

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA  
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA EL PERÚ



“ANSIEDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS QUE ACUDEN A UN  
CENTRO DE SALUD EN LA CIUDAD DE IQUITOS - 2017”

Presentado por:

Bach. TATIANA TORRES SILVA DE ESTEVES

Bach. YETSSENIA KATHERINE GUEVARA SHUPINGAHUA

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN PSICOLOGÍA

Asesor:

PS. GERMAN MOLINA FERRO

SAN JUAN – PERÚ

2018

## DEDICATORIA

En el recorrido que realizamos en la vida siempre existen personas que nos ayudan a lograr nuestros objetivos, y gracias a ellos tenemos que dar lo mejor de nosotros para recompensar el apoyo recibido. Por lo que dedico este acto a mis padres, a mis hermanos y en especial a mi amiga Simone por haber confiado en mí y darme la oportunidad de estudiar lo que yo realmente anhelaba.

*Katherine.*

Esta tesis está dedicada con todo mi amor y cariño a mi esposo Jimmy Esteves, por creer en mí, sé que no fue sencillo el camino hasta ahora, gracias por todo tu apoyo, amor, paciencia, esfuerzo y compañía en mis noches de desvelos, y la motivación constante en aquellas veces que me quise rendir. A mi hija Oriana Sophia, la razón que me levante cada día, esforzarme por el presente y el mañana, eres mi principal motivación. ¡Al comienzo de esta historia llamada profesión has estado presente como en cada uno de mis logros, gracias princesita!

*Tatiana.*

## AGRADECIMIENTO

- Un agradecimiento singular a nuestro asesor: Psic. German Molina Ferro, por haber confiado en nosotras, por la paciencia y la dirección de este trabajo.
- Al Centro de Salud por habernos brindado el apoyo necesario, y a todas aquellas personas que de alguna u otra manera han contribuido al desarrollo de este trabajo de investigación.
- A Dios por guiarme siempre y darme las fuerzas en los momentos difíciles.
- A la autora de este gran regalo, mi querida amiga Simone y a todas las personas que cooperaron con ella para mi educación universitaria, para que yo pueda realizar este gran sueño, hoy hecho realidad.
- A mis padres y hermanos por todos sus esfuerzos e incondicional apoyo, por los valores y principios inculcados y porque siempre han sido mi mayor motivación.
- A mí querida amiga Giovanna, por su amistad en todo momento y a su familia por acogerme y compartir gratos momentos.
- A mi amiga y compañera de tesis, por el esfuerzo y dedicación puesta en esta investigación.
- A todas las personas que han sido partícipes de este trayecto, maestros, compañeros que de una u otra manera han aportado a mi crecimiento personal y profesional.

*Katherine.*

- Primero quiero agradecer a Dios, por permitirme vivir y disfrutar cada día, por permitirme tener y disfrutar de mi familia, porque cada día me demuestra lo hermoso que es la vida y lo justo que puede llegar a ser.
- Agradecer a la Universidad Científica del Perú por haberme aceptado y ser parte de ella, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.
- Agradezco también a nuestro asesor de tesis el Psic. Germán Molina Ferro, por habernos brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad, su conocimiento y por guiarnos durante el desarrollo de nuestra tesis.
- Al centro de salud por habernos aceptado la realización de nuestra investigación de tesis en su población, así como también a su personal.
- A mis padres Lucia y Buenaventura, gracias por todo el amor, paciencia y sobre todo el apoyo incondicional.
- A mi suegra Consuelo, gracias por todo tu cariño y tus sabios consejos.
- A mi amiga y compañera de tesis Katherine, por la motivación y dedicación por el mismo objetivo que nos unió.

*Tatiana.*



**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS**

En la ciudad de Iquitos, a 23 día del mes de Febrero del 2018, siendo las 06:00 p.m., el Jurado de Tesis designado según **Resolución Decanal N° 394- 2017-UCP-FCS**, de fecha 07 de Julio del 2017, con cargo a dar cuenta al Consejo de Facultad integrado por los señores docentes que a continuación se indica:

FACULTAD DE  
CIENCIAS  
DE LA SALUD

- ↓ **Med. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla** **Presidente**
- ↓ **Psic. Elizabeth Guillen Galdós** **Miembro**
- ↓ **Psic. Jeanette Miluska Ross Lozano** **Miembro**

Se constituyeron en las instalaciones de la Sala de Sesiones del Consejo Directivo de nuestra Universidad, para proceder a dar inicio al acto de sustentación pública de la Tesis Titulada: **“ANSIEDAD EN GESTANTES ADOLESCENTES Y ADULTAS QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD EN LA CIUDAD DE IQUITOS - 2017”**, de las Bachilleres en **Psicología: YETSSSENIA KATHERINE GUEVARA SHUPINGAHUA y TATIANA TORRES SILVA DE ESTEVES**, para optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA**, que otorga la **UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ**, de acuerdo a la Ley Universitaria N° 30220 y el Estatuto General de la UCP vigente.

Luego de haber escuchado con atención la exposición del sustentante y habiéndose formulado las preguntas necesarias, satisfactoria las cuales fueron respondidas de forma.....

El Jurado llegó a la siguiente conclusión:

INDICADOR	EXAMINADOR	EXAMINADOR	EXAMINADOR	PROMEDIO
	1	2	3	
A) Aplicación de la teoría a casos reales	3	3	3	
B) Investigación Bibliográfica	3	3	3	
C) Competencia expositiva (claridad conceptual, Segmentación, coherencia)	4	4	4	
D) Calidad de respuestas	3	3	3	
E) Uso de terminología especializada	3	3	3	
<b>CALIFICACIÓN FINAL</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	

RESULTADO:

APROBADO POR: UNANIMIDAD

CALIFICACIÓN FINAL (EN LETRAS)..... DECEXCELIS

LEYENDA:

INDICADOR	PUNTAJE
DESAPROBADO	Menos de 13 puntos
APROBADO POR MAYORIA	De 13 a 15 puntos
APROBADO POR UNANIMIDAD	De 16 a 17 puntos
APROBADO POR EXCELENCIA	De 18 a 20 puntos

  
**Psic. Elizabeth Guillen Galdós**  
 Miembro

  
**Med. Mgr. Jesús Jacinto Magallanes Castilla**  
 Presidente

  
**Psic. Jeanette Miluska Ross Lozano**  
 Miembro

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LAS INSTALACIONES DE LA  
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ, EL DÍA 23 DEL MES DE FEBRERO DE 2018  
POR EL JURADO CALIFICADOR

JURADOS

  
.....  
MED. MG. JESÚS JACINTO MAGALLANES CASTILLA  
PRESIDENTE

  
.....  
PS. ELIZABETH GUILLEN GALDÓS  
MIEMBRO

  
.....  
PS. JEANETTE MILUSKA ROSS LOZANO  
MIEMBRO

ASESOR

  
.....  
PS. GERMAN MOLINA FERRO

## CONTENIDO

CAPITULO I .....	1
I. INTRODUCCION.....	1
1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO .....	6
1.1.1. Antecedentes internacionales.....	6
1.1.2. Antecedentes nacionales .....	8
1.1.3. Antecedentes locales .....	12
1.2. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION .....	13
1.2.1. Problema general .....	13
1.2.2. Problemas específicos.....	13
1.3. OBJETIVOS .....	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos .....	14
CAPITULO II.....	15
MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL.....	15
2.1. MARCO TEORICO .....	15
2.1.1. Embarazo.....	15
2.1.1.1. Señales de cambio durante el embarazo .....	16
2.1.1.2. Adaptación materna .....	16
2.1.1.3. Respuesta emocional.....	19
2.1.1.4. Identificación con el papel de madre .....	22
2.1.1.5. Atención Prenatal.....	23
2.1.1.5.1. Atención obstétrica integral .....	26
2.1.1.5.2. Tamizaje de Salud mental.....	26

2.1.1.5.3. Atención nutricional.....	26
2.1.1.5.4. Atención social.....	26
2.1.1.5.5. Preparación psicoprofiláctica para el parto.....	27
2.1.2. Ansiedad .....	29
2.1.2.1. Enfoques Teóricos.....	35
2.1.2.2. Niveles de ansiedad.....	37
2.1.2.3. Tipos de ansiedad según Spielberg: ansiedad Estado y ansiedad rasgo. ....	39
2.2. MARCO CONCEPTUAL.....	48
CAPITULO III.....	54
RECURSOS UTILIZADOS.....	54
CAPITULO IV.....	55
METODO .....	55
4.1. HIPÓTESIS .....	55
4.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION .....	56
4.2.1. Tipo de Investigación.....	56
4.2.2. Diseño de Investigación: .....	56
4.3. POBLACION Y MUESTRA.....	56
4.3.1. Población.....	56
4.3.2. Muestra.....	56
4.4. TÉCNICA.....	57
4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS .....	58
4.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS. ....	59
4.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION.....	59
CAPITULO V.....	61
RESULTADOS.....	61

CAPITULO VI.....	108
DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	108
CONCLUSIONES .....	116
RECOMENDACIONES.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	120
ANEXO N° 1 .....	125
ANEXO N° 2.....	126
ANEXO N° 3.....	128

## INDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1</b>	<i>Tabla de frecuencia según niveles de ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos - 2017”</i>	61
<b>TABLA 2</b>	<i>Tabla de frecuencia según niveles de ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos - 2017”</i>	62
<b>TABLA 3</b>	<i>Tabla de frecuencias según edad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	63
<b>TABLA 4</b>	<i>Tabla de frecuencia según estado civil en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	64
<b>TABLA 5</b>	<i>Tabla de frecuencia según grado de instrucción en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	65
<b>TABLA 6</b>	<i>Tabla de frecuencia según ocupación en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	66
<b>TABLA 7</b>	<i>Tabla de frecuencia según procedencia en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	67
<b>TABLA 8</b>	<i>Tabla de frecuencia según ingreso económico en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	68
<b>TABLA 9</b>	<i>Tabla de frecuencia según dependencia económica en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	69
<b>TABLA 10</b>	<i>Tabla de frecuencia según dependencia emocional en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	70
<b>TABLA 11</b>	<i>Tabla de frecuencia según apoyo familiar en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	71
<b>TABLA 12</b>	<i>Tabla de frecuencia de ansiedad según vive o no con pareja en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	72
<b>TABLA 13</b>	<i>Tabla de frecuencia según trimestre de embarazo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	73
<b>TABLA 14</b>	<i>Tabla de frecuencia según gravidez en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	74
<b>TABLA 15</b>	<i>Tabla de frecuencia según número de embarazo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	75
<b>TABLA 16</b>	<i>Tabla de frecuencia según complicaciones en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	76
<b>TABLA 17</b>	<i>Tabla de frecuencia según embarazo planificado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	77
<b>TABLA 18</b>	<i>Tabla de contingencia de edad vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	78

<b>TABLA 19</b>	<i>Tabla de contingencia edad vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	79
<b>TABLA 20</b>	<i>Tabla de contingencia estado civil vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	80
<b>TABLA 21</b>	<i>Tabla de contingencia estado civil vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	81
<b>TABLA 22</b>	<i>Tabla de contingencia grado de instrucción vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	82
<b>TABLA 23</b>	<i>Tabla de contingencia grado de instrucción vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	83
<b>TABLA 24</b>	<i>Tabla de contingencia ocupación vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	84
<b>TABLA 25</b>	<i>Tabla de contingencia ocupación vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	85
<b>TABLA 26</b>	<i>Tabla de contingencia procedencia vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	86
<b>TABLA 27</b>	<i>Tabla de contingencia procedencia vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	87
<b>TABLA 28</b>	<i>Tabla de contingencia ingreso económico vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017</i>	88
<b>TABLA 29</b>	<i>Tabla de contingencia ingreso económico vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	89
<b>TABLA 30</b>	<i>Tabla de contingencia dependencia económica vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	90
<b>TABLA 31</b>	<i>Tabla de contingencia dependencia económica vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	91
<b>TABLA 32</b>	<i>Tabla de contingencia vive con pareja vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	92
<b>TABLA 33</b>	<i>Tabla de contingencia vive con pareja vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	93
<b>TABLA 34</b>	<i>Tabla de contingencia dependencia emocional vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	94

<b>TABLA 35</b>	<i>Tabla de contingencia dependencia emocional vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	95
<b>TABLA 36</b>	<i>Tabla de contingencia apoyo familiar vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	96
<b>TABLA 37</b>	<i>Tabla de contingencia apoyo familiar vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	97
<b>TABLA 38</b>	<i>Tabla de contingencia trimestres de embarazo vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	98
<b>TABLA 39</b>	<i>Tabla de contingencia trimestres de embarazo vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	99
<b>TABLA 40</b>	<i>Tabla de contingencia gravidez vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	100
<b>TABLA 41</b>	<i>Tabla de contingencia gravidez vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	101
<b>TABLA 42</b>	<i>Tabla de contingencia N.º de embarazo vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	102
<b>TABLA 43</b>	<i>Tabla de contingencia N.º de embarazo vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	103
<b>TABLA 44</b>	<i>Tabla de contingencia complicaciones vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	104
<b>TABLA 45</b>	<i>Tabla de contingencia complicaciones vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	105
<b>TABLA 46</b>	<i>Tabla de contingencia embarazo planificado vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	106
<b>TABLA 47</b>	<i>Tabla de contingencia embarazo planificado vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.</i>	107

## RESUMEN

La ansiedad de la madre repercute en el desarrollo del feto, por ello esta investigación cuantitativa, descriptiva, tuvo como objetivo identificar el nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos - 2017.

La muestra fue de 300 gestantes adolescentes y adultas que cumplieron con los criterios de elegibilidad. Se aplicó el inventario de ansiedad rasgo-estado. Los datos se procesaron en el programa estadístico SPSS. Los resultados revelan que las gestantes adolescentes y adultas que un 22,7% de ellas presentan un nivel de sobre promedio de ansiedad estado y el 1,7% un nivel alto mientras que 14,3% presenta ansiedad rasgo sobre promedio y el 3,7% un nivel alto de ansiedad rasgo. Según edad los que comprenden de 19 a 35 años presentan ansiedad rasgo bajo (77,8%) y alto menores de 18 años (27,3%). Según estado civil son convivientes (81,8%) con ansiedad rasgo alto y el (40,0%) son solteras con ansiedad estado alto. según el lugar de procedencia las de zonas urbanas alcanzan un nivel de ansiedad rasgo alto (72,7%) y un nivel medio y alto en ansiedad rasgo (60,3%), mientras que de las zonas rurales alcanzan un nivel de ansiedad rasgo (59,4) promedio y medio (40,0%) respectivamente.

En cuanto a los factores psicológicos quienes presentan ansiedad rasgo alto (81,8%) dependen emocionalmente de sus parejas, mientras que las que presentan ansiedad estado bajo (77,4) no dependen emocionalmente de sus parejas y quienes presentan ansiedad estado sobre promedio (61,8%) si dependen emocionalmente de sus parejas. Se encontró también que el 100,0% de las gestantes que reciben apoyo familiar presentan ansiedad rasgo – estado alto.

Estos resultados revelan la necesidad de implementar intervenciones psicológicas para disminuir la ansiedad en las gestantes adolescentes y adulta.

**Palabras clave: Ansiedad, adolescencia, adultas, embarazo.**

## CAPITULO I

### I. INTRODUCCIÓN

La problemática de las gestantes adolescentes y adultas es muy amplia y aunque en las dos últimas décadas ha recibido mayor atención, hasta el momento el estado ha ido incrementado diversos programas de salud que intentan ocuparse de este grupo humano. La hipótesis de que la ansiedad o el estrés materno durante el embarazo afectan al neurodesarrollo del bebé es antigua, pero sólo recientemente se han realizado estudios lo suficientemente amplios para contrastarla. En las dos últimas décadas una serie de estudios han permitido avanzar en la comprensión de los mecanismos por los que se produce dicho efecto. Los hallazgos han producido un cambio significativo en la psiquiatría perinatal, ya que si durante décadas se prestó mucha atención a los efectos de la depresión posparto en el desarrollo del lactante ahora se ha visto que el efecto de la ansiedad materna en el embarazo probablemente sea mucho más grave y duradero en el bebé de lo que se pensaba y sus efectos sobre el neurodesarrollo más severos que los de la depresión posparto. Diversos estudios han confirmado que el estrés materno durante el período fetal puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño incluso hasta el inicio de la edad adulta. (Olza, 2006).

Además, se reportan tasas mayores de prevalencia en países de bajos y medianos ingresos en comparación con los países desarrollados (American Psychiatric Association (APA), 2002).

Algunas mujeres viven diversos cambios en la etapa del embarazo y luego del parto manifiestan otros más, como los físicos y psicológicos que generan inestabilidad emocional, siendo la depresión, la ansiedad y el estrés los problemas más frecuentes durante los primeros meses de gestación, señalaron especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental. (José, 2016).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión, ansiedad y el estrés pueden afectar a 15 de cada 100 mujeres embarazadas debido a las diversas preocupaciones que conlleva pensar en la responsabilidad de concebir una vida. (Jose, 2016)

El embarazo es un proceso complejo, en el que se lleva a cabo cambios importantes en la mujer, tanto a nivel fisiológico, psicológico y social, entre los fisiológicos se encuentran los cambios hormonales que propician un sin fin de síntomas entre ellos: las náuseas, vómitos, etc. Estos cambios hormonales no solo afectan la fisiología de la mujer, sino que propician cambios a nivel emocional, entre ellos el estado de ánimo, la mujer puede sentirse ambivalente hacia su embarazo, ya que por un lado, siente alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final del embarazo. En lo social, la mujer advierte el cambio de rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidarse y ser buena madre. (Burroughs, 1999)

La literatura sugiere que los síntomas de ansiedad no son estáticos durante el periodo de gestación y en algunas mujeres pueden ser transitorios y resolverse eventualmente mientras que en otras pueden ser persistentes. Hubo una considerable proporción de trastornos de ansiedad persistentes, entre el 21,2 a 66,7%. El momento de aparición y la duración de estos síntomas pueden estar relacionados con la severidad de los resultados adversos en la salud materna e infantil (Bayrampour, Mcdonald, & Toung, 2015)

Con respecto a la influencia sobre la ansiedad en gestantes adolescentes y adultas y los factores demográficos; como son la edad, el estado civil, el grado de instrucción y la ocupación; ha habido resultados poco concluyentes pero que si determinan la vivencia del periodo de gestación. (Gurung, Dunkel schetter, & Collins, 2015)

En cuanto a los factores de tipo social; la violencia doméstica se refiere a los patrones de comportamiento en el cual la pareja utiliza la fuerza física y/o sexual, la coacción, las amenazas, la intimidación, el aislamiento, el abuso emocional o económico para controlar a su pareja. Esta tiene un gran impacto sobre la salud física y mental de la gestante, sobre todo si es continua y acumulativa. El bajo ingreso económico familiar podría actuar a su vez en la aparición de ansiedad en la gestante (Leonetti & Martins, 2007)

Además se encuentra el apoyo familiar, el cual es multidimensional; pues abarca apoyo informativo en forma de consejos y asesoramiento, apoyo instrumental que consiste en la ayuda práctica y el apoyo emocional que comprende las expresiones de cariño, estima y cuidado.

