

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA
“Psicología, la fuerza que mueve al mundo y lo cambia”



TESIS

**“NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PARTURIENTAS EN EL
HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO
CESAR DEMARINI CARO, CHANCHAMAYO, 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

TESISTA

Bach. Yoko Christian, YIP AVELLANEDA

ASESORA

Mg. Luvaska Nina, MARTINEZ LAVADO

HUANUCO – PERÚ

2019



ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las cuatro horas del día veintidós del mes de Julio del año Dos Mil Diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad la Esperanza de la universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del jurado, designados por Resolución N°922-2019-D-FCS-UDH de fecha 09 de Julio del 2019 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: "**NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PARTURIENTAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, CHANCHAMAYO - 2018**", presentado por el Bachiller don **Yoko Christian YIP AVELLANEDA** para optar el Título Profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo *Aprobado* por *Unanimidad* con el calificativo cuantitativo de *17* y cualitativo de *Muy Bueno* (Art. 54)

Siendo las *4:50 pm* horas de día *22* se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

.....
MG. KARINA VANESSA DIESTRO CALORETTI
PRESIDENTA

.....
MG. CARMEN MENDOZA MORALES
SECRETARIA

.....
MG. GREGORIO NILO ARRATEA CASTRO
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por la vida, salud y las infinitas oportunidades que siempre me da.

A mi esposa Gianina, por ser el pilar fundamental de mis logros, por todo su amor y apoyo incondicional.

A mis padres Erwin y Gloria, digno ejemplo a seguir, mi triunfo es de ustedes.

A mi hermano Paolo, mis éxitos siempre los compartiré contigo, sigamos siempre unidos.

A mi querido hijo Mateo, quien llena de alegría mi corazón con su sola presencia.

AGRADECIMIENTOS

A las Psicólogas que fueron parte de mi formación; Nury y Jakelin, gracias por la confianza y paciencia mostrada en mi etapa de internado.

A todo el personal que labora en el Colegio Estatal Sagrado Corazón, por darme las facilidades y oportunidades de poder afianzar los conocimientos adquiridos en Psicología Educativa.

A todo el personal del Centro de Salud San Ramón por brindarme las facilidades y oportunidades de realizar el internado clínico en sus instalaciones.

Al equipo del SANEE y al CEBE San Manuelito por el trabajo que realizan con los niños especiales, una labor sacrificada en favor de los que más lo necesitan.

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INDICE.....	iv
RESUMEN.....	vi
SUMMARY.....	vii
INTRODUCCIÓN	viii

CAPITULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema	10
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema General	14
1.2.2. Problemas Específicos	15
1.3. Objetivos específicos	15
1.3.1. Objetivo general	15
1.4. Justificación de la investigación	16
1.5. Limitaciones de la investigación	18
1.6. Viabilidad de la investigación	18

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	19
2.2. Bases teóricas	33
2.3. Definiciones conceptuales	44
2.4. Hipótesis	46
2.4.1. Hipótesis general	46
2.4.2. Hipótesis específicos	46
2.5. Variables	47
2.5.1 Variable independiente	47
2.5.2 Variable dependiente	47
2.6. Operacionalización de variables	48

CAPITULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación	49
3.1.1. Método de investigación	49
3.1.2. Diseño de investigación	49
3.2. Tipo y nivel de investigación	49
3.2.1. Tipo	49
3.2.2. Nivel de investigación	50
3.3. Población y muestra	50
3.4. Técnicas e instrumentos de investigación	51
3.4.1 Para recolección de datos	51
3.4.2 Para el análisis e interpretación de los datos	54

CAPITULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Procesamiento de datos	55
----------------------------	----

CAPITULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Resultados del trabajo de investigación	66
CONCLUSIONES	72
RECOMENDACIONES	74
REFERENCIA BIBLIOGRÁFIA	76
ANEXOS	81

RESUMEN

La presente investigación titulada NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PARTURIENTAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, CHANCHAMAYO, 2018, está centrada en determinar el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018. La metodología aplicada en la investigación fue hipotético deductivo, de diseño descriptivo, de tipo cuantitativo, no experimental, prospectivo, transversal y de nivel descriptivo. El tamaño de la muestra fue de 30 mujeres pacientes en trabajo de parto, a quienes se les aplicó el instrumento denominado Escala de Ansiedad Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS). Entre los resultados más relevantes tenemos que el nivel ansiedad psíquica severa afecta al 33% de las pacientes; del mismo modo el nivel ansiedad somática severa afecta al 33% de las pacientes y el nivel ansiedad afecta al 33% de las pacientes parturientas, asimismo rechazamos la hipótesis nula (H_0) y aceptamos la Hipótesis de Investigación (H_a).

Palabras Claves: Ansiedad, somática, psíquica, Escala de Hamilton.

SUMMARY

The present investigation titled ANXIETY LEVEL OF THE PARTICIPANTS IN THE TROPICAL MEDICINE HOSPITAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, CHANCHAMAYO, 2018, is centered in determining the level of anxiety in the parturient women of the Regional Hospital of Tropical Medicine Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018. The methodology applied in the research was hypothetical deductive, of descriptive design, of a quantitative, non-experimental, prospective, transversal and descriptive level. The sample size was 30 women in labor, to whom the instrument called the Hamilton Anxiety Scale (HAS) was applied. Among the most relevant results we have that the level of severe psychic anxiety affects 33% of the patients; similarly, the severe somatic anxiety level affects 33% of the patients and the anxiety level affects 33% of the parturient patients, likewise we reject the null hypothesis (H_0) and accept the Research Hypothesis (H_a).

Key words: Anxiety, somatic, psychic, Hamilton scale.

INTRODUCCIÓN

Todo ser humano tiene temor a lo desconocido, más aun si ello implica el riesgo de muerte de un ser humano; entre esas experiencias inevitables están las futuras madres que llevan un embarazo; la ansiedad es la responsable de deteriorar la estabilidad emocional de las mujeres embarazadas, incrementándose cada vez más conforme avanza el proceso de gestación, llenando la mente de las pacientes de múltiples temores y reacciones muchos de ellos afectando al proceso del embarazo, al desarrollo del feto o poniendo en riesgo la vida de la madre, del feto o de ambos.

Frente a esta situación problema es que despierta nuestra preocupación es muy importante identificar los niveles de ansiedad psíquica y somática a las que están expuestas nuestras pacientes parturientas y poder con ello comprender y plantear acciones preventivas a fin de garantizar la salud pública, proteger y cautelar la vida de las pacientes y los neonatos.

En ese sentido, se desarrolló el presente estudio que permitió determinar el Nivel de Ansiedad, tener conclusiones y brindar algunas consideraciones el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018. Para poder entender todo ello nos permitimos describirles la estructuración de la investigación de la siguiente manera:

En el Capítulo I: Problema de Investigación, se incluye la descripción y formulación del problema, así como su justificación e importancia.

Asimismo, se presentan los objetivos del estudio, se justifica su viabilidad y se presentan las limitaciones del mismo.

En el Capítulo II: Marco Teórico, se incluye los antecedentes y bases teórico-científicas del estudio; se presentan las hipótesis y variables de estudio, así como las definiciones conceptuales y la operacionalización de variables.

En el Capítulo III: Materiales y Métodos, se presenta el método, diseño, tipo y nivel de investigación. Incluye el tamaño de la población y muestra de estudio, así como las técnicas e instrumentos para la recolección, presentación y el análisis e interpretación de datos.

En el Capítulo IV: Resultados, se presenta el procesamiento de datos, así como la contrastación y prueba de hipótesis.

En el Capítulo V: Discusión de resultados, se presenta la contrastación de los resultados del trabajo de campo y la contrastación de la hipótesis general en base a la prueba de hipótesis.

Finalmente, la investigación constituye un aporte a la comunidad educativa y a la comunidad científica global en pro de la mejora del clima familiar y del rendimiento académicos de nuestros educandos.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Descripción del problema.

La Organización Mundial de la salud – OMS (1985), en su Declaración de Fortaleza, que tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres, llevó a cabo la cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto conllevando a plantear una serie de recomendaciones; la OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo, entre sus recomendaciones plantea que, toda mujer tiene derecho a una **atención prenatal adecuada** y un papel central en todos los aspectos de dicha atención, incluyendo participación en la planificación, ejecución y evaluación de la atención. **Los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales** para comprender la manera de prestar una atención perinatal adecuada. El nacimiento es un proceso normal y natural, pero incluso los "embarazos de bajo riesgo" pueden sufrir complicaciones. A veces es necesaria una intervención para obtener el mejor resultado. Para que las siguientes recomendaciones sean viables, es necesaria una profunda transformación de los servicios sanitarios junto a modificaciones en las actitudes del personal y la redistribución de los recursos humanos y materiales. Estas recomendaciones son fundamentales y complementan una atención perinatal de calidad.

El embarazo, a nivel fisiológico y emocional, es percibido de forma diferente por cada mujer según la personalidad y/o contexto asistencial en que se encuentre. Algunas gestantes ante la inminencia del parto, podrían presentar estados de ansiedad y miedos, que algunos autores relacionan con resultados obstétricos y neonatales desfavorables. Hallazgos en Portugal nos muestran un problema relacionado a ello, señalando que un 30% de las mujeres presentan un nivel de ansiedad alto, la que está relacionado significativamente la ansiedad con mayor miedo al dolor de parto y una peor valoración del tratamiento para su alivio. (Fernández, 2015)

Desde la perspectiva psicológica, el embarazo en la mujer, es un momento crítico, debido a las adaptaciones que éste demanda; altera el equilibrio emocional y genera en la embarazada, permanentes estados de tensión, ansiedad y temor, emoción, ésta última, presente en aproximadamente un 20% de las gestaciones. (Kjaergaard et. al. 2008). Si tenemos en cuenta que la ansiedad y el miedo ante el parto son emociones estrechamente relacionadas con el dolor, pero, aunque se acepta que a mayor ansiedad mayor dolor (Chapman 1977).

La ansiedad probablemente sea el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población general, siendo la fobia específica el diagnóstico psiquiátrico más frecuente y la crisis de angustia, la principal urgencia psiquiátrica. Su incidencia global es más frecuente en mujeres y jóvenes (20-30 años), disminuyendo en la vejez. Algunos de ellos

(trastorno de angustia, agorafobia, fobia a la sangre) muestran tendencia a la agregación en familias lo que sugiere un componente genético en su etiología; además refiere que el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es un estado de preocupación excesiva crónica ante sucesos de la vida cotidiana, que suelen acompañarse de síntomas somáticos (palpitaciones, tensión muscular, cefalea, sudoración entre otras), provocando malestar en el sujeto o un mal funcionamiento social o laboral. Tiende a consultar con el médico de familia u otros especialistas antes que con el psiquiatra. Esta ansiedad generalizada patológica es desproporcionada y duradera en relación con los estímulos que se desencadenan. Es posiblemente el trastorno psiquiátrico que se presenta con mayor frecuencia asociada junto a otros trastornos mentales (ansiosos, depresivos, somatomorfos, tóxicos) lo que cuestionan su validez diagnóstica. Además, menciona que los trastornos relacionados con sucesos traumáticos o estresantes; bajo este epígrafe se engloban tanto las reacciones a situaciones traumáticas externas (trastornos por estrés agudo o postraumático) como las reacciones a situaciones estresantes más habituales (trastornos adaptativos). Los Trastornos por estrés agudo o postraumáticos son reacciones características ante un acontecimiento traumático extremo que pone en peligro la vida de la persona o de personas allegadas. Durante el primer mes se califica como trastornos por estrés agudo, por lo que especialmente frecuentes en esta etapa los síntomas disociativos (embotamiento emocional o reactividad); pasado el mes, se habla de estrés postraumático. Excepcionalmente puede aparecer tras un periodo

de latencia (si es mayor de 6 meses se dice que tiene un inicio demorado). Las características del trauma, de la persona y del contexto social influyen en la probabilidad de padecerlo. Tras un desastre natural, este trastorno afecta a un 15% de las personas expuestas, llegando al 80% en víctimas de agresiones sexuales. (Pérez, 2014).

El periodo de dilatación, durante las contracciones uterinas, la parturienta realiza respiraciones frecuentes (taquipnea) que producen hiperventilación y que a su vez produce alcalosis respiratoria por aumento en la depuración de CO₂, pero al mismo tiempo, el trabajo muscular uterino, las condiciones de ayuno y la hipoglucemia, originan gran producción de ácido láctico, ácido pirúvico y cuerpos cetónicos, que van a originar una acidosis metabólica y que, durante el periodo expulsivo, hay etapas de apnea durante el flujo, seguidos de taquipnea compensatoria durante el intervalo entre contracciones, lo que hace que haya un aumento leve de CO₂ en sangre arterial materna. El test estresante y el monitoreo intraparto es una prueba confirmativa que nos indica si el feto está en ese momento, en condiciones o no, de tener un parto normal; un trabajo de parto prolongado o patológico que pueden ser nefasto aun para fetos sanos con placentas normales o para fetos con buen intercambio gaseoso y sanguíneo materno fetal. (Huamán, 2010).

Según el Hospital Nacional “Hipólito Unanue”

2016, se encontró que el número de partos vaginales fue 3517 y números de partos por cesárea fue 2410, se halló 5927 total de partos.

Por lo tanto; en el área de los adolescentes por ser un grupo especial no solo por su característica física; si no por otras características como el estado emocional que muchos de ellas están en proceso de maduración, necesita una atención especializada; dicha población es más susceptible a llevar un embarazo de alto riesgo; lo cual, constituye un problema de Salud Pública de considerable magnitud, por lo cual se encontró 998 partos entre vaginales y cesáreas en adolescentes de 10 a 19 años.

