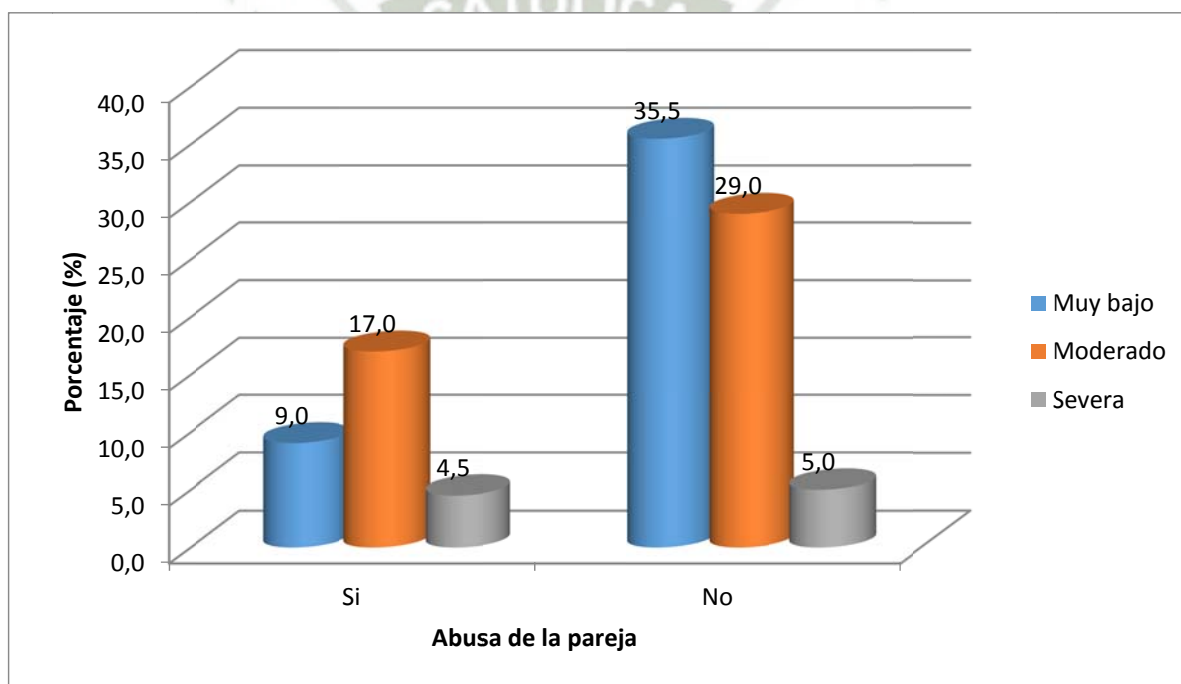
La tabla y gráfico N°. 8, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=8,79$) se muestra que el abuso físico por parte de la pareja y el nivel de ansiedad en las gestantes presentó asociación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 35,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo no tienen actitudes abusivas con su pareja.

GRÁFICO 8

RELACION ENTRE EL ABUSO FISICO DE LA PAREJA Y EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL

HONORIO DELGADO ESPINOZA



Fuente: Elaboración propia

TABLA 9
RELACIÓN ENTRE LA PERSONA CON LA QUE VIVE Y EL NIVEL
DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA

PERSONA CON LA QUE CONVIVE	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Padres	16	8,0	28	14,0	6	3,0	50	25,0
Pareja	69	34,5	51	25,5	13	6,5	133	66,5
Sola	1	0,5	6	3,0	0	0,0	7	3,5
Sola con hijos	0	0,0	6	3,0	0	0,0	6	3,0
Otros	3	1,5	1	0,5	0	0,0	4	2,0
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

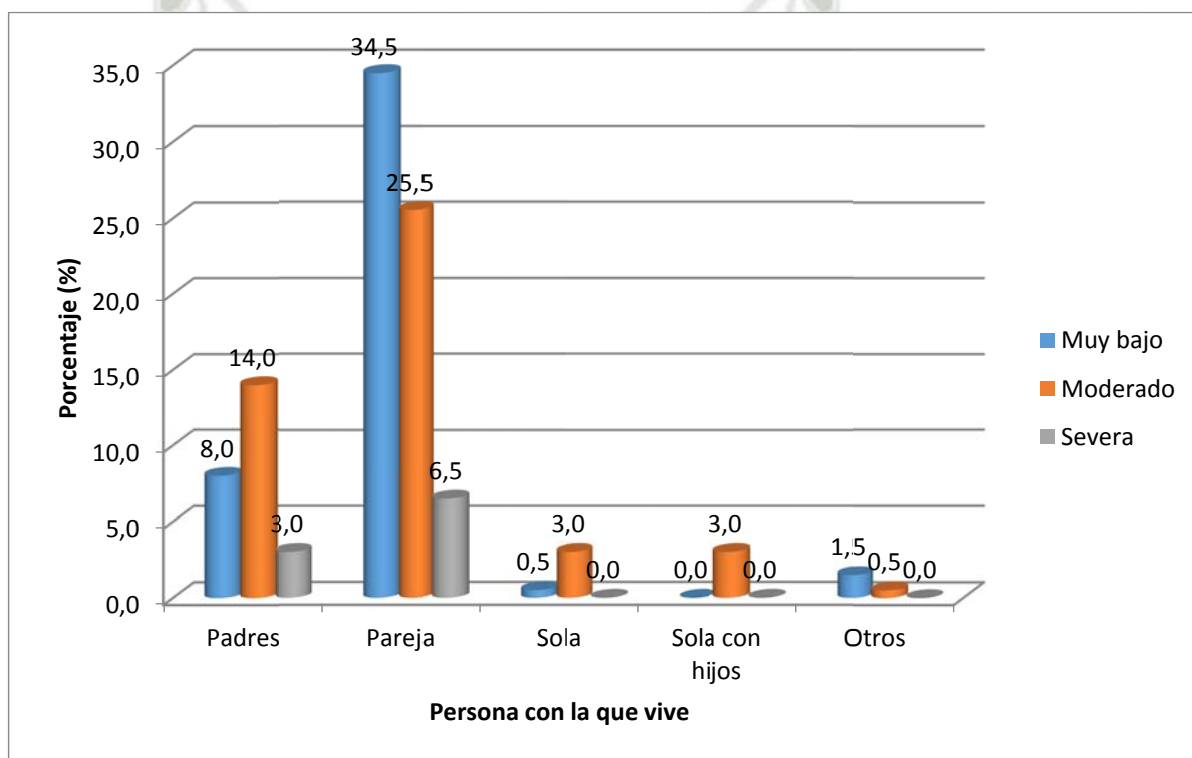
Fuente: Elaboración propia

$$X^2=19.65P<0.05$$

La tabla y gráfico N°. 9, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=19,65$) se muestra que la persona con la que vive y el nivel de ansiedad en las gestantes presentó asociación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se muestra que el 34,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo viven con su pareja.

