

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

**EFFECTIVIDAD DE LA CONSEJERIA PSICOLOGICA EN EL
TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD EN PACIENTES CON ALTO
RIESGO OBSTETRICO.**

AUTOR:

SHARON GIULLIANA APONTE RIOS

ASESOR:

DR. PEDRO DEZA HUANES

TRUJILLO – PERÚ

2017

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. OLIVENCIA QUIÑONES MARIO

PRESIDENTE

Dr. CHAMAN CASTILLO JOSE

SECRETARIO

Dra. CONTRERAS TAPIA SELENE

VOCAL

PRESENTACION

Se estima que alrededor del 20% de los embarazos son de alto riesgo y esto ocasiona aproximadamente 80% de los resultados perinatales adversos como el bajo peso al nacer y que el producto sea prematuro.

Existen diferentes estudios realizados en embarazos de alto riesgo llegando a la conclusión que los embarazos de alto riesgo presentan mayor nivel de ansiedad y depresión que los embarazos de bajo riesgo. Las mujeres con embarazos de alto riesgo sufren malestar psicológico como respuesta a la necesidad de adaptarse a su nueva condición, que se manifiesta a través de sintomatología ansiosa y depresiva. A esto le sumamos otros factores como la hospitalización con reposo en cama, el hecho de estar lejos de sus seres queridos, influyen negativamente a adaptarse al proceso que está viviendo.

Se ha podido comprobar que los hijos de madres con mayor nivel de ansiedad durante el embarazo presentan peor rendimiento cognitivo y motor en la infancia y más pobre regulación de la atención en comparación con los bebés de madres que tenían menores niveles de ansiedad durante el embarazo. En conjunto, estos estudios muestran que la exposición a la ansiedad materna durante la gestación puede tener un impacto duradero y significativo en el desarrollo emocional y cognitivo de los niños hasta la pre-adolescencia.

He aquí la importancia de no olvidarse de la parte psíquica y emocional de la gestante, principalmente si presentan un riesgo obstétrico que pone en peligro su vida y la de su hijo.

En las instituciones de salud, como parte de la atención integral que se brinda a la mujer con embarazo de riesgo, debería contarse con un programa para atender la salud psicológica de la mujer embarazada a través del servicio de psicología correspondiente.

En este estudio podremos observar mediante graficas la efectividad de la consejería psicológica como tratamiento de la ansiedad en pacientes con alto riesgo obstétrico.

DEDICATORIA

A Dios, al niño Jesús y a la virgen María porque siempre me dieron la fortaleza para seguir mi camino y lograr vencer los obstáculos que se me presentaron.

Se lo dedico a mis padres Doris y Eugenio porque siempre se esmeraron por darme una educación de calidad basada en buenas costumbres y principios; quienes se esforzaron por darme el apoyo necesario para culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos Elvis y Mariana que siempre me apoyaron en todo momento incondicionalmente, personas gratas en mi vida quienes también aportaron a mi educación.

A Franco por ser una persona importante en mi vida, porque siempre estuvo a mi lado para apoyarme y porque siempre creyó en mí.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios, porque nunca me abandona y me hace sentir su presente de mil formas y por las oportunidades que ha puesto en frente de mi durante el transcurso de mi vida.

A mis padres, hermanos, abuela por su esfuerzo, cariño y su apoyo incondicional y porque siempre creyeron en mí, me alentaron a seguir adelante y a sacar lo mejor de mí.

A mi asesor Pedro, a la psicóloga Johana por su ayuda incondicional y por el tiempo dedicado para el desarrollo de esta tesis. Gracias de todo corazón porque sin ustedes este proyecto no se hubiese realizado.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la efectividad de la consejería psicológica en la reducción de ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico en el Hospital Belén de Trujillo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó un estudio prospectivo Cuasi-experimental con una muestra de 40 pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico en el servicio de obstetricia las cuales cumplieron los criterios de selección.

RESULTADOS: En la tabla 1 se aprecia las características de las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico que participaron en el grupo experimental y control, las cuales presentan igualdad estadística. En la tabla 2 y figura 2, se aprecia una ansiedad severa en un 65% del grupo experimental y una ansiedad moderada en un 65% del grupo control antes de la consejería psicológica. En la tabla 3 y figura 3, se observa una ansiedad leve en un 45% del grupo experimental y una ansiedad severa en un 55% del grupo control después de la consejería psicológica y manejo medico inicial. En la tabla 4 se observa que 13 de las pacientes que inicialmente presentaron ansiedad severa con el pre test, después de la consejería psicológica 3 de las pacientes se mantuvieron con ansiedad severa, 6 de las pacientes presentaron ansiedad moderado y 4 de las pacientes presentaron ansiedad leve en el pos test. En la tabla 5, se observa una diferencia estadística (1.55) significativa ($p < .05$) en la ansiedad entre ambos grupos. En la tabla 6, se muestra una disminución (-4.10) estadísticamente significativa ($p < .01$) de la ansiedad en el grupo experimental después de la consejería psicológica.

CONCLUSIONES: La consejería psicológica si es efectiva para la reducción de ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico.

PALABRAS CLAVES: Embarazo, riesgo obstétrico, intervención psicológica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the effectiveness of psychological counseling in the reduction of anxiety in hospitalized patients due to high obstetric risk at Hospital Belen of Trujillo.

MATERIAL AND METHODS: A prospective, quasi-experimental study was conducted with a sample of 40 patients hospitalized for high obstetric risk in the obstetrics service who met the selection criteria.

RESULTS: Table 1 shows the characteristics of the patients hospitalized for high obstetric risk who participated in the experimental group and control, who presented statistical equality. In Table 2 and Figure 2, severe anxiety was observed in 65% of the experimental group and moderate anxiety in 65% of the control group before psychological counseling. In Table 3 and Figure 3, mild anxiety is observed in 45% of the experimental group and severe anxiety in 55% of the control group after psychological counseling and initial medical management. Table 4 shows that 13 of the patients who initially presented severe anxiety with the pretest, after the psychological counseling 3 of the patients were maintained with severe anxiety, 6 of the patients presented moderate anxiety and 4 of the patients presented anxiety Carry in the pos test In Table 5, a significant statistical difference (1.55) ($p < .05$) in the anxiety between both groups was observed. A statistically significant ($p < 0.01$) decrease in anxiety in the experimental group after psychological counseling is shown in Table 6.

CONCLUSIONS: Psychological counseling is effective for the reduction of anxiety in hospitalized patients due to high obstetric risk.

KEYWORDS: Pregnancy, obstetric risk, psychological intervention.

INDICE

PRESENTACION	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN	6
INDICE	
I. INTRODUCCION	9
II. PLAN DE INVESTIGACION	17
III. MATERIAL Y MÉTODOS	19
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSION	33
VI. CONCLUSIONES	34
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. BIBLIOGRAFÍA	36
IX. ANEXO	40

I. INTRODUCCIÓN

1.1 MARCO TERICO

Un embarazo de alto riesgo a menudo se produce de forma inesperada lo cual deja en la madre una sensación amenazante para la salud de su feto e incluso para ella misma. Tanto la designación de tener un embarazo de alto riesgo, el tratamiento de emergencia con hospitalización y el reposo en cama podría ser un estímulo para el desarrollo de un efecto negativo sobre el estado de ánimo durante el embarazo; este efecto negativo se ha relacionado con resultados obstétricos y neonatales adversos.¹ Se manifiesta que las mujeres hospitalizadas por embarazos de alto riesgo tienen un mayor nivel de ansiedad, depresión y disminución de la autoestima que las mujeres con embarazos de bajo riesgo.²

Se entiende como Embarazo de alto riesgo aquellos que por circunstancias sociales, obstétricas, médicas o de otra índole, aumenta la probabilidad de enfermar o morir tanto para la gestante como para el neonato o para ambos, durante el embarazo, parto o postparto.³

En México se atienden alrededor de 347 mil mujeres embarazadas en las instituciones de salud, de las cuales 55 mil cursan un embarazo de alto riesgo. En el instituto nacional de perinatología de México (INPer) se atendieron 4,629 embarazos de alto riesgo durante el año 2005.⁴

En el Perú la tasa de prevalencia de alto riesgo obstétrico en el hospital Sergio Bernales es de 42%, equiparable con la tasa de 36,4% encontrada por Ríos (1986) en el hospital general base Cayetano Heredia; mientras que la tasa encontrada en el hospital María Auxiliadora es de 13,2% siendo mucho menor no deja de ser preocupante.⁵

El Ministerio de Salud (MINSA) define el alto riesgo Obstétrico como la probabilidad de estados patológicos o condiciones anormales concomitantes con la gestación y el parto, que aumentan los peligros para la salud de la madre y del producto⁶. Dentro de este estudio las patologías catalogadas como alto riesgo obstétrico son la Preeclampsia, la Ruptura Prematura de membranas, Placenta previa y Pielonefritis aguda.