Las observaciones encontradas en mi experiencia profesional con las gestantes en trabajo de parto, quienes eran evaluadas en el área de monitoreo electrónico fetal donde existía una relación en las gestantes ansiosas, quienes en sus resultados de monitoreo intraparto, se evidenciaba algunos cambios en el incremento o la disminución de los latidos cardiacos fetales, esto manifestado por posibles trastornos físicos, psicológicos y conductuales de la gestante que repercutían en la salud del neonato; produciendo un posible feto en estado hipóxico; es por ello que planteamos realizar una investigación acerca de esta problemática, para determinar sus causas y finalmente plantear recomendaciones similares o de mayor profundidad en otros contexto con la finalidad de mitigar cualquier riesgo de efectos perinatales en la madre y su hijo.

1.2. Formulación del problema.

1.2.1. Problema General:

¿Cuál es el nivel de **ansiedad** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018?

1.2.2. Problemas Específicos

¿Cuál es el nivel de **ansiedad psíquica** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018?

¿Cuál es el nivel de **ansiedad somática** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018?

1.3. Objetivos específicos

Determinar el nivel de **ansiedad psíquica** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Determinar el nivel de **ansiedad somática** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018

1.3.1. Objetivo general:

Determinar el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

1.4. Justificación de la investigación.

Teórica:

Justificación teórica:

La presente investigación ayudó a conocer y medir el estado de la salud mental de las pacientes. Actualmente no existe reporte de datos estadísticos locales que reflejan el nivel de ansiedad de las pacientes que se encuentran en trabajo de parto y que estas condiciones pueden afectar al feto disminuyendo el aporte de oxígeno, colocándole en una situación de sufrimiento fetal, además que no se cuenta con datos estadísticos y no se realiza las interconsultas con el área de psicología para que realice el manejo respectivo que esto implica. Este estudio servirá de base para realizar investigaciones futuras que tengan relación con los temas planteados.

Justificación Metodológica:

Por la escasa investigación en nuestra ciudad, acerca del nivel de ansiedad de mujeres parturientas y por decisión del investigador se optó por el nivel de investigación descriptivo; en ella pudimos describir las características y el comportamiento del fenómeno que atraviesan cada una de las mujeres parturientas. Los resultados, conclusiones y recomendaciones contribuirán positivamente a comprender el fenómeno y poder tomar acciones en pro de cautelar la vida tanto de la madre como del neonato, así como aprovechar dicha información en beneficio de la comunidad científica en general.

Justificación Práctica:

El presente trabajo de investigación plenamente se justifica a nivel práctica, porque los datos obtenidos del estudio serán útiles para ejemplificar una realidad, empleado en foros, seminarios, debates, talleres, charlas y campañas y todo aquello que contribuyan a fortalecer el clima familiar y el rendimiento académico de los estudiantes.

Justificación Social:

La ansiedad es un problema social que actualmente se encuentran en boga, debido a la alta incidencia de enfermedades presentadas y las posibles causales que están alterando el ritmo de vida al ser humano; dentro del desarrollo normal en las mujeres les toca vivir la etapa de tener hijos, los que deben pasar un proceso de formación y crecimiento, y como toda persona que experimenta cambios físicos también es acompañado de los cambios psicológicos y sociales; generando ciertas condiciones en algunas mujeres que están predispuestas a tener episodios de ansiedad durante su etapa de embarazo, parto y puerperio, colocando en una situación de riesgo a la parturiente y/o al niño. Debido a lo mencionado el estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo y estuvo enfocado en conocer y analizar el grado de ansiedad que presentan las pacientes que se encuentran en trabajo de parto y cómo puede afectar estas condiciones al neonato.

1.5. Limitaciones de la investigación.

- Escasa información estadística acerca de la investigación.
- Escasos recursos económicos destinados a la investigación.

1.6. Viabilidad de la investigación.

El presente trabajo de investigación se aplicó, en las mujeres gestantes con trabajo de parto, que pueden desarrollar un grado ansiedad, por sus condiciones de alteración de la conducta y deterioro de la salud mental de muchas de ellas, quienes sufren desequilibrios emocionales, alterando el correcto funcionamiento fisiológico y psíquico del ser humano. Para ello se contó con los recursos humanos y la metodología necesarias para la ejecución satisfactoria de la investigación.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.

La presente investigación tiene como referencia, las siguientes experiencias de trabajos en el ámbito internacional, nacional y local.

Antecedentes internacionales:

En Ecuador, Ortega et. al. (2014), en la Universidad de Cuenca llevó a cabo la investigación denominada, “Determinación de los niveles de Ansiedad de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2014”, cuyo objetivo fue determinar los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital Vicente Corral Moscoso. La investigación fue de tipo no experimental, prospectivo y transversal, de diseño descriptivo correlacional. Trabajó con un universo finito de 2800 mujeres gestantes que asistieron en el año 2013, la muestra fue por conveniencia e involucró a las mujeres gestantes que acudieron a la sala de labor del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en los meses de Julio, Agosto y Septiembre del año 2014. Las técnicas utilizadas fueron: observación y entrevista, y como instrumento un formulario elaborado y validado por las autoras y el test de Hamilton. Los datos se procesaron y analizaron mediante los programas estadísticos, SPSS y Excel. Como resultados se obtuvo que el 45% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad Leve, de 14 – 17, el 35% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad moderado, de 18 –

24 y el 20% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad severa, de 25 - 30. El 69% de multíparas tiene instrucción primaria; y el mayor porcentaje de edades de las gestantes es un 42,13% que comprende las edades de 19 a 25 años de mujeres que se encuentran en edad fértil; el 37% fue el mayor porcentaje en el estado civil de casada; la mayor parte de gestantes que asisten al Hospital son de escasos recursos económicos con un porcentaje de 56,50% y un 90% de las que acuden al Hospital son residentes de Cuenca ; el 69,10% de ellas la ocupación es de quehaceres domésticos; el tipo de parto con mayor frecuencia fue eutócico con un 58,14% de los cuales el 87% no presento complicaciones y el 99% no utilizo ningún instrumento al momento del parto; el 61% de gestantes tiene familias nucleares. Conclusiones: se pudo constatar que el nivel de ansiedad de las mujeres gestantes que acudieron a la sala de labor de parto del “Hospital Vicente Corral Moscoso” varía dependiendo los factores determinantes tales como edad, estado civil, instrucción, ocupación; etc.

En Ecuador, Avila (2014). Realizó la investigación en la Universidad Central del Ecuador, denominado, “Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas entre 12 a 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole-Isis. Quito 2014”.

Trabajo de investigación sobre Psicología Clínica, específicamente Trastornos Afectivos. El objetivo fundamental es identificar niveles de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas. La finalidad es

probar que la ansiedad se presenta siempre en el primer trimestre de embarazo, los síntomas cognitivos prevalecen sobre los síntomas afectivos y las fluctuaciones del estado de ánimo son una consecuencia del abandono Familiar y Social en las adolescentes. Se explica bajo fundamentación cognitivo conductual y aportes del DSM IV, tratada en dos capítulos. La investigación fue de tipo no experimental, prospectivo y transversal, de diseño descriptivo correlacional, con una muestra de 52 adolescentes, con apoyo de entrevista, encuesta y método estadístico. Concluyéndose que la depresión constituye el síntoma predominante en adolescentes que no cuentan con apoyo familiar durante el embarazo. Recomendándose desarrollar y aplicar una metodología adecuada para disminuir el porcentaje de embarazos en tan temprana edad, y que además se contemple asesoría a padres de toda índole social, a través de organismos gubernamentales conjuntamente con fundaciones especializadas en estos temas.

- En el primer trimestre de embarazo, el nivel de ansiedad más común, lo podemos encontrar en el tercer mes, con una intensidad leve, entre las adolescentes embarazadas, demostrando que los mecanismos fisiológicos se ven implicados mostrando cambios significativos y mostrando a la ansiedad como un problema.
- La falta de concentración y atención y pérdida de memoria a corto plazo son los síntomas más sobresalientes en las madres adolescentes siendo la depresión una de los pocos trastornos que se pueden ocultar disimulando varios de los síntomas más

conocidos como el llanto y remplazándolo con actividades de la vida diaria como la limpieza.

- La adolescencia es una etapa fundamentalmente social donde el aprendizaje, por parte de los pares, es lo primordial al verse en una situación de embarazo son obligadas a cambiar las actividades que hasta el momento ya se habían establecido en su proyecto de vida, el cambio brusco de las mismas produce tristeza y aislamiento de todos sus círculos sociales.
- Existe más prevalencia de ansiedad más que depresión siendo el primero expresado por síntomas como el miedo y la sudoración seguido por insomnio y algunas molestias musculares, a diferencia de la depresión en la que los síntomas son enmascarados y los que se pueden reconocer son los que se presentan a nivel fisiológico siendo estos la pérdida de memoria a corto plazo, atención y concentración.
- El embarazo no planificado en la adolescencia no sólo es problema social por la alta prevalencia a nivel de América Latina, a la vez es un problema en la salud física y mental siendo el aborto la primera opción a considerar con alta mortalidad por las deficientes condiciones en el que se desarrolla el proceso
- El embarazo conlleva el abandono de los estudios por parte de la adolescente y con mucha frecuencia no los pueden retomar luego del nacimiento, generando desocupación y difícil reinserción laboral por falta de instrucción educativa.

En México; Quezada (2011), en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, realizó la investigación: Relación entre Depresión estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil (tesis de Magister). Monterrey. México.

Este estudio tuvo como propósito identificar la relación entre los niveles de depresión y estrés, así como el número de estresores enfrentados por adolescentes embarazadas bajo distintas condiciones de estado civil. La investigación fue de tipo no experimental, prospectivo y transversal, de diseño descriptivo correlacional; la muestra estuvo compuesta por 82 adolescentes primigestas con edades entre los 15 y 19 años, quienes respondieron a los instrumentos de evaluación: Inventario de Depresión de Beck, la Escala de Estrés Percibido y el Cuestionario de Sucesos Vitales. Los resultados indicaron que las adolescentes bajo las condiciones de estado civil: solteras y casadas/cohabitando que viven con la propia familia, son quienes poseen las medias más altas de estrés, depresión y estresores en relación a los otros grupos. Por otro lado, se encontró que la condición del estado civil, el tipo de embarazo, y los estresores relacionados a finanzas, hijos y situaciones sociales, son factores que explican el 64% de la varianza de estrés, así como el 71% de la depresión en las adolescentes primigestas. Los estudios e investigaciones que abordan la depresión, han tomado gran importancia dado el alto grado de pertinencia con la que cuentan ya que como es bien sabido, la depresión representa uno de los más comunes y más serios problemas de salud mental que las personas enfrentan hoy en día y su implicación en el

embarazo y especialmente en el adolescente puede generar consecuencias lamentables (Sepúlveda, Bustreo, Tapia, Rivera, Lozano, Oláiz, Partida, García-García y Valdespino, 2006).

Este estudio tuvo como objeto el identificar la relación entre el estrés, el número de estresores y los niveles de depresión en adolescentes primigestas según su condición de estado civil. Los resultados de este estudio, sugieren la presencia de casos de depresión, para las cuatro condiciones de estado civil.

En cuanto a los niveles de estrés, las cuatro condiciones de estado civil mostraron poseer niveles entre altos y moderados, mostrando diferencias significativas entre sus medias. El grupo más estresado correspondió a las solteras que viven con la propia familia, y el menos estresado al de la pareja sola. Las condiciones de estado civil con diferencia significativa entre sus medias de acuerdo a los estadísticos de comparación de medias (ANOVA), correspondieron a las solteras viviendo con la propia familia en relación a las casadas/unidas viviendo con la familia de la pareja ($p= .006$) y pareja sola ($p= .001$). Lo anterior indica que las casadas/unidas viviendo con la propia familia no presentaron diferencia significativa entre sus medias de estrés hacia los otros grupos.

Como conclusiones en este estudio, se tiene que las adolescentes primigestas solteras, que viven con la propia familia, son quienes poseen los niveles más altos de depresión, estrés y son quienes a su vez presentan mayores complicaciones en su embarazo, más problemas en la relación con su pareja y reportan más estresores relacionados a

situaciones sociales y al embarazo (hijos), además de ser las más jóvenes.

En la ciudad de Quito, Maldonado (2018); desarrollo en la Universidad Central del Ecuador, el trabajo de investigación denominada, Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y en estado de puerperio con hospitalización prolongada del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora", referida a Psicología Clínica, específicamente la ansiedad en mujeres embarazadas y en estado de puerperio. El objetivo fue describir los niveles de ansiedad en dos grupos, mujeres embarazadas y mujeres en estado de puerperio con hospitalización prolongada del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora". El estudio se fundamenta en el enfoque cognitivo conductual: en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, complementándose con el modelo cognitivo de Beck. Investigación descriptiva, que conjuga aspectos cuantitativos que permitieron determinar los niveles de ansiedad en los dos grupos de estudios, y aspectos cualitativos para conocer las principales causas que generan esta sintomatología. La investigación fue de tipo no experimental, prospectivo y transversal, de diseño descriptivo correlacional. Fue realizada en una muestra de 50 mujeres embarazadas y 50 mujeres en estado de puerperio, con aplicación de técnicas psicométricas (Escala de Ansiedad de Hamilton), entrevistas semi estructuradas y observación participante. Se encontró que 50% de mujeres gestantes y el 48% de mujeres en estado de puerperio presentan ansiedad alta. Con predominancia en la ansiedad psíquica,

en el 54% mujeres gestantes y el 60% mujeres en estado de puerperio. Al evidenciar una equivalencia entre los dos grupos de estudio se recomienda una atención psicológica complementaria en el transcurso del embarazo y post parto, con el fin de fomentar una atención integral y completa durante este proceso.

