

**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y**  
**EDUCACIÓN**  
**ESCUELA PROFESIONAL PSICOLOGÍA**



**TESIS**

**“Niveles de Ansiedad estado- rasgo en pacientes gestantes y puérperas del  
Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo 2019”**

**Presentada para obtener el Título Profesional de Licenciada en  
Psicología**

**INVESTIGADORES:**

Lecca Paz, Ana Isabella

Matías Cabrera, Sara María

**ASESORES:**

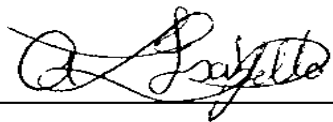
PS. Caverro Cornetero, José Enrique

DR. Campos Ugaz, Walter Antonio.

**LAMBAYEQUE, 2021**

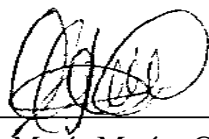
# **Niveles de Ansiedad en pacientes gestantes durante y después del embarazo en el Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo 2019.**

Tesis presentada para obtener el Título Profesional de Licenciada en Psicología.



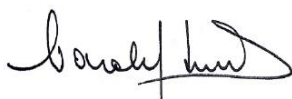
---

Bach. Ana Isabella Lecca Paz  
Investigadora



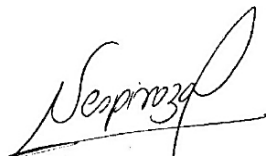
---

Bach. Sara María Matías Cabrera  
Investigadora



---

Dr. Carola Amparo Smith Maguiña  
Presidente



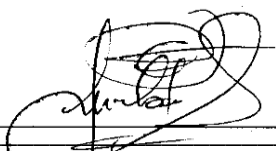
---

Dr. Nelson Espinoza Yong  
Secretario



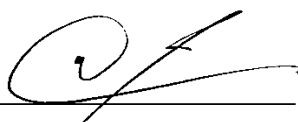
---

Dr. Raquel Yovana Tello Flores  
Vocal



---

Ps. José Enrique Caveró Cornetero  
Asesor de especialidad



---

Dr. Walter Antonio Campos Ugaz  
Asesor metodológico



**UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES Y EDUCACIÓN**  
**UNIDAD DE INVESTIGACIÓN**



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

**N° 0075-VIRTUAL**

Siendo las **10:00 horas**, del día **Viernes 20 de agosto de 2021**; se reunieron **vía online mediante la plataforma virtual Google Meet**, <https://meet.google.com/knp-pxko-yks>, los miembros del jurado designados mediante **Decreto N° 375-2019-U.I-FACHSE**, de fecha **03 de diciembre de 2019**, integrado por:

Presidente	: M. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña.
Secretario	: M. Sc. Nelson Pacífico Espinoza Yong
Vocal	: M. Sc. Raquel Yovana Tello Flores
Asesor Metodológico	: Dr. Walter Antonio Campos Ugaz
Asesor Científico	: Ps. José Enrique Caverro Cornetero



La finalidad es evaluar la Tesis titulada: **"NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO EN PACIENTES GESTANTES Y PUÉRPERAS DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES- CHICLAYO 2019"**; presentada por las bachilleres **LECCA PAZ ANA ISABELLA y MATIAS CABRERA SARA MARIA** para obtener el Título profesional de **Licenciada en Psicología**.

Producido y concluido el acto de sustentación, de conformidad con los artículos 131 al 140 del Reglamento General del Vicerrectorado de Investigación (aprobado con Resolución N° 018-2020-CU de fecha 10 de febrero del 2020); los miembros del jurado procedieron a la evaluación respectiva, haciendo las preguntas, observaciones y recomendaciones al(los) sustentante(s), quien(es) procedió(eron) a dar respuesta a las interrogantes planteadas.

Con la deliberación correspondiente por parte del jurado, se procedió a la calificación de la Tesis, obteniendo un calificativo de **(19) (DIECINUEVE)** en la escala vigesimal, que equivale a la mención de **MUY BUENO**.

Siendo las **11:00 horas** del mismo día, se dio por concluido el acto académico online, con la lectura del acta y la firma de los miembros del jurado.

M. Sc. Carola Amparo Smith Maguiña  
PRESIDENTE

M. Sc. Nelson Pacífico Espinoza Yong  
SECRETARIO

M. Sc. Raquel Yovana Tello Flores  
VOCAL

OBSERVACIONES:.....  
.....  
.....

El presente acto académico se sustenta en los artículos del 39 al 41 del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo (aprobado con Resolución N° 270-2019-CU de fecha 4 de setiembre del 2019); la Resolución N° 407-2020-R de fecha 12 de mayo del 2020 que ratifica la Resolución N° 004-2020-VIRTUAL-VRINV del 07 de mayo del 2020 que aprueba la tramitación virtualizada para la presentación, aprobación de los proyectos de los trabajos de investigación y de sus informes de investigación en cada Unidad de Investigación de las Facultades y Escuela de Posgrado; la Resolución N° 0372-2020-V-D-NG-FACHSE de fecha 21 de mayo del 2020 y su modificatoria Resolución N° 0380-2020-V-D-NG-FACHSE del 27 de mayo del 2020 que aprueba el INSTRUCTIVO PARA LA SUSTENTACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Y TESIS VIRTUALES.

## DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Estudiante Ana Isabella Lecca Paz y Sara María Matías Cabrera, investigadoras principales pertenecientes a la Escuela Profesional de Psicología, el Dr. Walter Antonio Campos Ugaz, (Asesor Metodológico) y el Ps. José Enrique Caveró Cornetero, (Asesor de Especialidad), del trabajo de investigación titulado, **“NIVELES DE ANSIEDAD EN PACIENTES GESTANTES DURANTE Y DESPUES DEL EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES-CHICLAYO 2019”**, presentado para la obtención del **Título Profesional de Licenciadas en Psicología**, declaramos bajo juramento que este trabajo **no ha sido plagiado ni contiene datos falsos**. En caso se demostrara lo contrario, asumo responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo, a que hubiera lugar, el mismo que pueda conducir a la anulación del grado o título emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 11 de noviembre, 2019.



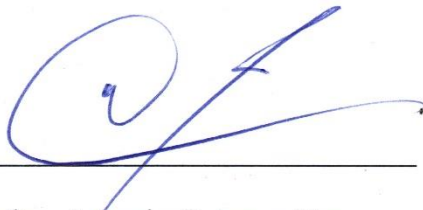
Ana Isabella Lecca Paz

Autora



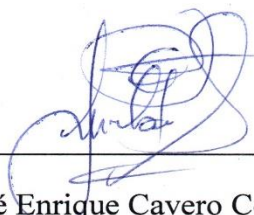
Sara María Matías Cabrera

Autora



Dr. Walter Antonio Campos Ugaz

Asesor Metodológico



Ps. José Enrique Caveró Cornetero

Asesor de Especialidad

## **Dedicatoria**

A Dios por su amor y bondad infinita, por permitirme cumplir cada una de mis metas, por ser mi guía en el camino, mi protección y ser mi compañero incondicional.  
A mi madre Isabel Paz Samillán, motor de mi vida, por su amor incondicional y apoyo en cada paso que doy, por todo su sacrificio, comprensión, quien siempre ha confiado en mis capacidades, por sus enseñanzas,  
y por haberme formado para poder ser lo que soy hoy en día.  
A mis abuelitos César y Rosa, a mi hermana Giovanna y su familia formada; mi adoración, por ser mis compañeros de vida, mi apoyo y siempre robarme una sonrisa.  
A mi compañera de tesis y amiga durante todo mi recorrido universitario, por su esfuerzo y dedicación, por ser mi complemento indicado en cada trabajo y por estar siempre cuando lo he necesitado.

***Ana Isabella Lecca Paz***

En primera instancia dedico esta tesis a la Inmaculada Virgen de la Puerta y a Dios.  
por el amor tan puro que me brindan, por guiarme en cada uno de mis pasos, por demostrarme que las pruebas duras solo se las pones a las personas más fuertes, por guiar mi camino y siempre cuidar de mí.

A mis padres Rodolfo Matías Navarro y Mercedes Cabrera Sobrado, porque su apoyo fue incondicional y fundamental para mí a lo largo de toda mi vida universitaria, todos mis logros son para y de ustedes, iniciando con este, por impulsarme y acompañarme en este camino llamado vida, mejores padres no pude pedir, por todo el amor, valores inculcados, cuidados y enseñanzas que impartieron en mí, por guiarme y convertirme en la persona y profesional que soy, todo se los debo a ustedes.

A mis hermanos Israel y Nicolaza; ustedes son todo para mí, y mi vida sin ustedes no sería vida, tengo la dicha de tenerte a ti Israel como mi hermano mayor y mi mejor amigo, a mi bebita que es mi inspiración y mi gran motivación.

A mi compañera de tesis y amiga; valoro esta amistad que es realmente hermosa, por tu apoyo y compromiso durante toda nuestra vida universitaria.  
Siempre estaré para ti y sé que tú también para mí.

A Sergio; mi novio, por su gran apoyo incondicional, por la motivación brindada, su ayuda ha sido fundamental a lo largo de este trabajo, por impulsarme a ser mejor persona cada día, por sacar lo mejor de mí, por ser el mejor compañero de vida que la Virgen y Dios me pudo dar y por su amor tan puro.

***Sara María Matías Cabrera***

## **Agradecimiento**

A mis asesores José Cavero y Walter Campos porque gracias a sus conocimientos y orientaciones, obtuvimos con satisfacción el resultado de este trabajo.

A mis docentes de mi alma mater por sus enseñanzas impartidas y por su formación profesional, sus conocimientos trascenderán.

A las personas que colaboraron con la presente investigación, en especial a las madres del área de ginecología del Hospital Regional Docente Las Mercedes por mostrarnos su completa disposición y sinceridad a pesar de las circunstancias.

*Ana Isabella Lecca Paz*

A todos los docentes de la universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo por sus enseñanzas impartidas, por brindarme las herramientas necesarias para el aprendizaje sea significativo, y en especial al profesor Maximiliano Plaza Quevedo (Q.E.P.D) quisiera destacar la buena actitud que siempre lo caracterizó, un abrazo hasta el cielo y mis agradecimientos para usted maestro.

A mis asesores José Cavero y Walter Campos por compartir sus conocimientos y guiarnos durante todo el proceso de este trabajo.

A las personas que colaboraron con la presente investigación, a las madres del Hospital Regional Docente Las Mercedes por mostrarnos su completa disposición a pesar de las circunstancias.

Al Hospital Regional Docente las Mercedes por permitirnos desarrollar este de trabajo de investigación en sus instalaciones.

*Sara María Matías Cabrera*

## ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria.....	V
Agradecimiento .....	VI
ÍNDICE GENERAL .....	VII
ÍNDICE DE TABLAS .....	VIII
RESUMEN .....	X
ABSTRACT .....	XI
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO .....	15
1.2. Antecedentes.....	15
1.2. Bases Teóricas .....	17
1.2.1. Embarazo.....	17
1.2.2. Ansiedad.....	24
1.2.3. Ansiedad en el embarazo .....	28
1.2.4. Ansiedad en el puerperio .....	31
1.3. Definición y Operacionalización de variables.....	34
CAPÍTULO II: MÉTODOS Y VARIABLES .....	35
2.1. Diseño de contrastación de hipótesis.....	35
2.2. Población y muestra .....	35
2.3. Técnicas e instrumentos .....	37
2.4. Aspectos éticos .....	38
2.5. Equipos y materiales.....	38
2.6. Equipos .....	39
2.7. Materiales .....	39
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	40
3.1. Resultados.....	40
3.2. Discusión .....	50
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	53
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	55
ANEXOS .....	62

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Operacionalización de variables .....	34
Tabla 2: Población del estudio .....	36
Tabla 3: Muestra de estudio .....	37
Tabla 4: Niveles de ansiedad estado en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	41
Tabla 5: Comparación de la ansiedad estado según población: gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	42
Tabla 6: Niveles de ansiedad rasgo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	42
Tabla 7: Comparación de la ansiedad rasgo según población: gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	43
Tabla 8: Factores sociodemográficos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	44
Tabla 9: Factores clínicos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	45
Tabla 10: Niveles significativos de ansiedad estado-rasgo y factores sociodemográficos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	46
Tabla 11: Niveles significativos de ansiedad estado-rasgo y factores clínicos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	48
Tabla 12: Nivel de instrucción de las gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	71
Tabla 13: Edad de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	71
Tabla 14: Ocupación de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	72
Tabla 15: Procedencia de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	73
Tabla 16: Estado civil de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	73
Tabla 17: Riesgo del embarazo de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	74
Tabla 18: Hijos previos de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	74
Tabla 19: Partos prematuros previos de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	75
Tabla 20: Modalidad de parto de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	75
Tabla 21: Asistencia a cursos prenatales de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	75
Tabla 22: Niveles de ansiedad estado según grado de instrucción en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	76
Tabla 23: Niveles de ansiedad rasgo según grado de instrucción en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	77
Tabla 24: Niveles de ansiedad estado según edad en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	78
Tabla 25: Niveles de ansiedad rasgo según edad en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	79
Tabla 26: Niveles de ansiedad estado según ocupación en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	80
Tabla 27: Niveles de ansiedad rasgo según ocupación en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	81
Tabla 28: Niveles de ansiedad estado según procedencia en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	82
Tabla 29: Niveles de ansiedad rasgo según procedencia en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	82
Tabla 30: Niveles de ansiedad estado según estado civil en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	83
Tabla 31: Niveles de ansiedad rasgo según estado civil en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. ....	84
Tabla 32: Niveles de ansiedad estado según personas con quienes se vive, en gestantes y puérperas del	



<i>Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	85
<i>Tabla 33: Niveles de ansiedad rasgo según personas con quienes se vive, en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	86
<i>Tabla 34: Niveles de ansiedad estado según riesgo de embarazo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	87
<i>Tabla 35: Niveles de ansiedad rasgo según riesgo de embarazo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	88
<i>Tabla 36: Niveles de ansiedad estado según hijos previos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	89
<i>Tabla 37: Niveles de ansiedad rasgo según hijos previos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	89
<i>Tabla 38: Niveles de ansiedad estado según partos prematuros previos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	90
<i>Tabla 39: Niveles de ansiedad rasgo según partos prematuros previos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	93
<i>Tabla 40: Niveles de ansiedad estado según modalidad de parto en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	93
<i>Tabla 41: Niveles de ansiedad rasgo según modalidad de parto en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	94
<i>Tabla 42: Niveles de ansiedad estado según asistencia a cursos prenatales en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	95
<i>Tabla 43: Niveles de ansiedad rasgo según asistencia a cursos prenatales en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.</i> .....	96

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio es evaluar los niveles de ansiedad en pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019. Se ejecutó un estudio de diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal y prospectivo. Se aplicó el Inventario de Ansiedad: Estado – Rasgo (STAI), con índices de confiabilidad de Alfa de Cronbach; 0,93 para la escala de Ansiedad-Estado y 0,87 para la Ansiedad-Rasgo; en 170 pacientes, 85 gestantes y 85 puérperas, realizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se evidenció que la ansiedad estado está presente en niveles promedio, sobre el promedio o alto en gestantes (98%) como puérperas (87%), mientras que los mismos niveles que reflejan una presencia significativa de ansiedad rasgo, está presente en gestantes (22,3%) y puérperas (37,6%). Se concluye que, las gestantes tienen tendencia a presentar ansiedad estado, producto del embarazo que presentan; mientras que la ansiedad rasgo se intensifica en el puerperio.

***Palabras clave:*** Ansiedad estado, ansiedad rasgo, gestantes, puérperas.

## **ABSTRACT**

The objective of this study is to evaluate anxiety levels in pregnant and postpartum patients of the Las Mercedes Regional Teaching Hospital, 2019. A non-experimental, descriptive, cross-sectional and prospective study was carried out. The Anxiety Inventory: State - Trait (STAI) was applied, with reliability indices of Cronbach's Alpha; 0.93 for the State Anxiety scale and 0.87 for Trait Anxiety; in 170 patients, 85 pregnant and 85 puerperal women, performing a non-probabilistic convenience sampling. It was evidenced that state anxiety is present at average levels, above average or high in pregnant women (98%) and puerperal women (87%), while the same levels that reflect a significant presence of trait anxiety are present in pregnant women (22, 3%) and puerperal women (37.6%). It is concluded that pregnant women have a tendency to present state anxiety, as a result of their pregnancy; while trait anxiety intensifies in the puerperium.

**Keywords:** State anxiety, trait anxiety, pregnant women, puerperal women.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales tienen un gran efecto en la vida de los individuos, familias y sociedades; trastornos que padecen gran porcentaje de la población global. La Organización Mundial de la Salud (2019), informa que la ansiedad es la enfermedad mental más importante a nivel global y se estima que supera los 260 millones de personas presentan dicho trastorno.

En el Perú, actualmente según La comunidad Global de Innovadores en Salud Mental (2019), el predominio anual de una o más enfermedades mentales es 13.5%. y el diagnóstico más común es la ansiedad con un 7.9%. (4); otro lado el Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2010) realizó un estudio en donde determinaron que el 9,9% de la población presentaba ansiedad, ubicándose en la segunda posición entre las principales enfermedades mentales en la población; siendo los porcentajes de las mujeres los resaltantes con un 11,2%, a diferencia de los hombres los cuales la padecían un 6,5% del total. (Zevallos, 2016)

En cuanto a la población femenina, que es en la cual predomina dicho trastorno, los factores que pueden explicar la preponderancia en éste género serían los psicosociales y socioculturales, ya que se aún existen disparidades en cuanto a pobreza, rol sexual, nivel educativo, estado civil, apoyo social, y condición laboral. (Delgado, 2013)

Una de las etapas que generan grandes cambios es el embarazo, quien puede generar que sea más endeble debido a que genera grandes variaciones en su estado psicológico y hasta puede desarrollar sintomatología física. Por ende, el embarazo corresponde a un cambio vital- trascendente en la vida de la mujer y el ambiente parental, que suele traer consigo inestabilidad emocional ocasionada por la variación hormonal propia de éste periodo; sin embargo, no es la única razón por la que dicha población sería vulnerable, sino también, la preocupación por el desarrollo del bebé, la incertidumbre de la maternidad primeriza, un embarazo no planificado, problemas de índole conyugal, el escenario familiar, y los innumerables riesgos obstétricos; dichos problemas se pueden presentar durante el embarazo tanto a inicio como a término y en la etapa de puerperio. Así es como una experiencia que se podría llevar de manera positiva, se puede convertir en malestar y hasta se puede desarrollar una enfermedad.

Teniendo en consideración la información antes mencionada, existen variables etiopatogénicas como las biológicas, psicológicas y sociales; que pueden guardar relación con que la mujer no desarrolle la adaptación adecuada en esta nueva etapa de su vida. La psicopatología se puede generar, entonces, de la correlación entre diversos factores de riesgo

y factores protectores, algunos hereditarios y otros medioambientales. (Miras, 2014)

Es por ello que los especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental, señalan que la depresión, la ansiedad y el estrés conforman los problemas más comunes en los primeros meses de embarazo, la Organización Mundial de la Salud (2019), informa que alrededor del 10% de las mujeres embarazadas en todo el mundo, experimentan un trastorno mental, principalmente depresión y ansiedad. En casos graves, el sufrimiento de las madres puede llegar a tal nivel que incluso pueden llegar a suicidarse.

Ésta condición también es perceptible en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes en las distintas subdivisiones de la especialidad de ginecología quienes presentan ansiedad, manifestada por trastornos físicos, mentales y del comportamiento que pueden afectar en el bienestar del bebé y hasta de la propia gestante.

Así es que deseando medir son los niveles de ansiedad estado- rasgo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente las Mercedes – Chiclayo, ésta investigación se propone proporcionar la información obtenida para brindar soluciones a los problemas anteriores y de ésta manera se genere las herramientas necesarias para disminuir los niveles de ansiedad que manifiestan las gestantes y puérperas. Por ejemplo, el soporte y la educación se brindan en tres etapas fundamentales: en la etapa prenatal, a través de cursos de disposición para el embarazo; en el puerperio temprano, durante la hospitalización y después del parto y después del alta.