La Preeclampsia es un trastorno multisistémico que puede manifestarse clínicamente con hipertensión después de las 20 semanas de gestación y proteinuria debidamente documentada con o sin acompañamiento de síntomas⁷; siendo la complicación más común y peligrosa del embarazo por lo que debe diagnosticarse y tratarse rápidamente ya que pone en peligro la vida de la madre y del feto. Es el factor de riesgo más importante dentro del proceso de gestación porque indistintamente de la edad gestacional en la que se encuentre el feto la terminación del embarazo es la única solución, aumentando así el riesgo de prematuridad y bajo peso del niño. En el Perú, la Preeclampsia es la segunda causa de muerte materna, representando 17 a 21% de muertes; es la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en la Ciudad de Lima, además se relaciona con 17 a 25% de las muertes perinatales.⁸

La Rotura Prematura de Membranas (RPM) ovulares, se entiende como la pérdida de la integridad del saco ovular, con la consiguiente salida de líquido amniótico (LA) y la puesta en comunicación de la cavidad amniótica con el canal endocervical y la vagina. Sucede antes del inicio del parto, y con independencia de la edad gestacional. La RPM pre término, se refiere a la ruptura de las membranas antes de la semana 37 de gestación. La RPM es una complicación del embarazo que causa el 40% de los partos pre término y conlleva el 10% de la mortalidad neonatal.⁹

La Placenta previa es una complicación obstétrica que se produce en el segundo y tercer trimestre del embarazo que pone en riesgo la vida de la madre, es

una condición en la que el tejido de la placenta se encuentra anormalmente cerca del orificio cervical interno; una mujer con placenta previa será potencialmente una fuente de ansiedad para ella misma, sus cuidadores y su círculo familiar. Además, es un importante problema de salud pública en todo el mundo, teniendo un impacto superior en los lugares de escasos recursos comparado con los países desarrollados.¹⁰

Pielonefritis aguda o infección del tracto urinario superior, es una infección del riñón que se caracteriza por dolor al orinar, fiebre, escalofríos, dolor en el flanco, náuseas y vómitos con evidencia de infección en el análisis de orina (> 12.8 recuento de glóbulos blancos, y <2-4 células epiteliales) o cultivo de orina (> 100.000 unidades formadoras de colonias); siendo una complicación grave del embarazo que puede resultar en la morbilidad materna y fetal significativa.^{11,12}

Como durante el embarazo se presentan una etapa de cambios en la mujer sean físicos, químicos, fisiológicos y psicológicos que motivan un aumento de las situaciones de estrés, ansiedad y depresión. Aunque cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicosociales, este cambio de rol, genera ansiedad y la mujer deberá desarrollar el proceso de adaptación a través de los nueve meses del embarazo.¹³

La ansiedad es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.¹⁴

La ansiedad durante el embarazo parece ser un síndrome distinto y definible que refleja los temores de la madre sobre la salud y el bienestar del bebé, de experiencias hospitalarias, de la inminencia del parto y sus consecuencias¹⁵.

En 1966, Charles Donald Spielberger destacó la necesidad de distinguir entre la ansiedad como un estado emocional transitorio (Ansiedad-Estado) y como un rasgo de personalidad relativamente estable (Ansiedad-Rasgo); definiendo a la Ansiedad-Estado como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión, de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que pueden variar en intensidad y fluctuar con el tiempo¹⁶. Las mujeres con embarazo de alto riesgo sufren malestar psicológico como respuesta a la necesidad de adaptarse a su nueva condición, además muestran un nivel alto de estrés, emociones negativas y sintomatología ansiosa¹⁷.

En cuanto a la presencia de depresión y ansiedad en pacientes con alto riesgo obstétrico (ARO), la literatura es controversial; un gran estudio basado en la comunidad de los EE. UU. que usó entrevistas clínicas estructuradas mostró que el 8% de las mujeres embarazadas tenían solo trastornos de ansiedad, 20% de trastornos depresivos y 34% tenían ansiedad y trastornos depresivos.¹⁸ En estudios realizados en México sobre malestar psicológico en poblaciones de alto riesgo señalan una prevalencia del 62%.¹⁹ Se ha descrito que las pacientes hospitalizadas con embarazos de alto riesgo tienen mayor frecuencia de ansiedad y depresión que las que permanecen en la comunidad; otro estudio informó que hasta un 27 % de las pacientes presentan síntomas de depresión y un 13 % de ansiedad en los servicios de alto riesgo.²⁰

La ansiedad o la depresión materna durante el embarazo es un factor de riesgo importante y potencialmente modificable de problemas cognitivos, conductuales y emocionales en sus hijos. Cualesquiera que sean los mecanismos reales para la producción de estos problemas en los hijos, en la actualidad hay pruebas convincentes de que los niños cuyas madres sufren de ansiedad o depresión durante el embarazo constituyen un grupo de alto riesgo de problemas emocionales y de comportamiento.^{21,22} Por ello es importante la consejería

psicológica en estas pacientes con alto riesgo, siendo fundamental para evitar cualquier alteración emocional que afecte el desarrollo y resolución del embarazo.

La consejería psicológica en las instituciones de salud puede definirse como aquellos procedimientos que aplicados en este campo tienen como objetivo integrar acciones psicoterapéuticas que redunden en el tratamiento integral de los pacientes, mediante la caracterización y prevención de reacciones emocionales asociadas a los eventos médicos y a los eventos de la población en riesgo psicosocial, además de aminorar las consecuencias que impactan al evento médico en aquellos casos que un trastorno mental se encuentre establecido, ofreciendo en ambos casos una respuesta operativa para el manejo del paciente durante el curso de su atención por parte del equipo de salud en general.²³ Es por ello que la intervención psicológica es propicia para la promoción de un equilibrio emocional durante el embarazo, así como para la prevención y toma de acciones efectivas que influyan en la toma de conciencia de la mujer hacia riesgos futuros.²⁴

Pérez y Santisteban (2014) refieren que en las instituciones de salud, como parte de la atención integral que se brinda a la mujer con embarazo de alto riesgo, debería contarse con un programa para atender la salud psicológica de la mujer embarazada a través del servicio de psicología correspondiente.²⁵

La consejería psicológica es un proceso sistemático, lo cual brinda a los individuos una oportunidad para explorar, descubrir y clarificar maneras de vivir más gratificantes con más sentido de bienestar. Dentro de la atención psicológica que se ofrece a las pacientes del INPER, encontramos la psicoterapia interpersonal y la psicoterapia de grupo focalizada tipo breve, siendo esta última la principal cuyo objetivo es favorecer a partir de intervenciones de estas un proceso terapéutico que les permita, con base en las experiencias planteadas, tener conciencia acerca de lo que las origina y finalmente encontrar maneras más adaptativas para solucionarlas: con la intención que cursen y terminen su

embarazo sin alteraciones importantes en su estado de ánimo y asuman su maternidad de forma adecuada.^{3,26}

Estos modelos de intervención tiene como objetivo específicos favorecer el fortalecimiento del YO, la amplificación de la conciencia y la adquisición de estilos más adaptativos de afrontamiento y de solución de problemas, de tal modo que la mujer aproveche las semanas que le faltan para su parto para adquirir mayor conciencia de su situación, afrontarla de la mejor manera y, asimismo, pueda desempeñar su papel de madre sin tantos conflictos que la pongan en riesgo de padecer trastornos mentales mayores y que pudieran afectar el vínculo con su hijo y su crianza.²⁷

En estudios previos como el de Vrekoussis y sus grupos encontraron en las gestantes con niveles altos de ansiedad presentaban resultados adversos a corto y a largo plazo. Según el estudio transversal de Romero y colaboradores (2013) las mujeres con ansiedad tuvieron mayor frecuencia de amenaza de aborto ($p = 0.0061$), amenaza de parto prematuro ($p = 0.0001$), sepsis neonatal ($p = 0.0123$) y el recién nacido taquipnea Transitoria ($p = 0.0016$) a corto plazo.²⁸

Estos estudios muestran que la exposición materna a la ansiedad durante la gestación puede tener un impacto duradero y significativo en el desarrollo emocional y cognitivo de los niños hasta la pre-adolescencia.