GRÁFICO 9

**RELACIÓN ENTRE LA PERSONA CON LA QUE VIVE Y EL NIVEL
DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA 10

**RELACIÓN ENTRE LA INTERRELACION CON LOS PADRES Y EL
NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA**

RELACION CON LOS PADRES	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Buena	62	31,0	52	26,0	7	3,5	121	60,5
Regular	26	13,0	32	16,0	11	5,5	69	34,5
Mala	1	0,5	8	4,0	1	0,5	10	5,0
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

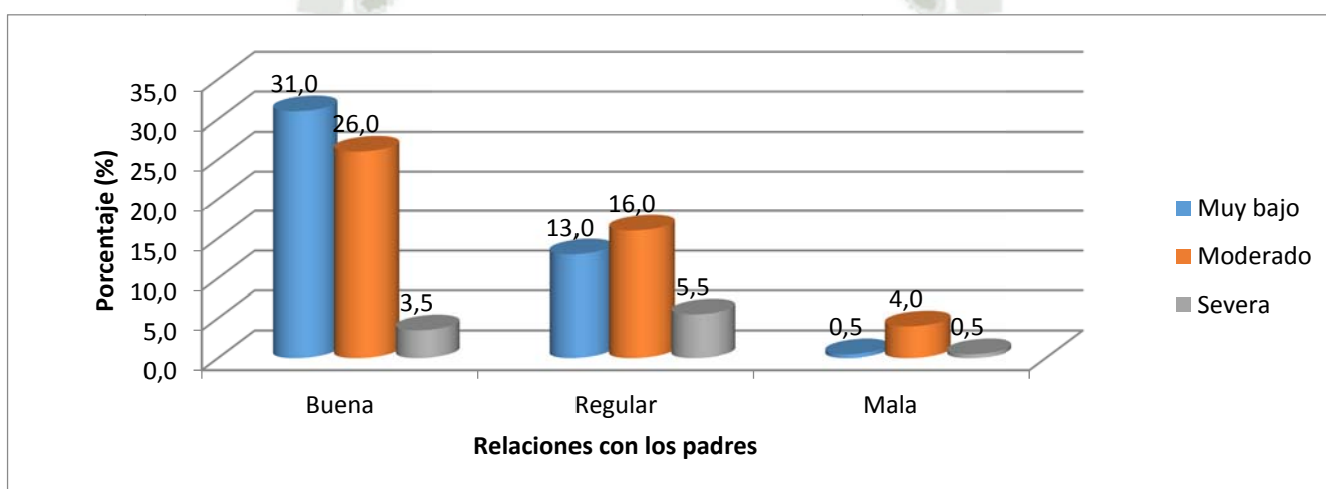
Fuente: Elaboración propia

$$X^2=12.16P<0.05$$

La tabla y gráfico N°. 10, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12,16$) se muestra que la relación con los padres y el nivel de ansiedad en las gestantes presentó asociación estadística significativa ($P<0.05$). Asimismo se muestra que el 31,0% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo mantienen relaciones buenas con sus padres.

GRÁFICO 10

**RELACIÓN ENTRE LA INTERRELACION CON LOS PADRES Y EL
NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL
CONSULTORIO PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA 11

**RELACIÓN ENTRE LA OCUPACION Y EL NIVEL DE ANSIEDAD
EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL
DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**

OCUPACION	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Ama de casa	55	27,5	46	23,0	12	6,0	113	56,5
Estudiante	6	3,0	10	5,0	5	2,5	21	10,5
Trabajo estable	18	9,0	14	7,0	0	0,0	32	16,0
Trabajo inestable	10	5,0	22	11,0	2	1,0	34	17,0
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

Fuente: Elaboración propia

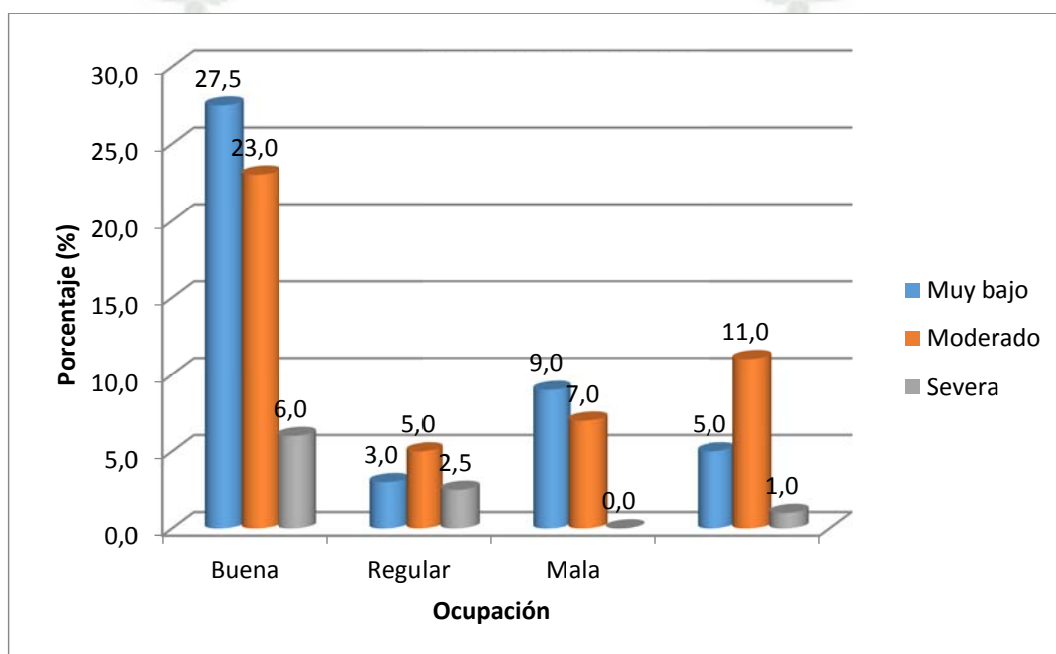
$$X^2=15.88P<0.05$$

La tabla y gráfico N°. 11, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=15,88$) se muestra que la ocupación y el nivel de ansiedad en las gestantes presentó asociación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 27,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo son ama de casa.