En resumen, la pregunta de investigación es “¿Cuáles son los niveles de ansiedad estado- rasgo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo 2019?”; ante ello se planteó la siguiente hipótesis: “Los niveles de ansiedad estado- rasgo son altamente significativos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo 2019”.

El objetivo general del estudio consiste en evaluar los niveles de ansiedad en pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2019, y los objetivos específicos son: Identificar el nivel de ansiedad rasgo en pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2019; Identificar el nivel de ansiedad estado en pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes 2019; Identificar si existe diferencia significativa en la ansiedad estado según población: pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente las Mercedes 2019; Identificar si existe diferencia significativa en la ansiedad rasgo según población: pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente las Mercedes 2019; Categorizar el factor sociodemográfico-clínico en pacientes gestantes y puérperas el

Hospital Regional Docente Las Mercedes 2019; y Analizar los niveles de ansiedad estado-rasgo y el factor sociodemográfico-clínico en pacientes gestantes y puérperas Hospital Regional Docente Las Mercedes 2019.

Los siguientes son los capítulos que se ampliarán en detalle para comprender la investigación. En el capítulo I: Diseño Teórico, se profundiza en los antecedentes, así mismo se definen las bases teóricas para aclarar y ampliar las variables en cuestión, además de la operacionalización de variables. En el capítulo II: Métodos y materiales, se explica a profundidad la metodología utilizada, tipo, diseño de investigación y proceso de recolección de datos, técnicas e instrumentos, y por último los equipos y materiales requeridos en el estudio. En el capítulo III: Resultados y discusión, se presentan los amplios resultados obtenidos y la discusión de lo mencionado en parangón a anteriores investigaciones. En el capítulo IV, se presenta las conclusiones y finalmente, en el capítulo V, las recomendaciones respectivas de la investigación desarrollada. Del mismo modo, también incluyen anexos y otros datos importantes.

## **CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO**

### **1.2. Antecedentes**

#### **Internacionales**

Vargas (2018) en su estudio “Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar” en Ecuador, reclutaron a 50 mujeres embarazadas las cuales sus edades oscilaban entre 20 y 40 años, concluyeron que el 80% de la muestra presentaba un nivel de ansiedad grave y el 20% un nivel de ansiedad moderado durante el embarazo, como consecuencia de la violencia que vivenciaron.

Bestillei (2018), en España, realizó su investigación acerca de “Ansiedad y depresión en madres y padres durante el embarazo y puerperio. Efectos de un programa de intervención”, en la cual su muestra fue un total de 288 progenitores, 178 madres y 110 padres. El nivel de ansiedad estado en el tercer trimestre del embarazo fue en un 11,99 (6,2%) en las madres y 11,77 (10,09%) en los padres; en el puerperio las madres evidenciaron números de ansiedad estado de 14,92 (15,73%) en el equipo control y de 13,47 (7,86%) en el equipo intervención; y en los padres de 14,40 (15,73%) en el equipo control y 11,80 (7,86%) en el equipo intervención. En la cual concluyó que la participación educativa disminuyó el nivel de ansiedad estado del padre y el nivel de depresión de la madre de forma estadísticamente significativa ( $p = 0,003$ ).

Ramírez et ál. (2016), en su tesis “Grado de ansiedad en mujeres embarazadas en el Hospital General de San Andrés Cholula, Puebla” en México, en la cual la población a tratar fueron 196 gestantes mayores de 18 años, de las cuales 46 de ellas presentaron un grado de ansiedad (23,5%) y 7 gestantes ansiedad severa (3,6%). Además se evidenció una relación significativa de los niveles de ansiedad con respecto a la edad y al número de embarazos anteriores.

#### **Nacionales**

Vega et ál. (2019) en su artículo “Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú”, en el cual participaron 45 gestantes adolescentes, se evidenció que el 82,8% de las gestantes presentó depresión y el 68,9% un nivel alto de ansiedad, en sus dimensiones de manifestaciones cognitivas, problemas somáticos y manifestaciones físicas.

Heredia (2018) estudió la “Condición del estado civil y nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes del centro materno perinatal Simón Bolívar, Cajamarca”, tuvo como muestra 110 gestantes adolescentes, en donde Las mujeres solteras

que viven con sus familias y las mujeres que viven solas con sus parejas tienen niveles más altos de ansiedad moderada con 13% y 10% respectivamente y además presentaron una depresión moderada en 41,3% y 5%. Concluyendo que existe una relación significativa entre el estado civil y los niveles de depresión y ansiedad.

Repetto (2018) en su investigación, “Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en El Hospital Regional de Loreto”, tuvo como muestra a 104 gestantes adolescentes atendidas en dicho hospital; aplicando una encuesta denominada Escala de ansiedad de Hamilton, concluyendo así que, el 66.3% (69) de las gestantes adolescentes presentan ansiedad leve, el 11.5% (12) una ansiedad moderada; y el 22.1% (23) no presentan ansiedad. La ansiedad se relacionó significativamente con su menoría de edad ( $p=0.034$ ), bajo nivel de instrucción ( $p=0.006$ ), corto tiempo de gestación ( $p=0.032$ ), mala relación emocional con los padres ( $p=0.005$ ), relación disfuncional ( $p=0.002$ ) y con el maltrato de su pareja ( $p=0.000$ ).

Torres y Guevara (2017), en su estudio “Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos”, cuya muestra estuvo constituida por 600 gestantes, en donde un 22,7% de ella presentaron un nivel sobre el promedio de ansiedad estado y el 1, 7% un nivel alto de la misma, por otro lado, el 14,3% presentaron un nivel sobre el promedio de ansiedad rasgo y el 3,6 un nivel elevado. En donde se evidencia que el estado civil, grado de instrucción, los factores psicológicos y la planificación del embarazo son determinantes y debido a estos factores las gestantes presentan altos niveles de ansiedad estado.

### **Locales**

Chicama y Silva (2015), en su estudio, “Niveles de ansiedad estado - rasgo entre primigestas adolescentes y adultas de un hospital de Chiclayo”, la población la conformaron 300 gestantes tomando como muestra de 37 adolescentes y 37 adultas que asistieron al servicio de ginecología, investigación en la cual se utilizó el inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE), en el cual los resultados evidenciaron niveles altos de ansiedad estado – rasgo en las gestantes primerizas adolescentes, lo cual significa que dicha población percibió como inseguro y peligroso su embarazo.

Bustamante e Infante (2014), en su estudio “Niveles de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud, Pomalca”, cuya muestra estuvo constituida por 30 gestantes, en donde concluyó que dichas gestantes presentaron niveles altos de ansiedad estado y rasgo (37%,33% correspondientemente), las gestantes adolescentes primerizas en su mayoría, presentan ansiedad estado y rasgo en un nivel alto y medio (40% y 30%



correspondientemente) y además el 80% de las adolescentes de zonas rurales alcanzan un nivel de ansiedad estado alto y un 40% nivel medio y alto en ansiedad rasgo, mientras que de las zonas urbanas alcanzan un nivel medio de ansiedad estado y rasgo (52% y 48% correspondientemente), con respecto a su lugar de procedencia.

## **1.2. Bases Teóricas**

### **1.2.1. Embarazo**

#### **Definición**

Según la OMS, el embarazo inicia cuando culmina la implantación, que viene a ser el proceso que empieza en el momento en el que el blastocisto se adhiere a la pared del útero (aproximadamente 5 o 6 días después de la fecundación), es aquí donde atraviesa el endometrio y entra en la matriz. Cuando los defectos en la superficie epitelial se bloquean y el proceso de anidación, el proceso de implantación se completa. Así empezó a quedar embarazada. Esto sucede entre 12avo y 16avo día después la fecundación. Diccionario de la Lengua Española (2001) indicó que la mayoría de personas se confunde al referirse al término de gestación pues creen que es sinónimo de la palabra embarazo, sin embargo, el término hace referencia al desarrollo el feto en el útero. De manera que indico que el embarazo es una etapa que le corresponde netamente a la madre y es un proceso lleno de cambios fisiológicos, morfológicos y metabólicos que ocurren desde la implantación hasta el alumbramiento.

#### **Embarazo de bajo riesgo**

Es aquel que se desarrolla con total normalidad y sin ninguna patología, con la certeza de que el feto tenga un desarrollo normal en los aspectos de crecimiento. La madre desarrolla un rol importante debido a sus antecedentes por ejemplo si antes y durante el embarazo no ha consumido algunas sustancias ilícitas, no tenga alguna enfermedad hereditaria lo cual la categorizaría como una “madre sana”. (Ulloque, 2020)

#### **Embarazo de alto riesgo**

Es un embarazo que pone en peligro la vida y la salud de la madre como la del bebe, las circunstancias pueden ser biomédicas, psicológicas y sociales los cuales pueden afectar el rumbo del embarazo, en estos casos se observa la implicancia que tienen los factores de riesgo y actuar en base a un plan de intervención porque a menudo requieren de especialistas capacitados que harán seguimiento durante la gestación, en el parto y en el puerperio. (Noval, 2019)

## **Factores de riesgo**

a) Psicosociales, el estrés psicosocial es un gran factor que afecta el desarrollo de un buen embarazo, siendo determinante en la ansiedad y en el resultado perinatal aun cuando las embarazadas no presentan factores de riesgos biomédicos.

b) Antecedentes médicos, la mujer experimenta un gran desafío fisiológico cuando esta embarazada, esto generara en ella cambios que pondrán a prueba su capacidad para adaptarse, sin embargo algunas patologías pueden manifestarse durante este proceso como por ejemplo: hipertensión, preeclampsia, diabetes, afectando el desarrollo normal del feto.

c) Antecedentes reproductivos, se requiere de la historia clínica como por ejemplo: el número total de embarazos y partos; aborto espontáneo, parto ectópico, parto prematuro, placenta previa, desprendimiento de placenta; ruptura prematura de membranas, cesárea; retención placentaria o infección posparto. d) Evaluación del embarazo actual, el embarazo es un proceso dinámico, que está en constante evolución, un factor de riesgo puede presentarse en cualquier momento y este puede perdurar o disminuir, de acuerdo a ello se califica como embarazo de alto y bajo riesgo. (Ulloque, 2020)

## **Cambios en el embarazo**

En el camino del embarazo, la futura madre es quien experimenta una serie de cambios en su cuerpo, tanto fisiológicos, hormonales, psicológicos y psicosociales antes ya mencionados que son totalmente necesarios y en parámetros normales. Se debe aclarar que los cambios que se mostraran a continuación son los más generales y por ende no significa que todas las mujeres embarazadas tienen que pasar por estos procesos, pero en su mayoría las gestantes experimentan estos cambios. (Cabañas et ál.,s.f)

Artal, (2019) indico los siguientes cambios físicos y hormonales: Una mujer embarazada con frecuencia siente fatiga y esto se da durante el primer trimestre de gestación, así mismo el útero y las mamas (debido al estrógeno) suele agrandarse durante todo el embarazo. Durante este proceso el corazón de la madre labora mucho más de lo normal, y es que a manera que el feto se desarrolle el corazón tiene la obligación de bombear más sangre al útero. Igualmente, los riñones cumplen una importante función ya que se encargarán de filtrar el volumen en la sangre.

En su mayoría las gestantes durante el embarazo y aún más al final de este sienten una sensación de ahogo cuando realizan sus actividades. Las nauseas y vómitos son actividades comunes que suelen desarrollarse durante el primer trimestre de la gestación, de continuar con los vómitos a madre estaría desarrollando una hiperémesis gravídica que tiene que ser atendida con urgencia. Frecuentemente otro cambio que experimenta la madre en su

cuerpo es la aparición de una línea en la mitad del abdomen que se torna oscura de acuerdo avance el embarazo y esto se debe a que la placenta genera una hormona que logra estimular los melanocitos (células que pigmentan la piel), por otro lado, los tendones y los ligamentos son más elásticos con el propósito de extender el útero y así estar listo para el parto. (Mittelmark, 2019)

Según Borrás (2015) ser madre te transforma y es que es una experiencia única y hermosa que solo una mujer puede experimentar, pero también trae con si algunas situaciones en donde se manifiesta los cambios de humor, la ansiedad, en algunos casos problemas de memoria, los miedos relaciones con él bebe y el desarrollo de la función maternal, todos estos cambios se deben a la acumulación hormonal, a la evolución física del embarazo y a la personalidad de la madre, cabe mencionar que todos estos cambios son totalmente normales y a menudo en esta etapa.

### **Adecuación Maternal**

#### **Aceptación del embarazo**

La aceptación se caracteriza por reconocer situaciones no anheladas del mundo que te rodea. (Kabato, 2019)

Según Sandoval Garcia, (2016), en el proceso del embarazo la mayoría de las gestantes pasa por situaciones que generan incertidumbre surgiendo estas interrogantes: ¿seré una buena madre?, ¿seré capaz de traer al mundo hijos sanos?, ¿merezo ser madre? Sumando a esto las experiencias infantiles y/o actuales, además de la relación con la pareja.

La aceptación durante la gestación es una fase de sosiego emocional que se evidencia a partir del segundo trimestre con estas características: calma psicológica, estabilización y adaptación, positiva y serena, más sensible al tacto, deja la preocupación si se va a recuperar la figura.

Entonces significa que se aceptan los cambios que ocurren en el cuerpo tanto físico como emocional además se le da mayor prioridad al estado de embarazo, esto significa que es partícipe del desarrollo del feto, reafirmando la feminidad y el crecimiento personal, sin olvidar de alimentarse de manera saludable y eliminando los malos hábitos.

Ahora si bien es cierto se supone que la primera respuesta de la adaptación de la madre es la aceptación de la situación que está a punto de vivir. Las respuestas fisiológicas dependerán de grado de aceptación, de la madre y de sus circunstancias.

Cuando él bebe es planificado, los cambios que experimentara la madre ya antes mencionados serán los más hermosos, pero en el caso contrario ¿a qué se enfrenta la nueva gestante? Cuando la mujer no estaba preparada emocionalmente ni físicamente para ser

madre, cuando por un descuido que en su mayoría de casos se da por falta de información, tal vez ausencia o fallo de los métodos anticonceptivos o por una violación, queda embarazada. La respuesta es sencilla estamos frente a un embarazo no deseado. Esto implica un embarazo no previsto, no querido, no buscado. En estas mujeres se indica indagación más profunda en la tolerancia y afrontamiento de la realidad. (Esteves y Shupingahua, 2017)

### **Preparación para el embarazo**

Rovati (s.f.) sugiere que las mujeres que están listas para ser madres y que sienten los primeros síntomas de gravidez recurren de manera inmediata a la atención médica con la finalidad de confirmar la existencia de un nuevo ser, pero también hay mujeres que consideran esta etapa normal y no sienten la obligación de una confirmación médica.

La fortuita aceptación del embarazo, se da en conjunto con la aceptación consciente del niño, y es que la dicha deriva de ilusionarse con la idea de que un nuevo ser viene en camino y es la madre quien desarrolla una cercanía con él bebe. Por lo cual el especialista ve necesario y fundamental tener una buena salud en el momento de entrar en la etapa del embarazo con el propósito de tener un embarazo saludable.

### **Reacción emocional**

Por lo general las madres se sienten complacidas, felices y realizadas con la vivencia de su embarazo, experimentando un sin de cambios psicológicos normales en esta etapa debido a la acumulación de hormonas.

Cuando el embarazo se planifica la madre lo toma como un logro, su emoción es inmensa sin embargo puede tener irritabilidad, explosiones de ira, sentimientos encontrados, etc., pero cuando no es planificado la respuesta emocional no es la típica generando un rechazo al proceso de la gestación. (Torres y Guevara, 2017)

### **Polaridad gestacional**

La maternidad con sí trae un sin fin de estereotipos que crean una imagen errónea del ser madre, cuando una mujer experimenta los cambios hormonales, físicos y psicológicos que trae consigo el embarazo (agotamiento, insomnio, malestar y sobre todo la idea de estar actuando bien), generan sentimientos negativos que la sociedad ha impuesto.

La polaridad radica precisamente en los sentimientos contradictorios que en el embarazo es totalmente normal, no se le prepara a una mujer para la frustración que siente cuando su bebe llora y no sabe el porqué, entonces no debería estar obligadas a seguir un patrón de cómo ser madre, tampoco a no expresar tus emociones.

Senz Martín (2019) por lo expuesto, se considera que aparecerán muchos sentimientos contradictorios, por un lado la futura madre tiene ilusiones y planifica y sueña

con su futuro y como se desarrollara su vida con su bebé, pero sin embargo también aparecen los temores, las dudas a posibles malformaciones, el parto, la responsabilidad que trae con sí ser madre, el hecho de poder cumplir y satisfacer las necesidades del bebé, y es que dentro del temor está la idea de que nada a partir del parto será como antes.

### **Vínculo de pareja**

La relación que establece la gestante con su pareja es de suma importancia y es que en ella radica la adaptación de los padres con la idea de la llegada del futuro bebé.

Cuando una persona decide compartir su vida con otra, el objetivo es que su vida en pareja sea un éxito, con esto nos referimos a que esta relación sea complementaria y recíproca.

Con la llegada de nuevos miembros a la familia vienen un sin fin de reajustes que se acomodan a las necesidades por las cuales están pasando sin dejar de lado los miedos y temores que aqueja en sí ser padres primerizos o para los padres que vuelvan a experimentar la sensación de procrear y recibir a un nuevo bebé. Sin duda alguna el mayor reajuste es la relación posterior al embarazo. (Gonzales, 2020)

Embarazados, la frase más bonita cuando se decide compartir el inicio de la paternidad y de la maternidad y es que cuando se implanta el cigoto da inicio a una aventura de cambios en la gestante que se sugiere sean atendidos por la pareja.

El embarazo trae consigo un aterramiento hormonal los cuales conllevan a sentimientos y sensaciones ambivalentes o en caso contrario el rechazo profundo del bebé debido a que en algunos casos el embarazo no ha sido planificado o deseado, incluso ante esta situación uno de los padres se ausenta desde que se llega a saber la noticia de la gestación, en otro plano lo ideal o lo que se espera es que ambos ( la pareja y futuros padres) reconozcan la dificultad de la situación, como afectara la relación, como impedir un fracaso biológico y sobre todo evitar una frustración y recarga emocional en la madre. (Embarazo en pareja,¿cómo estrechar vinculo?, 2020)

En caso contrario cuando uno de los dos decide no acompañar durante el proceso, la gestante necesita crear un plan de afrontamiento para dicha situación, para asegurarse el desarrollo emocional de su hijo y para que esta no se vea afectado.

### **Afinidad materna**

Según Doriot (2020) indicó que desde el instante en el que se recibe la noticia de que está embarazada, se entra a un mundo nuevo lleno de sensaciones nuevas, en donde todas las conversaciones que la futura madre ha tenido ya sea con amigos o familiares acerca del embarazo cobran sentido y todo su mundo empieza a girar en torno al pequeño ser que lleva

dentro. El GPS maternal se activa y de inmediato la futura madre busca con que nutrirse de información, acude a ginecólogos, busca testimonios de otras madres, algunas madres se refugian en los libros o en internet, puesto que la maternidad es muy compleja.

Nuestra sociedad ha avanzado tanto que ahora ser madre no es una obligación sino una decisión, muchas mujeres tienen el sueño y el anhelo de convertirse en madres y sueñan con ese momento, es ahí donde este famoso GPS se activa y desarrolla un sinfín de emociones, pero sin embargo existen mujeres que no desarrollan esta identidad materna por varias causas ya sean por un parto doloroso, un embarazo no deseado, etc.