Los principales estudios sobre el efecto de la ansiedad materna en la conducta infantil han encontrado una asociación importante entre la ansiedad materna en el tercer trimestre y las alteraciones de conducta y problemas emocionales en la primera infancia. En otro estudio más reciente, los recién nacidos de madres con mucha ansiedad pasaban más tiempo profundamente dormidos y menos tiempo en alerta activa.²⁹ También se encontró que un aumento de la ansiedad materna en la semana 32 predijo problemas graves de conducta en niños e hiperactividad y déficit de atención a los cuatro años.²²

Los hijos de madres con mayor nivel de ansiedad durante el embarazo presentan peor rendimiento cognitivo y motor en la infancia y más pobre regulación de la atención, trastornos neuropsicológicas en comparación con los bebés de madres que tenían menor niveles de ansiedad durante el embarazo.^{30,31,32,33}

1.2 ANTECEDENTES

Díaz et al (2013). En su estudio correlacional, transversal y no experimental encontraron que el 39,8% de las gestantes presentó ansiedad menor y 27,5% ansiedad mayor, lo cual traduce que 67,3% de las embarazadas de alto riesgo tuvieron algún nivel de ansiedad (menor o mayor) según la escala de Hamilton.³⁴

El reciente estudio de Thiagayson et al (2013). Fue el único estudio que evaluó la prevalencia de los trastornos de ansiedad en la población embarazada de alto riesgo. Este estudio encontró que 12,5% de las mujeres embarazadas de alto riesgo tenían trastorno de ansiedad y el 5% tenía depresión concomitante.³⁵

En el estudio de Byatt et al (2014) realizado en la Universidad de Massachusetts, sugieren que las pacientes obstétricas de alto riesgo suelen experimentar síntomas de depresión (26,9%) y síntomas de ansiedad (12,6%), sin embargo, pocos están recibiendo evaluación de salud mental y/o tratamiento (5%); además informan que el 77% de estas mujeres se beneficiarían de un grupo de psicoterapia de apoyo durante su hospitalización³⁶.

En el estudio descriptivo de Gourounti et al. (2015) Realizado en dos hospitales públicos en Grecia se encontró que la prevalencia de depresión prenatal en mujeres embarazadas de alto riesgo es 50% y la prevalencia de ansiedad en

embarazadas de alto riesgo es 49.3%, a diferencia de otro estudio realizado previamente donde encontraron una prevalencia de ansiedad y depresión en embarazos de bajo riesgo de 30% y 45% respectivamente. Por lo tanto, parece que las mujeres embarazadas de alto riesgo tienen niveles significativamente más altos de ansiedad y depresión que las mujeres embarazadas de bajo riesgo.³⁷

García Rico et al (2010). En su estudio observacional, analítico y transversal concluyen en cuanto a la estratificación por riesgo gestacional, que la media de ansiedad estado de las gestantes de alto/muy alto riesgo se situó en el percentil 92, de las gestantes de riesgo medio en el percentil 78 y de las gestantes de bajo riesgo en el percentil 69; estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p = 0,001$).³⁸

En el estudio de Sulima et al (2014). El análisis estadístico no mostró diferencias significativas entre la intensidad de la ansiedad y la edad, el estado civil y la situación obstétrica ($P > 0,05$).³⁹

1.3 JUSTIFICACION

La finalidad de este estudio está orientado a sugerir la implementación de la consulta psicológica en las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico para que éstas reciban orientación y puedan manejar adecuadamente el proceso que están viviendo y de esta manera disminuir o evitar complicaciones tempranas como contribuir a la gravedad de la patología que presenta, aumentando el riesgo de parto prematuro, depresión puerperal y complicaciones futuras como son los problemas graves cognitivo y motor en la infancia y más pobre regulación de la atención, problemas de conducta, hiperactividad y déficit de atención, problemas emocionales y peor rendimiento en los hijos. Esta investigación cumple con los criterios de conveniencia, relevancia social y valor teórico.

II. PLAN DE INVESTIGACIÓN

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

¿Es efectiva la consejería psicológica en el tratamiento de la ansiedad en las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico en el Hospital Belén de Trujillo?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar si la Consejería psicológica es efectiva en la reducción de ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico en el Hospital Belén de Trujillo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Conocer la severidad de ansiedad en las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico.
2. Determinar la severidad de ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico después del manejo médico inicial y de consejería psicológica.
3. Comparar la incidencia y severidad de ansiedad entre las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico con consejería psicológica y sin ella.

HIPÓTESIS

Ho: La consejería psicológica no es efectiva en la reducción de ansiedad en las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico.

Ha: La consejería psicológica si es efectiva en la reducción de ansiedad en las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico.

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. POBLACION DIANA O UNIVERSO:

Todas las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico atendidas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Belén de Trujillo.

3.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO:

Subconjunto de la población diana que cumplieron con los criterios de selección propuestos para este estudio.

3.3. CRITERIOS DE SELECCION:

Criterios de Inclusión

1. Pacientes hospitalizadas con diagnóstico de alto riesgo obstétrico: Preeclampsia, Ruptura Prematura de Membranas, Pielonefritis aguda, Placenta previa, atendida en el Hospital Belén de Trujillo.
2. Gestantes de grupo etario 16 a 35 años.
3. Presenten ansiedad moderada-severa con el test de desórdenes de ansiedad generalizado-7 (GAD-7)

Criterios de Exclusión

1. Gestantes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica según el DSM-IV. (trastornos de ansiedad, depresión), con diagnóstico de tuberculosis durante el control prenatal, con antecedente de diabetes mellitus manifiesta.

2. Gestantes con producto con diagnóstico de malformaciones congénitas severas (cardiopatías, sistema nervioso, aparato digestivo, renal o respiratorio) durante el control prenatal.

3.4. MUESTRA:

Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico en el hospital Belén de Trujillo que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

Unidad de Muestreo

Historia clínica de pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico y test de desórdenes de ansiedad generalizado-7 (GAD-7)

Fórmula para el tamaño de la muestra:

Para determinar el tamaño de muestra se aplicó una muestra piloto de 20 pacientes en el grupo experimental y 20 pacientes en el grupo control. De las pacientes designadas al grupo experimental, 15 presentaron mejoría después de la consejería psicológica, obteniéndose un valor de P1 aproximadamente 75%. Las pacientes designadas al grupo control 5 presentaron mejoría sin consejería psicológica, obteniéndose el valor de p2 aproximadamente 25%.

$$n_o = \frac{(Z_\alpha + Z_\beta)^2 [P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)]}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$n = 20$$

DONDE:

P_1 = Pacientes con ansiedad moderada- severa por alto riesgo obstétrico asignadas al grupo experimental 75%

