

**UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**TRABAJO FIN DE GRADO EN TERAPIA OCUPACIONAL**



**ANSIEDAD Y PATRONES DE EJECUCIÓN EN MUJERES  
GESTANTES**

**AUTOR:** SÁNCHEZ OLIVA, LAURA

**Nº expediente:** 979

**TUTOR:** MORALES SABUCO, ALEXANDRA

**Departamento y Área:** Departamento de Psicología de la Salud. Área de personalidad, evaluación y tratamiento psicológico.

**Curso académico** 2017- 2018

**Convocatoria:** Mayo



## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	1
<b>ABSTRACT</b> .....	1
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	3
Objetivos e hipótesis.....	5
<b>MATERIAL Y MÉTODO</b> .....	5
Diseño.....	5
Participantes.....	6
Instrumentos.....	6
Procedimiento.....	7
Análisis estadísticos.....	8
<b>RESULTADOS</b> .....	8
<b>DISCUSIÓN</b> .....	13
<b>CONCLUSIONES</b> .....	16
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	18
<b>ANEXOS</b> .....	21

## 1. RESUMEN

**Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo describir las variables psicosociales y de desempeño ocupacional en una muestra de mujeres embarazadas, y analizar los patrones de ejecución en función del nivel de ansiedad en esta población.

**Métodos:** Se ha evaluó a una muestra de 26 mujeres gestantes entre 18 y 41 años, reclutadas en los Centros de Salud de Lorca y Puerto Lumbreras, en Murcia (España). Se evaluaron variables sociodemográficas, patrones de ejecución (hábitos, rutinas y roles), variables psicosociales (afrentamiento de la maternidad, apoyo social) y ansiedad. La muestra se dividió en dos grupos, baja sintomatología ansiosa ( $n = 15$ ) y alta sintomatología ansiosa ( $n = 11$ ). Se compararon los patrones de ejecución y las variables psicosociales entre ambos grupos. Los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 21.

**Resultados:** Los resultados indicaron que la ansiedad interfiere en el patrón de sueño y ocio durante el embarazo. Una mayor proporción de mujeres con alta ansiedad informó descansar entre 8 y 10 horas (15,4 % vs. 23,1%) o bien entre 4 y 6 horas (15,4% vs. 19,2%). Sin embargo, la mayoría de mujeres en el grupo baja ansiedad dormía entre 6 y 8 horas (46,2%). Las mujeres con mayor ansiedad indicaron haber dejado de dedicar tiempo al ocio durante el embarazo respecto al grupo baja ansiedad (38,5% vs. 26,9%).

**Conclusiones:** La ansiedad durante el embarazo es un factor que puede afectar al bienestar de las gestantes a través de alteraciones en el descanso y ocio. Desde Terapia Ocupacional se debe trabajar en el diseño y evaluación de programas que tengan el objetivo principal de regular los patrones de sueño y ocio en mujeres con ansiedad durante el embarazo.

**Palabras clave:** embarazo, ansiedad, patrones de ejecución.

## ABSTRACT

**Objective:** The aim of the study was describing the psychosocial variables and the occupation ability based on a sample of pregnant women, and analysing the execution patterns according to the anxiety level in this population.

**Method:** A sample of 26 pregnant women from 18 years old to 41 years old was evaluated. These women were at the Health Centres of Lorca and Puerto Lumbreras located in Murcia (Spain). In this study, socio-demographic variables, execution patterns (habits, routines and social position), psychosocial variables (coping with pregnancy, social support ) and anxiety ( $n = 26$ ) were evaluated. The sample was divided into two groups, low anxiety symptomatology ( $n = 15$ ) and high anxiety symptomatology ( $n = 11$ ). A comparison was made between the execution patterns and psychosocial variables among both groups. The statistical analyses were conducted using SPSS program, 21<sup>st</sup> version.

**Results:** The results of this study showed that anxiety during pregnancy interferes with sleep and leisure pattern . A large proportion of women suffering from high anxiety reported sleeping 8 to 10 (15.4% vs 23.1%) or 4 to 6 hours (15.4% vs 19.2%). Nevertheless, most women experiencing low anxiety slept 6 to 8 hours (46.2%). Thus, high anxiety symptomatology group reported having stopped enjoying leisure during the pregnancy, unlike low anxiety symptomatology group(38.5% vs 26.9%).

**Conclusions:** Anxiety during pregnancy is a factor that may influence the welfare of pregnant women affecting sleep and leisure patterns. Occupational Therapy should work on the design and programme evaluation with the main aim of regulating the sleep and leisure patterns in pregnant women suffering from anxiety.

**Key words:** pregnancy, anxiety, execution patterns.

## 2. INTRODUCCIÓN

El periodo del embarazo se corresponde con un cambio vital y significativo para la vida de la mujer y de su ámbito familiar<sup>1</sup>. Hay evidencia de que las mujeres embarazadas son más propensas a padecer alteraciones emocionales, especialmente ansiedad, asociada a los desajustes hormonales y progesterona<sup>2</sup>. Alrededor del 54% de las mujeres han presentado ansiedad en algún momento de su embarazo, siendo más frecuente y más grave en el primer y el tercer trimestre<sup>3</sup>.

La preocupación por los cambios experimentados en su cuerpo, el desarrollo saludable del bebe y la preparación de la casa (síndrome del nido) son algunos de los factores que la literatura ha relacionado con la ansiedad durante el embarazo<sup>4</sup>. De acuerdo con el Modelo de Lazarus y Folmank (1986)<sup>5</sup>, la ansiedad surge cuando el individuo valora que los recursos que tiene para afrontar una situación no son los suficientes, y crea una situación de desequilibrio que puede poner en peligro su bienestar personal<sup>6</sup>. Las mujeres con más ansiedad rasgo, tienden a actuar de forma más ansiosa en el desarrollo de su vida en general, incluida la etapa del embarazo. En algunos casos, pueden carecer de estrategias para afrontar las situaciones más estresantes que se presentan en el transcurso de la vida<sup>7</sup>.