### **Conexión madre-feto**

Sin duda alguna la relación que existe entre la madre y el feto es la más especial y simplemente maravillosa de la naturaleza humana, el vínculo no surge cuando la madre toma en brazos a su hijo sino cuando inicia el proceso de la implantación y es que la primera relación que tiene la madre con el feto es netamente biológica y este acoplamiento hacen que sus bases se consoliden desde los primeros meses de gestación. (Magaña, s.f.)

### **Control prenatal**

La atención prenatal reside en asistir a consultas de salud, y recibir las atenciones necesarias antes del parto con la única finalidad de concluir con un parto exitoso, en donde el recién nacido tenga una buena salud.

Por lo general cada gestante de manera habitual deberá asistir a controles prenatales entre 9 a 10 veces, para indicar, prevenir, preparar, y promover, los signos de alarma, el aspecto físico y mental de la futura madre, así como la presencia del apoyo familiar y social. (OMS, 1990)

Según el Ministerio de Salud (2004) sugiere que los controles prenatales sean los siguientes: una atención mensual desde la semana 4 hasta la semana 32, Se debe considerar la atención cada dos semanas entre las 33 y las 36 semanas, se debe brindar atención semanal desde las 37 semanas hasta el día del parto, y se deben considerar al menos 6 visitas durante las 22 y 40 semanas de gestación.

### **Control obstétrico**

La obstetricia es una materia médica que atiende el embarazo, el nacimiento y el posparto (en referencia a la madre y el desarrollo posterior al alumbramiento). La obstetra es la principal en ocuparse de la preparación integral de la madre para cooperar con la salud de ambos (madre- hijo), desarrollando los controles prenatales necesarios, atención durante y después del parto, incluyendo en si los cuidados, higiene, lactancia y la evaluación del bebé. (Interes Mutuo, 2019).

### **Tamizaje de salud mental**

Consiste en aplicar un instrumento psicológico a la gestante con la finalidad de descartar algún trastorno emocional, de ser así se deriva a consultorio externo de psicología para iniciar la respectiva terapia.

### **Cuidado nutricional**

La alimentación es un proceso obligatorio como importante. Los organismos vivientes necesitan los nutrientes para complacer las demandas de energía y sustancias de su organismo, por lo cual constituye un proceso voluntario y un fenómeno de dificultad biológica.

En comparación a la alimentación. La nutrición se estima como el conglomerado de procedimiento por los cuales el organismo asimila, absorbe, modifica, utiliza y segrega los nutrientes que se hallan en los alimentos, con la finalidad de adquirir energía, construir y restaurar las estructuras corporales, y regularizar los procesos metabólicos. Lo que significa que son unos procesos instintivos. (Castiñeira González, 2012)

El embarazo es una situación habitual de la mujer en el que se está moldeando un nuevo individuo, por lo tanto, durante el proceso de gestación y lactancia, aumentan la exigencia nutricional para fortalecer el crecimiento del feto generando cambios en el metabolismo de la madre.

### **Asistencia social**

La atención social se encarga de prever, localizar, concertar y de promover el cambio de una situación que ponga en riesgo a la gestante.

Para ello los profesionales que trabajan en esta área son los encargados de la difusión, la capacitación y la coordinación según la demanda de los problemas sociales que presente la gestante. (Comitre Mariano et ál. , 2012)

### **Psico-profilaxis para el parto**

Es un desarrollo didáctico por el cual la gestante realiza un acondicionamiento completo, lo que le permitirá amplificar rutinas y conductas lozanas frente al embarazo, parto, puerperio convirtiéndose así en una experiencia dichosa y saludable para la madre, tanto como para el bebe y para el entorno familiar.

Colabora en la reducción de las complicaciones que se dan pre y post natales al capacitar psicológica y físicamente a la futura madre para un alumbramiento sin miedo, así mismo de esta manera acrecentar la oxigenación entre la madre y el feto. (Ministerio De Salud, 2016, p. 11)

Morales Alvarado et ál. (2014) por su origen puede ser de tres maneras:

i) Disposición Cognitiva. Es un aviso verídico que se propone de forma apropiada a

la gestante con el fin de que entienda e incorpore los nuevos aspectos vinculados con la aventura de la maternidad, a su vez se le comunica de manera concreta y precisa todo lo relacionado acerca sobre la jornada obstétrica, lo cual generará serenidad y confianza produciendo una cultura de prevención.

ii) Disposición Física. Es una preparación que se le ofrece a la gestante teniendo en cuenta las condiciones obstétricas por las cuales está atravesando, el acondicionamiento se realiza para optimizar las mejores condiciones durante la gestación, el parto y la recuperación de la madre. Esta preparación puede darse bajo ejercicios gestacionales, técnicas de actividad que impliquen la respiración, técnicas de relajamiento muscular, técnicas de posiciones y masajes localizados, etc.

iii) Disposición psico-afectiva. El respaldo emocional que se le facilita a la gestante es primordial ya que le permitirá gozar con la presencia del bebe y los más importante es que lo disfrutara sin temor alguno, consiguiendo calma, estabilidad y comodidad durante todo este nuevo proceso. Cabe resaltar que esta preparación limita a la estimulación prenatal.

### **1.2.2. Ansiedad**

#### **Definiciones**

OMS (2017), Indicó que, La ansiedad es un problema mental que afecta la productividad y la competencia en el trabajo.

Diccionario de la lengua española (2020), indicó que es “un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo”.

Canda Moreno (2009) Indicó: es un miedo que se antepone a sobrellevar un mal o desgracia futuros, agregándose sentimientos de pánico o de síntomas somáticos.

Papalia et ál. (1997) Indicaron: “se define como una condición que se determina por sentimientos de incertidumbre o tensión que se manifiesta ante una amenaza sea real o imaginaria.” (369).

Freud (1896) define la ansiedad como normal o neurótica, dependiendo la reacción del individuo sea favorable o no la situación que lo causo. La ansiedad en normal la califica como el resultado de un estímulo real, y la ansiedad neurótica es el resultante de impulsos inaceptables para el individuo que se le hacen difícil de controlar.

García et ál. (2012) indicaron que la ansiedad es única por sus síntomas como la alteración de la respiración, sudoración, mareos, desmayos, sofocos, etc. Conductas que suelen evitar en situaciones determinadas.

Sierra et ál. (2003), mencionan que a lo largo de la historia existen un sin fin de estudios acerca de la ansiedad, que han desarrollado dos dilemas en el ser humano. La



tergiversación del término en sí y el impedimento metodológico de tratarlo.

Según el DSM-IV (1994), es una respuesta emocional dentro de los parámetros normales que genera la supervivencia de los individuos y de nuestras especies.

Spielberg (1980), señala que es un conflicto emocional el cual es producto de un estímulo externo, que desde la perspectiva del individuo es algo amenazador produciendo cambios conductuales como fisiológicos.

### **Enfoques teóricos**

Virues (2005) refiere que la ansiedad se sustenta en los siguientes enfoques teóricos:

i) La activación del sistema nervioso es consistente con los estímulos externos. Se entiende por activación las señales periféricas del sistema nervioso autónomo (aumento del tono simpático) y del sistema endocrino (hormonas suprarrenales), que provocan ansiedad. Sin embargo, los síntomas que estimulan el sistema límbico y la corteza cerebral se interpretarán como síntomas psicológicos de ansiedad.

ii) Enfoque psicodinámico, Freud aseguro que la ansiedad es un proceso biológico, la angustia procede de una lucha entre el súper Yo y el Ello, donde los instintos que no son aceptados por el sujeto desencadenan un estado de ansiedad.

iii) Enfoque conductista, se trata de las conductas ya aprendidas que en algún determinado momento donde cualquier estímulo sea bueno o malo la desencadenan. La ansiedad es el resultado de un condicionamiento erróneo, esto quiere decir que los sujetos han aprendido de manera equivocada los estímulos como procesos traumáticos y por lo tanto lo asocian como una amenaza, de manera que cada vez que se le estimule así; se generará dolor.

iv) Enfoque cognitivo, estudia el proceso de la ansiedad causada por cogniciones patológicas. Se puede expresar como que el individuo clasifica cierta situación y la confronta a su manera y con una conducta ya determinada, la interpretación para algunas personas es sinónimo de alarma esto provocaría que se desencadene la ansiedad.

### **Niveles de ansiedad**

Darley et ál. (1990) señalaron que los estados de ansiedad se pueden clasificar según el nivel o grado de intensidad leve, moderada, grave y de pánico. Cada uno de ellos presenta diferentes manifestaciones, la intensidad de estas manifestaciones es diferente y tienen un impacto en las respuestas de las personas en diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental). (p.53-54)

De acuerdo Martínez y Lerma (1990) citado en por Torres y Guevara (2018) clasifica la ansiedad en tres niveles:

i) Ansiedad leve: En dicho nivel de ansiedad la persona se encuentra alerta, ve, oye, y es más dominante que antes de que ocurra este estado, es decir, cómo funcionan las habilidades de percepción y observación, porque se usa más energía para causar ansiedad en la situación. Este grado de ansiedad también se denomina ansiedad maligna o ansiedad leve. Su respuesta física puede incluir respiración intermitente y ligeros aumentos ocasionales en la frecuencia cardíaca y la presión arterial, temblor de labios, tic facial y síntomas gástricos leves.

ii) Ansiedad moderada: El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad tiene una capacidad más limitada. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Es difícil para la gestante percibir lo que sucede a su alrededor, pero puede observar si otras personas están dirigiendo su atención a algún lugar o entorno. Sus reacciones fisiológicas pueden manifestarse como falta de aire frecuente, aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial alta, boca seca, malestar estomacal, dificultad para dormir, diarrea o estreñimiento, temblor de Cooper, miedo a las expresiones faciales, tensión muscular, irritabilidad, recurrencia del pánico excesivo e incapacidad relajarse, hasta en anorexia.

iii) Ansiedad grave: En este nivel de ansiedad, el dominio perceptivo obviamente se reduce, por lo que la persona no puede observar lo que sucede a su alrededor, incluso si otra persona intenta desviar su atención hacia otra situación, no puede observarlo. Al concentrarse en uno o más detalles dispersos, lo que observa puede estar distorsionado. Su respuesta física puede manifestarse como dificultad para respirar, asfixia, hipotensión arterial, expresión facial de terror, movimientos involuntarios y temblores. (p. 38)

### **Tipos de Ansiedad según Spielberger: Ansiedad estado- rasgo**

Según Spielberger et ál. (1972) citado por Torres y Guevara (2017), existen dos tipos de ansiedad:

#### **Ansiedad-Estado**

Se define un estado emocional temporal que cambia en intensidad y fluctúa con el tiempo y la ansiedad-rasgo como una característica personal que aparece comparativamente estable en el tiempo. Es decir, existe una ansiedad vinculada a la personalidad la cual es la ansiedad-rasgo, y otra ansiedad enlazada con una situación premonitoria como por ejemplo el contexto quirúrgico como la ansiedad-estado. La Ansiedad Estado (A/E) se define entonces como una condición emocional transitoria, variable y fluctuante, se caracteriza por tensión y activación excesiva del sistema nervioso

autónomo. (p. 39)

### **Ansiedad-Rasgo**

Se caracteriza por una predisposición natural a responder de forma ansiosa debido a la tendencia por parte del sujeto a discernir las situaciones diarias como inquietantes, haciendo que la ansiedad aumente. La presente investigación está centrada según el autor Spielberger, el cual afirma que el grado de ansiedad dependerá de la percepción que tenga el sujeto de la situación o estímulo, más no del peligro de manera objetiva. De manera frecuente, ésta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica, y puede permanecer durante largos periodos de tiempo. Existe una inestabilidad interindividual en cuanto la ansiedad rasgo, debido al poder que tienen tanto los factores innatos como los adquiridos; por la cual las personas que lo padecen suelen percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le prestan mucha atención. (p. 39)

Por tanto, para Spielberger (1972), sustenta su teoría en varios puntos: (a) el individuo estima que las situaciones amenazadoras pueden provocar ansiedad estado, y esto se dará mediante los mecanismos cognitivos y de feedback sensorial, en donde los niveles altos de ansiedad estado serán percibidos como desagradables; (b) las personas con altos niveles de ansiedad rasgo notarán que las situaciones que conducen a un deterioro de la autoestima o al fracaso son más amenazantes que las personas con bajos niveles de ansiedad rasgo; (c) los ascensos en ansiedad estado pueden ser expresadas de manera conductual, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas; (d) cuando ocurren las situaciones estresantes de manera frecuente pueden causar en el individuo mecanismos de defensa o la manifestación de respuestas específicas dirigidas a disminuir la ansiedad estado.

En la actualidad hay varios cuestionarios que evalúan la ansiedad-rasgo y la ansiedad- estado, sin embargo, entre los más importantes encontramos el de Spielberger, el STAI (STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY).

Las principales aportaciones de la teoría estado-rasgo de Spielberger se resumirán en los siguientes puntos en mención: (a) esclarece y ahonda en la selección ya propuesta por otros investigadores entre ansiedad rasgo y estado, aportando una definición más exacta de ambos conceptos; (b) está respaldado por el desarrollo del instrumento de evaluación, el STAI, quien posee un gran número de investigaciones, tanto básicas como aplicadas; (c) le otorga una gran consideración al valor de las variables cognitivas, que junto a los procesos motores, sirven para eliminar o reducir los estados de ansiedad por los que atraviesa el individuo.

### **1.2.3. Ansiedad en el embarazo**

#### **Factores que influyen en la ansiedad**

##### **Factores psicológicos**

Según Marín et al (2008) citado por Miras (2014) indicaron, la personalidad te hace única por las características propias que posee cada mujer, esta será la responsable de como la gestante lleve el proceso de transición a la maternidad y los cambios que conllevan dicho proceso. (p. 6).

Lo que será determinante es la estabilidad psico-emocional de la gestante, pues tendrá que desarrollar la capacidad de afrontamiento de posibles situaciones adversas y la relación que establezca con su pareja y su entorno, pues el grado de autoestima influirá de manera positiva o negativa respectivamente. Es muy significativo conocer el historial clínico y la presencia de antecedentes psiquiátricos, así mismo los motivos por los cuales la mujer se convertirá en madre podría ser un detonante para los conflictos mentales postparto. (Navarrete , 2012)

##### **Factores sociales**

El panorama que encuadra la predisposición de la mujer al enfrentarse al proceso de la maternidad se veía definida de acuerdo a su cultura, sociedad y el siglo al cual pertenecía, en la mayoría de las culturas la mujer era la responsable de la educación y crianza de los niños. Pero actualmente en la sociedad en la cual nos desarrollamos las mujeres han desarrollado un empeoramiento, el cual ha tenido como resultado que sea la mujer quien en algunos casos lleve el sustento familiar en casa, generado que sean otras variables que influirán en el afrontamiento de la maternidad. (Alemany et al , 2005)

##### **Factores psicosociales**

La gestación es un proceso donde la mujer experimente una variedad de cambios debido a incremento hormonal, ya antes mencionado, entonces es la etapa donde la sensibilidad está a flote, como por ejemplo la sensación subjetiva de la falta de apoyo sea de su pareja como de su familia. (Alemany et al , 2005)

Pero existen situación en donde si hay apoyo por parte de la pareja y de la familia, sin embargo, la gestante no puede disfrutar del momento debido a su estado emocional, por lo cual se recomienda una relación psicólogo- paciente. (Marin et al ,2008)

##### **Factores sociodemográficos**

Tener un hijo a muy temprana o tal vez a una edad madura, así como, si esta soltera o casada son algunos factores determinantes que presentan alteraciones en el estado de ánimo de la gestante. Algunos estudios indican que también influye el tiempo de convivencia con la pareja, cuántos hijos tiene, etc. (Carrascón et al. , 2007)

## **Complicaciones psicológicas en la gestante**

### **Miedo al rechazo social**

El factor sociodemográfico influye demasiado, cuando se es adolescente por lo general se tiene la sensación de ser criticada por su entorno y como consecuencia se separa de su grupo social. En el caso de una adulta que no esté casada o sea conviviente trae con sí, críticas y rechazo, ya que, para la sociedad, es un reglamento indispensable para ser aceptada. (Gomez, 2017)

### **Rechazo al embarazo**

En el caso de las adolescentes que no desea asumir la responsabilidad que trae con sí criar un hijo, esto hace que tengan un sentimiento de culpabilidad generando tristeza y afectando su autoestima.

En el caso de una mujer adulta, el rechazo se debe en la mayoría de los casos cuando no fue planificado, producto de una violación, etc. El vínculo y la identidad maternal no se logran desarrollar, generando así en la madre una inestabilidad emocional. (Léon, 2018)

### **Problemas con la familia**

En el caso de las adolescentes la noticia de su embarazo afectará el entorno familiar generando conflictos y sentimientos de culpa.

En el caso de una mujer adulta la generación de emociones nativas inicia cuando la familia es quien le da la espalda y por ende no tiene el soporte emocional para poder llevar un embarazo eficaz. (Miras, 2014)

### **Depresión**

El factor de riesgo más resaltante es la no continuación de la medicación de una gestante con historia clínica de depresión, los síntomas más comunes y que hacen que sea el trastorno más común en las embarazos es una actitud negativa hacia el embarazo, falta de apoyo tanto como familiar, de pareja y social, estrés, eventos negativos que le causen infelicidad. Las consecuencias suelen ser negativas como: falta de compromiso sobre los cuidados del recién nacido, automedicación, uso de drogas y alcohol, pensamientos suicidas y homicidas este último en relación al bebé, y posterior al parto el desarrollo de depresión. (Jadresic M, 2010)

### **Ansiedad**

Navarrete et ál. (2012) indicaron: que la sintomatología de este episodio no tratada durante el embarazo, vaticina síntomas de ansiedad después del embarazo. La ansiedad durante la gestación es un factor de riesgo para el bebé debido al elevado nivel de cortisol, esta hormona puede ser la causante de los partos prematuros, baja de peso al nacer y problemas neuronales.

### **Trastornos alimenticios**

El embarazo trae con si factores de riesgo que durante el tratamiento desencadenan reacciones psicológicas que afectan a la madre como al bebe, pero el riesgo es mayor cuando la madre tiene un trastorno ya preexistente como es el caso del trastorno de alimentación, el porcentaje de dicho trastorno que predomina en las mujeres embarazadas es muy bajo en comparación a otros tipos de problemas psicológicos, determinadas investigaciones sugieren que los síntomas pueden disminuir más no desaparecer durante el embarazo. El factor de riesgo es tanto para la madre como para el niño, puesto que el niño puede nacer con baja de peso y con respecto a la madre. (Rodriguez et ál., 2018)

### **Psicosis**

En general este tipo de acontecimiento son extraños, con particularidad solo aparecen en mujeres a que tienen antecedentes de esta condición, dichas gestantes suelen presentar una negación psicótica ante los síntomas y de no tocar el tema con el profesional de la materia podría presentar un factor de riesgo tanto para la madre como para el recién nacido. (Medina , 2013)

### **Manifestaciones de la ansiedad en el embarazo**

La ansiedad se caracteriza por diversos grados de irritabilidad, excitación e inseguridad, es el síntoma psicológico más común de la mujer embarazada y está íntimamente relacionada con el grado de información de la madre o con la situación de la madre. En todas las etapas del embarazo, la prevalencia y la frecuencia de la ansiedad son más altas que la depresión. Más de la mitad de las mujeres experimentan ansiedad en algún momento durante el embarazo, con mayor frecuencia y gravedad en el primer y tercer trimestre. (Marc et ál., 2011)

Los síntomas de ansiedad que no se tratan antes del parto pueden traer síntomas de ansiedad después del parto. Además, la ansiedad durante el embarazo, como el estrés, puede tener un efecto negativo y nocivo sobre el desarrollo del feto porque estará expuesto a niveles elevados de cortisol, lo que puede llevar a la posibilidad de un parto y aumentan el riesgo de bajo peso al nacer y problemas de desarrollo neuroconductual infantil. Por este motivo, es importante prevenir, diagnosticar y tratar los trastornos de ansiedad en las primeras etapas del embarazo, lo que también se relaciona con más visitas al obstetra, miedo al parto y contracciones, especialmente en mujeres con más factores de riesgo. Conoce, como una madre.