Las mujeres que experimentan eventos estresantes en sus vidas, pero cuentan con un buen sistema de apoyo familiar son menos propensas a sufrir de estrés emocional. Por lo cual el impacto de los estresores durante el embarazo, pueden ser neutralizados mediante el apoyo familiar. Este funciona aumentando los recursos que mejoran la resiliencia al estrés como son la integración y conexión social (Bayrampour, McDonald, & Toung, 2015)

Además se encuentra el embarazo no planificado, el cual se produce sin el deseo y/o planificación previa y ante la ausencia o fallo de métodos anticonceptivos adecuados o la ineffectividad o no administración de métodos anticonceptivos de emergencia que prevengan un posible embarazo. Las gestantes con un embarazo no planificado presentan un riesgo incrementado de presentar ansiedad, discontinuar el tratamiento psiquiátrico, mostrar estrés excesivo sobre la influencia de los medicamentos sobre el embarazo y miedo de una posterior recaída, todo esto solo contribuye más a la aflicción emocional en este grupo de mujeres. (Bayrampour, McDonald, & Toung, 2015).

La preocupación por la salud reproductiva está restringida al ámbito ginecológico y obstétrico. Muy poco se ha tomado en cuenta el estado psicológico y en los últimos años se han ido creando estrategias para abordar a las gestantes en cuanto a necesidades de este tipo. Actualmente los programas de atención a la gestante del Ministerio de Salud (MINSA), tales como el control prenatal obstétrico, si bien cuenta con cursos de apoyo en psicoprofilaxis, estos están dirigidos por obstetras, pero es necesario evaluar y explorar las variables psicológicas que repercuten en la salud de la gestante, como es la ansiedad que presenta manifestaciones conductuales, fisiológicas y afectivas.

En los últimos años investigadores han intentado entender la naturaleza y el papel que desempeña la ansiedad, siendo una emoción universal que se presenta a lo largo de la vida del individuo, la prevalencia de la ansiedad anualmente estaría en ascenso; se presume que hay una cifra oculta pues muchos no recurren a los servicios de salud. (Ministerio de Salud, 2016)

A nivel local no se encuentran investigaciones similares, frente a esta problemática existente, el estudio trata de responder a la interrogante. Los resultados obtenidos sirven como base de datos para futuras investigaciones y trabajos de intervención en el Área de Salud Mental, Comunidad y Materno Infantil y así contribuir en beneficio de esta población vulnerable y del niño por nacer.

## **1.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO**

### **1.1.1. Antecedentes internacionales**

Sainz, K. y col. (México 2013) en su estudio “Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas” en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos etarios, el estudio fue descriptivo; se estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27,7 años (de 5,53); la escolaridad que predominó fue secundaria con 36,9%, casadas 75,7 %, empleadas 62,1%. De forma global se encontró ansiedad en 50,5% y depresión en 67%; por grupos etarios, la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años en 41%; en el de 20 a 29 años en 46%; en el de 30 a 34 años en 76%; y en el de 35 a 39 años en 46%; respecto a la depresión en el grupo de 12 a 19 años se observó en 75%; en el de 20 a 29 años en 74%; en el de 30 a 34 años en 65%; y en el de 35 a 39 años en 31%; se realizó un sub-análisis en el cual se comparó el grupo más afectado contra el resto de los grupos, para ansiedad fue el de 30-34 años ( $p=0,11$ ) y para depresión el de 12-19 años con significancia estadística ( $p=0,006$ ).

Silva E, Díaz V y Mejías M, (2013) en Mérida, realizaron un estudio titulado “Ansiedad y Depresión Durante el Embarazo”, cuyo objetivo era determinar los síntomas de ansiedad y depresión presentes durante el embarazo, conocer si se presentan diferencias en estos síntomas entre los trimestres de gestación, y además comparar estos hallazgos con los de un grupo de mujeres sanas no embarazadas.

Cuyas conclusiones fueron las siguientes: la edad en promedio de las embarazadas fue menor que la de las pacientes no embarazadas, el concubinato fue más frecuente en las mujeres embarazadas 33.9%, que en las mujeres no embarazadas 3.3%. En el grupo de embarazadas, no se encontró asociación estadística del aumento de ansiedad y depresión con algún trimestre del embarazo en específico, pero sí existe dependencia estadísticamente significativa entre el embarazo y la presencia de ansiedad y depresión. En el grupo control conformado por las pacientes no embarazadas la mayoría (54.1%) no se hallaban deprimidas ni ansiosas. En las pacientes embarazadas, la tenencia de pareja no incidió en su estado depresivo (77.1% estaban deprimidas); tuviesen o no pareja mostraron depresión de igual forma. En el grupo de las pacientes no embarazadas, la tenencia de pareja influyó negativamente en su estado depresivo; las que no tenían pareja se encontraron deprimidas con mayor frecuencia que aquellas con pareja.

Acevedo, P, en Quito (2011), realizó un estudio sobre la relación entre los niveles de ansiedad y la presencia de preeclampsia en mujeres gestantes. El objetivo fundamental es determinar los aspectos más sobresalientes de la relación entre ansiedad y preeclampsia, que afectan a las gestantes, cuyos resultados indican que la ansiedad no ha sido un factor pre disponible para el desarrollo de preeclampsia.

Ontiveros, M y López, M. (2010) en México, realizó estudios de “Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico”.

Cuyo objetivo fue describir la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado en Primigestas de bajo riesgo obstétrico. Concluyendo que Las primigestas que tienen mayor ansiedad presentan menor adaptación psicosocial al embarazo. El bajo ingreso económico, tener menos edad y menor escolaridad, se asociaron con menor adaptación psicosocial. Una menor escolaridad, menor ingreso económico y una menor edad gestacional se relacionaron con una menor preparación al parto. Se verifica el modelo de adaptación de Lederman respecto a la relación de variables.

Domínguez R, Herazo J y Sc M. (2009) en Cartagena realizó estudios de “edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo”. Cuyo objetivo fue estimar las diferencias entre los subgrupos de adolescentes embarazadas de 13 a 15 años; y 16 a 18 años, con respecto a las complicaciones presentes durante el embarazo en la ciudad de Cartagena (Colombia). Concluyendo que el embarazo a edad temprana conlleva a complicaciones durante la gestación en el grupo de adolescentes de 13 a 18 años.

### **1.1.2. Antecedentes nacionales**

Espinoza D. (2016) en su tesis titulada “Factores Asociados a la Ansiedad Perinatal en Gestantes” dicho estudio tiene como objetivo determinar los principales factores asociados a la ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016.

Se realizó un estudio analítico, transversal y observacional con una muestra representativa de 138 gestantes del tercer trimestre atendidas en el servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero 2016. El estudio se basó en un cuestionario que abarca características demográficas, sociales y obstétricas.

La ansiedad perinatal se midió a través de Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS). Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi Cuadrado y regresión logística; se consideró asociación estadística a un valor  $p < 0.05$ , utilizando el programa estadístico SPSS 23.0. Se tuvo como resultado la prevalencia de la ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre atendidas en el Hospital Belén de Trujillo es de 52%. Por lo tanto se concluye que el conocimiento de factores asociados a la ansiedad durante el embarazo puede fomentar el desarrollo de estrategias usando eficazmente los recursos del sistema de salud para poder apuntar a las poblaciones vulnerables y con mayor necesidad de intervención. La violencia doméstica, el embarazo no planificado, las complicaciones del embarazo, el bajo grado académico, la ocupación ama de casa, el estado civil diferente a casada o conviviente, las edades maternas extremas, la primigravidez, la falta de estabilidad económica y la falta de apoyo familiar son factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes del tercer trimestre del Hospital Belén de Trujillo durante el período enero-febrero del 2016 ( $p < 0.05$ ).

En el análisis multivariado se halló que la edad menor de 20 años y mayor de 34 años (OR=3.22, 95%IC 1.15-9.02,  $p < 0.02$ ), grado de instrucción secundaria o menos (OR=3.08, 95%IC 1.21-7.84,  $p < 0.01$ ),

Complicaciones durante el embarazo (OR=2.91, 95%IC 1.1-7.67, p 0.03) y embarazo no planificado (OR=4.43, 95%IC 1.73-11.33, p 0.00), se consideran predictores de la ansiedad perinatal.

Bustamante M. y Infante J. (2014) en su tesis titulada “Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud de Pomalca - Chiclayo” 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.

García. M (2012) en su tesis titulada “Ansiedad estado-rasgo entre gestantes adolescentes y adultas que acuden al Hospital Las Mercedes de la ciudad de Chiclayo”, llegó a las siguientes conclusiones: las adolescentes y adultas presentan altos niveles de ansiedad estado percibiendo su embarazo como una situación estresante, estando propensas a llegar a una ansiedad rasgo, a comparación de las adolescentes y adultas que se encuentran a nivel medio apreciando su embarazo como un estado transitorio de tensión e inquietud, estando propensas a experimentar ansiedad neurótica y ansiedad rasgos más prolongados. La ansiedad estado según el estado civil adolescente y adultas viudas siendo este estado peligroso por la secuencia de eventos cognitivos, afectivos anteriormente vivido e interpretado como amenazante. Las adolescentes solteras en la ansiedad estado aprecian con menor temor su gestación a diferencia de las adultas solteras que perciben con miedo y preocupación por tener que afrontar su estado sin el apoyo de la pareja.

Rosas, M; Soto, Y; Vera, Y; Vera, M (1999) en su tesis titulada “Niveles de Ansiedad y Factores asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que Acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco”, cuyo objetivo fue determinar los niveles de ansiedad y los factores asociados en este grupo.

Se encontró que los niveles de ansiedad en gestantes adolescentes son mayores en comparación con las gestantes adultas, además el único factor con asociación estadísticamente significativa a ansiedad en gestantes adolescentes fue la diferencia de edad con la pareja.

**1.1.3. Antecedentes locales**

Se desconoce de estudios a nivel local relacionados con las variables estudiadas por lo que el presente trabajo se constituye en una línea base para futuras investigaciones

## **1.2. PROBLEMA DE LA INVESTIGACION**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el nivel de ansiedad que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación entre la ansiedad Rasgo y la ansiedad Estado que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017?
- ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y la ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017?
- ¿Cuál es la relación el factor psicológico y la ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017?
- ¿Cuál es la relación entre el factor obstétrico y la ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017?

### **1.3. OBJETIVOS**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el nivel de Ansiedad Rasgo - Estado que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017.

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- a) Establecer los niveles de ansiedad Rasgo y ansiedad Estado que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017.
- b) Identificar los factores sociodemográficos: edad, estado civil, grado e instrucción, ocupación, procedencia, ingreso económico y dependencia económica en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017.
- c) Identificar el factor psicológico: dependencia emocional, apoyo familiar, relación de pareja, en gestantes adolescentes y adultas atendidas en un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017.
- d) Identificar el factor obstétrico: Edad gestacional, gravidez y complicaciones en el embarazo, en gestantes adolescentes y adultas atendidas en un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos - 2017.

## CAPITULO II

### MARCO TEÓRICO - CONCEPTUAL

#### 2.1. MARCO TEORICO

**2.1.1. Embarazo:** Se denomina gestación, embarazo o gravidez del latín gravitas, al período que transcurre entre la implantación en el útero del óvulo fecundado y el momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (Diccionario de la lengua española, 2001)

Según la OMS, en la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida hace aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados. El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación aproximadamente unos 9 meses. El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto aquel a partir del cual puede sobrevivir extra-útero sin soporte médico.

### **2.1.1.1. Señales de cambio durante el embarazo**

Océano (2001), señala que en el transcurso del embarazo la mujer puede observar dos tipos de cambios, por un lado, los cambios de su cuerpo en relación con el desarrollo del embrión y del feto y, por otro, los cambios en las relaciones consigo misma y con los demás. Ante todo, hay que indicar que en esto cada mujer es distinta, ya sea porque su organismo es diferente, o porque lo son su historia pasada y las condiciones en que se desarrolla todo su embarazo.

El embarazo es una buena ocasión para que la mujer sea protagonista en una etapa importante de su vida; la futura madre debe asumir un papel activo, como parte de un proceso. Respecto a las relaciones de la mujer durante el embarazo, a menudo se modifican los gustos y, muchas veces, hay que variar ciertas costumbres debido a los cambios físicos, que imponen ritmos de vida distintos, más relajados.

Las relaciones sexuales también deben adaptarse a la nueva situación. Es importante que la futura madre lleve un control regular con su ginecólogo, que le dará información y explica sobre estos cambios, sobre el cuidado en la alimentación, la conveniencia de llevar una vida sana y en armonía, todo lo cual va a repercutir positivamente en el futuro bebé.

### **2.1.1.2. Adaptación materna**

Perry (1998), establece que las mujeres, desde las adolescentes hasta las que se encuentran en los cuarenta años, emplean el tiempo del embarazo para adaptarse al papel de madres. Al comienzo, parece que no sucediera nada; se pasa mucho tiempo al dormir. Se siente por primera vez el comienzo del movimiento los primeros indicios de la nueva vida en el vientre en el segundo trimestre, el tiempo

y el espacio geográfico se reduce porque la mujer vuelca su atención hacia el embarazo.

El embarazo representa una crisis de maduración que puede ser estresante, pero tener recompensas en la medida en que la mujer se prepara para un nuevo nivel de cuidados y responsabilidades.

- ***Aceptación del embarazo:*** El primer paso en la adaptación al papel de madre es la aceptación de la idea del embarazo y la asimilación del estado de preñez dentro de la forma de vida de la mujer; más aún, si este embarazo no ha sido planificado. El grado de aceptación se refleja en la disposición de la mujer para el embarazo y en sus respuestas emocionales.

Cuando los primeros síntomas de embarazo aparecen y la noticia se confirma, puede resultar la más maravillosa o la más terrible, depende de la persona, el contexto y las circunstancias. Cuando no es esperada y no provoca alegría, se está frente a un embarazo no deseado. Es decir, que no es buscado o planeado, ni querido o aceptado, que se da en un momento desfavorable o a alguien que no tiene interés en tener un hijo. Esta salvedad viene a cuenta de que en algunos casos puede no ser buscado, pero sí aceptado e incluso deseado; en cambio en otros no es buscado, pero tampoco aceptado.

El embarazo no deseado es consecuencia de un error humano un descuido, un olvido, desconocimiento, falta de información, ignorancia, una violación o una falla en los métodos anticonceptivos.

En algunos casos la mujer que se queja con frecuencia de malestares físicos puede pedir ayuda con los conflictos relacionados con el papel de madre y sus responsabilidades. En estas mujeres se indica una exploración más profunda de las medidas de afrontamiento de la realidad y de la tolerancia.

- ***Disposición para el embarazo:*** Las mujeres que están preparadas para aceptar un embarazo buscan con prontitud la validación médica de su existencia ante la aparición de los primeros síntomas, pero otras pueden posponer esta validación a causa de acceso limitado a los cuidados, pudor o razones culturales. Otras consideran el embarazo como un suceso natural y no perciben la necesidad de una validación médica temprana.

La eventual aceptación del embarazo corre a la par con la creciente aceptación de la realidad de un niño. La mujer puede no gustar del hecho de estar embarazada, pero sentir amor por el niño que va a nacer. Si el bebé es deseado, las molestias asociadas con el embarazo tienden a contemplarse como hormiguillos, y las medidas que se toman para aliviarlas por lo general tienen éxito.

El placer derivado de pensar en el bebé que viene en camino y una sensación de estrecha cercanía con él ayuda a la madre a ajustarse a estas molestias. Los temores y las ansiedades pueden expresarse en los sueños.

### 2.1.1.3. Respuesta emocional

Las mujeres que se sienten felices y complacidas con su embarazo con frecuencia lo contemplan como un logro biológico y como parte de su plan de vida, tienen una alta autoestima y tienden a estar confiadas respecto de los resultados que van a obtener ellas sus bebés y los demás miembros de la familia. Aunque puede predominar un estado general de bienestar, en las mujeres embarazadas es común la inestabilidad emocional expresada por cambios repentinos de ánimo.

Estos cambios y este aumento de la sensibilidad hacia los demás son desconcertantes para la futura madre y para quienes la rodean. Un aumento de la irritabilidad, explosiones de ira y lágrimas, y sentimientos de enorme gozo y alegría se alternan, sin que medien causas aparentes pequeñas ni grandes. Estas alteraciones emocionales pueden responder a los profundos cambios hormonales que forman parte de la respuesta materna al embarazo, de manera similar a lo que ocurre antes de la menstruación o después de la menopausia.

- **Imagen corporal:** Los cambios fisiológicos del embarazo llevan consigo cambios rápidos y profundos en el contorno corporal. Durante el primer trimestre con frecuencia la actitud hacia el cuerpo es positiva. Sin embargo, con el progreso del embarazo, sus sentimientos pueden hacerse más negativos. Para la mayoría de las mujeres la sensación de gustar o no gustar de su cuerpo en el estado de gestación es temporal y no conduce a cambios importantes en la percepción que tienen de sí mismas.

- **Ambivalencia:** La *ambivalencia* se define como un estado en el que existen sentimientos contradictorios simultáneos, como amor y odio por una persona, cosa o estado del ser.

La ambivalencia es una respuesta normal que experimentan las personas que se preparan para sumir un nuevo papel. Incluso las mujeres que se sienten complacidas de estar embarazadas pueden experimentar alguna vez sentimientos de hostilidad hacia la gestación o hacia el niño que está por nacer. Unos sentimientos ambivalentes intensos que persisten hasta el tercer trimestre pueden indicar un conflicto no resuelto con el papel de la maternidad. Después del nacimiento de un bebé sano, sin embargo, por lo general se hacen un lado los recuerdos de estas emociones.

- **Relación de pareja:** La persona más importante para la mujer embarazada es por lo general el padre del bebé. Las mujeres que cuentan con el apoyo de su pareja durante el embarazo tienen menos síntomas físicos y emocionales, menos complicaciones con la dilatación y el parto y una mejor adaptación en el postparto. Las mujeres expresan dos necesidades principales dentro de las relaciones de pareja sentirse amadas y hacer que el cónyuge acepte al bebé. La relación marital o de compromiso no es estática, sino que evoluciona con el paso del tiempo. El nacimiento del niño cambia para siempre la naturaleza del vínculo entre los cónyuges. Las parejas se unen de manera más estrecha durante el embarazo y este evento tiene un efecto de maduración sobre la relación de pareja en la medida en que sus integrantes asumen nuevos papeles y descubren

aspectos desconocidos en el otro. Los cónyuges que se apoyan y confían el uno en el otro pueden compartir sus necesidades mutuas de dependencia. Las mujeres desean que su pareja tenga una participación activa en la preparación para el parto. El cónyuge puede ser una influencia estabilizadora, un escucha atento de las expresiones de duda y de temor, y una fuente de apoyo físico y emocional.