Durante el periodo de gestación se producen numerosos cambios, a nivel físico, psicológico/emocional y psicosociales.

Los cambios físicos que experimentan las mujeres embarazadas, varían según el trimestre de gestación en el que se encuentran. Los cambios más significativos, generalmente, se producen en estadios más avanzados del embarazo. Entre los síntomas más frecuentes están: cambios respiratorios, como puede ser la fatiga; cambios cardiovasculares, como ausencia de menstruación; cambios del sistema músculo-esquelético, dolores de espalda, aumento del peso corporal, sensación de cansancio y sueño; cambios gastrointestinales, como náuseas y vómitos; aumento del tamaño del útero; y frecuentes ganas de orinar<sup>8</sup>.

Los cambios emocionales/psicológicos en las mujeres embarazadas incluyen el sentimiento de la inseguridad, ansiedad, labilidad emocional, e irritabilidad. A menudo se muestran más sensibles a situaciones que antes no les afectaban tanto. Estos cambios son mucho más frecuentes en el primer trimestre de embarazo, reduciéndose de forma progresiva a lo largo del segundo trimestre hasta pocas semanas antes del parto<sup>9</sup>. Los cambios a nivel psicológico, especialmente la ansiedad asociada a este

momento vital, pueden propiciar alteraciones en los roles, patrón del sueño, y ocio de la mujer embarazada<sup>10</sup>.

En un estudio realizado con una muestra de 103 mujeres de edades comprendidas entre los 20 y los 39 años, se concluyó que la tasa de ansiedad a nivel global alcanzó el 50,5%. Concretamente, la prevalencia de ansiedad fue del 46% en mujeres entre 20-29 años, el 65% en mujeres de 30-34 años, y 31% entre mujeres de 34-39 años<sup>11</sup>.

Durante el embarazo también se pueden producir cambios a nivel psicosocial, en las áreas de relación de pareja, laboral, familiar, social y económico. Un factor que favorece la ansiedad durante el embarazo es el bajo apoyo social percibido. En un estudio realizado en Boston en el que participaron 1764 mujeres, se concluyó que el bajo apoyo social incrementó la ansiedad<sup>12</sup>.

La ansiedad constituye un problema que afecta a muchos aspectos de la vida de las mujeres. Altos niveles de ansiedad se asocian a complicaciones antes y después del parto que afectan al niño, como pueden ser: parto prematuro, bajo peso al nacer, retraso en el desarrollo, alteraciones congénitas, alteraciones emocionales y de conducta<sup>13,14</sup>.

Otros factores relacionados con la ansiedad en embarazadas, son el deseo de ser madre y la capacidad de afrontamiento de la maternidad<sup>15</sup>. Sería esperable que las mujeres que presentan mayor deseo por la maternidad y que se perciben más capaces de afrontar ese momento, presenten menor nivel de ansiedad durante el embarazo.

La literatura científica recoge estudios que analizan cómo afecta la ansiedad de la madre durante el embarazo en el desarrollo de problemas en el niño<sup>16</sup>. Otros trabajos se han centrado en la depresión postparto y los cambios en la madre cuando el niño ya ha nacido<sup>17</sup>.

Sin embargo, no hay estudios que analicen si la ansiedad afecta a los patrones de ejecución, redactados en el Marco de trabajo de la AOTA como hábitos, rutinas y roles<sup>18</sup> en concreto, las áreas de consumo de sustancias (tabaco y alcohol), actividad física, sueño, alimentación, situación laboral, tareas del hogar, ocio y los roles de las mujeres embarazadas.

## **2.1 Objetivos e Hipótesis.**

Los objetivos generales de este trabajo fueron:

- Describir variables psicosociales y de desempeño ocupacional en una muestra de mujeres embarazadas.
- Analizar la relación entre la ansiedad y los patrones de ejecución en mujeres gestantes.

En función de los objetivos planteados y de la literatura revisada, se han formulado las siguientes hipótesis:

- Las mujeres con mayor ansiedad rasgo presentarán mayor alteración en los patrones de ejecución (consumo de sustancias, actividad física, sueño, alimentación, trabajo, tareas del hogar, ocio y roles)
- El grado de afectación de los patrones de ejecución será mayor en las gestantes en un estado más avanzadas respecto a las más recientes.
- Las mujeres asignadas al grupo alta sintomatología ansiosa presentarán menor deseo de ser madres, se percibirán menos capaces de afrontar la maternidad y percibirán menor apoyo social con respecto a las mujeres del grupo baja sintomatología ansiosa.

## **3. MATERIAL Y MÉTODO**

### **3.1 Diseño**

Se trata de un estudio transversal y descriptivo en el que se recoge la información de los participantes mediante autoinformes en un único momento temporal.

Los aspectos éticos de este estudio se basan en la Declaración de Helsinki para estudios con seres humanos. Los aspectos éticos que se tienen en cuenta en el desarrollo de este estudio son beneficencia, no maleficencia, autonomía, confidencialidad. Se aporta a los participantes todo el contenido y los objetivos del estudio.

Así mismo, se le explicó a las personas que no suponía ningún riesgo para la salud y su principal objetivo era ver cómo afectaba el embarazo junto con la ansiedad a los hábitos, rutinas y roles de las mujeres. Todo lo comentado persigue los aspectos de beneficencia y no maleficencia.



La participación en el estudio fue totalmente voluntaria, una vez que obtuvieron toda la información por el evaluador, por ello, se firma el consentimiento informado, el cual, no obligaba a los participantes a seguir con el estudio si no lo deseaban. Los participantes pueden abandonar en cualquier momento, por lo que se cumple el concepto de autonomía.

