

Niveles De Ansiedad y Características Sociodemográficas En Gestantes

Niveles de Ansiedad en Comparación con las Características Sociodemográficas en  
Mujeres Gestantes del Hospital Eduardo Arredondo Daza de la Ciudad de Valledupar

Daniela Victoria Córdoba Anaya

María Valentina Peralta Pacheco



Universidad Popular del Cesar

Facultad de derecho, ciencias políticas y sociales

Psicología

Valledupar- cesar

2022

Niveles De Ansiedad y Características Sociodemográficas En Gestantes

Niveles de Ansiedad en Comparación con las Características Sociodemográficas en  
Mujeres Gestantes del Hospital Eduardo Arredondo Daza de la Ciudad de Valledupar

Daniela Victoria Córdoba Anaya

María Valentina Peralta Pacheco

Docente

Ronal Acacio Quintero

Director de trabajo de grado



Universidad Popular del Cesar

Facultad de derecho, ciencias políticas y sociales

Psicología

Valledupar- cesar

2022

## **DEDICATORIA**

*Primeramente, a Dios por darme sabiduría y la capacidad de afrontar cualquier obstáculo que se presente en el camino, a mis padres por ser incondicionales y por buscar sobre todas las cosas apoyarme en este proceso, a mis hermanos por ser el motor que me impulsa en todo momento para ser mejor cada día.*

*Daniela Córdoba.*

*Al espíritu santo que me aclara todo, que ilumina mis caminos para que yo alcance mi ideal; a mis padres que han sido el motor principal de este sueño, por creer y confiar cada día en mí y por su esfuerzo incondicional. A mis hermanas que me han enseñado que con constancia y dedicación las metas se pueden cumplir.*

*Valentina Peralta.*

## **AGRADECIMIENTO**

*A la Universidad Popular del Cesar por ser el espacio que nos permite formarnos para ser unas profesionales y que a lo largo del proceso nos ha dotado de capacidades y conocimientos que nos prepara a un mundo laboral, a nuestros docentes por ser una guía y apoyo durante este camino académico, agradecemos la paciencia, la confianza y la motivación que colocaron en nosotras para ser cada día mejor.*

**TABLA DE CONTENIDO**

<b>DEDICATORIA</b>	3
<b>AGRADECIMIENTO</b>	4
<b>LISTA DE TABLAS</b>	9
<b>RESUMEN</b>	12
<b>ABSTRACT</b>	13
<b>INTRODUCCIÓN</b>	14
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	15
<b>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	15
<b>OBJETIVOS</b>	18
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	19
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</b>	21
<b>ANTECEDENTES</b>	21
<i>Antecedentes internacionales</i>	21
<i>Antecedentes nacionales</i>	29
<i>Antecedentes locales</i>	32
<b>BASES TEÓRICAS</b>	34
<b>Embarazo</b>	34
Tipos de embarazo	35
Complicaciones medicas durante el embarazo	36
Factores de riesgos y protectores en el embarazo	38
Etapas del embarazo	38
<b>Ansiedad</b>	40

<b>Tipos de ansiedad</b>	42
<b>Ansiedad gestacional</b>	45
<b>Causas que generan ansiedad en las gestantes</b>	46
<b>Consecuencias de la ansiedad en las gestantes</b>	47
<b>Características sociodemográficas</b>	48
<i>Edad</i>	48
<i>Estado civil</i>	48
<i>Nivel de estudio</i>	49
<i>Trabajo</i>	50
<i>Composición familiar</i>	50
<i>Número de hijos</i>	50
<i>Embarazo deseado</i>	51
<i>Edad gestacional</i>	51
<b>BASES LEGALES</b>	52
<b>SISTEMATIZACIÓN DE VARIABLES</b>	55
<b>CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO</b>	55
<b>ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN</b>	55
<b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b>	56
<b>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO</b>	57
<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>	58
<b>TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	59
<b>Cuestionario de características sociodemográficas</b>	59
<b>Cuestionario de ansiedad estado- rasgo (STAI)</b>	61
<b>Validez</b>	61
<b>Confiabilidad</b>	63
<b>Calificación</b>	65
<b>Baremación</b>	66
<b>TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS</b>	67
<b>CONSIDERACIONES ÉTICAS</b>	68
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN</b>	70

<b>ANÁLISIS DE DATOS</b>	70
<b>DEMOSTRACIÓN DE HIPÓTESIS</b>	89
<b>DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS</b>	89
<b>CONCLUSIONES</b>	92
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA</b>	93
<b>APÉNDICES</b>	106

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1.** Edad de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada 70
- Figura 2.** Estado civil de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada 71
- Figura 3.** Nivel de estudio de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada 72
- Figura 4.** Actualmente trabaja las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada 72
- Figura 5.** Número de hijos de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada 73
- Figura 6.** Edad gestacional de las mujeres que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada 74
- Figura 7.** Composición familiar de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada 74
- Figura 8.** Embarazo deseado de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada 75
- Figura 9.** Ansiedad de Estado 76
- Figura 10.** Ansiedad de Rasgo 77

**LISTA DE TABLAS**

<b>Tabla 1.</b> Cuestionario sociodemográficas	59
<b>Tabla 2.</b> Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)	63
<b>Tabla 3.</b> Técnica de análisis	67
<b>Tabla 4.</b> Comparación ansiedad estado y rango de edad	78
<b>Tabla 5.</b> Comparación ansiedad rasgo y rango de edad	79
<b>Tabla 6.</b> Comparación ansiedad estado y estado civil	79
<b>Tabla 7.</b> Comparación ansiedad rasgo y estado civil	80
<b>Tabla 8.</b> Comparación ansiedad estado y nivel de estudio	81
<b>Tabla 9.</b> Comparación ansiedad rasgo y nivel de estudio	81
<b>Tabla 10.</b> Comparación ansiedad estado y actualmente trabaja	82
<b>Tabla 11.</b> Comparación ansiedad rasgo y actualmente trabaja	83
<b>Tabla 12.</b> Comparación ansiedad estado y número de hijos	83
<b>Tabla 13.</b> Comparación ansiedad rasgo y número de hijos	84
<b>Tabla 14.</b> Comparación ansiedad estado y edad gestacional	85
<b>Tabla 15.</b> Comparación ansiedad rasgo y edad gestacional	85
<b>Tabla 16.</b> Comparación ansiedad estado y composición familiar	86
<b>Tabla 17.</b> Comparación ansiedad rasgo y composición familiar	87

Niveles De Ansiedad y Características Sociodemográficas En Gestantes

**Tabla 18.** Comparación ansiedad estado y embarazo deseado 87

**Tabla 19.** Comparación ansiedad rasgo y embarazo deseado 88

**TABLA DE APÉNDICES**

<b>Apéndices A.</b> Cuestionario sociodemográfico	106
<b>Apéndices B.</b> Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)	108
<b>Apéndices C.</b> Baremos (STAI)	110
<b>Apéndices D.</b> Consentimiento informado	111

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo comparar las características sociodemográficas y los niveles de ansiedad de mujeres gestantes inscritas al programa de control prenatal del hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada de la Ciudad de Valledupar, la metodología utilizada es de tipo descriptivo con un método comparativo, así mismo, la población está conformada por 178 gestantes inscritas al programa de control prenatal del hospital Eduardo Arredondo daza sede la nevada. Las participantes contestaron un cuestionario de características sociodemográficas y el cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

En cuanto a los resultados, se evidencia que las gestantes se ubican con un 64.4% en el nivel promedio de ansiedad estado y el 73.0% en el nivel promedio de ansiedad rasgo. Respecto a las características sociodemográficas, las edades entre 18 a 24 años muestran un 60.1%, unión libre 73.6%, secundaria 53.9%, no trabajan 83%, 2 hijos 42.1%, tercer trimestre 43.3%, familia nuclear 53.93%, embarazo deseado 52.25%. En cuanto a la comparación de las variables se obtuvo que no existen diferencias significativas entre ellas. Concluyendo en el estudio que las características sociodemográficas y los niveles de ansiedad se presentan de forma independiente en las gestantes, lo que lleva a deducir que las características en las que se encuentran las mujeres no hacen diferencia en el nivel de ansiedad que puedan desarrollar durante su embarazo.

**Palabras claves:** gestantes, características sociodemográficas, ansiedad.

**ABSTRACT**

The objective of this research was to compare the sociodemographic characteristics and anxiety levels of pregnant women enrolled in the prenatal control program of the Eduardo Arredondo Daza hospital, Nevada headquarters in the City of Valledupar, the methodology used is descriptive with a comparative method, likewise, the population is made up of 178 pregnant women enrolled in the prenatal control program of the Eduardo Arredondo daza hospital in la nevada. The participants answered a sociodemographic characteristics questionnaire and the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI).

Looking at the results, it is evident that pregnant women are located with 64.4% in the average level of state anxiety and 73.0% in the average level of trait anxiety. Regarding the sociodemographic characteristics, the ages between 18 to 24 years old show 60.1%, free union 73.6%, secondary 53.9%, do not work 83%, 2 children 42.1%, third trimester 43.3%, nuclear family 53.93%, wanted pregnancy 52.25 %. Regarding the comparison of the variables, it was obtained that there are no significant differences between them.

Concluding in the study that sociodemographic characteristics and anxiety levels are presented independently in pregnant women, which leads to the deduction that the characteristics in which women find themselves do not make a difference in the level of anxiety that they may develop during their pregnancy. pregnancy.

**Keywords:** pregnant women, sociodemographic characteristics, anxiety

## INTRODUCCIÓN

Se considera que el embarazo es una etapa que trae consigo cambios que hace más propensa a la mujer a desarrollar trastornos psicopatológicos, debido a que, durante este periodo se enfrenta a nuevos retos y experiencias que al encontrarse en situaciones desfavorable puede generar manifestaciones clínicamente significativas, como es el caso de la ansiedad, que traería repercusiones directas sobre la salud de ella y del niño.

Es por esto, que la presente investigación estudia y compara los niveles de ansiedad y las características sociodemográficas para considerar si entre ellas existen diferencias significativas y así reconocer la vulnerabilidad en la mujer durante el embarazo, dado que, la ansiedad durante esta etapa se encuentra asociada a factores individuales o externos como la edad, nivel de educación, ocupación, estabilidad emocional, presencia o ausencia de hijos, entre otros aspectos. (Chou et al., 2008).

Para conocer este fenómeno en la población de interés, se implementó un cuestionario sociodemográfico a mujeres embarazadas que acudían al hospital Eduardo Arrendo Daza sede la nevada, lo que permitió identificar y clasificar sus características propias. Posteriormente, para establecer los niveles de ansiedad se procedió a aplicarles el cuestionario de ansiedad estado y rasgo (STAI), para finalmente, realizar el cruce de las variables y comprobar si entre ellas existe algún grado de diferencia. Por otro lado, La muestra fue determinada por la técnica de muestreo no probabilístico – aleatorio.

Esta investigación fue realizada a través de una previa búsqueda de fuentes científicas, que responden a la temática en estudio. La cual, está dividida en cuatro capítulos, en donde se describe; el problema, las diferentes respectivas de las variables y se exponen la metodología y los resultados encontrados.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Durante el ciclo de vida de la mujer se tienen en cuenta varias etapas evolutivas, donde cada una de ellas es importante y significativa para su desarrollo como ser humano. El embarazo se considera como una de esas etapas que trae consigo cambios tanto físicos como psicológicos, donde las decisiones y conductas que se generan durante este proceso pueden variar según las características propias, como son: las económicas, laborales, educativas, experiencias personales y la influencia del medio o contexto social en que viven y crecen.

En Colombia Según las estadísticas de vida (EEVV) del DANE durante el 2008-2020 se registraron un total de 8.626.562 nacimientos, donde el departamento del Cesar reportó 275.137 nacidos vivos y en el municipio de Valledupar, siendo la población de interés, se reportaron 179.459 casos aproximadamente, de los cuales según las características sociodemográficas de las gestantes como el estado civil, el mayor número se encuentra en unión libre con 91.576; según el nivel educativo de las madres, el nivel de básica secundaria tuvo los mayores casos con 51.186; al hablar de casos registrados según el número de hijos se encontró que para 68.574 gestantes era su primer hijo. Por último, la edad que tenían las gestantes al momento del parto se reportaron mayores casos en edades que oscilan entre 20 y 24 años reportando 51.533 del número total.

Lo anterior muestra una proximidad según las estadísticas de que las mujeres que asumen la responsabilidad del embarazo en Valledupar por lo general se encuentran en niveles educativos medios y no cuentan con experiencia del proceso ya que se enfrentan a su primer parto y están en edades donde los cambios que trae consigo el embarazo pueden

ser muy significativos y podrían generar situaciones que repercuten en su salud mental, debido a que sus emociones se presentan de forma más intensa. (Maldonado et al., 2008)

Referente a esto, la Organización Mundial de la Salud (2004) considera que la salud mental es “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva, fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (p.7). En el caso de las mujeres gestantes estos aspectos pueden variar, lo que afectaría la forma de actuar-pensar durante su proceso y más aún si se considera que se encuentran en condiciones precarias.

De igual forma, las gestantes pueden presentar malestares que al no ser identificados pierden la oportunidad de detectar cuadros de ansiedad, estrés y problemas que se generan al lidiar situaciones nuevas. En el caso de la ansiedad esta es definida como un estado subjetivo de incomodidad, tensión y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. (Amato, 2013 citado por Maldonado, 2011)

Según los resultados del proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders, ESEMED), el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida y el 6,4% en el último año del estudio, siendo las mujeres en edad reproductiva más vulnerables que los hombres a desarrollar este tipo de trastornos aproximadamente entre 2 a 3 veces más. De hecho, el 17,5% de las mujeres frente al 9,5% de los hombres habían sufrido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida; mientras que el 8,7% de las mujeres frente al 3,8% de los hombres habían padecido un trastorno de ansiedad en el último año. (Alonso et al., 2004 citado por Arenas y Puigcerver, 2009)

De igual manera, En Colombia los trastornos de ansiedad son de mayor prevalencia que otros trastornos mentales. El 19.3% de la población entre 18-65 años de edad reporta haber tenido alguna vez en la vida un trastorno de ansiedad. Siendo más frecuentes entre las mujeres (21.8%). Dentro de los trastornos de ansiedad, la fobia específica es la de mayor prevalencia de vida con 13.9% en mujeres y 10.9% en hombres, seguido por la fobia social que es similar en ambos géneros con un 5% de prevalencia de vida. (Posada et al., 2006)

Conforme a lo anterior, se considera que la mujer es más susceptible a presentar estos trastornos, debido, a los cambios que generan las hormonas reproductivas durante su vida (ciclo menstrual, embarazo o menopausia), lo cual pueden modificar la estructura y la función cerebral, lo que sugiere que las hormonas sexuales juegan un papel determinante en la etiología y en las manifestaciones clínicas de estas patologías. (Horst et al., 2009 citado por Arenas y Puigcerver, 2009)

Por esta razón, se deduce que la ansiedad puede ser uno de los trastornos más frecuentes en las embarazadas y que todos los sentimientos, emociones desencadenadas podrían afectar su proceso. Así mismo, algunos de los factores que generan ansiedad estarían relacionados con la respiración superficial, los niveles elevados de estrés y situaciones que causan hiperventilación, entre otros aspectos que pueden pasar desapercibidos. En este sentido, se ha generado el interés investigativo frente a un grupo de mujeres gestantes de la ciudad de Valledupar para indagar:

¿Cuál es la diferencia existente entre las características sociodemográficas y los niveles de ansiedad de las mujeres gestantes inscritas al programa de control prenatal del hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada de la Ciudad de Valledupar?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Describir las características sociodemográficas y los niveles de ansiedad de mujeres gestantes inscritas al programa de control prenatal del hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada de la Ciudad de Valledupar.

### **Objetivos específicos**

- Identificar las características sociodemográficas respecto a edad, estado civil, nivel de estudio, trabajo, composición familiar, números de hijos, embarazo deseado y edad gestacional de la población en estudio.
- Establecer los niveles de estado y rasgo de ansiedad en las mujeres gestantes.
- Diferenciar las dimensiones de la ansiedad cotejándolas con las características sociodemográficas en la población gestante inscritas al programa de control prenatal

## JUSTIFICACIÓN

Las mujeres en el embarazo presentan muchos cambios físicos y psicológicos que pueden repercutir en su salud mental. Aunque muchas disfrutan en gran medida estos cambios como la experiencia del embarazo o el agregar un nuevo miembro a la familia, algunas no comparten estos sentimientos y con frecuencia padecen una grave angustia y pensamientos excesivos que incrementan el riesgo de una crisis psicológica, de enfermedad mental y de trastornos del desarrollo que, si no se tratan a tiempo, podrían llevar a la gestante a presentar intentos de atentar contra su propia vida o la de su bebé. (Currid, 2004 citado por Gómez et al., 2006)

Es por esto, que surge el interés de trabajar en la presente investigación con mujeres gestantes que acuden a consultas prenatales en el hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada de la ciudad de Valledupar, es importante abordar esta población debido, a que se considera que se encuentran de una u otra forma en un sector vulnerable donde pueden tener problemas económicos, familiares, académicos o laborales que las puede hacer más susceptibles a presentar trastornos de ansiedad, por lo que requieren de una atención oportuna para prevenir complicaciones tanto en ella como en su bebé.

Si bien, el embarazo trae consigo alteraciones naturales en la mujer, el estar en condiciones precarias puede ser un factor que la predispone a complicaciones durante su proceso, lo cual es la razón que motiva a realizar el estudio, en el que es pertinente conocer si existen diferencias entre las características sociodemográficas del grupo y sus niveles de ansiedad y si las condiciones vulnerables las hacen más propensas a presentar este trastorno.

Por consiguiente, este estudio permite aportar información útil para que la comunidad hospitalaria logre tener en cuenta si estas características propias aumentan la presencia de ansiedad en las gestantes y de esta forma poder vincular una atención integral donde sea pertinente establecer programas en los cuales se puedan abordar dicha problemática para prevenir cualquier afectación en su salud mental durante el embarazo.