- ***Compartir el embarazo:*** Océano (2001), señala que los sentimientos de la mujer hacia los embarazos y la actitud de las personas que le son más cercanas influirán, en gran medida, en su disposición para llevar dentro de sí al niño. El sentimiento de anticipación y de gozo que acompaña al embarazo está inevitablemente interrumpido por momentos de incertidumbre, de dudas, de incomodidad física y cansancio. En estas circunstancias un compañero cariñoso y solidario puede hacer que todo sea diferente, que la experiencia sea positiva y se descubran aspectos nuevos de la relación de la pareja.

Tener un hijo es una cuestión, primero, del padre y de la madre y, luego, del resto de la familia. Cuanto más participe el hombre en estos primeros días, más cerca se sentirá de la madre y del niño en los años venideros y más implicados estará en su educación.

El apoyo moral y físico del hombre puede ser particularmente útil para la mujer al empezar a preparar activamente su cuerpo para el parto. Proporcionarle masajes suaves mientras hace los ejercicios puede

transformar su actividad en una experiencia compartida y placentera. Los ejercicios son una forma inestimable de mantener el bienestar físico durante el embarazo y el parto. Alivian el estrés y la tensión y condicionan al cuerpo para que responda con mayor facilidad a las exigencias de alumbramiento.

#### **2.1.1.4. Identificación con el papel de madre**

Perry (1998), manifiesta que la identificación con el papel de madre comienza muy temprano en la vida de la mujer. La percepción que su grupo social tiene del papel femenino puede en adelante influir para que ella se decida por la maternidad o por una carrera profesional, por casarse o permanecer soltera o se independiente en lugar de interdependiente. Los roles prácticos como jugar con muñecas, cuidar bebés más pequeños y a sus propios hermanos puede aumentar su comprensión de lo que significa ser madre.

Muchas mujeres siempre han deseado un bebé, gozan con los niños y esperan con ansia ser madres. Su motivación para asumir el papel de la maternidad es muy alta, y esto, a su vez, afecta su aceptación del embarazo y la eventual adaptación prenatal y como madre. Otras mujeres aparentemente no han considerado en detalle lo que significa para ellas la maternidad. Como resultado, durante el embarazo surgen conflictos relacionados con no desear el embarazo o el niño, o con las decisiones profesionales que deben resolverse.

Tener un bebé pretérmino también afecta la oportunidad del reconocimiento de la identidad materna.

- ***Relación entre madre y feto:*** La primera relación que existe entre la madre y el feto es más psicológica que biológica. La madre se construye una imagen propia del niño antes de que advierta alguna señal física de su existencia. Más adelante, esta relación se transforma en biológica debido a los cambios físicos que experimenta la madre, que llega a convertirse en el elemento de mediación entre el feto y el medio ambiente externo. Si la madre se alimenta poco, será ella la que suplirá con sus reservas, al menos en parte, la carencia alimentaria.

El feto no puede expresarse sino a través de la madre, no puede percibir el mundo si no es a través de ella. En esta interrelación la madre no debe estar sola, también debe participar su compañero o quienes la rodean y la apoyan. Si más sepamos sobre el nuevo ser, y más lo captemos en sus manifestaciones, más pronto llegaremos a verlo como una persona antes del nacimiento. Cuanto más compartido sea este descubrimiento por la pareja, la acogida del bebé tendrá aspectos más positivos.

#### **2.1.1.5. Atención Prenatal**

El Ministerio de Salud, (2004) define el control prenatal como la vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto que realiza el profesional de salud para lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre. Dentro los objetivos de atención se manifiestan lo siguiente:

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto
- Identificar la presencia de signos de alarma o enfermedades asociadas que requieran un tratamiento especializado para la referencia oportuna.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Preparar física y mentalmente a la gestante para el parto, así como al entorno familiar.
- Plan de parto.
- Realizar el planeamiento individualizado del parto institucional con participación de la pareja, la familia y la propia comunidad.
- Evaluación y orientación en salud mental y detección de violencia familiar.
- Ver el apoyo familiar y social para el cuidado prenatal.
- Promover la lactancia materna en la crianza del recién nacido (RN).
- Prevenir el tétanos neonatal (vacuna antitetánica) Detectar el cáncer de cérvix uterino (Papanicolaou) y la patología mamaria.
- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Promover la adecuada nutrición.
- Prevenir y/o tratar la anemia.

La atención prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódica, continua e integral:

La frecuencia óptima de atención prenatal es la siguiente:

- Una atención mensual hasta las 32 semanas.
- Una atención quincenal entre las 33 y las 36 semanas.

- Una atención semanal desde las 37 semanas hasta el parto.

Se considera como mínimo que una gestante reciba 6 atenciones prenatales, distribuidas de la siguiente manera:

- Dos atenciones antes de las 22 semanas.
- La tercera entre las 22 a 24 semanas.
- La cuarta entre las 27 a 29.
- La quinta entre las 33 a 35.
- La sexta entre las 37 a 40 semanas.

El Seguro Social de Salud (ESSALUD, 2014) describe la atención prenatal de la siguiente manera:

- En la primera consulta a la gestante se hará la historia clínica integral que define la valoración del riesgo obstétrico. La atención de complejidad creciente se realizará por la especialidad que corresponda, cuando la circunstancia lo requiera.
- La gestante es atendida con resultados de exámenes auxiliares o sin ellos, en esta última, se solicitarán los exámenes auxiliares establecidos de acuerdo a la edad gestacional.
- En caso de encontrar alguna patología, lo manejará de acuerdo a las guías de prácticas clínica o criterio médico.
- En los establecimientos del primer nivel de atención, la gestante normal debe ser referida antes de las 32 semanas. En los casos de alto riesgo, se referirá al nivel de atención correspondiente.

#### **2.1.1.5.1. Atención obstétrica integral**

La gestante de bajo riesgo es evaluada por el profesional obstetra en los EESS del primer y segundo nivel de atención con población adscrita. Constituyen parte de sus actividades, examinar, diagnosticar, prescribir y administrar tratamiento que su profesión lo faculta. Asimismo consejería de salud sexual y reproductiva y control de ITS, VIH-SIDA, tamizaje de violencia basada en género, plan de parto, entre otros. En la primera atención, en caso la paciente no haya sido atendida por el médico, solicitará los exámenes auxiliares establecidos, cuyos resultados son evaluados por el profesional médico en su primera consulta. Asimismo, podrá solicitarlos durante la atención prenatal.

#### **2.1.1.5.2. Tamizaje de Salud mental**

Comprende la detección de riesgo de salud mental en las gestantes, a través de la ficha correspondiente que es aplicada por el psicólogo. De no contar con él, lo hará otro profesional capacitado.

#### **2.1.1.5.3. Atención nutricional**

Intervención desarrollada en las gestantes por el profesional nutricionista. En caso de no contar con él, la orientación nutricional se realizará a través de charlas por un profesional capacitado.

#### **2.1.1.5.4. Atención social**

Es una actividad desarrollada en las gestantes por la trabajadora social.

#### **2.1.1.5.5. Preparación psicoprofiláctica para el parto**

Esta preparación se basa en la preparación psíquica y física a fin de facilitar el parto sin sufrimiento para la mujer y en las mejores condiciones para el nuevo ser.

El fin primordial es el de informar y aconsejar a la futura madre sobre algunos aspectos del embarazo anatomía genital y desarrollo fetal. Y el de proporcionarle una preparación psicológica que facilite el desarrollo del parto transformándolo en un acontecimiento de lo más natural y menos doloroso posible.

Los conceptos psicoprofilaxis, preparación para el parto sin dolor y facilitación psicológica del parto, son sinónimos. La preparación psicológica trata de eliminar sentimientos negativos.

Todo ello se puede lograr por una comprensión racional del proceso del parto, a la vez que se le afirma del mecanismo del parto y de las modificaciones de su organismo durante el embarazo, y así como del desarrollo del niño.

También se le debe inculcar a la gestante un sentimiento de seguridad y confianza respecto a su médico, a la clínica donde será asistida y al método que está práctica. Además, una actitud positiva y gozosa hacia el hijo esperado atenúa, igualmente, la sensación dolorosa.

Por otra parte, practicará determinados ejercicios gimnásticos que le enseñarán a refrenar el dolor con una respiración adecuada y una relajación muscular que engendrará la tranquilidad psíquica, la preparación de la psicoprofilaxis se divide en tres áreas: cognitiva, física y emocional.

- **Cognitivo:** El curso psicoprofiláctico brinda herramientas para que la pareja sea capaz de elegir el tipo de parto que quieren tener, tener en cuenta los diferentes escenarios posibles.

En las sesiones programadas se abordan temas teóricos relacionados con el embarazo, el parto, el post-parto, la lactancia, los cuidados del recién nacido, entre otros. El miedo al dolor del parto se reduce en gran parte con la información, en especial al afrontar los mitos en torno al embarazo y el nacimiento del bebé. El curso brinda técnicas de respiración para sentirse saludables durante el embarazo, oxigenar adecuadamente el cuerpo y poder controlar el trabajo de parto sin complicaciones y fortalecer la vinculación entre el bebé y la madre.

- **Físico:** Se desarrollan ejercicios para fortalecer y tonificar algunos músculos que se requieren en buenas condiciones para el trabajo de parto, se busca conocer el cuerpo, activar la circulación de manera que beneficie el retorno de la sangre y se reduzcan, además, problemas respiratorios, cardíacos, musculares y circulatorios. En esta parte se proponen medidas de confort durante el embarazo.
- **Emocional:** Lo más importante es que la mujer recupere la confianza y seguridad plena en su propio cuerpo, es decir, en el potencial de su naturaleza. Se comparte también la experiencia del embarazo en todos sus aspectos emocionales con otras parejas que pasan por el mismo proceso. Se logran fortalecer los lazos de pareja e involucrar al hombre en esta etapa para que juntos la disfruten al máximo.

## **212 Ansiedad**

Definiciones:

Actitud emotiva o sentimental orientada al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y desesperanza. (Warren , 2005).

Según Lang (1968). Es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros.

Según Beck en 1985 (como se citó en Neyra, 2011) asume que la ansiedad se refiere a “un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como: tensión o nerviosismo y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardíacas, temblor, náuseas y vértigo”.

Según Kiriadou y Sutcliffe en 1987 (como se citó en Virues 2005). Es una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardíaca, etc.).

Según Lazarus (1976). La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarlos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

Beck (1985, p.5) afirma que "El elemento crucial en los estados de ansiedad, es un proceso que puede tomar la forma de un pensamiento automático o imagen que aparece rápidamente, como un reflejo, después de un estímulo inicial (por ejemplo: respiración entrecortada), aparentemente creíble y seguida por una ola de ansiedad".

Los individuos que experimentan ansiedad tienden a sobreestimar el grado de peligro futuro y la probabilidad de daño. "Desde luego, un pensamiento o imagen específica no es siempre identificable. En tal caso es posible sin embargo, inferir que un esquema cognitivo con un significado relevante al peligro ha sido activado" (Beck, A. 1985, p.6).

Según el DSM IV, existen distintos cuadros clínicos en los que la ansiedad es el síntoma fundamental. Entre ellos estaría el trastorno por crisis de angustia, en el que la ansiedad se presenta de forma episódica como palpitaciones, sensación de ahogo, inestabilidad, temblores o miedo a morir; el trastorno de ansiedad generalizada, existiendo un estado permanente de angustia; el trastorno fóbico, con miedos específicos o inespecíficos; el trastorno obsesivo-compulsivo, con ideas "intrusitas" y desagradables que pueden acompañarse de actos rituales que disminuyen la angustia de la obsesión (lavarse muchas veces por miedo a contagiarse, comprobar las puertas o los enchufes, dudas continuas); las reacciones de estrés agudo o postraumático; y los trastornos de adaptación a situaciones vitales adversas.

Según Baeza, J. (2008). En la aparición y mantenimiento de la ansiedad como trastorno influyen tres grandes grupos de factores: los factores predisposicionales, los factores activadores, y los factores de mantenimiento.

- ***Factores predisposiciones:*** Con este término nos referimos a variables biológicas y constitucionales, hereditarias o no, que hacen más probable que un individuo desarrolle alteraciones de ansiedad si se ve expuesto a situaciones capaces de activarla. Dentro de este grupo de factores podríamos considerar también algunos referidos a la personalidad, dependiente de la historia del individuo, condicionada por la biología y el aprendizaje.

Estos factores predisposiciones no son la ansiedad ni condenan a padecerla. Son factores de vulnerabilidad. Dicho en otras palabras, hay personas que cuentan con un sistema de alerta más sensible, por un lado, y más complejo de desactivar una vez disparado, por otro. En cierto sentido, son personas que se encuentran regularmente en una especie de prealerta que condiciona su disposición hacia el medio externo o interno, la advertencia y el registro de determinados acontecimientos, y la prefiguración de un tipo de respuestas defensivas como más probables.

Algunos de estos factores predisposiciones se desconocen aún, aunque se presume su existencia. Otros son conocidos, pero, para un buen número de ellos, sobre todo los orígenes genéticos, no se han desarrollado aún terapias específicas. Sí existen tratamientos para la corrección de algunos

de los efectos causados por dichos factores y expresados en los sistemas de neurotransmisión, lo que permitiría la reducción de su influencia, en algunos casos muy importantes, la consiguiente mejora, y la reducción de la vulnerabilidad.

- ***Factores activadores:*** Con esta expresión nos referimos a aquellos hechos, situaciones o circunstancias que son capaces de activar el sistema de alerta, la preparación para responder ante ellas y la respuesta propiamente dicha. Hemos señalado anteriormente que la ansiedad está fundamentalmente vinculada a la percepción de amenaza, por lo tanto, esencialmente, los factores activadores de la ansiedad son aquellos que están relacionados con la amenaza y su naturaleza. Hemos indicado, también, que la percepción de riesgo, es decir de lo considerado amenazante, depende fundamentalmente de un proceso de evaluación, consciente o automático, determinado por la valoración de qué pasa y cómo nos afecta, por un lado; y qué podemos hacer frente a ello, por otro. Básicamente, en términos generales, la ansiedad procede de dos grandes tipos de problemas.

En primer lugar, de la posible obstaculización o entorpecimiento de planes, deseos o necesidades, aún en desarrollo, cuya consecución es para nosotros importante o necesaria - por ejemplo, la superación de un examen para acceder a un puesto de trabajo- En segundo lugar, del posible deterioro o problematización de objetivos que ya hemos alcanzado, logros con los que ya contamos o forman parte de nuestro estatus. Así,

percibiríamos como amenazante la pérdida de la salud o el trabajo.

También se encuentran en este grupo de factores otros que por diversas vías inducen una sobre estimulación/sobre activación del organismo: podemos mencionar especialmente el estrés y el consumo de sustancias, particularmente las estimulantes.

- ***Factores de mantenimiento:*** Este grupo de factores afectan fundamentalmente a aquellos casos en que los problemas originarios de ansiedad no se resuelven satisfactoriamente, o bien cuando la ansiedad alcanza límites de trastorno. Una vez que la ansiedad se manifiesta como problema tiene ciertas probabilidades de incrementarse. En el momento en que la ansiedad aparece, debido a los factores activadores, ayudados en más o en menos por los factores predisposicionales, si es excesiva y sostenida, propicia la aparición de problemas de salud. Estos problemas, que previamente no existían, son debidos a la ansiedad, pero, a su vez, la multiplican. La salud es un bien valorado en sí mismo. Si se problematiza, por cualquier motivo incluida la propia ansiedad, genera un incremento del estado de alerta e indefensión.
- Las acciones vinculadas a la ansiedad como mecanismo de alarma, por su valor adaptativo y de supervivencia, son jerárquicamente prioritarias sobre otras acciones, de forma que se retiran de éstas últimos recursos atencionales, cognitivos y conductuales para poder responder satisfactoriamente a la emergencia. Tiene su lógica que, si por ejemplo,

se declara un incendio, la gestión de otros programas de acción en curso; leer, realizar un informe, participar en una reunión, comer; pase a un segundo plano. Si la ansiedad es puntual, la paralización provisional de estos programas, o su seguimiento bajo mínimos, no representa grandes inconvenientes; pero si el estado de alarma se prolonga en el tiempo afecta severamente a su desarrollo y, a la postre, tendría consecuencias tales para individuo que se convertirían en nuevas fuentes de ansiedad.

### 2.1.2.1. Enfoques Teóricos

No existe una causa única que pueda explicar todas las distintas facetas de los trastornos ansiosos. Cada autor, dependiendo de su punto de vista trata de darle una explicación a este problema desde distintos enfoques. El estado actual de la etiología de la ansiedad habla en favor de una génesis multifactorial del problema.

Las teorías o enfoques más importantes que tratan de explicar este problema son las siguientes:

- **La tendencia psicodinámica:** Que la equipara al concepto de angustia, diferencia entre angustia real y angustia neurótica. La primera es "una reacción a la percepción de un peligro exterior, esto es, de un daño esperado y previsto. Esta reacción aparece enlazada al reflejo de fuga y podemos considerarla como una manifestación del instinto de conservación" (Freud, S. 1917, p.2367). La segunda o angustia neurótica "en la que el peligro no desempeña papel ninguno o solo mínimo" y "puede producirse sin causa ninguna aparente y en una forma incomprensible" (Freud, S. 1973, p. 2372)

La etiología de la angustia neurótica se halla en una desviación de la libido de su aplicación normal, lo cual engendra un estado conflictivo entre las fuerzas impulsivas del "Ello" y las represivas del "Yo". Esta amenaza hacia las defensas del Yo es lo que genera la percepción de peligro proveniente de los instintos que desemboca en síntomas ansiosos (Freud, S. 1917).

- ***Para el Movimiento Existencialista:*** "La ansiedad es la experiencia de la amenaza inminente de no ser" (May, R. 1967, p.73), derivada "...de que el hombre es el animal que valora, el ser que interpreta su vida y su mundo en términos de símbolos y significados, e identifica esto con su existencia como Yo" (May, R. 1968, p.110). El génesis de la ansiedad reside en la amenaza a los valores, bien sea a la vida física a la psicológica o a algún otro valor como el patriotismo o el amor. También diferencian la ansiedad del miedo argumentando que "la ansiedad toca el nervio vital de la propia estima, en cambio, el miedo es una amenaza contra la periferia de la existencia la ansiedad es ontológica; el miedo no" (May, R. 1967, p.74).
- ***Según el Conductismo:*** La ansiedad clasifica simplemente como conducta (Skinner, B. 1974) Conducta que "solamente puede manifestarse cuando un estímulo precede de manera característica a un estímulo aversivo con un intervalo de tiempo suficientemente grande para permitir observar cambios en la conducta" (Skinner, B. 1974, p.207).

También explican que "un estímulo que previamente no sea capaz de evocar respuestas de ansiedad puede adquirir el poder de hacerlo, si resulta que está actuando sobre el organismo cuando la ansiedad está siendo evocada por otro estímulo.