Todos los datos tenían un carácter anónimo y toda la información aportada por parte de los participantes era totalmente confidencial, sólo podía acceder a ella el equipo investigador. Para añadir la información, en la base de datos se le asignó un número o código a los cuestionarios recogidos que fue el identificador de cada participante. Por último, a las personas participantes del estudio no se les proporcionó ningún incentivo por ser partícipes del estudio.

### **3.2 Participantes**

El número de participantes reclutados fue de 36 mujeres que cumplían con los siguientes criterios de inclusión: a) estar en periodo de gestación y b) tener entre 18 y 45 años. No hubo que excluir a casos por no cumplir con los criterios descritos.

Las participantes fueron reclutadas en la calle y en el Centro de Atención Primaria de Lorca y Puerto Lumbreras, ambos situados en la Región de Murcia. En el centro de salud fueron reclutadas en la consulta de la matrona, donde las participantes acuden a las revisiones periódicas del embarazo. Tras recibir los permisos pertinentes, se invitó a participar a las mujeres, que también firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

### **3.3 Instrumentos**

Los datos se obtuvieron mediante autoinformes que evaluaron las variables de este estudio:

**Datos sociodemográficos:** se evaluó edad, estado civil, años de relación con la pareja, número de hijos, profesión, nivel de estudios y nivel socioeconómico.

**Apoyo Social:** se evaluó con una escala de 0 (nada de apoyo) a 10 (mucho apoyo)

**Patrones de Ejecución:** se evaluó el consumo de sustancias, actividad física, sueño, alimentación, situación laboral, realización de las tareas del hogar, ocio/vida social y por último los

roles. Este cuestionario fue elaborado ad hoc (anexo 1), para ver si alguno de los patrones de ejecución había cambiado durante el embarazo. Se les preguntó por su ejecución antes y durante el embarazo. Un ejemplo de ello, es la pregunta en cuanto al número de horas de sueño antes del embarazo (1. Entre 4-6h, 2. Entre 6-8h, 3. Entre 8-10h), posteriormente tenían que volver a señalar las horas de sueño durante el embarazo, para ver si había alguna diferencia entre antes y durante.

En el caso de los roles se evaluó el posible cambio en ellos durante el embarazo.

Ansiedad: Se evaluó mediante la escala IDARE<sup>19</sup>, la versión en español del conocido STAI ( State-Trait Anxiety Inventory). Está constituida por dos escalas de autoevaluación que se utilizan para medir la ansiedad en dos dimensiones distintas: la ansiedad rasgo, que se refiere a cómo la persona se siente generalmente a lo largo de su vida cotidiana; y la ansiedad estado, la cual informa de cómo se siente en un momento dado. La ansiedad estado, puede variar con el tiempo y fluctuar con intensidad.

Para interpretar los resultados, hay que tener en cuenta los ítems de puntuación directa e ítems de puntuación invertida. Previamente a su calificación, es necesario realizar una ecuación para obtener la puntuación bruta  $(A-B)+ 50$  en el caso de la ansiedad estado, y  $(A-B)+35$  para la ansiedad rasgo, donde A son los llamados reactivos directos y B son los llamados reactivos inversos.

La escala IDARE, tiene una fiabilidad consistente, está validada en estudios con poblaciones con una muestra bastante elevada. Presenta una Alpha de Cronbach de 0,63, por lo que se acerca mucho al 0,70 donde la escala se considera bastante fiable.

### **3.4 Procedimiento**

Para el reclutamiento de la muestra, se contactó con los jefes de la unidad de maternidad de los centros colaboradores. Se solicitaron los permisos necesarios para que las mujeres que acudían pudiesen realizar los cuestionarios. Las evaluaciones se realizaron en horario de mañana, desde las 08:00h hasta las 14:00h. Participaron todas las mujeres embarazadas que aceptaron participar voluntariamente y firmaron el consentimiento informado.

Los responsables de proporcionar los cuestionarios a cada una de las mujeres fueron el evaluador y la matrona de cada uno de los centros de Atención Primaria. Todos habían recibido una formación básica para administrar el test y resolver dudas. Los cuestionarios fueron autocumplimentados en los centros sanitarios de referencia de las participantes. Durante la evaluación, el evaluador se mantuvo cerca del participante para resolver posibles cuestiones.

### **3.5 Análisis estadísticos**

La muestra se distribuyó con el criterio del percentil 60, en la puntuación total de la subescala ansiedad rasgo del IDARE. Se consideraron dos grupos: uno de mujeres con baja sintomatología ansiosa y otro con mujeres con alta sintomatología ansiosa, para así poder comparar como cambian cada una de las variables según se pertenezcan a cada uno de los dos grupos.

Se calcularon todas las frecuencias de los datos sociodemográficos. A través de tablas de contingencia, se estudió la relación entre las variables categóricas del estudio y la ansiedad (grupo alta y baja ansiedad). Por último se analizó la relación entre los patrones de ejecución y la ansiedad. Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa estadístico SPSS versión 21.