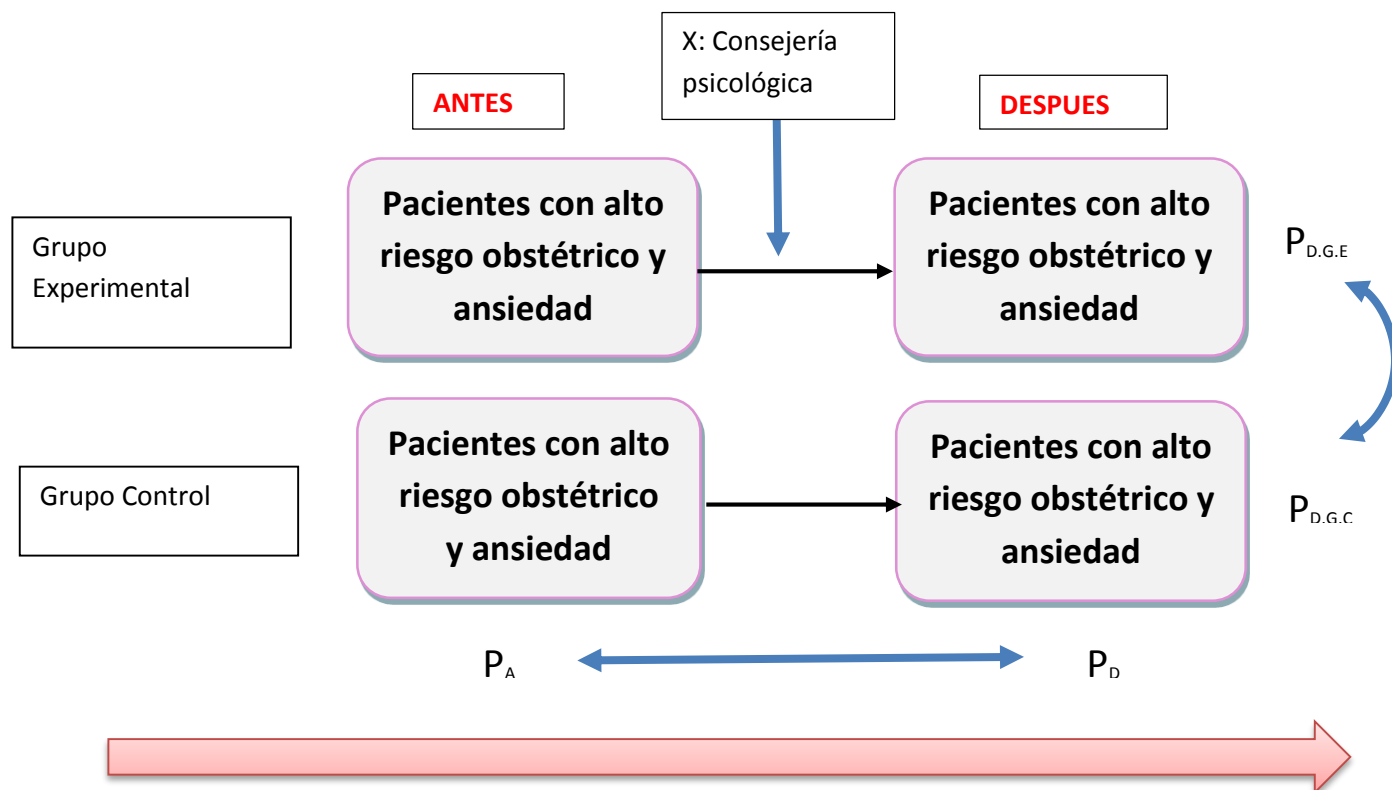
P_2 = Pacientes con ansiedad moderada- severa por alto riesgo obstétrico asignadas al grupo control 25%

$$Z_{\alpha} = 1.96$$

$$Z_{\beta} = 0.84$$

3.5. DISEÑO DEL ESTUDIO:

El diseño del estudio corresponde a un estudio cuasi-Experimental.



3.6. VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES DE ESTUDIO

Variable	Tipo	Escala	Indicadores
Dependiente: Ansiedad	Cualitativa	Ordinal	5-9: ANSIEDAD LEVE 10-14: ANSIEDAD MODERADA 15-21: ANSIEDAD SEVERA
Independiente: Consejería Psicológica	Cualitativa	Nominal	SI NO

DEFINICIONES OPERACIONALES:

- **ANSIEDAD:**

Es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

Para fines de este estudio el diagnóstico de ansiedad se estableció con el test de TRANSTORNOS GENERALIZADOS DE ANSIEDAD

(GDA-7)⁴⁰

Su gravedad se clasifica según el test GDA-7 en ansiedad leve, moderada y severa.

Leve: 5-9 puntos

Moderado: 10 – 14 puntos

Severo: 15 – 21 puntos

- **CONSEJERÍA PSICOLÓGICA:**

Proceso de intervención psicológica dirigida a la clarificación de funciones cognitivas, emocionales y de comportamiento de carácter transitorio, asociados a la toma de decisiones en la solución de problemas inmediatos o mediatos.

3.7. PROCEDIMIENTO:

PROCEDIMIENTO DE OBTENCIÓN DE DATOS

Se seleccionó aleatoriamente a 40 pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico en el servicio de obstetricia que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, ingresaron al estudio, a cada una de las cuales se aplicó el test GAD-7 (anexo I) el cual permitió determinar las pacientes ansiosas (moderada a severa); las cuales 20 se asignaron al grupo experimental y 20 al grupo control. Al grupo experimental se aplicó consejería psicológica y manejo habitual de la patología de fondo, y al otro grupo control se brindó manejo habitual de la patología de fondo sin consejería psicológica. Ambos grupos fueron sometidos a una segunda aplicación del test GAD-7. De sus historias clínicas se obtuvieron los datos pertinentes para ello de acuerdo a los contenidos especificados en la ficha de recolección de datos (Anexo II).

El registro de datos que estuvieron consignados en las correspondientes hojas de recolección de datos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS V 22.0.

3.8. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estadística descriptiva:

Los resultados están presentados en cuadros de doble entrada con número de casos y porcentajes de cada una de las categorías de las variables que corresponden a las pacientes con ansiedad por alto riesgo obstétrico.

Como nuestra variable de estudio es una variable cualitativa dicotómica, determiné la frecuencia y el porcentaje de pacientes ansiosas por alto riesgo obstétrico antes y después de aplicado la consejería psicológica. Se adjuntan gráficos de barras para facilitar la comprensión de los resultados.

Estadística inferencial:

Después del estudio descriptivo se realizó las pruebas estadísticas de T-student para diferencia de medias en ansiedad. Si $P < 0,05$, existe diferencia significativa entre las medias que corresponde a cada uno de los grupos.

Estadígrafos del estudio:

El diseño utilizado es CUASI-EXPERIMENTAL y los estadígrafos que se emplearon son:

- a. T-Student para muestras relacionadas o muestras pareadas:

$$t_c = \frac{\bar{D}}{\hat{S}_{\bar{D}}} \rightarrow t_{t(n-1)}, \text{ donde: } \bar{D} = \frac{\sum_1^n d_i}{n} \text{ y } \hat{S}_{\bar{D}} = \frac{\hat{S}_D}{\sqrt{n}}, \text{ con } \hat{S}_D = \sqrt{\frac{\sum_1^n (d_i - \bar{D})^2}{n-1}}$$

b. T-Student para muestras independientes:

$$t_c = \frac{\bar{X}_2 - \bar{X}_1}{\sqrt{\frac{(n_2 - 1) \times s_2^2 + (n_1 - 1) \times s_1^2}{n_2 + n_1 - 2} \times \left(\frac{1}{n_2} + \frac{1}{n_1}\right)}} \rightarrow t_{(n_2+n_1-2)}$$

3.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

El estudio fue realizado tomando en cuenta los principios de investigación con seres humanos de la Declaración de Helsinki II los cuales son: respeto por el individuo (Artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (Artículo 20,21 y 22) y contó con el permiso del Comité de Investigación y Ética del HBT.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Características de los grupos experimental y control de pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico entre los grupos experimental y control.

