



**UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP**

**FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**TESIS**

**“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES GESTANTES  
ENTRE 17 Y 40 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD  
MARIANNE PREUSS DE STARK, SAN JUAN DE  
MIRAFLORES, 2019.”**

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

**AUTOR:**

**Bach. LIZETTE PAMELA URIARTE RUMAY**

**LIMA - PERÚ**

**2020**

**ASESOR DE TESIS**

---

**Dr. BERNARDO RAÚL ACUÑA CASAS**

**JURADO EXAMINADOR**

---

**Dr. PEDRO PABLO ALVAREZ FALCONI**  
**Presidente**

---

**Dr. YRENEO EUGENIO CRUZ TELADA**  
**Secretario**

---

**Dr. ROSA ESTHER CHIRINOS SUSANO**  
**Vocal**

## **DEDICATORIA**

A mi hijo, que es mi motor y motivo. Quiero enseñarte que todo lo que te propones con perseverancia y esfuerzo lo puedes lograr.

A mis abuelitos, que son mis ángeles, mi ejemplo; y éste es el resultado de su esfuerzo por darme lo mejor en mi crecimiento y formación personal y profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

A mi madre, que me dio el apoyo para cumplir mi sueño de lograr titularme como Licenciado en Psicología.

A la Universidad Privada TELESUP, por abrirme las puertas al crecimiento académico y profesional.

A mi asesor, Dr. Bernardo Raúl Acuña Casas, por sus valiosas orientaciones para llevar a feliz término la realización de esta tesis.

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación estuvo dirigido a determinar el grado de relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019, por lo que se ajustó a una investigación de tipo aplicada, cuantitativa y explicativa, y diseño transversal correlacional, cuya población quedó representada por 55 gestantes, de donde se seleccionó un muestreo probabilístico aleatorio simple de 48 gestantes, a quienes se aplicó la técnica de la encuesta, y como instrumento dos cuestionarios estandarizados de los Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, ambos conformados por (21) ítems respectivamente. El análisis de datos se realizó mediante la tabulación estadística utilizando la Relación Lineal Múltiple, y la prueba de hipótesis correlacional se determinó por el coeficiente de Pearson a través del SPSS 22.

Los resultados obtenidos permitieron demostrar el cumplimiento de la hipótesis general concluyendo que si existe relación significativamente alta de Pearson 0.877 entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019; asimismo en las hipótesis específicas se constató que depresión si influye en las alteraciones físicas  $r=0.832$  y alteraciones psíquicas y mentales  $r=0.822$  de las pacientes gestantes objeto de estudio; así como también la ansiedad incluye en la afectividad  $r=0.645$ , la motivación  $r=0.775$ , los síntomas  $r=0.719$ , la conducta  $r=0.620$  y la cognitividad  $r=0.851$ , concluyendo el cumplimiento de las hipótesis de investigación con nivel de significancia de 5%.

## ABSTRAC

This research work was aimed at determining the degree of relationship between depression and anxiety in pregnant patients at the Marianne Preuss Health Post in Stark, San Juan de Miraflores, 2019, so it was adjusted to an applied, quantitative and explanatory, and correlational cross-sectional design, whose population was represented by 55 pregnant women, from which a simple random probability sampling of 48 pregnant women was selected, to whom the survey technique was applied, and as an instrument two standardized questionnaires of the Inventory of Depression of Beck and Beck Anxiety Inventory, both made up of (21) items respectively. Data analysis was performed by statistical tabulation using the Multiple Linear Relationship, and the correlational hypothesis test was determined by Pearson's coefficient through SPSS 22.