GRÁFICO 11

**RELACIÓN ENTRE LA OCUPACION Y EL NIVEL DE ANSIEDAD
EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO PRENATAL
DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA**



Fuente: Elaboración propia

TABLA 12
RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y EL NIVEL DE
ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA

PROCEDENCIA	NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL	
	Muy bajo		Moderado		Severa		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
Arequipa	52	26,0	51	25,5	10	5,0	113	56,5
Otros	37	18,5	41	20,5	9	4,5	87	43,5
TOTAL	89	44,5	92	46,0	19	9,5	200	100

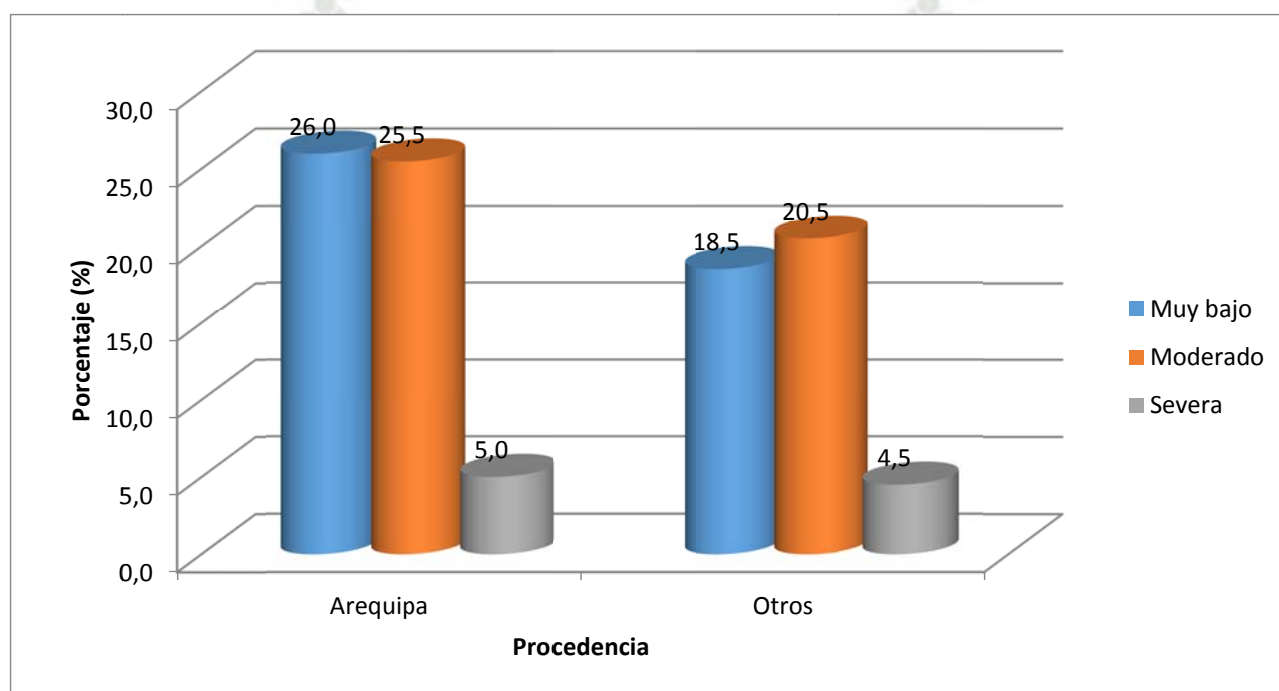
Fuente: Elaboración propia

$$X^2=0.29 \quad P>0.05$$

La tabla y gráfico N°. 12, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0,29$) se muestra que la procedencia y el nivel de ansiedad en las gestantes presentó asociación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se muestra que el 26,0% y el 25,5% de las gestantes que proceden de Arequipa tienen un nivel de ansiedad muy bajo y moderado respectivamente.

GRÁFICO 12
RELACIÓN ENTRE LA PROCEDENCIA Y EL NIVEL DE
ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN AL CONSULTORIO
PRENATAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA



Fuente: Elaboración propia



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

DISCUSION

En el presente estudio se incluyó a las gestantes que fueron atendidas en consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado, Arequipa durante el mes de diciembre 2014, la muestra estuvo constituida por 200 gestantes, de las cuales el 100% llenaron correctamente las encuestas suministradas, con la ayuda del responsable del trabajo. Por lo tanto se evaluaron 200 encuestas que cumplen con el llenado correcto.

El objetivo de la presente investigación es determinar los factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden a consultorio prenatal en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, al respecto no se encontró investigaciones previas similares que busquen el mismo objetivo, sin embargo se tomaron en cuenta aquellos antecedentes que si guardan similitud con la presente investigación.

En relación con los factores sociodemográficos (**Tabla 1 Ítem 1**), en cuanto a la edad, se muestra que el 8,0% de gestantes fueron menores de 18 años edades comprendidas entre 12 a 17 años; el 84,5% de gestantes presentaron edades entre 18 a 35, siendo esta edad considerada durante un embarazo de menor riesgo y el 7,5% gestantes mayores de 35 años. En relación al número de gestaciones (**Tabla 1 Ítem 2**), se muestra que el 44,5% de ellas es su primera gestación y el 34,5% de las mismas tiene dos gestaciones. En cuanto al grado de instrucción de la población estudiada (**Tabla 1 ítem 3**) muestra el 3,0% tiene primaria incompleta; 2,5% primaria completa; 22,5% secundaria incompleta; 33,5% secundaria completa; 26,5% tienen un grado superior incompleto y el 12,0% un grado superior completo. Por estado civil (**Tabla 1 Ítem 4**), indica que el 24,5% de la población encuestada es soltera, el 57% convive con su pareja, el 17% de la población estudiada es casada y el 1,5 es divorciada.

En la relación con la pareja (**Tabla 1 Ítem 5**), indica que el 79,0% de la población encuestada presenta una relación estable y el otro 21,0% presenta

una relación inestable. Así mismo, en relación a la presencia de abuso físico por parte de su pareja, se encontró que el 30,5% de gestantes si sufrió abuso físico por parte de su pareja y el 69,5% de la población encuestada no sufrió abuso físico por parte de su pareja. Cuando se analizaron relación de las gestantes con sus padres (**Tabla 1 Ítem 6**), indica que el 60,5% de la población encuestada mantiene una buena relación con los padres, el 34,5% califica como regular la relación con sus padres y el 5,0% califica como mala la relación con sus padres.

En relación a la ocupación (**Tabla 1 Ítem 7**) se muestra que 56,5% de la población son amas de casa, 10,5% son estudiantes, 16,0% tiene trabajo estable, 17,0% tiene trabajo inestable de la población encuestada.

Cuando se estudia la procedencia de las gestantes (**Tabla 1 Ítem 8**) se muestra que el 56,5% de las gestantes encuestadas tiene como procedencia la ciudad de Arequipa, el 43,5% de la población no pertenece a la ciudad de Arequipa.