Así mismo, dicho estudio permite tener una visión más amplia del psicólogo donde este sea visto con un rol más activo durante el proceso de embarazo, debido, a que una evaluación precisa del estado emocional de la mujer permite establecer el tipo de intervención psicológica más conveniente, lo que ayuda a tener un punto de partida para que exista una atención interdisciplinaria y consideren las consultas psicológicas parte fundamental de los controles prenatales. De igual manera, sirve para desarrollar desde la secretaría de salud o entidades gubernamentales programas que vayan encaminados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en mujeres gestantes tanto en contextos hospitalarios como sociales.

Por otro lado, considerando que la gestación es un periodo complejo y de cambios, que hace a la mujer y a su pareja vulnerables con gran necesidad de apoyo emocional. (Soule, 1992 citado por Maldonado, 2011) se debe tener en cuenta los beneficios que el estudio trae a la gestante y su familia, puesto que un control y educación de lo que es esta problemática y sus características, permite dotar a la familia con herramientas para tener un manejo adecuado de la misma, si bien, no pueden solucionar sus problemas, pero sí podrían gestionar de manera adecuada las emociones y sentimientos que se desencadenan.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

### ANTECEDENTES

#### *Antecedentes internacionales*

Se lograron recopilar estudios a nivel internacional que muestran diferentes perspectivas con respecto a la ansiedad y mujeres gestantes, como es el caso de la investigación realizada en Ecuador por Jiménez y León (2020) llamada “Eficacia del programa de Psicoprofilaxis del parto en niveles de ansiedad de mujeres embarazadas” que tuvo como objetivo determinar la eficacia del programa de psicoprofilaxis del parto para reducir los niveles de ansiedad estado en mujeres embarazadas. La metodología utilizada es de tipo cuantitativo de diseño experimental donde se aplicó el Inventario de Ansiedad rasgo y estado (IDARE) a una muestra de 30 mujeres en etapa gestacional. Teniendo como resultado que el programa de psicoprofilaxis sí tuvo una eficacia en la disminución de los niveles de ansiedad pre y post aplicación del programa, encontrándose que previo a iniciar el proceso, predominó el nivel de ansiedad medio con un 66,7%, seguido del nivel de ansiedad alto con un 25,7% y por último con un 6,7% nivel de ansiedad bajo, posteriormente en la toma del reactivo post psicoprofilaxis la mayoría de pacientes se situaron en un nivel de ansiedad bajo con un 53,3%, seguido del nivel de ansiedad medio con un 46,7%, y por último el nivel de ansiedad alto se encontró con porcentaje cero. De acuerdo a la comparación de niveles de ansiedad según paridad y gestación pre y post psicoprofilaxis no se encontró diferencias significativas, pero sí hubo un grado de disminución de niveles de ansiedad.

La investigación realizada por Jalali et al. (2020) “Asesoramiento cognitivo-conductual y salud mental de mujeres embarazadas” tenía como objetivo determinar los

efectos de la consejería cognitivo-conductual sobre la salud mental de las embarazadas, el estudio se realizó como un ensayo clínico de calidad de vida con un grupo control, en el que participaron 60 mujeres embarazadas (menos de 20 semanas) que visitaron los centros de salud de Kamyaran (Irán) en 2018, el cual fueron asignadas al azar a los grupos de experimentación y control. El grupo experimental asistió a ocho sesiones de asesoramiento cognitivo conductual grupal (70-90 min) semanales. Se recopilaron datos previos a la intervención utilizando una lista de verificación demográfica y el Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) el cual mide unas subescalas como síntomas físicos, ansiedad, trastorno del sueño y depresión severa. Teniendo como resultado que la diferencia entre los grupos de control y experimentales en términos de la puntuación de salud no fue significativa antes de la intervención ( $p = 0,169$ ). Sin embargo, la diferencia entre los dos grupos fue significativa inmediatamente ( $p = 0,001$ ) y un mes ( $p = 0,001$ ) después de la intervención del grupo con asesoramiento conductual cognitivo. Lo que muestra que el trabajar con mujeres durante su embarazo permite una disminución de síntomas que afectan su salud mental.

La investigación realizada por Guimarães et al. (2019) en Brasil denominada “Enfermedad mental en mujeres embarazadas” fue un estudio transversal, cuantitativo con una población de gestantes registradas en Unidades de Salud de la Familia. Utilizaron para la recolección de los datos un cuestionario con datos de identificación de las participantes y el cuestionario Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20) para analizar la asociación entre la enfermedad mental y las variables sociodemográficas, gestacionales y de salud. Encontrando como resultado que la proporción de sugerencia de enfermedad mental en gestantes fue de 31,9% y estuvo asociada con estar soltera, haber estudiado hasta la enseñanza básica, no haber planeado el embarazo y tener enfermedad crónica. por lo tanto,

concluyeron que dichas características en las mujeres participantes estaban relacionadas con mayor probabilidad para desarrollar enfermedad mental durante el embarazo.

Por otro lado, el estudio “Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú” realizado por Vega et al. (2019) buscaban determinar la relación que existe entre la ansiedad y la depresión en gestantes adolescentes, a través de un estudio correlacional de corte transversal, en una muestra de 45 gestantes atendidas en el hospital San Juan de Lurigancho a quienes aplicaron la Escala de Depresión de Edimburgo y el cuestionario de autoevaluación de Ansiedad de Ostrosky, a los que se les adicionó tres preguntas sobre las características de la gestante como (edad, grado de educación y estado civil). Dando como resultado que la mayoría de las gestantes adolescentes que formaron parte del estudio presentaban una edad de 19 años (44.4%); grado de educación secundaria (62.2%) y estado civil conviviente (71.1%). Además, las gestantes adolescentes presentaron un probable cuadro de depresión en un (82.8%) y ansiedad alta de (68.9%) donde concluyen que los puntajes de depresión tienen una correlación inversa con la ansiedad en las gestantes adolescentes, es decir, que si aumenta los niveles de ansiedad disminuye la depresión.

De la misma manera, la investigación “Trastornos mentales y enfermedades obstétricas en gestantes con alto riesgo” realizada por Veloso et al. (2019) en Brasil, siendo un estudio transversal, donde participaron una muestra de 46 mujeres que asistían a consultas externas de gestación de alto riesgo, se utilizaron instrumentos tales como, un cuestionario sociodemográfico, Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, Inventario de Ansiedad de Rasgo Estatal y Tabaquismo de Alcohol, Prueba de detección de sustancias y la Mini Entrevista Internacional de Neuropsiquiatría (MINI), arrojando como resultado que la edad media de las mujeres gestantes fue de 28,7 años. En cuanto a los datos clínicos

gestacionales, se observó un promedio de 2.8 embarazos en las participantes y la prevalencia de trastorno fue de 30,4% para depresión y 52,2% ansiedad; con el MINI la prevalencia fue de 30,4% y 34,8%, respectivamente. Las mujeres embarazadas con enfermedades cardíacas tenían un 66,7% de depresión y una prevalencia de ansiedad del 77,8%, ambas superiores a las de otras patologías. La depresión y la ansiedad también fueron asociadas con embarazos no deseados y violencia doméstica durante la vida. Permitiendo así concluir que la ansiedad en las gestantes con alto riesgo se presenta en niveles altos en comparación con la depresión y cualquier otro tipo de patología.

La investigación realizada en Brasil por Lucchese et al. (2017) denominada “Factores asociados a la probabilidad del trastorno mental común en mujeres embarazadas: estudio transversal” Fue un estudio cuantitativo transversal y descriptivo, realizado en 330 mujeres embarazadas que hacen parte en un servicio de atención a la salud de la mujer, localizado en Brasil Central. Los datos fueron obtenidos por medio de un cuestionario con características sociodemográficas e historias familiares y personales, además del Cuestionario de autoinforme de psiquiatría Trastornos menores - SRQ-20 utilizado para detectar trastornos mentales no psicóticos, en particular depresión y síntomas de ansiedad. Como resultados se arrojó entre las entrevistadas que la edad media fue de 24,33 años ( $\pm 5,9$ ) y la edad gestacional media fue de 22 semanas ( $\pm 11,3$ ). La prevalencia de probabilidad de trastorno mental común (CMD) en mujeres embarazadas fue del 57,1%. Las respuestas "sí" a las preguntas del SRQ-20 con mayor prevalencia en este estudio fue "se siente nervioso, tenso o preocupado" (73,9%), seguido de “se cansa fácilmente” (62,3%) y las variables predictoras: estado civil, embarazo planificado, edad gestacional y sangrado. Si bien, el estudio no confirma el diagnóstico de trastorno mental, tiene unas

ventajas en la búsqueda de problemas de salud mental recurrentes entre mujeres embarazadas.

Así mismo, el estudio denominado “ansiedad y depresión asociados a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del Cusco 2018” realizada en Perú por Carpio y Siwin (2019) tuvo como objetivo describir y establecer qué niveles de ansiedad y depresión están asociados a los partos prematuros en mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad durante el primer trimestre del año 2018. Fue un estudio cuantitativo donde se les aplicó el test de Ansiedad y Depresión de Zung a 195 mujeres, teniendo como resultado que los niveles de ansiedad de las mujeres que tuvieron partos prematuros, el 25.6% presentaban ansiedad moderada a intensa, un 32.8% presentaban niveles de ansiedad leve a moderada, mientras un 41.54% presentan un nivel de ansiedad normal, mostrándonos claramente que los niveles de ansiedad se encuentra dentro de los niveles normales en su mayoría y en cuanto a la depresión un 21.53% muestran niveles de depresión moderada a intensa, mientras que un 30.77% tienen un nivel de depresión leve a moderada y finalmente un 47.70% tiene un nivel de depresión normal, lo que evidencia que no necesariamente se presentan en madres que tuvieron partos prematuros o con una edad gestacional pretérmino, aunque sí se muestra una ligera diferencia entre las madres que tuvieron partos pretérmino y a término. Se concluye que los niveles de ansiedad y depresión no están asociados con la edad gestacional que presentan las mujeres embarazadas.

De igual manera, en la investigación denominada “Las variables asociadas a la ansiedad gestacional en primigestas y multigestas” realizada por Schiavo et al., (2018) en Brasil, tuvo como objetivo describir y comparar la ansiedad en las primigestas y multigestas en el tercer trimestre e identificar, entre las variables sociodemográficas y el

embarazo, que se asocian a mayor ansiedad; la investigación fue de tipo cuantitativo y de corte transversal, los participantes fueron 479 mujeres embarazadas que respondieron a un instrumento de ansiedad (STAI) y un cuestionario sobre variables sociodemográficas y el embarazo, teniendo como resultado que en el análisis de predicción para el total de muestra, se puede observar que ninguna variable sociodemográfica mostró una asociación significativa con altos niveles de ansiedad en rasgo o estado. Sin embargo, el 36% de las mujeres embarazadas tenían síntomas altos de ansiedad en el tercer trimestre, con un predominio de multigestas en relación con las primigestas. Para multigestas la alta ansiedad se asoció con bajos ingresos y para las primigestas con un aborto involuntario en el embarazo temprano, ambas primigestas y multigestas consideran que el bebé apareció como un factor protector para alta ansiedad. Sin embargo, no dejan de presentarse los niveles, solo varía el factor que las predispone.

La investigación realizada en España por García et al. (2018) llamada “Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas” tuvo como finalidad conocer el nivel de ansiedad y conocimientos de puericultura y lactancia de las embarazadas primerizas actuales y las variables clínico-demográficas con las que se relacionan. El estudio fue de tipo cuantitativo en el que se aplicaron cuestionario de variables sociodemográficas, cuestionario ansiedad STAI y 23 preguntas sobre puericultura y lactancia. Obteniendo como resultados que dentro de las 104 embarazadas con las que se trabajó, tenían una edad media de 34,2 años; el 94,2% eran españolas, el 61,5% universitarias, el 17,3% fumadoras en el embarazo y el 23,1% tenía antecedentes psicopatológicos. El 88,4% planeaba dar lactancia. El STAI estado (STAI-E) medio fue de 18,1 y puntuaron 4,5 errores de media. Las preguntas más falladas versaban

sobre causas de fiebre (56,7%), medición de fiebre (54,8%) y deposiciones fisiológicas (55,7%). En conclusión, el análisis multivariante entre conocimiento y perfil mostró asociaciones estadísticamente.

Por otra parte en la investigación “Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana” realizada por Rodríguez y Flores (2018) tuvo como finalidad encontrar si hay diferencias significativas en los niveles de estrés, depresión y ansiedad entre mujeres embarazadas que reciben apoyo social y aquellas que no, también busca conocer dichos niveles de ansiedad, depresión, estrés y si la percepción de apoyo social incrementa o disminuye dependiendo del trimestre de embarazo, embarazos previos, ingesta de alcohol, entre otros factores externos. Esta investigación fue de tipo cuantitativo, la muestra consistió en 227 mujeres embarazadas que visitaron un hospital o clínica privada. Donde se encontró que el apoyo social percibido, emocional y de confianza está correlacionado significativamente con los niveles de ansiedad (72.2%), estrés (74%) y depresión (85.9%). También se evidenció una correlación positiva entre el nivel de educación y el apoyo emocional percibido y se detectaron diferencias entre los niveles de estrés, ansiedad y apoyo social entre mujeres embarazadas primerizas y aquellas que presentaron embarazos previos. Existe una diferencia en los niveles de ansiedad, apoyo emocional, apoyo de confianza y apoyo social percibido entre madres que ingirieron alcohol durante el embarazo y aquellas que no, donde las que ingerían mayor cantidad presentaban los niveles más altos. Al mismo tiempo, se evidenció que el apoyo social de confianza se encuentra relacionado con ansiedad y depresión en una forma negativa.

Vargas y Echeverría (2018) realizaron una investigación cuantitativa en Ecuador denominada “Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas víctimas de violencia

intrafamiliar” que tuvo como objetivo describir los niveles de ansiedad de las mujeres embarazadas víctimas de violencia. La muestra consta de 50 mujeres embarazadas entre 20 y 40 años donde para medir los niveles de ansiedad se les aplicó la escala de valoración de la ansiedad de Hamilton, además de una encuesta que recolectaba datos sociodemográficos y principalmente indagaba sobre las diferentes manifestaciones de violencia y su frecuencia. Como resultado se obtuvo que el 80% de la población estudiada presenta un nivel de ansiedad grave y el 20% un nivel de ansiedad moderado, como consecuencia de la violencia de la que fueron víctimas.

En la investigación realizada por Farfán (2017) en Ecuador denominada “Impacto del embarazo en la salud mental de las adolescentes del distrito 01D01, Cuenca 2017” que tiene como objetivo determinar el impacto que tiene el embarazo en la salud mental de las adolescentes. Fue un estudio de tipo cuantitativo descriptivo transversal, en el que se trabajó con una población de 70 adolescentes gestantes de 14 a 19 años; los instrumentos utilizados fue una encuesta para identificar las características sociodemográficas y económicas, así como el formulario de preguntas del autor Hamilton para ansiedad y depresión. Como resultado se obtuvo que el predominio de las edades de las participantes era de 18 a 19 años, que vivían en zonas urbanas. El 60% vive con su pareja, el 31% con sus padres y el 9% con otros familiares, y en unión libre o soltera, el 91,4% sin hijos. Los salarios están entre 200 y 799 dólares; el (62%) reflejan ansiedad leve, un 27% demuestran ansiedad moderada, el 10% ansiedad severa y 1% ansiedad muy severa. En cuanto a depresión 57% presentaban depresión ligera, en nivel moderado se encuentra el 39% y en nivel severo está el 4%. Donde muestra que en la mayoría de las adolescentes existe algún grado de ansiedad y depresión ya sea leves o ligeros, por lo que se consideran como una población vulnerable que requiere de atención prioritaria durante el embarazo.

Así mismo se realizó un estudio en Ecuador por Granda (2017) denominado “análisis comparativo de síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre mujeres embarazadas con y sin antecedentes de aborto: caso área de salud n° 1 Ingahurco, Ambato”. El estudio fue descriptivo-comparativo de corte transversal no experimental en el que participaron 44 mujeres que acuden por servicios de salud, dividiéndolas en dos grupos: ESA gestantes sin antecedentes y ECA gestantes con antecedentes de aborto. Para la evaluación se usó una ficha sociodemográfica, el test SCL-90-R que evalúa patrones de síntomas psicológicos y el cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF36. Teniendo como resultado que las embarazadas con antecedentes de aborto tienen pareja y se encuentran en el nivel socio-económico de medio-bajo a medio-alto y presentan valores más altos en depresión  $M=1,608$ ; sensibilidad  $M=1,353$ ; somatización  $M=1,347$  y hostilidad  $M=1,257$  en comparación de las embarazadas sin antecedentes. Por su parte, es importante mencionar que las gestantes del grupo sin antecedentes en su mayoría son solteras y de un nivel socioeconómico medio-bajo a bajo y presentan mayor ansiedad  $M=1,272$ . Lo que demuestra que los grupos de gestantes presentan riesgos en las dimensiones de somatización, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica; además, su calidad de vida centrada en la salud es considerada a nivel global como buena, sin embargo, al analizar las áreas individuales de su salud física y mental su calificación es regular.

### ***Antecedentes nacionales***

A nivel nacional se encontraron estudios que permiten analizar cómo se ha trabajado la problemática en este contexto, como es el caso de la investigación denominada “Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia)” realizado por Osman et al. (2019) la cual busca

determinar la prevalencia de depresión y ansiedad, así como las variables asociadas a estas a través de un estudio descriptivo transversal, utilizando como instrumentos una encuesta sociodemográfica, las escalas de Depresión Posnatal de Edimburgo y Autoevaluación de Ansiedad de Zung, *APGAR* familiar y un Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Dando como resultado que en la muestra de 244 gestantes la edad promedio era de 24.8 años, El 98.3% de las mujeres vivían en estrato uno, dos o tres; el 84.4% habían cursado primaria y secundaria y solo el 22.1% laboraban fuera del hogar. La prevalencia de depresión fue del 24.6%, y de ansiedad del 25.8%. La depresión se considera que estaba asociada con antecedentes familiares de depresión a razón de prevalencia (RP) de 2.0; presencia de ansiedad a RP de 22.5, y consumo de alcohol a RP de 2.9. Como factor protector se encontró que las participantes tenían dos fuentes de ingresos (pareja y familia), a RP de 0.6. La ansiedad se asoció a presencia de depresión a RP de 13.3; la presencia de violencia psicológica a RP de 2.3, y no tener confianza en la pareja, a RP de 3.4. Se concluyó en el estudio que la ansiedad y la depresión están fuertemente asociadas y recomiendan detectar la morbilidad psicosocial.