The results obtained allowed us to demonstrate compliance with the general hypothesis by concluding that if there is a significantly high ratio of Pearson 0.877 between depression and anxiety in pregnant patients of the Marianne Preuss Health Post of Stark, San Juan de Miraflores 2019; also in the specific hypotheses it was found that depression if it influences the physical alterations  $r=0.832$  and psychic and mental alterations  $r=0.822$  of the pregnant patients under study; as well as anxiety includes in the affectivity  $r=0.645$ , the motivation  $r=0.775$ , the symptoms  $r=0.719$ , the behavior  $r=0.620$  and the cognitiveity  $r=0.851$ , concluding the fulfillment of the research hypotheses with level of significance of 5%.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA .....	i
ASESOR DE TESIS .....	ii
JURADO EXAMINADOR.....	iii
DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTO .....	v
RESUMEN .....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
ÍNDICE DE FIGURAS .....	xii
INTRODUCCIÓN .....	xiii
<b>I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>14</b>
1.1. Planteamiento del problema.....	14
1.2. Formulación del problema .....	17
1.2.1. Problema general .....	17
1.2.2. Problemas específicos.....	17
1.3. Justificación del estudio.....	18
1.4. Objetivos de la investigación .....	19
1.4.1. Objetivo general.....	19
1.4.2. Objetivos específicos.....	19
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>20</b>
2.1. Antecedentes de la investigación .....	20
2.1.1. Antecedentes nacionales.....	20
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	24
2.2. Bases teóricas de las variables .....	27
2.2.1. Definición de la variable depresión .....	27
2.2.2. Definición de la variable ansiedad .....	34
2.3. Definición de términos básicos .....	41
<b>III. MÉTODOS Y MATERIALES .....</b>	<b>43</b>
3.1. Hipótesis de la investigación .....	43
3.1.1. Hipótesis general .....	43
3.1.2. Hipótesis específicas .....	43

3.2. Variables de estudio .....	44
3.2.1. Definición conceptual.....	44
3.2.2. Definición operacional.....	45
3.3. Tipo y nivel de investigación.....	46
3.4. Diseño de la investigación .....	47
3.5. Población y muestra de estudio.....	48
3.5.1. Población .....	48
3.5.2. Muestra.....	48
3.5.3. Muestreo.....	49
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	50
3.6.1. Técnicas de recolección de datos.....	50
3.6.2. Instrumentos de recolección de datos .....	51
3.7. Métodos de análisis de datos .....	52
3.8. Aspectos éticos .....	53
3.9. Confiabilidad de las variables.....	54
<b>IV. RESULTADOS .....</b>	<b>56</b>
4.1. Prueba de normalidad de las variables de estudio .....	56
4.2. Análisis de los datos.....	61
4.3. Pruebas de las hipótesis de trabajo.....	69
<b>V. DISCUSIÓN.....</b>	<b>74</b>
<b>VI. CONCLUSIONES .....</b>	<b>77</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>79</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>81</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>86</b>
Anexo 1: Matriz de consistencia .....	87
Anexo 2: Matriz de operacionalización .....	88
Anexo 3: Instrumentos .....	90
Anexo 4: Validación de instrumentos.....	93
Anexo 5: Matriz de datos .....	100
Anexo 6: Autorización .....	102
Anexo 7: Propuesta de valor.....	103
Anexo 8: Consentimiento informado .....	104

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	<i>Matriz de operacionalización de las variables</i> .....	45
Tabla 2.	<i>Distribución de la población de gestantes que acuden al Puesto de Salud Marianne Preuss Stark, San Juan de Miraflores 2019</i> .....	48
Tabla 3.	<i>Distribución de la muestra de gestantes que acuden al Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019</i> .....	49
Tabla 4.	<i>Prueba de normalidad de la variable depresión</i> .....	56
Tabla 5.	<i>Prueba de normalidad de la variable ansiedad</i> .....	59
Tabla 6.	<i>Depresión aspecto afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.</i> .....	61
Tabla 7.	<i>Depresión aspecto motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.</i> .....	62
Tabla 8.	<i>Depresión aspecto síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.</i> .....	63
Tabla 9.	<i>Depresión aspecto conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.</i> .....	64
Tabla 10.	<i>Depresión aspecto cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.</i> .....	65
Tabla 11.	<i>Ansiedad aspecto alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.</i> .....	66
Tabla 12.	<i>Ansiedad aspecto alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.</i> .....	67
Tabla 13.	<i>Matriz de correlación entre la variable independiente y dependiente.</i> ..	68
Tabla 14.	<i>Relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.</i> ..	69

Tabla 15. <i>Relación entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.</i> .....	69
Tabla 16. <i>Relación entre depresión y alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.</i> .....	70
Tabla 17. <i>Relación entre ansiedad y afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.</i> .....	70
Tabla 18. <i>Relación entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.</i> ..	71
Tabla 19. <i>Relación entre ansiedad y motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.</i> .....	71
Tabla 20. <i>Relación entre ansiedad y conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.</i> ..	72
Tabla 21. <i>Relación entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.</i> .....	72
Tabla 22. <i>Niveles de interpretación del coeficiente de correlación.</i> .....	73