Entonces se convierte en un estímulo condicionado a la ansiedad, y la ansiedad por él evocada puede, en ocasiones posteriores condicionarse a otros estímulos" (Wolpe, J. 1981, pp. 51,52)

Los teóricos conductistas no diferencian entre miedo y ansiedad ya que ambos se manifiestan fisiológicamente de la misma forma y se muestran de acuerdo al afirmar que la ansiedad perturba el funcionamiento y no parece servir a ningún fin práctico (Skinner, B. 1974; Wolpe, J. 1981).

- ***El enfoque Cognitivo:*** Distingue la ansiedad del miedo afirmando que la ansiedad es un proceso emocional y el miedo es un proceso cognitivo. El miedo involucra una apreciación intelectual de un estímulo amenazante; y la ansiedad involucra una respuesta emocional a esa apreciación" (Beck, A. 1985, p.9).

#### **2.1.2.2.Niveles de ansiedad**

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad leve, moderada, grave y de pánico. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental).

**Según MARTINES Y CERNA (1990) clasifica la ansiedad en tres niveles:**

- **Ansiedad leve**

La persona esta alerta, ve, oye domina la situación más que antes de producirse este estado; es decir, funcionan más las capacidades de percepción, observación debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. Este nivel de ansiedad también se denomina ansiedad benigna o tipo ligero de ansiedad.

*Reacción fisiológica:* Puede presentar respiración entrecortada, ocasional frecuencia cardiaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios.

- **Ansiedad moderada**

El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad se ha limitado un poco. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor pero puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico.

*Reacción fisiológica:* Puede presentarse respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial elevada, boca seca, estomago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir.

- **Ansiedad grave**

En este nivel de ansiedad, el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por esta razón la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo, aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica está disminuida y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal.

*Reacción fisiológica:* Puede presentar respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo, expresión facial de terror.

### **2.1.2.3. Tipos de ansiedad según Spielberg: Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo**

En los estudios de Spielberg et al. (1972) la ansiedad se conceptualiza de 2 formas como un estado emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa con el tiempo (ansiedad-estado) y como una disposición personal que aparece relativamente estable en el tiempo (ansiedad-rasgo). Es decir, existe una ansiedad vinculada a la personalidad: ansiedad-rasgo, y otra ansiedad relacionada con una amenaza física anticipatoria como por ejemplo el contexto quirúrgico: ansiedad-estado.

Existen varios cuestionarios como el STAI (SPIELBERGER STATE-TRAIT ANXIETY INVENTORY) que evalúan la ansiedad -rasgo y la ansiedad – estado.

La Ansiedad Estado (A/E) se conceptualiza entonces como una condición emocional transitoria caracterizada por tensión, aprensión e hiperactivación del Sistema Nervioso Autónomo. Puede variar en intensidad y fluctuar a lo largo del tiempo.

La Ansiedad Rasgo (A/R) se caracteriza por una propensión ansiosa de forma estable debido a la tendencia por parte del sujeto a percibir las situaciones cotidianas como amenazadoras, provocando así un aumento del grado de ansiedad.

Esta investigación se verá enfocada según el autor Spielberger, (1972) sostiene que “una adecuada teoría de la ansiedad debe distinguir conceptual y operativamente entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad, así como diferenciar entre estímulos condicionados que provocan el estado de ansiedad y las defensas para evitar dichos estados”. Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberg, de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro objetivo que pueda representar la situación.

Según este autor, el estado de ansiedad se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo, es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo.

Así mismo, para Spielberg (1972) el rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad; es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad. Por lo ello, resume su teoría en seis puntos:

- Las situaciones que sean valoradas por el individuo como amenazantes evocarán una ansiedad estado. A través de los mecanismos de feedback sensorial y cognitivo los niveles altos de ansiedad estado serán experimentados como displacenteros.
- La intensidad de la reacción de una ansiedad estado será proporcional a la cantidad de amenaza que esta situación posee para el individuo, la duración de una ansiedad estado dependerá de la persistencia del individuo en la interpretación de la situación como amenazante.
- Los individuos con alto nivel en ansiedad rasgo percibirán las circunstancias que conlleven fracasos o amenazas para su autoestima como más amenazantes que las personas con bajo nivel en ansiedad rasgo.

- Las elevaciones en ansiedad estados pueden ser expresadas directamente en conductas, o pueden servir para iniciar defensas psicológicas que en el pasado fueron efectivas en la reducción de la ansiedad.
- Las situaciones estresantes ocurridas frecuentemente pueden causar en el individuo el desarrollo de respuestas específicas o mecanismos de defensa dirigidos a reducir o minimizar la ansiedad estados.

Por tanto, según Casado (1994) la teoría rasgo-estado de Spielberger describe a la ansiedad estado como un proceso temporal que comienza con la valoración, por parte del individuo de los estímulos internos y externos, por parte del individuo, sobre el que influirá en la ansiedad rasgo. También refiere que un individuo con una marcada ansiedad rasgo tenderá a valorar un gran número de situaciones como amenazantes. Una vez valorados los estímulos aparecen varios caminos posibles, en función de si dichos estímulos son o no valorados como amenazantes. Si los estímulos son valorados como no amenazantes no se llegará a dar reacción de ansiedad.

En cambio, si los estímulos son valorados como amenazantes se dará un incremento en ansiedad estado, si bien el individuo podrá poner en marcha mecanismos (respuestas adaptativas que el individuo ha desarrollado al enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos similares) para reducir y/o eliminar la ansiedad estado. Por ello, las principales aportaciones de la teoría estado-rasgo de Spielberg se pueden resumir en los siguientes puntos:

- Clarifica y profundiza en la distinción ya sugerida por Cattell y Scheier entre rasgo y estado de ansiedad, aportando una definición más precisa y operativa de ambos conceptos.
- El desarrollo de un instrumento de evaluación, el STAI, cuya utilidad es respaldada por el gran número de investigaciones, tanto básicas como aplicadas.
- Tiene en consideración la importancia de las variables cognitivas, ya que evoca un estado de ansiedad que junto a los procesos motores, sirven para eliminar o reducir los estados de ansiedad.
- Apunta la conveniencia y necesidad de especificar y analizar las características de las condiciones del estímulo que evocan diferentes niveles de estado de ansiedad en individuos que difieren en cuanto a rasgo de ansiedad.
- Esta preocupación será uno de los elementos responsables de la inserción progresiva de esta teoría de Spielberger hacia planteamientos más interactivos.

Por otro lado, Miralles y Cima (2010) mencionan que la teoría rasgo –estado se basa en la distinción conceptual de Cattell y Scheier entre ansiedad como un estado emocional transitorio y como un rasgo de personalidad relativamente estable. Esta teoría diferencia la predisposición a manifestar ansiedad estado ante situaciones determinadas, que es un sentimiento subjetivo de tensión y la activación del sistema nervioso autónomo.

Considerando lo expuesto, Spielberger definió la ansiedad estado como un estado emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa con el paso del tiempo.

Además, Miralles y Cima (2010) mencionan que la ansiedad rasgo es la predisposición más o menos permanente que tiene el individuo a responder con ansiedad estado ante una situación concreta, como a la propensión a percibir diferentes situaciones como peligrosas o amenazantes. La ansiedad rasgo también puede considerarse como la suma de las ansiedades estado para una situación dada. Este tipo de ansiedad no implica que una persona sea crónicamente ansiosa, sino que tiene mayor tendencia a experimentar ansiedad que la persona con una puntuación baja en rasgo.

En definitiva, la ansiedad empieza a ser conceptualizada como una respuesta emocional que, a su vez, se divide en tres tipos de respuestas, las cuales incluyen aspectos cognitivos, fisiológicos y motores, debido a la posible influencia de estímulos tanto internos como externos al propio individuo; el tipo de estímulo que provoca la respuesta de ansiedad está determinado, en gran medida, por las características del individuo.

Después de haber analizado las diferentes teorías que se refieren a la ansiedad, para propósitos de esta investigación se asume la teoría rasgo-estado de Spielberger, puesto que esta teoría está llamada a ser la de mayor difusión en el campo de la ansiedad, resaltando la importancia que le otorga a los procesos cognitivos.

**Ansiedad Estado,** Para Moreno (2007) la ansiedad, es entendida como estado se asimila a una fase emocional transitoria y variable en cuanto a intensidad y duración; ésta es vivenciada por el individuo como patológica en un momento particular, caracterizándose por una activación autonómica y somática y por una percepción consciente de la tensión subjetiva. Cuando las circunstancias son percibidas como amenazantes por el sujeto, la intensidad de la emoción aumenta independientemente del peligro real, mientras que cuando las mismas son valoradas como no amenazantes, la intensidad de la emoción será baja, aunque exista dicho peligro real.

La relación entre ambos puntos de vista es muy estrecha, pues un individuo con alto rasgo de ansiedad reaccionará con mayor frecuencia de forma ansiosa. (Miguel & Tobal, 1996)

**Ansiedad Rasgo,** Moreno (2007) menciona que desde el punto de vista de Spielberger, la ansiedad rasgo (personalidad neurótica) presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular, caracterizada por el peligro o la amenaza, respondiendo ante la misma con ansiedad.

Por lo general, esta tendencia va acompañada de una personalidad neurótica de base similar a la timidez, apareciendo durante largos periodos de tiempo en todo tipo de situaciones.

Existe una gran variabilidad interindividual en cuanto al rasgo de ansiedad, debido a la influencia tanto de factores biológicos como aprendidos; por la cual algunas personas tienden a percibir un gran número de situaciones como amenazantes, reaccionando con ansiedad, mientras que otros no le conceden mayor importancia.

Por tanto, Moreno (2007) menciona que la ansiedad rasgo y estado se oculta en varios aspectos, al igual que le ocurre a la ansiedad crónica y a la de tipo agudo. Cuando ésta es intensa origina un sentimiento desagradable de terror e irritabilidad, acompañado de fuertes deseos de correr, ocultarse y gritar, presentando sensaciones de debilidad, desfallecimiento y desesperación para el individuo; también, puede haber un sentimiento de irrealidad o de “estar separado” del suceso o la situación.

Además, Moreno (2007) indica que la ansiedad se entiende como una respuesta normal y necesaria o una respuesta desadaptativa (ansiedad patológica); la solución para diferenciar ambas respuestas puede residir en que la ansiedad patológica se manifiesta con mayor frecuencia, intensidad y persistencia que la ansiedad normal, es decir, presenta diferencias cuantitativas respecto a aquella (Spielberger, Pollans y Wordan, 1984).

El sistema categorial dominante en la psicopatología actual promueve diferencias cualitativas tanto entre las personas clínicas y las personas normales como entre las categorías clínicas; la diferenciación entre ambos tipos de ansiedad se concreta en la demanda de tratamiento por el sujeto, siendo ésta de carácter multicausal.

Al tomar como base un modelo multidimensional, la diferencia entre la ansiedad patológica y la normal se relaciona con el grado en que se manifiestan las dimensiones relevantes.

Endler en 1997 (como se citó en Moreno, 2007) manifiesta que “la ansiedad rasgo como la ansiedad estado serían de naturaleza multidimensional y que contendría cuatro dimensiones: la ansiedad social, ansiedad física, la situación ambigua y ansiedad en situaciones inocuas. El modelo tiene la cualidad explícita que la predisposición a la ansiedad no es generalizada”.

## 2.2. MARCO CONCEPTUAL

- **Ansiedad:** Actitud emotiva o sentimental orientada al futuro y caracterizada por una mezcla o alternativa desagradable de miedo y desesperanza. (Warren , 2005) La ansiedad es un estado psicológico desencadenado por la anticipación de peligros inexistentes o vagamente identificados. Se acompaña de un pico exagerado de alerta y excitación fisiológica que prepara al organismo para la acción; en este sentido, la ansiedad posee un potencial adaptativo a las situaciones de emergencia. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, la angustia patológica representa una respuesta inapropiada a un ambiente no necesariamente amenazador y compromete marcadamente el funcionamiento habitual del individuo. (Vidal, Alarcon , & Lolas Stepke, 1995)
- **Adolescencia** La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadores de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un periodo de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de gran determinación hacia la mayor independencia psicológica y social. (OMS, 2005).  
  
El perfil psicológico del adolescente generalmente es transitorio y cambiante es emocionalmente inestable.

El desarrollo de la personalidad dependerá en gran medida de los aspectos hereditarios, de la estructura y experiencias en la etapa infantil preescolar y escolar y de las condiciones sociales, familiares y ambientales en el que se desenvuelva el adolescente.

Según la OMS (2011). Por los matices según las diferentes edades, a la adolescencia se la puede dividir en tres etapas:

- ✓ **Adolescencia Temprana (10 a 13 años):** Biológicamente, es el periodo peri- puberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquia. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.
  
- ✓ **Adolescencia media (14 a 16 años):** Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, pretenden poseer un cuerpo más atractivo y se manifiestan fascinados con la moda.

- ✓ **Adolescencia tardía (17 a 19 años):** Casi no se presentan cambios físicos y aceptan su imagen corporal; se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta; adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales.
  
- **Adulta:** Se define como aquel individuo, donde la mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras.
  
- **Relación de Pareja:** La ausencia o la falta de apoyo de parte de ésta es un predictor de síntomas depresivos y ansiosos durante el segundo y tercer trimestre de la gestación y en el postparto. Durante la gestación son esperables algunas modificaciones en la relación de pareja, tales como cierto distanciamiento en el plano sexual, sensación de falta de apoyo o

soledad; aun cuando la pareja está presente y disponible. La relación de pareja puede constituir fuente de apoyo, pero también de tensión y dolor emocional cuando no está presente.

- ***Embarazo o gestación:*** Es el estado de la mujer que comprende desde la fecundación hasta el nacimiento, período en el cual sufre varios cambios físicos, metabólicos y hormonales. Es una condición de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal y aproximadamente 40 semanas de gestación. (Diccionario de la lengua española, 2001)
  
- ***Edad gestacional:*** Duración del embarazo calculada desde el primer día de la última menstruación normal hasta el nacimiento o hasta el evento gestacional en estudio. La edad gestacional se expresa en semanas y días completos. Se basa en la FUR y debe ser confirmada más tarde por Ecografía antes de las 26 semanas. (Perinatología definiciones y conceptos)
  - ***El primer trimestre:*** comprende desde el primer día de la última menstruación normal hasta las 14 semanas o 98 días de embarazo. Muchas mujeres experimentan una serie de pequeños trastornos digestivos como cambios de apetito, mareos, náuseas y vómitos. Es también característico que determinados alimentos que antes de la gestación eran de su agrado, le provoquen ahora náuseas y malestar, o todo lo contrario, que sienta deseos de ingerir aquellos alimentos que antes le eran indiferentes. Es normal que la futura madre tenga

menos paciencia, que se irrite con mayor facilidad, tenga más frigidez, y otros, una serie de modificaciones en su carácter haciéndose más susceptible a las emociones y deprimen su ánimo con mucha facilidad. (Medina, 2016)

- ***El segundo trimestre de la semana 15 a la semana 28 (196 o 199 días)*** El peso en el cuarto mes aumenta mucho, y pasa de los 50 gramos a los 270 gramos mientras que en el quinto mes, aproximadamente el feto tiene unos 25 cm de longitud y pesa 650 gramos, y en el sexto mes la placenta mide unos 35 centímetros y pesa un kilo. Se caracteriza por ser un periodo de tranquilidad emocional debido a que los cambios hormonales se han estabilizado y la futura mamá ha tenido tiempo de adaptarse psicológicamente a la gestación. Esta adaptación repercute positivamente en la aceptación de los cambios que repercuten en su actividad habitual, dado que su orden de prioridades ha cambiado. (Medina, 2016)
  
- ***El tercer trimestre de la semana 29 hasta la semana 42 de embarazo (280 o 294 días):*** En el último trimestre la embarazada puede experimentar molestias como presión sobre los huesos de la pelvis, aumento considerable del número de micciones y frecuencia de estreñimiento, ahogo o dificultad respiratoria, hinchazón de las piernas, entre otras. Vuelven las dificultades anímicas debido a que el volumen de la barriga dificulta el bienestar de la futura mamá. Como consecuencia aparece la dificultad para dormir, la micción

frecuente, los dolores de espalda y el cansancio, entre otras molestias, que no ayudan al bienestar emocional. Por otra parte, en el tercer trimestre el tiempo pasa lento, aumenta la ansiedad por conocer al bebé, el miedo al parto y la inseguridad ante la crianza. Y, además, aparece el síndrome del nido con el que verá incrementada la necesidad de hacer cambios en casa y dejarlo todo limpio y preparado para la llegada del bebé. (Medina, 2016)

**CAPITULO III**  
**RECURSOS UTILIZADOS**

- Gestantes adolescentes de 11 a 19 años
- Gestantes adultas de 20 a 45 años
- Centro de salud
- Materiales de oficina.
- Materiales de escritorio.
- Movilidad particular.
- Laptop.
- Asesoría estadística.
- Fotocopias/Escaneo.
- Anillado.
- Internet.

## CAPITULO IV

### METODO

#### 4.1. HIPÓTESIS

- Existe ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden al Centro de Salud en la Ciudad de Iquitos – 2017.
- Existe relación entre la ansiedad Rasgo y la ansiedad Estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.
- Existe relación entre los factores sociodemográficos y la ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.
- Existe relación entre el factor psicológico y la ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.
- Existe relación entre el factor obstétrico y la ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.

## 4.2. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACION

### 4.2.1. Tipo de Investigación

El presente trabajo se basa en una investigación de tipo Cuantitativa, transversal prospectiva, porque utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

### 4.2.2. Diseño de Investigación:

*Descriptivo Simple:* Porque se describe el Nivel de Ansiedad rasgo – estado, según las características sociodemográficas, Psicológicas y obstétricas.

## 4.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.

**431. Población:** 600 gestantes que acudieron al servicio de obstetricia del Centro de Salud durante los meses de julio y agosto del 2017.

**432. Muestra:** El tamaño de muestra se determinó en base a la población proyectada a través de la formula estadística de tamaño muestral para proporciones, tomando a la frecuencia de ansiedad en gestantes adolescentes y adultas como 50% al no encontrar referencias confiables y bien definidas, el error de estimación de 5% y nivel de significancia de 0,05.

$$n = n_0 / (1 + n_0/N) \quad (\text{Fórmula 1})$$

$$n_0 = \frac{Z_\alpha^2 (p \cdot q)}{e^2} \quad (\text{Fórmula 2})$$

$n$  = Tamaño de la muestra.

$n_0$  = Tamaño de muestra aproximado.

$Z$  = Valor  $z$  correspondiente al nivel de significancia de 0,01

= 2,58 (99% confianza).  $p = 65\% = 0.65$  (prevalencia de estigma).

$q = 1 - p = 0.35$ .

$e$  = error de estimación = 5% = 0.05.

Ver si  $n_0 / N$  es  $< 0.05$  ó  $> 0.05$ . El tamaño de la muestra será reajustado si se obtiene 0.05 con la Formula 1.