En relación a los niveles de ansiedad (**Tabla y gráfico 2**) el total de gestantes que acuden al consultorio en el Hospital Regional Honorio Delgado; el 44,5% de ellas presentan un cuadro de ansiedad muy baja, el 46,0% de gestantes presentan un cuadro de ansiedad moderada y el 9,5% de gestantes presenta un cuadro de ansiedad severa. Rozas (33) demuestra en su estudio, que la prevalencia de ansiedad que presentaron las gestantes fue un nivel de ansiedad menor o baja, en la presente investigación se observa que el 46,0% presenta un nivel de ansiedad moderada, lo cual refleja una tendencia al deterioro de la salud mental.

Por grupo etarios la prevalencia de la ansiedad (**Tabla y gráfico 3**) fue la siguiente, en el grupo de 12 a 17 años, 6% con nivel de ansiedad bajo y moderado para ambas, en el de 18 – 35 años 39,5% nivel de ansiedad moderado, y en el grupo de edad mayor de 35 años 3.5% de la población encuestada presento un nivel de ansiedad moderado, en este estudio muestra que no existe relación estadística significativa en los grupos de edad y el nivel de ansiedad, aunque se observó que el más afectado fue el de 18-35 años y en

general se encontró una prevalencia más alta que la consultada. Según el estudio de Rozas (33), se encontró que el 43.9% de las gestantes con 20 a más años de edad mostraron un nivel menor de ansiedad.

En relación al número de gestaciones y el nivel de ansiedad (**Tabla y gráfico 4**), se muestra que el 20,5% y el 21,0% de ellas que presentaron de 1-2 gestaciones respectivamente, tienen un nivel de ansiedad muy bajo y moderado; podemos decir que las mujeres que tienen su primera gestación tienen un nivel de ansiedad moderado, debido a que la futura madre se encuentra en un proceso de aceptación emocional y adaptación al embarazo.

En relación al grado de instrucción y el nivel de ansiedad en gestantes (**Tabla y gráfico 5**) se muestra que el 9,5% de las gestantes que tienen un grado de instrucción de secundaria incompleta presentaron un nivel de ansiedad moderado, el 16,0% de gestantes que tienen grado de instrucción de secundaria completa presentan un nivel de ansiedad bajo. Rozas (33), muestra que la mayoría de gestantes tienen estudios secundarios (56.1%), esto es corroborado indicando que el bajo nivel educativo se relaciona con el mayor riesgo de ansiedad en la gestación.

Por otro lado, el estado civil y el nivel de ansiedad (Tabla y gráfico 6), indica que el 26,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo son convivientes, asimismo el 9.5% de gestantes con nivel de ansiedad muy bajo son casadas, esto es corroborado con el estudio de Rozas (33), que en cuanto al estado civil la mayoría de gestantes tienen pareja, es decir son casadas o conviviente.

Por el contrario, el apoyo que proporciona la pareja se mostró como un factor protector para este trastorno emocional, un hallazgo que se corresponde con estudios previos como el de Faisal y Menezes (32) quienes asociaron la presencia de ansiedad durante el embarazo con no estar casada.

La relación con la pareja y el nivel de ansiedad en la población estudiada (**Tabla y gráfico 7**), muestra que de mayor predominio el 41,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo tienen una relación con su pareja

estable. En este particular se observó que hay una íntima relación entre tener una pareja inestable y la presencia de dicha patología.

En relación a la presencia de abuso físico de las gestantes (**Tabla y gráfico 8**) demuestra que el 35,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo sufrieron de abuso físico por parte de la pareja, en comparación con el 17,0% de las gestantes con un nivel de ansiedad moderado que si sufrieron abuso físico por parte de su pareja.

En relación a con quienes viven las gestantes (**Tabla y Grafico 9**), se obtuvo que el 34,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo viven con su pareja, siendo esto un factor importante como apoyo y bienestar emocional.

Cuando se estudia la relación con los padres (**Tabla y Grafico 10**) se demostró que el 31,0% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo mantienen relaciones buenas con sus padres y el 16,0% de ellas con un nivel de ansiedad moderado mantienen una relación regular con los padres; la importancia de este factor radica en que la relación con los padres forma un vínculo afectivo y de confianza y afianza la familia.

En relación a la ocupación (**Tabla y gráfico 11**) el 27,5% de las gestantes con un nivel de ansiedad muy bajo son ama de casa. La mayoría de las gestantes dijo haber abandonado sus estudios u ocupación por la gestación, como es de suponer las molestias causadas por la gestación puede condicionar que la gestante deje su actividad principal. En el presente estudio se debe rescatar que el 11,0% de las gestantes, quienes obtuvieron un nivel de ansiedad moderado cuentan con un trabajo inestable, estas mujeres están sujetas a una situación de vulnerabilidad debido a las labores que realizan, los contratos arbitrarios de trabajo y la incertidumbre de su futuro laboral.

Cuando se estudia la procedencia de las gestantes (**Tabla y gráfico 12**) se muestra que el 56,5% de las gestantes encuestadas tiene como procedencia la ciudad de Arequipa y presentan al menos un tipo de ansiedad, siendo 26,0% de gestantes con nivel moderado de ansiedad. Por otro lado el 43,5% de la población no pertenece a la ciudad de Arequipa, teniendo como resultado que el 20,5% presenta un nivel de ansiedad moderado.



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Dentro de los factores sociodemográficos de las gestantes que participaron del estudio, el gran porcentaje presentó edades comprendidas de 18 a 35 años, siendo la mayoría de los casos su primera gestación.

El nivel de instrucción es fundamentalmente secundaria, convivientes en su mayoría, de ocupación ama de casa. En la relación con su pareja, es catalogada como estable en un gran porcentaje de los casos. La tercera parte de la población presentó abuso físico por parte de la pareja. Más de la mitad de las gestantes proceden de la ciudad de Arequipa.

SEGUNDA:

Las gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza presentan un nivel de ansiedad moderado en el 46%.

TERCERA:

Los factores sociodemográficos asociados a un nivel de ansiedad moderado en gestantes son: tener secundaria incompleta, la relación con la pareja inestable, abuso físico por parte de la pareja, la convivencia con los padres, la relación con los padres como regular y la ocupación inestable.

RECOMENDACIONES

1. Con respecto a los resultados obtenidos en este trabajo se evidencia la alta posibilidad de padecer Ansiedad moderada, por lo tanto dentro de los controles prenatales se debería dar realce y enfatizar la consejería por parte de un equipo de ayuda psicológica a todas las gestantes.
2. En caso de que se encuentre a alguna gestante que está sufriendo algún tipo de abuso por parte de su pareja, se deberá brindar todo el apoyo psicológico, y también de bienestar, debido a que el padecer abuso físico por parte de la pareja conlleva a un alto riesgo de padecer ansiedad moderada en el embarazo. Asimismo, se sugiere que es necesario el trabajo coordinado con especialistas para el manejo individualizado de la gestante.
3. Considerando el alto porcentaje de ansiedad moderada que se encontró en el presente estudio, se sugiere nuevos estudios de investigación de temas relacionados a la salud mental de la mujer embarazada, donde se observen si presenta conductas ansiosas anormales, desde el inicio de su gestación.
4. Es necesario la sensibilización del profesional de Obstetricia que realiza atención integral a la gestante, en relación al programa de psicoprofilaxis obstétrica, por ello se recomienda reestructurar los grupos de gestantes considerando las individualidades de la paciente. A fin de promover el cuidado integral, y por ende una mejor calidad de vida de ella y su recién nacido.