Los trastornos de ansiedad durante el embarazo y el puerperio suelen ser más comunes que la depresión. Cuando ocurren durante el embarazo, a menudo indican signos de depresión posparto. En otras palabras, la ansiedad y la depresión son dos factores

estrechamente relacionados y pueden ocurrir al mismo tiempo. Sin embargo, la ansiedad también puede manifestarse como una entidad clínica independiente durante el período perinatal. Además, la ansiedad materna puerperal puede ocasionar problemas en el desarrollo cognitivo y social del niño, problemas emocionales, y en de carácter conductual. (Navarrete et al. 2012)

#### **1.2.4. Ansiedad en el puerperio**

##### **Puerperio**

Según la OMS, el puerperio o período de aislamiento se denomina período desde el momento posterior al parto hasta los 35-40 días, momento en el que el cuerpo de la madre necesita recuperar gradualmente sus características antes del inicio del embarazo.

##### **Percepción del instinto maternal**

La eficacia materna se refiere a la impresión que tiene la madre de su capacidad para cumplir su función materna. Se define como su juicio sobre su capacidad y eficiencia para enfrentar las demandas y necesidades de su hijo. Tu desempeño en el cuidado de tus hijos es bidireccional, es decir, si la madre siente que efectivamente ha cumplido con su rol de madre, esto traerá mayor éxito y continuará, pero, por el contrario, la madre se trata a sí misma como madre, sus puntos de vista no son buenos. Se dará por vencida temprano para mantener o reducir su valor para sí misma. Obtener apoyo social, tener una alta autoestima, recibir educación, vivir en pareja o madurar, estos factores pueden afectar positivamente el desarrollo del sentido de autoeficacia de la madre. (Navarro, Navarrete, & Lara, 2011)

Actualmente existe evidencia de que ciertos estados emocionales están relacionados con la liberación de cortisol y catecolaminas, como la epinefrina y la norepinefrina. Los niveles altos de cortisol están relacionados con la ansiedad, la depresión, el estrés y otros trastornos mentales durante el embarazo. En otras palabras, podemos entender que no importa lo opuesto a la felicidad, los niveles de cortisol son altos. La presencia de esta hormona puede afectar negativamente al embarazo porque es un inhibidor del crecimiento fetal, especialmente en términos del desarrollo cerebral. (Odent, 2014)

##### **Vivencia emocional en el puerperio**

Algunas mujeres buscan tener un hijo para reivindicar su feminidad, hacer un abandono de hogar familiar, querer unir a la pareja, satisfacer el pedido de un hermanito o evitar un duelo. Esto puede causar problemas psicológicos, que pueden comenzar a manifestarse durante y después del embarazo, y el nacimiento de un hijo no deseado ocasiona alteraciones del vínculo madre-hijo. (Ríos et ál ., 1999, p. 2-26)

Durante el parto, además del tiempo de visita, las mujeres a menudo son separadas de sus maridos y miembros de la familia; y después del parto, también es separada por casos de nacimientos prematuros. (Aquino, 2014)

Después del nacimiento, y cuando el parto ha sido natural, es recomendable establecer el contacto inmediato “piel con piel”, la cual es recomendación de todo profesional que conoce sus beneficios, por ejemplo, para iniciar la lactancia materna. Hasta el día de hoy, todavía no se permite el contacto inmediato la mayoría de cesáreas. Generalmente, la emoción que nace de la madre, es la satisfacción, alivio y alegría de tener a su hijo sano y salvo entre sus brazos. La pareja normalmente muestra su afecto hacia la madre en señal de gratitud, por haber traído a su hijo a la vida, en algunas ocasiones no siempre se da de ésta forma, así que, hay que dejar tiempo para que estas emociones emerjan, pues la propia experiencia, deja a la madre verdaderamente agotada e impresionada, no dando paso a una reacción.

Desafortunadamente, no todos los nacimientos son una grata experiencia, pueden ser más traumáticos, ya sea por agresión obstétrica, algún procedimiento agresivo o por alguna complicación de último momento. En estas situaciones, la preocupación invade a los padres, en especial de la madre, y su máximo deseo es que su hijo nazca sano. Dicha experiencia puede ser angustiante. Otra etapa importante de la madre es el puerperio, en donde es su estancia hospitalaria, después del nacimiento de su hijo. Es aquí donde para muchas, el cansancio y la nueva etapa, hace entre en un estado de confusión. Y si a todo ello agregamos las interminables visitas, la inexperiencia con la lactancia materna, la cantidad de consejos familiares, el constante cambio debido a las hormonas, es donde la mujer puede sentir estrés. (Miras, 2014)

Mucho de lo que sucede en éste tiempo, repercutirá en la lactancia materna se mantenga, que la recuperación física y el equilibrio psico-emocional; y si esto se torna favorable se pueda evitar la “depresión posparto”. (Castelló López, 2006)

La madre puede sentirse aislada, vulnerable, y estos sentimientos pueden empeorar aún más cuando vuelve a casa con el recién nacido. Convertirse en madre puede resolver la crisis de identidad, pero a la vez, también puede traer nuevos problemas, como pérdida de libertad, elección, inconvenientes y sentimientos complejos sobre las responsabilidades como madre y como usted misma.

Existe un estudio muy interesante sobre la oxitocina y sus efectos beneficiosos en el posparto. La oxitocina es necesaria para estimular la producción de leche. Mejora la respuesta al estrés al reducir la secreción de corticotropina y cortisol; por lo tanto, iniciar la



lactancia materna puede reducir los trastornos mentales de la madre (como estrés posparto o ansiedad) a través de la posibilidad de oxitocina. En resumen, la lactancia materna tiene un efecto preventivo sobre diferentes enfermedades comunes en la mujer. (Aquino Barillas, 2014)

### 1.3. Definición y Operacionalización de variables

**Tabla 1:** Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	NIVELES	ESCALA ORDINAL
<b>ANSIEDAD</b>	La ansiedad es una respuesta emocional desagradable, generada por estímulos externos que el individuo considera amenazantes, lo que provoca cambios físicos y de comportamiento en el individuo. Spielberger (1980)	Es una reacción emocional que experimenta una persona cuando se encuentra en un estado de presión y miedo frente a una situación amenazante, en cuyo caso reaccionará de forma desadaptativa.	<b>Ansiedad Estado</b>	Bajo Tendencia al promedio Promedio Sobre el promedio Alto	INVENTARIO IDARE-STAI
			<b>Ansiedad Rasgo</b>	Bajo Tendencia al promedio Promedio Sobre el promedio Alto	FICHA SOCIO DEMOGRÁFICA

## CAPÍTULO II: MÉTODOS Y VARIABLES

### 2.1. Diseño de contrastación de hipótesis

La presente investigación se basa en un diseño no experimental, descriptivo, de corte transversal y prospectivo. (Hernández, et ál ,2014)

**No experimental:** Porque se identifica un grupo de entidades que representan el objeto de investigación y se observan los datos. (Hernández et ál., 2014) Establecen que: “se denomina diseño no experimental porque se efectúan sin la manipulación deliberada de variables” (p. 162).

**Transversal:** “Los estudios transversales, se realizan con los datos obtenidos en un momento puntual de la investigación y se utilizan cuando el objetivo es analizar los datos obtenidos de un grupo de sujetos. Las encuestas y los censos son estudios transversales”. (Hernández et ál , 2014, p. 154)

**Prospectivo:** Estudio que se realiza en el presente, los datos se recogen a medida que van sucediendo los hechos, sin embargo, los datos que se analizan transcurrido un tiempo aproximado.

$$M \leftarrow O$$

Dónde:

O: Información

M: Muestra

### 2.2. Población y muestra

La población de la investigación está conformada por pacientes hospitalizadas en las áreas de riesgo obstétrico, puerperio, ginecología, emergencia y pacientes gestantes que acuden a consulta externa en el Servicio de Ginecobstetricia. La cual está constituida por 300 pacientes adolescentes y adultas.

**Tabla 2:** Población del estudio

<b>Condición</b>	<b>Pacientes</b>
Gestantes	150
Puérperas	150
<b>Total</b>	<b>300</b>

Fuente: Elaboración propia

**Muestra**

La muestra estuvo conformada por 170 pacientes gestantes y puérperas, la cual se calculó con la formula finita que se observa a continuación:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{e^2(N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

n= Tamaño de la muestra=169

N= Total de la población=300

Z= Nivel de confianza al 95%= 1.96

p=Probabilidad a favor=0.50

q=Probabilidad en contra=0.50

e= Error=0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5 \times 300}{0.05^2(300 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 170$$

Por lo tanto, la muestra estuvo conformada por 170 pacientes gestantes, de las cuales 85 son pacientes gestantes durante el embarazo y 85 son pacientes gestantes después del embarazo.

**Muestreo**

En la presente investigación se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia, que estuvo conformado por 170 gestantes y puérperas quienes cumplieron con los siguientes criterios de Inclusión: Pacientes gestantes y puérperas que acuden al consultorio, también quienes se encuentran hospitalizadas en los servicios de Ginecobstetricia, Puerperio o en el área de Emergencia del Hospital Regional Docente Las Mercedes; los criterios de exclusión son aquellas pacientes gestantes y puérperas que

se niegan a responder el cuestionario, gestantes y puérperas que no desean firmar el consentimiento informado, gestantes y puérperas que están bajo los efectos de algún medicamento administrado durante hospitalización, mujeres embarazadas y posparto sin educación. En los criterios de eliminación, se encuentran también las gestantes que no respondieron correctamente al instrumento psicológico.

**Tabla 3:** Muestra de estudio

<b>Condición</b>	<b>Pacientes</b>	<b>%</b>	<b>Muestra</b>
Gestantes	150	50.00	85
Puérperas	150	50.00	85
<b>Total</b>	300	100.00	170

Fuente: Pacientes gestantes y puérperas atendidas en Octubre-Diciembre del 2019.

### 2.3. Técnicas e instrumentos

#### Técnicas

Las técnicas que se utilizaron para la recolección de datos fueron, la encuesta, entrevista y observación. (Arias, 2016).

Estuvo basada en la aplicación de un inventario (IDARE- STAI) y un cuestionario sociodemográfico, estructurados compuestos por ítems orientados a la población.

El procesamiento de los datos se realizó mediante estadística descriptiva e inferencial. Para ello, se desarrolló una matriz de resultados que fue procesada por los programas Excel 2016 y el SPSS.

#### Instrumentos

La recolección de información de la presente investigación se dio bajo el instrumento psicológico de evaluación psicométrica correspondiente a las variables de investigación, ansiedad estado - rasgo. Inventario de Ansiedad: Estado – Rasgo (STAI). Los creadores de dicho instrumento son Spielberger, Gorsuch, y Lushene (Anexo 1) en 1970. El inventario en discusión está compuesto por dos escalas de autoevaluación que se emplean para calcular dos tipos distintas de la ansiedad: La ansiedad-rasgo y la ansiedad-estado. Cada escala presenta 20 ítems con respuesta de tipo Likert. Las calificaciones A/E y A/R pueden pasar variaciones de 0 a 60 puntos como máximo y ambas escalas cuentan con ítems inversos. La aplicación de la prueba tiene una duración

aproximada de 15 minutos y, se da en adultos y adolescentes con un nivel de comprensión mínima que le permita al individuo interpretar las instrucciones y enunciados de la prueba.

Los análisis de confiabilidad que se realizaron inicialmente por el autor (Spielberger, et al., 1970) teniendo como base a una población normal, mostraron coeficientes de Alpha de Cronbach entre 0,83 y 0,92. A nivel de Ansiedad – Estado, ubicada entre 0,90 y 0,93, y en Ansiedad – Rasgo, entre 0,84 y 0,87, dichos datos se obtuvieron de una muestra heterogénea de 854 personas; indicando un alto nivel de asociación dado a que intervinieron a ambos sexos. La confiabilidad por las dos mitades: 0,94 en ansiedad estado y en 0,86 en ansiedad rasgo.

La adaptación peruana fue realizada por Sergio Domínguez Lara, con adecuados índices de confiabilidad y validez (Anexo1).

## **2.4. Aspectos éticos**

Aún sin iniciar la aplicación de los instrumentos, las pacientes que fueron evaluadas recibieron un consentimiento informado (Anexo 2), el cuál firmaron autorizando el uso de los resultados para la investigación, con las garantías del resguardo de sus datos y su confidencialidad.

En el consentimiento informado voluntario se incluyó el título, los autores, el asesor y el objetivo de la investigación.

Además de considerar la confidencialidad, la voluntariedad y el anonimato, también consideraron los principios éticos y el respeto a las personas, la justicia y la benevolencia, por ello, se elaboró un formulario de consentimiento informado. La información recopilada es confidencial y se garantizó que no será utilizada para ningún otro propósito que no sea esta investigación.

## **2.5. Equipos y materiales**

Para aplicar de los instrumentos mentados anteriormente, se utilizó los formatos en físico del Inventario de Ansiedad: Estado – Rasgo (STAI) (Anexo 3), además de una ficha sociodemográfica (Anexo 4) con que se contrastarán ambos resultados. El procesamiento de datos, fue analizado por el Software SPSS versión 22 en español el cual nos arrojó los resultados, así como también se utilizó el programa de Excel 2016.

## **2.6. Equipos**

En el proceso de la ejecución de la presente investigación se necesitó una computadora de escritorio para la redacción y el procesamiento de los datos obtenidos a través del sistema SPSS versión 22, un USB, para guardar la información recolectada.

## **2.7. Materiales**

De Escritorio: Papel bond y lapiceros.

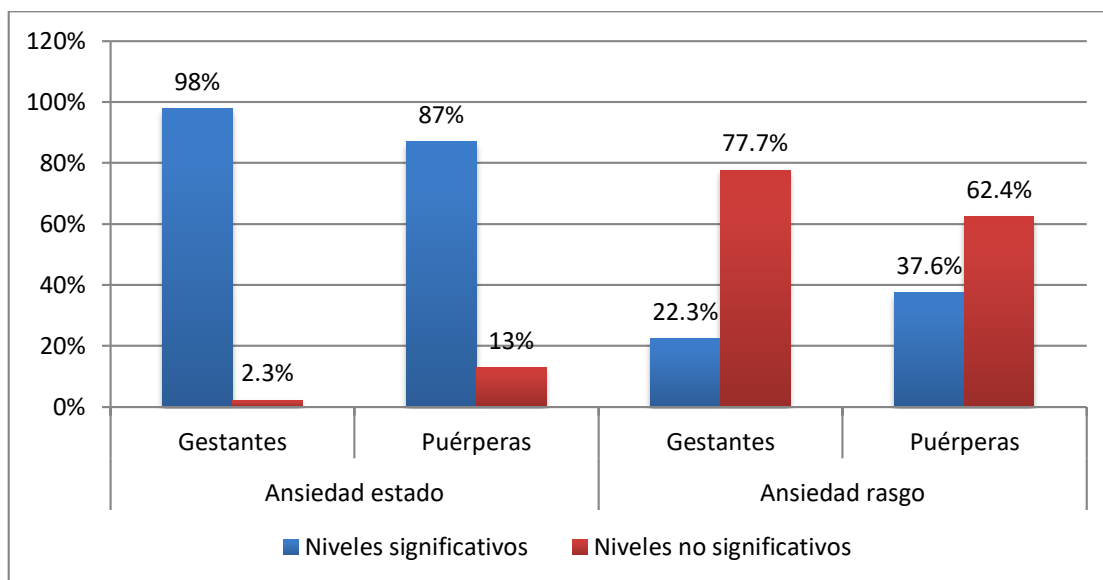
De Investigación: Hojas de registro y fichas.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### 3.1. Resultados

**Figura 1**

*Niveles significativos y no significativos de ansiedad estado-rasgo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*



Fuente: Elaboración Propia.

En la figura 1, puede observarse que con respecto a la ansiedad estado, existen niveles significativos en gestantes (98%) como en puérperas (87%). Por otra parte, con respecto a la ansiedad rasgo, existen niveles significativos en gestantes (22,3%) y puérperas (37,6%). Es importante recalcar que los niveles significativos incluyen los niveles de ansiedad estado-rasgo promedio, sobre el promedio y alto.



**Tabla 4**

*Niveles de ansiedad estado en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Niveles	Ansiedad estado			
	Gestantes		Puérperas	
	f	%	f	%
Bajo	0	0%	2	2,4%
Tendencia al promedio	2	2,3%	9	10,6%
Promedio	14	16,5%	24	28,2%
Sobre el promedio	69	81,2%	50	58,8%
Alto	0	0%	0	0%
<b><i>Niveles significativos</i></b>	<b>83</b>	<b>97,7%</b>	<b>74</b>	<b>87%.</b>

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 4, pueden observarse las frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad en las gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, identificándose que predomina en las puérperas el nivel Sobre el promedio (58,8%), seguido por el nivel promedio (28,2%); siendo mínimos los niveles tendencia al promedio (10,6%) y bajo (2,4%). Por otra parte, en las gestantes predomina el nivel Sobre el promedio (81,2%), seguido por el nivel promedio (16,5%); siendo mínimo el nivel tendencia al promedio (2,4%). Es así que la mayoría de puérperas (87%) como de gestantes (97,7%) presenta niveles significativos de ansiedad estado.

**Tabla 5**

*Comparación de la ansiedad estado según población: gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Población	N	Media	Desviación estándar	Prueba T para la igualdad de las medias		
				Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Gestantes	85	24,88	2,485	0,000	-1,694	0,445
Puérperas	85	23,19	3,264	0,000	-1,694	0,445

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 5, pueden observarse la media y desviación estándar de los puntajes alcanzados en ansiedad estado por las gestantes ( $x=24,88$ ) y puérperas evaluadas ( $x=23,19$ ). Así también, una significancia menor al 0,05 en la prueba de Student, sugiere que existe diferencia significativa entre las gestantes y puérperas evaluadas con respecto a la ansiedad estado, teniendo las gestantes una tendencia significativa a padecer índices más altos que las puérperas.

**Tabla 6**

*Niveles de ansiedad rasgo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Niveles	Ansiedad rasgo			
	Gestantes		Puérperas	
	f	%	f	%
Bajo	2	2,4%	2	2,4%
Tendencia al promedio	64	75,3%	51	60,0%
Promedio	15	17,6%	12	14,1%
Sobre el promedio	4	4,7%	20	23,5%
Alto	0	0%	0	0%
<b>Niveles significativos</b>	<b>19</b>	<b>22,3%</b>	<b>32</b>	<b>37,6%</b>

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 6, pueden observarse las frecuencias y porcentajes de los niveles de ansiedad rasgo en las gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, identificándose que predomina la tendencia al promedio en las puérperas (60%) como en gestantes (75,3%). Con porcentajes menores, el nivel promedio se presenta en las

puérperas (14,5%) así como en las gestantes (17,6%); por último, el nivel Sobre el promedio se presenta en las puérperas (23,5%) así como en las gestantes (4,7%). Es así que un porcentaje importante de puérperas (37,6%) como de gestantes (22,3%) presenta niveles significativos de ansiedad rasgo.

**Tabla 7**

*Comparación de la ansiedad rasgo según población: gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

	N	Media	Desviación estándar	Prueba T para la igualdad de las medias		
				Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Diferencia de error estándar
Gestantes	85	21,49	2,457	0,001	1,529	0,446
Puérperas	85	23,02	3,299	0,001	1,529	0,446

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 7, pueden observarse la media y desviación estándar de los puntajes alcanzados en ansiedad rasgo por las gestantes ( $x=21,49$ ) y puérperas evaluadas ( $x=23,02$ ). Así también, una significancia menor al 0,05 en la prueba de Student, sugiere que existe diferencia significativa entre las gestantes y puérperas evaluadas con respecto a la ansiedad estado, teniendo las puérperas una tendencia significativa a padecer índices más altos que las gestantes.