Aplicando las formulas mencionadas se obtiene un índice muestral de 606, reajustando este índice con la población proyectada, nuestra muestra está conformada por 300 gestantes según análisis estadístico.

#### 4.4. TÉCNICA

La técnica de recolección de datos estuvo basada en una encuesta aplicada y como instrumentos utilizados una prueba psicométrica y cuestionarios estructurados compuestos por preguntas dirigidas a la población según variables de estudio.

#### 4.5. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se aplicó el test psicométrico de la *Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*, instrumento estandarizado y validado, de la adaptación española estuvo de Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982).

Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés.

Se aplica a población general (adultos y adolescentes), consta de 40 ítems.

- **Los análisis de confiabilidad** realizados originalmente por el autor (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970) en población normal, mostraron coeficientes de Alpha de Cronbach entre 0,83 y 0,92. A nivel de ansiedad –estado, la consistencia interna se ubica entre 0,90 y 0,93, y en ansiedad –rasgo, entre 0,84 y 0,87, estos datos fueron obtenidos de una muestra heterogénea de 854 sujetos de ambos sexos; lo que indica un alto nivel de asociación. La fiabilidad por las dos mitades: 0,94 en ansiedad estado y en 0,86 en ansiedad rasgo.
- **La Validez:** Muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85). Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0.60.
- **La corrección e interpretación:** La puntuación para cada escala puede oscilar de 0-30, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de ansiedad. Existen baremos en puntuaciones cantiles para adultos y adolescentes. Momento de aplicación: evaluación pretratamiento, evaluación durante el tratamiento, Evaluación post-tratamiento.

#### 4.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

1. Se gestionó el permiso del Centro de Salud Nivel I - 4, así como a la Jefatura de Control Prenatal del mencionado nosocomio dándose a conocer el propósito de la investigación y el responsable de la misma. Una vez obtenido el permiso respectivo se procedió con la ejecución del estudio en las instalaciones del Área de Control obstétrico prenatal de dicho nosocomio.
2. Al momento de captar al sujeto de estudio, se procedió con la explicación al participante del propósito de la investigación.
3. Una vez resultas las dudas e interrogantes, el paciente incluido en el estudio firmó el consentimiento informado respectivo. (Anexo 1)
4. Se recolecto la información de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión a través del llenado de la ficha de recolección de datos elaborado. (Anexo 2)
5. Luego se procedió al llenado de la ficha con la *ESCALA de ANSIEDAD RASGO/ESTADO (STAI)* (Anexo 3)
6. Finalmente se validaron los resultados.

#### 4.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

El procesamiento de datos se hizo a través de la estadística descriptiva e inferencial, para ello se elaboró una matriz de resultados la cual se procesó con el programa estadístico SPSS.

Los investigadores respetaron a las personas, ya que se tomó en cuenta el consentimiento informado voluntario donde se expuso el título, los autores, el asesor y el objetivo de la investigación, tratando a los participantes como agentes autónomos ya que en cualquier momento podían retirarse de la investigación procurando siempre su bienestar.

**CAPITULO V**  
**RESULTADOS**

**VARIABLES**

**Tabla 1**

*Tabla de frecuencia según niveles de ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017”*

ANSIEDAD ESTADO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1. BAJO	93	31,0	31,0	31,0
2. TEND. PROMEDIO	95	31,7	31,7	62,7
3. PROMEDIO	39	13,0	13,0	75,7
4. SOBRE PROMEDIO	68	22,7	22,7	98,3
5. ALTO	5	1,7	1,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Los resultados respecto a la frecuencia según niveles de ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se aprecia que del total de gestantes el 31,7 % presentan ansiedad estado tendencia promedio, el 22,7% presentan ansiedad estado sobre promedio y el 1,7% presentan ansiedad estado alto.

**Tabla 2**

*Tabla de frecuencia según niveles de ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos - 2017*

ANSIEDAD RASGO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1. BAJO	108	36,0	36,0	36,0
2. TEND. PROMEDIO	106	35,3	35,3	71,3
3. PROMEDIO	32	10,7	10,7	82,0
4. SOBRE PROMEDIO	43	14,3	14,3	96,3
5. ALTO	11	3,7	3,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Los resultados respecto a la frecuencia según niveles de ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se aprecia que del total de gestantes el 36,0 % presentan ansiedad rasgo bajo, el 14,3% presentan ansiedad rasgo sobre promedio y el 3,7% presentan ansiedad rasgo alto.

## FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

**Tabla 3**

*Tabla de frecuencias según edad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

EDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1. MENOR DE 18 AÑOS	44	14,7	14,7	14,7
2. DE 19 A 35 AÑOS	205	68,3	68,3	83,0
3. MAYOR DE 35 AÑOS	51	17,0	17,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Los resultados respecto a la frecuencia según edad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud se aprecian que del total de gestantes el 68,3 % pertenecen al rango de 19 a 35 años de edad, el 17 % al rango de mayor de 35 años de edad y el 14,7 % pertenecen al rango de menores de 18 años.

**Tabla 4**

*Tabla de frecuencia según estado civil en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
CASADA	48	16,0	16,0	16,0
CONVIVIENTE	194	64,7	64,7	80,7
SOLTERA	58	19,3	19,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según estado civil en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se aprecia que el 64,7 % del total de gestantes pertenecen al estado civil de Convivientes. El 19,3 % de las gestantes con estado civil Soltera y el 16 % con estado civil Casadas.

**Tabla 5**

*Tabla de frecuencia según grado de instrucción en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

GRADO DE INSTRUCCION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Primaria	14	4,7	4,7	4,7
Sec. Inconcluso	2	,7	,7	5,3
Secundaria	212	70,7	70,7	76,0
Técnico	69	23,0	23,0	99,0
Universitario	3	1,0	1,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según grado de instrucción, en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud se aprecia que el 70,7% del total de gestantes tienen grado de instrucción de secundaria completa. El 23 % de gestantes tienen grado de instrucción técnico, el 4,7% de gestantes tienen grado de instrucción de primaria, el 1,0% de gestantes tienen grado de instrucción universitario y el 0.7% de gestantes tienen grado de instrucción de secundaria inconcluso.

**Tabla 6**

*Tabla de frecuencia según ocupación en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

OCUPACION	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estudiante	55	18,3	18,3	18,3
Hogar	230	76,7	76,7	95,0
Profesional	15	5,0	5,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según ocupación en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se aprecia que el 76,7% del total de gestantes se ocupan en labores del hogar, El 18,3 % de gestantes son estudiantes y el 5,0% de gestantes se desempeñan a nivel profesional.

**Tabla 7**

*Tabla de frecuencia según procedencia en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

PROCEDENCIA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Rural	115	38,3	38,3	38,3
Urbano	185	61,7	61,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según procedencia en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 61,7% del total de gestantes pertenecen a la zona urbana y el 38,3% a la zona rural.

**Tabla 8**

*Tabla de frecuencia según ingreso económico en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

INGRESO ECONOMICO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
-500,0	103	34,3	34,3	34,3
500,0	4	1,3	1,3	35,7
850,0	124	41,3	41,3	77,0
1000,0	69	23,0	23,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según ingreso económico en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 41,3% del total de gestantes perciben económicamente s/ 850.00 al mes, el 34,3% perciben económicamente menos de s/500.00 al mes, el 23.0% s/1000.00 al mes y el 1,3% perciben económicamente s/500.00 al mes.

**Tabla 9**

*Tabla de frecuencia según dependencia económica en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

DEPENDENCIA ECONOMICA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Familia	49	16,3	16,3	16,3
Independiente	49	16,3	16,3	32,7
Pareja	202	67,3	67,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según dependencia económica en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 67,3% del total de gestantes dependen económicamente de sus parejas, se evidencia también que existe una igualdad de porcentajes donde el 16,3% dependen económicamente de la familia y el otro 16,3% son independientes.

## FACTORES PSICOLOGICOS

**Tabla 10**

*Tabla de frecuencia según dependencia emocional en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

DEPENDENCIA		Porcentaje	
EMOCIONAL	Frecuencia	Porcentaje	válido
			acumulado
No	169	56,3	56,3
Si	131	43,7	100,0
Total	300	100,0	100,0

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según dependencia emocional en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 56,3% del total de gestantes no evidencian dependencia emocional y el 43,7% manifiestan dependencia emocional.

**Tabla 11**

*Tabla de frecuencia según apoyo familiar en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

APOYO FAMILIAR	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	108	36,0	36,0	36,0
Si	192	64,0	64,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según apoyo familiar en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 64,0% del total de gestantes, manifiestan recibir apoyo familiar, en cambio un 36,

**Tabla 12**

*Tabla de frecuencia de ansiedad según vive o no con pareja en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

VIVE CON PAREJA	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	67	22,3	22,3	22,3
Si	233	77,7	77,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según vive o no con pareja en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 77,7% del total de gestantes viven con su pareja, y el 22,3% no viven con sus parejas.

## FACTOR OBSTÉTRICO

**Tabla 13**

*Tabla de frecuencia según trimestre de embarazo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

TRIMESTRE	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,0	38	12,7	12,7	12,7
2,0	204	68,0	68,0	80,7
3,0	58	19,3	19,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según trimestre de embarazo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 68,0% del total de gestantes se encuentran en el segundo trimestre, el 19,3% se encuentran en el tercer trimestre, y el 12.7% se encuentran en el primer trimestre.

**Tabla 14**

*Tabla de frecuencia según gravidez en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

GRAVIDEZ	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Multigesta	178	59,3	59,3	59,3
Primigesta	122	40,7	40,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según gravidez en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 59,3% del total de gestantes son multigestas y el 40,0% son gestantes primigestas.

**Tabla 15**

*Tabla de frecuencia según número de embarazo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

Nº DE EMBARAZO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
1,0	122	40,7	40,7	40,7
2,0	98	32,7	32,7	73,3
3,0	58	19,3	19,3	92,7
4,0	19	6,3	6,3	99,0
5,0	3	1,0	1,0	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con respecto a la frecuencia según número de embarazo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 40,7% del total de gestantes tienden a presentar ansiedad en el embarazo N° 1 en mayor proporción, y en menor proporción se evidencia que el 6,3% de gestantes presenta ansiedad en el embarazo N° 4 y el 1,0% de gestantes presenta ansiedad en el embarazo N° 5.

**Tabla 16**

*Tabla de frecuencia según complicaciones en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

COMPLICACIONES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	254	84,7	84,7	84,7
Si	46	15,3	15,3	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según complicaciones en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 84,7% del total de gestantes no tienen complicaciones durante la gestación y el 15,3% presenta algún tipo de complicación durante el embarazo.

**Tabla 17**

*Tabla de frecuencia según embarazo planificado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

EMBARAZO PLANIFICADO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
No	223	74,3	74,3	74,3
Si	77	25,7	25,7	100,0
Total	300	100,0	100,0	

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

En referencia a la frecuencia según embarazo planificado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que el 74,3% del total de gestantes no planificaron sus embarazos y el 25,7% sí planificaron sus embarazos.

## FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

**Tabla 18**

*Tabla de contingencia de edad vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

EDAD	CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
	1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
1. MENOR DE 18 AÑOS	F 2 % 1,9%	19 17,9%	12 37,5%	8 18,6%	3 27,3%	44 14,7%
2. DE 19 A 35 AÑOS	F 84 % 77,8%	69 65,1%	15 46,9%	29 67,4%	8 72,7%	205 68,3%
3. MAYOR DE 35 AÑOS	F 22 % 20,4%	18 17,0%	5 15,6%	6 14,0%	0 0,0%	51 17,0%
Total	F 108 % 100,0%	106 100,0%	32 100,0%	43 100,0%	11 100,0%	300 100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de edad vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnóstica ansiedad rasgo Bajo, el 77,8% comprende de 19 a 35 años y el 1,9% son gestantes menores de 18 años. En la categoría diagnóstica ansiedad rasgo Tendencia Promedia, el 65,1% comprende de 19 a 35 años y el 17,9% son gestantes menores de 18 años. En la categoría diagnóstica ansiedad rasgo Promedio, el 46,9% comprende de 19 a 35 años y el 15,6% son gestantes mayores de 35 años. En la categoría diagnóstica ansiedad rasgo Sobre Promedio, el 67,4% comprende de 19 a 35 años y el 18,6% son gestantes menores de 18 años. En la categoría diagnóstica ansiedad rasgo Alto el 72,7% comprende de 19 a 35 años y el 27,3% son gestantes menores de 18 años.

**Tabla 19**

*Tabla de contingencia edad vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

EDAD		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
1. MENOR	F	2	18	9	14	1	44
DE 18 AÑOS	%	2,2%	18,9%	23,1%	20,6%	20,0%	14,7%
2. DE 19 A 35	F	79	61	24	37	4	205
AÑOS	%	84,9%	64,2%	61,5%	54,4%	80,0%	68,3%
3. MAYOR	F	12	16	6	17	0	51
DE 35 AÑOS	%	12,9%	16,8%	15,4%	25,0%	0,0%	17,0%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de edad vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnóstica ansiedad estado Bajo, el 84,9% comprende de 19 a 35 años y el 12,9% son gestantes mayores de 35 años. En la categoría diagnóstica ansiedad estado Tendencia Promedia, el 64,2% comprende de 19 a 35 años y el 18,9% son gestantes menores de 18 años. En la categoría diagnóstica ansiedad estado Promedio, el 61,5% comprende de 19 a 35 años y el 23,1% son gestantes menores de 18 años. . En la categoría diagnóstica ansiedad estado Sobre Promedio, el 54,4% comprende de 19 a 35 años y el 25,0% son gestantes mayores de 35 años. En la categoría diagnóstica ansiedad estado Alto, el 80,0% son gestantes de 19 a 35 años y el 20,0% son gestantes menores de 18 años.

**Tabla 20**

*Tabla de contingencia estado civil vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

ESTADO CIVIL		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
CASADA	F	28	17	1	2	0	48
	%	25,9%	16,0%	3,1%	4,7%	0,0%	16,0%
CONVIVIENTE	F	64	71	21	29	9	194
	%	59,3%	67,0%	65,6%	67,4%	81,8%	64,7%
SOLTERA	F	16	18	10	12	2	58
	%	14,8%	17,0%	31,3%	27,9%	18,2%	19,3%
	F	108	106	32	43	11	300
Total	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia estado civil vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 59,3% son convivientes y el 14,8% son solteras. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedia, el 67,0% son convivientes y el 16,0% son casadas. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 65,6% son convivientes y el 3,1% son solteras. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 67,4% son convivientes y el 4,7% son solteras. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 81,8% son convivientes y el 18,2% son solteras.

**Tabla 21**

*Tabla de contingencia estado civil vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

ESTADO CIVIL		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
CASADA	F	22	6	5	15	0	48
	%	23,7%	6,3%	12,8%	22,1%	0,0%	16,0%
CONVIVIENTE	F	57	69	25	40	3	194
	%	61,3%	72,6%	64,1%	58,8%	60,0%	64,7%
SOLTERA	F	14	20	9	13	2	58
	%	15,1%	21,1%	23,1%	19,1%	40,0%	19,3%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia estado civil vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 61,3% son convivientes y el 15,1% son solteras. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedia, el 72,6% son convivientes y el 6,3% son casadas. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 64,1% son convivientes y el 12,8% son casadas. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 58,8% son convivientes y el 19,1% son solteras. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 60,0% son convivientes y el 40,0% son solteras.

**Tabla 22**

*Tabla de contingencia grado de instrucción vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

GRADO DE INSTRUCCIÓN		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Primaria	F	3	4	4	3	0	14
	%	2,8%	3,8%	12,5%	7,0%	0,0%	4,7%
Sec. Inconcluso	F	0	0	0	2	0	2
	%	0,0%	0,0%	0,0%	4,7%	0,0%	0,7%
Secundaria	F	68	79	28	29	8	212
	%	63,0%	74,5%	87,5%	67,4%	72,7%	70,7%
Técnico	F	36	23	0	9	1	69
	%	33,3%	21,7%	0,0%	20,9%	9,1%	23,0%
Universitario	F	1	0	0	0	2	3
	%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	1,0%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia grado de instrucción vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 63,0% tienen secundaria completa y el 2,8% solo primaria. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedia, el 74,5% tienen secundaria completa y el 3,8% solo primaria. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 87,5% tienen secundaria completa y el 12,5% solo primaria. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 67,4% tienen secundaria completa y el 7,0% solo primaria. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 72,7% tiene secundaria completa y el 9,1% tienen grado de técnicas.

**Tabla 23**

*Tabla de contingencia grado de instrucción vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

GRADO DE INSTRUCCIÓN		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Primaria	F	0	3	4	7	0	14
	%	0,0%	3,2%	10,3%	10,3%	0,0%	4,7%
Sec. Inconcluso	F	0	0	0	2	0	2
	%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,7%
Secundaria	F	60	69	30	50	3	212
	%	64,5%	72,6%	76,9%	73,5%	60,0%	70,7%
Técnico	F	32	23	5	9	0	69
	%	34,4%	24,2%	12,8%	13,2%	0,0%	23,0%
Universitario	F	1	0	0	0	2	3
	%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	1,0%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia grado de instrucción vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 64,5% tiene secundaria completa y el 1,1% tiene universidad. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedia, el 72,6% tiene secundaria completa y el 3,2% tienen solo primaria. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 76,9% tiene secundaria completa y el 10,3% tiene solo primaria. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 73,5% tiene secundaria completa y el 2,9% tiene secundaria inconclusa. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 60,0% tiene secundaria y el 40,0% tienen grado universitario.

**Tabla 24**

*Tabla de contingencia ocupación vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

OCUPACION	CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total	
	1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO		
	F	17	21	7	10	0	55
Estudiante	%	15,7%	19,8%	21,9%	23,3%	0,0%	18,3%
Hogar	F	78	84	25	32	11	230
	%	72,2%	79,2%	78,1%	74,4%	100,0%	76,7%
Profesional	F	13	1	0	1	0	15
	%	12,0%	0,9%	0,0%	2,3%	0,0%	5,0%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de ocupación vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 72,2% se ocupan en el hogar y el 12,0% se ocupan profesionalmente. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedia, el 79,2% se ocupan en el hogar y el 0,9% se ocupan profesionalmente. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 78,1% se ocupan en el hogar y el 21,9% estudian. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 74,4% se ocupan en el hogar y el 2,3% se ocupan profesionalmente. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 100,0% son gestantes que se ocupan en el hogar.

**Tabla 25**

*Tabla de contingencia ocupación vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

OCUPACION		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Estudiante	F	15	23	7	10	0	55
	%	16,1%	24,2%	17,9%	14,7%	0,0%	18,3%
Hogar	F	65	70	32	58	5	230
	%	69,9%	73,7%	82,1%	85,3%	100,0%	76,7%
Profesional	F	13	2	0	0	0	15
	%	14,0%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de ocupación vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 69,9% se ocupan en el hogar y el 14,0% se ocupan profesionalmente. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 73,7% se ocupan en el hogar y el 2,1% se ocupan profesionalmente. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 82,1% se ocupan en el hogar y el 17,9% estudia. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 85,3% se ocupan en el hogar y el 14,7% estudian. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 100,0% se ocupan en el hogar.