## **4. RESULTADOS**

La muestra estuvo compuesta por 26 mujeres de edades comprendidas entre 18 años y 41 años ( $M = 29,46$  y  $DT = 5,56$ ). La edad media de las mujeres de la muestra fue de 29,46 años ( $DT = 5,55$ ). El 69,2% de ellas estaban casadas y la media de hijos fue 0,54 hijos ( $DT = 0,64$ ). En la Tabla 1, se pueden observar detalladamente los datos sociodemográficos de la muestra de este estudio. Se puede observar que, aunque el 50% de la muestra no trabajar, la mayoría (69,2%) ingresos mensuales medios. Las profesiones de las participantes eran muy variadas, 11 de ellas se dedicaban al sector servicios, 7 de ellas tenían una profesión de la rama sanitaria, 2 de estas mujeres pertenecían al sector agrícola, otras 2, se dedicaban al sector educativo y por último, 4 de ellas pertenecían al sector hostelero.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de la muestra

Edad <i>M (DT)</i>	29,46 (5,56)
Años con la pareja <i>M (DT)</i>	9,17 (4,18)
Nº hijos <i>M (DT)</i>	0,5 (0,64)
Lugar de evaluación <i>N (%)</i>	
Calle	9 (34,6)
Centro de Salud	17 (65,4)
Estado Civil <i>N (%)</i>	
Soltera	2 (7,7)
Casada	16 (61,5)
Convive con la pareja	8 (30,8)
Trabaja actualmente <i>N (%)</i>	
No	13 (50)
Sí	13 (50)
Nivel de estudios <i>N (%)</i>	
Primarios	7 (26,9)
Secundarios	6 (23,1)
Bachiller	7 (26,9)
Grado/Diplomatura	6 (23,1)
Ingresos individuales <i>N (%)</i>	
Bajo (0-600 €/mes)	-
Medio (601-1200 €/mes)	18 (69,2)
Alto ( Más 1200 €/mes)	8 (30,8)

En la tabla 2, se muestran las diferencias psicosociales entre las mujeres asignadas al grupo alta sintomatología ansiosa y al grupo baja sintomatología ansiosa. Hubo diferencias significativas en la ansiedad estado entre ambos grupos. Las mujeres que pertenecen al grupo alta sintomatología ansiosa presentaron mayor ansiedad estado que el otro grupo ( $M = 49,54$  vs.  $M = 38,46$ ).

Las mujeres con baja sintomatología ansiosa informaron de un mayor deseo de ser madres respecto a las mujeres que presentaban alta sintomatología, con un tamaño del efecto de 0,34. De la misma forma, se puede observar que las mujeres con baja sintomatología ansiosa tienen un mayor afrontamiento de la maternidad, frente a las de alta sintomatología ansiosa, con un tamaño del efecto de 0,28. En cuanto al nivel de apoyo, todas las mujeres del estudio tenían un nivel de apoyo muy elevado por parte de la familia, amigos, pareja. La tabla refleja cómo las mujeres con baja sintomatología ansiosa son las que están de menos semanas de gestación, frente a un ligero aumento

de las que presentaban alta sintomatología ansiosa que estaban de más semanas de gestación, con un tamaño del efecto de -0,07.

La mitad de las mujeres informaron no asistir a clases de preparación al parto 42,3%. De las que informaron que sí asistían, un 34,6% presentaban baja sintomatología ansiosa.

**Tabla2.** Variables categóricas del embarazo y ansiedad

Variables	Baja ansiedad	Alta ansiedad	Total	X <sup>2</sup>	Tamaño efecto
<b>Embarazo</b>					
Nauseas	No	0	1 (3,8)	1,42	-
	Sí	15 (57,7)	10 (38,5)		
Vómitos	No	5 (19,2)	5 (19,2)	0,394	-
	Sí	10 (38,5)	6 (23,1)		
Clases prepara. parto	No	6 (23,1)	5 (19,2)	0,07	-
	Sí	9 (34,6)	6 (23,1)		
Ansiedad estado	<i>M (DT)</i> 38,46 (6,45)	<i>M (DT)</i> 49,54 (7,95)		-3,92*	-0,60*
Deseo de embarazo	<i>M (DT)</i> 9,47 (1,12)	<i>M (DT)</i> 8,09 (2,43)		1,94	-
Afrontamiento de la maternidad	<i>M (DT)</i> 8,47 (1,68)	<i>M (DT)</i> 7,36 (2,01)		1,52	-
Nivel de apoyo percibido	<i>M (DT)</i> 9,20 (1,32)	<i>M (DT)</i> 9,27 (1,19)		-0,14*	-
Semana de embarazo	<i>M (DT)</i> 25,80 (6,99)	<i>M (DT)</i> 26,91 (7,55)		-0,38*	-

\* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\* $p \leq 0.001$

En la tabla 3 y 3,1 se indica la relación de la ansiedad con los patrones de ejecución antes y durante el embarazo.

Se observaron diferencias significativas en las horas de sueño durante el embarazo, se puede ver que hay una mayor proporción de mujeres del grupo de alta sintomatología ansiosa que duermen

de 4-6h (15,4%) y de 8-10h (15,4%), frente a las mujeres con baja sintomatología ansiosa, que el 80% de ellas, la gran mayoría, informó dormir entre 6-8h.

Otra variable en la que se pueden encontrar diferencias significativas es en las salidas de ocio durante el embarazo, del 38,5% de las mujeres que dejan de realizar salidas de ocio, un 26,9% presentan alta sintomatología ansiosa frente al 11,5% que dejan de realizar salidas de ocio pero presentan baja sintomatología ansiosa. Por el contrario, de las mujeres que siguen realizando salidas de ocio 61,5%, sólo el 15,4% presentan alta sintomatología ansiosa frente al 46,2% de baja sintomatología ansiosa.

Por otro lado, sin tener diferencias significativas entre el grupo de alta y baja ansiedad se puede ver que referente al número de comidas diarias durante el embarazo, las mujeres con alta sintomatología ansiosa aumentan el número de comidas diarias 23,1% y pasan a hacer más de 5 comidas al día.

Respecto a las otras variables evaluadas, hábito tabáquico, actividad física, trabajo, tareas del hogar, no se han observado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos: alta y baja ansiedad.