BIBLIOGRAFIA

▪ Bibliografía

1. ASSPO.2010. Manual de Psicoprofilaxis Obstetrica. 3era Edición. Perú.
2. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition- Text Revision (DSM IV-TR)
3. BARAS Pastor L, Mayner Eiguren G.2009. Ansiedad generalizada. Manual del Residente en Psiquiatría.
4. BECK T. Aaron y Steer A. Robert. (2011) Beck Anxiety Inventory (BAI). Edit. Pearson Educacion S.A.
5. BLACK Andreasen. 2012. Introducción a la Psiquiatría. 5ta Edicion, pg 145.Ed. Médica Panamericana.
6. CÍA A. 2002 La Ansiedad y sus trastornos. Buenos Aires: Editorial Polemos.
7. DELARZE L.2011. Protocolos en Psiquiatría del Adulto: Servicio de Salud Araucania Sur.
8. FESCINA R, De Mucio B, Díaz J, Martínez G, Serruya S, Durán P.2011. Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS. 3ra. edición. Montevideo: Publicación científica CLAP/SMR N° 1577.
9. GANONG, W.F. (1992) Fisiopatología Médica. Mexico.20ava Edición. Pág. 339, 343,344.
10. SARANSON I. (1990) Psicología Anormal. México. 3era Edición. Edit. Trillas. Pag.196

11. TORO G. JOSE, YEPES R.LUIS (2004) Psicopatología de la Mujer. Fundamentos de Medicina Psiquiatría Medellín- Colombia. Pag.28:323-328
12. YONKERS K. Little B. 2001. Management Of Psychiatric Disorders in Pregnancy. London: Arnold, Hodder Headline Group.
- **Hemerografía**
13. ALVARADO R, Perucca E, Neves E, Rojas M et al.(1993). Cuadros depresivos en el embarazo y factores asociados. Rev Chil Obstet Ginecol 58(2):135-41
14. BOGEIN L. 1991.Changes in sexuality in women and men during pregnancy. Arch Sex Behav Pg.20:35-45
15. COHEN L. Sichel D, Dimmock, Rosenbaum JF.1994. Impact of pregnancy on panic disorder: a case series. J Clin Psychiatric Pg.55: 284-88
16. DASKAL AM. Algunas reflexiones acerca de la salud mental de las mujeres. En : Primer Congreso Nacional Mujer y Salud Mental. Santiago de Chile: SERNAM: 1994. P.23-9
17. DIAZ M., Arnato R, Chavez J., Ramirez M., Rangel S., Rivera L., Lopez J. Depresión y ansiedad en embarazadas. Perinatología del Hospital Materno Infantil.2012
18. FREEMAN E, Purdy R, Coutifaris C, Rickels K et al. Anxiolytic metabolites of progesterone: correlation with mood and performance measures following oral progesterone administration to healthy female volunteers. Neuroendocrinology 1993; 58: 478-84

19. KAPLAN, R.M., SIEBER, W.J. The quality of Well- Being Scale: comparison of the interviewer-administered versión with a self-administered questionnaire. *Psychology and health*, 1997; 12:783-791
20. LEIBENLUFT E. Gender differences in mood and anxiety disorders. En: Oldham JO, Riba M. *Review of psychiatric series*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1999.
21. LUJÁN S. Actualización Depresión en el embarazo. *Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires* 2009; 88(982):234-43.
22. MARÍN Morales Dolores et al. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. *Nure Investigacion*, N°37, Noviembre- Diciembre 08.
23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. *Politica de la OMS en materia de género*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud;2002.
24. SAINZ- Aceves KG, Chávez- Ureña BE, Diaz – Contreras ME, Sandoval-Magaña MA, Robles-Romero MA. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Aten Fam* 2013;20(1):25-27
25. SHARP DJ. Validation of the 30-item GHQ in early pregnancy. *Psychol Med* 1988; 18:503-07
26. TORRES C. La otra mirada de la salud Mental. Reflexiones. *Salud 4*. Revista Mujer y Salud. Isis Internacional. Chile.
27. REYES C. Karen. Trastornos psicológicos en la paciente embarazada. Cambios psicológicos durante el embarazo y depresión post parto.

28. VIRGEN Montelongo R: Los trastornos de Ansiedad: Revista Digital Universitaria de la UNAM, 2005; 6 Supl 11.

▪ **Informatografía**

29. DIAZ Mardorys, AMATO Rossana, CHAVEZ José y otros. Depresión y ansiedad en embarazadas en el Hospital Materno Infantil 2012.

Salus. Vol17, N°2,2013,Valencia,Venezuela.URL disponible

en:http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S131671382013000200006&script=sci_arttext

30. FAISAL A, Menezes R. Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. Arch Womens Ment Health 2007; 10(1):25-32. URL disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3895310/>

31. ONTIVEROS P. M, López E.J. Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico. Bol Clin Hosp. Infant Edo Son 2010; 27(2):92-98. URL disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>.

32. PIMENTEL, S. B. (2007) “Ansiedad, Depresión y funcionalidad familiar en embarazo de alto riesgo obstétrico en el hospital materno infantil de la C.N.S La Paz- Bolivia” Rev. Pacea de Med.Familiar.