En la investigación denominada “Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea” realizada por Quintana et al. (2020), esta tenía por objetivo estimar la frecuencia de la ansiedad preoperatoria (AP) y los factores asociados en las gestantes programadas con cesárea electiva. Este estudio fue cuantitativo de corte transversal en mujeres con embarazo sin complicaciones médicas, quirúrgicas u obstétricas, realizada previo a la intervención de cesárea electiva, en Cartagena, Colombia. La participación fue voluntaria con consentimiento informado. Se aplicó un cuestionario de características sociodemográficas y la versión en español de la escala Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS). Se estudiaron 326 embarazadas, con

prevalencia de edad 28,5 años; 7,9% adolescentes; 24,2% primigestantes; 81,9% con cesárea anterior y 70,8% sin otras cirugías previamente. El 45% informó no estar preocupada por la cirugía o anestesia y el 7,8% quería saber más sobre el procedimiento. La frecuencia de ansiedad preoperatoria y la necesidad de tener mucha más información de la cirugía o anestesia fue del 9,2%. También lo fueron los estados civiles: unión libre y separada, con respecto a casada que respectivamente se asociaron.

De igual manera, la investigación “Características de la salud mental en cuanto a la depresión, ansiedad y esquemas mal adaptativos en madres adolescentes de las poblaciones de Bicentenario y Caño del Oro” realizada en Cartagena por Flores y Velasco (2019) tiene como objetivo describir las características de salud mental en cuanto a la depresión, ansiedad y esquemas mal adaptativos en madres adolescentes. El estudio fue de tipo cuantitativo con una población de 200 madres adolescentes, se aplicó el Cuestionario de Esquemas de Young, YSQL2 y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, teniendo como resultado en cuanto al instrumento EADG en la dimensión de ansiedad en su distribución de porcentaje se obtuvo que un 66,5% de las evaluadas presentan un nivel moderado, un 25,5% y un 8% se ubican en los niveles leve y grave respectivamente. Lo que demuestra que en las mujeres gestantes participantes se presentan índices de ansiedad, aunque moderados se consideran de importancia el abordaje de dicha problemática para que tengan una calidad de vida y un proceso de embarazo sin riesgos.

Por otro lado, en la investigación “Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia)” realizado por Miranda (2016) buscaba determinar los factores relacionados con el uso del control prenatal, el cual se hizo a través de un estudio de corte transversal con 730 gestantes, seleccionadas mediante muestreo por conglomerados. La información fue recolectada por medio de Encuesta

sociodemográfica y de caracterización familiar, Escala de Apgar Familiar y Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios, dando como resultado que el 97,7 % de las gestantes asisten al control prenatal. Sobre las razones de asistencia, 83,9 % (598) dijo que lo hacía para detectar alteraciones y 14,6 % (104) por recomendación de alguien; las 17 gestantes que no asistían al control citaron como razones: porque deben hacer mucho trámite (47,1 % (8)), por haber perdido la cita (23,5 % (4)), porque creen no necesitar el control, porque habían tenido hijos sin problemas (23,5 % (4)) y porque creen que es muy temprano para iniciar el control (5,9 % (1)). Acerca del uso de control prenatal se encontró que el 75,6 % (552) hace uso adecuado de este servicio. En esta investigación se encontró asociación estadísticamente significativa entre el uso adecuado de control prenatal y la afiliación a un régimen de salud y la satisfacción con los servicios de control prenatal, lo cual se relacionan debido a que al no acceder a dichos servicios puede traer complicaciones en las gestantes por no tener un control de su proceso.

### ***Antecedentes locales***

Para finalizar, a nivel local la ciudad de Valledupar hizo parte de un estudio dirigido por Miranda y Parra en el instituto de Maternidad Rafael Calvo de Cartagena Bolívar “Actitudes y efectos psicológicos colaterales de COVID-19 en mujeres embarazadas en Colombia” (2020). Fue una investigación multicéntrica constituida por una población de 1.021 embarazadas de Cartagena, Barranquilla, Pereira, Cúcuta, Sincelejo, Cali, Bogotá y por último Valledupar siendo la población de interés donde a través de una encuesta web transversal evaluaba datos demográficos, de conocimiento, síntomas psicológicos y actitudes con respecto a la pandemia de COVID-19. Dando como resultado que el 50,4% de toda la cohorte informó síntomas de ansiedad, el 49,1% insomnio y el 25% de ellos informó

síntomas depresivos. En cuanto a los conocimientos sobre el virus, las mujeres embarazadas tienen poca información y las mujeres mal informadas tenían más probabilidades de ser más jóvenes, estar afiliadas al régimen subsidiado y con menor nivel educativo.

Cabe resaltar que luego de realizar una revisión exhaustiva en buscadores como Open acces, Science Direct, Dialnet entre otros se evidencia que existe poca información a nivel regional y de la ciudad de Valledupar con respecto a investigaciones relacionadas con la temática en estudio, siendo las anteriormente mencionadas las abordadas con la población de interés.

### **Análisis de tendencia**

Luego de realizar una revisión bibliográfica de los estudios que se han hecho a nivel internacional, nacional y local sobre ansiedad y mujeres gestantes, se puede evidenciar que, en las metodologías de las investigaciones, se resalta las de tipo cuantitativo en mayor porción con corte transversal y descriptivo. Así mismo, la población más prevalente en los estudios son mujeres gestantes adultas, aunque también se encontraron estudios significativos en adolescentes gestantes.

En cuanto al enfoque disciplinar de las mismas, se resaltan; enfermería, medicina, obstetricia y psicología siendo esta última la más representativa. Igualmente, al hablar de los resultados, los niveles que más presentaban las gestantes era el moderado, el cual variaba según algunos factores asociados que de acuerdo a las investigaciones los más comunes son; la violencia intrafamiliar, la ingesta de alcohol, no tener pareja o no contar con su apoyo entre otras. Finalmente, no se encontró que la edad gestacional estuviera asociada directamente con los niveles de ansiedad, pero si se considera que estos varían según características propias.

## **BASES TEÓRICAS**

El ciclo vital comprende el tiempo transcurrido desde el momento en que un nuevo ser se desprende del vientre materno para asumir por sí mismo sus funciones respiratorias, hacer su camino de construcción del pensamiento y experiencias hasta llegar a su muerte. En relación con la mujer, el responsable de definir los períodos más significativos de la vida de ella están relacionados con su capacidad fértil: así, la menarquia, el ciclo menstrual, el embarazo y la menopausia que forman parte del funcionamiento fisiológico de su cuerpo, se convierten en los nudos claves a partir de los cuales se interpretan otros aspectos sociales como ser señoritas, madres o estar en la vejez, haciendo que las mujeres identifiquen cada una de estas etapas con determinadas pautas de comportamiento. (Bodoque, 2001)

Es así, como el embarazo se convierte en una de las etapas más significativas en su vida, según la Organización Mundial de la Salud (2006) citado por Herrera (2017) “la etapa reproductiva de la mujer se presenta entre los 15 y 49 años de edad, al iniciar este proceso tendrá que hacer una serie de modificaciones y ajustes en su forma de pensar, sentir y en su estilo de vida”.

### **Embarazo**

Se considera que el desarrollo del embarazo comienza al momento de la fecundación del óvulo por un espermatozoide, la unión de estas células lleva a la formación del embrión que se desarrolla en el útero de la mujer hasta convertirse en feto, el cual crece en la cavidad amniótica (bolsa de agua) que contiene el líquido amniótico para protegerlo de posibles traumatismos (golpes, caídas, etc.). Así mismo, controla su temperatura, permite el crecimiento armónico y la libertad de movimientos hasta finalmente nacer. Todo

este proceso tiene lugar alrededor de 40 semanas (10 meses lunares) o 9 meses más una semana de calendario. (Benito y Nuin 2017)

### **Tipos de embarazo**

El embarazo se puede desarrollar de distintas formas, entre ellas encontramos:

- Embarazo ectópico: sucede cuando el huevo no se desarrolla en su lugar habitual (dentro del útero) si no en otro lugar (fuera de él). Cuando el embarazo ectópico se da fuera del útero también se habla de embarazo extrauterino. (Aguilar, 2002 citado por Herrera & Gonzales, 2017)
- Embarazo múltiple: es el desarrollo simultáneo de varios fetos en el útero. La especie humana es unípara por excelencia; por lo tanto, todo embarazo múltiple debe ser considerado patológico, por la exigencia al cuerpo y útero de la mujer. (Schwarcz, 1997 citado por Herrera & Gonzales, 2017)
- Embarazo intrauterino: se define como un embarazo que se lleva a cabo dentro del útero en condiciones óptimas, el cual, la gestación de un embrión se desarrolla etimológicamente, desde la concepción hasta el nacimiento, es un embarazo típico que dura 40 semanas en promedio y se considera normal. (Ibujes, 2014 citado por Herrera & Gonzales, 2017)
- Embarazo molar: es el resultado de un ovulo anormal fecundado que produce un crecimiento deforme de la placenta. La causa es una serie de anomalías cromosómicas que evitan que el embrión se desarrolle satisfactoriamente. La placenta crece de manera anormal y se convierte en una masa de quiste llena de líquidos. (Robati, 2009 citado por Herrera & Gonzales, 2017)

- Embarazo de alto riesgo: es cuando existen condiciones que podrían comprometer la salud o la vida de la madre embarazada y su bebé, el riesgo de sufrir complicaciones obstétricas se puede presentar por primera vez durante el embarazo en mujeres completamente sanas o se puede predecir para un embarazo futuro en mujeres portadoras de enfermedades médicas de severidad considerables.  
(Betancourt, 2005 citado por Herrera & Gonzales, 2017)

### **Complicaciones medicas durante el embarazo**

El embarazo al ser un estado de extrema exigencia energética para la mujer, traer consigo cualquier tipo de patologías médicas que puede complicar su proceso de gestación, según el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2015) entre ellas encontramos:

- Tromboembolismo: Afección en la que una o más arterias en los pulmones quedan obstruidas por un coágulo sanguíneo. Durante el embarazo, la mujer tiene un riesgo 5 veces mayor de desarrollar trombo embolia comparada con la mujer no embarazada debido, a que presentan múltiples cambios en el sistema de coagulación caracterizado por una hipercoagulabilidad producto del embarazo, los síntomas pueden confundirse con los trastornos usuales de esta etapa como disnea y cansancio.
- Asma: es un proceso inflamatorio que se presenta en las vías aéreas en el que se produce mayor cantidad de mucosa. La inflamación crónica da lugar a una hiperrespuesta bronquial que conduce a episodios recurrentes de disnea, opresión torácica y tos. Esta pone en peligro a la madre y el feto produciendo muerte por ausencia de oxígeno o deterioro neurológico fetal severo.

- **Anemia ferropénica:** La anemia es un síndrome agudo o crónico, caracterizado por una reducción en la capacidad de transporte de oxígeno por la sangre, en asociación con la disminución de hemoglobina circulante. Cuando la hemoglobina es menor de 9g/dl (gramos por decilitro) se puede asociar a hipoxia fetal, restricción de crecimiento intraútero y partos prematuros. La hemoglobina menor de 6g/dl (gramos por decilitro) se puede asociar a mortalidad perinatal.
- **Anemia falciforme:** es una enfermedad hereditaria en el que los glóbulos rojos adquieren forma de hoz. Las células mueren antes de tiempo, dejando una disminución de glóbulos rojos saludables y puede obstruir la irrigación sanguínea y causar dolor. Las mujeres en el embarazo con la enfermedad de células falciforme tienen un riesgo mayor de presentar complicaciones como preeclampsia, eclampsia, labor de parto pretérmino, desprendimiento prematuro de placenta y restricción del crecimiento intrauterino.
- **Preeclampsia:** Complicación del embarazo potencialmente severa caracterizada por una presión arterial elevada. Es una enfermedad propia de la segunda mitad del embarazo que se observa en el 3-4% de ellos, afectando por lo general a primigestas y su tratamiento definitivo es la interrupción del embarazo.
- **Eclampsia:** Forma severa de preeclampsia donde la magnitud del alza tensional provoca un cuadro convulsivo que se produce durante el embarazo o poco después de dar a luz. Se presenta en aproximadamente el 0,3% de los partos. Las embarazadas tienen riesgos a tener separación de la placenta (desprendimiento prematuro de la placenta) problemas de coagulación en la sangre, parto prematuro, accidentes cerebrovasculares y muerte del bebé.

### **Factores de riesgos y protectores en el embarazo**

Se considera que los factores de riesgo son cualquier característica o exposición de un individuo, lo cual, hace que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

En el caso del embarazo se destacan como factores de riesgos: la desnutrición, la multiparidad, el aborto, tener una edad menor a 18 años o mayor a 38 años y un peso menor a 45 kg. A nivel psicológico se detectó estrés, embarazos no deseados, no apoyo de la pareja y costumbres de no acudir a controles prenatales. Por último, a nivel sociocultural, se presenta la baja escolaridad, las cargas de trabajo excesivas, los bajos recursos económicos, la escasa educación y la presencia de agresiones sexuales. (Gonzales, 2014 citado por Córdoba y Niño, 2019)

De igual manera, así como existen factores de riesgos, existen unos factores protectores que ayudan a lidiar o mitigar la presencia de enfermedades o problemas durante el embarazo, entre estos se encuentran. A nivel familiar: tener pareja, percibir apoyo familiar, tener un embarazo planeado y vivir en una familia pequeña (de cuatro integrantes o menos). A nivel sociocultural: terminar la secundaria o tener estudios superiores. Por último, a nivel económico: ser empleadas o recibir ingresos económicos. Dichos factores aumentan significativamente la probabilidad de tener un adecuado manejo del embarazo. (Castillo et al., 2017)

### **Etapas del embarazo**

Las 40 semanas de embarazo se contemplan desde el primer día del último periodo menstrual y según la Oficina para la Salud de la Mujer (2019) se agrupan en tres etapas (trimestres).

- Primer trimestre (semana 1-12): esta etapa es fundamental debido a que se forman los órganos vitales del bebé y el embrión está más susceptible a daños causados por toxinas, drogas e infecciones. Además, la gestante sufre cambios hormonales que pueden manifestarse en síntomas desde las primeras semanas como son; agotamiento, cambios de humor, malestar estomacal (vómitos), necesidad de orinar con mayor frecuencia, deseo o desagrado hacia ciertos alimentos, entre otros aspectos.
- Segundo trimestre (semana 13-28): en esta fase, pueden desaparecer en la madre algunos de los síntomas presentados en el primer trimestre y es más evidente su embarazo generando cambios en el cuerpo como; estrías, dolores corporales, manchas oscuras en la piel e inflamación de tobillos, dedos y rostro. Al mismo tiempo el cordón umbilical continúa engrosándose para transportar los nutrientes al feto que en esta etapa ha desarrollado todos sus órganos y busca crecer en tamaño y peso.
- Tercer trimestre (semana 29-40): en esta última etapa el cuerpo de la madre y el feto continúan cambiando, se encuentran en la recta final para el parto; los sistemas del cuerpo del bebé terminan de madurarse y comienza a posicionarse cabeza abajo, de igual manera, la gestante puede sentirse incomoda debido a que sube de peso, le falta el aire, no logra conciliar el sueño y comienza a tener contracciones falsas (contracciones de Braxton-Hicks).

Las gestantes durante estas etapas no son ajenas a presentar alteraciones psicopatológicas y es frecuente su presencia, ya sea por primera vez o de forma previa al embarazo. Particularmente en el caso de la ansiedad, la elevada prevalencia en la población

general sitúa a los trastornos de ansiedad entre los cuadros psicopatológicos más comunes, junto con los trastornos depresivos. De hecho, se considera que al menos 1 de cada 5 gestantes presentará en mayor o menor grado algún tipo de psicopatología, en especial aquella relacionada con la depresión o la ansiedad. (García et al., 2010)

### **Ansiedad**

La ansiedad es vista por varios autores como una reacción emocional universal que suele aparecer cuando existe presencia de elementos amenazantes para el propio individuo o para aquellas personas que son significativas y puede manifestarse a lo largo de la vida en diferentes situaciones, tal como lo menciona el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales quinta edición DSM-5 (2013) la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

Considerando los criterios propuestos por el DSM-5 para el diagnóstico de ansiedad, es importante tener en cuenta:

- A. La ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
  - 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
  - 2. Fácilmente fatigado.
  - 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.

4. Irritabilidad.
  5. Tensión muscular.
  6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)
- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental.

De igual manera, se considera que la ansiedad cumple un papel de adaptabilidad y supervivencia cuando surgen eventos nuevos, lo cual genera conductas defensivas encaminadas a preparar a la persona. Sin embargo, esta función se ha relacionado más con procesos patológicos por los síntomas que esta produce. Entre ellos encontramos según (Baeza et al., 2008; citado por Vargas & Echeverría, 2018)

- Síntomas físicos: Taquicardia, palpitations, presión en el pecho, falta de aire, temblores, tensión muscular, cansancio, hormigueo, sudoración, sensación de mareo e inestabilidad, molestia digestiva, náuseas y nudo en el estómago.
  - Síntomas psicológicos: sensación de amenaza o peligro, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor de perder el control, incertidumbres y en casos más extremos temor a la muerte, a la locura o al suicidio.
- Estos síntomas se pueden diferenciar en dos grupos:

- ☒ **Cognitivos:** dificultades de atención, concentración y memoria, preocupación excesiva, expectativas negativas, pensamientos negativos, distorsionados e inoportunos.
- ☒ **Conductuales:** se encuentran en estado de alerta e hipervigilancia, existen bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, estarse quieto y en reposo, impulsividad e inquietud motora.

### **Tipos de ansiedad**

El DSM-5 clasifica el trastorno de ansiedad en un grupo heterogéneo de alteraciones, en los cuales se encuentran:

- **Trastorno de ansiedad por separación:** Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a la separación de aquellas personas por las que siente apego.
- **Mutismo selectivo:** Fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas en las que existe expectativa por hablar (p. ej., en la escuela) a pesar de hacerlo en otras situaciones, este fracaso no se atribuye a la falta de conocimiento o a la comodidad con el lenguaje hablado necesario en la situación social.
- **Fobia específica:** Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social):** Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales, ser observado o actuar delante de otras personas.