Característica	Grupo				Total		Chi cuadrado		
	Experimental		Control		f	%	X ²	gl	P
	F	%	f	%					
Edad									
16-24	11	55	13	65	24	60	,417	1	.519
25-35	9	45	7	35	16	40			
Edad gestacional (Semanas)									
22-24	2	10	1	5	3	8	1,067	3	.785
25-32	6	30	4	20	10	25			
33-36	8	40	10	50	18	45			
37-40	4	20	5	25	9	23			
Preclampsia									
Si	5	25	5	25	10	25	0	1	1.000
No	15	75	15	75	30	75			
RPM									
Si	8	40	8	40	16	40	0	1	1.000
No	12	60	12	60	24	60			
Placenta previa									
Si	4	20	4	20	8	20	0	1	1.000
No	16	80	16	80	32	80			
Pielonefritis									
Si	3	15	3	15	6	15	0	1	1.000
No	17	85	17	85	34	85			
Total	20	100	20	100	40	100			

En la tabla, se aprecia una igualdad estadística ($p \geq .05$) en la distribución de las características de las de pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico que participaron de los grupos experimental y control.

Tabla 2.

Severidad de la ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico

Severidad de la Ansiedad	Pre-Test			
	Experimental		Control	
	f	%	F	%
Severa	13	65	7	35
Moderada	7	35	13	65
Leve	0	0	0	0
Total	20	100	20	100

Fuente: Test de Ansiedad aplicado en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico.

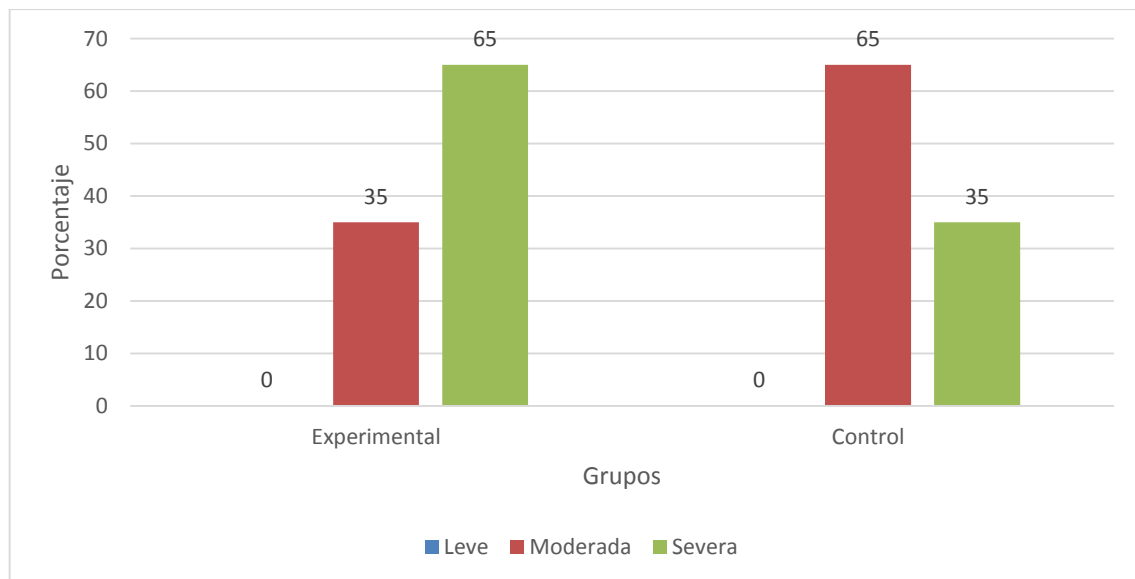


Figura 2. Severidad de la ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico

➤ En la tabla 2 y figura 2, se aprecia una ansiedad severa en un 65% del grupo experimental y una ansiedad moderada en un 65% del grupo control al inicio de la investigación.

Tabla 3.

Severidad de ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico después del manejo médico inicial y de la Consejería Psicológica.

Severidad de la Ansiedad	Post-Test			
	Experimental		Control	
	f	%	f	%
Severa	3	15	11	55
Moderada	8	40	9	45
Leve	9	45	0	0
Total	20	100	20	100

Fuente: Test de Ansiedad aplicado en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico.

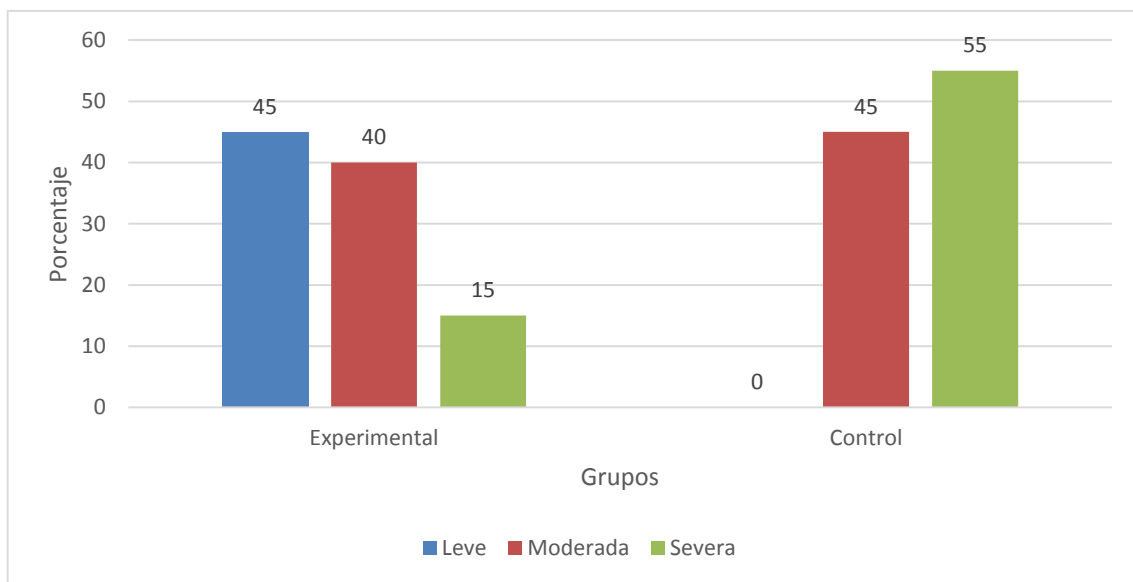


Figura 3.

- En la tabla 3 y figura 3, se observa una ansiedad leve en un 45% del grupo experimental y una ansiedad severa en un 55% del grupo control después del manejo médico inicial y de la consejería psicológica.

Tabla 4.

Ansiedad en el pre-test y post-test del grupo experimental

Pre-Test	Post-Test						Total	
	Severa		Moderada		Leve			
	f	%	f	%	f	%	f	%
Severa	3	23	6	46	4	31	13	100
Moderada	0	0	2	29	5	71	7	100
Leve	0	0	0	0	0	0	0	100
Total	3	15	8	40	9	45	20	100

- En esta tabla se observa que 13 de las pacientes que inicialmente presentaron ansiedad severa con el pre test, después de la consejería psicológica 3 de las pacientes se mantuvieron con ansiedad severa, 6 de las pacientes presentaron ansiedad moderado y 4 de las pacientes presentaron ansiedad leve en el pos test. Lo cual demuestra que la consejería psicológica fue beneficiosa en las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico.

Tabla 5.

Diferencias de ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico entre los grupos experimental y control.

Estadístico	Grupo		Diferencia
	Experimental	Control	
Media	15.20	13.65	1.55
Desviación estándar	2.35	2.08	0.70
t-Student			2.21
GI			38
P			.034*

* $p < .05$

- Los resultados de la tabla 5, muestra la media y desviación estándar de la ansiedad en el grupo experimental y el grupo control. Observándose una diferencia estadística (1.55) significativa ($p < .05$) en la ansiedad entre ambos grupos, con una media más alta en el grupo experimental, respecto del grupo control.

Tabla 6.

Efectividad en la reducción de la ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico en el grupo experimental después de la Consejería Psicológica.

Estadístico	Prueba		Diferencia
	Pre-Test	Post-Test	
Media	15.20	11.10	-4.10
Desviación estándar	2.35	3.37	3.45
t-Student			-5.32
GI			19
P			.000**

**p<.01

- En la tabla 6, se muestra una disminución (-4.10) estadísticamente significativa (p<.01) de la ansiedad en el grupo experimental después de la consejería psicológica, el cual tenía inicialmente una media de 15.2 en el pre-test, finalizando con una media de 11.1 en el post-test.