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1:</i> Depresión aspecto afectividad en pacientes gestantes de la muestra encuestada. ....	61
<i>Figura 2:</i> <i>Depresión aspecto motivación y ansiedad en pacientes gestantes de la muestra encuestada.</i> ....	62
<i>Figura 3:</i> Depresión aspecto síntomas en pacientes gestantes de la muestra encuestada. ....	63
<i>Figura 4:</i> Depresión aspecto conducta en pacientes gestantes de la muestra encuestada. ....	64
<i>Figura 5:</i> Depresión aspecto cognitividad en pacientes gestantes de la muestra encuestada. ....	65
<i>Figura 6:</i> Ansiedad aspecto alteraciones físicas en pacientes gestantes de la muestra encuestada. ....	66
<i>Figura 7:</i> Ansiedad aspecto alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes de la muestra encuestada. ....	67

## INTRODUCCIÓN

Durante la etapa de embarazo, la mujer se enfrenta a una serie de cambios fisiológicos, biológicos, culturales, sociales, emocionales y psicológicos que le generan preocupación inminente, lo que se traduce en depresión y ansiedad, haciendo a la gestante más vulnerable ante la aparición de trastornos psíquicos. Desde tales consideraciones, es fundamental que la pareja y la familia brinden apoyo a la embarazada para que se fortalezca el desarrollo neonatal y preservar el bienestar y calidad de vida tanto de la madre como del niño/a.

Las diversas razones potenciales a nivel biológico, emocional y/o social que afectan a la mujer embarazada, pueden influir en el parto e incluso comprometer negativamente el cuidado del recién nacido. Por ello, es una etapa que exige la educación maternal como vía para adaptarse a los cambios, manejar las emociones y mantener las orientaciones psicológica durante el embarazo y el postparto.

La presente investigación consta de VII capítulos, los cuales se estructuran de la siguiente manera: I Capítulo Problema de Investigación, II Capítulo Marco Teórico, III Capítulo Métodos y Materiales, IV Capítulo Resultados, V Capítulo Discusión, VI Capítulo Conclusiones, VII Capítulo Recomendaciones.

Basado en la atención psicológica que se brinda a las embarazadas atendidas en el Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019, se realiza el presente trabajo de investigación el cual busca alcanzar el objetivo principal orientado a Determinar el grado de relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

Conforme con ello, se desarrolló esta investigación con la finalidad de demostrar el cumplimiento de las hipótesis planteadas y poder brindar conclusiones y recomendaciones que denoten los aspectos concomitantes al grado de relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.

## **I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **1.1. Planteamiento del problema**

A nivel psicológico y psiquiátrico, la depresión y la ansiedad han sido concebidas como trastornos muy significativos que afectan subjetivamente al individuo, y los cuales comúnmente suelen presentarse como emociones que se hallan relacionadas y/o dependientes una de la otra. Según, cifras reportadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), se estima que “la depresión afecta a más de 350 millones de personas en el mundo... afecta más a la mujer y al ser producida por diversos estímulos, que inducen cambios desfavorables en la salud física y psicológica del individuo” (s/p).

En la actualidad, se ha conocido a través de diversos estudios, que una de las etapas emocionales donde la depresión y la ansiedad ejercen mayor afectación en la mujer, es durante la etapa reproductiva o de gestación, pues, altera subjetivamente su biología, su interacción con la pareja e incluso sus relaciones sociales. Al respecto, se ha indicado que:

Son múltiples las circunstancias que rodean los eventos reproductivos y las reacciones que la mujer puede presentar durante el embarazo. La gestante puede ser más difícil de manejar si presenta alteraciones emocionales, más aún, si el médico desconoce cómo enfrentarlas: tal es el caso de la ansiedad y la depresión (Jiménez, Merino, Barragán y Sánchez, 2013, p.45).

Ahora bien, en este punto resulta oportuno citar a Díaz, Amato & Chávez (2013), para quienes la depresión “consiste en la disminución del estado de ánimo con un grado variable de pérdida de interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales” (p.33); mientras que la diferencian de la ansiedad, por cuanto “concentra un estado intrínseco de malestar, rigidez, desagrado y miedo que aparece cuando el individuo se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno” (p.33)

Demarcando dichas emociones durante la etapa de gestación en la mujer, queda claro que en conjunto la depresión y la ansiedad, se convierten en factores de riesgo tanto en el período prenatal como en el postnatal, lo que sin lugar a dudas

perturba categóricamente el desarrollo del niño. De igual manera, Grush & Cohen (1998), indican que “la presencia de éstas patologías durante el embarazo se asocia a una mala atención prenatal, nutrición inadecuada, depresión post-parto, suicidio, mayor incidencia de partos prematuros y neonatos pequeños para la edad gestacional” (p.105).