- Trastorno de pánico: Ataques de pánico imprevistos recurrentes. Presentación súbita de miedo intenso o de malestar intenso que alcanza su máxima expresión en minutos. La aparición se puede producir desde un estado de calma o desde un estado de ansiedad
- Agorafobia: Miedo o ansiedad provocado por una exposición real o anticipatoria a una amplia gama de situaciones como uso de transporte público, estar en sitios abiertos o cerrados, estar fuera de casa solo. El individuo evita las situaciones debido a la idea de que escapar sería difícil o podría no contar con ayuda si aparecen síntomas tipo pánico.
- Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesiva, que se da durante más días de los que ha estado ausente en un periodo mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (laboral o escolar). A la persona se le dificulta manejar la preocupación.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos: síntomas prominentes de pánico o ansiedad que se consideran debido a los efectos de una sustancia.
- Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica: Los ataques de pánico o la ansiedad predominan en el cuadro clínico, donde existen pruebas a partir de la historia clínica, la exploración física o los análisis de laboratorio de que el trastorno es el causante fisiopatológico del desarrollo de otra afección médica.
- Otros trastornos de ansiedad no especificado: Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno de ansiedad que causan malestar clínicamente significativo o daños en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos de ansiedad.

Por otro lado, partiendo del instrumento utilizado en la investigación y los postulados del mismo, es importante mencionar que la ansiedad puede ser entendida según Spielberger Gorsuch & Lushene (1975) citado por Ontiveros y López (2010) como ansiedad de rasgo que puede ser permanente de la personalidad, o como ansiedad estado que depende o varía de acuerdo a las situaciones ambientales. Es así como la explican los autores:

- Ansiedad rasgo: se refiere a las diferencias entre las personas respecto a la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes y se manifiesta con aumento en la intensidad de la ansiedad estado, lo cual, adquiere disposiciones que permanecen ocultas hasta que son activadas por algunos estímulos. (Ontiveros y López, 2010).
- Ansiedad estado: es una condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, percibidos de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema autonómico. Aquí los estados de ansiedad varían su intensidad y oscilan a través del tiempo. (Ontiveros y López, 2010).

Se considera que la ansiedad es uno de los trastornos que afecta en su mayoría a la mujer, hasta el grado de interferir gravemente en su funcionamiento psicológico y social. Es natural que esto ocurra también en la etapa del embarazo o en el puerperio, lo que añade algunas complicaciones durante este proceso, lo cual hace necesario conocer, diagnosticar y tratar la ansiedad gestacional oportunamente para ofrecer un cuidado integral que alivie su sufrimiento y prevenga los efectos negativos asociados a la misma. (Dragonas y cols, 1998 citado por Maldonado y Iartigue, 2008)

### **Ansiedad gestacional**

La ansiedad durante el embarazo ha sido poco estudiada; según Huizink et., al; (2004) en su estudio contemplan la ansiedad gestacional como un síndrome específico, sin que hasta la fecha dicha afirmación sea considerada oficialmente, esto puede deberse a la poca investigación que se tiene de la temática para comprobar si puede incluirse como un tipo de ansiedad. Por otro lado, la presencia de ansiedad durante el embarazo podría comportarse como un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos, como la depresión puerperal, además de tener influencia en el futuro desarrollo del recién nacido.

Del mismo modo, la ansiedad excesiva en esta etapa causa considerable sufrimiento y trae consigo múltiples dificultades psicosociales en la gestante, su pareja y posiblemente a toda la familia; además puede repercutir en la relación entre madre e hijo. En el ámbito psicológico, según Maldonado y Lartigue (2008) es posible que en la etapa perinatal se desarrollen trastornos de ansiedad tales como:

- Trastorno de pánico: los cambios hormonales y bioquímicos propios del embarazo tienen un impacto en la gravedad del pánico. Aunque la elevada concentración de progesterona (la cual tiene un efecto ansiolítico) podría actuar como tranquilizador para aliviar la ansiedad, en ellas se pueden presentar episodios de pánico, debido, a que en el embarazo su respiración es más superficial y tienen una relativa taquipnea, estos dos factores podrían facilitar su aparición.
- Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC): cuando el TOC ocurre en el periodo perinatal existe mayor barrera para revelar su malestar debido a la sensación de fracaso ante lo que debería ser un período feliz y positivo. Los síntomas

principales son pensamientos intrusos sobre temas cotidianos y al tener un hijo estos pensamientos pueden estar asociados a daños contra el bebé como ahogarlo durante el baño, dudar si está respirando o haberlo dejado en una situación de peligro. Es posible que el TOC no exista antes de la transición a la maternidad y se inicia en el periodo posparto.

- Trastorno de ansiedad generalizada: existe poca información sobre su relación con el periodo perinatal, aun así, se considera que se pueden encontrar pacientes que lo sufren desde antes del embarazo y su transición a la maternidad se verán afectadas por la ansiedad constante donde se presentan temores relacionados al embarazo, bienestar del bebe y el papel que cumplen como madres. La gestante casi nunca está tranquila y siente una angustia frecuente de que algo está mal.
- Trastorno de estrés postraumático: se caracteriza por síntomas de evitación de recuerdos desagradables, sensación constante de peligro, así como sensación de revivir episodios traumáticos. Estos recuerdos pueden surgir por primera vez durante el embarazo o el parto y la gestante responde con temor ante estímulos desencadenantes que les recuerdan estas experiencias abrumadoras, así mismo presentan síntomas somáticos y psicológicos como pesadillas, temores y miedo al proceso de parto, es por esto que pueden solicitar que se le realice cesárea para evitar revivir experiencias relacionadas con los órganos sexuales, así mismo puede haber miedo al bebe y evitar contacto con él.

### **Causas que generan ansiedad en las gestantes**

Se considera que las creencias adquiridas por las madres desarrollan niveles de ansiedad durante el proceso de embarazo y parto. Algunas de sus principales causas se dan

por la preocupación de la salud del bebé, lo cual va a influir en gran medida, debido a que, siempre buscan según las exigencias del medio el bienestar de su hijo/a sobre cualquier circunstancia. Por otro lado, el miedo al parto, genera en ellas incertidumbre principalmente el pensamiento que tienen sobre el experimentar un intenso dolor a la hora del parto, también existe la preocupación constante de la idea de si serán capaces de resistir o si podrán hacer un buen papel. Por último, se tiene que la falta de información acerca de esta etapa genera inseguridad y nerviosismo, puesto que, no conocen los cambios que están atravesando en su cuerpo y lo que conlleva este proceso. (Cañamero, 2015 citado por Jiménez y León, 2020)

### **Consecuencias de la ansiedad en las gestantes**

La presencia de ansiedad excesiva durante el embarazo se puede asociar con algunas alteraciones que afecta a la gestante, encontrando un riesgo mayor de preeclampsia y en el bebé, incidencia de prematuridad, cambios en su desarrollo y un bajo peso al nacer. Se considera que los hijos de madres con ansiedad gestacional tienen un riesgo elevado de presentar déficit atencional, inmadurez psicomotora, carencias en su cuidado, hiperactividad, desórdenes conductuales y ansiedad durante la niñez. (Wedel, 2018). De igual manera, la mujer que sufre mucha ansiedad puede recurrir al uso de sustancias como el alcohol y otras drogas para aliviar esos sentimientos, al menos de manera temporal, lo que conlleva a más consecuencias negativas para ella y el futuro bebé. (Meshberg y Svikis, 2007)

Por otra parte, el embarazo en la mayoría de las mujeres conforma uno de los momentos más cruciales y significativos en su vida, como cualquier situación que genere cambios puede traer consigo ansiedad y más aún en este proceso, lo cual puede variar

dependiendo de las características propias de las gestantes como el ambiente donde se desenvuelven y su estilo de vida.

Dichas diferencias se relacionan con las características biológicas, las condiciones sociales y ambientales, el ciclo vital, la estructura y funcionalidad de la familia y el territorio donde viven, siendo estas características sociodemográficas que pueden generar espacios de vulnerabilidad y exclusión social que implican fragilidad, amenaza y susceptibilidad en la salud. Por consiguiente, en contextos vulnerables la maternidad enfrenta condiciones de mayor precariedad, debido a que, existen evidencias asociadas a la vulnerabilidad social con mayores niveles de estrés y ansiedad de la madre antes y durante el embarazo. (Assis, Quintes & Vasconcellos 2009)

### **Características sociodemográficas**

Son aquellos atributos que se utilizan para diferenciar a alguien o algo de sus semejantes y que interviene en la conducta de las personas en una sociedad. Así mismo se consideran que estos atributos son un análisis estadístico con respecto a unos habitantes que se investiga sus cualidades en un lapso o periodo. (Quispe y Vega 2019) De acuerdo al estudio de investigación se tendrán en cuenta las siguientes características:

#### ***Edad***

Es el periodo que transcurre desde el alumbramiento de una persona y el instante presente, se puede medir en días, meses o años.

#### ***Estado civil***

Es la situación marital de los individuos y su vínculo con las leyes, entre ellas se encuentran:

- Soltera: se emplea para nombrar a un individuo que no tiene pareja

## Niveles De Ansiedad y Características Sociodemográficas En Gestantes

- Casado: sujeto que contrae un vínculo matrimonial, civil o religioso
- Unión libre: es el periodo que se usa para nombrar la convivencia de dos personas que viven juntas sin un vínculo matrimonial
- Divorciada: es la ruptura del vínculo matrimonial donde sus partes llegan acuerdos para continuar con sus vidas de forma independiente
- Viuda: se le nombra así a la persona que pierde su pareja a causa de la muerte

### *Nivel de estudio*

Es el grado más elevado de estudios que puede realizar una persona, sin tener en cuenta si han sido finalizadas o están incompletos. Estos se pueden clasificar en:

- Primaria: se caracteriza por brindar destrezas básicas en lectura, escritura y matemáticas.
- Secundaria: incluye a las personas que tienen el nivel de estudios equivalente a bachiller, donde se enseñan destrezas más avanzadas y se sientan las bases para el desarrollo humano.
- Técnico/tecnólogo: personas que han realizado estudios que suelen tener como objetivo proporcionar destrezas pertinentes para el empleo o el mundo laboral.
- Universitario: personas con competencias, conocimientos y destrezas específicas sobre un programa en particular para optar a un título profesional.
- Maestría/posgrados: se caracteriza por brindar competencias académicas y profesionales avanzadas que conducen a un segundo título profesional.

### ***Trabajo***

Según el artículo 5 del código sustantivo del trabajo, se define como toda actividad libre, permanente o transitoria, que una persona natural ejecuta al servicio de otra con cualquiera finalidad, siempre que se lleve a cabo bajo un contrato.

### ***Composición familiar***

Se conforman por un número variables de individuos unidos por vínculos ya sea de consanguinidad, unión, matrimonio o adopción, además implica compartir un mismo espacio físico. Según Mangione (2002), citado por Echeverri (2016) la familia se puede clasificar teniendo en cuenta su composición:

- Familia nuclear: se conforma por los progenitores y sus hijos, que conviven de forma independiente de otros parientes.
- Familia extensa: está integrada por varias generaciones o más de dos familias nucleares formadas por la ampliación de la relación entre padres e hijos.
- Familia monoparental: son aquellas en que la cabeza de la familia es uno de los progenitores, generalmente la mujer.
- Familia homoparental: es aquella familia en la que el padre, la madre o ambos se reconocen como homosexuales o bisexuales.
- Familia de padres separados: los progenitores están separados, a pesar de que se nieguen a vivir juntos siguen cumpliendo con sus deberes como padres.
- Familia ensamblada o reconstituida: uno de los esposos tiene hijos de parejas anteriores.

### ***Número de hijos***

Cantidad de hijos que una mujer procrea durante su vida reproductiva

***Embarazo deseado***

Los embarazos descritos como deseados son los que se reportan que sucedieron en el momento justo o posterior a lo planeado, por el contrario, los que se reportan como no deseados o inoportunos ocurren cuando no se planeaban hijos o cuando no se deseaban más hijos en la familia por al menos uno de los integrantes de la pareja. (Yazdkhasti et al., 2015)

***Edad gestacional***

Según Carvajal y Ralph (2018) La edad gestacional es el número de días transcurridos desde el primer día de la última menstruación del ciclo concepcional a la fecha actual, la cual se expresa en semanas y días.

Estas características pueden ser percibidas como estímulos ambientales que son amenazantes, ya sea por la influencia de factores socioeconómicos (falta empleo, pobreza y trabajo doméstico), fisiológicos (enfermedades físicas y crónicas), psicológicos (eventos de vida y aislamiento social) o de estrés por conflictos de pareja, estos factores no favorecen la adaptación de la mujer a su proceso de embarazo, lo que causaría conflicto al incumplir las exigencias del exterior y a su vez impacta en su estado emocional, generando por lo regular manifestaciones ansiosas (Gómez & Aldana, 2007) y como consecuencia riesgos que dificultan el proceso de gestación.

Bohórquez y Lemos (2020) en su estudio ansiedad, depresión y características demográficas asociadas en el embarazo encontró que los factores socioeconómicos y el factor de si el embarazo fue deseado o no tuvo incidencia en que las mujeres embarazadas participantes tengan ansiedad y depresión. Considerando que los niveles de ansiedad fueron menores en los estratos alto y medio a comparación del estrato bajo que obtuvo mayor nivel

tanto de ansiedad como de depresión, lo que da cuenta que en poblaciones vulnerables existe mayor presencia de estos trastornos mentales durante el embarazo.

Por otra parte, Bandura (1986) citado por Puetate (2019) en su teoría del aprendizaje social, destaca la idea de que “buena parte del aprendizaje humano se da en el medio social. Al observar a los demás, las personas adquieren conocimientos, reglas, habilidades, creencias y actitudes. También aprenden sobre la conveniencia de diferentes comportamientos fijándose en modelos y en las consecuencias de su proceder y actuar de acuerdo con lo que cree que debe esperar como resultado de sus actos”. Es decir, que las creencias o pensamientos que puedan desarrollar son aprendidos del medio donde se encuentra, en el caso de la concepción del embarazo y parto por lo general se asocia a un evento doloroso y que requiere de muchas características que al no contar la madre con ellas hace que se incremente la preocupación y por ende la posibilidad de generar ansiedad.

De la misma forma, se considera que estas ideas son adquiridas principalmente por el aprendizaje social o de observación, ya que según la teoría se puede generar ansiedad o cualquier otra situación no solo a través de la experiencia o información directa de acontecimientos traumáticos, sino a través del aprendizaje observacional de las personas significativas y cercanas al entorno de la mujer gestante. (Vargas & Echeverría, 2018)

### **BASES LEGALES**

Dentro de las normativas que respaldan a las mujeres gestantes a nivel internacional se encuentra la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de las Naciones Unidas, Cairo- 1994. Reunión internacional realizada por la ONU donde establece que los derechos de las personas son un elemento central del desarrollo, declarando que la salud sexual y reproductiva es un derecho fundamental y subraya que

empoderar a las mujeres y las niñas es indispensable para garantizar el bienestar de los individuos, las familias, las naciones y el mundo en su conjunto.

Es así como propone para la salud de la mujer y la maternidad sin riesgo en dicha conferencia unos objetivos, los cuales son: a) Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad materna y reducir las diferencias entre los países en desarrollo y los desarrollados, sobre un esfuerzo decidido para mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir el número de muertes y la morbilidad causada por abortos practicados en malas condiciones; b) Mejorar la situación de salud y nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y madres lactantes.

De igual manera, a nivel nacional la Constitución Política de Colombia siendo la norma de normas respalda a la mujer gestante en su artículo 43:

“La mujer y el hombre tienen iguales derechos y oportunidades. La mujer no podrá ser sometida a ninguna clase de discriminación. Durante el embarazo y después del parto gozará de especial asistencia y protección del Estado, y recibirá de este subsidio alimentario si entonces estuviere desempleada o desamparada. El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de familia”.

Así mismo, la ley 1438 de 2011 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones, tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación de servicio público en salud en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, la cual permite una acción sistemática del estado, las instituciones y la sociedad. Esta ley en su artículo 3: Principios del sistema general de seguridad social en salud; inciso 3.5 Prevalencia de derechos: establece la obligación de la familia, el estado y la sociedad en

cuanto a la salud; cuidar y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, niñas y adolescentes, para garantizar su vida, su salud, su integridad física, moral y su desarrollo integral.

Por otro parte, la ley 1616 de 2013, tiene por objetivo garantizar el ejercicio pleno del desarrollo de la salud mental a la población colombiana mediante la promoción de la salud mental y prevención del trastorno mental con atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales. Lo que permite que las mujeres gestantes dentro de su control prenatal tengan derecho a valoraciones psicológicas para la promoción de un equilibrio emocional durante el proceso de embarazo.

Por último, en la resolución número 003202 de 2016 se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud -RIAS, donde adoptan un grupo de Rutas Integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social del país. El objetivo de esta ruta (RÍAS) es garantizar la atención integral en salud a las gestantes, sus familias y comunidades, a partir de intervenciones de valoración integral de la salud, detección temprana, protección específica, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, paliación y educación para la salud, teniendo en cuenta el mejoramiento de la calidad de vida en todo el continuo de atención. Para concluir, esto demuestra que las mujeres gestantes en general cuentan con un apoyo durante su proceso, donde se les brindan garantías por medio de las políticas públicas para que tengan un respaldo y así disminuir posibles complicaciones.

## **SISTEMATIZACIÓN DE VARIABLES**

### **Ansiedad**

“la ansiedad es una reacción emocional desagradable desarrollada por un estímulo externo que se considera como amenazador, produciendo cambios fisiológicos y conductuales en el sujeto”. (Spielberger 1975 citado por Siabato, et al 2013).

### **Características sociodemográficas**

Son un conjunto de características asignadas a la edad, sexo, educación, ingreso, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio. Esto se hace para cada miembro de la población siendo elementos que pueden condicionar una situación. (Sánchez y Vera, 2013).

## **CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO**

### **ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

El presente estudio corresponde a una metodología cuantitativa, según Hueso y Cascant (2012), esta se considera como un conjunto de técnicas viables que permiten estudiar las variables de interés de una determinada población o fenómeno. De igual manera, se basa en el uso de técnicas estadísticas para conocer y describir a la población que se está estudiando. Lo que permite a través de los instrumentos recolectar información de forma detallada y específica que explica cómo se desarrolla el fenómeno en estudio, lo cual es lo que se busca en la investigación, implementar un instrumento estandarizado para identificar los niveles de ansiedad y un cuestionario para reconocer las características sociodemográfica.