**Tabla 3.** Patrones de ejecución y ansiedad antes del embarazo.

Variables	Antes Embarazo			$X^2$	OR
	Baja Ansiedad	Alta Ansiedad	Total		
Tabaco	No	9 (34,6)	5 (19,2)	0,54	1,80 (0,37;8,68)
	Sí	6 (23,1)	6 (23,1)		
Act. Física	No	9 (34,6)	6 (23,1)	0,77	1,25 (0,26;6,02)
	Sí	6 (23,1)	5 (19,2)		
H Sueño	4-6h	2 (7,7)	2 (7,7)	1,62	1,57 (0,46;3,52)
	6-8h	11 (42,3)	8 (34,6)		
	8-10h	2 (7,7)	0		
Nº Comidas día	- de 5	6 (23,1)	4 (15,4)	0,07	0,82 (0,07; 8,76)

	5	8 (30,8)	6 (23,1)	14 (53,8)		
	+ de 5	1 (3,8)	1 (3,8)	2 (7,7)		
Trabajo	No	1 (3,8)	1 (3,8)	2 (7,7)	0,05*	0,71 (0,04;12,82)
	Sí	14 (53,8)	10 (38,5)	24 (92,3)		
Tareas Hogar	No	0	2 (7,7)	2 (7,7)	2,95	2,66 (1,59;4,47)
	Sí	15 (57,7)	9 (34,6)	24 (92,3)		
Salidas ocio	No	0	0	0	-	-
	Sí	15 (57,7)	11 (42,3)	26 (100)		

\* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\* $p \leq 0.001$

**Tabla 3.1.** Patrones de ejecución y ansiedad durante el embarazo

Variables	Durante Embarazo			$X^2$	OR	
	Baja Ansie.	Alta Ansie.	Total			
Tabaco	No	14 (53,8)	10 (38,5)	24 (92,3)	0,53	1,40 (0,07;25,14)
	Sí	1 (3,8)	1 (3,8)	2 (7,7)		
Act. Física	No	9 (34,6)	6 (23,1)	15 (57,7)	0,77	1,25 (0,26;6,02)
	Sí	6 (23,1)	5 (19,2)	11 (42,3)		
H Sueño	4-6h	1 (3,8)	4 (15,4)	5 (19,2)	7,42	0,10 *
	6-8h	12 (46,2)	3 (11,5)	15 (57,7)		
	8-10h	2 (7,7)	4 (15,4)	6 (23,1)		
Nº Comidas día	- de 5	1 (3,8)	0	1 (3,8)	1,10	2,36 (1,02;9,74)
	5	8 (30,8)	5 (19,2)	13 (46,2)		
	+ de 5	6 (23,1)	6 (23,1)	2 (7,7)		
Trabajo	No	7(26,9)	6 (23,1)	13 (50)	0,15	0,73 (0,15;3,47)
	Sí	8 (30,8)	5 (19,2)	13 (50)		
Tareas Hogar	No	2 (7,7)	4 (15,4)	6 (23,1)	1,89	0,27 (0,03;1,85)
	Sí	13 (50)	7 (26,9)	20 (76,9)		
Salidas ocio	No	3 (11,5)	7 (26,9)	10 (38,5)	5,10	0,14 (0,02;0,83)
	Sí	12 (46,2)	7 (26,9)	16 (61,5)		

\* $p \leq 0.05$  \*\* $p \leq 0.01$  \*\*\* $p \leq 0.001$

\*Para la variable horas de sueño se ha calculado la D de Cohen

En la tabla 4, se muestra si hubo cambios en los roles durante el embarazo.

Sin existir diferencias significativas, se puede observar que casi la mitad de las mujeres 48% perciben cambios en el rol con su pareja, de estas mujeres en las que se observan cambios, la mitad de ellas presenta alta sintomatología ansiosa 24% y la otra mitad, baja sintomatología ansiosa 24%. En cuanto al rol de hija, la mayoría de las mujeres informan que no ha habido cambios en este. Respecto al rol de madre, solo 12 mujeres que ya tenían algún hijo contestaron a este ítem.

**Tabla 4.** Cambio en los roles durante el embarazo

Variables	Baja ansiedad	Alta ansiedad	Total	$X^2$	OR
<b>Rol madre</b>					
No	5 (41,7)	2 (16,7)	7 (58,3)	1,18	3,75 (0,33;42,46)
Sí	2 (16,7)	3 (25)	5 (41,7)		
<b>Rol hija</b>					
No	12 (46,2)	6 (23,1)	18 (69,2)	1,93	3,33 (0,58;18,89)
Sí	3 (11,5)	5 (19,2)	8 (30,8)		
<b>Rol pareja</b>					
No	9 (36)	4 (16)	13 (52)	0,96	2,25 (0,43;11,52)
Sí	6 (24)	6 (24)	12 (48)		

## 5. DISCUSIÓN

Los objetivos de este estudio fueron describir las variables psicosociales y de desempeño ocupacional en una muestra de mujeres embarazadas y estudiar la relación entre la ansiedad y los patrones de ejecución en las mujeres gestantes.

De la muestra de 26 mujeres y según la clasificación realizada de alta y baja sintomatología ansiosa, el 49,55% de las mujeres se consideraban en el grupo de alta sintomatología ansiosa, los resultados de este estudio se aproximan mucho al estudio en el que la muestra de 103 mujeres, presentaban ansiedad en el 50,5% de los casos, con tan solo 0,95 puntos de diferencia<sup>11</sup>.



Sin existir diferencias significativas, en el estudio entre la ansiedad y el apoyo social percibido, se ha podido ver que es cierto lo que expone Erika R.Cheng et al<sup>12</sup> en su trabajo, la falta de apoyo social provoca en las mujeres ansiedad. Aunque el nivel de apoyo por parte de familiares, pareja, y amigos es bastante alto (9,20 sobre 10) en las mujeres que han participado, se ha podido comprobar que las que presentan menos apoyo social, presentan una sintomatología ansiosa más alta. Otro estudio que nos corrobora esto, es el de García Maroto et al, nos dice que hay evidencia creciente de que la falta de apoyo social se relaciona con un mayor riesgo de enfermar y con una mayor dificultad para recuperarse de trastornos de todo tipo, tiene un efecto directo en el bienestar y la calidad de vida<sup>20,21</sup>.