4(5):15-19. URL disponible en:

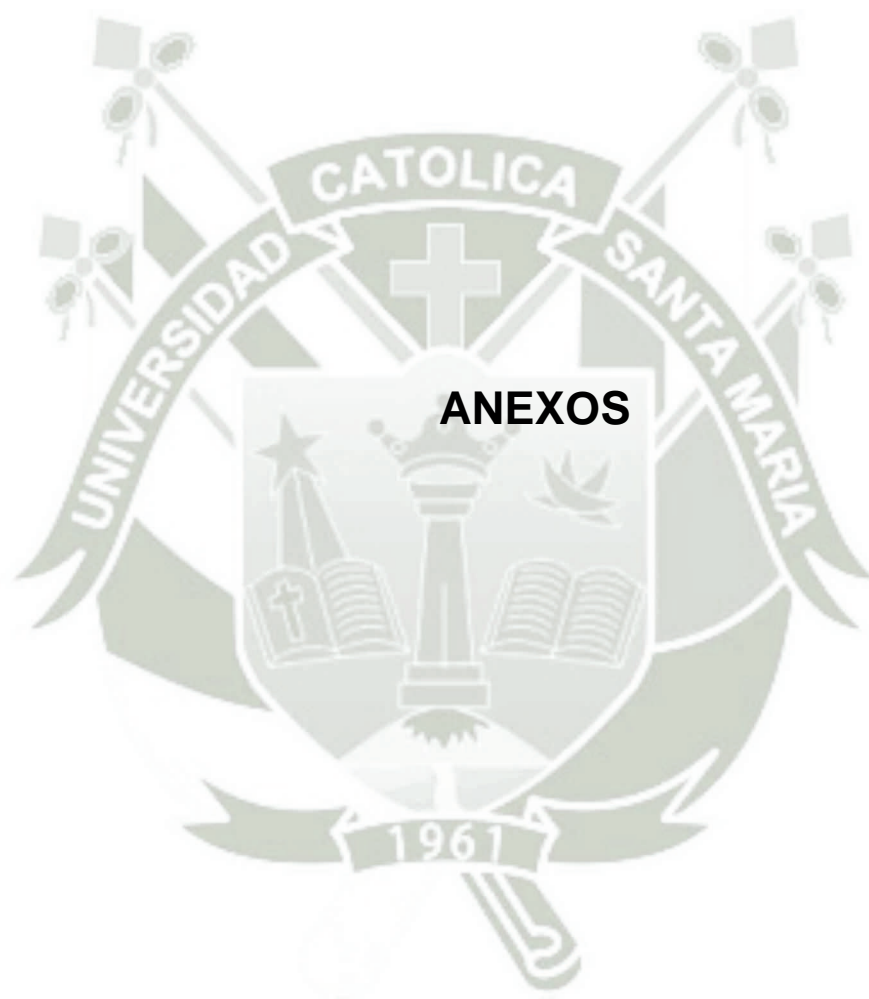
http://www.mflapaz.com/revista_5_pdf/3%20riesgo%20obstetrico.pdf

33. ROZAS L.M, SOTO C.Y, VERA B.Y, VERA.H.M. Niveles de Ansiedad y Factores asociados en gestantes adolescentes y adultas que

acuden a los hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco
-1999. Marzo- Agosto 2001, Año 9 N°18. URL disponible en:
[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/Niveles%20de%
20ansiedad.htm#](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/Niveles%20de%20ansiedad.htm#)

34. SANCHEZ A.I, BERMUDEZ M.P Y BUELA CASAL G. Efectos del estado de gestación sobre el estado de ánimo. Hospital del Servicio Andaluz de Salud. REME, Vol 2, N°2-3, España. URL disponible en:
<http://reme.uji.es/articulos/abuelg316251199/texto.html>





ANEXO I:

A- CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada usuaria:

Con su firma al pie del presente texto usted acepta participar en forma voluntaria en el estudio: "Factores socio-demográficos asociados al nivel de Ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014"

Por lo tanto, se le pedirá que complete dos cuestionarios, los cuales son completamente voluntarios, usted puede saltar cualquier pregunta que no desee contestar. Las preguntas del cuestionario son de carácter emocional y social, los cuales serán utilizadas únicamente por las personas entrevistadoras para fines académicos de tesis. Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proyecto o cuestionario por favor pregunte a la persona que la está entrevistando.

Su firma abajo indica que usted ha leído y entiende la información de este consentimiento.

.....
Firma

ANEXO 2 – FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

EDAD	()		
NÚMERO DE GESTACION	()	VIVE CON:	
GRADO DE INSTRUCCION		Padres	()
Analfabeta	()	Pareja	()
Primaria incompleta	()	Sola	()
Primaria completa	()	Sola con Hijos	()
Secundaria incompleta	()	Otros	()
Secundaria completa	()		
Superior incompleta	()	LA RELACION CON SUS PADRES	
Superior completa	()	LA CONSIDERA:	
ESTADO CIVIL		Buena	()
Soltera	()	Regular	()
Conviviente	()	Mala	()
Casada	()		
Divorciada	()	OCUPACION:	
Viuda	()	Ama de Casa	()
LA RELACION CON SU PAREJA		Estudiante	()
LA CONSIDERA		Trabajo estable	()
Estable	()	Trabajo Inestable	()
Inestable	()	Cesante	()
ALGUNA VEZ SU PAREJA			
ABUSO FISICAMENTE DE		PROCEDENCIA:	
USTED:		Arequipa	()
Si	()	Otros: _____	()
No	()		

ANEXO 2: TEST - INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK

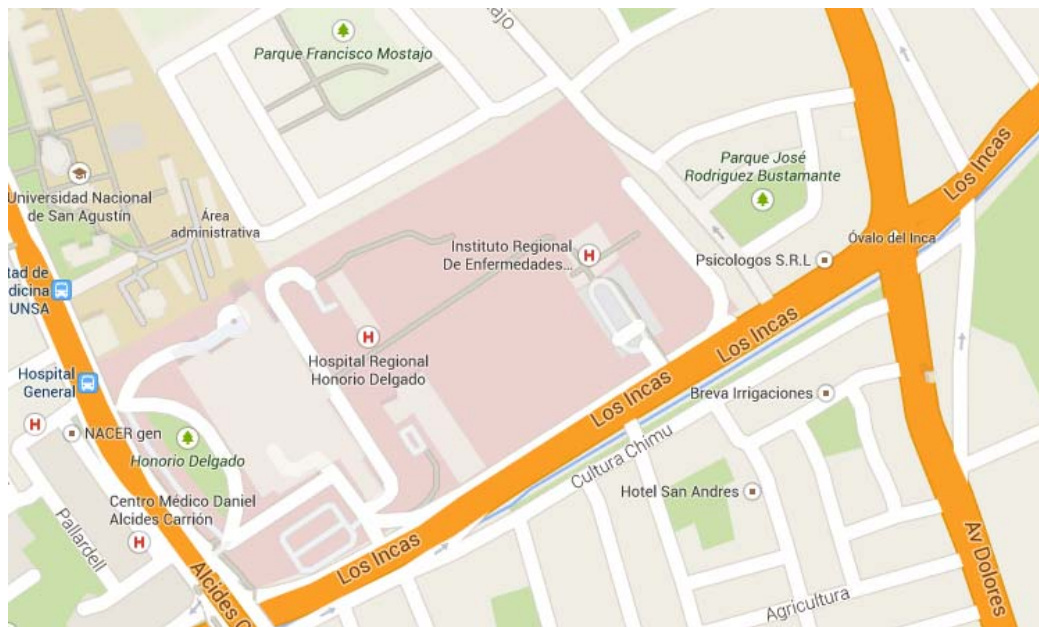
Señale en qué medida se encuentra afectado, o se ha visto afectado en la última semana por los siguientes síntomas según el siguiente criterio (marque una sola casilla para cada ítem):