Antecedentes Nacionales:

En Pomalca; Lambayeque, Bustamante (2016), en la Universidad Privada Juan Mejia Baca, se realizó la investigación: Nivel de Ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un Centro de Salud Pomalca 2014. (Tesis de Pregrado). Tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud en agosto de 2014. La investigación fue de tipo no experimental, prospectivo y transversal, de diseño descriptivo correlacional. La muestra fue de 30 gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Se aplicó el inventario de ansiedad rasgo-estado, con una confiabilidad que varía entre .83 a .92 en Alfa de Cronbach. Los datos se procesaron en el paquete estadístico versión 18, respetándose los principios éticos y los criterios de científicidad. Los resultados revelan que las gestantes adolescentes presentan niveles altos de ansiedad estado y rasgo (37 y 33% respectivamente). Según el lugar de procedencia las adolescentes de zonas rurales alcanzan un nivel de ansiedad estado alto (80%) y un nivel medio y alto en ansiedad rasgo (40%), mientras que de las zonas urbanas alcanzan un nivel medio de ansiedad estado y rasgo (52% y 48% respectivamente). Según el grado de instrucción, el 40% de las

gestantes adolescentes que cursan el nivel secundario presentan ansiedad estado y rasgo en un nivel medio. La mayoría de las gestantes adolescentes primerizas, presentan ansiedad estado y rasgo en un nivel alto y medio (40% y 30% respectivamente). Estos resultados revelan la necesidad de implementar intervenciones psicológicas para disminuir la ansiedad en las gestantes adolescentes.

Como conclusiones tenemos que las gestantes adolescentes presentan un nivel de ansiedad alto por lo que ponen en riesgo la vida de ellas y de sus hijos por nacer.

En Lima, Perú, Vásquez (2016), realizó la investigación en la Universidad nacional Mayor de San Marcos, denominada: Asociación entre la ansiedad prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2016.

El estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre el la ansiedad prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en enero del 2016. Metodología: Estudio de tipo observacional, con diseño analítico de casos y controles, prospectivo, no experimental y transversal, de diseño descriptivo correlacional que tuvo una muestra conformada por dos grupos: 53 gestantes adolescentes que presentaron alguna complicación obstétrica (grupo caso) y 53 gestantes sin complicaciones (grupo control). Para las variables cualitativas se utilizó en el análisis descriptivo, frecuencias absolutas y relativas y para las variables cuantitativas se utilizó el promedio y la desviación estándar. Se estimó el Chi - cuadrado de Pearson, para establecer la asociación entre

las variables, siendo significativo cuando tenía un valor de $p < 0.005$, asimismo se utilizó la prueba Odd Ratio.

Las adolescentes presentaron como principales complicaciones obstétricas a la anemia materna (17.2%), la infección del tracto urinario (17.2%), la ruptura prematura de membranas (10.3%), la amenaza de parto pre término (6.9%) y la hipertensión inducida por el embarazo (3.4%). Se encontró que no existe relación entre el estrés interno y las complicaciones obstétricas ($p=0.30$) ($OR=3.12$). Por otro lado, hubo relación significativa entre la presencia de estrés externo y las complicaciones obstétricas ($p=0.000$) ($OR=144.46$). A nivel general, se evidenció que existe relación significativa entre la presencia de estrés global y las complicaciones obstétricas. Como conclusiones se tiene que existe asociación significativa entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

En Huancavelica, Perú, Pimentel, (2017), realizó en la Universidad Nacional de Huancavelica, la investigación: Estrés y Parto Prolongado en Mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. (Tesis de Pregrado).

La tesis. "Estrés y parto prolongado en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia De Huancavelica, 2016" tuvo como propósito recabar información sobre la asociación que existe entre el estrés y el parto prolongado en mujeres atendidas en el hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, para tal fin se planteó el objetivo: Determinar

la asociación que existe entre el estrés y el parto prolongado, asimismo la hipótesis planteada fue el estrés se asocia significativamente a parto prolongado en mujeres atendidas en el hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. La investigación fue de tipo sustantivo, nivel correlacional y transversal, de diseño descriptivo correlacional; se empleó la técnica de encuesta y como instrumentos el cuestionario para recolectar datos sobre las variables de estudio. Se realizó con 45 mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia, de los cuales un 36% (16) son solteras y cursan la edad de 16 a 20 años, seguidos de un 18% (8) que son convivientes. Para obtener los resultados se analizaron con el programa estadístico SPSS – 24 y se encontró lo siguiente: que un 45% (20), presentan estrés severo y 33% (15), presentan estrés moderado, Se encontró también que un 56% (25), no presentaron parto prolongado, seguidos de un 44% (20), que, si presentaron parto prolongado y al relacionarlo se encontró que un 45% (20), presentan un parto prolongado, con estrés severo, de las mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia. Se determinó un chi-cuadrado 45.00 aceptando la hipótesis de investigación, puesto que $V_c > V_t$ ($45.00 > 5.99$), lo cual indica que existe asociación entre el estrés y parto prolongado en mujeres atendidas en el hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. Como conclusiones se tuvo que se debe brindar una atención más íntima y menos intervencionista que respete los ritmos y la fisiología de la mujer en el parto, es una opción más segura en términos de morbilidad y mortalidad.

Antecedentes regionales:

En la ciudad de Huánuco, Perú, Montoya et. al (2017), desarrolló la investigación en la Universidad Nacional Hermilio Valdizán, denominada: Depresión y ansiedad en madres gestantes primerizas atendidas en el Centro de Salud de Huánuco.

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los centros de salud del distrito de Huánuco - 2015. La investigación fue de tipo sustantivo, nivel correlacional y transversal de diseño descriptivo correlacional; la muestra estuvo constituido por un total de 30 madres gestantes primerizas del Centro de Salud Aparicio Pomares y del Centro de Salud las Moras, cuyas edades oscilan entre 15 a 35 años. Como instrumentos se utilizaron el Inventario de Depresión y Ansiedad de Beck. Los Resultados demuestran que presentan depresión leve un 50% y ansiedad moderada un 40%. De acuerdo a los grupos etarios de 15 a 20 años presentan depresión leve un 23% y ansiedad moderada un 20%; de 21 a 25 años presentan depresión leve un 23% y ansiedad moderada un 13%; de 26 a 30 años presentan depresión mínima un 7% y ansiedad grave, moderado y mínima un 3%; y de 31 a 35 años presentan depresión grave y mínima un 3% y ansiedad moderada y leve un 3%. Correlacionando las dos variables encontramos una $r=0,183$, a través de lo cual se acepta la hipótesis nula concluyendo que no existe una relación significativa entre depresión y la ansiedad en madres gestantes primerizas de los Centros de Salud del Distrito de Huánuco - 2015. Las madres gestantes primerizas presentan depresión y ansiedad pero estas

dos variables no se relacionan entre sí, ya que cada variable tiene criterios de diagnósticos diferentes. También los resultados muestran de manera general que en los niveles de depresión en madres gestantes primerizas existe un alto índice en el nivel leve; en cuanto al nivel de ansiedad en madres gestantes primerizas se obtuvo un alto índice en el nivel moderado. En los grupos etarios se encontró una mayor prevalencia de depresión y ansiedad, en las edades de 15 a 20 años en comparación con los otros grupos etarios. Como conclusiones se tuvo que las madres gestantes primerizas, presentan depresión y ansiedad, pero estas dos variables no se relacionan entre sí, ya que cada variable tiene criterios de diagnósticos diferentes.

En Tingo María, Huánuco, Velásquez (2017), en la Universidad de Huánuco, sede Tingo María. Se desarrolló la investigación denominada, Influencia de la Preparación Psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad en gestantes durante el trabajo de Parto en el Hospital de Tingo María. 2016 (tesis de Pregrado).

Este trabajo de investigación fue ejecutado en el hospital de Tingo María en el año 2016. El objetivo fue determinar el nivel de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto, demostrando que la preparación Psicoprofiláctica, contribuye a disminuir los niveles de ansiedad de la gestante durante el mismo. Su tipo de estudio es cuantitativo, analítico, retrospectivo, de corte transversal, de diseño descriptivo correlacional. Con una población de 712 gestantes y una muestra de 100 gestantes, de las cuales 50 conformaron el grupo de estudio, que recibieron

preparación Psicoprofiláctica, y el otro grupo control de 50 gestantes que no recibieron, el objetivo fue determinar el nivel de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto, demostrando que la preparación Psicoprofiláctica contribuye a disminuir los niveles de ansiedad de la gestante durante el mismo. Durante el trabajo de parto se aplicó el test de ansiedad del Dr. Zung, y la observación directa. Como resultando se obtuvo que las 50 gestantes del grupo de estudio predominan: las edades de 15 a 34 años (78%); estado civil, conviviente (68%); grado de instrucción, estudios secundarios completos (36%); procedencia, rural (62%); paridad, multigesta (56%). Los niveles de ansiedad del grupo de estudio nos arrojaron que el (58%) no presentaron ansiedad, el (40%) presentaron ansiedad moderada y el (2%) ansiedad severa. De las 50 gestantes que conformaron el grupo control, predominan, las edades de 19 a 34 años (94%); estado civil, conviviente (74%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (36%); procedencia, rural (76%); paridad, multigesta (60%). Los niveles de ansiedad de las gestantes del grupo control nos arrojó que el (20%) no presentaron ansiedad, el (44%) presentaron ansiedad moderada, el (30%) presentaron ansiedad severa y el (6%) ansiedad máxima. Concluimos que la preparación psicoprofiláctica de la gestante demuestra que influye significativamente disminuyendo los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto, siendo preparada física psicológica y emocionalmente.

Los niveles de ansiedad de las gestantes del grupo de estudio nos arrojaron que el que el 58% no presentaron ansiedad, el 40% presentaron ansiedad de tipo moderada, y el 2% presentaron ansiedad

de tipo severa; mientras que del grupo control, el 20% no presentaron ansiedad, el 44% presentaron ansiedad de tipo moderada, el 30% presentaron ansiedad severa y el 6% presentaron ansiedad de tipo máxima. De las 50 gestantes que fueron preparadas psicoprofilácticamente predominan: las edades de 15 a 34 años (78%); estado civil, conviviente (68%); grado de instrucción, estudios secundarios completos (36%); procedencia, rural (62%); paridad, múltipara (56%).

De las 50 gestantes que conformaron el grupo control predominan, las edades de 15 a 34 años (94%); estado civil, conviviente (74%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (36%); procedencia, rural (76%); paridad, múltiparas (60%).

Como conclusiones se tiene que la preparación Psicoprofiláctica de la gestante demuestra que influye significativamente disminuyendo los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto, siendo preparada física psicológica y emocionalmente.

2.2. Bases teóricas

Actualmente existen diversas bases teóricas al respecto, entre los más relevantes tenemos a:

Ansiedad.

Papalia (2010). La ansiedad se define como normal o neurótica, según que la reacción del individuo sea, o no, apropiada a la situación que la causa. Sigmund Freud consideraba normal u objetiva la ansiedad que se produce como reacción ante una amenaza real del mundo exterior, y

neurótica a la ansiedad resultante de impulsos internos inaceptables que el individuo procura controlar.

Los síntomas de la ansiedad normal son señales de peligro que movilizan a un individuo para enfrentarse a situaciones dañinas. Así pues, la ansiedad normal es un mecanismo adaptativo que ayuda a preservar la raza humana. La ansiedad no se considera neurótica a menos que sea desproporcionada al peligro que la provoca, o continúe incluso después que el peligro haya pasado.

Causas de los trastornos de ansiedad.

Para Morris et. el (2005). Como punto de partida en la consideración de la causa de los trastornos de ansiedad conviene recordar que las fobias a menudo se aprenden después de un solo evento atemorizante y que son sumamente difíciles de eliminar.

Desde una perspectiva cognoscitiva, la gente que siente que no tiene control sobre los eventos estresantes de su vida es más propensa a experimentar ansiedad que quienes creen tener control sobre dichos acontecimientos.

Los psicólogos que trabajan desde la perspectiva biológica señalan a la herencia; argumentan que la predisposición a los trastornos de ansiedad es hereditario. De hecho, alguna evidencia sugiere que los trastornos de ansiedad suelen presentarse en familias.

Por último, cualquier modelo comprensivo de la ansiedad debe explicarlo que parece ser el papel vital de los conflictos psicológicos internos. Desde la perspectiva freudiana, los impulsos o pensamientos inaceptables (por lo general de naturaleza sexual o agresiva) amenazan

con abrumar el yo e interrumpir en la conciencia. Los mecanismos de defensa freudianos protegen a la mente consciente de dichas amenazas, pero al costo de la ansiedad.

Trastorno de ansiedad generalizada

Pérez (2014). El trastorno por ansiedad generalizada (TAG) es un estado de preocupación excesivo crónica ante sucesos de la vida cotidiana, que suelen acompañarse de síntomas (palpitaciones, tensión muscular, cefaleas, sudoración, entre otras). Esta ansiedad generalizada patológica es desproporcionada y duradera en relación con los estímulos que lo desencadenan. Es posiblemente el trastorno psiquiátrico que se presenta con mayor frecuencia asociado junto a otros trastornos mentales (depresivos, somatomorfos, tóxicos). Tiende a la cronicidad por lo que precisa la combinación de farmacoterapia y psicoterapia.

Trastorno de ansiedad

Pérez (2014). Probablemente este sea el grupo de trastornos psiquiátricos más frecuentes en la población general, siendo la fobia específica el diagnóstico psiquiátrico más frecuente y la crisis de angustia, la principal urgencia psiquiátrica. Algunos de ellos (trastornos de angustia, agorafobia, fobia a la sangre) muestran tendencia a la agregación en familias, lo que genera un componente genético.

Trastorno de angustia (trastorno de pánico): este trastorno se define por la presencia de crisis de angustia (también denominada ataque de pánico), que son inicial/espontáneos y tienden a repetirse con una frecuencia irregular, aunque con la evaluación del trastorno pueden

asociarse a diversos estímulos. No debe existir un trastorno orgánico, psiquiátrico o tóxico que las justifique.

Clínica: la crisis de angustia tiene un inicio brusco, alcanzando su máximo en unos minutos. En ellos se presentan con una intensidad extrema, síntomas vegetativos, palpitaciones, molestias precordiales, disnea con hiperventilación (muy típico), mareo, inestabilidad, temblor, sudoración, parestesia, náuseas, escalofríos, sofocos. También aparecen síntomas psicológicos que provocan una enorme desazón en el paciente, sensación de muerte, miedo o la pérdida del control o de estar volviéndose loco, despersonalización y desrealización.