Se considera que el empleo de este método no es producto del azar, sino de procedimientos científicos, que permiten incrementar y facilitar la comprensión del

universo que nos rodea desde una óptica objetiva y estandarizada de sus datos, otorgando una generalización de los resultados encontrados en muestras significativas. (Fernández, 2002; citado por Cadena, et al, 2017)

El estudio está contemplado desde un diseño no experimental y de corte transversal, debido, a que según Hernández et al. (2010) se realiza sin manipular deliberadamente variables. Es decir, no se cambian intencionalmente las variables independientes y lo que se busca es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. Esto es, lo que busca la investigación, estudiar las variables sin manipularlas y dentro del contexto de los individuos.

Así mismo, la investigación es de corte transversal porque siguiendo la línea de los autores antes mencionados, los diseños con corte transeccional o transversal recolectan datos en un solo momento y en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia en un momento en particular. Por lo que en dicha información recogida se tienen en cuenta solo aspectos que se presentan en el momento específico del estudio, lo cual dará cuenta de las variables de interés como se presentan en el momento determinado.

## **TIPO DE INVESTIGACIÓN**

La investigación es de tipo descriptivo, puesto que estos estudios buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986 citado por Hernández, 2006). Además, miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar donde se selecciona una serie de cuestiones y se mide cada una de ellas de manera independiente, para así dar a conocer lo que se investiga. Lo cual es pertinente porque el estudio busca

comparar los niveles de ansiedad y las características sociodemográficas en la población de interés. (Hernández et al, 2006)

De igual forma se basa en el método comparativo, el cual establece un procedimiento ordenado, que busca establecer semejanzas y diferencias entre los fenómenos observados, en este caso, se compara buscando diferencias significativas sobre la ansiedad estado-rasgo y cada una de las variables sociodemográficas de la población. En este sentido, el Diccionario crítico de ciencias sociales (2018), define este método como aquel que consiste en realizar comparaciones de manera sistemáticas estableciendo semejanzas y diferencias entre dos o más componentes con la intención de extraer conclusiones.

Dentro de este marco, se considera que el método comparativo es un recurso ampliamente utilizado en las ciencias sociales. Incluso se ha considerado la comparación como un procedimiento propio de la investigación científica (Grosser 1973; Laswell 1968; Almond 1966, citados por Nohlen, 2003) como se cita en Gómez Díaz De León y De León De La Garza (2009).

## **POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO**

Para conocer cómo se manifiesta el fenómeno en una población entendiéndose ésta como un conjunto total de sujetos que conforman el espacio de interés para el estudio, es conveniente extraer una muestra, siendo esta entendida como un subconjunto de individuos seleccionados de la población, que se asumen de manera general representativos en el estudio. (Cortez, 2018)

De igual manera, el muestreo será probabilístico aleatorio simple debido, a que permite extraer una muestra representativa de la población y se basa en el concepto de

probabilidad, el cual, marca que cualquier elemento tiene la misma probabilidad de ser elegido y que la elección de cada uno es independiente de cualquier selección previa. Así mismo, es de tipo simple porque cada elemento de la población tiene una oportunidad igual e independiente de ser seleccionado (Porras, 2017)

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Para la presente investigación los criterios de exclusión que se tienen en cuenta son: que las participantes sean menores de edad, ser extranjeras, presentar alguna discapacidad o que hayan tenido diagnóstico previo de trastorno psicológico. En ese orden de ideas, la población total es de 331 mujeres gestantes inscritas hasta la fecha al programa de control prenatal del hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada, de las cuales luego de realizar la formulación de muestreo simple que se muestra a continuación, se consideran un total de 178 gestantes como muestra para la realización del estudio.

$$n = \frac{N}{1 + \frac{4(e)^2 (N-1)}{Z\alpha^2}}$$

Elementos:

n= la muestra a calcular

N= población

e= error máximo aceptado. Valor de 5%

$\alpha$ = nivel de significancia (95%) Z= valor preestablecido de 1,96

$$n = \frac{331}{1 + \frac{4(0,05)^2(331-1)}{1,96^2}}$$

$$n = \frac{331}{1 + \frac{4(0,0025)(330)}{3,8416}}$$

$$n = \frac{331}{1 + \frac{0,01(330)}{3,8416}}$$

$$n = \frac{331}{1 \cdot 3,8416} \quad n = \frac{331}{1 + 0,859} \quad n = \frac{331}{- 1,859} \quad \boxed{178}$$

## TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos que se utilizan en la investigación son: cuestionario de características sociodemográficas y el cuestionario de ansiedad Estado- Rasgo (STAI).

### Cuestionario de características sociodemográficas

Para recolectar las características particulares de la población en estudio se aplica un cuestionario, el cual es una adaptación del elaborado por Granda, A. (2017) en su investigación “Análisis comparativo de síntomas psicológicos y calidad de vida centrada en la salud entre mujeres embarazadas con y sin antecedentes de aborto”. Ajustándose al estudio para obtener la información de interés. Dicho cuestionario se divide en cuatro factores que especifican características que tienen las participantes, Los cuales son:

- Social: edad, estado civil
- Académico-Laboral: nivel de estudio, actualmente trabaja
- Familiar: composición familiar, número de hijos
- Embarazo: edad gestacional, embarazo deseado.

### Operacionalización

**Tabla 1:** *Cuestionario sociodemográfico*

VARIABLE	DIMENSIONES	ITEMS	VALORACIÓN
Características sociodemográficas	Social	Edad	Entre 18 y 24 años de edad = 1
			Entre 25 y 29 años de edad = 2
			Entre 30 y 34 años de edad = 3

		Entre 35 y 39 años de edad = 4
		Entre 40 y 44 años de edad = 5
		Entre 45 y 49 años de edad = 6
		50 años de edad o más = 7
	Estado civil	Soltera = 1
		Casada = 2
		Unión libre = 3
		Divorciada = 4
		Viuda = 5
Académico-Laboral	Nivel de estudio	Primaria = 1
		Secundaria = 2
		Técnico/Tecnólogo = 3
		Universitaria = 4
		Maestría/Posgrado = 5
		Ninguno = 6
	Actualmente trabaja	Si = 1
		No = 2
Familiar	Composición familiar	Familia nuclear (papá-mamá, uno o más hijos) =1
		Familia extensa (abuelos, tíos, primos y otros parientes) =2
		Familia monoparental (hijo(os) que cuentan con un solo progenitor sea la madre o el padre) =3
		Familia homoparental (pareja del mismo sexo que se convierten en padres/madres de uno o más hijos) = 4
		Familia de padres separados: (el hijo o hijos conviven con un solo progenitor o alternan la convivencia entre ambos, dado que los progenitores ya no conviven) =5
		Familia ensamblada, reconstruida o mixta (uno o ambos miembros de la pareja actual tiene uno o varios hijos de parejas anteriores) = 6
		No se identifica =7
	Número de hijos	1 hijo = 1
		2 hijos = 2
		3 hijos = 3
		4 hijos = 4

		5 hijos = 5
		6 hijos = 6
		7 hijos = 7
		8 hijos = 8
		9 hijos = 9
		10 hijos o más = 10
		Si= 1
		No = 2
Embarazo	Embarazo deseado	Primer trimestre = 1
		Segundo trimestre = 2
	Edad gestacional	Tercer trimestre = 3

### **Cuestionario de ansiedad estado- rasgo (STAI)**

Se implementa en el estudio el cuestionario de ansiedad Estado- Rasgo (STAI) de Spielberger; Gorsuch y Lushene para medir los niveles de ansiedad de las gestantes, el cual tiene una duración de 15 minutos aproximadamente y puede ser aplicado en adolescentes o adultos, con un nivel cultural mínimo que les permita comprender las instrucciones y enunciados del cuestionario, Según el manual del STAI este comprende dos escalas de autoevaluación que miden conceptos independientes de la ansiedad, como estado (E) y como rasgo (R). Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos sin alteraciones psiquiátricas, el STAI ha mostrado ser útil para medir además ambos conceptos tanto en personas con estudios medios y superiores como en pacientes de diversos grupos clínicos.

### ***Validez***

Se considera según el manual del instrumento (STAI) que el primer antecedente de la adaptación española del instrumento fue el estudio de Bermúdez (1977) con su tesis doctoral; en el cual empleó una versión experimental del STAI para utilizar las escalas estado y rasgo como variables moduladoras en el estudio del rendimiento de los sujetos en una tarea fácil (test perceptivo) y otra difícil (test de inteligencia). Se utilizó una muestra de

más de 500 casos a los que se les aplicó el STAI con unos elementos muy similares a los que ahora se ofrecen como versión definitiva (excepto que en el elemento 34 se invirtió el sentido: “Trato de afrontar...”, en vez de “Evito afrontar...” que ahora tiene). Por otra parte, en sus análisis se utilizó la escala original 1 – 4 puntos en cada elemento.

Así mismo buscaron ver correlaciones con otros instrumentos como es el análisis de Sandín (1981) con estudiantes universitarios donde relacionó el STAI con el cuestionario 8SQ (“Eight State Questionnaire” IPAT, 1971), pues en él una de sus escalas es la ansiedad, es así como sometió una muestra de 83 sujetos (50 varones y 23 mujeres) aplicando ambos instrumentos en dos momentos: 1. Situación normal 2. Condiciones de tensión (descarga eléctrica en la mano). La medida de ansiedad del 8SQ correlacionó con el A/E en un grado elevado (0,88 y 0,82 respectivamente, en los dos momentos), y esta relación se redujo mucho en A/R (0,29 y 0,26 respectivamente). Aunque hay un ligero descenso en la situación experimental, parece que ésta no afecta en gran medida a las intercorrelaciones de las variables.

Por último, las propiedades psicométricas del STAI han sido examinadas en muestras españolas y latinoamericanas, mostrando resultados favorables en cuanto a la consistencia interna, estabilidad y validez de criterio. Según el metaanálisis desarrollado por Riquelme y Buela (2014), el STAI cuenta con indicadores de fiabilidad elevados (valores de .87 y .93). A pesar de su amplio uso a nivel mundial, el STAI no posee estudios de validación en muestras colombiana, por lo que se hace necesario el recurrir a propiedad psicométricas latinoamericanas como el estudio realizado en Chile.

### ***Confiabilidad***

Es importante mencionar que los índices de fiabilidad se refieren a la consistencia interna del instrumento; en este caso el STAI según su manual, contiene 20 elementos en cada escala (Estado y Rasgo), que son puntuados en 0 – 3 según su carga y dirección hacia la ansiedad; existen 10 elementos en A/E y 13 en A/R que son afirmativos de ansiedad, respectivamente en A/E existen 10 elementos y en A/R 7 elementos negativos de la misma. Teniendo en cuenta que los elementos del STAI parece que son suficientemente discriminadores y diferenciadores en variables tan fundamentales como la edad y el sexo en la que el instrumento intenta medir la ansiedad. Estas poseen una buena consistencia interna entre 0,90 y 0,93 en la ansiedad/estado y entre 0.84 y 0.87 en ansiedad/rasgo.

La muestra amplia y heterogénea realizada en Santiago de Chile conformada por 1488 personas. Donde fueron 445 adolescentes (204 mujeres y 241 hombres) con edades entre 13 y 18 años. Adultos fueron 1043 (489 mujeres y 553 hombres) con edades entre 19 y 60 años. La confiabilidad de ambas subescalas ha demostrado una adecuada consistencia interna para la muestra total y para cada una por separado. En cuanto el análisis preliminar de ítems, en general, todos presentan índices de homogeneidad adecuados, con correlaciones ítem-total superiores a .30, para ambas escalas. Sin embargo, es necesario señalar las propiedades obtenidas por el ítem "Suelo tomar las cosas demasiado seriamente" que, en ambas muestras, obtuvo una baja correlación total del ítem, además de no presentar saturaciones relevantes en el análisis factorial para ninguna muestra.

**Operacionalización****Tabla 2.** *Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR ES	ITEMS	VALORACION
Ansiedad	Ansiedad estado	Autoconfianza	1. Me siento calmado 2. Me siento seguro 11. Tengo confianza en mí mismo/as	Nada=3 Algo=2 Bastante=1 Mucho=0
		Malestar	3. Estoy tenso 4. Estoy contrariado 6. Me siento alterado 9. Me siento angustiado 12. Me siento nervioso	Nada=0 Algo=1 Bastante=2 Mucho=3
		Bienestar	5. Me siento cómodo (estoy a gusto) 10. Me siento confortable 15. Estoy relajado 19. Me siento alegre 20. En este momento me siento bien	Nada=3 Algo=2 Bastante=1 Mucho=0
	Ansiedad rasgo	Preocupación	7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras 13. Estoy desasosegado 14. Me siento muy “atado” (como oprimido) 17. Estoy preocupado 18. Me siento aturdido y sobre excitado	Nada=0 Algo=1 Bastante=2 Mucho=3
		Confortable	8. Me siento descansado 16. Me siento satisfecho	Nada=3 Algo=2 Bastante=1 Mucho=0
		Tranquilidad	21. Me siento bien 26. Me siento descansado 36. Estoy satisfecho 30. Soy feliz	Casi Nunca=3 A veces=2 A Menudo=1 Casi Siempre=0
	Ansiedad rasgo	Inestabilidad	22. Me canso rápidamente 23. Siento ganas de llorar 24. Me gustaría ser tan feliz como otros 32. Me falta confianza en mí mismo/a	Casi Nunca=0 A veces=1 A Menudo=2 Casi Siempre=3
		Inseguridad	35. Me siento triste (melancólico)	
			25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	

	28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	
	34. No suelo afrontar las crisis o dificultades	
Estabilidad	27. Soy una persona tranquila, serena, sosegada	Casi Nunca=3 A veces=2 A Menudo=1
	39. Soy una persona estable	Casi Siempre=0
	33. Me siento seguro	
Angustia	29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	
	37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	Casi Nunca=0 A Veces=1 A Menudo=2
	38. Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos	Casi Siempre=3
	40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado	

### **Calificación**

Las puntuaciones del instrumento Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo pueden variar desde 0 puntos hasta 60 puntos según su manual de aplicación; los mismos sujetos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos por cada elemento, donde las categorías son las siguientes:

STAI A/E	STAI A/R
0. Nada	0 Casi Nunca
1. Algo	1 A veces
2. Bastante	2 A menudo
3. Mucho	3 Casi siempre

Algunos elementos como “Estoy tenso” el puntaje 3 de la escala señala un elevado nivel de ansiedad, mientras que otros como “Me siento seguro” el mismo puntaje 3 indica un bajo nivel de ansiedad. En este sentido, para obtener la puntuación el primer tipo de elemento se pondera 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 señala 3.

En la elaboración del STAI se han entremezclado los elementos de ambos tipos tanto la escala directa como la escala inversa, para evitar 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 uno 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.

Por último, la mayoría de los sujetos responde al STAI sin la necesidad de unas instrucciones específicas. 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 esto sucede se puede repartir la puntuación final de la siguiente manera:

1. Se calcula la media en los elementos contestados en esa parte ya sea puntuación directa o número de elementos contestados.
2. Multiplicar el resultado por 20
3. Redondear el resultado al entero más próximo

Finalmente, si el número que se omitió en E o R es tres o más, es conveniente colocar en duda la validez de la aplicación realizada.

### ***Baremación***

Una vez obtenidas las puntuaciones directas en el STAI cuyos resultados se van a interpretar en los baremos, los cuales está organizados en dos tablas (Estado y Rasgo)

donde cada una representa los rangos correspondientes a cada categoría. En cada una de estas se buscará la puntuación directa obtenida por el sujeto y a la misma altura, horizontalmente, se encontrará la categoría a la que corresponde la puntuación, siendo la adaptada para versión Latinoamérica. (Ver apéndices C)

Es importante mencionar que la baremación se construyó a partir de los datos obtenidos en el estudio “Análisis preliminar y datos normativos del Inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI) en adolescentes y adultos de Santiago de Chile” realizado por Vera et al., (2007) donde se obtuvo para la población adulta una desviación estándar de 11,06 y una media de 17,78 para ansiedad de estado y para ansiedad de rasgo una desviación estándar de 10,17 con una media de 21,43 respectivamente.

### TÉCNICA DE ANÁLISIS DE DATOS

Para el reconocimiento de las técnicas de análisis de las variables del estudio, se muestra a continuación la tabla donde se distribuyen según su nombre, tipo y nivel de medición.

**Tabla 3.**

*Técnica de análisis de datos*

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Nivel</b>
Estado civil	Cualitativo	Nominal
Edad	Cualitativo	Ordinal
Número de hijos	Cualitativo	Ordinal
Nivel de estudio	Cualitativo	Ordinal
Actualmente trabaja	Cualitativo	Nominal
Composición familiar	Cualitativo	Nominal
Edad gestacional	Cualitativo	Ordinal
Embarazo deseado	Cualitativo	Nominal
Ansiedad	Cuantitativo	Intervalo

Como se puede observar en la tabla 3 existen variables que son medidas a nivel nominal (estado civil, composición familiar, embarazo deseado y actualmente trabaja) u

ordinal (edad, número de hijos, nivel de estudio y edad gestacional) de acuerdo a esto y a sus características se hace un conteo de la cantidad de sujetos que se encuentran en cada una de las categorías. Así mismo, se encuentra una variable a nivel de intervalo (ansiedad) que será representada a través de números, indicando el puntaje directo del sujeto en cada dimensión, para luego poder hacer la comparación respectiva en el SPSS versión 25 de dichas variables.

### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En concordancia con la Ley 1090 del 2006, por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones, en su título II disposiciones generales y el título VII denominado “Código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología“ en su capítulo VII que lleva por nombre “De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones” se encuentran los siguientes artículos que se tendrán en cuenta para el desarrollo de esta investigación:

#### **Artículo 2 numeral 5**

Los datos y resultados individuales serán usados de manera confidencial. Los psicólogos tienen la obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos. Revelarán tal información a los demás solo con el consentimiento de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona u a otros. Los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad.

**Artículo 49**

Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

**Artículo 50.**

Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

**Artículo 51.**

Es preciso evitar en lo posible el recurso de la información incompleta o encubierta.