- 0. En absoluto
- 1. Levemente, no me molestó mucho
- 2. Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo
- 3. Severamente, casi no podía soportarlo

	0	1	2	3
1. Insensibilidad física o cosquilleo				
2. Acaloramiento				
3. Debilidad en las piernas				
4. Incapacidad para relajarme				
5. Temor a que suceda lo peor				
6. Mareos o vértigos				
7. Aceleración del ritmo cardíaco				
8. Sensación de inestabilidad e inseguridad física				
9. Atemorizado o asustado				
10. Nerviosismo				
11. Sensación de bloqueo				
12. Temblor de manos				
13. Temblor generalizado o estremecimiento				
14. Miedo a perder el control				
15. Con sensación de ahogo				
16. Miedo a morir				
17. Estar asustado				
18. Indigestión o malestar en el abdomen				
19. Sensación de desmayarme				
20. Rubor facial				
21. Sudor (no debido al calor)				

Puntaje Total: _____

ANEXO 3: DELIMITACIÓN GRÁFICA DEL LUGAR



ANEXO : SITEMATIZACION DE DATOS

ID	EDAD	N° HIJOS	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	RELACION CON LA PAREJA	ABUSO POR PARTE DE LA PAREJA	VIVE CON	RELACION CON SUS PADRES	OCUPACION	PROCEDENCIA	NIVEL DE ANSIEDAD
1	23	2	4	1	2	2	1	1	1	1	2
2	23	2	4	2	1	1	2	2	1	2	2
3	25	2	5	2	1	2	2	1	1	2	2
4	24	1	7	2	1	2	2	1	1	2	1
5	26	2	6	2	1	1	2	2	1	2	1
6	28	1	7	1	2	1	1	1	4	2	3
7	25	1	5	2	1	2	2	2	1	1	1
8	16	1	4	1	2	2	1	1	1	1	2
9	29	1	7	3	1	2	2	1	3	1	2
10	36	3	5	2	1	2	2	1	1	1	3
11	22	2	5	2	1	2	2	1	1	1	1
12	29	2	5	3	1	2	2	1	4	2	1
13	24	1	6	1	1	2	2	1	2	1	2
14	32	5	5	3	1	1	2	1	1	2	2
15	23	2	5	2	1	2	2	1	3	2	1
16	29	3	4	2	1	1	1	2	4	1	3
17	26	2	4	2	1	2	2	2	1	1	1
18	36	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2
19	26	2	6	3	1	2	2	1	4	1	1
20	15	1	4	1	1	2	1	2	2	1	3
21	35	3	4	2	1	2	2	2	1	1	1
22	28	2	7	3	1	2	1	1	1	1	2
23	30	4	5	3	1	2	2	2	3	1	2
24	32	2	5	3	1	1	2	2	1	2	1
25	28	2	4	2	2	1	2	2	1	2	3
26	18	2	4	1	2	1	3	3	4	2	2
27	30	1	7	3	1	2	2	1	4	2	2
28	28	2	4	1	2	1	1	2	1	2	3
29	31	1	7	2	1	2	2	1	4	2	2
30	32	4	2	2	1	1	2	2	1	2	2
31	16	1	4	1	2	1	1	3	2	1	2
32	20	2	5	2	1	2	2	3	1	2	3
33	35	3	5	1	2	1	4	3	3	1	2
34	30	2	7	3	1	1	2	2	4	2	1
35	30	2	6	2	1	1	2	1	1	1	2
36	21	1	6	1	1	2	1	1	2	1	1
37	38	3	6	2	1	2	2	1	1	2	1
38	34	2	6	3	1	2	2	1	1	1	1
39	19	1	5	2	1	2	2	1	1	1	2
40	16	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1
41	32	2	4	2	1	2	4	2	4	1	2
42	26	1	7	1	2	2	1	1	1	1	2
43	20	1	5	1	2	1	5	2	4	2	1
44	28	2	4	2	1	2	2	1	1	2	1
45	32	2	5	2	1	2	1	2	1	1	2
46	34	2	5	3	1	1	2	2	1	1	3
47	22	1	6	1	2	2	1	1	2	1	2
48	24	1	5	2	1	1	2	1	1	1	1
49	29	2	6	3	1	2	2	1	1	2	1
50	23	2	5	2	1	1	2	2	1	1	1
51	22	1	5	2	1	2	2	1	1	1	2
52	12	3	4	2	1	2	2	2	1	1	3
53	20	1	6	2	1	2	2	1	3	1	1
54	29	1	5	2	1	2	2	1	1	1	2
55	24	2	5	2	2	2	2	2	1	1	2
56	19	1	6	1	2	1	4	3	1	2	2
57	28	3	3	3	1	2	2	2	4	2	2
58	29	1	5	3	1	2	2	1	1	1	1
59	32	3	5	2	1	2	2	1	1	1	2
60	25	1	6	2	1	1	2	1	1	2	2
61	29	2	5	2	1	2	2	2	1	1	1
62	29	3	5	3	1	2	2	1	4	2	2
63	23	1	6	4	2	1	1	2	2	1	2
64	36	4	2	2	1	1	2	2	1	2	2
65	26	1	7	1	1	2	1	1	3	1	1
66	22	1	7	3	1	2	2	1	2	1	3
67	23	2	7	2	1	2	2	1	1	2	1
68	22	1	6	3	1	2	2	1	3	1	1
69	27	1	7	2	1	2	2	1	1	1	1
70	22	1	7	2	1	2	1	1	1	1	1
71	23	1	6	2	1	2	2	2	1	1	1
72	25	1	5	2	1	2	2	1	1	2	1
73	34	3	3	2	1	1	2	1	1	1	1
74	36	4	2	2	2	1	5	3	4	2	1
75	29	2	6	3	2	1	1	2	4	1	2
76	22	1	6	2	2	1	1	1	3	1	2
77	36	3	7	2	1	1	2	2	4	1	2
78	22	2	4	1	2	2	1	2	4	1	1
79	24	3	4	2	1	2	2	1	1	1	1
80	26	1	6	2	1	2	2	1	1	1	1