Trastornos fóbicos: una fobia es un temor desproporcionado y persistente a un objeto, actividad o situación específica (estímulo fóbico) que siendo o no reconocido como absurdo (irracional) permanece fuera del control voluntario y genera conductas de evitación (conscientes).

Agorafobia: se produce más en mujeres jóvenes se caracteriza por miedo o estar en situaciones en las que uno se siente desprotegido o desamparado, que típicamente son lugares de los que es difícil escapar o conseguir ayuda (transporte público, multitudes, grandes almacenes, locales cerrados); la mayor parte son secundarias a un trastorno de angustia, pero pueden aparecer de forma independiente; es frecuente que exista un estado permanentemente de ansiedad anticipada.

Fobia Social (trastorno por ansiedad social) suele debutar en la adolescencia, sin diferencias claras entre sexos. Se define como miedo a situaciones de exposición pública tales como hablar delante de otras

personas, comer o beber en público. El mutismo selectivo de la infancia sería una forma precoz de fobia social.

Fobias específicas o simples: son muy frecuentes en los niños y más comunes en mujeres. Se define por el miedo, a un objeto o a una situación concreta que no debería provocarlo (a los insectos o animales, a estímulos ambientales como la tormenta, a la sangre, a los pinchazos y las heridas). Suele desencadenarse una crisis de ansiedad (adrenérgico) cuando no se puede evitar el estímulo, se produce un cuadro vagal en forma de síncope o presíncope tras la reacción adrenérgica inicial; normalmente no generan incapacidad, Si resultan molestias se usan técnicas conductuales, como la exposición en vivo basada en la desensibilización sistémica, por lo que son innecesarios los fármacos.

Niveles de ansiedad

Galindo (1999 – 2000). Los niveles de ansiedad se han considerado de la siguiente manera:

- Ansiedad Leve.
 - Ansiedad Moderada.
 - Ansiedad Severa
- Ansiedad Leve: “Es aquella ansiedad que tiende a ser crónica presentando episodios de ansiedad agudos de frecuencia e intensidad variables. Aproximadamente un tercio de los pacientes se recuperan teniendo los varones mejor pronóstico que las mujeres.” Ansiedad Moderada: “Es aquella ansiedad que incrementa la vigilia y ayuda a realizar una valoración realista de

lo que está por venir, lo que ayuda al sujeto a actuar apropiadamente.”

- **Ansiedad Severa:** “Es aquel nivel que puede conducir a errores psicomotores o intelectuales, deterioro del funcionamiento psicológico, y perturbación de la concentración y memoria. Existen evidencias que la ansiedad leve y moderada puede cumplir una función útil y adaptativa.”

Clasificación o dimensiones de la ansiedad

La ansiedad se clasifica en dos:

Ansiedad psíquica: Es aquella ansiedad que engloba sintomatología de tipo subjetivo padecida por el individuo tales como preocupación, aprensión, alteración en el ciclo del sueño, dificultad para concentrarse, entre otros.

Ansiedad somática: Es aquella que engloba signos manifestados orgánicamente tales como dolor muscular, sequedad de la boca, taquicardia, entre otros.

Sufrimiento fetal

Huamán (2010). Cuando el eminente profesor Roberto Caldeyro Barcia (Caldeyro, 1945), estableció el concepto de sufrimiento fetal, poseía, con la tecnología de entonces, pruebas y conocimientos suficientes para justificar el termino, pues mediante la cardiotocografía obtuvo registros que mostraban cambios en la frecuencia cardiaca fetal y que luego se hacía patente en recién nacidos con signos de hipoxia intrauterina, pues el feto al nacer presentaba el sufrimiento de la agresión hipóxica.

El registro a control remoto de la frecuencia cardiaca en un chimpancé, permitió comprobar que al ser recluida en una jaula manifestaba taquicardia y que su feto mostraba los mismos cambios.

Con los avances tecnológicos se han podido establecer que la estimulación lumínica sobre el abdomen de la gestante, así como la estimulación vibro acústica o manual, producen cambios en la conducta y en la frecuencia cardiaca fetal (FCF), por lo que hoy se recomienda la estimulación fetal precoz o antenatal.

Estas y otras observaciones permitidas por el avance científico moderno, han determinado que se deje de considerar al feto como un simple aloinjerto y se le valore como individuo, ideas asociadas con las nuevas percepciones afectivo-sensoriales de los padres y de la familia.

La vida del ser humano no se limita a los aspectos biológicos, sino que incluye a los aspectos psicológicos, se encuentra impregnada de inteligencia y decisiones libres, es decir de espiritualidad. Por ello, vivir para el ser humano, no es solo crecer y reproducirse, sino que implica actuar con su inteligencia y voluntad, llevando a cabo actividades que no pueden realizar los animales, como trabajar, estudiar, entre otras. Dentro de este contexto, conceptualizar la salud fetal, resulta mucho más complejo por su situación de dependencia y de accesibilidad directa en su evaluación. Por ello, el concepto de salud fetal se da con un enfoque orientado a la evaluación de las condiciones en que se está desarrollando el feto. Estas condiciones están determinadas por causas intrínsecas o propias del feto, como los factores genéticos, y otras extrínsecas, que provienen de enfermedades maternas o de agentes del

medio ambiente que, a través de la madre y la placenta, alcanzan al niño en gestación.

El término de la literatura anglosajona ha propuesto sustituir a sufrimiento fetal, es el de non reassuring fetal status, cuya traducción al castellano podría ser “estado fetal no tranquilizador”. Esta definición hace referencia, sobre todo, a los diagnósticos cardiotocográficos. En nuestra opinión, el término más adecuado sería aquel que incluya la palabra riesgo, puesto que es lo que valoramos a través de las diferentes pruebas que se usan para el control del bienestar fetal. El concepto “riesgo de daño hipóxico” es el que mejor representa los motivos de nuestra intervención cuando a través de la valoración clínica y de las pruebas de control fetal no se pueden asegurar el bienestar del feto intraútero.

Efectos nocivos de la ansiedad materna en el embarazo

Lasheras (2018); coordinadora de la unidad del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Dexeus, explica como: Tu ansiedad le perjudica: Efectos nocivos de la ansiedad materna en el embarazo - Salud Mental Perinatal Dexeus.

Los numerosos estudios realizados en animales y en humanos, encuentran una asociación muy significativa entre la ansiedad materna durante períodos específicos del embarazo y problemas emocionales y de conducta en la infancia.

Efectos asociados a la ansiedad materna durante el embarazo:

Lasheras (2018). Parto prematuro: Se ha observado que, cuanto más intensa es la ansiedad materna, mayor es la prematuridad. Varias investigaciones encuentran una asociación muy consistente con el miedo al embarazo.

- ✓ Bajo peso al nacer
- ✓ Retraso de crecimiento fetal
- ✓ Malformaciones congénitas: Los acontecimientos vitales estresantes graves durante el primer trimestre pueden incrementar en ocho veces el riesgo de malformaciones menores, como el labio leporino
- ✓ Efectos sobre el Neuro desarrollo en la descendencia:
 - Problemas de atención e hiperactividad de los 5 a los 14 años. Se ha encontrado una fuerte asociación entre la persistencia del trastorno hacia la edad adulta y la ansiedad antenatal crónica.
 - Problemas de conducta.
 - Menores puntuaciones en los índices de desarrollo intelectual, afectando con más intensidad a las habilidades lingüísticas (a los 2 y 5,5 años).
 - Rasgos de autismo en niños (asociación débil)*

El momento más vulnerable

Lasheras (2018); las consecuencias nocivas de la ansiedad antenatal, son atribuidas al efecto neurotóxico del cortisol materno (una de las hormonas del estrés), capaz de atravesar la placenta, así como de

posibles cambios epigenéticos (modificaciones que dicha situación adversa provocaría sobre los genes del feto), aún por determinar.

Se ha observado que estos efectos varían en función de la edad gestacional ya que, según la teoría de la programación fetal, los sistemas neurobiológicos se programan para la vida adulta en función de las características del ambiente durante períodos muy específicos del desarrollo prenatal. Las investigaciones definen dos momentos de mayor vulnerabilidad: el embarazo precoz (de la 12 a la 22 semanas) y la semana 32.

Modificaciones de la frecuencia cardiaca fetal (FCF)

Taquicardia

Lasheras (2018). Por si sola no significa distress fetal, la etiología de la taquicardia leve, moderada o severa es la misma y todo depende de la intensidad y duración del factor causal; siempre debe considerarse como posible anormalidad.

Causas Fisiológicas:

Lasheras (2018). Esta respuesta taquicardica persiste a pesar de que el corazón haya sido totalmente denervado y desaparece tras la adrenalectomía. En estos o casos la taquicardia puede aparecer como fase de recuperación de la asfixia y probablemente, represente una actividad simpática tras estímulo medular adrenal o nervioso, en respuesta al estrés.

Taquicardia materna (estrés, hipoxia, cardiopatía, anemia, etc.)

Bradycardia

Lasheras (2018). Se considera como un indicativo de anormalidad de la FCF al no cumplir con los parámetros de normalidad de dicha frecuencia, establecidos universalmente, pero: por si sola no significa sufrimiento fetal.

Causas fisiológicas:

Puede deberse a sueño fetal profundo, idiopáticas.

Causas de bradicardia fetal son:

- Hipoxia fetal tardía. Depresión de la actividad del miocárdica
- Compresión funicular
- Hipotensión materna: anestésicos
- Fármacos betabloqueantes.
- Lupus eritematoso sistémico materno.
- Hipotermia materna
- Hipoglucemia materna.

Cambios de equilibrio acido-base materno durante el trabajo de parto

Periodo De Dilatación:

Lasheras (2018). Durante las contracciones uterinas, la parturienta realiza respiraciones frecuentes (taquipnea) que producen hiperventilación y que a su vez produce alcalosis respiratoria por aumento en la depuración de CO₂, pero al mismo tiempo, el trabajo muscular uterino, las condiciones de ayuno y la hipoglucemia, originan gran producción de ácido láctico, ácido pirúvico y cuerpos cetónicos, que van a originar una acidosis metabólica.

Cambios del equilibrio acido-base maternos durante el periodo expulsivo

Lasheras (2018). Durante el periodo expulsivo, hay etapas de apnea durante el flujo, seguidos de taquipnea compensatoria durante el intervalo entre contracciones, lo que hace que haya un aumento leve de CO₂ en sangre arterial materna.

Cambios en el Feto:

Durante el embarazo hay una acidosis fetal fisiológica, tanto respiratoria como metabólica, que dan un pH promedio de 7.37 durante el trabajo de parto, la acidosis mixta va aumentando y puede condicionar la asfixia fetal, pues también se va reduciendo la disponibilidad de oxígeno (O₂), por lo tanto existe una relación estrecha entre la modificación de la sangre fetal y la dilatación cervical uterina.

2.3 Definiciones conceptuales

Ansiedad: Estado mental que se caracteriza por una gran inquietud, una intensa excitación y una extrema inseguridad.

Ansiedad psíquica. Es aquella ansiedad que engloba sintomatología de tipo subjetivo padecida por el individuo tales como preocupación, aprensión, alteración en el ciclo del sueño, dificultad para concentrarse, entre otros.

Ansiedad somática. Es aquella que engloba signos manifestados orgánicamente tales como dolor muscular, sequedad de la boca, taquicardia, entre otros.

El trastorno de síntomas **somáticos** (TSS) se presenta cuando una

persona siente una **ansiedad** extrema a causa de síntomas físicos como el dolor o la fatiga. ... Una persona con TSS no finge sus síntomas. El dolor y los demás problemas son reales. Pueden ser provocados por un padecimiento de salud.

Asfixia fetal: Asfixia perinatal. Asfixia significa etimológicamente falta de respiración o falta de aire. Clínicamente es un síndrome caracterizado por la suspensión o grave disminución del intercambio gaseoso a nivel de la placenta o de los pulmones, que resulta en hipoxemia, hipercapnia e hipoxia tisular con acidosis metabólica.

Fobias: Más que un simple miedo. Una fobia es un trastorno de ansiedad. Es un miedo intenso e irracional a una situación, un animal o un objeto. Muchas personas sienten miedo ante determinadas circunstancias o situaciones, y la mayor parte del tiempo se puede vivir con ese miedo.

Neurótica: Se refiere a aquello que es propio de la neurosis o que es relativo a la misma. Propio de la neurosis. Persona que padece de neurosis. Y el otro de los usos que presenta este término permite referirse a aquella persona, individuo que padece de neurosis.

Parturienta: Mujer que está pariendo o que acaba de parir.

Síncope: El síncope, es una pérdida brusca de consciencia y de tono postural, de duración breve, con recuperación espontánea sin necesidad de maniobras de reanimación.

Sufrimiento fetal agudo (SFA), o diestrés fetal, es un término que se usa en obstetricia para referirse a un estado que altera la fisiología fetal antes o durante el parto, de tal modo que es probable su muerte o la

aparición de lesiones permanentes en un período relativamente breve.¹
En general, el SFA es causada por un déficit de oxígeno secundario principalmente a insuficiencia en la circulación útero-placentaria, compresión del cordón umbilical y complicaciones fetales como la sepsis o las hemorragias.

2.4 Hipótesis.

2.4.1 Hipótesis general:

Ha: Es alto el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Ho: No es alto el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

2.4.2 Hipótesis específicos

Hipótesis Específica N° 01

Ha₁: Es alto el nivel de **ansiedad psíquica** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Ho₁: No es alto el nivel de **ansiedad psíquica** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Hipótesis Específica N° 02

Ha₂: Es alto el nivel de **ansiedad somática** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Ho₂: **No es alto** el nivel de **ansiedad somática** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

2.5 Variables

Como nuestra investigación es únicamente descriptivo entonces se tiene una sola variable.

2.5.1 Variable independiente

Ansiedad de mujeres parturientas.