**Tabla 8**

*Factores sociodemográficos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

<b>Factor sociodemográfico</b>	<b>Gestantes</b>		<b>Puérperas</b>	
	<b>Categoría</b>	<b>%</b>	<b>Categoría</b>	<b>%</b>
Grado de instrucción	Secundaria	25,9%	Secundaria	29,4%
	incompleta		incompleta	
	Secundaria	29,4%	Secundaria	24,7%
	completa		completa	
	Superior	24,7%	Superior	25,9%
	universitario		universitario	
	Otros	20%	Otros	20%
Edad	De 14-18 años	23,5%	De 14-18 años	23,5%
	De 19-30 años	58,8%	De 19-30 años	58,8%
	Mayor a 30 años	17,7%	Mayor a 30 años	17%
Ocupación	Ama de casa	64,7%	Ama de casa	57,6%
	Independiente	9,4%	Independiente	14,1%
	Estudiante	8,2%	Estudiante	10,6%
	Otros	17,7%	Otros	17,7%
Estado civil	Soltera	9,4%	Soltera	15,3%
	Casada	9,4%	Casada	8,2%
	Conviviente	81,2%	Conviviente	76,5%
Procedencia	Zona rural	27,1%	Zona rural	42,4%
	Zona urbana	72,9%	Zona urbana	57,6%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 8, pueden observarse que, con respecto a los factores sociodemográficos, la mayoría de gestantes tienen grado de instrucción secundaria completa (29,4%), tienen edad de 19-30 años (58,8%), son amas de casa (64,7%), convivientes (81,2%), y proceden de la zona urbana (72,9%). Por otro lado, la mayoría de puérperas presentan grado de instrucción secundaria incompleta (29,4%), de 19-30 años (58,8%), ama de casa (57,6%), conviviente (76,5%) y zona urbana (57,6%).

**Tabla 9**

*Factores clínicos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

<b>Factor clínico</b>	<b>Gestantes</b>		<b>Puérperas</b>	
	<b>Categoría</b>	<b>%</b>	<b>Categoría</b>	<b>%</b>
Riesgo de embarazo	Alto	41,2%	Alto	51,8%
	Medio	18,8%	Medio	23,5%
	Bajo	40,0%	Bajo	24,7%
Hijos previos	Con hijos previos	55,3%	Con hijos previos	55,3%
	Sin hijos previos	44,7%	Sin hijos previos	44,7%
Partos prematuros previos	Con partos prematuros previos	15,3%	Con partos prematuros previos	11,8%
	Sin partos prematuros previos	84,7%	Sin partos prematuros previos	88,2%
Modalidad de parto	Natural	35,3%	Natural	25,9%
	Cesárea	64,7%	Cesárea	74,1%
Asistencia a cursos prenatales	Asistió	22,4%	Asistió	25,9%
	No asistió	77,6%	No asistió	74,1%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 9, pueden observarse que, con respecto a los factores clínicos, las gestantes presentan un riesgo de embarazo alto (41%), tienen hijos previos (55,3%), sin partos prematuros previos (84,7%), con modalidad de parto: cesárea (64,7%) y sin asistencia a cursos prenatales (77,6%). Por otro lado, la mayoría de puérperas presentan un riesgo de embarazo alto (51,8%), tienen hijos previos (55,3%), sin partos prematuros previos (88,2%), con modalidad de parto: cesárea (74,1%) y sin asistencia a cursos prenatales (74,1%).

**Tabla 10**

*Niveles significativos de ansiedad estado-rasgo y factores sociodemográficos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Factores sociodemográficos	Ansiedad estado		Ansiedad rasgo	
	% Gestantes	% Puérperas	% Gestantes	% Puérperas
Secundaria incompleta	100%	80,0%	16,6%	32%
Secundaria completa	100%	85,8%	28%	38,2%
Superior universitario	100%	95,5%	23,8%	36,4%
De 14-18 años	100%	66,7%	20%	46,7%
De 19-30 años	96%	89,3%	22%	35,7%
Mayor a 30 años	100%	100%	26,7%	38,5%
Ama de casa	98,2%	81,6%	40,8%	40,8%
Independiente	100%	100%	33,3%	33,3%
Estudiante	100%	88,9%	44,4%	44,4%
Soltera	100%	84,6%	25%	30,8%
Casada	87,5%	100%	37,5%	28,6%
Conviviente	98,6%	86,1%	30,3%	40%
Zona rural	86,1%	100%	44,4%	17,4%
Zona urbana	87,8%	96,8%	32,7%	24,2%

Fuente: Elaboración Propia.

Enfatizando que en los niveles significativos están considerados los niveles promedio, sobre el promedio y alto de ansiedad estado-rasgo; en la tabla 10, pueden observarse que, en cuanto a los factores sociodemográficos, con respecto al grado de instrucción secundaria incompleta, completa y superior universitario, todas las gestantes presentaron niveles significativos de ansiedad estado, mientras que en las puérperas de grado de instrucción superior universitario presentaron un porcentaje relativamente superior (95,5%). Por otro lado, en cuanto a la ansiedad rasgo, las gestantes de instrucción secundaria completa presentaron niveles porcentuales mayores (28%) en cuanto al grado de instrucción; así también sucedió en las puérperas (38,2%).

Con respecto a la edad; las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales superiores de ansiedad estado cuando son menores de 19 años y mayores a 30; por otro lado; las puérperas presentan mayores niveles significativos porcentuales cuando tienen más de 30 años. Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo cuando son mayores de 30 años (26,7%), con respecto a otros grupos etarios, mientras que, en las puérperas, es superior en las adolescentes de 14-18 años (46,7%).

Así también, con respecto a la ocupación, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales superiores de ansiedad estado cuando son independientes o estudiantes, aunque muy cercanos a cuando son amas de casa (98,2%); por otro lado; las puérperas presentan mayores niveles significativos porcentuales cuando son independientes, frente a otras ocupaciones. Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo cuando son estudiantes (44,4%), frente a otras ocupaciones; por otro lado; las puérperas presentan mayores niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo cuando son estudiantes, frente a otras ocupaciones.

Con respecto al estado civil, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales superiores de ansiedad estado cuando son solteras (100%) y convivientes (98,6%); por otro lado; las puérperas presentan mayores niveles significativos porcentuales cuando casadas (100%), frente a otras categorías de estado civil. Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo cuando son casadas (37,5%); por otro lado; las puérperas presentan mayores niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo cuando son convivientes (40%), frente a otras categorías de estado civil.

Con respecto a la zona de residencia, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales similares a cuando son de zonas urbanas (87,8%) a zonas rurales (86,1%); por otro lado; las puérperas presentan mayores niveles significativos porcentuales cuando provienen de zonas rurales (100%) que de urbanas (96,8%). Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo cuando provienen de zonas rurales (44,4%); por otro lado; las puérperas presentan mayores niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo cuando provienen de zonas urbanas (24,2%).

**Tabla 11**

*Niveles significativos de ansiedad estado-rasgo y factores clínicos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Factores clínicos	Ansiedad estado		Ansiedad rasgo	
	%	%	%	%
	Gestantes	Puérperas	Gestantes	Puérperas
Con riesgo de embarazo alto	94,3%	81,9%	28,6%	40,9%
Con riesgo de embarazo medio	100%	100%	18,7%	45%
Con riesgo de embarazo bajo	85,70%	85,70%	17,60%	23,8%
Con hijos previos	97,9%	91,5%	21,3%	36,1%
Sin hijos previos	97,3%	81,5%	23,7%	39,5%
Con partos prematuros previos	92,3%	100%	38,5%	40%
Sin partos prematuros previos	98,6%	85,3%	19,5%	37,3%
Modalidad de parto natural	100%	86,4%	26,7%	22,7%
Modalidad de parto cesárea	96,4%	87,3%	20%	42,8%
Asistencia a cursos prenatales	100%	100%	26,3%	22,7%
No asistencia a cursos prenatales	97%	82%	21,2%	42,8%

Fuente: Elaboración Propia.

Con respecto a la tabla 11, se observa que las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales superiores de ansiedad estado con riesgo de embarazo medio (85,70%), seguido por embarazo alto (94,3%); así también, las puérperas presentan mayores niveles significativos porcentuales cuando han tenido un riesgo de embarazo medio. Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo cuando han presentado un riesgo de embarazo alto (28,9%), así también en las puérperas (40,9%), con respecto a otros factores de riesgo clínico de embarazo.

Con respecto al número de hijos previos, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales muy similares, con hijos previos (97,3%) y sin hijos previos (97,3%). Por otro lado, las puérperas presentan niveles significativos porcentuales superiores cuando tienen hijos previos (91,5%). Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo sin hijos previos (23,7%) y con hijos previos (21,3%). Por otro lado, las puérperas presentan niveles significativos porcentuales superiores cuando no tienen hijos previos (39,5%).

Con respecto a los partos prematuros previos, las mujeres gestantes presentan



niveles significativos porcentuales superiores cuando no han tenido partos prematuros previos (98,6%). Por otro lado, las puérperas presentan niveles significativos porcentuales superiores cuando han tenido partos prematuros previos (100%). Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo con partos prematuros previos (38,5%). Por otro lado, las puérperas presentan niveles significativos porcentuales superiores con partos prematuros previos (40%).

De acuerdo a la modalidad de parto, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales superiores cuando están programadas para parto natural (100%). Por otro lado, las puérperas presentan niveles significativos porcentuales similares tanto en modalidad de parto cesárea (87,3%), como natural (86,4%). Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales de ansiedad rasgo con modalidad de parto natural (26,7%) frente a la modalidad de parto cesárea y las puérperas, con la modalidad de parto cesárea (42,8%).

De acuerdo a la asistencia de cursos prenatales, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales similares cuando han asistido (100%) o no han asistido (97%). Por otro lado, las puérperas presentan niveles significativos porcentuales superiores cuando han asistido a cursos prenatales (100%). Por otro lado, las mujeres gestantes presentan niveles significativos porcentuales superiores de ansiedad rasgo cuando han asistido a cursos prenatales (26,3%); mientras que las puérperas, cuando no han asistido a cursos prenatales (42,8%).

### 3.2. Discusión

El objetivo de la presente investigación fue identificar los niveles de ansiedad en las gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, hallándose que la ansiedad estado está presente en niveles promedio, sobre el promedio o alto en gestantes (98%) como puérperas (87%), mientras que los mismos niveles que reflejan una presencia significativa de ansiedad rasgo está presente en gestantes (22,3%) y puérperas (37,6%), corroborándose la hipótesis que afirmaba que la ansiedad estado-rasgo era altamente significativa en las gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Los resultados son refutados por Ramírez et ál. (2016) quien identificó que sólo el 23,5% de sus evaluadas gestantes presentaban algún grado relevante de ansiedad, en un estudio desarrollado en México; así como Repetto (2018) identificó en Iquitos halló que aproximadamente una de cada tres gestantes presentaba ansiedad moderada o grave. Por otra parte, los resultados coinciden con Vega et ál. (2019), quien identificó que aproximadamente siete de cada diez gestantes tenían niveles significativos de ansiedad. A pesar de las discrepancias, al haberse aplicado con criterios de rigor científico la investigación, se aceptan los resultados, pero con la limitación de aplicarse a los pacientes exclusivamente del hospital donde se desarrolló el estudio.

Otro de los objetivos específicos fue identificar el nivel de ansiedad estado en pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes. La mayoría de puérperas presentó nivel sobre el promedio (58,8%); de igual manera, las gestantes (81,2%); siendo este nivel significativo de ansiedad estado, el más frecuente entre las evaluadas. Esto coincide en la investigación de Chicoma y Silva (2015) quienes identificaron niveles altos de ansiedad en las pacientes gestantes evaluadas, siendo el embarazo en las pacientes al Hospital Regional Docente Las Mercedes, un factor de ansiedad transitoria, aún en las mujeres sin predisposición a padecer de tensiones físicas o cognitivas. Así también se buscó también identificar el nivel de ansiedad rasgo en pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes. La mayoría de puérperas presentó nivel tendencia al promedio (60%); de igual manera las gestantes (75,3%); siendo la ansiedad rasgo significativa en 22,3% de las gestantes y en el 37,6% de las puérperas. Bustamante e Infante (2014) coinciden parcialmente con estos resultados, ellos hallaron que aproximadamente una de cada tres gestantes tienen ansiedad rasgo en niveles significativos. Ello significa que al menos, la tercera parte de las pacientes, han tenido predisposición a sufrir de ansiedad, de manera recurrente durante toda su vida; y el puerperio intensifica esa tendencia cuando la ansiedad no ha sido

abordada antes del parto o cesárea (Esteves y Shupingahua, 2017); por ello resulta fundamental que el personal especializado logre mediante programas psicoeducativos, reducir el nivel de ansiedad rasgo en las gestantes atendidas en la población.

En este estudio también se buscó identificar si existe diferencia significativa en la ansiedad estado y la ansiedad rasgo según población: pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente las Mercedes. Se halló que, de manera significativa, las gestantes tienen una tendencia a sufrir de ansiedad estado más que las puérperas atendidas, mientras que las puérperas tienen una tendencia a sufrir de ansiedad rasgo más que las gestantes. Al caracterizarse la ansiedad estado de ser transitoria, y estar ligada a una causa específica (Spierlberg, 1972); es comprensible que las pacientes gestantes lo hayan desarrollado producto de su estado gestacional complicado (con riesgo alto, medio) o parto por cesárea, y que dar a luz a sus hijos signifique un alivio y la desaparición de esta condición emocional variable y fluctuante. Por otra parte, entendiendo que la Ansiedad Rasgo (A/R) es una disposición natural ansiosa de forma estable debido a la tendencia por parte del sujeto a discernir las situaciones diarias como inquietantes (Spielberg, 1972), se explica que, de las evaluadas con predisposición ansiosa, las puérperas se sientan aún más vulnerables y preocupadas, al estar a cargo de un recién nacido que las gestantes.

Buscando categorizar el factor sociodemográfico-clínico en pacientes gestantes y puérperas el Hospital Regional Docente Las Mercedes, se halló que la mayoría de pacientes gestantes y puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes presentan un perfil sociodemográfico-clínico específico: son adultas tempranas (62,4%), amas de casa (61,18%), viven en la zona urbana (65,29%), son convivientes, han cursado al menos el nivel secundario, sea completo o incompleto (70%), han tenido una modalidad de parto por cesárea (69,41%), han tenido hijos previos (55,29%), no han tenido partos prematuros previos (86,47%), han presentado un embarazo de alto riesgo (46,47%) y no asistieron a cursos prenatales. Esto se explica por el perfil del paciente que asiste a un hospital que recibe referencias de centros de salud estatales de la ciudad de Chiclayo, con complicaciones médicas, que usualmente gozan de un seguro integral, que las diferencian del perfil de pacientes que atiende el seguro Essalud o las clínicas privadas; y que reflejan necesidades específicas en la interacción con el personal de salud cuando pasan por el servicio de ginecología y puerperio.

Por último, procurando analizar los niveles de ansiedad estado- rasgo y el factor sociodemográfico-clínico en pacientes gestantes y puérperas Hospital Regional Docente Las Mercedes 2019, se identificó que la ansiedad estado aumenta en las gestantes cuando son solteras (100%), hay riesgo de embarazo medio (100%), no hay partos prematuros previos (98,6%), y en las puérperas, cuando tienen grado de estudios superior universitario (95,5%), mayor de 30 años (100%), independiente (100%), casada (100%), con riesgo de embarazo medio (100%), con hijos previos (91,5%), con partos prematuros previos (100%), y asistencia a cursos prenatales (100%). Así también, que la ansiedad rasgo se intensifica en las gestantes cuando tienen secundaria completa (28%), son mayor de 30 años (26,7%), son estudiantes (44,4%), casadas (37,5%), proceden de zonas rurales (44,4%), hay riesgo de embarazo alto (28,6%), con partos prematuros previos (38,5%), con modalidad de parto natural (26,7%), y con asistencia a cursos prenatales (26,3%); mientras que en las puérperas, se intensifica la ansiedad rasgo cuando tienen secundaria completa (38,2%), tienen de 14-18 años (46,7%), son estudiantes (44,4%), son convivientes (40%), proceden de zonas urbanas (24,2%), hay riesgo de embarazo alto (40,9%), hubo modalidad de parto cesárea (42,8%) y no asistencia a cursos prenatales (42,8%). Estos hallazgos coinciden por Ramírez et ál. (2016), quienes identificaron que la ansiedad variaba en función a la edad y el número de embarazos anteriores por parte de las gestantes y puérperas, mientras que Heredia (2018) halló que la condición del estado civil y con quienes se vivía sí influían en presentar niveles de ansiedad más altos; así también coinciden según implicancias teóricas de la ansiedad (Carrascón et al., 2007; Gomez, 2017; León, 2018). Es importante recalcar que los resultados a nivel comparativo según factores sociodemográficos-clínicos no tienen un análisis inferencial sino descriptivo, al no tener una cuota mínima en cada una de las categorías que permita compararlas, ya que la mayoría de las evaluadas, se encuentra en una categoría específica; pero aporta información relevante a nivel descriptivo que permitirá diseñar programas psicoeducativos ajustados a la necesidad de la población, allí la importancia de los resultados.

## **CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES**

Las pacientes gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes sufren de ansiedad estado así como de ansiedad rasgo, diferenciándose en la intensidad según el tipo de paciente y la tipología de ansiedad.

Aproximadamente nueve de cada diez pacientes gestantes o puérperas, presentan ansiedad transitoria, al tener niveles significativos de ansiedad estado, en niveles específicos promedio y sobre el promedio.

Aproximadamente una de cada cinco pacientes gestantes, así como dos de cada cinco puérperas, presentan predisposición a sufrir de ansiedad, de manera recurrente durante toda su vida, al presentar niveles significativos de ansiedad rasgo, en niveles específicos promedio y sobre el promedio.

Las gestantes tienden a sufrir de ansiedad estado más que las puérperas atendidas, mientras que las puérperas tienden a sufrir de ansiedad rasgo más que las gestantes.

La mayoría de pacientes gestantes y puérperas atendidas en el Hospital Regional Docente Las Mercedes presentan un perfil sociodemográfico-clínico específico: son adultas tempranas (19-30 años), amas de casa, viven en la zona urbana, son convivientes, han cursado al menos el nivel secundario, sea completo o incompleto, han tenido una modalidad de parto por cesárea, han tenido hijos previos, no han tenido partos prematuros previos, han presentado un embarazo de alto riesgo y no asistieron a cursos prenatales.

Los factores sociodemográficos-clínicos marcan una diferencia porcentual relativa en las pacientes puérperas y las gestantes con respecto a la ansiedad estado-rasgo que padecen; la ansiedad estado varía en cuestión del grado de instrucción, la edad, la ocupación y el estado civil, con riesgo de embarazo, con hijos previos, según la presencia de parto prematuro previo, y asistencia a cursos prenatales; mayormente en las puérperas; por otro lado, la ansiedad rasgo varía en cuestión al grado de instrucción, la edad, la ocupación, el estado civil y la zona de residencia, riesgo de embarazo, partos prematuros previos, modalidad de parto y asistencia a cursos prenatales.

## **CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES**

Al director del Hospital Regional Docente las Mercedes, comunicar con personal de salud del servicio de ginecología y puerperio, los resultados de esta investigación, generando espacios de reflexión y sensibilización sobre el buen trato a la paciente, así como estrategias de abordaje para reducir su ansiedad producto de su estado médico temporal.

Al servicio de psicología del Hospital Regional las Mercedes, desarrollar programas preventivos promocionales que faculden a las gestantes que se atienden en dicho Hospital, a gestionar de manera saludable sus emociones, desarrollando habilidades psicosociales de afronte ante complicaciones psicológicas, no sólo de la ansiedad estado sino de la ansiedad rasgo, depresión y otros desórdenes de salud mental.