Se observó que las mujeres con baja sintomatología ansiosa deseaban en mayor medida su embarazo y se percibían más capaces de afrontar la maternidad que las del grupo alta ansiedad. De acuerdo con el Modelo de Lazarus y Folmank<sup>5</sup>, sería esperable que las mujeres con menor ansiedad también dispongan de mayor repertorio conductual para afrontar las adversidades, por lo que son mujeres que presentan menos ansiedad. Es posible que esta alta capacidad de afrontamiento percibida pueda explicar que, casi la mitad de las mujeres no asista a clases de preparación al parto. Por tanto, se confirma la hipótesis que se planteó al principio del estudio en la que las mujeres asignadas al grupo alta sintomatología ansiosa presentan menos deseo de ser madres, se perciben menos capaces de afrontar la maternidad, y perciben menos apoyo social respecto al grupo de baja sintomatología ansiosa.

Otro de los datos que se pueden extraer de los análisis estadísticos, aunque sin diferencias significativas entre la ansiedad y el número de comidas, es que hay una ligera tendencia a que las mujeres más ansiosas aumentan el número de comidas durante el embarazo, en concreto, han marcado que hacen más de 5 comidas al día. Como nos afirma uno de los estudios revisados, la ansiedad promueve la búsqueda de alimentos y la consecuente realización de conductas de ingesta<sup>22</sup>. Puede ser que en este estudio las mujeres más ansiosas, calmen su ansiedad aumentando el número de comidas o picoteos diarios.

Se observaron cambios significativos en la relación de la ansiedad con el sueño durante el embarazo, hemos podido comprobar que las mujeres con alta sintomatología ansiosa duermen de 4-6h (15,6%) y de 8-10h (15,4%), respecto a las mujeres que presentan baja sintomatología ansiosa que dormían en un porcentaje del 80% de 6-8h, cantidad de sueño recomendada por la OMS (Organización Mundial de la Salud), esto podría ser debido a que las mujeres menos ansiosas puede que perciban una mejor calidad del sueño, como nos dice en el estudio de Miró et al<sup>23</sup>, los sujetos que están bastante satisfechos con su sueño presentan menos ansiedad que los que no están satisfechos.

Se producen cambios significativos en la relación entre la ansiedad y el ocio durante la gestación. Aunque no se encontró ningún otro estudio que estableciese una relación entre la ansiedad y el ocio durante el embarazo, se ha podido comprobar que las mujeres que presentaban alta sintomatología ansiosa durante la gestación dejaban de realizar actividades de ocio, frente a las mujeres que presentaban baja sintomatología ansiosa, que sí que seguían realizando actividades de ocio. Aquí, se nos puede plantear la hipótesis de que las mujeres que presentan una alta sintomatología ansiosa sean las mujeres que tienen un embarazo de riesgo, por lo que están en reposo por prescripción médica, o bien son mujeres que están en un avanzado estado del embarazo, de ahí a que presenten una mayor ansiedad. Con estos cambios significativos en los patrones de sueño y ocio, se cumple la hipótesis inicial de que el grado de afectación de los patrones de ejecución es mayor en las gestantes es un estado más avanzado de la gestación.

Entre las limitaciones del estudio, es importante saber que el cuestionario realizado ad hoc, evalúa algunas de las variables que pueden cambiar durante el embarazo, con ello, no se puede decir que no haya otras que no aparezcan en el cuestionario y que cambien. Otra de las limitaciones que se han encontrado a la hora de realizar el estudio, es la dificultad para encontrar la muestra. Se ha evaluado en un espacio geográfico muy pequeño, de ahí a que la muestra sea tan reducida. Por ello podemos decir que se trata de un estudio piloto, que los resultados que se han obtenido no pueden ser generalizados a toda la población de mujeres embarazadas. El no obtener incentivos por la participación en el estudio ha sido otra de las limitaciones, si se hubiese recompensado económicamente puede que la muestra hubiese sido más grande. La participación es voluntaria, ya que

las mujeres son las que deciden si quieren o no participar en el estudio cumplimentando los cuestionarios, es por ello, que las evaluaciones a cumplimentar requieren un tiempo específico que puede ser valorado como excesivo.

A pesar de las limitaciones expuestas, es el primer estudio que muestra cómo afecta la ansiedad a los patrones de ejecución en las mujeres gestantes, y presenta algunos de los cambios que se pueden producir en estos durante el embarazo. Los resultados obtenidos reflejan la necesidad de diseñar programas y nuevos estudios sobre los cambios en este periodo tan importante para las mujeres como es la maternidad. En futuras investigaciones, sería conveniente ampliar el tamaño de la muestra y del espacio geográfico a evaluar, para que así los estudios tengan mayor fiabilidad y validez. Otras de las variables que se podría estudiar en un futuro, podrían ser depresión y cambios físicos. Sería conveniente que también se evaluara la ansiedad después del embarazo, hacer un seguimiento para ver si los niveles de ansiedad se mantienen en el tiempo o después del embarazo cambian.

## 6. CONCLUSIONES

La promoción de la salud es un campo fundamental de la Terapia Ocupacional, por eso es muy importante intervenir sobre los cambios que se producen en las variables estudiadas durante el embarazo (variables sociodemográficas, patrones de ejecución y ansiedad).

Hay evidencia que implementar una buena salud mental en la atención prenatal tiene efectos positivos y duraderos tanto para la madre como para el bebé. Por lo tanto, es necesario incorporar la detección de ansiedad en los programas prenatales existentes<sup>24</sup>.