2.5.2 Variable dependiente

Caracterización socio demográfica de la muestra

1. EDAD
2. GRADO DE INSTRUCCIÓN
3. DE QUE DISTRITO PROVIENE
4. OCUPACION
5. ESTADO CIVIL
6. ESTADO EMOCIONAL DE LA PACIENTE
7. NUMERO DE PARTOS
8. EDAD GESTACIONAL

2.6 Operacionalización de variables

Como nuestra investigación es únicamente descriptivo entonces se tiene una sola variable.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumento
Ansiedad de mujeres parturientas	Ansiedad psíquica	Ansiedad que engloba sintomatología de tipo subjetivo padecida por el individuo tales como preocupación, aprensión, alteración en el ciclo del sueño, dificultad para concentrarse, entre otros.	1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14	ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (Hamilton Anxiety Scale, HAS) – Anexo 02
	Ansiedad somática	Ansiedad somática. Es aquella que engloba signos manifestados orgánicamente tales como dolor muscular, sequedad de la boca, taquicardia, entre otros	7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13	

TITULO III

3. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de Investigación

3.1.1. Método de investigación.

El método utilizado en nuestra investigación fue el método deductivo.

Mediante el método lógico deductivo se aplican los principios descubiertos a casos particulares, a partir de un enlace de juicios.

Made (2006)

3.1.2. Diseño de investigación.

Para la presente investigación se consideró, el diseño descriptivo, representado por el siguiente esquema:

$n \longrightarrow Ox$

Dónde:

n = tamaño de la muestra = 30 pacientes.

Ox = única variable = Ansiedad de mujeres

parturientas.

3.2. Tipo y nivel de investigación

3.2.1. Tipo.

Según el tema y los objetivos planteados, el presente estudio es cuantitativo, de tipo:

- No experimental.

- Por el tiempo de recolección de los datos, es Prospectivo.
- Por el tipo de recolección de datos, es diseño transversal.

3.2.2. Nivel de investigación.

El nivel de la investigación es descriptivo de la única variable Ansiedad de mujeres parturientas.

Tamayo y Tamayo M. (Pág. 35), en su libro, "Proceso de Investigación Científica, la investigación descriptiva", comprende la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, y la composición o proceso de los fenómenos. El enfoque se hace sobre conclusiones dominantes o sobre grupo de personas, grupo o cosas, se conduce o funciona en presente".

3.3. Población y muestra

Población

Estuvo compuesto por 120 pacientes madres en promedio mensual que ingresaron a trabajo de parto en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo.

Muestra

En esta investigación se utilizó el muestreo no probabilístico e intencional, donde las muestras se recogen en un proceso que brinda a todos los individuos de la población iguales oportunidades de ser seleccionados.

Del total de pacientes se tomó una muestra de 30 mujeres pacientes en trabajo de parto y fue indispensable, que cumplirán, con los criterios de inclusión y exclusión siguientes:

Criterios de inclusión:

- a. Mujeres gestantes del último mes de embarazo.
- b. Aquellas que estuvieron de acuerdo en participar del estudio, suscribiendo para ello de forma voluntaria y previa conformidad del consentimiento informado.

Anexo 03.

Criterios de exclusión:

- a. Mujeres no gestantes del último mes de embarazo.
- b. Aquellas que no estuvieron de acuerdo en participar del estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

3.4.1 Para recolección de datos

La técnica utilizada fue:

- Prueba Psicométrica.

Instrumento

Para la recolección de datos:

Para el presente estudio se empleó el siguiente test. (Hernández, 2006)

Escala de Ansiedad Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)

Anexo 02.

El objetivo del instrumento es Permite determinar el grado de ansiedad global de la paciente con trabajo de parto.

La escala de Ansiedad de Hamilton, Naranjo (2013), fue elaborada el año 1,959, en sus inicios contenía 15 ítems; luego cuatro de ellos se fusionaron en dos, por lo que quedaron 13 ítems. El año de 1,969, la escala Síntomas Somáticos Generales se dividió en dos partes, la primera contiene los síntomas “somáticos musculares” y la segunda parte contiene los síntomas “somáticos sensoriales” y quedando en 14 ítems. Esta escala es la que actualmente se utiliza más para las investigaciones relacionadas a la Ansiedad. El objetivo de la escala es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Ficha Técnica

Nombre Instrumento: Escala de Valoración de la Ansiedad de Hamilton (HAS)

Nombre original: Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)

Autores: Hamilton, M.

Tipo de instrumento: Escala de observación.

Población: Pacientes diagnosticados de ansiedad.

Número de ítems: 14

Descripción: Escala compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista.

Fiabilidad: Consistencia interna: 0.79-0.86; Fiabilidad test retest: 0.96.

Validez: Correlaciones de la HARS con la Escala de Ansiedad de Covi: 0.73 - 0.75 y con Inventario de Ansiedad de Beck - BAI: de 0.56. Correlaciones significativamente altas 0.62- 0.73, con la Escala para la Valoración de la Depresión de Hamilton / Ham - D. Al eliminarse los ítems referidos a depresión de la HARS y los ítems referidos a ansiedad de la Ham - D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastorno de depresión mayor, según criterios DSM-III-R. Puede distinguir entre pacientes con trastornos de ansiedad de aquellas personas control no clínicas y es sensible al cambio producido durante el tratamiento, encontrándose correlaciones significativas (0.59) entre los cambios en las puntuaciones en la HARS y los cambios en las puntuaciones en otras escalas de ansiedad global como la de Covi.

Tiempo de aplicación: de 15 a 30 minutos.

Protocolo de aplicación: El profesional evalúa la conducta que tiene la persona durante la entrevista, en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima).

Corrección e interpretación: El puntaje (sumatoria de puntaje de los ítems), está en el intervalo de 0 y 56 y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global personal. A pesar de la ausencia de baremos estandarizados, algunos autores sugieren que una puntuación \geq a 14 nos indica que existe ansiedad clínicamente significativa.

Momento de aplicación: evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.

3.4.2 Para el análisis e interpretación de los datos

Análisis Descriptivo.- En el análisis descriptivo de los datos se utilizaron estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes.

En la comprobación de la hipótesis y para el procesamiento de la información se utilizará el software SPSS.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1 Procesamiento de datos.

Tabla N° 01: Edad de las pacientes parturientas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Edad de las Pacientes	Frecuencia	%
11 a 19 (adolescentes)	13	43%
20 a 30 (adultos edad optima)	9	30%
mayores a 30 (riesgo)	8	27%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia – Anexo 01.

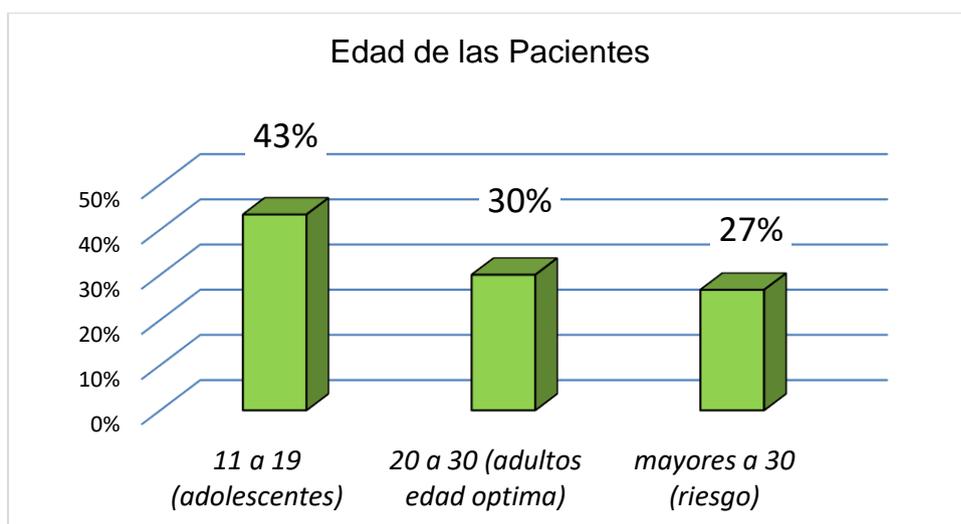


Figura N° 01: Edad de las pacientes parturientas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 01, tenemos:

Respecto a las edades de las pacientes parturientas, se encontró que, un 43% (13 pacientes) tienen de 11 a 19 años; el 30% (09 pacientes) tienen de 20 a 30 años y el 27% (08 pacientes) son mayores de 30 años.

Tabla N° 02: Grado de Instrucción de las pacientes parturientas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Grado de Instrucción de las pacientes	Frecuencia	%
Primaria	2	7%
Secundaria	19	63%
Superior	9	30%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia – Anexo 01.

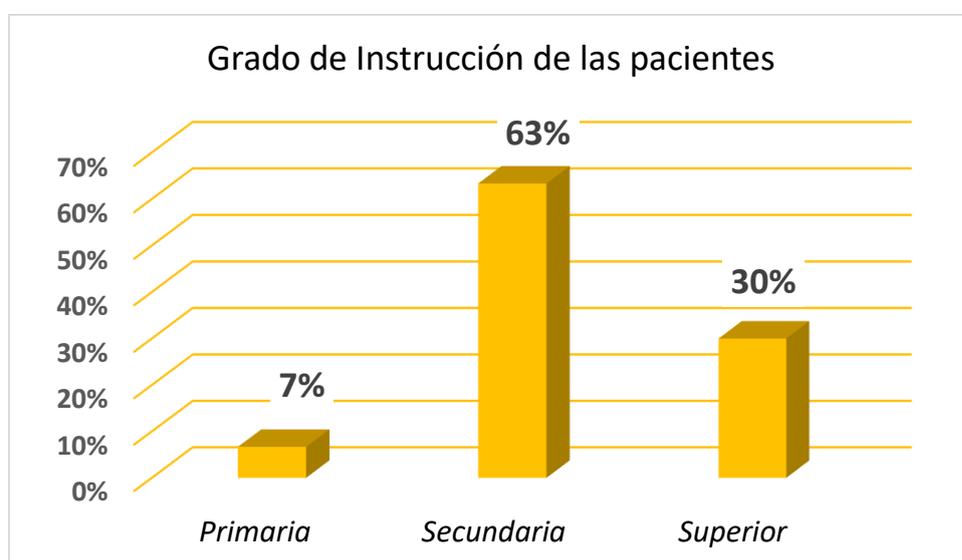


Figura N° 02: Grado de Instrucción de las pacientes parturientas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 02, tenemos:

Respecto al Grado de Instrucción de las pacientes parturientas, se encontró que, un 63% (19 pacientes) tienen nivel Secundaria; el 30% (09 pacientes) tienen nivel Superior y el 7% (02 pacientes) tienen nivel primaria.

Tabla N° 03: Lugar de procedencia de las pacientes parturientas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

De que lugar proviene la paciente	Frecuencia	%
De Chanchamayo	17	57%
Otros distritos de la Provincia	11	37%
De otro Departamento	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia – Anexo 01.

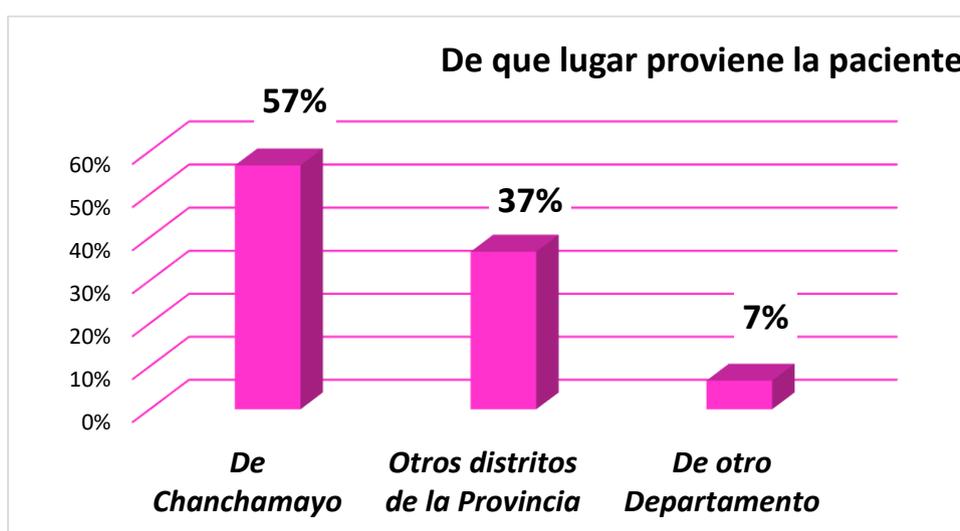


Figura N° 03: Lugar de procedencia de las pacientes parturientas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 03, tenemos:

Respecto al **Lugar de procedencia** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 57% (17 pacientes) son de Chanchamayo; el 37% (11 pacientes) provienen de otros distritos de la Provincia y el 7% (02 pacientes) provienen de otros departamentos.

Tabla N° 04: Ocupación de las pacientes de las pacientes parturientas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Ocupación de las pacientes	Frecuencia	%
Su Casa	16	53%
Trabajador Dependiente	3	10%
Trabajador Independiente	8	27%
Estudiante	3	10%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia – Anexo 01.

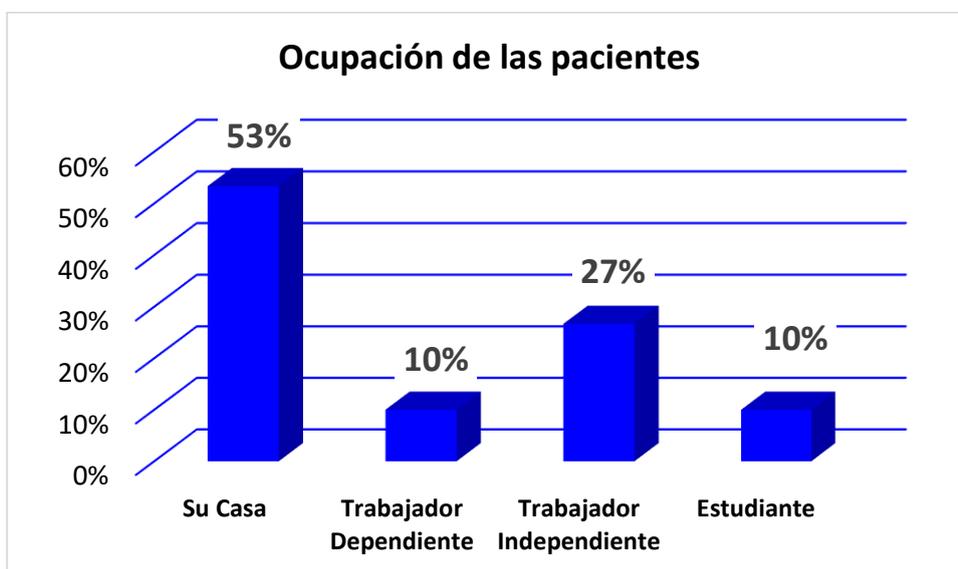


Figura N° 04: Ocupación de las pacientes de las pacientes parturientas en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 04, tenemos:

Respecto a la **Ocupación de las pacientes** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 53% (16 pacientes) son de ocupación su casa; el 27% (08 pacientes) trabajador independiente; el 10% (03 pacientes) trabajador dependiente y el 10% (03 pacientes) son de ocupación estudiantes.