Este sólo se usará cuando se cumplan estas tres condiciones:

- a. Que el problema por investigar sea importante
- b. Que sólo pueda investigarse utilizando dicho tipo de información
- c. Que se garantice que al terminar la investigación se les va a brindar a los participantes la información correcta sobre las variables utilizadas

**Artículo 56.**

Todo profesional de la Psicología tiene derecho a la propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore en forma individual o colectiva, de acuerdo con los derechos de autor establecidos en Colombia. Estos trabajos podrán ser divulgados o publicados con la debida autorización de los autores.

## CAPITULO IV: RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

### ANÁLISIS DE DATOS

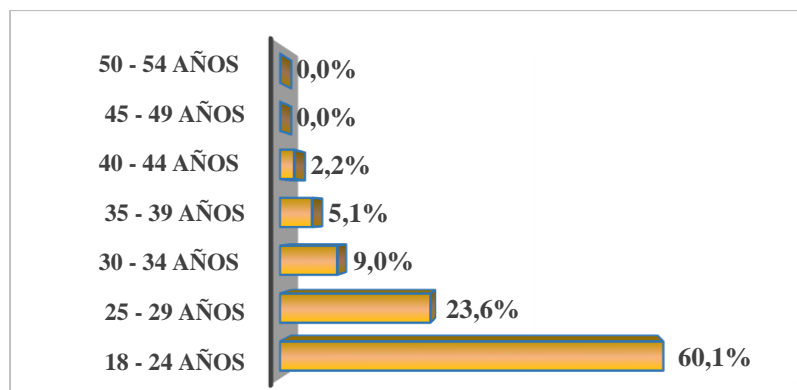
En el siguiente apartado, se establecen los resultados de la información recolectada en el cuestionario sociodemográfico y la prueba psicológica aplicada a las mujeres gestantes inscritas al control prenatal del hospital Eduardo Arrendo Daza sede la Nevada. Dichos resultados se muestran a través de figuras que permiten una visualización clara y concisa.

#### Variable características sociodemográficas

A continuación, para darle cumplimiento al objetivo número uno se presentan los resultados de los datos sociodemográficos tales como: edad, estado civil, nivel de estudio, actualmente trabaja, número de hijos, edad gestacional, composición familiar y embarazo deseado. Las cuales se evidencian desde la figura 1 hasta la número 8.

#### Figura 1.

*Edad de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede nevada*



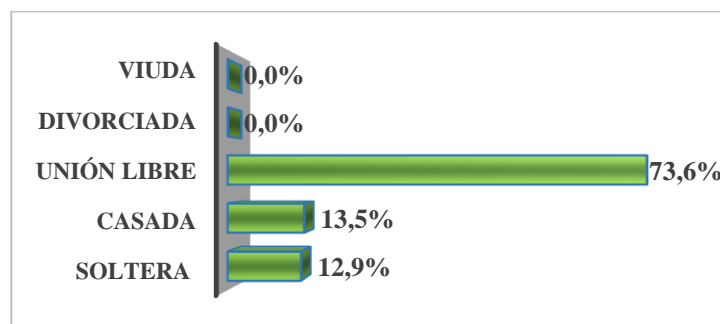
Los datos consignados en la figura 1 muestran que la mayor cantidad de mujeres embarazadas se encuentran en edades de 18 a 24 años siendo el 60.1% de la población;

## Niveles De Ansiedad y Características Sociodemográficas En Gestantes

seguido de las edades de 25 a 29 años con un 23.6%, mientras que el menor rango se encuentra entre 40-44 años representando un 2.2%. La anterior información permite establecer que la población que predomina son gestantes que se encuentran en edades de 18-24 años.

**Figura 2.**

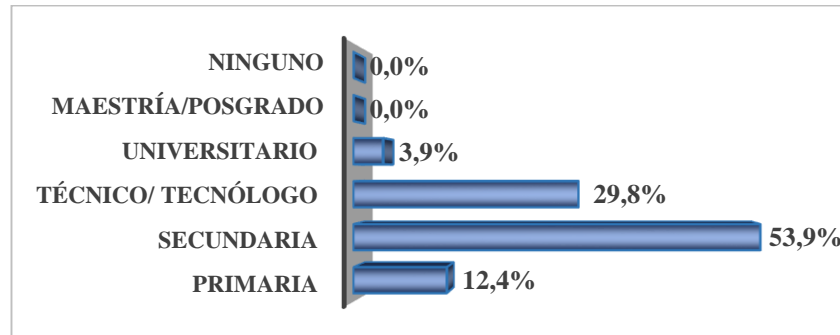
*Estado civil de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede nevada*



En la figura 2 se observa que el estado civil de unión libre está representado en el estudio por el 73.6% de las gestantes, seguido de casada con un 13.5% y el estado de soltera obtuvo un 12.9%, por último, los estados que no tuvieron puntuación fueron divorciada y viuda con un 0%. Esto indica que el estado civil más sobresaliente en las gestantes es el de unión libre.

**Figura 3.**

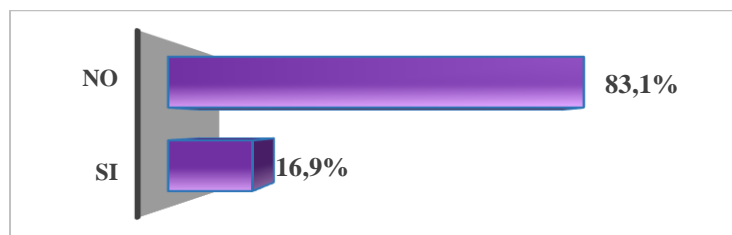
*Nivel de estudio de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede nevada*



De acuerdo con la figura 3, los niveles de estudio que predominan en las gestantes es el nivel de secundaria representado por un 53.9% y el nivel de técnico/ tecnólogo con un 29.8%, el nivel con menor porcentaje es el universitario con un 3.9%; mientras que maestría, posgrado o ninguno no arrojaron datos. La anterior información muestra que las participantes en su mayoría el nivel de estudio concluye hasta secundaria.

**Figura 4.**

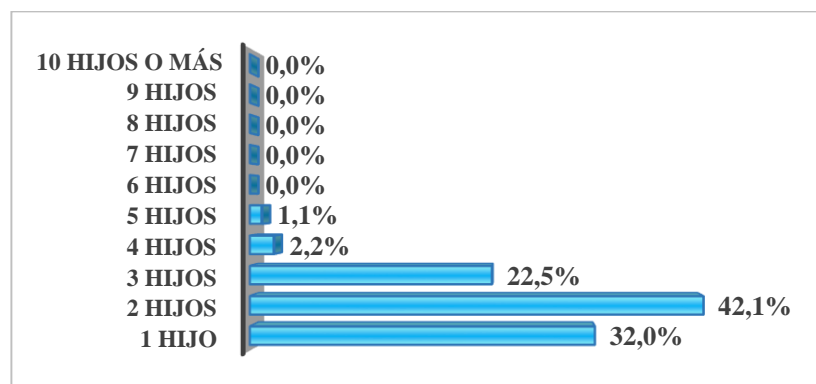
*Actualmente trabajaban las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede nevada*



Como se observa en la figura 4, las mujeres que no trabajan están representadas por un 83%, en contraste con las que si trabajan que son el 17% de la población. Estos datos muestran que gran parte de las participantes no trabajan durante su gestación.

### Figura 5.

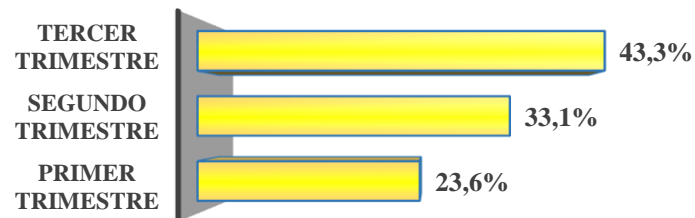
*Número de hijos de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede nevada*



En la figura 5 se muestra que los números de hijos que más se distinguen es 2 hijos con un 42.1% y 1 hijo con un 32.0%, por otro lado, tener 5 hijos representó la menor cantidad con un total de 1.1%. Por último, las cantidades de 6 hasta 10 hijos no presentaron puntuaciones. Esto indica que gran parte de las mujeres se encuentran en su segundo embarazo.

**Figura 6.**

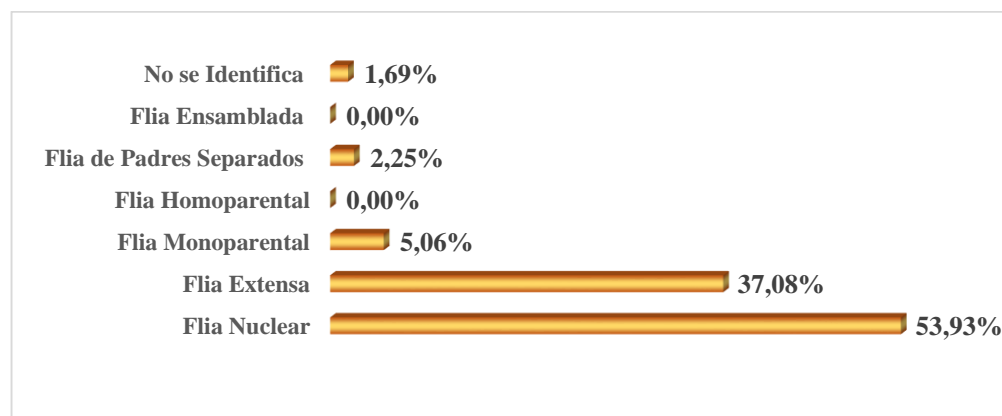
*Edad gestacional de las mujeres que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede nevada*



Los datos obtenidos en la figura 6 indican que la edad gestacional prevalente es el tercer trimestre con un 43.3%, seguida del segundo trimestre con un 33.1% y el menor puntaje se encuentra en el primer trimestre con un 23.6%. Lo que demuestra que la mayoría de las mujeres se encuentran entre los 7 y 9 meses de embarazo.

**Figura 7.**

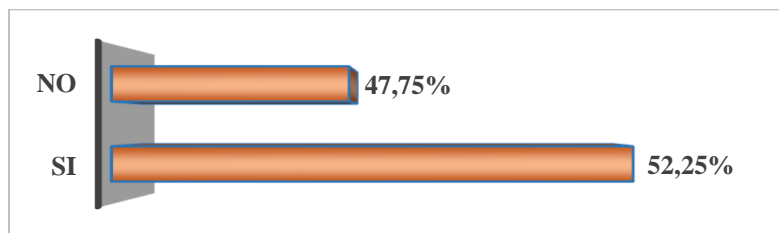
*Composición familiar de las gestantes que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede nevada*



En la figura 7 se muestra que la composición familiar que más se distingue es la familia nuclear con un 53.93%; seguido de la familia extensa con un 37.08%, el 1.69% no se identifica con ningún grupo familiar; mientras que la familia ensamblada y homoparental no arrojaron datos en el estudio, lo cual indica que una parte de las mujeres se encuentran conviviendo con su pareja e hijos durante su embarazo.

**Figura 8.**

*Embarazo deseado en las mujeres que asisten al hospital Eduardo Arredondo Daza sede nevada*

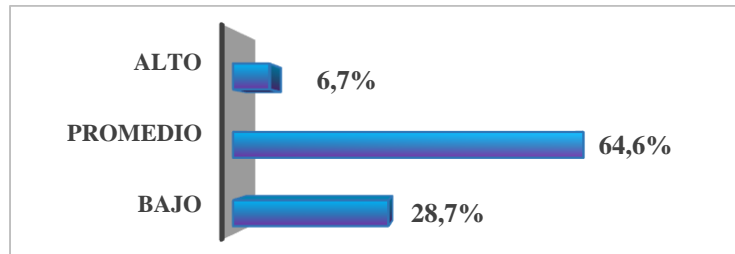


Como se observa en la figura 8, el 52.25% reporta haber deseado el embarazo; mientras que el 47.75% de las participantes indica que su embarazo no fue planeado, lo cual muestra que no existe una diferencia significativa entre estas opciones.

**Variable ansiedad**

De igual manera, dando cumplimiento al objetivo número dos se presentan los resultados encontrados en el cuestionario de ansiedad Estado y Rasgo (STAI) aplicado a las gestantes, el cual cuenta con dos dimensiones; ansiedad de estado y ansiedad de rasgo.

Siendo estas evidenciadas en la figura 9 y 10.

**Figura 9.***Ansiedad de estado*

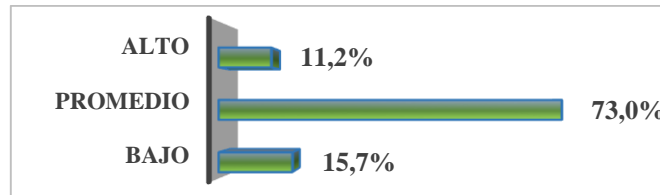
De acuerdo con los datos consignados en la figura 9, se puede observar que la mayoría de las mujeres se encuentran en el nivel promedio con un 64.6% en contraste con el nivel alto que representan un 6.7%, mientras que en el nivel bajo arrojó un 28.7%. Teniendo en cuenta que el cuestionario STAI en su dimensión ansiedad estado fue construida para medir las variaciones en la intensidad de la ansiedad como un estado emocional de la persona, esto indicaría que los resultados anteriores demuestran que las personas ubicadas en los niveles bajos manifiestan sentirse calmadas, descansadas tranquilas y seguras, en cambio niveles altos presentan un aumento de la tensión, nerviosismo que puede llegar a niveles extremos de miedo y pánico, lo cual se evidencia en el 6.7% de las embarazadas. (Hambleton, Merenda & Spielberger, 2005)

De tal forma que los sujetos ubicados en la categoría alto en su mayoría respondieron con las opciones “Bastante” y “Mucho” las siguientes preguntas:

P3: estoy tenso

P7: estoy preocupado por posibles desgracias futuro

P12: me siento nervioso

**Figura 10.***Ansiedad de rasgo*

En la figura 10 se observa que el mayor porcentaje de la población se encuentra en el nivel promedio con un 73.0%, mientras que en el nivel bajo se encuentra un 15.7% y en alto se evidencia un 11.2%. Considerando que en el STAI la dimensión ansiedad rasgo fue construida para medir la ansiedad como característica permanente y relativamente estable en la persona.

Se puede estimar que, en los resultados anteriores, las gestantes ubicadas en niveles altos de ansiedad de rasgo perciben un amplio número de situaciones o circunstancias como amenazantes a pesar de no ser objetivamente peligrosas y están más propensos a sufrir ansiedad de estado, debido a que presentan ansiedad de forma permanente y esto hace que aumenten en situaciones habituales. Por otra parte, las personas en los niveles bajos no se encuentran predispuestas ante situaciones desafiantes que los lleve a responder de una forma negativa, sino que logran sobreponerse de manera satisfactoria. Spielberger (1972)

De tal modo que los sujetos situados en la categoría alto en su mayoría respondieron con las opciones “A menudo” y “Casi siempre” los siguientes reactivos

P28: veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas

P37: me rondan y molestan pensamientos sin importancia

P40: cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado

Por último, para darle cumplimiento al objetivo número tres, es necesario realizar la comparación de las variables, donde se hará el cruce de las dimensiones de cada una con las características sociodemográficas para identificar si existe diferencias significativas entre ellas. A continuación, se da a conocer los resultados encontrados, los cuales se evidencia desde la tabla 4 hasta la 19.

**Tabla 4.**

*Comparación ansiedad estado y rango de edad*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Estado y Rango de Edad es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	1.000	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad de estado
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad de estado
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \leq 0.05$  se rechaza la hipótesis nula

Teniendo en cuenta la tabla 4 se puede observar que no existe una diferencia significativa entre ansiedad de estado y el rango de edad de las mujeres gestantes debido a que su valor sig. es de 1.000 lo que hace que no existen elementos suficientes para rechazar la hipótesis nula, por tanto, se retiene, la hipótesis que plantea que no existe diferencias significativas entre las variables comparadas.

**Tabla 5.***Comparación ansiedad rasgo y rango de edad*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Rango de Edad y Ansiedad Rasgo es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.499	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

De acuerdo con la tabla 5 se muestra que no existe una diferencia significativa entre ansiedad rasgo y el rango de edad de las mujeres puesto que su valor sig. es de .499 lo que hace necesario que se retenga la hipótesis nula que plantea que no existe diferencias significativas entre las variables.

**Tabla 6.***Comparación ansiedad estado y estado civil*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Estado y Estado Civil es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.715	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo

- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq a 0.05$  se retiene la hipótesis nula

En la tabla 6 se observa que el nivel de sig. de ansiedad estado y estado civil es de .715 lo que demuestra, que no existen elementos suficientes para rechazar la hipótesis nula, lo cual hace necesario que se retenga dicha hipótesis que plantea que no existen diferencias significativas entre las variables.

### Tabla 7.

#### *Comparación ansiedad rasgo y estado civil*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Estado Civil y Ansiedad Rasgo es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.686	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq a 0.05$  se retiene la hipótesis nula

Los datos consignados en la tabla 7 muestran que no existen diferencias significativas entre ansiedad rasgo y estado civil, debido a que, tiene un nivel de sig. .686 lo cual hace que se retenga la hipótesis nula que indica que no existe diferencias significativas si el puntaje es mayor o igual a 0.05.

**Tabla 8.***Comparación ansiedad estado y nivel de estudio*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Estado y Nivel de Estudio es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.600	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq a 0.05$  se retiene la hipótesis nula

Los resultados expresados en la tabla 8, indican que ansiedad estado y nivel de estudio de las gestantes no presentan diferencias significativas, puesto que, su valor de sig. es de .600 lo cual no muestra elementos suficientes para rechazar la hipótesis nula, por tanto, se retiene la hipótesis que plantea que no existe diferencias significativas entre las variables.

**Tabla 9.***Comparación ansiedad rasgo y nivel de estudio*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Nivel de Estudio y Ansiedad Rasgo es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.752	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo

✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo

✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

De acuerdo con la tabla 9 la ansiedad rasgo y nivel de estudio de las mujeres gestantes no muestran diferencias significativas, dado que, su valor de sig. es de .752 lo que hace que sea mayor a 0.05, esto hace que se retenga la hipótesis nula que indica que no existe diferencias entre las variables.

### Tabla 10.

#### *Comparación ansiedad estado y actualmente trabaja*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Estado y Actualmente trabaja es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.180	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo

✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo

✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

En lo referente a las variables ansiedad estado y actualmente trabaja, estas no presentan una diferencia significativa, debido, a que su nivel de sig. es de .180 y este puntaje al ser mayor a 0.05 no muestra elementos suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se debe retener dicha hipótesis, la cual indica que en las variables no existe diferencia significativa.