Se concluye que en el estudio se han descrito las variables psicosociales de desempeño ocupacional durante la gestación. También se ha estudiado la relación entre los cambios que se producen en los patrones de ejecución durante el embarazo, y cómo afecta la ansiedad a estos. Remarcar que los cambios que se producen durante la gestación, son cambios temporales, que deben de terminar una vez el bebé ya ha nacido.

Como hemos observado en el estudio, son numerosas los patrones de ejecución (hábitos, rutinas y roles), que pueden verse afectados durante el embarazo, junto con la presencia de ansiedad. Referente a los resultados obtenidos, se ha podido comprobar que dos áreas tan importantes para la Terapia Ocupacional, como son el sueño y el ocio, se ven significativamente afectadas durante el embarazo.

Desde Terapia Ocupacional, sería conveniente plantearse cuál sería la forma más adecuada para intervenir durante el periodo de gestación de estas mujeres. Se recomienda diseñar la intervención de acuerdo a las necesidades que refiriesen las mujeres embarazadas, para así poder hacer una práctica centrada en las necesidades de las usuarias.

Observando las variables en las que ha habido diferencias significativas entre las mujeres con alta y baja ansiedad; sueño y ocio, parece oportuno diseñar e implantar programas preventivos desde Terapia Ocupacional. Estas intervenciones deberían englobar terapias de relajación para disminuir ansiedad, talleres de hábitos alimenticios saludables, talleres de higiene del sueño, dinámicas grupales para mejorar el ocio y recomendaciones de ocio adaptado a mujeres embarazadas.

Estos programas podrían implementarse en una sala del Centro de Salud al que acuden estas mujeres, se les proporcionaría información desde el mismo centro y la participación sería totalmente voluntaria.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Pimentel B. 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 Med Fam* 2007;4(5)-15-19
2. La salud mental durante el embarazo [Internet]. *Rcpsych.ac.uk*. 2018 [cited 21 April 2018]. Available from: <https://www.rcpsych.ac.uk/expertadvice/translations/spanish/saludmentalduranteembarazo.aspx>
3. Marín Morales D, Bullones Rodríguez M<sup>a</sup> A, Carmona Monge F J, Carretero Abellán M<sup>a</sup> I, Moreno Moure M<sup>a</sup> A, Peñacoba Puente C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *NURE Investigación (Revista en Internet)*. 2008; (37).
4. Casanueva Carmona N. Apoyos percibidos y deseos en la adolescente: factores que influyen en la felicidad durante el embarazo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology Revista INFAD de Psicología*. 2016;1(1):111.
5. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C y cols. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *J Personal Soc Psychol* 1989; 50: 992-1003.
6. Olmedo E, Ibáñez I, Hernández L. Validación estructural del Ways of coping questionnaire de Lazarus y Folkman: un análisis factorial restrictivo. *Ansiedad Estrés*. 2001;7(1):15–28.
7. Navarro Abal Y, Climent Rodríguez J, López López M. Ansiedad, gestión conductual del conflicto y estrategias de afrontamiento en profesionales de la orientación laboral. *Universitas Psychologica*. 2017;16(4):1.)

8. Ojeda González J, Rodríguez Álvarez M, Estepa Pérez J, Piña Loyola C, Cabeza Poblet B. Cambios fisiológicos durante el embarazo. Su importancia para el anestesiólogo. Medisur [Internet]. 2011 Oct [citado 2018 Abr 23] ; 9( 5 ): 484-491
9. Cambios de humor durante el embarazo - inatal - El embarazo semana a semana [Internet]. inatal - El embarazo semana a semana. 2017 [cited 19 December 2017]. Available from: <https://inatal.org/el-embarazo/los-sintomas/el-sistema-nervioso-y-las-emociones/72-cambios-de-humor-durante-el-embarazo.html>
10. Rivera Velasco A. Evaluación de los niveles de ansiedad en mujeres gestantes sometidas a monitoreo fetal anteparto. Medicina. 2006;12(2):68-76
11. Sainz Aceves K, Chávez Ureña B, Díaz Contreras M, Sandoval Magaña M, Robles Romero M. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. Atención Familiar. 2013;20(1):25-27.
12. Cheng E, Rifas-Shiman S, Perkins M, Rich-Edwards J, Gillman M, Wright R et al. The Influence of Antenatal Partner Support on Pregnancy Outcomes. Journal of Women's Health. 2016;25(7):672-679
13. Entringer S. Exposure to prenatal psychosocial stress: implications for long-term disease susceptibility. Göttingen: Cuvillier; 2007.
14. Lou H, Hansen D, Nordentoft M, Pryds O, Jensen F, Nim J et al. PRENATAL STRESSORS OF HUMAN LIFE AFFECT FETAL BRAIN DEVELOPMENT. Developmental Medicine & Child Neurology. 2008;36(9):826-832.
15. Hurtado F, Donat F, Escribá P, Poveda C, Ull N. La mujer ante la experiencia del parto y las estrategias de afrontamiento. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. 2003;3:32-45.
16. Gaviria A., SL. Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. Revista Colombiana de Psiquiatría [Internet]. 2006;XXXV(2):210-224