Tabla N° 05: Estado Civil de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Estado Civil de las pacientes	Frecuencia	%
Soltera	6	20%
Casada	2	7%
Conviviente	18	60%
Viuda	0	0%
Divorciada	4	13%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia – Anexo 01.

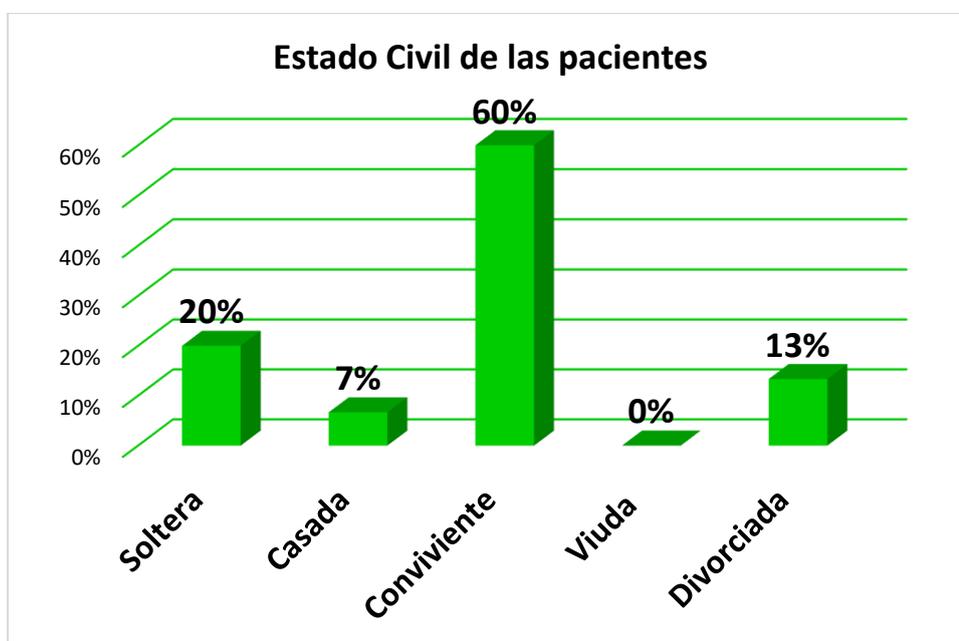


Figura N° 05: Estado Civil de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 05, tenemos:

Respecto al **Estado Civil** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 60% (18 pacientes) son convivientes; el 20% (06 pacientes) son

madres solteras; el 13% (04 pacientes) son divorciadas; el 7% (02 pacientes) son casadas y ninguna viuda.

Tabla Nº 06: Estado emocional de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Estado emocional de las pacientes	Frecuencia	%
Normal /Tranquila	9	30%
Alterada/ Intranquila	21	70%
Otros	0	0%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia – Anexo 01.

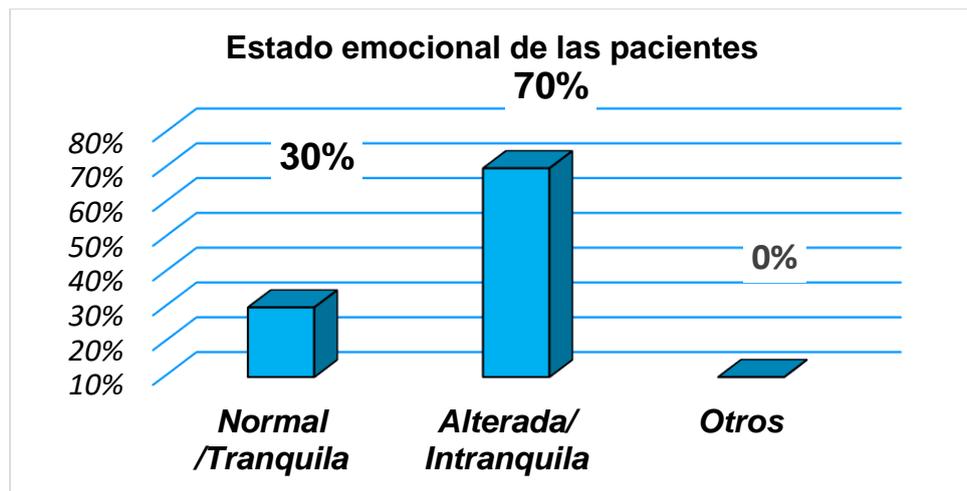


Figura Nº 06: Estado emocional de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura Nº 06, tenemos:

Respecto al **Estado emocional** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 70% (21 pacientes) tienen nivel Alterada/ Intranquila y el 30% (09 pacientes) tienen nivel Normal /Tranquila

Tabla N° 07: Número de partos de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Número de partos de las pacientes	Frecuencia	%
Primero	19	63%
Segundo	6	20%
Tercero	3	10%
Más de 4 partos	2	7%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia – Anexo 01.

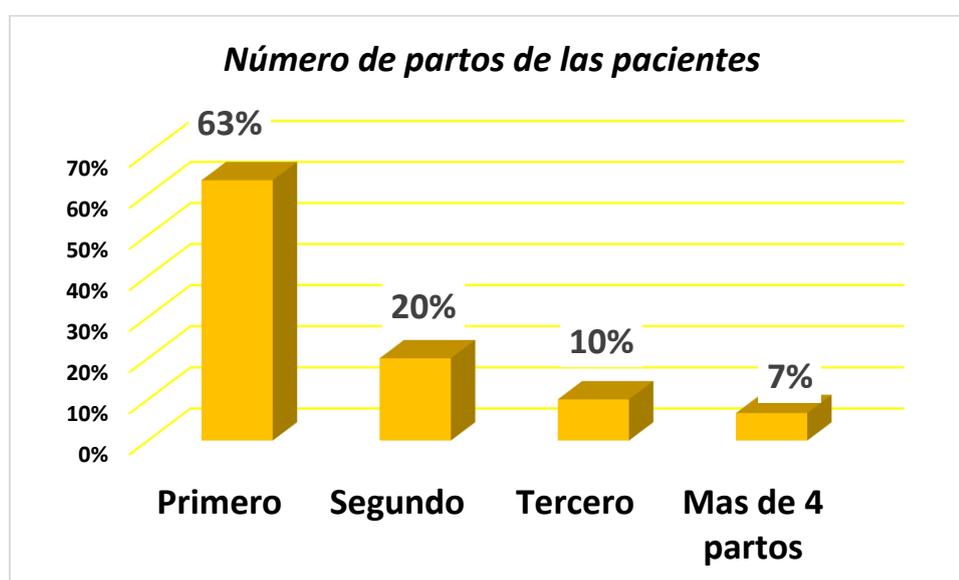


Figura N° 07: Número de partos de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 07, tenemos:

Respecto al **Número de partos** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 63% (19 pacientes) es su primer parto; el 20% (06 pacientes) es su segundo parto; el 10% (03 pacientes) es su tercer parto y el 7% (02 pacientes) es su cuarto o más partos.

Tabla N° 08: Edad gestacional de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Edad gestacional de las pacientes	Frecuencia	%
37 semanas	5	17%
38 semanas	4	13%
39 semanas	6	20%
más de 40 semanas	15	50%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia – Anexo 01.

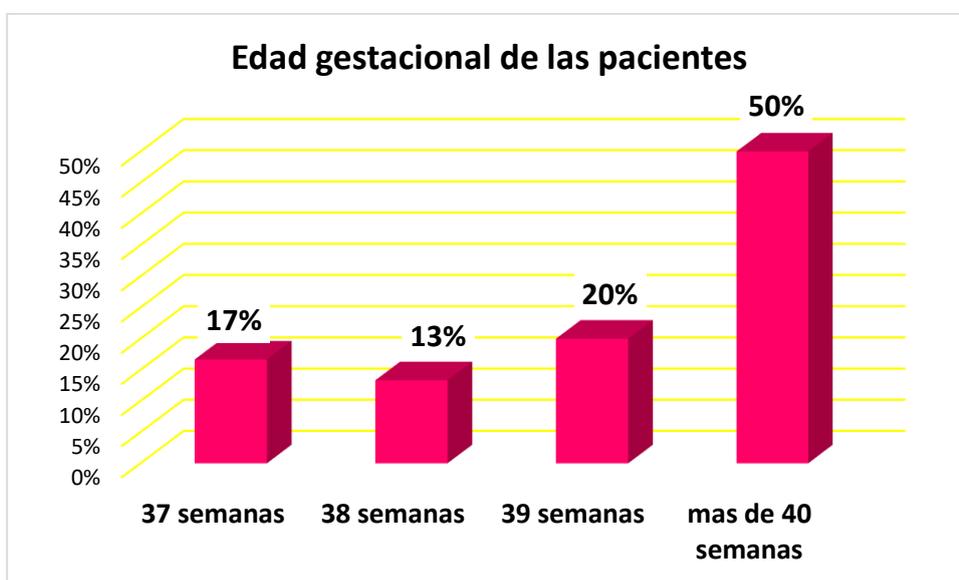


Figura N° 08: Edad gestacional de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 08, tenemos:

Respecto a la **edad gestacional** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 50% (15 pacientes) tienen más de 40 semanas; el 20% (06 pacientes) tienen 39 semanas; el 17% (05 pacientes) tienen 38 semanas y el 13% (04 pacientes) tienen 37 semanas.

Niveles de Ansiedad y sus dimensiones

Tabla N° 09: Nivel Ansiedad psíquica de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Nivel Ansiedad psíquica de las pacientes	Frecuencia	%
Ansiedad Leve	8	27%
Ansiedad Moderada	12	40%
Ansiedad Severa	10	33%
Total	30	100%

Fuente: Elaboración propia.

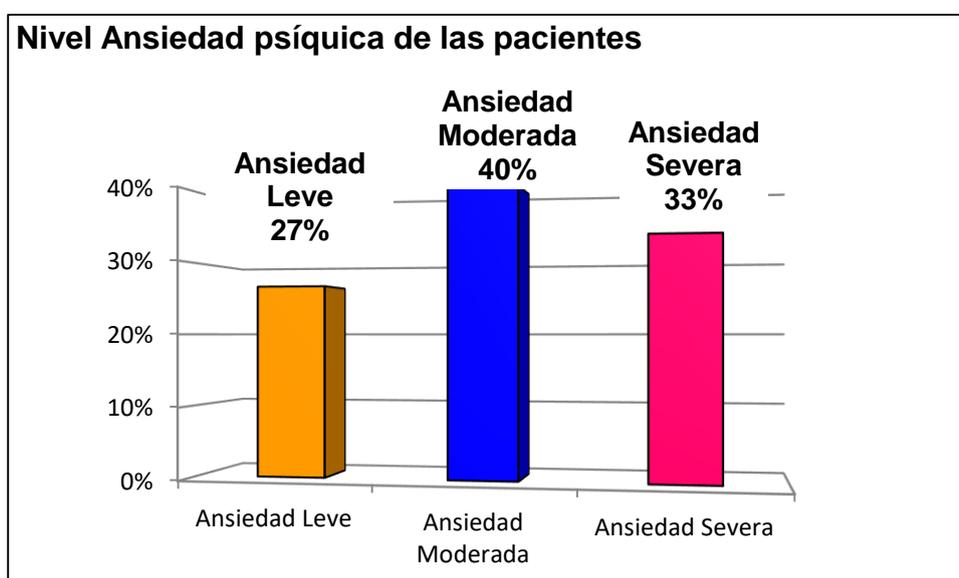


Figura N° 09: Nivel Ansiedad psíquica de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 09, tenemos:

Respecto al **Nivel Ansiedad psíquica** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 40% (12 pacientes) tienen Ansiedad psíquica moderada; el 33% (10 pacientes) tienen Ansiedad psíquica severa y el 27% (08 pacientes) tienen Ansiedad psíquica leve.

Tabla N° 10: Nivel Ansiedad somática de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Nivel Ansiedad somática de las pacientes	Frecuencia	%
Ansiedad Leve	9	30%
Ansiedad Moderada	11	37%
Ansiedad Severa	10	33%
Total	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia

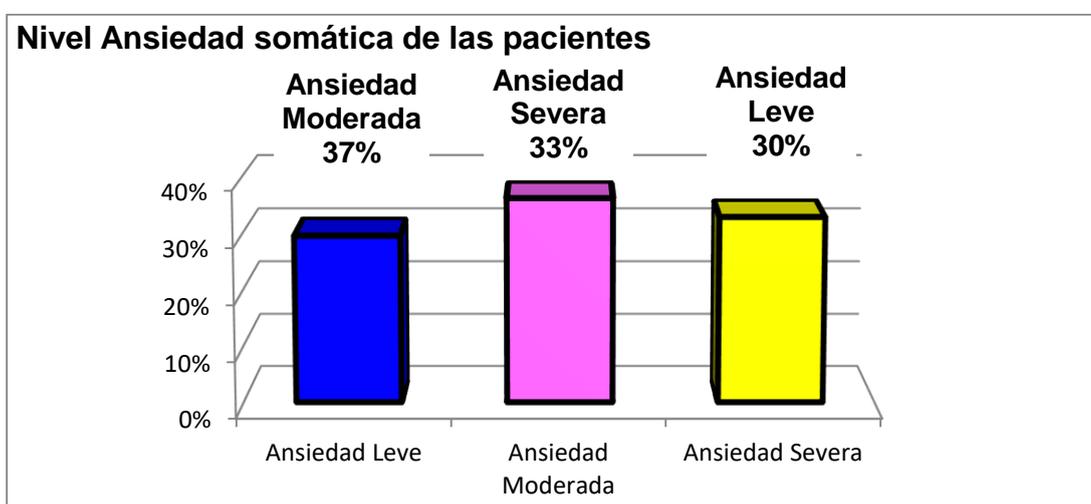


Figura N° 10: Nivel Ansiedad somática de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 10, tenemos:

Respecto al **Nivel Ansiedad somática** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 37% (11 pacientes) tienen Ansiedad somática moderada; el 33% (10 pacientes) tienen Ansiedad somática severa y el 30% (09 pacientes) tienen Ansiedad somática leve.