Tabla 7.

Efectividad en la reducción de la ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico en el grupo control debido al manejo medico inicial.

Estadístico	Prueba		Diferencia
	Pre-Test	Post-Test	
Media	13.65	14.35	.70
Desviación estándar	2.08	2.08	3.01
T			1.04
GI			19
P			.311

- En la tabla 7, se muestra una diferencia (.70) no significativa ($p \geq .05$) en la ansiedad del grupo control después del manejo medico inicial, el cual tenía inicialmente una media de 13.65 en el pre-test, finalizando con una media de 14.35 en el post-test.

Tabla 8. Ansiedad en el pre-test y post-test del grupo control

Pre-Test	Post-Test						Total	
	Severa		Moderada		Leve		f	%
	F	%	f	%	F	%		
Severa	0	0	7	100	0	0	7	100
Moderada	11	85	2	15	0	0	13	100
Total	11	55	9	45	0	0	20	100

- En esta tabla se observa que 13 de las pacientes que inicialmente presentaron ansiedad moderada con el pre test, después del manejo habitual de la patología 2 de las pacientes se mantuvieron con ansiedad moderada, 11 de las pacientes presentaron ansiedad severa en el pos test.

V. DISCUSIÓN

Este estudio buscó en primer lugar darle realce a la parte psíquica y emocional de la gestante, principalmente al grupo que presenta hospitalización por alto riesgo obstétrico, y en segundo lugar darle importancia debida a la consejería psicológica como medio para ayudar a nuestras gestantes ansiosas a mejor su estado de ánimo y aceptar el proceso que están viviendo.

Este estudio realizado en pacientes hospitalizadas por alto riesgo se puede observar en ambos grupos (experimental y control) que nuestras gestantes muestran niveles de ansiedad, en el grupo experimental se encontró ansiedad severa de un 65%, moderada de un 35% comparándolo con el grupo control donde se encuentra ansiedad severa en un 35%, moderada en un 65%. De esta manera se observa que nuestras gestantes están presentando ansiedad exacerbado por la patología obstétrica y por el temor de pérdida del futuro bebe.

En el estudio realizado por Barber, C.C., Starkey, N.J. (2015) en mujeres de nueva Zelanda hospitalizadas por complicaciones obstétricas comparándolo con un grupo de mujeres gestantes de la comunidad. Este estudio muestra que ambos grupos presenta niveles de ansiedad, 41.3% para el grupo con hospitalización y 37.4% para el grupo control (gestantes de la comunidad); donde el grupo hospitalario mostró puntuaciones significativamente más altas en la ansiedad que el grupo de la comunidad¹⁸.

Observamos en este estudio que la consejería psicológica es efectiva en la reducción de ansiedad en las pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico. Encontramos una disminución (-4.10) estadísticamente significativa ($p < .01$) en la ansiedad del grupo experimental después de la consejería psicológica, el cual tenía inicialmente una media de 15.2 en el pre-test, finalizando con una media de 11.1 en el post-test. Esta efectividad también la observamos en los grados de severidad de la ansiedad disminuida en el pos test respecto al pre test. Nuestras gestantes del grupo experimental que tuvieron ansiedad severa de 65%, moderada en 35% y leve 0% con el pre test, después de la consejería psicológica hubo una reducción evidente distribuyéndose a un 15%, 40% 45% respectivamente.

Estos resultados son apoyados por el estudio realizado por Yazdanimehr, R., Omid, A., Akbari, H (2016). Quienes encuentran en el grupo experimental que tenían ansiedad fue de 19.76% en el pre test y con el post test presentaron 10.86% observando una reducción evidente, no estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Sin embargo, los resultados de la prueba ANOVA de medidas repetidas para comparar las variaciones de las puntuaciones de ansiedad mostraron que, en los grupos de seguimiento, las puntuaciones medias de ansiedad y depresión en el grupo experimental fueron significativamente más bajas que el grupo de control ($P < 0,001$)⁴¹. Lo cual mostraron que las intervenciones basadas en atención plena produjeron efectos positivos durante el embarazo.

VI. CONCLUSIONES

1. La consejería psicológica si es efectiva para la reducción de ansiedad en pacientes hospitalizadas por alto riesgo obstétrico.
2. En el grupo experimental se encuentra ansiedad severa del 65%, ansiedad moderada de 35% y en el grupo control un 35% y 65% respectivamente antes de la consejería psicológica lo cual demuestra que nuestras pacientes hospitalizadas presentan altos niveles de ansiedad.
3. Los grados de severidad de ansiedad disminuye después de la consejería psicológica y aumentan después del manejo medico inicial.
4. Se observa que los grados de severidad disminuyen en el grupo experimental a diferencia del grupo control que no recibieron consejería psicológica.

VII. RECOMENDACIONES

1. Recomiendo la realización de más estudios en el tema, para la implementación de consejería psicología en los hospitales principalmente en los servicios de alto riesgo obstétrico.
2. También sería de gran importancia la consejería psicológica como parte del control prenatal, de esta manera facilitaría la identificación y el manejo temprano de los trastornos de ansiedad y de la depresión.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Maloni J, Seunghee P, Anthony M, Musil C (2005). Measurement of Antepartum Depressive Symptoms During High-Risk Pregnancy. *Research in Nursing & Health*, 2005,28,16-26.
02. Domínguez, A., Fernandez, M., Domínguez, S. (2012). La agonía de la espera: en reposo hacia la maternidad. Madrid, España. 43-49pp.
03. Toledano, J. (2015). Embarazo de Alto Riesgo. Estudio de un caso clínico. Universidad de Jaen. Facultad ciencias de la salud.
04. Gomez E (2007). Guia de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. Vol. 21Nº2. *Perinatol Reprod Hum* 2007; 21:111-121.
05. Bazán, P., Gómez, M. Riesgo obstétrico y psicológico en adolescentes embarazadas de los hospitales nacionales Sergio Bernales y Maria Auxiliadora. Lima, Perú. 21pp.
06. Secretaria de Salud de México. (2009). Guía de práctica clínica para el control prenatal con enfoque de riesgo. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, México. 66pp.
07. Simeone, S., Lojo, C., Garcia, L., Triunfo, S., Crovetto, F., Arraz, A., Gratacos, E. (2015). Psychological impact of first-trimester prevention for preeclampsia on anxiety. *Prenatal Diagnosis* 2015, 35, 60–64.
08. Ku, E. (2014). Factores psicosociales asociados a preclampsia en mujeres hospitalizadas en el instituto nacional materno perinatal agosto a Octubre de 2012. *Revista Peruana de Epidemiología*, Vol. 8 N°1. 7pp.
09. Chura, R. (2014). Aplicación de proceso de enfermería: estudio de caso de una paciente gestante de 31.6 semanas, rotura temprana de membranas y embarazo gemelar. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*. Lima, Perú. 72-78pp.
10. Rowe, T. (2014). Placenta previa. *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(8):667–668
11. Matuszkiewicz, J., Małyszko, J., Wieliczko, M. (2013). Urinary tract infections in pregnancy: old and new unresolved diagnostic and therapeutic problems. *Arch Med Sci* 2015; 11, 1: 67–77
12. Neumann, I., Moore, P. (2011). Pyelonephritis (acute) in non-pregnant women. *Clinical Evidence* 2011;01:807.
13. Nereu B, Neves S, Casado I (2013). Estrategias de relajación durante el periodo de gestación. Beneficios para la salud. *Clínica y Salud* 24, 77-83.