A comunicadores locales, anunciar los resultados en medios de comunicación para desarrollar espacios radiales y televisivos de información, sobre la ansiedad en el embarazo y puerperio, de manera que las familias Chiclayanas sepan los aspectos psicológicos que involucra un embarazo, y desarrollen habilidades sociales en contexto familiar y personal, para reducir los niveles de ansiedad estado en las futuras gestantes.

A centros educativos de la localidad de Chiclayo, fortalecer en los cursos de Tutoría y Desarrollo Personal y Cívico, el establecimiento de un proyecto de vida más favorable en los estudiantes, de manera que se retrase la paternidad y maternidad adolescente mediante estrategias diversas, cumplan sus metas profesionales y/o técnicas y superen el perfil sociodemográfico que han presentado en su niñez y adolescencia.

A otros investigadores, replicar el presente estudio en otros centros de salud, con perfil sociodemográfico-clínico distinto al abordado en la investigación, y comparar si existe una diferencia relevante en los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, valiéndose de los resultados presentes, para determinar si existe una influencia de los factores sociodemográficos significativa en la presencia o no presencia de ansiedad en las pacientes gestantes y puérperas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alemaný, M. (2005). Aspectos emocionales que rodean el nacimiento. *Matronas Profesi3n*, 23-27. [www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7058/173/aspectos-emocionales-que-rodean-al-nacimiento-estado-de-la-cuestion](http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7058/173/aspectos-emocionales-que-rodean-al-nacimiento-estado-de-la-cuestion)
- Alonso, A. (2015). *Psyciencia*. Trastornos Psicol3gicos mas comunes durante el embarazo. <https://www.psyciencia.com/trastornos-psicologicos-mas-comunes-durante-el-embarazo/>
- Aquino Barillas, O. O. (2014). Estr3s post-parto en las mujeres del 3era de maternidad (estudio realizado en el Hospital Nacional de RETALHULEU [Tesis de licenciatura, Universidad Rafael Land3var].
- Artal, M. R. (2019). *Manual MSD*. Cambios f3sicos durante el embarazo: <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/embarazo-normal/cambios-f3sicos-durante-el-embarazo>
- Beck, A., & Emery, G. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobia. Una perspectiva cognitiva*. Nueva York.
- Borr3s, C. (25 de agosto de 2015). *Psyciencia*. Cambios emocionales en el embarazo. <https://www.psyciencia.com/cambios-emocionales-en-el-embarazo/>
- Bustamante Santa Cruz , M., & Infante Julca , L. J. (2014). *Niveles de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud Pomalca 2014*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Juan Mej3a Baca].
- Caba3as, M., Longoni, M., Corominas, N., Yurrebaso, M., & Aguirrez3bal, A. (s.f.). Obstetricia y Ginecolog3a. En M. Caba3as, M. Longoni, N. Corominas, M. Yurrebaso, & A. Aguirrez3bal, *Ginecolog3a*.
- Canda Moreno, F. (2009). *Diccionario de Pedagog3a y Psicolog3a*. Madrid- Espa3a: Cultural, S.A.
- Carolina, V. H. (2018). Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas victimas de violencia intrafamiliar. [Tesis para licenciatura, Universidad Central del Ecuador].
- Carrasc3n, A. (2007). Detecci3n Precoz De La Depresi3n Durante El Embarazo y El Postparto. *Matronas Profesi3n*, 7(4), 5-11. <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7000/173/deteccion-precoz-de-la-depresion-durante-el-embarazo-y-postparto>

- Castellanos Cabañas, G. (2011). *Ansiedad y depresión en el embarazo*. Toledo.
- Castellanos Cabañas, G., Gascón Buendía, A. I., Lapeña Moñux, Y. R., López de Castro Francisco, P. M., & Josefa, M. J. (2011). Ansiedad y Depresión en el embarazo. *Revista Presencia- Salud mental, investigación y humanidades*, 7(13). <http://www.index-f.com/presencia/n13/p7631r.php>
- Castelló López, M. I. (2006). *Aesmatronas.com*. Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio. [https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/09\\_vivencia\\_emocional.pdf](https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/09_vivencia_emocional.pdf)
- Castiñeira González, E. P. (Octubre de 2012). *Manual de prácticas obstétricas para la Atención Primaria de Salud*. MediSur: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2012000500018](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500018)
- Comitre Mariano, M. (2012). *Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario*. Agencia valenciana de salud. [http://www2.san.gva.es/cas/prof/guia\\_ITSS/capitulo1/Intervencion\\_del\\_TSS\\_atencion\\_primaria\\_programa\\_embarazo\\_parto\\_puerperio.pdf](http://www2.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/capitulo1/Intervencion_del_TSS_atencion_primaria_programa_embarazo_parto_puerperio.pdf)
- Darley, J. M., Glucksberg, S., & Kinchla, R. A. (1990). *Psicología* (4ta ed.). Prentice Hall- Hispanoamericana.
- Delgado Silva, E. (2015). *Ansiedad estado-rasgo en madres del programa vaso de leche de la zona urbana del distrito de Chiclayo y de la zona rural del distrito de Lambayeque, 2013*. [Tesis de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López. (2013). Depresión y Ansiedad en embarazadas. *Revista Salus*, 17(2), 25-30. Barbula, Venezuela. <https://www.redalyc.org/pdf/3759/375933973006.pdf>
- Diccionario de la lengua española. (2020). *Ansiedad*. Real academia española: <https://dle.rae.es/ansiedad>
- Doriot, E. (2020). *LibreMente- Artículos de psicología*. Maternidad nueva identidad: <https://gabrielacascobachem.com/maternidad-nueva-identidad/>
- DSM-IV. (1994). *Psicopatología de la ansiedad*. American Psychiatric Association: [https://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos\\_de\\_ansiedad\\_según\\_la\\_DSM.pdf](https://webs.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_según_la_DSM.pdf)



- Elizabeth, D. S. (s.f.). *Ansiedad Estado - Rasgo En Madres Del Programa Vaso De Leche De La Zona Urbana Del Distrito De Chiclayo Y De La Zona Rural Del Distrito De Lambayeque 2013*. [Tesis de licenciatura, Universidad Santo Toribio De Mogrovejo]
- Elizondo, R. A. (2005). Estudio sobre la ansiedad. *Psicología clínica y psicoterapia*. <http://www.psicologiacentifica.com/ansiedad-estudio>
- Embarazo en pareja. ¿cómo estrechar vínculo? (2020). *Hacer Familia*.
- Esteves, T. T., & Shupingahua, Y. K. (2017). *Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos - 2017*. [Tesis De Licenciatura, Universidad Científica Del Perú].
- García Medina, Pablo, Bethencuort Pérez, Juan Manuel, Martín Caballero, Ángela Rita, & Armas Vargas, Enrique. (2012). *Ansiedad y Depresión: Investigación e Intervención*. Comares.
- García Ramírez, M. R. (2012). *Ansiedad Estado- Rasgo entre Gestantes*. [Tesis de licenciatura, Univerdad Señor De Sipán]
- Gomez, M. (2017). *Rechazo social y depresión en madres adolescentes*. <http://www.siempre.mx/2017/06/rechazo-social-y-depresion-en-madres-adolescentes/#:~:text=A%20nivel%20social%2C%20este%20tipo,que%20se%20vuelven%20madres%20solteras.&text=El%20rechazo%20de%20la%20pareja,o%20miedo%20a%20ser%20juzgada>.
- Gonzales, P. (2020). *Eres Mamá. La Necesidad Del Amor Durante El Embarazo*. <https://eresmama.com/la-necesidad-del-amor-embarazo/>
- Heredia Rojas, Y. (2018). *Condición del estado civil y nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes. Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. Cajamarca 2018*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional De Cajamarca]
- Hernández Sampieri, R., Fernandez Collado, C., & Batista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta ed.). McGraw-Hill.
- Interes Mutuo. (2019). *MGC mutua*. Que función cumple la obstetra durante el embarazo. <https://www.mgc.es/blog/que-funcion-cumple-el-obstetra-durante-el-embarazo/#:~:text=El%20obstetra%20se%20encarga%20de,los%20cuidados%20del%20beb%C3%A9%2C%20higiene%2C>
- Jadresic M, E. (2010). Depresión en el embarazo y el puerperio. *Revista chilena neuro-psiquiatría*, 48(4), 269-278.

[https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-92272010000500003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003)

- Kabato, I. (2019). *Psicoadapta*. Que es la aceptación en psicología: <https://www.psicoadapta.es/blog/que-es-la-aceptacion-en-psicologia/>
- Léon, S. C. (2018). *Cuándo la mujer odia estar embarazada*. [guiainfantil.com: https://www.guiainfantil.com/embarazo/depresion/cuando-la-mujer-odia-odia-estar-embarazada/](https://www.guiainfantil.com/embarazo/depresion/cuando-la-mujer-odia-odia-estar-embarazada/)
- Magaña, T. (s.f.). *Blog de escuela de bitácoras*. Así surge el vínculo entre madre e hijo durante el embarazo. <https://escuela.bitacoras.com/2020/05/02/asi-surge-el-vinculo-entre-madre-e-hijo-durante-el-embarazo/>
- Marc, I., Toureche, N., Ernst, E., Hodnett, E., Blanchet, C., Dodin, S., & Njoya, M. (2011). *Cochrane Library*. Intervenciones cuerpo mente durante el embarazo para la prevención o el tratamiento de la ansiedad de la mujer. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007559.pub2/full/es>
- Martínez Figueroa, L., & Escuriet Peiró, R. (2004). Problemas de salud y motivos de preocupación percibidos por las puérperas antes del alta hospitalaria. *Revista Matronas Profesión*, 5(15), 30-35. Barcelona, España. <https://www.federacion-matronas.org/matronas-profesion/sumarios/problemas-de-salud-y-motivos-de-preocupacion-percibidos-por-las-puerparas-antes-del-alta-hospitalaria/>
- Medina, M.S. (2013). Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, 3(27). <http://www.scielo.org.mx/pdf/prh/v27n3/v27n3a8.pdf>
- Ministerio de Salud. (2004). *Guías nacionales de atención integral y de la salud sexual reproductiva*.
- Ministerio De Salud. (2016). *Normas técnicas de salud*.
- Miras Sastre, I. (2014). *Aspectos psicologicos y emocionales durante la gestación y el puerperio*. [Tesis de licenciatura, Universidad de Valladolid]
- Mittelmark, R. A. (Agosto de 2019). *Cambios físicos durante el embarazo*. Manual SD. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/salud-femenina/embarazo-normal/cambios-f%C3%ADsicos-durante-el-embarazo>
- Morales Alvarado, S., Guibovich Mesinas, A., & Yábar Peña, M. (2014). *Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos*.

- Obstetric Psychoprophylaxis: Update, definitions and concepts.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/hm/v14n4/a10v14n4.pdf>
- Navarrete C E, L.-C. M. (2012). Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. *Revista de Investigación Clínica*, 64(6), 625-633.  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126IIh.pdf>
- Navarrete, L., Lara Cantú, M. A., Navarro, C., Gómez, M. E., & Morales, F. (2012). Los factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. *Revista de Investigación Clínica*, 64(6), 625-633.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126IIh.pdf>
- Navarro, C., Navarrete, L., & Lara, M. A. (2011). Factores asociados a la percepción y eficacia materna durante el postparto. *Revista Salud Mental*, 34(1), 37-43 . <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v34n1/v34n1a5.pdf>
- Noval, B. D. (2019). *Revista de salud y bienestar*. Embarazo de alto riesgo.  
<https://www.webconsultas.com/embarazo/complicaciones-del-embarazo/embarazo-de-alto-riesgo-13206>
- Odent, M. (2014). *La Vida fetal, el nacimiento y el futuro de la humanidad*. Ob Stare.
- Organización Mundial de la Salud. (1990). Salud Perinatal. *Boletín del Centro Latino Americano de Perinatología y desarrollo humano.*, 3(10), 10.  
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49384/BOLETIN%2010.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Salud Mental*. Organización mundial de la salud: [https://www.who.int/mental\\_health/es/](https://www.who.int/mental_health/es/)
- Ontiveros Pérez, M., & López España, J. T. (2010). Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en embarazadas primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico. *Revista Boletín Clínico De La Asociación Médica del Hospital Infantil Del Estado De Sonora*, 27(2), 92-98.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>
- Papalia, Diane E, & Wendkos Olds, Sally. (1997). Estrés y Afrontamiento. En D. E. Papalia, & S. Wendkos Olds, *Psicología* (págs. 363-391). Repreo-flo.
- Patricia, B. F. (2018). *Ansiedad y Depresión en madres y padres durante el embarazo y el puerperio, efecto de un programa de intervención* [ Tesis

- de licenciatura, Universidad de Oviedo].
- Ríos, R. B., García Noblejas- Sánchez Migallón, J., & Sánchez Cubas, S. (1999). *Trastornos Depresivos en la mujer (Depresión en patologías orgánicas)*. Edicomplet.
- Rodriguez-Blanque, R., Garcia, J. C., Menor-Rodríguez, M. J., López, A. M., & Aguilar, M. J. (2018). Trastornos alimentarios durante el embarazo. *Journal*, 3(5).
- Rollo, M., Schachter, S.. (1968). *Patológica, La angustia normal*. Paidós.
- Rovati, L. (s.f.). *Cómo prepararte para tener un embarazo saludable*. <https://www.bebesymas.com/embarazo/como-prepararte-para-tener-embarazo-saludable>
- Sanca Quispe, S. Y. (2015). *Influencia de los aspectos psicosociales sobre los niveles de Ansiedad en Gestantes*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Alas Perunas]
- Sandoval Garcia, A. M. (13 de octubre de 2016). *Prezi*. Aceptación Del Embarazo : <https://prezi.com/iywbkkwhxqsn/aceptacion-del-embarazo/>
- Saniz Aceves, K. G., Chávez Ureña, B. E., Diaz Contreras, M. E., Sandoval Magaña, M. A., & Robles Romero, M. A. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Revista Atención Familiar*, 20(1), 25-27. [https://www.researchgate.net/publication/306021272\\_Ansiedad\\_y\\_depresion\\_en\\_pacientes\\_embarazadas](https://www.researchgate.net/publication/306021272_Ansiedad_y_depresion_en_pacientes_embarazadas)
- Saucedo, I. C. (s.f.). Estudios sobre la ansiedad. *Avances Coordinacion de la Investigación*.
- Senz Martín, E. (2019). *Eres Mamá*. La Ambivalencia en la maternidad. <https://eresmama.com/ambivalencia-maternidad/>
- Serrano Villa, S., Campos Gayturo, P. C., & Correazo Pariasca, N. Y. (2016). Asociación entre la ansiedad, eterna y el parto pretérmino en Lima, Perú. *Revista Cubana De Obstetricia Y Ginecología*, 42(3), 309-320. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2016/cog163f.pdf>
- Sierra, J. C., Ortega , V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Skinner, B. (1974). *Ciencia y Conducta Humana*. Fontanella.
- Torres Silva De Esteves, T., & Guevara Shupingahua, Y. K. (2017). *Ansiedad en*

- gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la Ciudad de Iquitos - 2017.* [Tesis de licenciatura, Universidad Científica del Perú].
- Torres Silva de Esteves, T., & Guevara Shupingahua, Y. K. (2017). *Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos- 2017.*[Tesis de Licenciatura, Universidad Científica del Perú].
- Torres Silva de Estevez, T., & Guevara Shupingahua, Y. K. (2018). *Ansiedad en Gestantes Adolescentes y Adultas que acuden a un Centro de Salud en la Ciudad de Iquitos- 2017.* [Tesis de licenciatura, Universidad Científica del Perú, Iquitos].
- Ulloque, J. A. (2020). Embarazo de Alto Riesgo. *Federación Colombiana De Asociaciones De Perinatología.*
- Velasquez , A. (1995). *Ansiedad y depresión en primigestas adolescentes y añosas segun la edad gestacional.* [Tesis para licenciatura, Universidad Central de Venezuela, Caracas].
- Vega Gonzales, E., Guerrero Rosa, A., Guzmán Castillo, B., Huamaní Morales, E., & Grecia Herrera , C. (2019). Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un Hospital de Lima- Peru. *Revista Internacional De Salud Materno Fetal* , 4(3), 3-7. Lima.  
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/107/110>
- Wolpe, J. (1998). *Psicoterapia por inhibición recíproca.* Bilbao.
- Zonia, Z. B. (2016). *Instituto Nacional De Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi".* Recomendaciones para llevar un embarazo saludable: <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/027.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,responsabilidad%20de%20concebir%20una%20vida>.

## ANEXOS

### ANEXO 1 (FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO)

**Nombre Original:** Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)

**Autores:** Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.

**Adaptación:** España – Perú

**Autores Españoles:** Bauermeister, Collazos y Spielberger (1983)

**Autor Peruano:** Sergio Domínguez Lara (2016)

**Administración:** Individual o Colectiva, en adultos y adolescentes con un nivel cultural mínimo para comprender las instrucciones y enunciados de la prueba.

**Duración:** 15 minutos aproximadamente.

**Descripción:** El cuestionario consta de 40 ítems. La mitad de los ítems pertenecen a la sub escala estado, formada por frases que describen como se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la sub escala rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente. El paciente contesta a los ítems teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo, 2 = bastante y 3 = mucho (en la sub escala estado). 0 = casi nunca, 1 = a veces, 2 a menudo y 3 = casi siempre (en la sub escala rasgo).

**Validez y Confiabilidad:** En la adaptación española han sido tomados en cuenta el criterio y selección de ítems; fue relacionado con el Catell 16 PF, forma A. En cuanto a su confidencialidad; la consistencia interna del STAI para sujetos normales es de 0,93 en la escala de Ansiedad-Estado y 0,87 para Ansiedad-Rasgo, lo que indica una alta relación de la estructura interna.

En el caso de Perú, los análisis de confiabilidad arrojaron coeficientes de Cronbach de 0,87 para la escala de Ansiedad-Estado y 0,84 para la Ansiedad-Rasgo. Respecto a la validez, se encontraron correlaciones positivas entre la prueba y aspectos amenazantes de la vida cotidiana y correlaciones negativas con aspectos productores de satisfacción o bienestar.

## ANEXO 2 (CONSENTIMIENTO INFORMADO)

### Consentimiento para participar en un estudio de investigación

---

Institución : Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.  
Investigadores: Lecca Paz Ana Isabella - Matías Cabrera Sara María  
Título : Niveles de Ansiedad en pacientes gestantes durante y después del embarazo en el hospital regional docente las mercedes-Chiclayo 2019

Se le invita a participar en un estudio llamado: Niveles de Ansiedad en pacientes gestantes durante y después del embarazo en el hospital regional docente las mercedes-Chiclayo 2019

Esta investigación estudia la asertividad, cualidad que se adquiere a través del aprendizaje y es un recuso necesario en las relaciones sociales, definida como un conjunto de características que constituyen un acto de respeto por igual a uno/a mismo, a los propios derechos, opiniones, sentimientos, valores, etc., así como hacia las demás personas con las que se interactúa, como familiares, compañeros de trabajo, amigos, pareja, etc.

En este estudio nos centraremos en esta cualidad aplicada a su ámbito de trabajo; jefes, compañeros y usuarios.

La investigación es desarrollada por dos estudiantes de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, cuyo objetivo es determinar los niveles de ansiedad en pacientes gestantes durante y después del embarazo en el hospital regional docente las mercedes

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un cuestionario y completar una ficha sociodemográfica en la cual se requerirán algunos datos personales o afines a la investigación.

#### **Riesgos:**

No se proveen riesgos por participar en este estudio.

**Beneficios:**

Si lo desea se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los test realizados. Los costos de todos los test y del programa serán cubiertos por el estudio y no le ocasionarán gasto alguno.

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por participar en la investigación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso de la información:**

La información será utilizada únicamente en este estudio y siguiendo los objetivos. Una vez procesada la información, esta será eliminada.