Tabla N° 11: Nivel Ansiedad de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Nivel de Ansiedad de las pacientes	Frecuencia	%
Ansiedad Leve	8	27%
Ansiedad Moderada	12	40%
Ansiedad Severa	10	33%
Total	30	100.00%

Fuente: Elaboración propia

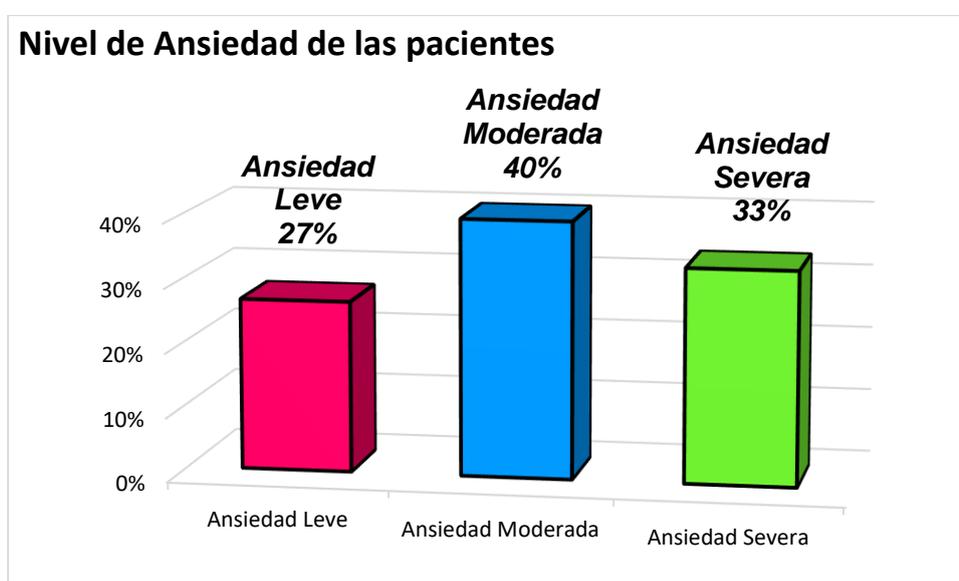


Figura N° 11: Nivel Ansiedad de las pacientes en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Interpretación: De la tabla y figura N° 11, tenemos:

Respecto al **Nivel Ansiedad** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 40% (12 pacientes) tienen Ansiedad Moderada; el 33% (10 pacientes) tienen Ansiedad Severa y el 27% (08 pacientes) tienen Ansiedad Leve.

CAPÍTULO V

5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

5.1 Resultados del trabajo de investigación.

En la presente investigación obtuvimos los resultados asociados a nuestros objetivos y las hipótesis planteadas que nos permiten discutir con resultados obtenidos por diversos investigadores y teorías desarrolladas.

En nuestra investigación planteamos el objetivo general siguiente:

Respecto al **Nivel Ansiedad** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 40% (12 pacientes) tienen Ansiedad Moderada; el 33% (10 pacientes) tienen Ansiedad Severa y el 27% (08 pacientes) tienen Ansiedad Leve.

Con respecto a los objetivos secundarios:

Nivel Ansiedad psíquica de las pacientes parturientas, se encontró que, un 40% (12 pacientes) tienen Ansiedad psíquica moderada; el 33% (10 pacientes) tienen Ansiedad psíquica severa y el 27% (08 pacientes) tienen Ansiedad psíquica leve.

Y también se obtuvo respecto al **Nivel Ansiedad somática** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 37% (11 pacientes) tienen Ansiedad somática moderada; el 33% (10 pacientes) tienen Ansiedad somática severa y el 30% (09 pacientes) tienen Ansiedad somática leve.

Con respecto a ello podemos mencionar que nuestros resultados en cuanto a la ansiedad severa, están por encima de los obtenidos en Ecuador, por Ortega et. al. (2014), en la Universidad de Cuenca quien llevó a cabo la investigación denominada, "Determinación de los niveles

de Ansiedad de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca, 2014”, cuyo objetivo fue determinar los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital Vicente Corral Moscoso. La investigación fue de tipo no experimental, prospectivo y transversal, de diseño descriptivo correlacional. Trabajó con un universo finito de 2800 mujeres gestantes que asistieron en el año 2013, la muestra fue por conveniencia e involucró a las mujeres gestantes que acudieron a la sala de labor del Hospital “Vicente Corral Moscoso” en los meses de Julio, Agosto y Septiembre del año 2014. Las técnicas utilizadas fueron: observación y entrevista, y como instrumento un formulario elaborado y validado por las autoras y el test de Hamilton. Los datos se procesaron y analizaron mediante los programas estadísticos, SPSS y Excel. Como resultados se obtuvo que el 45% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad Leve, de 14 – 17, el 35% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad moderado, de 18 – 24 y el 20% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad severa, de 25 - 30. El 69% de multíparas tiene instrucción primaria; y el mayor porcentaje de edades de las gestantes es un 42,13% que comprende las edades de 19 a 25 años de mujeres que se encuentran en edad fértil; el 37% fue el mayor porcentaje en el estado civil de casada; la mayor parte de gestantes que asisten al Hospital son de escasos recursos económicos con un porcentaje de 56,50% y un 90% de las que acuden al Hospital son residentes de Cuenca ; el 69,10% de ellas la ocupación es de quehaceres domésticos; el tipo de parto con

mayor frecuencia fue eutócico con un 58,14% de los cuales el 87% no presento complicaciones y el 99% no utilizo ningún instrumento al momento del parto; el 61% de gestantes tiene familias nucleares. Conclusiones: se pudo constatar que el nivel de ansiedad de las mujeres gestantes que acudieron a la sala de labor de parto del “Hospital Vicente Corral Moscoso” varía dependiendo los factores determinantes tales como edad, estado civil, instrucción, ocupación; etc.

Pero también existen hallazgos que superan a los índices de ansiedad obtenidos en nuestra investigación, tal es el caso de resultados los obtenidos en la ciudad de Quito, por Maldonado (2018); desarrollo en la Universidad Central del Ecuador, el trabajo de investigación denominado, Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y en estado de puerperio con hospitalización prolongada del Hospital Gineco Obstétrico “Isidro Ayora”, El estudio se fundamenta en el enfoque cognitivo conductual: en la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, complementándose con el modelo cognitivo de Beck. Investigación descriptiva, que conjuga aspectos cuantitativos que permitieron determinar los niveles de ansiedad en los dos grupos de estudios, y aspectos cualitativos para conocer las principales causas que generan esta sintomatología. La investigación fue de tipo no experimental, prospectivo y transversal, de diseño descriptivo correlacional. Fue realizada en una muestra de 50 mujeres embarazadas y 50 mujeres en estado de puerperio, con aplicación de técnicas psicométricas (Escala de Ansiedad de Hamilton), entrevistas semi

estructuradas y observación participante. Con predominancia en la **Ansiedad psíquica, en el 54%** mujeres gestantes, y el **60%** mujeres en estado **de puerperio**. Al evidenciar una equivalencia entre los dos grupos de estudio se recomienda una atención psicológica complementaria en el transcurso del embarazo y post parto, con el fin de fomentar una atención integral y completa durante este proceso.

De acuerdo a nuestros resultados tenemos un nivel de **Ansiedad Severa de 33%** de pacientes mujeres embarazadas, que debe ser atendida para evitar la pérdida o daño de la madre o del bebé durante el embarazo o al momento del alumbramiento; pero también se debe trabajar de forma preventiva porque en ambos caso la Ansiedad según Lasheras (2018); coordinadora de la unidad del Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Universitario Dexeus, explica como la ansiedad le perjudica: Efectos nocivos de la ansiedad materna en el embarazo - Salud Mental Perinatal Dexeus.

Los numerosos estudios realizados en animales y en humanos, encuentran una asociación muy significativa entre la ansiedad materna durante períodos específicos del embarazo y problemas emocionales y de conducta en la infancia.

Lasheras (2018), se refiere a los efectos asociados a la ansiedad materna durante el embarazo:

Parto prematuro: Se ha observado que, cuanto más intensa es la ansiedad materna, mayor es la prematuridad. Varias investigaciones encuentran una asociación muy consistente con el miedo al embarazo.

- ✓ Bajo peso al nacer
- ✓ Retraso de crecimiento fetal
- ✓ Malformaciones congénitas: Los acontecimientos vitales estresantes graves durante el primer trimestre pueden incrementar en ocho veces el riesgo de malformaciones menores, como el labio leporino
- ✓ Efectos sobre el Neuro desarrollo en la descendencia:
 - Problemas de atención e hiperactividad de los 5 a los 14 años. Se ha encontrado una fuerte asociación entre la persistencia del trastorno hacia la edad adulta y la ansiedad antenatal crónica
 - Problemas de conducta.
 - Menores puntuaciones en los índices de desarrollo intelectual, afectando con más intensidad a las habilidades lingüísticas (a los 2 y 5,5 años).
 - Rasgos de autismo en niños (asociación débil).

Ahora si comparamos los niveles de ansiedad obtenidos en nuestra investigación con lo obtenidos en Pomalca; Lambayeque, por Bustamante (2016), en la Universidad Privada Juan Mejia Baca, los nuestros están unos cuantos puntos menos a la investigación denominada, Nivel de Ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un Centro de Salud Pomalca 2014, que tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud en agosto de 2014. La investigación fue

de tipo no experimental, prospectivo y transversal, de diseño descriptivo correlacional. La muestra fue de 30 gestantes adolescentes que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Se aplicó el inventario de ansiedad rasgo-estado, con una confiabilidad que varía entre .83 a .92 en Alfa de Cronboach. Los datos se procesaron en el paquete estadístico versión 18, respetándose los principios éticos y los criterios de científicidad. Los resultados revelan que las gestantes adolescentes presentan niveles altos de ansiedad estado y rasgo (**37** y 33% respectivamente). Según el lugar de procedencia las adolescentes de zonas rurales alcanzan un nivel de ansiedad estado alto (80%) y un nivel medio y alto en ansiedad rasgo (40%), mientras que de las zonas urbanas alcanzan un nivel medio de ansiedad estado y rasgo (52% y 48% respectivamente). Según el grado de instrucción, el 40% de las gestantes adolescentes que cursan el nivel secundario presentan ansiedad estado y rasgo en un nivel medio. La mayoría de las gestantes adolescentes primerizas, presentan ansiedad estado y rasgo en un nivel alto y medio (40% y 30% respectivamente). Estos resultados revelan la necesidad de implementar intervenciones psicológicas para disminuir la ansiedad en las gestantes adolescentes.

Como conclusiones tenemos que las gestantes adolescentes presentan un nivel de ansiedad alto por lo que ponen en riesgo la vida de ellas y de sus hijos por nacer.

CONCLUSIONES

Con el desarrollo de nuestra investigación, podemos responder a los objetivos planteados mencionar las conclusiones siguientes:

Respecto al objetivo principal

Respecto al **Nivel Ansiedad** de las pacientes parturientas, se encontró que, el 40%, tienen Ansiedad Moderada; el 33%, tienen Ansiedad Severa y el 27%, tienen Ansiedad Leve.

Respecto a la hipótesis principal

Tenemos que nuestra hipótesis general fue:

- **Ha: Es alto** el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.
- **Ho: No es alto** el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

De los resultados obtenidos tenemos que el 33% de las pacientes, presentan Ansiedad Severa, cifra que permite rechazar la hipótesis nula (Ho) y aceptar la Hipótesis Alterna (Ha).

Respecto a los objetivos e hipótesis secundarios

- Respecto al **Nivel Ansiedad psíquica** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 40% (12 pacientes) tienen Ansiedad psíquica moderada; el 33% (10 pacientes) tienen Ansiedad psíquica severa y el 27% (08 pacientes) tienen Ansiedad psíquica leve.

- Respecto al **Nivel Ansiedad somática** de las pacientes parturientas, se encontró que, un 37% (11 pacientes) tienen Ansiedad somática moderada; el 33% (10 pacientes) tienen Ansiedad somática severa y el 30% (09 pacientes) tienen Ansiedad somática leve.

Respecto a las hipótesis específicas

Hipótesis Específica N° 01

Ha₁: **Es alto** el nivel de **ansiedad psíquica** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Ho₁: **No es alto** el nivel de **ansiedad psíquica** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

De los resultados obtenidos tenemos que el 33% de las pacientes, presentan Ansiedad Severa Psíquica, cifra que permite rechazar la hipótesis nula (Ho₁) y aceptar la Hipótesis Alterna (Ha₁).

Hipótesis Específica N° 02

Ha₂: Es alto el nivel de **ansiedad somática** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

Ho₂: **No es alto** el nivel de **ansiedad somática** en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

De los resultados obtenidos tenemos que el 33% de las pacientes, presentan **Ansiedad Severa Somática**, cifra que permite rechazar la hipótesis nula (Ho₂) y aceptar la Hipótesis Alterna (Ha₂).

RECOMENDACIONES

Modestamente hacemos llegar nuestras recomendaciones y son las siguientes:

A las altas autoridades:

Es muy necesario, implementar el área de psicoprofilaxis con recursos económicos, logísticos y humanos, para brindar una atención satisfactoria a las usuarias y reducir los indicadores mostrados en nuestros resultados.