14. Acevedo, A. (2011). Estudio sobre la relación entre los niveles de ansiedad y la presencia de preeclampsia en mujeres gestantes. Universidad Central del Ecuador, Quito, Ecuador. 118pp.
15. Dunkel, C., Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: implications for mothers, children, research, and practice. Department of Psychology, University of California. Los Angeles, California, Estados Unidos. Vol 25, N°2. 141-148pp.
16. Góngora, P., Pantí, S. (2010). Ansiedad durante el embarazo. Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Campeche. México. 289-292pp.
17. Arroyo G, Vite S, Cordova B. (2014). Evaluación de la sintomatología psicológica en mujeres con embarazo de alto riesgo. ATEN FAM 2014;21(4)
18. Barber, C.C., Starkey, N.J., Predictors of anxiety among pregnant New Zealand women hospitalised for complications and a community comparison group. Midwifery (2015), <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.017i>.
19. Gomez, M., Berenzon, G., Ito, M. Malestar psicológico en mujeres con embarazo de alto riesgo. Summa Psicológica UST 2016, Vol. 13, N° 1, 89-100 doi:10.18774/summa-vol13.num1-277
20. Ricardo, C., Alvarez, M., Ocampo, M., Tirado, A. (2015). Prevalencia de Tamizaje positivo para depression y ansiedad de Alto Riesgo Obstétrico en una Clinica de Medellin (Colombia), entre Enero y Agosto del 2013. Factores de riesgos asociados. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 66 No. 2 • Abril-Junio 2015 • (94-102).
21. Mejer J, Bockting C, Beijers C, Verbeek T, Stant D, et al (2011). PRenancy Outcomes after a Maternity Intervention for Stressful EmotionS (PROMISES): study protocol for a randomised controlled trial. Trials 12:157.
22. Burger, H., Bockting, C., Beijers, C., Verbeek, T., Stant, A., Ormel, J., et al. (2015). Pregnancy Outcomes After a Maternity Intervention for Stressful Emotions (PROMISES): A Randomised Controlled Trial. Advances in Neurobiology. 443-459pp.
23. Pimentel, D., Morales, F., Sanchez, C., Meza, P. (2013). Intervencion psicológica institucional oportuna en pacientes embarazadas con diabetes mellitus. Perinatol reprod hum 2013; 27 (2): 98-105.
24. Pimentel, D. (2007). Guía clínica para la intervención psicológica de mujeres embarazadas con endocrinopatías. Perinatol Reprod Hum 2007; 21: 54-68.
25. Perez, C., Santiesteban, G. (2014). Evaluacion psicológica a embarazadas en el policlínico Mario Escalona. Revista del hospital psiquiátrico de la Habana. Volumen 11 N°3-2014.

26. Gomez, L., Aldana, C. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud*, vol17, Num. 1:53-61, enero-junio de 2007.
27. Gomez, L., Aldana, C., Gonzalez, C., Mota, G., Sanchez, P. (2009). Psicoterapia de grupo para mujeres con embarazo de alto riesgo. *Terapia psicológica* 2009, vol.27, N° 2,215-225.
28. Romero, G., Rocha, M., Ruiz, T. (2013). Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *ISSN-0300-9041 Volumen 81, núm. 4*.
29. Gonzales P. (2009). Ansiedad en el embarazo y efectos en la madre y el feto: La relajación muscular progresiva, una opción terapéutica. *Revista de Investigaciones en Seguridad Social y Salud*, Núm. 11 (enero-diciembre), 2009.
30. Guardino, C., Dunkel, C. (2014). *Understanding Pregnancy Anxiety*. Universidad de California. Los Angeles, Estados Unidos. 12-21pp.
31. Gorrita, R., Bárcenas, Y., Gorrita, Y., Brito, B. (2014). Estrés y ansiedad materna y su relación con el éxito de la lactancia materna. Mayabeque, Cuba. 9pp.
32. Leonetti, L., Martins, M. (2007). Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: revisión de la literatura. Universidad de Sao Paulo, Brasil. 8pp.
33. Roos, A., Lochner, C., Vythilingum, B., Stein, DJ. (2013). Predictors of distress and anxiety during pregnancy. *Afr J Psychiatry* 2013;16:118-122.
34. Díaz, M., Amato, R., Chávez, J., Ramirez, M., Rangel, S., Rivera, L., et al. (2013). Depresión y ansiedad en embarazadas. Venezuela. 32-40pp.
35. Thiagayson P, Krishnaswamy G, Lim M, Sung S, Haley C, Fung D, Allen J, Chen H. (2013) Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies – prevalence and screening. *Gen Hospital Psychiatry*, 35(2): 112-116.
36. Byatt, N., Hicks-Courant, K., Davidson, A., Levesque, R., Mick, E., Allison, J., et al. (2014). Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. University of Massachussets. Estados Unidos. 644-649pp.
37. Gourounti, K., Karapanou, V., Karapathiotaki, N., Vaslamatzis, G. (2015). Anxiety and depression of high risk pregnant women hospitalized in two public hospital settings in Greece. Atenas, Atenas, Grecia. 6pp.
38. García, M., Martínez, A., Ulla, S., Martínez, M. (2010). Análisis de Riesgo Gestacional y Ansiedad Materna. Cuenca, España. 273-279pp.
39. Sulima M, Makara M, Lewucka M, Wiktor K, Stawar B, Wiktor H (2014). Analysis of the severity of anxiety in a group of pregnant women hospitalized for threatened premature delivery. *Olishannals of medicine* 2 1 : 1 1 4 – 1 1 9.

40. Zhong, Q., Gelaye, B., Zaslavsky, A., Fann, J., Rondon, M., Sanchez, S., Williams, M. (2015). Diagnostic Validity of the Generalized Anxiety Disorder - 7 (GAD-7) among Pregnant Women. DOI:10.1371/journal April 27, 2015.
41. Yazdanimehr, R., Omid, A., Akbari, H. The Effect of Mindfulness-integrated Cognitive Behavior Therapy on Depression and Anxiety among Pregnant Women: a Randomized Clinical Trial. *Journal of Caring Sciences*, 2016, 5(3), 195-204 doi:10.15171/jcs.2016.021.

VX. ANEXO

ANEXO I.

TEST GAD-7

Fecha:

N° historia:

	Nunca	Varios días	La mitad de los días	Casi cada día
1 Sentirse nervioso, ansioso, notar que se le ponen los nervios de punta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 No ser capaz de parar o controlar sus preocupaciones.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Preocuparse demasiado sobre diferentes cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Dificultad para relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Estar tan desasosegado que le resulta difícil parar quieto.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Sentirse fácilmente disgustado o irritable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Sentirse asustado como si algo horrible pudiese pasar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Puntos de corte

0-4	No se aprecia ansiedad
5-9	Se aprecian síntomas de ansiedad leves
10-14	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados
15-21	Se aprecian síntomas de ansiedad severos

Resultado:

ANEXO II

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Efectividad de la consejería psicológica en el tratamiento de la ansiedad en
pacientes con alto riesgo obstétrico.**

Nº de ficha:

CONDICIÓN:

G. experimental___

G. control___

Historia clínica:

I. Datos Generales:

- Edad:
- Fórmula Obstétrica: G P
- Edad gestacional:

II. Alto Riesgo obstétrico: si()

1. D(x) PREECLAMPSIA

SI

NO

2. DX RPM PRETERMINO:

SI

NO

3. DX PLACENTA PREVIA

SI

NO

4. DX PIELONEFRITIS

SI

NO

III. Ansiedad establecida por el test GAD-7

Puntuación _____

IV. Consejería psicológica: SI

NO

V. Ansiedad establecida por el test GAD-7

Puntuación _____

ANEXO III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Efectividad de la consejería psicológica en el tratamiento de la ansiedad en pacientes con alto riesgo obstétrico.

Introducción:

Hoy se considera que la mujer es más susceptible a padecer trastornos emocionales debido a cambios hormonales durante el embarazo, por esto es lógico pensar que la ansiedad y la depresión podrían ser trastornos presentes de manera frecuente en las embarazadas. Se ha encontrado que la ansiedad puede ser exacerbada por la incertidumbre durante el embarazo de alto riesgo, esta ansiedad causa complicaciones a corto y a largo plazo en la madre y en su hijo. Por este motivo este estudio tiene la finalidad de considerar incluir la consejería psicológica en estas pacientes con el objetivo de favorecer un proceso terapéutico que les permita, con base en las experiencias planteadas tener conciencia acerca de lo que las origina y finalmente encontrar maneras más adaptativas para solucionarlas. De esta manera evitar complicaciones futuras en sus hijos.