**Derechos del participante:**

Si usted decide participar en la investigación, puede retirarse de esta en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte a las responsables de la investigación, o llamar a las estudiantes: Lecca Paz Ana Isabella al tel. 943 279 217 o Sara María Matías Cabrera al tel. 956124452

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, tel. 074283512.



## CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en esta investigación, comprendo en que consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento.

---

### *Participante*

Nombre:

DNI:

Fecha:

---

---

### *Investigadoras*

Nombre: Ana Isabella Lecca Paz

DNI: 72482966

Nombre: Sara María Matías Cabrera

DNI: 76959807

---

### ANEXO 3 (INSTRUMENTO CON LAS PREGUNTAS)

#### INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO - ESTADO (IDARE)

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** A continuación, le presentamos algunas frases que la gente usa para describirse a sí mismo. Lea cada frase y marque con una "X" dentro del casillero que corresponde al número que mejor describa **cómo se siente usted ahora mismo, es decir, en este momento**. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa **cómo se siente ahora**.

Los números significan lo siguiente:

1 = No en absoluto, 2 = Un poco, 3 = Bastante, 4 = Mucho

#### SXE. ESCALA ANSIEDAD DE ESTADO

FRASES	1	2	3	4
	No en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento tranquilo				
2. Me siento seguro				
3. Estoy tenso				
4. Estoy fastidiado (molesto, enojado)				
5. Estoy a gusto				
6. Me siento alterado				
7. Tengo ahora un problema que me preocupa				
8. Me siento aliviado				
9. Me siento intranquilo				
10. Me siento cómodo				
11. Me siento con confianza en mí mismo				
12. Me siento nervioso				
13. Me siento agitado				
14. Me siento "a punto de reventar"				

15. Me siento reposado				
16. Me siento satisfecho				
17. Me siento preocupado				
18. Me siento alterado y muy confundido				
19. Me siento alegre				
20. Me siento bien				

#### **SXR. ESCALA ANSIEDAD DE RASGO**

	<b>Casi nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Frecuente mente</b>	<b>Casi siempre</b>
21. Me siento bien				
22. Me canso rápidamente				
23. Siento ganas de llorar				
24. Quisiera ser tan feliz como otros quisieran				
25. pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente				
26. me siento descansado				
27. soy una persona tranquila .serena y				
28. siento que las dificultades se me amontonan al punto de punto de no poder				
29. me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30. soy feliz				
31. tomo las cosas muy a pecho				
32. me falta confianza en mí mismo				
33. me siento seguro				
34. trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades				
35. me siento melancólico				

36.me siento satisfecho				
37.algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan				
38.me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
39.soy una persona estable				
40.cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado				

#### ANEXO 4 (FICHA SOCIODEMOGRÁFICA)

##### I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

###### **Edad:**

###### **Grado de instrucción:**

Sin nivel educativo ( ) Primaria incompleta ( )

Primaria completa ( ) Secundaria incompleta ( )

Secundaria completa ( ) Superior técnica ( )

Superior universitaria ( ) Superior incompleta ( )

###### **Ocupación:**

Ama de casa ( ) Empleada del hogar ( ) Estudiante ( )

Empleada del sector privado ( ) Empleada del sector público ( )

Independiente ( ) otro ( )

Especifique:.....

###### **Procedencia:**

Zona rural ( ) Zona urbana ( )

##### II. CONDICION DEL ESTADO CIVIL:

Soltera ( )

Casada ( )

Divorciada. ( )

Viuda. ( )

Conviviente. ( )

###### **Con quien vive:**

Con su pareja y sus padres. ( )

Con su pareja y sus suegros. ( )

Solo con su pareja. /e hijos ( )

Solo con sus padres. ( )

Sola, con otros familiares ( )

Sola. / con hijos ( )

III. CONDICION CLINICA:

Nivel de riesgo de la gestación:    alto (   )    medio (   )    bajo (   )

Número de hijos previos:        si (   )        no (   )

Partos prematuros previos:    si (   )        no (   )

Modalidad de parto:            natural (   )        cesárea (   )

Asistencia a cursos educación maternal:    si (   )        no (   )

## TABLAS DE DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS

A continuación, se muestra el detalle de la distribución de las frecuencias en la evaluación realizada a las pacientes puérperas y gestantes.

**Tabla 12**

*Nivel de instrucción de las gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Nivel de instrucción	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	F	%	f	%
Primaria incompleta	2	2,4%	1	1,2%	3	1,76%
Primaria completa	6	7,1%	4	4,7%	10	5,88%
Secundaria incompleta	22	25,9%	25	29,4%	47	27,65%
Secundaria completa	25	29,4%	21	24,7%	46	27,06%
Superior incompleta	4	4,7%	2	2,4%	6	3,53%
Superior técnica	5	5,9%	10	11,8%	15	8,82%
Superior universitario	21	24,7%	22	25,9%	43	25,29%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 12, puede observarse que la mayoría de puérperas evaluadas, presentan nivel de secundario incompleto (29,4%), y nivel superior universitario (25,9%); por su parte, la mayoría de gestantes evaluadas presentaban nivel secundario completa (29,4%), y nivel secundario incompleto (25,9%). Es así que del total de mujeres evaluadas, la mayoría presenta, con respecto al nivel de instrucción, nivel secundaria incompleta (27,65%) y nivel secundaria completa (27,06%).

**Tabla 13**

*Edad de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Edad	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	F	%	f	%
De 14-18 años	20	23,5%	15	17,6%	35	20,6%
De 19-30 años	50	58,8%	56	65,9%	106	62,4%
De 31 a 40 años	15	17,7%	13	15,4%	28	16,5%
Mayor de 40 años	0	0%	1	1,2%	1	0,5%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 13, puede observarse que la mayoría de puérperas evaluadas, presentan una edad que oscila entre los 19 y 30 años (65,9%), así también sucede con las gestantes (58,8%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría presenta edades entre los 19 y 30 años (62,4%).

**Tabla 14**

*Ocupación de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Ocupación	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	F	%	f	%
Ama de casa	55	64,7%	49	57,6%	104	61,18%
Empleada del Hogar	4	4,7%	3	3,5%	7	4,12%
Estudiante	7	8,2%	9	10,6%	16	9,41%
Empleada del sector privado	6	7,1%	7	8,2%	13	7,65%
Empleada del sector público	5	5,9%	5	5,9%	10	5,88%
Independiente	8	9,4%	12	14,1%	20	11,76%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 14, puede observarse que la mayoría de gestantes evaluadas, son amas de casa (64,7%) así también sucede con las puérperas (57,6%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría son amas de casa (61,18%).



**Tabla 15**

*Procedencia de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Procedencia	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	F	%	f	%
Zona rural	23	27,1%	36	42,4%	59	34,71%
Zona urbana	62	72,9%	49	57,6%	111	65,29%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 15, puede observarse que la mayoría de gestantes evaluadas, proceden de zona urbana (72,9%), así sucede también con las puérperas (57,6%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría proceden de zona urbana (65,29%).

**Tabla 16**

*Estado civil de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Estado civil	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	F	%	f	%
Soltera	8	9,4%	13	15,3%	21	12,35%
Casada	8	9,4%	7	8,2%	15	8,82%
Conviviente	69	81,2%	65	76,5%	134	78,82%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 16, puede observarse que, con respecto a su estado civil, la mayoría de gestantes evaluadas, son convivientes (81,2%), así sucede también con las puérperas (76,5%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría son convivientes (78,82%).

**Tabla 17**

*Riesgo del embarazo de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Riesgo	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	f	%	f	%
Alto	35	41,2%	44	51,8%	79	46,47%
Medio	16	18,8%	20	23,5%	36	21,18%
Bajo	34	40,0%	21	24,7%	55	32,35%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 17, puede observarse que, con respecto al riesgo de embarazo, la mayoría de gestantes evaluadas, presentan riesgo alto (41,2%), así sucede también con las puérperas (51,8%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría presenta riesgo de embarazo alto (46,47%).

**Tabla 18**

*Hijos previos de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Hijos previos	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	f	%	f	%
Si	47	55,3%	47	55,3%	94	55,29%
No	38	44,7%	38	44,7%	76	44,71%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 18, puede observarse que la mayoría de gestantes evaluadas, han tenido hijos previos (53,3%), así sucede también con las puérperas (55,3%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría han tenido un hijo previo (55,29%).

**Tabla 19**

*Partos prematuros previos de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Partos prematuros previos	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	F	%	f	%
Si	13	15,3%	10	11,8%	23	13,53%
No	72	84,7%	75	88,2%	147	86,47%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 19, puede observarse que la mayoría de puérperas evaluadas no han tenido partos prematuros previos (88,2%), así sucede también con las puérperas (84,7%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría no han tenido partos prematuros previos (86,47%).

**Tabla 20**

*Modalidad de parto de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Modalidad de parto	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	F	%	f	%
Natural	30	35,3%	22	25,9%	52	30,59%
Cesárea	55	64,7%	63	74,1%	118	69,41%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 20, puede observarse que, con respecto a la modalidad de parto, la mayoría de gestantes evaluadas, están programadas con parto por cesárea (64,7%), así sucede también con las puérperas (74,1%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría han presentado una modalidad de parto por cesárea (69,41%).

**Tabla 21**

*Asistencia a cursos prenatales de gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019*

Cursos prenatales	Gestantes		Puérperas		Total	
	f	%	f	%	f	%
Asistió	19	22,4%	22	25,9%	41	24,12%
No asistió	66	77,6%	63	74,1%	129	75,88%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 21, puede observarse que la mayoría de gestantes evaluadas, no ha asistido a cursos prenatales (77,6%), así sucede también con las puérperas (74,1%). Es así que, del total de mujeres evaluadas, la mayoría no ha asistido a cursos prenatales (75,88%).

**Tabla 22**

*Niveles de ansiedad estado según grado de instrucción en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Tendencia al		Sobre el		Total
			Bajo	promedio	Promedio	promedio	
Gestantes	Primaria	f	0	0	1	5	6
	completa	%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	100,0%
	Secundaria	f	1	0	5	20	25
	completa	%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	Superior	f	1	1	5	15	21
	universitario	%	0,0%	4,8%	23,8%	71,4%	100,0%
	Primaria	f	0	0	1	1	2
	incompleta	%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0 %
	Secundaria	f	0	0	1	21	22
	incompleta	%	0,0%	0,0%	4,5%	95,5%	100,0%
	Superior	f	0	1	0	4	5
	técnica	%	0,0%	20,0%	0,0%	80,0%	100,0%
	Superior	f	0	0	1	3	4
	incompleta	%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
Puérperas	Primaria	f	0	1	1	2	4
	completa	%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	100,0%
	Secundaria	f	0	3	9	9	21
	completa	%	0,0%	14,3%	42,9%	42,9%	100,0%
	Superior	f	0	1	7	14	22
	universitario	%	0,0%	4,5%	31,8%	63,6%	100,0%
	Primaria	f	1	0	0	0	1
	incompleta	%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Secundaria	f	1	4	6	14	25
	incompleta	%	4,0%	16,0%	24,0%	56,0%	100,0%
	Superior	f	0	0	0	10	10
	técnica	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Superior	f	0	0	1	1	2
	incompleta	%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 22, puede observarse que la mayoría de gestantes evaluadas, con respecto a su nivel de instrucción presentan un nivel sobre el promedio, tal es el caso de quienes tienen primaria completa (83,3%), secundaria completa (80%), superior universitario (71,4%), primaria incompleta (50%), secundaria incompleta (95,5%), superior técnica (80%) y superior incompleta (75%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presentan un nivel sobre el promedio, tal es el caso que tienen

primaria completa (50%), secundaria completa (42,9%), superior universitario (63,6%), secundaria incompleta (56%), superior técnica (100%) y superior incompleta (50%). Por otro lado, la puérpera que presenta primaria incompleta, tuvo un nivel bajo de ansiedad estado.

**Tabla 23** Niveles de ansiedad rasgo según grado de instrucción en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019

				Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
				Bajo			
Gestantes	Primaria completa	f	0	5	1	0	6
		%	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
	Secundaria completa	f	1	17	7	0	25
		%	4,0%	68,0%	28,0%	0,0%	100,0%
	Superior universitario	f	1	15	4	1	21
		%	4,8%	71,4%	19,0%	4,8%	100,0%
	Primaria incompleta	f	0	2	0	0	2
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Secundaria incompleta	f	0	19	1	2	22
		%	0,0%	86,4%	4,5%	9,1%	100,0%
	Superior técnica	f	0	2	2	1	5
		%	0,0%	40,0%	40,0%	20,0%	100,0%
Puérperas	Superior incompleta	f	0	4	0	0	4
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Primaria completa	f	0	1	0	3	4
		%	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%	100,0%
	Secundaria completa	f	0	13	1	7	21
		%	0,0%	61,9%	4,8%	33,3%	100,0%
	Superior universitario	f	1	13	4	4	22
		%	4,5%	59,1%	18,2%	18,2%	100,0%
	Primaria incompleta	f	0	1	0	0	1
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Secundaria incompleta	f	1	16	4	4	25
		%	4,0%	64,0%	16,0%	16,0%	100,0%
	Superior técnica	f	0	5	3	2	10
		%	0,0%	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%
	Superior incompleta	f	0	2	0	0	2
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 23, puede observarse que la mayoría de gestantes evaluadas, con respecto a su nivel de instrucción presentan un nivel de ansiedad rasgo con tendencia al promedio, tal es el caso de quienes tienen primaria completa (83,3%), secundaria completa (68%), superior universitario (71,4%), primaria incompleta (100%), secundaria incompleta

(86,4%), superior técnica (40%) y superior incompleta (100%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que también presentan un nivel de ansiedad rasgo con tendencia al promedio, tal es el caso de quienes tienen secundaria completa (61,9%), superior universitario (59,1%), primaria incompleta (100%), secundaria incompleta (64%), superior técnica (50%) y superior incompleta (100%). Por otro lado, de las puérperas que presentan primaria completa, el 75% presenta un nivel de ansiedad rasgo sobre el promedio.

**Tabla 24**

*Niveles de ansiedad estado según edad en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	De 14-18 años	f	0	0	4	16	20
		%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	De 19-30 años	f	0	2	8	40	50
		%	0,0%	4,0%	16,0%	80,0%	100,0%
	De 31-40 años	f	0	0	2	13	15
		%	0,0%	0,0%	13,3%	86,7%	100,0%
	Mayores de 40 años	f	0	0	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Puérperas	De 14-18 años	f	0	5	2	8	15
		%	0,0%	33,3%	13,3%	53,3%	100,0%
	De 19-30 años	f	2	4	17	33	56
		%	3,6%	7,1%	30,4%	58,9%	100,0%
	De 31-40 años	f	0	0	4	9	13
		%	0,0%	0,0%	30,8%	69,2%	100,0%
	Mayores de 40 años	f	0	0	1	0	1
		%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 24, puede observarse que la mayoría de gestantes evaluadas, presentan un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, cuya edad oscila entre 14-18 años (80%), 19-30 años (80%), de 31 -40 años (86,7%). Con respecto a las puérperas, pudo observare que la mayoría también presentan un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, tal es el caso de quienes su edad oscila entre 14-18 años (53,3%), 19-30 años (58,9%), 31 -40 años (69,2%). Por otro lado, la puérpera mayor a 40 años, presentó un nivel promedio.

**Tabla 25**

*Niveles de ansiedad rasgo según edad en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	De 14-18 años	f	0	16	3	1	20
		%	0,0%	80,0%	15,0%	5,0%	100,0%
	De 19-30 años	f	2	37	9	2	50
		%	4,0%	74,0%	18,0%	4,0%	100,0%
	De 31-40 años	f	0	11	3	1	15
		%	0,0%	73,3%	20,0%	6,7%	100,0%
	Mayores de 40 años	f	0	0	0	0	0
		%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Puérperas	De 14-18 años	f	0	8	4	3	15
		%	0,0%	53,3%	26,7%	20,0%	100,0%
	De 19-30 años	f	1	35	6	14	56
		%	1,8%	62,5%	10,7%	25,0%	100,0%
	De 31-40 años	f	1	7	2	3	13
		%	7,7%	53,8%	15,4%	23,1%	100,0%
	Mayores de 40 años	f	0	1	0	0	1
		%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 25, puede observarse que la mayoría de gestantes evaluadas, presentan un nivel de ansiedad rasgo con tendencia al promedio, tal es el caso de las gestantes cuya edad oscila entre 14-18 años (80%), 19-30 años (74%) y 31 - 40 años (73,3%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad rasgo con tendencia al promedio, tal es el caso de puérperas cuya edad oscila entre 14-18 años (53,3%), 19-30 años (62,5%), de 31 -40 años (53,8%) y mayor de 40 años (100%).

**Tabla 26**

*Niveles de ansiedad estado según ocupación en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Ama de casa	f	0	1	8	46	55
		%	0,0%	1,8%	14,5%	83,6%	100,0%
	Empleada del Hogar	f	0	0	1	3	4
		%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
	Estudiante	f	0	0	1	6	7
		%	0,0%	0,0%	14,3%	85,7%	100,0%
	Empleada del sector privado	f	0	1	0	5	6
		%	0,0%	16,7%	0,0%	83,3%	100,0%
	Empleada del sector público	f	0	0	2	3	5
Puérperas		%	0,0%	0,0%	40,0%	60,0%	100,0%
	Independiente	f	0	0	2	6	8
		%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
	Ama de casa	f	2	7	13	27	49
		%	4,1%	14,3%	26,5%	55,1%	100,0%
	Empleada del Hogar	f	0	1	1	1	3
		%	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	Estudiante	f	0	1	2	6	9
		%	0,0%	11,1%	22,2%	66,7%	100,0%
Puérperas	Empleada del sector privado	f	0	0	2	5	7
		%	0,0%	0,0%	28,6%	71,4%	100,0%
	Empleada del sector público	f	0	0	1	4	5
		%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	Independiente	f	0	0	5	7	12
		%	0,0%	0,0%	41,7%	58,3%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 26, puede observarse que, con respecto a su ocupación, la mayoría de gestantes evaluadas son amas de casa. Así también puede apreciarse que el nivel más predominante de ansiedad estado es el nivel sobre el promedio, tanto en amas de casa (83,6%), empleadas del hogar (75%), estudiantes (85,7%), empleadas del sector privado (83,3%), empleadas del sector público (60%) e independientes (75%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, tal es el caso de las puérperas amas de casa (55,1%), empleadas del hogar (33,3%), estudiantes (66,7%), empleadas del sector privado (71,4%), empleadas del sector público (80%) e independientes (58,3%).



**Tabla 27**

*Niveles de ansiedad rasgo según ocupación en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Ama de casa	f	2	27	7	13	49
		%	4,1%	55,1%	14,3%	26,5%	100,0%
	Empleada del Hogar	f	0	2	0	1	3
		%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
	Estudiante	f	0	5	2	2	9
		%	0,0%	55,6%	22,2%	22,2%	100,0%
	Empleada del sector privado	f	0	5	1	1	7
		%	0,0%	71,4%	14,3%	14,3%	100,0%
Puérperas	Empleada del sector público	f	0	4	0	1	5
		%	0,0%	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	Independiente	f	0	8	2	2	12
		%	0,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
	Ama de casa	f	2	27	7	13	49
		%	4,1%	55,1%	14,3%	26,5%	100,0%
	Empleada del Hogar	f	0	2	0	1	3
		%	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	100,0%
Puérperas	Estudiante	f	0	5	2	2	9
		%	0,0%	55,6%	22,2%	22,2%	100,0%
	Empleada del sector privado	f	0	5	1	1	7
		%	0,0%	71,4%	14,3%	14,3%	100,0%
	Empleada del sector público	f	0	4	0	1	5
		%	0,0%	80,0%	0,0%	20,0%	100,0%
	Independiente	f	0	8	2	2	12
		%	0,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 27, puede observarse que, con respecto a su ocupación, la mayoría de gestantes y puérperas evaluadas son amas de casa. Así también puede apreciarse que, en las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad rasgo es el nivel con tendencia al promedio, tanto en amas de casa (76,4%), empleadas del hogar (75%), estudiantes (85,7%), empleadas del sector privado (83,3%), empleadas del sector público (40%) e independientes (75%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad rasgo con tendencia al promedio, tal es el caso de las puérperas amas de casa (55,1%), empleadas del hogar (66,7%), estudiantes (55,6%), empleadas del sector privado (71,4%), empleadas del sector público (80%) e independientes (66,7%).