**Tabla 11.***Comparación ansiedad rasgo y actualmente trabaja*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Actualmente Trabaja y Ansiedad Rasgo es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.180	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

Como se observa en la tabla 11 el valor de sig. de ansiedad rasgo y actualmente trabaja es de .180 lo cual indica, que no presentan diferencias significativas entre ellas y por ser mayor que 0.05 hace que se retenga la hipótesis nula.

**Tabla 12.***Comparación ansiedad estado y números de hijos*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Estado y Números de Hijos es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.919	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo

- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

Los datos consignados en la tabla 12 indican que no existen diferencias significativas entre ansiedad de estado y números de hijos, puesto que, su nivel de sig. es de .919 lo que hace que no existan elementos suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se retiene la hipótesis que plantea que entre las variables no hay diferencias.

### Tabla 13.

#### *Comparación ansiedad rasgo y números de hijos*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Rasgo y Números de Hijos es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.878	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

Teniendo en cuenta la tabla 13 se puede observar que no existe diferencia significativa entre ansiedad rasgo y números de hijos de las mujeres gestantes, debido, a que su valor sig. es de .878 lo que hace necesario que se retenga la hipótesis nula que plantea que no existe diferencias significativas entre ellas.

**Tabla 14.***Comparación ansiedad estado y edad gestacional*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Estado y Edad Gestacional es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.109	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

Los resultados expresados en la tabla 14 muestran que la ansiedad estado y la edad gestacional de las mujeres no presentan diferencias significativas, dado que, el nivel de sig. es de .109 y al ser mayor que 0.05 hace que se retenga la hipótesis nula la cual plantea que entre las variables no existen diferencias.

**Tabla 15.***Comparación ansiedad rasgo y edad gestacional*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Rasgo y Edad Gestacional es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.109	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo

- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

En lo referente a las dimensiones ansiedad rasgo y edad gestacional, estas no presentan una diferencia significativa, debido, a que su nivel de sig. es de .109 lo que hace que no existan elementos suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se retiene dicha hipótesis, la cual indica que en las variables no existe diferencia significativa.

**Tabla 16.**

*Comparación ansiedad estado y composición familiar*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Estado y Composición Familiar es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.866	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

En la tabla 16 se muestra que las variables ansiedad estado y composición familiar no presentan diferencias significativas, puesto que, su valor de sig. es de .866 lo que hace que se retenga la hipótesis nula.

**Tabla 17.***Comparación ansiedad rasgo y composición familiar*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Rasgo y Composición Familiar es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.799	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq a 0.05$  se retiene la hipótesis nula

Teniendo en cuenta la tabla 17 se puede observar que no existe una diferencia significativa entre ansiedad rasgo y composición familiar de las mujeres gestantes debido, a que su valor sig. es de .799 lo que hace necesario que se retenga la hipótesis nula, la cual plantea que no existe diferencias significativas entre ellas.

**Tabla 18.***Comparación ansiedad estado y embarazo deseado*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Estado y Embarazo Deseado es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.180	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo

- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

Los resultados expresados en la tabla 18, indican que ansiedad estado y embarazo deseado no presentan diferencias significativas, dado que, su valor de sig. es de .180 lo que demuestra que no existen elementos suficientes para rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se debe retener la hipótesis la cual indica que no existe diferencias significativas entre las variables.

**Tabla 19.**

*Comparación ansiedad rasgo y embarazo deseado*

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1.	La mediana de las diferencias entre Ansiedad Rasgo y Embarazo Deseado es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas	.180	Retener la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de .05.

- ✓ Hipótesis nula: no existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Hipótesis alterna: existen diferencias significativas entre el rango de edad y la ansiedad rasgo
- ✓ Regla de decisión: si el valor  $p \geq 0.05$  se retiene la hipótesis nula

En la tabla 19 se observa que la ansiedad rasgo y embarazo deseado no presentan diferencias significativas en las mujeres en estudio puesto que, su nivel de sig. es de .180 lo que hace que sea mayor a 0.05 y sea necesario retener la hipótesis nula que indica que entre las dimensiones no existen diferencias significativas.

## **DEMOSTRACIÓN DE HIPÓTESIS**

En la investigación se establece como hipótesis alternativa (H1) que entre las variables características sociodemográficas y los niveles de ansiedad de las mujeres gestantes existen diferencias significativas, para conocer si la hipótesis es cierta se realiza el análisis de cada una de las dimensiones que componen las variables y la respectiva comparación entre ellas en el programa SPSS versión 25, lo cual, se concluye en términos generales que no se encontraron diferencias significativas, por tanto, se rechaza la hipótesis alternativa y se opta por la hipótesis nula (H0) que plantea que entre las dimensiones no existen diferencias.

De manera que, en el estudio las características sociodemográficas y los niveles de ansiedad, se presentan de forma independiente en las gestantes, lo que lleva a deducir que las características en las que se encuentran las mujeres no hacen diferencia en el nivel de ansiedad que puedan desarrollar durante su embarazo.

## **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

En la presente investigación participaron en total 178 mujeres gestantes que asisten a control prenatal en el hospital Eduardo Arredondo Daza sede la nevada, las cuales al estudiar sus características sociodemográficas se destaca que el 60.1% se encuentra en edades de 18 a 24 años, el 73.6% en el estado civil de unión libre, un 53.9% tiene el nivel de estudio en secundaria, el 83.1% no se encuentran activa laboralmente, un 42.1% tiene dos hijos, el 43.3% se encuentra en su tercer trimestre, un 53.93% tienen una composición familiar nuclear y por último el 52.25% reportó que el embarazo es deseado.

En relación a los niveles de ansiedad de estado y rasgo que presentan las mujeres gestantes, se evidencia que para la dimensión de ansiedad de estado un 28.7% presenta

niveles bajos, un 64.6% niveles de ansiedad promedios y el 6.7% reportaron niveles altos. Así mismo, para ansiedad de rasgo el 15.7% presenta niveles bajos, un 73.0% se encuentra en niveles promedios y en los niveles altos se evidencia un 11.2%.

Si bien se considera que las embarazadas son biológicamente vulnerables a trastornos psicopatológicos como la ansiedad, ya sea por cambios hormonales como psicosociales, en la muestra no se encontró una cantidad significativa de niveles altos, al igual que no se evidencia una diferencia significativa en relación a las características sociodemográficas, en este sentido, se puede afirmar que estas características no interfieren o no hacen diferencia en los niveles de ansiedad que puedan desarrollar las mujeres gestantes.

De esta manera, una idea similar puede encontrarse en el estudio realizado por Schiavo et al., (2018) en Brasil en el cual, en su análisis de predicción para el total de la muestra, se puede observar que ninguna variable sociodemográfica mostró una asociación significativa con altos niveles de ansiedad de rasgo o estado. No obstante, se identificó que el hecho de que la madre y su pareja desearan tener al bebé disminuyó la posibilidad de presentar ansiedad de estado y rasgo en niveles elevados en el tercer trimestre de la gestación. De igual forma las mujeres embarazadas que tenían antecedentes clínicos de amenaza de aborto al comienzo del embarazo y abortos previos tenían una mayor probabilidad de presentar estado de ansiedad elevado.

Así mismo en el estudio realizado en Quito por Jiménez y León (2020) se observa que existió un puntaje mínimo de diferencia entre participantes primíparas y multíparas en relación a la ansiedad y en su comparación de puntajes de ansiedad post psicoprofilaxis en mujeres embarazadas según paridad y gesta, estadísticamente no hay diferencia

significativa en los niveles de ansiedad pre y post en las madres, lo que se puede interpretar como que la eficacia del programa abarca a toda madre embarazada sin importar condición de paridad o gesta.

Por otro lado, en el presente estudio las características estado civil, nivel de estudio y embarazo deseado no se encontró diferencias significativas con la ansiedad, por su parte Guimarães et al. (2019) identificó que estar soltera, haber estudiado hasta la enseñanza fundamental, no haber planeado el embarazo y tener enfermedad crónica están asociados a la presencia de enfermedad mental en gestantes. Sin embargo, las dimensiones edad gestacional, edad, ocupación, y grupo familiar, no presentaron asociación estadísticamente significativa, lo que se corrobora en la investigación que muestra de igual manera, que dichas dimensiones no presentan diferencias significativas con la ansiedad. Así mismo, Lucchese (2017) encontró en su estudio que la prevalencia de trastorno mental común en gestantes estuvo asociada con las variables estado civil, edad gestacional, gravidez planeada y sangramiento.

En este sentido se puede considerar que dentro de las características sociodemográficas la dimensión estado civil según las investigaciones es la más común en presentar relación o diferencias significativas con la ansiedad, sin embargo, en el estudio desarrollado no existe diferencias significativas de las variables en la población participante. Es decir que se presentan de manera independiente y que el estado civil de la mujer gestante no interfiere en los niveles de ansiedad que puede generarse durante su embarazo.

Para finalizar, teniendo en cuenta que el presente estudio es de tipo transversal existen ciertas limitaciones y debilidades del mismo, como es el tipo de diseño que evalúa

en un solo momento las variables y sus implicaciones, lo cual no permiten una generalización de los resultados porque son propios del grupo de estudio y no necesariamente se pueden inferir de ella, ya que responden a un tamaño muestral de una institución en particular.

## CONCLUSIONES

La población gestante que participa de la investigación en cuanto a sus características sociodemográficas, se concluye y se puede destacar que en su mayoría son madres jóvenes ubicándose entre 18 a 24 años de edad, así mismo se encuentran en unión libre, con un nivel educativo hasta secundaria, no trabajan, tienen dos hijos contando el embarazo, su composición familiar es de tipo nuclear (papá- mamá e hijos) y por último, se encuentran en su tercer trimestre y refieren que el embarazo es deseado.

Por otra parte, en cuanto a los niveles de ansiedad de las gestantes, los resultados obtenidos en el instrumento (STAI) permiten inferir que la ansiedad como estado se encuentra un 64.6% en el nivel de ansiedad promedio y el 6.7% reportaron nivel alto. De igual manera, la ansiedad como rasgo se ubica un 73.0% en nivel promedio y en el nivel alto evidencian un 11.2%, lo que muestra que en términos generales existe menor incidencia de niveles altos de ansiedad y que la mayoría de la población se ubica en niveles promedios, sin embargo, la ubicación en este nivel fácilmente puede variar a categorías altas o bajas de ansiedad.

En relación a la existencia de diferencias entre las características sociodemográficas y la ansiedad, en el estudio no se encontró diferencias significativas entre las dimensiones de cada una, por esta razón se puede deducir que dichas variables se presentan de manera autónoma y las características sociodemográficas no interfieren en los niveles de ansiedad o

viceversa, sin embargo es importante resaltar que aunque en un pequeño porcentaje si reportaron niveles altos de ansiedad, por lo que hace necesario en futuras investigaciones estudiar diferentes características sociodemográficas para considerar si puede deberse a otras particularidades no estudiadas en las mujeres.

Por último, la presente investigación permite identificar en qué porciones se encuentran distribuidas las mujeres gestantes en cada una de las características sociodemográficas y si los niveles de ansiedad son significativos durante el embarazo, aunque en los resultados se muestra menores cifras en los niveles altos y que estos no tienen diferencia significativa con las características sociodemográficas, esto permite tener una visión amplia del comportamiento de la ansiedad durante el embarazo, lo cual da lugar para que los centros hospitalarios tengan en cuenta su prevalencia y dar paso a futuras investigaciones partiendo de lo expuestos en el estudio.

### **RECOMENDACIONES**

- Implementar el estudio en poblaciones más amplias y que cuenten con otras características sociodemográficas para reconocer si existe diferencias o se obtiene diferentes resultados.
- crear programas que permitan el desarrollo de trabajos preventivos en los servicios de salud que vayan dirigidos a la población gestante, a fin de mantener y salvaguardar la salud física-mental de la madre.
- Desarrollar trabajos de promoción de la salud mental para evitar que se presenten episodios ansiosos que por muy bajos registros que existan estos pueden afectar a la mujer en estado de embarazo.
- Formar grupos de apoyo de gestantes que asistan al centro hospitalario donde desarrollen espacios seguros para enfrentar los temores propios del embarazo.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA**

- Arenas, M. & Puigcerver, A. (2009) Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de psicología*, 3(1), 20-29.
- Arnau, J; Martínez, M; Castaño, M; Nicolás, M y Martínez, M. (2016). Explorando las emociones de la mujer en la atención perinatal. Un estudio cualitativo. *Aquichan*, 16(3), 370-381.
- Asociación americana de psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Assis, S Quintes, A & Vasconcellos, C. (2009) Desigualdades económicas y salud mental infantil. *Rev. Saúde Pública* 43 (1). Brasil
- Barrantes, K. y Cubero, M. (2014). La maternidad como un constructo social determinante en el rol de la feminidad. *Esc. de psicología, Univ. De Costa Rica*. 29-42.
- Benito, A. y Nuin, B. (2017). Guía del embarazo, preconcepción, parto y puerperio saludable. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Bodoque, Y. (2001) Tiempo biológico y tiempo social. Aproximación al análisis del ciclo de vida de las mujeres. *Gazeta de antropología*.  
[https://www.ugr.es/~pwlac/G17\\_12Yolanda\\_Bodoque\\_Puerta.pdf](https://www.ugr.es/~pwlac/G17_12Yolanda_Bodoque_Puerta.pdf)
- Bohórquez, A. y Lemos, M. (2020). Ansiedad, depresión y características sociodemográficas asociadas en el embarazo de mujeres entre los 14 y los 40 años del área metropolitana del valle de Aburrá [trabajo de grado,

Universidad EAFIT de Colombia]. Repositorio institucional EAFIT.

[https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/25473/AnaSofia\\_BohorquezOtalvaro\\_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y](https://repository.eafit.edu.co/bitstream/handle/10784/25473/AnaSofia_BohorquezOtalvaro_2020.pdf?sequence=2&isAllowed=y)

Carpio, D. y Siwin, Y. (2019). Ansiedad y depresión asociados a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de maternidad del hospital Antonio Lorena del cusco 2018. [Tesis, Universidad Andina del Cusco] Repositorio institucional

[http://190.119.204.136/bitstream/UAC/2757/1/Madai\\_Yulisa\\_Tesis\\_bachiller\\_2019.pdf](http://190.119.204.136/bitstream/UAC/2757/1/Madai_Yulisa_Tesis_bachiller_2019.pdf)

Carvajal, J. y Ralph, C. (2018). Manual de Obstetricia y Ginecología (9.<sup>a</sup> ed).

Facultad de medicina. Recuperado de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>

Castillo, I; Fortich, L; Padilla, J, Monroy, M; Morales, Y. & Ahumada, A. (2017).

Factores asociados al uso adecuado del control prenatal en 13 municipios de Bolívar, Colombia. Revista cubana de enfermería, 33(1)

Chou, F; Avant, K; Kuo, S y Fetzer, S (2008) Relaciones entre náuseas y vómitos, estrés percibido, apoyo social, planificación del embarazo y adaptación psicosocial en una muestra de madres: un cuestionario de encuesta.

International Journal of Nursing Studies 45 (2008) 1185–1191. <https://scihub.se/10.1016/j.ijnurstu.2007.08.004>

Congreso de la República de Colombia (2006, 06 de septiembre) Ley 1090 del 2006. Ley del psicólogo en Colombia. Diario Oficial No. 46.383.

[http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley\\_1090\\_2006.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html)

Constitución Política de Colombia [Const]. Art. 43. 7 de julio de 1991 (Colombia).

Córdoba, A. & Niño, I. (2019). Factores de riesgo obstétrico, clínico y puerperio en el embarazo en mujeres en edad fértil [Tesis, Universidad Cooperativa De Colombia]. Repositorio institucional

[https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13568/4/2019\\_Factores\\_riesgo\\_obst%C3%A9trico.pdf](https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/13568/4/2019_Factores_riesgo_obst%C3%A9trico.pdf)

De Almeida, R., Piazzentin, O., Benzaquen, G. (2018). Las Variables Asociadas con la Ansiedad Gestacional en el Primigestas y Multigestas. Scielo, 26(4).

<https://doi.org/10.9788/TP2018.4-14Pt>

De la Fuente, C. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Recuperado de:

<https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/proteccion/madres-gestantes-y-lactantes>

Díaz, M; Amato, R; Chávez, J; Ramírez, M; Rangel, S; Rivera, L. y López, J.

(2017). Depresión y Ansiedad en Embarazadas. Redalyc, 17(2), 25-30.

Echeverri, S. (2016). Las tipologías familiares colombianas del siglo XXI: Un análisis de los vínculos familiares en las películas de animación infantil estrenadas en Colombia entre el 2009 y el 2016. [trabajo de grado, universidad de Medellín-Colombia]. Repositorio institucional EDEM.