Usted ha sido invitada a participar en una investigación sobre la efectividad de la consejería psicológica en el tratamiento de la ansiedad en pacientes con alto riesgo obstétrico (Preeclampsia, Ruptura Prematura de Membranas, Pielonefritis Aguda y Placenta Previa). Esta investigación es realizada por la Bachiller de la escuela de medicina Humana Sharon Aponte Ríos para optar por el título de Médico cirujano de la Universidad privada Antenor Orrego.

El propósito de esta investigación es conocer la efectividad de la consejería psicológica en el tratamiento de ansiedad en pacientes con alto riesgo obstétrico. Usted fue seleccionada para participar en esta investigación por haber cumplido con los criterios de inclusión de este estudio. Para esta investigación se requiere de dos grupos de mujeres, uno grupo al cual se le dará consejería psicológica y otro grupo sin consejería psicológica. Se espera que en este estudio participen aproximadamente 40 personas como voluntarias.

Si acepta participar en esta investigación, se hará una revisión de su historia clínica el cual confirma el diagnóstico de alto riesgo obstétrico (Preeclampsia, Ruptura Prematura de Membrana, Pielonefritis Aguda y Placenta Previa); se le solicitará que brinde algunos datos personales; que responda a preguntas encontradas en el test de desórdenes de ansiedad generalizada (GAD-7). El participar en este estudio le tomará aproximadamente 30 minutos y será realizado en el servicio donde se encuentra hospitalizada.

Riesgos y beneficios

Los riesgos asociados con este estudio son que usted podría sentir incomodidad con algunas de las preguntas que se le haga durante la entrevista; sin embargo, se cuidará en todo momento su privacidad, buscando el lugar y momento apropiados.

Su participación en esta investigación no tendrá ningún costo para usted.

Los beneficios esperados de esta investigación son que usted pueda conocer los resultados de los cuestionarios que se le aplicarán, los cuales le serán entregados por escrito.

Derechos

Si ha leído este documento y ha decidido participar, por favor entienda que su participación es completamente voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse de participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin ninguna penalidad. Ninguno de los servicios o beneficios que recibe o a los que tiene derecho le será arrebatado. También tiene derecho a no contestar alguna pregunta en particular. Además, tiene derecho a recibir una copia de este documento.

Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre esta investigación, por favor comuníquese con Sharon Aponte Ríos al 952222533 ó al correo electrónico: shargui8@gmail.com

Su firma en este documento significa que ha decidido participar después de haber leído y discutido la información presentada en esta hoja de consentimiento.

Nombre del participante

Firma

Nombre del testigo

Firma

Nombre del investigador

Firma

ANEXO IV

Base de datos

HCL	Variables							Pre-Test							Post-Test							Puntaje		Nivel		Grupo
	AR	E	EG	P	RPM	PP	PA	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	Pre	Post	Pre	Post	
939845	1	30	37	1	2	2	2	1	2	2	3	1	2	3	1	2	2	3	1	2	3	14	14	2	2	1
126854	1	35	33	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	3	1	1	2	1	1	0	3	13	9	2	3	1
434580	1	28	31	2	1	2	2	1	1	1	1	2	3	3	2	1	1	1	0	0	3	12	8	2	3	1
122416	1	20	36	1	2	2	2	3	3	2	1	2	2	3	3	3	2	1	1	2	3	16	15	1	1	1
939772	1	19	37	2	1	2	2	2	3	3	1	3	0	3	2	2	3	0	2	0	2	15	11	1	2	1
907921	1	35	37	2	1	2	2	2	2	1	2	3	3	3	2	2	1	2	3	3	3	16	16	1	1	1
693647	1	35	36	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	0	0	1	1	1	2	12	6	2	3	1
939183	1	18	34	1	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3	2	1	1	2	3	2	3	20	14	1	2	1
938942	1	28	33	2	1	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	1	2	0	1	1	2	18	9	1	3	1
341143	1	30	34	2	2	1	2	3	0	3	2	3	3	3	1	1	2	1	2	1	2	17	10	1	2	1
463237	1	24	28	2	1	2	2	3	1	2	1	3	2	3	2	1	1	1	3	1	3	15	12	1	2	1
553217	1	18	30	2	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	1	2	1	0	2	0	2	16	8	1	3	1
913966	1	20	22	2	2	2	1	2	2	0	0	3	3	3	1	0	1	0	3	3	0	13	8	2	3	1
709608	1	27	40	1	2	2	2	2	0	2	3	3	2	3	1	0	2	2	0	1	2	15	8	1	3	1
914097	1	20	23	2	2	2	1	3	1	3	3	1	3	1	1	2	1	3	0	0	17	8	1	3	1	
508418	1	20	29	2	1	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	1	3	3	2	0	3	19	14	1	2	1
939864	1	19	32	2	2	2	1	3	0	3	0	3	0	2	3	1	3	1	3	0	3	11	14	2	2	1
856481	1	21	33	2	1	2	2	3	2	3	2	2	1	3	3	3	3	2	2	2	3	16	18	1	1	1
880102	1	31	35	2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	1	15	12	1	2	1
915004	1	19	27	1	2	2	2	2	0	3	0	3	3	3	2	1	1	1	1	0	2	14	8	2	3	1
349779	1	31	37	1	2	2	2	3	2	1	2	2	1	3	3	3	2	1	3	2	3	14	17	2	1	2
936261	1	27	34	2	2	1	2	3	1	3	1	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	16	14	1	2	2
938573	1	23	34	2	1	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	3	10	12	2	2	2
819984	1	22	36	1	2	2	2	3	1	3	1	3	2	3	2	1	3	2	2	2	0	16	12	1	2	2
938957	1	18	37	2	1	2	2	3	2	1	2	1	0	3	3	3	2	1	2	1	3	12	15	2	1	2
655860	1	35	37	2	1	2	2	2	0	2	0	2	1	3	3	0	3	0	2	1	3	10	12	2	2	2
9151091	1	28	35	2	2	1	2	3	3	1	2	3	1	3	2	2	2	2	2	2	2	16	14	1	2	2
903346	1	24	33	1	2	2	2	2	3	2	1	2	2	3	2	1	2	2	2	0	3	15	12	1	2	2
914141	1	21	34	2	1	2	2	2	0	1	3	3	1	3	3	0	2	3	3	1	3	13	15	2	1	2
789595	1	25	36	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	1	3	14	16	2	1	2
913906	1	19	29	2	1	2	2	3	2	1	0	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	14	18	2	1	2
912635	1	23	32	2	1	2	2	3	1	2	2	3	1	3	3	2	2	1	2	0	3	15	13	1	2	2
913404	1	24	24	2	2	2	1	2	2	1	0	3	1	3	3	2	2	2	3	1	3	12	16	2	1	2
939794	1	23	39	1	2	2	2	3	0	1	2	2	2	3	3	0	2	2	3	2	3	13	15	2	1	2
915183	1	22	25	2	2	2	1	3	1	3	2	2	3	2	2	1	2	0	1	2	2	16	10	1	2	2
939711	1	26	30	2	1	2	2	2	2	0	2	3	2	3	3	2	2	2	3	1	3	14	16	2	1	2
915063	1	19	33	2	2	2	1	3	1	2	2	3	0	3	3	1	3	2	3	0	3	14	15	2	1	2
938532	1	30	35	2	1	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2	1	2	1	2	2	3	15	13	1	2	2
87997	1	23	33	2	2	1	2	1	1	1	3	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3	14	17	2	1	2
939530	1	19	37	1	2	2	2	1	2	1	1	3	1	3	3	2	2	1	3	1	3	12	15	2	1	2

Leyenda:

- ARO: Alto riesgo obstétrico.
- E: Edad
- EG: Edad Gestacional
- P: Preeclampsia
- RPM: Ruptura Prematura de Membrana
- PP: Placenta Previa
- PA: Pielonefritis Aguda
- GAD: Test de Desordenes Generalizados de Ansiedad.

Código	Alto riesgo	P	RPM	PP	PA	GAD
0						Nunca
1	Si	Si	Si	Si	Si	varios días
2	No	No	No	No	No	La mitad de los días
3						Casi cada día

Severa	1
Moderada	2
Leve	3