**Tabla 28**

*Niveles de ansiedad estado según procedencia en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Zona rural	f	0	0	1	22	23
		%	0,0%	0,0%	4,3%	95,7%	100,0%
	Zona urbana	f	0	2	13	47	62
		%	0,0%	3,2%	21,0%	75,8%	100,0%
Puérperas	Zona rural	f	2	3	11	20	36
		%	5,6%	8,3%	30,6%	55,6%	100,0%
	Zona urbana	f	0	6	13	30	49
		%	0,0%	12,2%	26,5%	61,2%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 28, puede observarse que, con respecto a la zona de procedencia, la mayoría de gestantes y puérperas evaluadas proceden de zonas urbanas. Así también puede apreciarse que, en las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad estado es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes proceden de zonas rurales (95,7%) como zonas urbanas (75,8%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad estado es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes proceden de zonas rurales (55,6%) como urbanas (61,2%).

**Tabla 29**

*Niveles de ansiedad rasgo según procedencia en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Zona rural	f	0	19	4	0	23
		%	0,0%	82,6%	17,4%	0,0%	100,0%
	Zona urbana	f	2	45	11	4	62
		%	3,2%	72,6%	17,7%	6,5%	100,0%
Puérperas	Zona rural	f	0	20	6	10	36
		%	0,0%	55,6%	16,7%	27,8%	100,0%
	Zona urbana	f	2	31	6	10	49
		%	4,1%	63,3%	12,2%	20,4%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 29, puede observarse que, en las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad rasgo es el nivel tendencia al promedio, tanto de quienes proceden de zonas rurales (82,6%) como de zonas urbanas (72,6%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad rasgo es el nivel tendencia al promedio, tanto de quienes proceden de zonas rurales (55,6%) como urbanas (63,3%).

**Tabla 30**

*Niveles de ansiedad estado según estado civil en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Soltera	f	0	0	2	6	8
		%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	100,0%
	Casada	f	0	1	3	4	8
		%	0,0%	12,5%	37,5%	50,0%	100,0%
	Conviviente	f	0	1	9	59	69
		%	0,0%	1,4%	13,0%	85,5%	100,0%
Puérperas	Soltera	f	0	2	2	9	13
		%	0,0%	15,4%	15,4%	69,2%	100,0%
	Casada	f	0	0	2	5	7
		%	0,0%	0,0%	28,6%	71,4%	100,0%
	Conviviente	f	2	7	20	36	65
		%	3,1%	10,8%	30,8%	55,4%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 30, puede observarse que, con respecto al estado civil, la mayoría de gestantes y puérperas evaluadas son convivientes. Con respecto a las gestantes, la mayoría presenta un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, tal es el caso de gestantes solteras (75%), casadas (50%) y convivientes (85,5%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, tal es el caso de puérperas solteras (69,2%), casadas (71,4%) y convivientes (55,4%).

**Tabla 31**

*Niveles de ansiedad rasgo según estado civil en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Soltera	f	0	6	2	0	8
		%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
	Casada	f	0	5	2	1	8
		%	0,0%	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
	Conviviente	f	2	53	11	3	69
		%	2,9%	76,8%	15,9%	4,3%	100,0%
Puérperas	Soltera	f	0	9	3	1	13
		%	0,0%	69,2%	23,1%	7,7%	100,0%
	Casada	f	0	5	0	2	7
		%	0,0%	71,4%	0,0%	28,6%	100,0%
	Conviviente	f	2	37	9	17	65
		%	3,1%	56,9%	13,8%	26,2%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 31, puede observarse que, con respecto al estado civil, la mayoría de gestantes presentan un nivel de ansiedad rasgo tendencia al promedio, tal es el caso de gestantes solteras (75%), casadas (62,5%) y convivientes (76,8%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad rasgo tendencia al promedio, tal es el caso de puérperas solteras (69,2%), casadas (71,4%) y convivientes (56,9%).

**Tabla 32**

*Niveles de ansiedad estado según personas con quienes se vive, en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Con su pareja	f	0	0	4	3	7
	y sus padres	%	0,0%	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
	Con su pareja	f	0	2	3	6	9
	y sus suegros	%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	Sólo con	f	0	2	9	44	55
	pareja /con	%	0,0%	3,6%	16,4%	80,0%	100,0%
	pareja e hijos						
	Sólo con sus	f	0	0	0	12	12
	padres	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Sólo con otros	f	0	0	0	0	0
	familiares	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Puérperas	Sola/ sólo con	f	0	0	0	0	0
	hijos	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Con su pareja	f	0	0	4	3	7
	y sus padres	%	0,0%	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
	Con su pareja	f	0	2	1	6	9
	y sus suegros	%	0,0%	0,0%	11,1%	66,7%	100,0%
	Sólo con	f	2	5	18	33	58
	pareja /con	%	3,4%	8,6%	31,0%	56,9%	100,0%
	pareja e hijos						
	Sólo con sus	f	0	1	1	7	9
	padres	%	0,0%	11,1%	11,1%	77,8%	100,0%
	Sólo con otros	f	0	1	0	0	1
	familiares	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Sola/ sólo con	f	0	0	0	1	1
	hijos	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 32, puede observarse que, con respecto a quienes viven las gestantes y puérperas, se ha identificado que la mayoría vive sólo con pareja o con pareja e hijos. Con respecto a las gestantes, la mayoría presenta un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, tal es el caso de gestantes que viven con su pareja y sus padres (42,9%), con su pareja y sus suegros (66,7%), sólo con pareja o pareja con hijos (80%), sólo con sus padres (100%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, tal es el caso de las puérperas que viven con su pareja y sus padres (42,9%), con su pareja y sus suegros (66,7%), sólo con pareja o pareja con hijos (56,9%), sólo con sus padres (77,8%) y sola o sólo con hijos (100%).

**Tabla 33**

*Niveles de ansiedad rasgo según personas con quienes se vive, en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Con su pareja	f	0	8	1	0	9
	y sus padres	%	0,0%	88,9%	11,1%	0,0%	100,0%
	Con su pareja	f	0	5	4	0	9
	y sus suegros	%	0,0%	55,6%	44,4%	0,0%	100,0%
	Sólo con	f	2	40	9	4	55
	pareja /con	%	3,6%	72,7%	16,4%	7,3%	100,0%
	pareja e hijos						
	Sólo con sus	f	0	11	1	0	12
	padres	%	0,0%	91,7%	8,3%	11,1%	100,0%
Puérperas	Sólo con otros	f	0	0	0	0	0
	familiares	%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Sola/ sólo con	f	0	0	0	0	0
	hijos	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Con su pareja	f	0	4	3	0	7
	y sus padres	%	0,0%	57,1%	42,9%	0,0%	100,0%
	Con su pareja	f	0	7	0	2	9
	y sus suegros	%	0,0%	77,8%	0,0%	22,2%	100,0%
	Sólo con	f	2	33	7	16	58
Puérperas	pareja /con	%	3,4%	56,9%	12,1%	27,6%	100,0%
	pareja e hijos						
	Sólo con sus	f	0	6	2	1	9
	padres	%	0,0%	66,7%	22,2%	11,1%	100,0%
	Sólo con otros	f	0	1	0	0	1
	familiares	%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	Sola/ sólo con	f	0	0	0	1	1
	hijos	%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 33, puede observarse que, con respecto a las gestantes, la mayoría presenta un nivel de ansiedad rasgo tendencia al promedio, tal es el caso de gestantes que viven solo con sus padres (91,7%), con su pareja y sus padres (88,9%), con su pareja y sus suegros (55,6%), sólo con pareja o pareja con hijos (72,7%), sólo con sus padres (91,7%). Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad rasgo tendencia al promedio, tal es el caso de las puérperas que viven con su pareja y sus padres (57,1%), con su pareja y sus suegros (77,8%), sólo con pareja o pareja con hijos (56,9%), sólo con sus padres (66,7%) y sola o sólo con hijos (100%).

**Tabla 34**

*Niveles de ansiedad estado según riesgo de embarazo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Alto	f	0	2	6	27	35
		%	0,0%	5,7%	17,1%	77,1%	100,0%
	Medio	f	0	0	1	15	16
		%	0,0%	0,0%	6,3%	93,8%	100,0%
	Bajo	f	0	3	7	27	34
		%	0,0%	14,3%	20,6%	79,4%	100,0%
Puérperas	Alto	f	2	6	8	28	44
		%	4,5%	13,6%	18,2%	63,6%	100,0%
	Medio	f	0	0	9	11	20
		%	0,0%	0,0%	45,0%	55,0%	100,0%
	Bajo	f	0	3	7	11	21
		%	0,0%	14,3%	33,3%	52,4%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 34, puede observarse que, con respecto al riesgo de embarazo, se ha identificado que la mayoría de puérperas y gestantes evaluadas tienen o tuvieron alto riesgo. Con respecto a las gestantes, la mayoría presenta un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, tal es el caso de gestantes que tienen riesgo alto (77,1%), medio (93,8%), o bajo (79,4%) de embarazo. Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad estado sobre el promedio, tal es el caso de puérperas que tuvieron riesgo alto (63,6%), medio (55%), o bajo (52,4%) de embarazo.

**Tabla 35**

*Niveles de ansiedad rasgo según riesgo de embarazo en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Riesgo				Tendencia al promedio		Sobre el promedio	
Bajo				Promedio		Total	
Gestantes	Alto	f	0	25	8	2	35
		%	0,0%	71,4%	22,9%	5,7%	100,0%
	Medio	f	0	13	3	0	16
		%	0,0%	81,3%	18,8%	0,0%	100,0%
	Bajo	f	2	26	4	2	34
		%	5,9%	76,5%	11,8%	5,9%	100,0%
Puérperas	Alto	f	1	25	6	12	44
		%	2,3%	56,8%	13,6%	27,3%	100,0%
	Medio	f	0	11	5	4	20
		%	0,0%	55,0%	25,0%	20,0%	100,0%
	Bajo	f	1	15	1	4	21
		%	4,8%	71,4%	4,8%	19,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 35, puede observarse que, con respecto a las gestantes, la mayoría presenta un nivel de ansiedad rasgo tendencia al promedio, tal es el caso de gestantes que tienen riesgo alto (71,4%), medio (81,3%), o bajo (76,5%) de embarazo. Con respecto a las puérperas, pudo observarse que la mayoría también presenta un nivel de ansiedad rasgo tendencia al promedio, tal es el caso de puérperas que tuvieron riesgo alto (56,8%), medio (55%), o bajo (71,4%) de embarazo.



**Tabla 36**

*Niveles de ansiedad estado según hijos previos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Hijos previos			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Si	f	0	1	10	36	47
		%	0,0%	2,6%	21,3%	76,6%	100,0%
	No	f	0	1	4	33	38
		%	0,0%	2,6%	10,5%	86,8%	100,0%
Puérperas	Si	f	1	3	12	31	47
		%	2,1%	6,4%	25,5%	66,0%	100,0%
	No	f	1	6	12	19	38
		%	2,6%	15,8%	31,6%	50,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 36, puede observarse que, la mayoría de gestantes y puérperas evaluadas han tenido al menos un hijo previo. Así también puede apreciarse que, en las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad estado es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes han tenido hijos previos (76,6%) como de quienes no han tenido (86,8%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad estado también es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes han tenido hijos previos (66%) como de quienes no (50%).

**Tabla 37**

*Niveles de ansiedad rasgo según hijos previos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Hijos previos			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Si	f	1	36	8	2	47
		%	2,1%	76,6%	17,0%	4,3%	100,0%
	No	f	1	28	7	2	38
		%	2,6%	73,7%	18,4%	5,3%	100,0%
Puérperas	Si	f	2	28	5	12	47
		%	4,3%	59,6%	10,6%	25,5%	100,0%
	No	f	0	23	7	8	38
		%	0,0%	60,5%	18,4%	21,1%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 37, puede observarse que, la mayoría de gestantes y puérperas evaluadas han tenido al menos un hijo previo. Así también puede apreciarse que, en las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad rasgo, es el nivel sobre el promedio, tanto de

quienes han tenido hijos previos (76,6%) como de quienes no han tenido (73,7%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad rasgo también es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes han tenido hijos previos (59,6%) como de quienes no (60,5%).

**Tabla 38**

*Niveles de ansiedad estado según partos prematuros previos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Partos prematuros previos			Tendencia al promedio			Sobre el promedio	Total
			Bajo	Promedio	Promedio		
Gestantes	Si	f	0	1	2	10	13
		%	0,0%	7,7%	15,4%	76,9%	100,0%
	No	f	0	1	12	59	72
		%	2,7%	1,4%	16,7%	81,9%	100,0%
Puérperas	Si	f	0	0	2	8	10
		%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	No	f	2	9	22	42	75
		%	2,7%	12,0%	29,3%	56,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 38, puede observarse que la mayoría de gestantes y puérperas evaluadas no han tenido partos prematuros previos. Con respecto a las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad estado es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes han tenido un parto prematuro previo (76,9%) como de quienes no lo han tenido (81,9%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad estado también es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes han tenido un parto prematuro previo (80%) como de quienes no lo han tenido (56%).

**Tabla 39**

*Niveles de ansiedad rasgo según partos prematuros previos en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Partos prematuros previos			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Si	f	0	8	5	0	13
		%	0,0%	61,5%	38,5%	0,0%	100,0%
	No	f	2	56	10	4	72
		%	2,8%	77,8%	13,9%	5,6%	100,0%
Puérperas	Si	f	0	6	2	2	10
		%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	No	f	2	45	10	18	75
		%	2,7%	60,0%	13,3%	24,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 39, puede observarse que, con respecto a las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad rasgo es el nivel tendencia al promedio, tanto de quienes han tenido un parto prematuro previo (61,5%) como de quienes no lo han tenido (77,8%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad rasgo también es el nivel tendencia al promedio, tanto de quienes han tenido un parto prematuro previo (60%) como de quienes no lo han tenido (60%).

**Tabla 40**

*Niveles de ansiedad estado según modalidad de parto en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Natural	f	0	0	6	24	30
		%	0,0%	0,0%	20,0%	80,0%	100,0%
	Cesárea	f	0	2	8	45	55
		%	0,0%	3,6%	14,5%	81,8%	100,0%
Puérperas	Natural	f	0	3	7	12	22
		%	0,0%	13,6%	31,8%	54,5%	100,0%
	Cesárea	f	2	6	17	38	63
		%	3,2%	9,5%	27,0%	60,3%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 40, puede observarse que la mayoría de gestantes y puérperas evaluadas han estado programadas en la modalidad de parto por cesárea. Con respecto a las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad estado es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes

están programadas con parto natural (80%) como por cesárea (81,2%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad estado también es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes tuvieron un parto natural (54,5%) como por cesárea (60,3%).

**Tabla 41**

*Niveles de ansiedad rasgo según modalidad de parto en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Natural	f	0	22	6	2	30
		%	0,0%	73,3%	20,0%	6,7%	100,0%
	Cesárea	f	2	42	9	2	55
		%	3,6%	76,4%	16,4%	3,6%	100,0%
Puérperas	Natural	f	0	17	2	3	22
		%	0,0%	77,3%	9,1%	13,6%	100,0%
	Cesárea	f	2	34	10	17	63
		%	3,2%	54,0%	15,9%	27,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 41, puede observarse que, con respecto a las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad rasgo es el nivel tendencia al promedio, tanto de quienes están programadas con parto natural (73,3%) como por cesárea (76,4%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad rasgo también es el nivel tendencia al promedio, tanto de quienes tuvieron un parto natural (77,3%) como por cesárea (54%).

**Tabla 42**

*Niveles de ansiedad estado según asistencia a cursos prenatales en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Asistencia a cursos prenatales			Tendencia al		Promedio	Sobre el	Total
			Bajo	promedio		promedio	
Gestantes	Si	f	0	0	5	14	19
		%	0,0%	0,0%	26,3%	73,7%	100,0%
	No	f	0	2	9	55	66
		%	0,0%	3,0%	13,6%	83,3%	100,0%
Puérperas	Si	f	0	0	6	16	22
		%	0,0%	0,0%	27,3%	72,7%	100,0%
	No	f	2	9	18	34	63
		%	3,2%	14,3%	28,6%	54,0%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 42, puede observarse que la mayoría de gestantes y puérperas evaluadas no han asistido a cursos prenatales. Con respecto a las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad estado es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes han asistido a cursos prenatales (73,7%) como quienes no han asistido (83,3%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad estado también es el nivel sobre el promedio, tanto de quienes asistieron a cursos prenatales (72,7%) como quienes no asistieron (54%).

**Tabla 43**

*Niveles de ansiedad rasgo según asistencia a cursos prenatales en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, 2019.*

Asistencia a cursos prenatales			Bajo	Tendencia al promedio	Promedio	Sobre el promedio	Total
Gestantes	Si	f	0	14	4	1	19
		%	0,0%	73,7%	21,1%	5,3%	100,0%
	No	f	2	50	11	3	66
		%	3,0%	75,8%	16,7%	4,5%	100,0%
Puérperas	Si	f	0	17	1	4	22
		%	0,0%	77,3%	4,5%	18,2%	100,0%
	No	f	2	34	11	16	663
		%	3,2%	54,0%	17,5%	25,4%	100,0%

Fuente: Elaboración Propia.

En la tabla 43, puede observarse que, con respecto a las gestantes, el nivel más predominante de ansiedad rasgos es el nivel tendencia promedio, tanto de quienes han asistido a cursos prenatales (73,7%) como quienes no han asistido (75,8%). Por otra parte, con respecto a las puérperas, el nivel más predominante de ansiedad rasgo también es tendencia al promedio, tanto de quienes asistieron a cursos prenatales (77,3%) como quienes no asistieron (54%).




## Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: Sara/ana Matías/ Lecca  
Título del ejercicio: Tesis de Posgrado  
Título de la entrega: Niveles de Ansiedad estado- rasgo pacientes en gestantes y ...  
Nombre del archivo: s\_del\_hospital\_regional\_docente\_las\_mercedes-\_chiclayo\_201...  
Tamaño del archivo: 3.85M  
Total páginas: 84  
Total de palabras: 21,327  
Total de caracteres: 114,839  
Fecha de entrega: 09-jun-2021 09:29a.m. (UTC-0500)  
Identificador de la entre... 1603486461

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO  
FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICAS SOCIALES Y  
EDUCACIÓN  
ESCUELA PROFESIONAL PSICOLOGÍA




TESIS  
"Niveles de Ansiedad estado- rasgo pacientes en gestantes y puérperas del  
Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo 2019"

Presentada para obtener el Título Profesional de Licenciada en  
Psicología

INVESTIGADORES:  
Lecca Paz, Ana Isabella  
Matías Cabrera, Sara María

ASESORES:  
PS. Cervero Cometero, José Enrique  
DR. Campos Ugaz, Walter Antonio.  
LAMBAYEQUE, 2021



Dr. Walter Antonio Campos Ugaz  
Asesor Metodológico

# Niveles de Ansiedad estado- rasgo pacientes en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente las Mercedes - Chiclayo 2019

## INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

12%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL  
ESTUDIANTE

ENCONTRAR COINCIDENCIAS CON TODAS LAS FUENTES (SOLO SE IMPRIMIRÁ LA FUENTE SELECCIONADA)

4%

★ repositorio.ucp.edu.pe

Fuente de Internet

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 15 words

Excluir bibliografía

Activo



Dr. Walter Antonio Campos Ugaz  
Asesor Metodológico