81	28	1	6	3	1	2	2	1	1	2	1
82	20	1	6	1	2	2	1	1	2	1	2
83	30	1	7	1	1	2	1	1	3	1	1
84	20	1	5	2	1	2	2	2	4	2	2
85	23	2	5	2	1	1	2	1	3	1	1
86	27	1	6	3	1	2	2	1	1	2	1
87	38	4	6	2	1	1	2	2	1	2	1
88	19	1	5	1	2	1	1	1	1	1	2
89	17	1	5	1	1	2	1	1	2	2	1
90	29	2	5	2	1	2	2	2	1	1	2
91	22	1	5	2	1	2	2	1	3	1	1
92	35	3	5	2	1	2	2	1	1	1	1
93	25	1	6	1	1	2	1	1	3	1	1
94	30	2	7	3	1	2	2	1	3	1	1
95	26	1	6	1	2	2	3	1	2	2	1
96	28	2	5	2	1	1	2	1	1	2	1
97	16	1	5	1	2	2	1	1	2	1	1
98	31	3	5	2	1	1	2	1	1	2	1
99	19	1	5	1	1	2	1	1	1	2	1
100	26	2	6	2	1	2	2	1	1	1	1
101	24	2	4	2	1	2	2	1	1	1	1
102	23	1	3	2	1	1	2	1	1	2	2
103	33	2	5	2	1	2	2	2	3	1	1
104	27	3	5	2	1	2	2	2	3	2	2
105	20	1	5	1	1	2	3	1	3	1	2
106	16	1	4	1	1	2	1	2	2	2	1
107	24	1	6	1	1	2	1	1	2	1	1
108	26	2	5	2	2	1	2	1	1	2	3
109	29	1	7	3	1	2	2	1	3	1	1
110	16	1	4	1	2	2	1	2	1	1	2
111	23	2	6	2	1	2	2	2	1	1	2
112	37	4	5	2	1	1	2	2	1	1	3
113	20	1	5	2	1	2	2	1	1	1	1
114	30	3	5	2	1	2	2	2	4	2	1
115	24	1	6	1	1	2	1	1	2	1	2
116	32	3	5	3	1	2	2	1	1	2	2
117	22	2	4	2	1	1	2	2	4	1	2
118	30	2	6	2	1	2	2	2	4	2	2
119	26	2	4	2	1	2	2	2	1	1	1
120	38	4	2	2	2	1	2	2	4	2	2
121	27	2	5	2	1	1	2	1	1	2	1
122	16	1	4	1	2	2	1	1	2	1	3
123	18	1	5	1	1	2	1	1	1	1	2
124	28	2	7	3	1	2	2	1	1	1	2
125	30	2	5	2	1	2	2	3	1	2	2
126	31	2	5	2	1	2	2	2	1	2	1
127	27	2	4	2	2	1	2	2	1	2	3
128	18	1	4	1	2	1	3	3	4	2	2
129	30	1	5	2	1	2	2	1	4	2	2
130	29	1	7	2	1	2	2	1	4	2	2
131	26	2	4	2	1	2	2	2	1	2	3
132	34	2	6	2	2	1	1	1	3	1	2
133	32	4	3	2	1	1	2	2	1	2	2
134	15	1	4	1	1	2	1	1	2	1	2
135	20	2	5	2	1	2	2	2	1	2	3
136	35	3	4	1	2	1	4	1	3	1	2
137	30	2	5	2	1	2	2	2	3	1	1
138	30	4	4	2	1	1	2	2	4	1	2
139	21	1	6	1	1	1	5	2	3	1	2
140	40	4	4	2	1	1	2	1	3	2	1
141	34	1	6	3	1	2	2	1	1	1	1
142	19	1	6	1	1	2	1	1	1	1	2
143	16	1	5	1	1	2	1	1	1	1	1
144	26	1	6	2	1	2	2	1	1	1	2
145	20	1	5	1	1	1	1	1	3	2	1
146	28	1	4	2	1	2	2	2	1	1	1
147	33	2	5	2	1	2	1	2	1	2	2
148	22	1	5	3	1	2	2	2	1	1	1
149	17	1	5	1	2	2	1	1	2	2	2
150	29	1	6	3	1	2	2	1	3	1	1
151	25	1	7	3	1	2	2	1	1	1	1
152	40	3	5	2	1	2	2	1	1	2	2
153	32	3	4	2	1	2	2	2	1	1	2
154	33	3	4	1	2	2	1	1	3	2	2
155	21	1	6	2	1	1	2	1	1	2	2
156	20	1	6	2	1	2	2	1	1	2	1
157	30	2	6	2	1	2	2	1	1	2	2
158	23	2	5	2	2	2	2	1	1	2	2
159	19	1	6	1	1	2	3	1	3	2	2
160	28	3	3	2	1	2	2	2	1	2	2
161	35	2	7	2	1	2	1	1	1	2	1
162	36	3	5	2	1	2	2	2	1	2	2
163	14	1	4	1	2	2	1	1	1	2	2
164	23	1	6	2	1	2	2	2	1	1	1

165	30	1	5	3	1	2	2	1	4	2	2
166	28	1	6	4	2	1	1	1	3	1	2
167	36	4	2	2	1	1	2	2	1	2	2
168	25	3	4	2	1	2	2	1	3	2	1
169	22	1	6	2	1	2	2	1	2	1	3
170	23	2	4	2	2	1	2	1	1	2	3
171	32	2	4	2	1	2	4	2	4	1	2
172	22	1	6	2	2	1	1	1	3	1	2
173	24	3	4	2	1	2	2	1	1	1	1
174	28	2	7	3	1	2	1	1	1	1	2
175	23	2	5	2	1	1	2	2	1	1	1
176	32	2	5	2	1	2	1	2	1	1	2
177	20	1	5	1	2	1	5	2	4	2	1
178	26	2	6	3	1	2	2	1	4	1	1
179	29	3	5	3	1	2	2	1	4	2	2
180	38	3	6	2	1	2	2	1	1	2	1
181	30	2	6	2	1	1	2	1	1	1	2
182	24	1	6	1	1	2	2	1	2	1	2
183	25	1	6	2	1	1	2	1	1	2	2
184	32	2	4	2	1	2	4	2	4	1	2
185	15	1	4	1	1	2	1	2	2	1	3
186	20	1	6	2	1	2	2	1	3	1	1
187	22	1	6	2	2	1	1	1	3	1	2
188	29	2	6	3	1	2	2	1	1	2	1
189	26	2	4	2	1	2	2	2	1	1	1
190	29	2	5	3	1	2	2	1	4	2	1
191	23	1	6	4	2	1	1	2	2	1	2
192	23	2	7	2	1	2	2	1	1	2	1
193	27	1	7	2	1	2	2	1	1	1	1
194	29	1	5	2	1	2	2	1	1	1	2
195	16	1	4	1	1	2	1	1	1	1	1
196	35	3	4	2	1	2	2	2	1	1	1
197	18	2	4	1	2	1	3	3	4	2	2
198	23	2	5	2	1	2	2	1	3	2	1
199	18	2	4	1	2	1	3	3	4	2	2
200	38	4	6	2	1	1	2	2	1	2	1