<https://repository.udem.edu.co/handle/11407/3516>

Farfán, J (2018). Impacto del embarazo en la salud mental de las adolescentes del Distrito 01d01, Cuenca 2017. [proyecto de investigación previa a la obtención del título de licenciado en enfermería]. Repositorio institucional.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/29982/1/proyecto%20de%20investigaci%C3%93n.pdf>

- Flórez, K. y Velasco L. (2019) Características de la salud mental en cuanto a la depresión, ansiedad y esquemas mal adaptativos en madres de adolescentes de las poblaciones de Bicentenario y Caño del Oro [Tesis, Universidad San Buenaventura seccional Cartagena] Repositorio institucional  
<https://core.ac.uk/download/pdf/270056734.pdf>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas Todos los derechos reservados (2014) Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Edición 20. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994. Recuperado de:  
[https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD\\_programme\\_of\\_action\\_es.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf)
- Gancedo, A. Fuente, P. Chudacik, M. Fernández, A. Suarez, V. (2019) Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. Atención primaria, 51(5), 285-293. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.005>
- Gancedo, A; Fuente, P; Chudacik, M; Fernández, A; Suarez, P y Suarez, V. (2018). Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. Atención Primaria, 51(5), 285-293. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.12.005>
- García, M; Martínez, A; Ulla, S; Martínez, M. (2010). Análisis de la relación entre riesgo gestacional y ansiedad materna. Prog Obstet Ginecol, 53(7): 273-279.  
<https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-pdf-S0304501310002517>

- García, Z; Guerra, K; Cano, A; Herrera, S; Flores, P y Medrano, L. (2017).  
Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad estado-rasgo en  
población general y hospitalaria. *Ansiedad y Estrés SEAS* (23) 53–58.
- Gómez, C y De León, E. (2009) Método Comparativo Capítulo 11. Universidad  
Autónoma de Nuevo León (UANL) (Monterrey, México En  
<http://eprints.uanl.mx/9802/1/Estudio%20Comparado.pdf>
- Gómez, M & Aldana, E (2007) alteraciones psicológicas en las mujeres con  
embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud*, 17 (001), 53- 61. México.  
Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/291/29117106.pdf>
- Gómez, M; Aldana, E; Carreño, J. & Sánchez, C. (2006). Alteraciones Psicológicas  
en la Mujer Embarazada. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 28-35.
- González, M. (2009) Manual Básico SPSS Manual de introducción a SPSS.  
Recuperado de:  
[https://www.fibao.es/media/uploads/manual\\_basico\\_spss\\_universidad\\_de\\_talca.pdf](https://www.fibao.es/media/uploads/manual_basico_spss_universidad_de_talca.pdf)
- Granda, A. (2017). Análisis comparativo de síntomas psicológicos y calidad de vida  
centrada en la salud entre mujeres embarazadas con y sin antecedentes de  
aborto: caso área de salud n° 1 Ingahurco, Ambato [Tesis de maestría,  
Pontificia universidad católica del Ecuador]. Repositorio institucional:  
<https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2021/1/76469.pdf>
- Guimaraes, F.J., Da Silva Santos, F.J., Bern Leite, A.F., De Holanda, V.R., De  
Sousa, G.S. y Albuquerque Perrelli, J.G. (2019). Enfermedad mental en  
mujeres embarazadas. *Enfermería Global*, 18(1), 499–534.  
DOI:<https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.328331>.

- Hernández, R. (2006). “Definición del alcance de la investigación a realizar: Exploratoria, descriptiva, correlacional o explicativa” en Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill, pp. 57-68.
- Hernández, S. y Fernández, C. (2010). Metodología de la investigación. México. MCGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Herrera, A, y Gonzales, L. (2017). Comportamiento del entorno social de las adolescentes, durante el embarazo precoz, de la Colonia “Roger Venerio” del municipio de Matagalpa, I Semestre 2017 [Tesis, universidad nacional autónoma de Nicaragua, Managua]. Repositorio institucional <https://repositorio.unan.edu.ni/8199/1/6734.pdf>
- Herrera, M. (2017). Mujeres en edad fértil: Etapa crucial en la vida para el desarrollo optimo de las futuras generaciones. Anales Venezolanos de nutrición, 30(2).
- Hueso, A; Cascant I y Sempere, M (2012). Metodología y técnicas cuantitativas de investigación. Editorial Universidad Politécnica de València. <http://hdl.handle.net/10251/17004>
- Huizink, A; MuldeR,E; Robles, P; Visse, G y Buitelaar, J (2004) ¿Es la ansiedad del embarazo un síndrome distintivo?. Early Hum Dev., 79 (2004), pp. 81-91 <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Jalali, A, Heydarpour, S, Tohidinejad, F, y Salari, N. (2020). Asesoramiento cognitivo-conductual y salud mental de las mujeres embarazadas. Heliyon, 6(2), 1-6. e03463. Doi:10.1016/j.heliyon.2020.e03463
- Jarne, A; Talarn, A; Armayones, M; Horta, E y Requena E. (2006). Psicopatología. Editorial UOC; Barcelona España. 119

Jiménez, A. y León, A (2020). Eficacia del programa de Psicoprofilaxis del parto en niveles de ansiedad de mujeres embarazadas. [Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico]. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. Repositorio digital: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20842>

Ley 1090 de 2006. Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Septiembre 6

Ley 1616 de 2013. por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. 21enero de 2013.

Lozano, A. (2012) Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestantes mayores de 35 años atendidas en una IPS privada en Bogotá. [Tesis magister, Universidad Nacional de Colombia]. Repositorio institucional <https://core.ac.uk/reader/11058060>

Lucchese, R; Dias, N; Batista, L; Vera, I; Lara, I; De castro, P; Silva, G; Evangelista, R; De assis, A. Y Lemos, M. (2017). Factores asociados con la probabilidad de trastornos mentales comunes en mujeres embarazadas: un estudio transversal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 21 (3), 1-6. [Fecha de Consulta 20 de febrero de 2021]. ISSN: 1414-8145. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1277/127751128001>

Maldonado, M. (2011) salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental Perinatal Washington, D. C. OPS.

- Maldonado, M. Saucedo, J. y Lartigue, T. (2008). Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. *Perinotol Reprod Hum*, 22(1), 5-14.
- Maldonado, M. y Lartigue, T. (2008) Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. *Medigraphi*, 22(2), 100-110.
- Menéndez, G; Navas, I; Hidalgo, Y. y Castellano, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Rev. Cubana Obstet Ginecol*, 38(3).
- Meshberg, S y Svikis, D (2007) trastornos de pánico, rasgos de ansiedad y consumo de alcohol en mujeres embarazadas y no embarazadas. *Psiquiatría integral*, 48, 504-510. <https://doi:10.1016/j.comppsy.2007.06.004>
- Ministerio de Protección Social – Colombia. (1950, 5 de agosto). Ley 2663 del 1950. Código Sustantivo del Trabajo. Secretaria del senado [http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo\\_sustantivo\\_trabajo.html](http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/codigo_sustantivo_trabajo.html)
- Miranda, C. (2016). Factores de capacidad en el uso de control prenatal adecuado en gestantes de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte*, 32(3), 436-451.
- Miranda, J. y Parra, M. (2020). Maternidad Rafael Calvo lidera investigación sobre impacto de Covid19 en salud mental de embarazadas. *Revista 20 años*. Recuperado de: <https://revistazetta.com/?p=37188>
- Oficina para la Salud de la Mujer (2019). Etapas del embarazo. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
- Ontiveros, M y López J (2010) Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico. *Bol Clin Hosp Infant*

Edo Son; 27(2): 92-98.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004) invertir en la salud mental. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancia. Suiza, 3-47.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42897/9243562576.pdf;jsessionid=4682FDB2A300FD6152D0E67DE761737A?sequence=1>

Osman, S; Lozano, M; Mojica, M. y Redondo, S (2019). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). MedUNAB. Artículo de investigación científica y tecnológica, 22(2), 171-185.

Palomino, G. (2018). Factores sociodemográficos de los servidores administrativos y la cultura organizacional en la universidad nacional de san Agustín de Arequipa, 2017[tesis, Universidad Nacional de san Agustín de Arequipa]. Repositorio institucional.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7064/TSpacagg.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Porras, A. (2017). Diplomado en análisis de información Geoespacial. Tipos de muestreo. México. Centro de Investigación en Geografía y Geomática.

Posada, J; Buitrago, J; Medina, Y; & Rodríguez, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. NOVA, 4(6).

<https://doi.org/10.22490/24629448.358>

Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2015). Guías de manejo de las complicaciones en el embarazo. Recuperado de:

[https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo\\_diciembre\\_2015.pdf](https://data.miraquetemiro.org/sites/default/files/documentos/guias-complicaciones-embarazo_diciembre_2015.pdf)

Puetate, H. (2019). Tipos de personalidad y adicción a sustancias en adolescentes internos. Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico. Carrera de Psicología Clínica. Quito: UCE. 111.

<http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/18274>

Quintana, F; Monterrosa, A. y Beltrán, T (2020). Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. Iatreia, 33(1), 5-16.

Quispe, Y & Vega, B (2019). Características sociodemográficas y la satisfacción con las practicas pre-profesionales de los estudiantes del último ciclo de enfermería de la universidad Norbert Wiener. [tesis para optar el título profesional de licencianda en enfermería]. Repositorio institucional

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2991/TESIS%20Quispe%20Yulieth%20-%20Vega%20Betty.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Resolución número 003202 de 2016 [ministerio de salud y protección social] por el cual se adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación de las rutas de atención integrales en salud (RIAS). 27 julio de 2016.

Rodríguez, P. y Flores Gallegos, R. (2018). Relación entre apoyo social, estrés, ansiedad y depresión durante el embarazo en una población mexicana.

Ansiedad y estrés. 24(2-3), 67-72.

<https://doi.org/10.1016/j.anyes.2018.03.003>

Schiavo, R. Piazzentin, O. Benzaquen, G. Las Variables Asociadas con la Ansiedad Gestacional en el Primigestas y Multigestas. Scielo, 26(4).

Siabato, E; Forero, I. y Paguay, O. (2013). Relación entre ansiedad y estilos de personalidad en estudiantes de Psicología. Psychol. AV. Discip, 7(2).

Spielberger, C; Gorsuch, R y Lushene, R. Manual del cuestionario de ansiedad estado- rasgo. Consulting Psychologists Press. California

Steen, M. & Amorim, A. (2019). Bienestar materno y salud mental. Scielo, 32(4).

Vargas, A. y Echeverría, W. (2018). Niveles de ansiedad en mujeres embarazadas víctimas de violencia intrafamiliar [Tesis, universidad central de ecuador].

Repositorio institucional

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/15039/1/T-UCE-0007-PC041-2018.pdf>

Vega, E; Guerrero, A; Guzmán, B; Huamaní, E y Herrera, G (2019) Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal; 4(3), 3-7

Veloso, D. Moura, E. Lima, j. De Oliveira, J. Wanderley, I. Barbosa, I. Vasconcelos, I. Y Gomes, M. (2019) Trastornos mentales y enfermedades obstétricas en gestantes con alto riesgo. Original article, 59(3),11-19. Doi:10.20513/2447-6595.2019v59n3p11-19

Vera, P; Celis, K; Córdova, N; Buella, G. y Spielberger, C. (2007). Análisis preliminar y datos normativos del Inventario de ansiedad rasgo-estado

(STAI) en adolescentes y adultos de Santiago de Chile. *Terapia psicológica*, 25 (2), 155-162.

Wedel, K. (2018). Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo.

*Revista Médica*, 3(1), 3–8.

Yazdkhasti, M; Pourreza, A; Pirak, A. y Fatemeh, F. (2015). El embarazo no

deseado y sus consecuencias sociales y económicas adversas en el sistema de salud: un artículo de revisión narrativa. *Irán J Salud Publica*, 44(1), 12-21.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449999/>

**APÉNDICES****Apéndice A***Cuestionario sociodemográfico***Cuestionario sociodemográfico**

Le solicitamos leer completamente cada una de los siguientes enunciados que corresponde a características sociodemográficas y cuentan con diferentes alternativas de respuesta, por favor responda sinceramente seleccionado con una X aquella con la que usted más se identifique.

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Código asignado

**1. Edad:**

Entre 18 y 24 años de edad: \_\_\_\_

Entre 25 y 29 años de edad: \_\_\_\_

Entre 30 y 34 años de edad: \_\_\_\_

Entre 35 y 39 años de edad: \_\_\_\_

Entre 40 y 44 años de edad: \_\_\_\_

Entre 45 y 49 años de edad: \_\_\_\_

Entre 50 años de edad o más: \_\_\_\_

**2. Señale su estado civil:**

Soltera: \_\_\_\_ Casada: \_\_\_\_ Unión libre: \_\_\_\_ Divorciada: \_\_\_\_ Viuda: \_\_\_\_

**3. Nivel de estudio:**

Primaria: \_\_\_\_ Secundaria: \_\_\_\_ Técnico/Tecnólogo: \_\_\_\_

Universitaria: \_\_\_\_ Maestría/Posgrado: \_\_\_\_ Ninguno: \_\_\_\_

**4. Actualmente trabaja: Si \_\_ No\_\_****5. Composición familiar**

- Familia nuclear (papá-mamá, uno o más hijos/as): \_\_\_\_
- Familia extensa (abuelos, tíos, primos y otros parientes): \_\_\_\_
- Familia monoparental (hijos/as) que cuentan con un solo progenitor sea la madre o el padre): \_\_\_\_
- Familia homoparental (pareja del mismo sexo que se convierten en padres/madres de uno o más hijos/as): \_\_\_\_

## Niveles De Ansiedad y Características Sociodemográficas En Gestantes

- Familia de padres separados (el hijo/a conviven con un solo progenitor o alternan la convivencia entre ambos, dado que los progenitores ya no conviven): \_\_\_\_
- Familia ensamblada, reconstituida o mixta (uno o ambos miembros de la pareja actual tiene uno o varios hijos/as de parejas anteriores): \_\_\_\_
- No se identifica: \_\_\_\_

**6. Número de hijos:**

1 hijo/a: \_\_\_\_      2 hijos/as: \_\_\_\_      3 hijos/as: \_\_\_\_  
4 hijos/as: \_\_\_\_      5 hijos/as: \_\_\_\_      6 hijos/as: \_\_\_\_  
7 hijos/as: \_\_\_\_      8 hijos/as: \_\_\_\_      9 hijos/as: \_\_\_\_  
10 hijos/as o más: \_\_\_\_

7. **El actual embarazo ha sido deseado:**    Si: \_\_\_\_ No: \_\_\_\_

**8. Edad gestacional:**

Primer trimestre (1 a 3 meses) \_\_\_\_  
Segundo trimestre (4 a 6 meses) \_\_\_\_  
Tercer trimestre (7 a 9 meses) \_\_\_\_

**Apéndices B.***Cuestionario de ansiedad Estado – Rasgo (STAI)*

## Cuestionario de ansiedad estado – rasgo (Stai)

### A-E INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE USTED AHORA MISMO. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalado la respuesta que mejor describa a su situación presente

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy Tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy “atado” (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

**A-R INSTRUCCIONES**

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE EN LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa a su situación presente

	<b>Casi Nunca</b>	<b>A veces</b>	<b>A Menudo</b>	<b>Casi siempre</b>
1. Me siento bien	0	1	2	3
2. Me canso rápidamente	0	1	2	3
3. Siento ganas de llorar	0	1	2	3
4. Me gustaría ser tan feliz como otros	0	1	2	3
5. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto	0	1	2	3
6. Me siento descansado	0	1	2	3
7. Soy una persona tranquila, serena y sosegada	0	1	2	3
8. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas	0	1	2	3
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	0	1	2	3
10. Soy feliz	0	1	2	3
11. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente	0	1	2	3
12. Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
13. Me siento seguro	0	1	2	3
14. No suelo afrontar las crisis o dificultades	0	1	2	3
15. Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
16. Estoy satisfecho	0	1	2	3
17. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia	0	1	2	3
18. Me afectan tanto los engaños, que no puedo olvidarlos	0	1	2	3
19. Soy una persona estable	0	1	2	3
20. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado	0	1	2	3

**COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA**

**Apéndices C.***Baremos (STAI)*

		<b>Baremos</b>	
		<b>Ansiedad de Estado</b>	
		Media	Desviación Típica
		17.78	11.06
		<b>Límite Inferior</b>	<b>Limite Superior</b>
Normalidad	2	6.72	28.84
Bajo	1	0	6.71
Alto	3	28.85	60

		<b>Baremos</b>	
		<b>Ansiedad de Rasgo</b>	
		Media	Desviación Típica
		21.43	10.17
		<b>Límite Inferior</b>	<b>Limite Superior</b>
Normalidad	2	11.26	31.6
Bajo	1	0	11.25
Alto	3	31.61	60

**Apéndices D.***Consentimiento informado***CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Valledupar, \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ de 20\_\_

Cordial saludo.

Solicitamos respetuosamente su voluntaria participación en la presente investigación dirigida por Daniela Victoria Córdoba Anaya y María Valentina Peralta Pacheco, estudiantes de la universidad popular del cesar, la cual tiene por objetivo relacionar las características sociodemográficas y los niveles de ansiedad de mujeres gestantes inscritas al programa de control prenatal del hospital Eduardo Arredondo Daza sede la Nevada

Para ser partícipe de la investigación, se dan a conocer las siguientes condiciones:

1. La participación es libre y voluntaria. Luego de iniciada la investigación, usted. puede decidir retirarse cuando lo desee.
2. Los instrumentos de recolección de datos son un cuestionario sociodemográfico y el cuestionario de ansiedad STAI versión española.
3. Sus datos y resultados individuales serán usados únicamente con fines académicos, descartando cualquier uso económico, laboral o cualquier otro. En caso de tener dudas o reclamos al respecto, podrá comunicarse con una de las investigadoras o la docente que se encuentra en acompañamiento de la actividad (datos de contacto más adelante).
4. Los datos y resultados individuales serán usados de manera confidencial, según lo exige el artículo 2 numeral 5 de la Ley 1090 de 2006 al rol del psicólogo. La única excepción a esta condición sucede si alguna autoridad judicial competente (por ejemplo, fiscalía) solicita a los investigadores el acceso a la información, o si hay inminencia de riesgo al bienestar físico o mental del participante. En cualquier instante se puede acceder a la propia información, previa solicitud escrita firmada por usted.
5. Los investigadores tienen el derecho de realizar publicación de evidencias y de los resultados obtenidos en la investigación en medios de comunicación académicos como revistas, seminarios, foros, etc.
6. Datos de contacto de estudiante y docente a cargo de la investigación (tome nota de éstos)

Daniela Victoria Córdoba Anaya – estudiante de Psicología  
Universidad Popular del Cesar  
Cel. 3205035674  
CC. 1235339142  
E-Mail: [dvcordoba@unicesar.edu.co](mailto:dvcordoba@unicesar.edu.co)

Leidy Andrea Núñez Bautista- Docente Magister  
E-mail: [leidynunez@unicesar.edu.co](mailto:leidynunez@unicesar.edu.co)

## Niveles De Ansiedad y Características Sociodemográficas En Gestantes

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, si decide participar en el estudio investigativo bajo las condiciones dadas, registre por favor los datos solicitados a continuación:

	<b>Nombre</b>	<b>Edad</b>	<b>Cedula</b>	<b>Firma</b>
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				
<b>6</b>				
<b>7</b>				
<b>8</b>				
<b>9</b>				
<b>10</b>				
<b>11</b>				
<b>12</b>				
<b>13</b>				
<b>14</b>				
<b>15</b>				
<b>16</b>				
<b>17</b>				
<b>18</b>				
<b>19</b>				
<b>20</b>				
<b>21</b>				
<b>22</b>				
<b>23</b>				
<b>24</b>				
<b>25</b>				
<b>26</b>				