**Tabla 26**

*Tabla de contingencia procedencia vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

PROCEDENCIA		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Rural	F	36	39	19	18	3	115
	%	33,3%	36,8%	59,4%	41,9%	27,3%	38,3%
Urbano	F	72	67	13	25	8	185
	%	66,7%	63,2%	40,6%	58,1%	72,7%	61,7%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de procedencia vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 66,7% provienen de la zona urbana y el 33,3% provienen de la zona rural. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedia, el 63,2% provienen de la zona urbana y el 36,8% provienen de la zona rural. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 59,4% provienen de la zona rural y el 40,6% provienen de la zona urbana. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre Promedio, el 58,1% provienen de la zona urbana y el 41,9% provienen de la zona rural. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 72,7% provienen de la zona urbana y el 27,3% provienen de la zona rural.

**Tabla 27**

*Tabla de contingencia procedencia vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

PROCEDENCIA		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Rural	F	27	40	19	27	2	115
	%	29,0%	42,1%	48,7%	39,7%	40,0%	38,3%
Urbano	F	66	55	20	41	3	185
	%	71,0%	57,9%	51,3%	60,3%	60,0%	61,7%
	F	93	95	39	68	5	300
Total	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de procedencia vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 71,0% provienen de la zona urbana y el 29,0% provienen de la zona rural. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedia, el 57,9% provienen de la zona urbana y el 42,1% provienen de la zona rural. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 51,3% provienen de la zona urbana y el 48,7% provienen de la zona rural. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 60,3% provienen de la zona urbana y el 39,7% provienen de la zona rural. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 60,0% provienen de la zona urbana y el 40,0% provienen de la zona rural.

**Tabla 28**

*Tabla de contingencia ingreso económico vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

INGRESO ECONOMICO		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
-500,0	F	23	35	23	16	6	103
	%	21,3%	33,0%	71,9%	37,2%	54,5%	34,3%
500,0	F	2	0	0	2	0	4
	%	1,9%	0,0%	0,0%	4,7%	0,0%	1,3%
850,0	F	41	52	9	21	1	124
	%	38,0%	49,1%	28,1%	48,8%	9,1%	41,3%
1000,0	F	42	19	0	4	4	69
	%	38,9%	17,9%	0,0%	9,3%	36,4%	23,0%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de ingreso económico vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 38,9% percibe de S/1.000.00 mensuales y el 1,9% percibe S/500.00 mensuales. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 49,1% percibe S/850.00 mensuales y el 17,9% percibe S/1.000.00 mensuales. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 71,9% percibe – S/500.00 mensuales y el 28,1% percibe S/850.00 mensuales. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 48,8% percibe S/850.00 mensuales y el 9,3% percibe S/1.000.00 mensuales. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 54,5% percibe – S/500.00 mensuales y el 9,1% percibe S/850.00 mensuales.

**Tabla 29**

*Tabla de contingencia ingreso económico vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

INGRESO ECONOMICO		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
-500,0	F	19	26	21	34	3	103
	%	20,4%	27,4%	53,8%	50,0%	60,0%	34,3%
500,0	F	0	2	0	2	0	4
	%	0,0%	2,1%	0,0%	2,9%	0,0%	1,3%
850,0	F	38	48	15	23	0	124
	%	40,9%	50,5%	38,5%	33,8%	0,0%	41,3%
1000,0	F	36	19	3	9	2	69
	%	38,7%	20,0%	7,7%	13,2%	40,0%	23,0%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de ingreso económico vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 40,9% percibe de S/850.00 mensuales y el 20,4% percibe - S/500.00 mensuales. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 50,5% percibe S/850.00 mensuales y el 2,1% percibe S/500.00 mensuales. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 53,8% son gestantes que percibe – S/500.00 mensuales y el 7,7% percibe S/1.000.00 mensuales. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 50,0% percibe - S/5000.00 mensuales y el 2,9% percibe - S/500.00 mensuales. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 60,0% percibe – S/500.00 mensuales y el 40,0% percibe S/1.000.00 mensuales.

**Tabla 30**

*Tabla de contingencia dependencia económica vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

DEPENDENCIA ECONOMICA		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Familia	F	7	17	11	11	3	49
	%	6,5%	16,0%	34,4%	25,6%	27,3%	16,3%
Independiente	F	36	5	0	8	0	49
	%	33,3%	4,7%	0,0%	18,6%	0,0%	16,3%
Pareja	F	65	84	21	24	8	202
	%	60,2%	79,2%	65,6%	55,8%	72,7%	67,3%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de dependencia económica vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 60,2% dependen económicamente de sus parejas y el 6,5% dependen económicamente de sus familias. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 79,2% dependen económicamente de sus parejas y el 4,7% son independientes. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 65,6% dependen económicamente de sus parejas y el 34,4% dependen económicamente de sus familias. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 55,8% dependen económicamente de sus parejas y el 18,6% son independientes. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 72,7% dependen económicamente de sus parejas y el 27,3% dependen económicamente de sus familias.

**Tabla 31**

*Tabla de contingencia dependencia económica vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

DEPENDENCIA ECONOMICA		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Familia	F	4	23	6	14	2	49
	%	4,3%	24,2%	15,4%	20,6%	40,0%	16,3%
Independiente	F	30	8	3	8	0	49
	%	32,3%	8,4%	7,7%	11,8%	0,0%	16,3%
Pareja	F	59	64	30	46	3	202
	%	63,4%	67,4%	76,9%	67,6%	60,0%	67,3%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia).

Con referencia a la tabla de contingencia de dependencia económica vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 63,4% dependen económicamente de sus parejas y el 4,3% dependen económicamente de sus familias. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 67,4% dependen económicamente de sus parejas y el 8,4% son independientes. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 76,9% dependen económicamente de sus parejas y el 7,7% son independientes. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 67,6% dependen económicamente de sus parejas y el 11,8% son independientes. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 60,0% dependen económicamente de sus parejas y el 40,0% dependen económicamente de sus familias.

**Tabla 32**

*Tabla de contingencia vive con pareja vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

VIVE CON PAREJA		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	20	20	10	14	3	67
	%	18,5%	18,9%	31,3%	32,6%	27,3%	22,3%
Si	F	88	86	22	29	8	233
	%	81,5%	81,1%	68,8%	67,4%	72,7%	77,7%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia Si vive o No con su pareja vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 81,5% si vive con pareja y el 18,5% no viven pareja. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 81,1% si vive con pareja y el 18,9% no vive con pareja. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 68,8% si vive con pareja y el 31,3% no vive con pareja. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 67,4% si vive con pareja y el 32,6% no vive con pareja. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 72,7% si viven con pareja y el 27,3% no viven con pareja.

**Tabla 33**

*Tabla de contingencia vive con pareja vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

VIVE CON PAREJA		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	14	26	9	16	2	67
	%	15,1%	27,4%	23,1%	23,5%	40,0%	22,3%
Si	F	79	69	30	52	3	233
	%	84,9%	72,6%	76,9%	76,5%	60,0%	77,7%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia Si vive o No con su pareja vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 84,9% si viven con pareja y el 15,1% no vive pareja. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 72,6% si vive con pareja y el 27,4% no vive con pareja. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 76,9% si vive pareja y el 23,1% no vive con pareja. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 76,5% si vive con pareja y el 23,5% no vive con pareja. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 60,0% si viven con pareja y el 40,0% no vive con pareja.

## FACTORES PSICOLOGICOS

**Tabla 34**

*Tabla de contingencia dependencia emocional vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

DEPENDENCIA EMOCIONAL		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	80	61	10	16	2	169
	%	74,1%	57,5%	31,3%	37,2%	18,2%	56,3%
Si	F	28	45	22	27	9	131
	%	25,9%	42,5%	68,8%	62,8%	81,8%	43,7%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de dependencia emocional vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnóstica ansiedad rasgo bajo, el 74,1% no dependen emocionalmente de sus parejas y el 25,9% si dependen emocionalmente de sus parejas. En la categoría diagnóstica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 57,5% no dependen emocionalmente de sus parejas y el 42,5% si dependen emocionalmente de sus parejas. En la categoría diagnóstica ansiedad rasgo promedio, el 68,8% si dependen emocionalmente de sus parejas y el 31,3% no dependen emocionalmente de sus parejas. En la categoría diagnóstica ansiedad rasgo sobre promedio, el 62,8% si dependen emocionalmente de sus parejas y el 37,2% no dependen de sus parejas. En la categoría diagnóstica ansiedad rasgo alto, el 81,8% si dependen emocionalmente de sus parejas y el 18,2% no dependen emocionalmente de sus parejas.

**Tabla 35**

*Tabla de contingencia dependencia emocional vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

DEPENDENCIA EMOCIONAL		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	72	50	19	26	2	169
	%	77,4%	52,6%	48,7%	38,2%	40,0%	56,3%
Si	F	21	45	20	42	3	131
	%	22,6%	47,4%	51,3%	61,8%	60,0%	43,7%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de dependencia emocional vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 77,4% no dependen emocionalmente de sus parejas y el 22,6% son gestantes que si dependen emocionalmente de sus parejas. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 52,6% no dependen emocionalmente de sus parejas y el 47,4% si dependen emocionalmente de sus parejas. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 51,3% si dependen emocionalmente de sus parejas y el 48,7% no dependen emocionalmente de sus parejas. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 61,8% si dependen emocionalmente de sus parejas y el 38,2% no dependen de sus parejas. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 60,0% si dependen emocionalmente de sus parejas y el 40,0% no dependen emocionalmente de sus parejas.

**Tabla 36**

*Tabla de contingencia apoyo familiar vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

APOYO FAMILIAR		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
	F	49	41	7	11	0	108
No	%	45,4%	38,7%	21,9%	25,6%	0,0%	36,0%
	F	59	65	25	32	11	192
Si	%	54,6%	61,3%	78,1%	74,4%	100,0%	64,0%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de apoyo familiar vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 54,6% si recibe apoyo y el 45,5% no recibe apoyo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 61,3% si recibe apoyo y el 38,7% no recibe apoyo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 78,1% si reciben apoyo y el 21,9% no recibe apoyo familiar. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 74,4% si recibe apoyo familiar y el 25,6% no recibe apoyo familiar. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 100,0% si recibe apoyo.

**Tabla 37**

*Tabla de contingencia apoyo familiar vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017*

APOYO FAMILIAR		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	35	36	16	21	0	108
	%	37,6%	37,9%	41,0%	30,9%	0,0%	36,0%
Si	F	58	59	23	47	5	192
	%	62,4%	62,1%	59,0%	69,1%	100,0%	64,0%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de apoyo familiar vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 62,4% si recibe apoyo y el 37,6% no reciben apoyo. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 62,1% si recibe apoyo y el 37,9% no recibe apoyo. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 59,0% si recibe apoyo y el 41,0% no recibe apoyo familiar. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 69,1% si recibe apoyo y el 30,9% no reciben apoyo. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 100,0% si reciben apoyo.

## FACTORES OBSTETRICOS

**Tabla 38**

*Tabla de contingencia trimestres de embarazo vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

TRIMESTRES		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
1,0	F	6	16	6	8	2	38
	%	5,6%	15,1%	18,8%	18,6%	18,2%	12,7%
2,0	F	78	72	22	25	7	204
	%	72,2%	67,9%	68,8%	58,1%	63,6%	68,0%
3,0	F	24	18	4	10	2	58
	%	22,2%	17,0%	12,5%	23,3%	18,2%	19,3%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de trimestre de embarazo vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 72,2% se encuentran en el segundo trimestre y el 5,6% se encuentran en el primer trimestre. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 67,9% se encuentran en el segundo trimestre y el 15,1% se encuentran en el primer trimestre. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 68,8% se encuentran en el segundo trimestre y el 12,5% se encuentran en el tercer trimestre. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 58,1% se encuentran en el segundo trimestre y el 18,6% se encuentran en el primer trimestre. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 63,6% se encuentran en el segundo trimestre y el 18,2% se encuentran en el primer y tercer trimestre.

**Tabla 39**

*Tabla de contingencia trimestres de embarazo vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

TRIMESTRES		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
1,0	F	6	5	9	17	1	38
	%	6,5%	5,3%	23,1%	25,0%	20,0%	12,7%
2,0	F	74	66	24	38	2	204
	%	79,6%	69,5%	61,5%	55,9%	40,0%	68,0%
3,0	F	13	24	6	13	2	58
	%	14,0%	25,3%	15,4%	19,1%	40,0%	19,3%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de trimestre de embarazo vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 79,6% se encuentran en el segundo trimestre y el 6,5% se encuentran en el primer trimestre. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 69,5% se encuentran en el segundo trimestre y el 5,3% se encuentran en el primer trimestre. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 61,5% se encuentran en el segundo trimestre y el 15,4% se encuentran en el tercer trimestre. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 55,9% se encuentran en el segundo trimestre y el 19,1% se encuentran en el tercer trimestre. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 40,0% se encuentran en el segundo y tercer trimestre y el 20.0% se encuentran en el primer trimestre.

**Tabla 40**

*Tabla de contingencia gravidez vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

GRAVIDEZ		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Multigesta	F	77	61	11	22	7	178
	%	71,3%	57,5%	34,4%	51,2%	63,6%	59,3%
Primigesta	F	31	45	21	21	4	122
	%	28,7%	42,5%	65,6%	48,8%	36,4%	40,7%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de gravidez vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 71,3% son multigestas y el 28,7% son primigestas. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 57,5% son multigestas y el 42,5% son primigestas. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 65,6% son primigestas y el 34,4% son multigestas. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 51,2% son multigestas y el 48,8% son primigestas. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 63,6% son multigestas y el 36,4% son primigestas.

**Tabla 41**

*Tabla de contingencia gravidez vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

GRAVIDEZ		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
Multigesta	F	62	53	20	39	4	178
	%	66,7%	55,8%	51,3%	57,4%	80,0%	59,3%
Primigesta	F	31	42	19	29	1	122
	%	33,3%	44,2%	48,7%	42,6%	20,0%	40,7%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de gravidez vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 66,7% son multigestas y el 33,3% son primigestas. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 55,8% son multigestas y el 44,2% son primigestas. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 51,3% son multigestas y el 48,7% son primigestas. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 57,4% son multigestas y el 42,6% son primigestas. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 80,6% son primigestas y el 20.0% son multigestas.

**Tabla 42**

*Tabla de contingencia N° de embarazo vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

N° EMBARAZO		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
1,0	F	31	45	21	21	4	122
	%	28,7%	42,5%	65,6%	48,8%	36,4%	40,7%
2,0	F	48	32	6	8	4	98
	%	44,4%	30,2%	18,8%	18,6%	36,4%	32,7%
3,0	F	24	20	2	9	3	58
	%	22,2%	18,9%	6,3%	20,9%	27,3%	19,3%
4,0	F	5	8	1	5	0	19
	%	4,6%	7,5%	3,1%	11,6%	0,0%	6,3%
5,0	F	0	1	2	0	0	3
	%	0,0%	0,9%	6,3%	0,0%	0,0%	1,0%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de Número de embarazo vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 44,4% se encuentran en el segundo embarazo y el 4,6% se encuentran en el cuarto embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 42,5% se encuentran en el primer embarazo y el 0,9% se encuentran en el quinto embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 65,6% se encuentran en el primer embarazo y el 6,3% se encuentran en el quinto embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 48,8% se encuentran en el primer embarazo y el 11,6% se encuentran en el cuarto embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 36,4% se encuentran en el primer embarazo y el 27,3% se encuentran en el tercer embarazo.

**Tabla 43**

*Tabla de contingencia N° de embarazo vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

N° EMBARAZO		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
1,0	F	31	42	19	29	1	122
	%	33,3%	44,2%	48,7%	42,6%	20,0%	40,7%
2,0	F	46	27	7	14	4	98
	%	49,5%	28,4%	17,9%	20,6%	80,0%	32,7%
3,0	F	15	19	9	15	0	58
	%	16,1%	20,0%	23,1%	22,1%	0,0%	19,3%
4,0	F	1	6	4	8	0	19
	%	1,1%	6,3%	10,3%	11,8%	0,0%	6,3%
5,0	F	0	1	0	2	0	3
	%	0,0%	1,1%	0,0%	2,9%	0,0%	1,0%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de Número de embarazo vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 49,5% se encuentran en el segundo embarazo y el 1,1% se encuentran en el cuarto embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 44,2% se encuentran en el primer embarazo y el 1,1% se encuentran en el quinto embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 48,7% se encuentran en el primer embarazo y el 10,3% se encuentran en el cuarto embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 42,6% se encuentran en el primer embarazo y el 2,9% se encuentran en el quinto embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 80,0% se encuentran en el segundo embarazo y el 20,0% se encuentran en el primer embarazo.

**Tabla 44**

*Tabla de contingencia complicaciones vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

COMPLICACIONES		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	90	91	27	37	9	254
	%	83,3%	85,8%	84,4%	86,0%	81,8%	84,7%
Si	F	18	15	5	6	2	46
	%	16,7%	14,2%	15,6%	14,0%	18,2%	15,3%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de complicaciones vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 83,3% no presentan complicaciones y el 16,7% si presentan complicaciones durante el embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 85,8% no presentan complicaciones y el 14,2% si presentan complicaciones durante el embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 84,4% no presentan complicaciones y el 15,6% si presentan complicaciones durante el embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 80,0% no presentan complicaciones y el 14,0% si presentan complicaciones durante el embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 81,8% no presentan complicaciones y el 18,2% si presentan complicaciones durante el embarazo.

**Tabla 45**

*Tabla de contingencia complicaciones vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

COMPLICACIONES		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	80	81	37	53	3	254
	%	86,0%	85,3%	94,9%	77,9%	60,0%	84,7%
Si	F	13	14	2	15	2	46
	%	14,0%	14,7%	5,1%	22,1%	40,0%	15,3%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de complicaciones vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 86,0% no presentan complicaciones y el 14,0% si presentan complicaciones durante el embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 85,3% no presentan complicaciones y el 14,7% si presentan complicaciones durante el embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 94,9% no presentan complicaciones y el 5,1% si presentan complicaciones durante el embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 77,9% no presentan complicaciones y el 22,1% si presentan complicaciones durante el embarazo. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 60,0% no presentan complicaciones y el 40,0% si presentan complicaciones durante el embarazo.

**Tabla 46**

*Tabla de contingencia embarazo planificado vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

EMBARAZO PLANIFICADO		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD RASGO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	53	95	28	38	9	223
	%	49,1%	89,6%	87,5%	88,4%	81,8%	74,3%
Si	F	55	11	4	5	2	77
	%	50,9%	10,4%	12,5%	11,6%	18,2%	25,7%
Total	F	108	106	32	43	11	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de embarazo planificado vs ansiedad rasgo en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad rasgo bajo, el 50,9% si planificaron y el 49,1% no planificaron sus embarazos. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo tendencia promedio, el 89,6% no planificaron y el 10,4% si planificaron sus embarazos. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo promedio, el 87,5% no planificaron y el 12,5% si planificaron sus embarazos. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo sobre promedio, el 88,4% no planificaron y el 11,6% si planificaron sus embarazos. En la categoría diagnostica ansiedad rasgo alto, el 81,8% no planificaron y el 18,2% si planificaron sus embarazos.