17. Leonetti y Martins (Leonetti L, Martins M. Ansiedad maternal en el periodo prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. Rev Latino– Americana Enfermagen 2007; 15(4):677-83.
18. Ávila Álvarez A, Martínez Piedrola R, Matilla Mora R, Máximo Bocanegra M, Méndez Méndez B, Talavera Valverde MA et al. Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional : Dominio y Proceso. 2da Edición (Traducción). [www.terapia-ocupacional.com](http://www.terapia-ocupacional.com) (portal en internet). 2010 (-fecha de la consulta); (85p.). Disponible en: <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf> Traducido de: American Occupational Therapy Association (2008). Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.).
19. Spielberger C, Díaz-Guerrero R. Idare. México: El Manual Moderno; 1975.
20. García MM, Mateo I, Gutiérrez P. Ayuda para cuidar y apoyo social. En: García MM, Mateo I, Gutiérrez P, editores. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1999. p. 123-9.
21. Alcalá R, Cuevas E, Del Pino D. El usuario como agente de salud, la autoayuda. Los grupos de apoyo social. El cuidado de los cuidadores informales. En: Sancho I, editor. Trabajo social en salud pública. Granada: Sindicato Provincial de trabajadores de la salud de Granada; 1998. p. 299-310.
22. Cepeda-Benito, A., Fernández, M.C. y Moreno, S. (2003). Relationship of gender and eating disorder symptoms to reported cravings for food: construct validation of state and trait craving questionnaires in Spanish. *Appetite*, 40, 47-54
23. Miró, E, Martínez, P, Arriaza, R. Influencia de la cantidad y la calidad subjetiva de sueño en la ansiedad y el estado de ánimo deprimido. *Salud Mental [Internet]*. 2006;29(2):30-37.
24. Ghaffar R, Iqbal Q, Khalid A, Saleem F, Hassali M, Baloch N et al. Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BMC Women's Health*. 2017;17(1).

## 8. ANEXOS

**Anexo 1.** Cuestionario elaborado ad hoc para evaluar datos sociodemográficos, psicosociales y patrones de ejecución.

### **ESTUDIO SOBRE LOS PATRONES DE EJECUCIÓN EN MUJERES GESTANTES**

El objetivo de este estudio es analizar los patrones de ejecución en mujeres gestantes. Se solicita su colaboración respondiendo al siguiente cuestionario. Le informamos que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Nos interesa conocer más sobre su funcionamiento diario y su estado. Los datos son tratados de forma anónima y se estudiarán globalmente como parte del Trabajo de Fin de Grado de una alumna del Grado de Terapia ocupacional de la Universidad Miguel Hernández de Elche.

#### **Datos Sociodemográficos:**

1. Lugar donde se ha realizado la evaluación: \_\_\_\_\_
2. Edad: \_\_\_\_\_
3. Estado civil:
  - 1) Soltera
  - 2) Casada
  - 3) Separada o divorciada
  - 4) Convive con su pareja (no está casada)
  - 5) Otro: \_\_\_\_\_
4. Si tiene pareja, indique en años el tiempo que lleva con su pareja \_\_\_\_\_
5. Número de hijos actual: \_\_\_\_\_
6. ¿Está trabajando actualmente? Sí  NO
7. Nivel de estudios:



1) Primarios

2) Secundarios

3) Bachiller

4) Grado, diplomatura o licenciatura

5) Máster

6) Doctorado

8. Profesión: \_\_\_\_\_

9. Nivel socioeconómico. Indique su nivel de ingresos individual:

1) Bajo (0-600 euros/mes)

2) Medio (601-1200 euros/mes)

3) Alto (+ de 1200 euros/mes)



**Sobre el embarazo:**

10. En qué semana del embarazo se encuentra hoy: \_\_\_\_\_

11. Indique cómo de deseado es este embarazo en una escala de 0 (nada deseado) a 10 (muy deseado):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

12. ¿Ha tenido o tiene náuseas asociadas al embarazo? SÍ  NO

13. ¿Ha tenido vómitos o los tiene asociados al embarazo? SÍ  NO

14. ¿Asiste a clases de preparación para el parto? SÍ  NO

15. Indique cómo de capaz se percibe para afrontar la maternidad en este momento, en una escala de 0 (nada capaz) a 10 (muy capaz):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

16. Indique el nivel de apoyo que percibe en relación a su embarazo (por ejemplo: de su familia, amigos y pareja) en una escala de 0 (nada de apoyo) a 10 (mucho apoyo):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Hábitos y Rutinas:**

17. A continuación se presenta una serie de hábitos de salud. Por favor, indique si llevaba a cabo esa conducta antes de saber que estaba embarazada y después de saber que lo está.

<b>ANTES DE SABER QUE ESTOY EMBARAZADA</b>	<b>DESPUÉS DE SABER QUE ESTOY EMBARAZADA</b>
--	--

<b>SUEÑO</b>		
<b>Indique el número de horas de sueño</b>	1) Entre 4-6 2) Entre 6-8 3) Entre 8-10	1) Entre 4-6 2) Entre 6-8 3) Entre 8-10
<b>ALIMENTACIÓN</b>		
<b>Indique el número de comidas</b>	1) Menos de 5 al día 2) 5 al día 3) Más de 5 al día	1) Menos de 5 al día 2) 5 al día 3) Más de 5 al día
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
<b>Indique si trabajaba/ trabaja</b>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>OCIO /VIDA SOCIAL</b>		
<b>Salidas de Ocio/ Vida social</b>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

18. Si ha indicado que trabaja fuera de casa, ¿ha tenido que dejar de trabajar durante el embarazo?

SÍ  NO

Si ha indicado que sí, ¿en qué semana de embarazo ha tenido que dejar de trabajar? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el motivo? \_\_\_\_\_

19. ¿Han cambiado las salidas de ocio / vida social durante el embarazo?

SÍ  NO

**Evaluación de Roles:**

\* **ROL:** El rol es un concepto sociológico que hace referencia a las pautas de conducta que la sociedad impone y espera de un individuo en una situación determinada. El rol tiene la función de separar lo que somos de lo que representamos.

23. A continuación, indique si cree que ha cambiado alguno de los roles que se detallan a continuación.

ROL	
1) Madre (si ha indicado que tiene más hijos)	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2) Hija	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3) Mujer/ Pareja	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>