A los profesionales de salud

Deben fortalecer permanentemente sus capacidades a través de seminarios, foros, debates, charlas diplomados, especialidades y maestrías.

Ademas.

A las pacientes y familiares

Las pacientes y sus familiares, deben asistir permanente a las charlas de orientación acerca de esta problemática, para reducir los altos niveles de Ansiedad Severa.

A los investigadores

Queda abierta la investigación a todos los investigadores, para que este fenómeno sea investigado con mayor profundidad o bajo u otros contextos metodológicos de investigación; por ahora ponemos a vuestro alcance los resultados y otros referidos a la ansiedad en madres.

A los estudiantes de Psicología

Que, los estudiantes de Psicología, den importancia al campo de la investigación relacionados con este tema, permitiendo fortalecer las propuestas en beneficio de la comunidad.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

- Álvaro Huidobro Pérez - Villamil. (2014). *Manual CTO de medicina y cirugía (psiquiatría)*. 2014. Madrid España. 9° edición Cto. Editorial. pag.1-4. Disponible en: web: [hppt://www.prupopocto.es](http://www.prupopocto.es)
- Ávila Romero, Andrea Soledad (2014). *Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas entre 12 a 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole-Isis*. Quito. Ecuador. Universidad Central de Ecuador. Ecuador. (tesis de Pregrado) Recuperado <http://dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3676/1/T-UCE-0007-121.pdf>
- Bustamante Santa Cruz Maricela. (2016). *Nivel de Ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un Centro de Salud Pomalca 2014*. (Tesis de Pregrado). Recuperado [hppt://www.renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/41619](http://www.renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/41619).
- Caldeyro Barcia, Roberto. (1958). *Memorias del III Congreso latino Americano de Ginecología y Obstetricia*. Tomo II. Pág. 358. México. Distrito federal.
- Camorro, Lobo A, Luque A., L, et al. (2202). *Validación de las versiones en español de la montaña. Escala de Clasificación de Ansiedad para la evaluación de la depresión y la ansiedad*. Medicina clínica. Edit. Alb.
- Cano Bartolo Marisol. (2017). *Monitorización Cardiotocográfica Fetal como Predictor de Sufrimiento Fetal Agudo en gestantes de labor de parto Hospital Regional Hermilio Valdizán de Huánuco*. (tesis de Posgrado). Recuperado <http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/519/CANO%20BARTOLO%2c%20MARISOL%20VIOLETA.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Charles G. Moris – Albert A. Maisto.2009.Psicología. Decimotercera edición pag.474-486, 524.

- Carrobles, J.A., Costa, M., Del Ser, T., y Bartolomé, P. (1986). La práctica de la terapia de conducta. Valencia: Promolibro.
- Chapman, C. Richard. (1977). Aspectos psicológicos del dolor en el tratamiento del paciente. Archivos de Cirugía.. vol. 112, no. 6, pp. 767
- Papalia Sallywendkos Olds, Diane E.. (2010). Psicología. Editorial Mc Graw-Hill. Pag 364-369.
- Fernández, Inmaculada de Molina. Rubio Rico, Lourdes. Roca Biosca, Alba. Jimenez Herrera, María, López, Miriam de la Flor. Sirgo. Agustina. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Revista Portuguesa de Enfermedades de Salud Mental. N° 13. Portugal.
- Galindo G. (2000). Tesis: Niveles de ansiedad debido a los cambios de vida de pacientes Diabéticos. Trabajo de investigación previo a la obtención de grado doctoral.
- Hamilton, M. (1959). La evaluación de estados de ansiedad por calificación. Brit J Med Psychol 1959; 32: 50-55.
- Hamilton M.C. (1969). Diagnóstico y valoración de la ansiedad. Br j Psiquiatría.
- Hospital Nacional Hipólito Unanue - HNHU. (2012). Ministerio de Salud. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental (OESA)- Análisis de Situación de Salud. Hospitalario- Lima; Perú; pág. 47-48-80. Disponible en:
http://www.hnhu.gob.pe/CUERPO/EPIDEMIOLOGIA/ASIS/ASIS_2012.pdf
- Huaman Elera, Jose Manuel. (2010). Monitoreo Electrónico Fetal Cardiotocografía. Primera edición. Pág. 82,99-105, 125,126,132,133.

- Kjaergaard, Hanne, et al. (2008). Miedo al parto en nulíparas obstétricamente bajo riesgo Mujeres en Suecia y Dinamarca. *Revista de psicología reproductiva e infantil*. vol. 26, no. 4, pp. 340-350.
- Lasheras Pérez Gracia. (2018). *Tu ansiedad le perjudica: Efectos nocivos de la ansiedad materna en el embarazo*. Servicio de Psiquiatría, Psicología y Medicina Psicosomática del Hospital Universitario Quirón. Barcelona. España.
- Madé Serrano, Nicolás (2006) *Metodología de la investigación*. Editora Mac Graw Hill. México. p. 69.
- Maldonado Yépez Andrea Nathaly. (2018). *Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas y en estado de puerperio con hospitalización prolongada del Hospital Gineco Obstétrico "Isidro Ayora" (Tesis de Pregrado)*. Quito. Ecuador. Recuperado. <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15178/1/T-UCE-0007-PC043-2018.pdf>.
- Montoya Solís Susan, Valencia Romero Leyla. 2017. *Depresión y ansiedad en madres gestantes primizas atendidas en el Centro de Salud de Huánuco. (Tesis de Pregrado)*. Recuperado <http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/1430/TPS%2000200%20M84.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.
- Morris, Charles G. Maisto, Albert A. (2005). *Introducción a la Psicología*. Duodécima edición. Universidad de Michigan. Universidad de Carolina del Norte. Editora: Pearson Educación. EEUU.
- Naranjo López, Gabriela Alejandra. (2013). *Cuadros ansiosos en pacientes hospitalizados por Diabetes, Cirrosis y Úlcera Gástrica en clínica de Hombres del Hospital Regional Docente Ambato, Período 2010-2011*. Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Psicología Clínica. Ambato. Ecuador.

Organización Mundial de la Salud – OMS. (1985). Declaración de Fortaleza 1985. Recomendaciones de la OMS sobre el Nacimiento. Fortaleza. Brasil.

Ortega Duran Jessica, Pizarro Morocho Priscila, Riera Prieto Mónica (2014). Determinación de los niveles de Ansiedad de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca, 2014. Ecuador. Recuperado

<http://www.dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21075/1/TESI S.pdf>.

Pérez Villamil, Álvaro Huidobro. (2014). Trastorno de ansiedad generalizada.

Pimentel Cocalón Yesila, Ramírez Quispe Marleni. (2017). Estrés y Parto Prolongado en Mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica. (Tesis de Pregrado). Recuperado <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1148/TP-UNH.OBST.00085.pdf?sequence=1>.

Quezada Berumen Lucia del Carmen. (2011). Relación entre Depresión estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil. (Tesis de Magister). Monterrey. México. Recuperado <http://www.eprints.uanl.mx/2699/1/1080224640.pdf>.

Tamayo y Tamayo, Mario. (2003). El proceso de la investigación científica – evaluación y administración de Proyectos de Investigación. México. Editorial Limusa, S.A. DEC.V. Grupo Noriega Editores Balderas 95, México, D.F.

Vásquez Carbajal Fiorella. (2016). Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. 2016. (Tesis de Pregrado). Lima. Perú. Recuperado. <http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe>.

Velásquez Apolonia Carlos. (2017). Influencia de la Preparación Psicoprofiláctica en los Niveles de Ansiedad en gestantes durante el trabajo de parto en el Hospital de Tingo María. (Tesis de Pregrado). Recuperado [http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/575/CARLOS 20VELASQUEZ%2c%20APOLONIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/575/CARLOS%20VELASQUEZ%2c%20APOLONIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

ANEXOS



ANEXO N° 01

UNIVERSIDAD PRIVADA HUANUCO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD E.A.P PSICOLOGIA

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

1. EDAD: _____
2. GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Primaria _____
Secundaria _____
Secundaria _____
Superior _____
3. DE QUE DISTRITO PROVIENE: _____
4. OCUPACION:

Su Casa _____
Trabajador Dependiente _____
Trabajador Independiente _____
Otros _____
5. ESTADO CIVIL:

Soltera _____
Casada _____
Conviviente _____
Vuida _____
Divorciada _____
6. ESTADO EMOCIONAL DE LA PACIENTE:

Normal /Tranquila.
Alterada/ Intranquila
Otros
7. NUMERO DE PARTOS: _____
8. EDAD GESTACIONAL: _____



**UNIVERSIDAD PRIVADA HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E.A.P PSICOLOGIA**

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

CÓDIGO DEL EVALUADO: _____

El HAM-A sondea 14 parámetros y toma de 15 a 20 minutos para completar la entrevista y para medir los resultados.

Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde:

0=Ausente, 1=Intensidad leve, 2=Intensidad media, 3=Intensidad fuerte, 4=Intensidad máxima (invalidante).

Encierre en un círculo el número correspondiente al nivel de ansiedad que asocia con cada ítem:

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. (Psíquico) Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. (Psíquico) Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. (Psíquico) A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. (Psíquico) Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. (Psíquico) Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (Somático) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (Somático) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. (Somático) Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. (Somático) Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. (Somático) Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

12. Síntomas genitourinarios. (Somático) Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. (Somático) Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Instrucciones de puntaje HAM- A:
Suma de las puntuaciones de los parámetros

14-17=Ansiedad Leve
18-24=Ansiedad Moderada
25-30=Ansiedad Severa



UNIVERSIDAD PRIVADA HUANUCO
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO DE LA INVESTIGACION: NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PARTURIENTAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, CHANCHAMAYO, 2018.

PROPÓSITO

Se lleva a cabo el estudio con el propósito de determinar el nivel de ansiedad de las pacientes en trabajo de parto en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.

METODOLOGÍA: Se aplicará un instrumento.

SEGURIDAD: El estudio no podrá en riesgo su salud física ni psicológica.

PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO: Se incluirán a la muestra en estudio.

CONFIDENCIALIDAD: La información recabada se mantendrá confidencialmente, no se publicarán nombres de ningún tipo. Así que podemos garantizar confidencialidad absoluta.

COSTOS: El estudio no afectará la economía familiar ya que todos los gastos serán asumidos por el profesional que desarrolla el estudio de investigación. Usted no recibirá ninguna remuneración por participar en el estudio.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE

La participación en el estudio es voluntaria. Usted puede decidir si participa o puede abandonar el estudio en cualquier momento. Al retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO.

“He leído la información de esta página y consiento voluntariamente participar en el estudio y entiendo que tengo derecho a retirarme en cualquier momento sin que esto implique riesgo a mi persona”.

Participante:

.....

D.N.I.....

Firma:

Fecha:/...../.....

**ANEXO N° 04
MATRIZ DE CONSISTENCIA**



**TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
NIVEL DE ANSIEDAD DE LAS PARTURIENTAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE MEDICINA TROPICAL JULIO CESAR DEMARINI CARO, CHANCHAMAYO, 2018.**

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLE	HIPÓTESIS	POBLACIÓN Y MUESTRA	DISEÑO	TÉCNICA/ INSTRUMENTO	ESTADÍSTICA
<p align="center">PROBLEMA</p> <p>Problema General</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cómo influye la dimensión</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad psíquica en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018?</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad somática en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018?</p>	<p align="center">OBJETIVOS</p> <p>Objetivo General</p> <p>Determinar el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar el nivel de ansiedad psíquica en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p> <p>Determinar el nivel de ansiedad somática en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p>	<p align="center">VARIABLE</p> <p>Ansiedad de mujeres parturientas</p> <p>Dimensiones</p> <p>Ansiedad psíquica</p> <p>Ansiedad somática</p>	<p align="center">HIPOTESIS</p> <p>Hipótesis General</p> <p>Ha: Es alto el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p> <p>Ho: No es alto el nivel de ansiedad en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>Ha1: Es alto el nivel de ansiedad psíquica en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p> <p>Ho1: No es alto el nivel de ansiedad psíquica en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p> <p>Ha2: Es alto el nivel de ansiedad somática en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio</p>	<p align="center">POBLACIÓN</p> <p>Estará compuesto por las 120 pacientes madres en promedio mensual que ingresan a trabajo de parto en el Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo</p> <p align="center">MUESTRA</p> <p>Del total de pacientes se tomara una muestra de 30 mujeres pacientes en trabajo de parto y será indispensable, que deben</p>	<p align="center">TIPO NIVEL</p> <p>No experimental. Prospectivo. Descriptivo. Transversal.</p> <p align="center">DISEÑO</p> <p>El diseño es descriptivo</p> <p align="center">ESQUEMA</p> <p>$m \rightarrow x$</p> <p>Dónde:</p> <p>m=Población Muestral. x=Univariable</p>	<p align="center">TECNICA</p> <p>a.- Prueba Psicométrica</p> <p align="center">INSTRUMENTO</p> <p>ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (Hamilton Anxiety Scale, HAS) – Anexo 02</p>	<p>Plan de tabulación:</p> <p>Los datos se tabularan después de la aplicación del instrumento a través del recuento electrónico del paquete estadístico SPSS-Versión 22.</p> <p>Plan de análisis.</p> <p>Análisis Descriptivo.- se utilizará estadísticas de tendencia central y de dispersión como la media, desviación estándar y los porcentajes</p> <p>Análisis Inferencial.-</p> <p>En la comprobación de la hipótesis y para el procesamiento de la información se utilizará se utilizará el software SPSS. El análisis de los datos se realizará utilizando tablas de frecuencias, gráficos de.</p>

			<p>Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p> <p>Ho2: No es alto el nivel de ansiedad somática en las mujeres parturientas del Hospital Regional de Medicina Tropical Julio Cesar Demarini Caro, Chanchamayo, 2018.</p>	<p>cumplir con los criterios de inclusión y exclusión</p>			
--	--	--	--	---	--	--	--

FOTOGRAFIAS