**Tabla 47**

*Tabla de contingencia embarazo planificado vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017.*

EMBARAZO PLANIFICADO		CATEGORIA DIAGNOSTICA ANSIEDAD ESTADO					Total
		1. BAJO	2. TEND. PROMEDIO	3. PROMEDIO	4. SOBRE PROMEDIO	5. ALTO	
No	F	46	78	35	61	3	223
	%	49,5%	82,1%	89,7%	89,7%	60,0%	74,3%
Si	F	47	17	4	7	2	77
	%	50,5%	17,9%	10,3%	10,3%	40,0%	25,7%
Total	F	93	95	39	68	5	300
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0	100,0%

Datos obtenidos en el laboratorio (Fuente: elaboración propia)

Con referencia a la tabla de contingencia de embarazo planificado vs ansiedad estado en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud, se observa que dentro la categoría diagnostica ansiedad estado bajo, el 50,5% si planificaron y el 49,5% no planificaron sus embarazos. En la categoría diagnostica ansiedad estado tendencia promedio, el 82,1% no planificaron y el 17,9% si planificaron sus embarazos. En la categoría diagnostica ansiedad estado promedio, el 89,7% no planificaron y el 10,3% si planificaron sus embarazos. En la categoría diagnostica ansiedad estado sobre promedio, el 89,7% no planificaron y el 10,3% son gestantes que si planificaron sus embarazos. En la categoría diagnostica ansiedad estado alto, el 60,0 no planificaron y el 40,0% si planificaron sus embarazos.

## CAPITULO VI

### DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación ha tenido como objetivo determinar el nivel de Ansiedad Rasgo - Estado que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden al Centro en la Ciudad de Iquitos, durante los meses de julio a agosto - 2017, se contó con una muestra de 300 gestantes adolescentes y adultas quienes contaban con los criterios de inclusión planteados. Se les aplicó el test psicométrico de la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI), instrumento estandarizado y validado, de la Adaptación española estuvo de Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982), lo cual evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. Se desconoce de estudios similares realizados en nuestra ciudad.

Encontrándose que un 22,7% de ellas presentan un nivel de sobre promedio de ansiedad estado y el 1,7% un nivel alto mientras que 14,3% presenta ansiedad rasgo sobre promedio y el 3,7% un nivel alto de ansiedad rasgo. Es así que se llegó a determinar que las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud de la ciudad de Iquitos presentan niveles de ansiedad estado-rasgo en porcentajes muy similares.

Los resultados coinciden con Spielberger, 1966 (como se citó en Casado, 1994) quien menciona que una persona es consciente de diferenciar entre estímulos condicionados que le provoca la ansiedad estado y las defensas para evitar dichos estados". Según este autor, la ansiedad estado se conceptualiza como un estado emocional transitorio o condición del organismo humano que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo, es una condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y por una alta activación del sistema nervioso autónomo. Así, el nivel del estado de ansiedad dependerá, según Spielberger, de la percepción del sujeto, es decir, de una variable meramente subjetiva y no del peligro

objetivo que pueda representar la situación.

En cuanto, ansiedad rasgo lo define como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad; es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad.

Con referencia a la edad se encontró que el 27,3% son gestantes menores de 18 años con ansiedad rasgo alto y el 25,0% son gestantes mayores de 35 años y presenta ansiedad estado sobre promedio, Estos niveles de ansiedad rasgo alto y ansiedad estado sobre promedio en las adolescentes constituye un factor de riesgo en su gestación, ya que se relaciona a muchos factores; posiblemente el medio en que las adolescentes desarrolla su embarazo, la enfrenta a nuevos retos y situaciones en el ámbito social urbano: como la no aceptación de la sociedad de un embarazo a edades tempranas, teniendo muy poco apoyo o no lo reciben de la familia; el hecho mismo de la gestantes en una menor edad supone con frecuencia el abuso, es decir, embarazos producto de relaciones no deseadas (Connecticut Sexual Assault Crisis Services 1996). Y esto influye en el afrontamiento de una situación como la gestación que implica un proceso de adaptación.

En cuanto al estado civil se encontró que el 81,8% son gestantes convivientes y el 18,2% son gestantes solteras ambas categorizaciones con ansiedad rasgo alto y el 40,0% son gestantes solteras con ansiedad estado alto. Por lo cual se asocia entre la ansiedad rasgo y estado del estado civil diferente de conviviente o soltera, coincidiendo con **Fadzil et al** (27) (p 0.02) que encontró que la presencia de una pareja estable durante el embarazo le conferirá mayor apoyo y sensación de seguridad a la mujer.

En cuanto al grado de instrucción, se encontró que el 87,5% y el 72,7% tienen secundaria completa, quienes presentan ansiedad rasgo promedio y alto, del mismo modo el 76,9% y el 73,5% tienen secundaria completa y presentan ansiedad estado promedio y sobre Promedio, a comparación de los que tienen estudios técnicos y universitarios en ambos estados de ansiedad estos obtuvieron niveles bajos. Estos datos coinciden con los estudios realizados por Ontiveros y López (2010) quienes concluyeron que las madres gestantes con un bajo nivel de escolaridad obtuvieron un alto nivel de ansiedad. En este sentido la educación toma un papel importante en relación a las gestantes ya que es un proceso personal, social y cultural por el cual las personas se desarrollan en forma integral, cooperativa y armónica, en beneficio personal y de su grupo social.

En cuanto a la ocupación, se encontró que el 100,0% se ocupan en el hogar y presentan ansiedad rasgo alto y el 21,9% estudian y manifiestan ansiedad rasgo promedio, de igual manera el 100,0% se ocupan en el hogar y manifiestan ansiedad estado alto y el 17,9% estudian y presentan ansiedad estado Promedio. Además, se encontró asociación entre ansiedad rasgo – estado y la ocupación ama de casa, la falta de apoyo familiar y de estabilidad económica, al igual que **Bener et al** (38) (p0.001), (p 0.001) y (p 0.003) respectivamente. Las amas de casa pueden estar muchas veces insatisfechas con su rol, con la rutina, la monotonía, la falta de remuneración económica, la limitación de contacto social y las tareas del hogar que se tornan más demandantes con el avance del embarazo y los cambios físicos que este conlleva, por los cual estos podrían actuar como estresores potenciales.

Se puede apreciar también que el 72,7 % provienen de las zonas urbanas presentan ansiedad rasgo alto, en comparación con las gestantes adolescentes y adultas de la zona rural que obtuvieron un 59,4% en nivel promedio. En cuanto al tipo de ansiedad estado se encontró que

el 60,3% provenientes de la zona urbana presentan ansiedad rasgo alto, en comparación con las gestantes adolescentes que provienen de las zonas rurales que obtuvieron un 40,0% de ansiedad rasgo medio. Estos resultados muestran cierta relación con los encontrados por Rojas (1999) quien halló que los niveles de ansiedad alto y medio son mayores en la ansiedad estado en comparación con la ansiedad rasgo. Una posible explicación para estos resultados puede ser lo que refirió Casado (1994) quien describe la ansiedad estado como un proceso temporal que comienza con la valoración de estímulos internos o externos que presenta el individuo. También refiere que un individuo con un marcado rasgo de ansiedad tenderá a valorar un gran número de situaciones como amenazantes. Una vez valorados los estímulos aparecen varios caminos posibles, en función de si dichos estímulos son o no valorados como amenazantes.

Se evidencia también que en cuanto a ingresos económicos mensuales el 71,9% percibe – S/500.00 presentando ansiedad rasgo Promedio del mismo modo el 60,0% percibe – S/500.00 mensuales y el 40,0% percibe S/1.000.00 mensuales ambos presentando ansiedad estado alto. La inestabilidad económica, al estar próximas al parto, supone una preocupación por los gastos que implica un bebé y como estos pueden repercutir en la distribución previa de los recursos económicos familiares. Además, según Ontiveros, M (2010) encontró que las primigestas con menos ingresos económicos tuvieron más dificultades en las dimensiones de adaptación general, aceptación del embarazo, preparación al parto, relación con la madre y con el esposo. Lo anterior puede explicarse porque al no tener estabilidad financiera la primigesta se le dificultaría aceptar el embarazo y sus consecuencias, sentiría que es mal momento para tenerlo, porque empezaría a darse cuenta que un hijo les complicaría más la economía y quizás su ambivalencia ocasiona discrepancia con la opinión de su pareja y la de su propia madre, sobre el tener o no a su bebé. Por lo tanto las tensiones se agravarían surgiendo muchas dudas e inquietudes sobre su embarazo y el parto.

El 72,7% son gestantes dependen económicamente de sus parejas presentando ansiedad rasgo alto y el 34,4% dependen económicamente de sus familias presentando ansiedad rasgo promedio mientras que un 76,9% dependen económicamente de sus parejas pero presentan ansiedad estado promedio y el 40,0% dependen económicamente de sus familias presentando ansiedad estado alto.

El 32,6% no vive con su pareja presentando ansiedad rasgo sobre promedio por otro lado el 40,0% no viven con sus parejas presentando ansiedad estado alto. **Faisal Cury y Menezes**, hallaron que el soporte familiar puede disminuir el efecto de los eventos adversos que se presenten durante el embarazo, proporcionando un mayor sentimiento de protección, acompañamiento y apoyo en el enfrentamiento de las situaciones estresantes. Se debe hacer énfasis en la necesidad de una red de apoyo adecuada para la gestante para proteger su bienestar físico y emocional.

En cuanto a los intervalos Psicológicos de dependencia emocional por parte de sus parejas se encontró que quienes presentan ansiedad rasgo alto (81,8%) dependen emocionalmente de sus parejas y quienes presentan ansiedad estado sobre promedio (61,8%) si dependen emocionalmente de sus parejas. Se encontró también que el 100,0% de las gestantes que reciben apoyo familiar presentan ansiedad rasgo – estado alto, lo cual coincide con (Martin M. D. 2008) donde manifiesta que la embarazada manifiesta un grado de regresión emocional donde habrá una tendencia a ser un tanto más dependiente de los demás, sus emociones serán más intensas y necesitara del mayor apoyo emocional de quienes la rodean, podría decirse que se requiere un cierto grado de maternaje o cuidados maternos ella misma. Estos pueden ser proporcionados como es tradicional, por su propia madre, abuela, madrina, una tía, hermanas, suegra, amigas, así como del marido o compañero. En Latinoamérica como en la mayoría de las culturas es

tradicional que un número de personas estén alrededor de la gestante atendiéndola para promover un curso óptimo. Por desgracia, muchas mujeres sobre todo en centros urbanos no cuentan con esa red de apoyo, por lo que se encuentran más aisladas y tienen que enfrentar todos esos cambios solas.

El 18,6% se encuentran en el primer trimestre de embarazo presentando ansiedad rasgo sobre promedio, de igual manera el 20.0% se encuentran en el primer trimestre de embarazo presentando ansiedad estado alto. De tal manera **Lola G. M.** nos manifiesta que los estados de ansiedad rasgo – estado irán variando según el momento del embarazo. Así, durante el primer trimestre es frecuente sentir una felicidad inmensa, pero también una gran inseguridad (por miedo a que pase algo que quiebre esa felicidad inmensa). Además, se suele estar más somnolienta, irritable y dejarse vencer con facilidad por el estrés. El segundo trimestre, por contra inaugura una temporada de gran placidez para la gran mayoría de las mujeres: el embarazo se está desarrollando con normalidad y la mujer lo disfruta plenamente. Pero la inseguridad vuelve a aparecer a mediados del tercer trimestre, cuando se acerca el momento del parto. Los miedos y ansiedades casi seguro harán acto de presencia, y además, los cambios físicos conllevan que muchas mujeres se sientan patosas y poco atractivas.

En función a la gravidez en gestantes adolescentes y adultas las multigestas mostraron nivel promedio (65,6%) con referencia a la ansiedad rasgo, en cuanto a la ansiedad estado se encontró que el 80,6% son primigestas con ansiedad estado alto. Estos datos se ajustan a los estudios realizados por Ontiveros y López (2010) concluyeron que las madres primigestas obtuvieron un alto nivel de ansiedad estado. Esto posiblemente a no adaptación psicosocial que tienen las madres primerizas esto coincide con lo expresado por Lederman (1979) ya que reportó ese mismo dato y por Delabra (2005) destaca que las dimensiones de adaptación psicosocial que

obtuvieron las asociaciones más fuertes con ansiedad fueron la relación con la madre, aceptación del embarazo y la preocupación por el bienestar de ella y su bebé. Esto apoya el argumento de Lederman (1996), al decir que las primigestas cuando tienen una relación deficiente con su madre, afectarán como se percibe ella como madre, lo que al sentirse insegura incrementará su preocupación sobre el bienestar de ellas y su bebé, por lo que su ansiedad se incrementa.

En cuanto al número de embarazo se encontró que, el 36,4% se encuentran en el primer embarazo y presentan ansiedad rasgo alto y el 27,3% se encuentran en el tercer embarazo quienes presentan ansiedad rasgo alto mientras que el 80,0% se encuentran en el primer embarazo quienes presentan ansiedad estado alto. **Karmaliani et al** (36) (p 0.02) y (p 0.001) respectivamente. Manifiesta que al haber tenido otros embarazos aumenta el conocimiento, las expectativas son más realistas y se acumula mayor experiencia sobre los eventos que ocurren durante la gestación, a diferencia de las primigestas que se enfrentan a la incertidumbre de algo desconocido.

El 86,0% no presentan complicaciones durante el embarazo y presentan ansiedad rasgo sobre promedio y el 18,2% si presentan complicaciones durante el embarazo y presentan ansiedad rasgo alto mientras que el 60,0% no presentan complicaciones presentan ansiedad estado sobre promedio y el 40,0% si presentan complicaciones y presentan ansiedad estado alto, por lo que se explica que las complicaciones del embarazo estén significativamente asociadas a la ansiedad estado – rasgo ya que conforman situaciones que pueden llegar a poner en peligro el curso del embarazo, la salud del feto y de la madre; actuando como un estresor y contribuyendo que la gestante permanezca en un estado de alerta continuo. Coincide con la investigación realizada por **Adewuya et al** (25) donde se estableció que las complicaciones del embarazo constituían un predictor de ansiedad estado – rasgo (OR 3.60, 95% CI 1.28–10.12) y con **García et al** (49),

que halló que en las mujeres con embarazos de alto riesgo son más propensas a desarrollar ansiedad.

El 81,8% no planifico su embarazo y presentan ansiedad rasgo alto mientras que el 60,0% no planifico y el 18,2% si planifico su embarazo ambos presentan ansiedad estado alto, Karmaliani et al (36) y Bener et al (38), encontraron que el embarazo no planificado era un predictor de ansiedad (OR = 1.94, 95% IC 1.40 – 2.69, p 0.001) y (OR=1.9, 95% IC 1.5-2.6, p 0.00) concordante con los datos recogidos por el INEI en 2014 donde se muestra que más de la mitad de los nacimientos ocurridos desde el 2009 en Perú no fueron planeados en el momento de su concepción (52). Rojas et al (53), sostuvo que cuando ocurre un embarazo no planificado, las gestantes tienden a magnificar y percibir negativamente los cambios que se producen durante la gestación, además de estar más sensibles ante los eventos que ocurran durante su vida cotidiana.

## CONCLUSIONES

1. El nivel de Ansiedad Rasgo - Estado que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos es que un 22,7% de ellas presentan un nivel de sobre promedio de ansiedad estado y el 1,7% un nivel alto mientras que 14,3% presenta ansiedad rasgo sobre promedio y el 3,7% un nivel alto de ansiedad rasgo.
  
2. En cuanto a los factores sociodemográficos se concluye: con referencia a la edad se encontró que 27,3% son gestantes menores de 18 años con ansiedad rasgo alto, Mientras que el 25,0% son gestantes mayores de 35 años con ansiedad estado sobre promedio. En cuanto al estado civil se encontró que el 81,8% son gestantes convivientes y el 18,2% son gestantes solteras ambas categorizaciones con ansiedad rasgo alto. Mientras el 40,0% son gestantes solteras con ansiedad estado alto. En referencia al grado de instrucción, se encontró que el 87,5% y el 72,7% son gestantes con grado de instrucción secundaria completa, quienes presentan ansiedad rasgo promedio y alto, del mismo modo el 73,5% son gestantes con grado de instrucción secundaria completa con ansiedad estado sobre promedio En cuanto a la ocupación, se encontró que el 100,0% se ocupan en el hogar y presentan ansiedad rasgo alto y el 21,9% estudian y manifiestan ansiedad rasgo promedio, de igual manera el 100,0% se ocupan en el hogar y manifiestan ansiedad estado alto y el 17,9% estudian y presentan ansiedad estado Promedio.

Se puede apreciar también que el 72,7 % provienen de las zonas urbanas presentan ansiedad rasgo alto. En cuanto al tipo de ansiedad estado se encontró que el 60,3% provenientes de la zona urbana presentan ansiedad rasgo alto. Se evidencia también que

en cuanto a ingresos económicos mensuales el 71,9% percibe – S/500.00 presentando ansiedad rasgo Promedio y el 38,9% del mismo modo el 60,0% percibe – S/500.00 mensuales y el 40,0% percibe S/1.000.00 mensuales ambos presentando ansiedad estado alto.

El 72,7% son gestantes que dependen económicamente de sus parejas presentando ansiedad rasgo alto y el 34,4% y el 40,0% son gestantes que dependen económicamente de sus familias presentando ansiedad estado alto.

3. En cuanto a los factores psicológicos se determina lo siguiente: El 32,6% no vive con su pareja presentando ansiedad rasgo sobre promedio por otro lado el 40,0% no viven con sus parejas presentando ansiedad estado alto. En cuanto a la dependencia emocional por parte de sus parejas se encontró que quienes presentan ansiedad rasgo alto (81,8%) dependen emocionalmente de sus parejas y quienes presentan ansiedad estado sobre promedio (61,8%) si dependen emocionalmente de sus parejas. En cuanto a los factores obstétricos se evidencia lo siguiente: El 18,6% se encuentran en el primer trimestre de embarazo presentando ansiedad rasgo sobre promedio, de igual manera el 20,0% se encuentran en el primer trimestre de embarazo presentando ansiedad estado alto. En función a la gravidez en gestantes adolescentes y adultas las multigestas mostraron nivel promedio (65,6%) con referencia a la ansiedad rasgo, en cuanto a la ansiedad estado se encontró que el 80,6% son primigestas con ansiedad estado alto.
4. En cuanto al número de embarazo se encontró que el 36,4% presentan ansiedad rasgo alto y quienes se encuentran en el primer embarazo, mientras que el 80,0% se encuentra en el primer embarazo y presentan ansiedad estado alto. El 86,0% no presentan

complicaciones durante el embarazo y presentan ansiedad rasgo sobre promedio y el 18,2% si presentan complicaciones durante el embarazo y presentan ansiedad rasgo alto mientras que el 60,0% no presentan complicaciones presentan ansiedad estado sobre promedio y el 40,0% si presentan complicaciones y presentan ansiedad estado alto. El 81,8% no planifico su embarazo y presentan ansiedad rasgo alto, mientras que el 60,0% no planifico y el 18,2% si planifico su embarazo ambos presentan ansiedad estado alto.

## RECOMENDACIONES

### Al Centro de Salud

- Trabajo en equipo con los diferentes profesionales de medicina, obstetricia, odontología, etc., hacer un seguimiento por estas diferentes áreas para las gestantes.
- En el área de psicología dar mayor énfasis a la salud mental de las gestantes con el fin de prevenir ansiedad durante la gestación y después del parto.
- Que el ministerio de salud implemente un programa de vigilancia epidemiológica acerca de la salud mental de las mujeres embarazadas.
- Capacitar al personal de salud que trabaja con las gestantes en temas de salud mental con el objetivo de reconocer la síntomas y así mismo derivadas al área de salud mental.
- Promover charlas, sensibilización y talleres de sesiones preventivas de salud reproductiva, planificación familiar y salud mental dirigidas a gestantes adolescentes y adultas.

### A la Universidad Científica del Perú (UCP)

- Incentivar y promover en los estudiantes la realizaciones de investigaciones referente a estos temas u otros.
- Buscar convenios con centros de salud para que los estudiantes de las carreras de salud lleven a cabo prácticas pre profesionales desde los primeros ciclos, por medio de talleres y charlas preventivas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Acevedo, P. (2011). *Estudio sobre la relación entre los niveles de ansiedad y la presencia de preclampsia en mujeres gestantes*. Ecuador: UCE.
2. American Psychiatric Association (APA). (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. . Barcelona: Masson.
3. Annivermo, R., Bramante, A., Mencacci, C., y Durbano, F. (2013). Anxiety disorders in pregnancy and the postpartum period. *New insights into anxiety disorder*, Capítulo 11.
4. Arcas, S., y Cano, A. (15 de marzo de 2006). *Procesos cognitivos en el trastorno de ansiedad generalizada, según el paradigma del procesamiento de la información*. Recuperado el 15 de mayo de 2017, de Psicología.com: [http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art\\_6.htm](http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol3num1/art_6.htm).
5. Association of women's health, obstetric and neonatal nurses. (2015). Mood and anxiety disorders in pregnant and postpartum women. *JOGNN*, 687-689.
6. Baeza, J. (2008). *Clínica de la Ansiedad. Psicólogos especialistas en el tratamiento de la ansiedad*. Madrid y Barcelona.
7. Barber, C. (2012). The impact of anxiety and depression during pregnancy. *Prelude to parenthood*.
8. Baur, A., Knapp, M., y Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders* , 83-90.
9. Bayrampour, H., Ali, E., y Macneil , D. (2015). Pregnancy - Related anxiety: A concept analysis. *International journal of Nursing studies*.
10. Bayrampour, H., McDonald, S., y Toung, S. (2015). Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy. *Midwifery*, 582-589.
11. Beck, A., y Emery, G. (1985). *Trastornos de ansiedad y fobias: una perspectiva*

- cognitiva*. Nueva York.
12. Biaggi A, C. S. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. . *Journal of Affective Disorders*, 62-77.
  13. Biaggi, A., Canroy, S., y Pawlby, S. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 62-77.
  14. Bustamante, M., y Infante, J. (2014). “*Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un centro de salud de Pomalca - Chiclayo*”. Chiclayo: Tesis.
  15. Casado, I. (1994). *Ansiedad, estrés y trastornos Psicofisiológicos*. Obtenido de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/S/4/S4005801.pd>
  16. Cunningham, F. (2002). *Williams Obstetricia*. Madrid: Medica Panamericana.
  17. Dale, B. (1990). *Ejercicios Perinatales*. Colombia
  18. Diccionario de la lengua española. (2001). *Gravidez*. Real Academia Española - (vigésima segunda edición).
  19. Domínguez, R., Herazo, J., y Sc, M. (2009). Edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones en el embarazo.
  20. Espinoza, D. (2016). “*Factores Asociados a la Ansiedad Perinatal en Gestantes*”. Trujillo.
  21. Freud, S. (1973). *Obras Completas*. Madrid - España: Biblioteca Nueva.
  22. García, M. (2012). “*Ansiedad estado-rasgo entre gestantes adolescentes y adultas que acuden al Hospital Las mercedes de la ciudad de Chiclayo*”. Chiclayo.
  23. George, A., Luz, R., Tyche, C., Thilly, N., y Spitz, E. (2013). Anxiety symptoms and coping strategies in the perinatal period. *Bmc pregnancy and childbirth*, 13-233.
  24. Giménez, P. (2016). *Psicología Positiva*. Recuperado el 10 de Junio de 2017, de <http://www.antonimartinezpsicologo.com/inestabilidad-emocional>
  25. Gurung, R., Dunkel schetter, C., y Collins, N. (2015). Psychosocial predictors of prenatal

- anxiety. *Journal of social and clinical psychology*, 497-519.
26. Hall, H., Beattie, J., y Lau, R. (2015). Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. *Women and Birth*, Article in press.
  27. Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill Educación.
  28. José, L. (21 de mayo de 2016). Gestantes deben evitar tensiones y estrés durante el embarazo. *La Primera*, págs. 14-1.
  29. Lang, J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. Washington: J. U. H.
  30. Leonetti, L., y Martins, M. (2007). Ansiedad maternal en el período prenatal y postnatal. *Rev. Latino-am enfermagem*, 4.
  31. Maldonado Duran, M., Young, A., y Janssen, P. (2008). Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Perinatol reprod hum*, 100-110.
  32. Marchesi, C., Ossola, P., y Americo, A. (2016). Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 543-550.
  33. Martínez, G., y Cerna, G. (1990). *Valoración del Estado de Salud*. Washington - EE. UU: OPS - OMS.
  34. Martini, J., Petzoldt, J., y Einsle, F. (2015). Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of affective Disorders*, 385-395.
  35. May, R., y Schacter, S. (1968). *La Angustia Normal y Patológica*. Buenos Aires - Argentina: Paidós
  36. Medina, V. (2016). *Cambios emocionales en el embarazo*. Obtenido de <https://www.guiainfantil.com/1591/cambios-emocionales-en-el-embarazo.html>
  37. Miguel, y Tobal, J. (1996). *La ansiedad*. Madrid: Santillana.

38. Ministerio de Salud. (2004). *lineamientos de políticas de desarrollo del plan nacional de salud mental. Perú*. Perú: Republica del Perú.
39. Miralles, F., & Cima, A. (2010). *Escuela y Psicopatología*. Madrid: Paidós.
40. Moreno, B. (2007). *Psicología de la personalidad*. Madrid: International Thomson.
41. O'hara, M., Wisner, K., y Ashner, N. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice y Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 3-12.
42. Océano. (2001). *Diccionario Enciclopédico*.
43. Olza, I. (5 de Enero de 2006). *Ansiedad durante el embarazo y alteraciones de conducta en el niño*. Recuperado el 1 de Junio de 2017, de Holistika.net:  
[http://www.holistika.net/parto\\_natural/el\\_bebe/ansiedad\\_durante\\_el\\_embarazo\\_y\\_alteraciones\\_de\\_conducta\\_en\\_el\\_nino.asp](http://www.holistika.net/parto_natural/el_bebe/ansiedad_durante_el_embarazo_y_alteraciones_de_conducta_en_el_nino.asp)
44. OMS. (2005). *Temas de salud - Salud de los adolescentes*. Recuperado el 13 de junio de 2017, de [http://www.who.int/topics/adolescent\\_health/es/](http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/).
45. OMS. (22 de mayo de 2011). *Temas de Salud - Embarazo adolescente*. Obtenido de <http://3-4taembarazoadolescente.blogspot.com/2011/08/que-se-llamaembarazo-adolescente.html>.
46. Ontiveros, M., y López. (2010). *Medigraphic*. Recuperado el 7 de junio de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>.
47. *Perinatología definiciones y conceptos*. (s.f.). Obtenido de <http://www.drondonpediatra.com/perinatologia.htm>
48. Perry, L. (1998). *Enfermería materno infantil*. Barcelona.
49. Roberto, E., Yudofsky, S., y John, A. (1996). "Tratado de Psiquiatría". En *Tratado de Psiquiatría* (pág. 523). Segunda Edición - Ancora S.A (versión online).
50. Rozas, M., Soto, Y., Vera, Y., & Vera, M. (1999). *“Niveles de Ansiedad y Factores*

*asociados en Gestantes Adolescentes y Adultas que Acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco*". Perú.

51. Sainz, K., Ureña, B., Díaz, M., Sandoval, M., y Robles, R. (2013). Ansiedad y Depresión en pacientes embarazadas.  
DC, :[http://revistas.unam.mx/index.php/atencion\\_familiar/article/viewFile/35347/32190](http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/viewFile/35347/32190)
52. Sierra, J., y Ortega, V. (2013). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Malestar y subjetividad*, 10-59.
53. Silva, E., Díaz, V., y Mejías, M. (2013). "Ansiedad y Depresión Durante el Embarazo". *Mérida*.
54. Skinner, B. (1974). *Ciencia y Conducta Humana*. Barcelona - España: Fontanella S.A.
55. Spielberger, C. (1972). *Ansiedad: tendencias actuales en la investigación*. Obtenido de Ansiedad: tendencias actuales en la salud
56. Vidal, G., Alarcón, R., y Lolas Stepke, F. (1995). *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*. Buenos Aires - Argentina: Medica Panamericana.
57. Virues, R. (23 de marzo de 2005). *Psicología Científica*. Recuperado el 5 de junio de 2017, de <http://www.psicologiacientifica.com/ansiedadestudio>
58. Warren, C. (2005). *Diccionario de Psicología*. Washington: AARP.
59. Wolpe, J. (1981). *Psicoterapia por Inhibición Recíproca*. Bilbao - España: Desclee de Brower.

**ANEXO N° 1****HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE**

Yo.....  
DNI.....

He escuchado con atención la información proporcionada por el investigador, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio, he recibido respuestas satisfactorias. He recibido suficiente información en relación con el estudio, he hablado con el Investigador:

Entiendo que la participación es voluntaria.  
Entiendo que puedo no aceptar formar parte el estudio

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar MI DESEO DE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN sobre “**NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES QUE ACUDEN A UN CENTRO DE SALUD EN LA CIUDAD DE IQUITOS - 2017**”. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos. Recibiré una copia de este consentimiento para guardarlo y poder consultarlo en el futuro.

---

**Firma del Paciente**

---

**Firma del Investigador**

**ANEXO N° 2****FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

Le agradezco mucho que conteste a este cuestionario. La información que proporcione será tratada de modo absolutamente confidencial.

**1. Edad:** .....

**2. Estado civil:**

Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Viuda ( ) Divorciada ( )

**3. Grado de instrucción:**

Primaria ( ) Secundaria ( ) Técnico ( ) Universitario ( )

**4. Ocupación:**

Hogar ( ) Estudiante ( ) Profesional ( ) Otros ( )

**5. Procedencia:**

Rural ( ) Urbano ( )

**6. Ingresos Económicos:**

-S/ 500 ( ) S/850.00 ( ) +S/1000.00 ( )

**7. Dependencia Económica:**

Familia ( ) Pareja ( ) Independiente ( )

**8. Actualmente vive con su pareja**

SI ( ) NO ( )

**9. Dependencia Emocional:**

SI ( ) NO ( )

**10. Apoyo Familiar:**

SI ( )            NO ( )

**11. Trimestre de Embarazo:**

I Trimestre ( )            II Trimestre ( )            III Trimestre ( )

**12. Gravidez:**

Primigesta ( )            Multigesta ( )

**13. Numero de Embarazo:**

1...2...3...4...5            Otros ( )

**14. Complicaciones durante el embarazo:**

SI ( )            NO ( )

**15. Embarazo planificado:**

SI ( )            NO ( )

**16. Puntaje STAI:.....**

### ANEXO N° 3

#### Ficha técnica del instrumento a utilizar

- Nombre: Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)
- Nombre original: State-Trait Anxiety Inventory
- Autores: Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E.
- Adaptación española: Spielberger C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1982)
- Tipo de instrumento: cuestionario
- Objetivos: Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés.
- Población: población general (adultos y adolescentes)
- Número de ítems: 40
- Descripción: La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente.
- Criterios de calidad: Fiabilidad: Consistencia interna: 0.90-0.93 (subescala Estado) 0.84-0.87 (subescala Rasgo). Fiabilidad test-re test: 0.73-0.86 (subescala Rasgo).
- Validez: Muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85). Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el Inventario de Depresión de Beck es de 0.60.
- Tiempo de administración: 15 minutos

- Normas de aplicación: El paciente contesta a los ítems teniendo en cuenta que 0 = nada, 1 = algo y 2= bastante, 3= mucho.
- Las respuestas constan de cuatro columnas en blanco encabezadas por “*no*”, “*un poco*”, “*bastante*” y “*mucho*”, cuyo puntaje oscila entre uno a cuatro puntos según la respuesta que emita la persona, en el cuestionario ansiedad estado.
- En el cuestionario ansiedad rasgo, las respuestas constan de cuatro columnas en blanco encabezadas por “*casi nunca*”, “*a veces*”, “*a menudo*” y “*casi siempre*” cuyo puntaje oscila entre uno a cuatro puntos según la respuesta que emita la persona.
- La corrección e interpretación: Las puntuaciones A/E y A/R pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento.

En la versión española del STAI se ha cambiado la escala 1 – 4 original por otra (0 – 3) en la que a negación de un sentimiento (Nada o Casi nunca, respectivamente) tuviera un valor de cero puntos en la aparición del sujeto.

Algunos elementos (como “Estoy tenso”) se han redactado de forma que el punto 3 de la escala señala un elevado nivel de ansiedad, mientras que otros (como “Me siento seguro”) el mismo punto 3 indica un bajo nivel de ansiedad. En este sentido, para obtener la puntuación el primer tipo de elementos se ponderan en el mismo sentido de la escala, mientras que en los segundos hay que invertir la escala (es decir, se conceden tres puntos si el sujeto marca el 0, dos si señala el 1, y un punto si el 2 y cero puntos si se da un 3).

En la elaboración del STAI se han entremezclado los elementos de ambos tipos (escala directa y escala inversa) para soslayar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto. En la parte A/E hay 10 elementos de escala directa y otros 10 de escala invertida, mientras que en la parte A/R, como no se disponía de suficiente número de elementos satisfactorios de escala invertida, sólo se incluyeron 7 de éstos, y los 13 restantes son de escala directa. Los elementos de escala invertida en cada parte son los siguientes:

- A/E: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20
- A/R: 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

Para evitar que el examinador tenga que hacer la inversión y recordar a cuáles elementos afecta esto, se ha construido una plantilla transparente que facilita la tarea de corrección y puntuación. Basta colocar la columna izquierda de la plantilla (señalada con las letras A/E y el signo +) sobre el espacio destinado a las respuestas en la parte A/E y contar los puntos señalados por el sujeto; su suma puede trasladarse al recuadro impreso en el ángulo superior derecho del Ejemplar, a la primera fila y detrás del signo +. A continuación se correrá hacia la izquierda la plantilla, de modo que ahora conocida sobre las respuestas del sujeto la segunda columna de la plantilla (Señalado con A/E y el signo -). Y se contarán los puntos obtenidos por el sujeto; este valor puede trasladarse al citado recuadro superior, detrás del signo -. En este momento puede resolverse la operación indicada ( $30 + - =$ ) y el resultado será la puntuación en el STAI estado.

Si esta operación se realiza en el dorso del Ejemplar, utilizando las dos columnas siguientes de la plantilla (A/R + y A/R-), y sus valores se trasladan al citado recuadro de la portada, puede resolverse la operación indicada ( $21 + - =$ ) y obtener la puntuación directa en el STAI rasgo.

Con este proceso se ha tenido en cuenta el sentido directo e inverso de las escalas de los elementos. Si el usuario intentara mecanizar por su cuenta estas operaciones, debe atender a los distintos puntos que reciben las alternativas de respuesta de los elementos, tal como se ha indicado anteriormente.

La mayoría de los sujetos responde al STAI dando una respuesta a todos los elementos sin necesidad de unas instrucciones específicas de tipo compulsivo. Si se dejan elementos en blanco, eso puede ser debido a inatención a las instrucciones o a incomprensión del contenido de los mismos elementos. Cuando se ha omitido uno o dos elementos, se puede prorratear la puntuación final de la siguiente manera:

- Calcular la media en los elementos contestados en esa parte (Puntuación directa/ número de elementos contestados).
- Multiplicar el resultado por 20.
- Redondear el resultado al entero más próximo.
- Si el número de elementos omitidos en una de las partes E o R es tres o más, es conveniente poner en duda la validez de la aplicación realizada.

## ESCALA DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO (STAI)

### INSTRUCCIONES:

1. Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos.
2. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Nº	ENUNCIADOS	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1	Me siento calmada	0	1	2	3
2	Me siento segura	0	1	2	3
3	Estoy tensa	0	1	2	3
4	Estoy contrariada	0	1	2	3
5	Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6	Me siento alterada	0	1	2	3
7	Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8	Me siento descansada	0	1	2	3
9	Me siento angustiada	0	1	2	3
10	Me siento confortable	0	1	2	3
11	Tengo confianza en mí misma	0	1	2	3
12	Me siento nerviosa	0	1	2	3
13	Estoy desasosegado	0	1	2	3
14	Me siento muy atado (como oprimido)	0	1	2	3
15	Estoy relajada	0	1	2	3
16	Estoy satisfecha	0	1	2	3
17	Estoy preocupada	0	1	2	3
18	Me siento muy excitada y aturdida	0	1	2	3
19	Me siento alegre	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien	0	1	2	3

Nº	ENUNCIADOS	CASI NUNCA	A VECES	A MENUDO	CASI SIEMPRE
21	Me siento bien	0	1	2	3
22	Me canso rápidamente	0	1	2	3
23	Siento ganas de llorar	0	1	2	3
24	Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
25	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
26	Me siento descansada	0	1	2	3
27	Soy una persona tranquila serena y sosegada	0	1	2	3
28	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
29	Me preocupo demasiado por las cosas sin importancia	0	1	2	3
30	Soy Feliz	0	1	2	3
31	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
32	Me falta confianza en mí misma	0	1	2	3
33	Me siento segura	0	1	2	3
34	No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
35	Me siento triste (melancólica)	0	1	2	3
36	Estoy satisfecha	0	1	2	3
37	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
38	Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
39	Soy una persona estable	0	1	2	3
40	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	0	1	2	3