En la actualidad, a nivel mundial la ansiedad y la depresión en embarazadas es un problema de salud mental que se presenta con frecuencia en centros de salud donde se brinda atención para estos casos. En relación a ello, Silva, Díaz & Mejías (2013), mencionan que “Un 45% de las gestantes atendidas en redes ambulatorias se encuentran ansiosas o deprimidas, pero estas patologías pueden estar enmascaradas por síntomas derivados de procesos hormonales, por lo que su diagnóstico es pasado por alto” (p.51).

En un estudio, se evaluó la sintomatología depresiva de un grupo de 350 mujeres en el segundo trimestre de gestación y los resultados indican que gestantes con mayor apoyo social y autoestima son las que presentan niveles más bajos de depresión pre-parto. Los antecedentes de experiencias emocionales negativas, el estrés perinatal y el número de hombres con los que la mujer informaba haber tenido experiencias negativas, fueron factores que se asociaron con un incremento de los niveles de depresión en las embarazadas (Silva *et al*, 2013, p.52).

En América Latina, la realidad que viven las gestantes de estrato económico bajo acrecienta la presencia de sentimientos ansiosos y depresivos, el rechazo familiar y social, la inestabilidad emocional en la relación de pareja, entre muchos otros factores afectan el periodo de gestación. Con ello, señala Lujan (2009):

Se ha demostrado que la ansiedad y la depresión antenatal son trastornos psiquiátricos frecuentes y factores de riesgo para padecer trastornos posparto, por lo que resulta indispensable comprender que la evaluación y control psicológico de la mujer embarazada no debería ser omitido o aislado de la consulta de control prenatal. (Lujan, 2009, p.234)

Por ello, considerando los factores de riesgo a nivel físico y emocional del proceso reproductivo, se consideró relevante que:

El Comité Latinoamericano de Perinatología planteó la importancia de los cuidados pre-concepcionales que deben ser dirigidos a las futuras madres para reducirlos a través del control prenatal, sin embargo, en muchas comunidades, más de la mitad de los embarazos no son programados y estas mujeres no pueden acceder a una orientación adecuada que les permita afrontar el embarazo en mejores condiciones. (Fescina, De Mucio, Díaz & Serruya, 2011, s/p).

A nivel nacional, los Servicios de Salud MINSA han tenido que afrontar esta realidad que afecta a una representación importante de gestantes que son atendidas en puestos de salud pública del Perú, sin que muchas veces se obtengan avances satisfactorios que favorezcan la salud física y emocional de la mujer y del feto; en otros casos, no se ha logrado detectar que exista asociación estadística del aumento de ansiedad y depresión en algún período específico del embarazo.” “No obstante, en la realidad problemática que afecta a gestantes atendidas en el Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019, se ha detectado a partir de un diagnóstico situacional, que algunas pacientes embarazadas presentan estado depresivo y ansioso, debido presumiblemente a la ausencia de pareja, rechazo familiar, entre otros.

Es por ello que, enfocada en la somatización subjetiva de estos problemas de salud mental durante el embarazo, hacen que la investigadora enfoque su interés en estudiar los aspectos psicológicos y psiquiátricos de dichos estados emocionales y su impacto durante la gestación en las pacientes atendidas en el mencionado establecimiento sanitario; pues, en múltiples ocasiones se sienten desplazadas por el niño que va a nacer, frustración, etcétera.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre depresión y alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?
- ¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?

### **1.3. Justificación del estudio**

La contribución de este proyecto para con el conocimiento científico del profesional en psicología, permitirá conocer con mayor detalle los factores que intervienen en la depresión y ansiedad en pacientes gestantes que acuden a un servicio público de salud; permitiendo con ello asumir acciones de carácter psicosocial que contribuyan con la mejora del control de las emociones e inducir de alguna manera en cambios que favorezcan la salud física y emocional de la embarazada, y del feto durante su desarrollo gestacional.

En el ámbito teórico queda evidenciada la necesidad de acudir a diferentes fuentes documentales que permitan sustentar las opiniones, señalamientos e ideas que se exponen a lo largo del trabajo, y que a su vez servirán como referentes teóricos acerca de la relación que existe entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes.

Desde el punto de vista práctico, queda plasmada la necesidad de constituir un conjunto de insumos teóricos-prácticos dentro del área de la psicología y de la importancia que se le otorga dentro de los servicios de salud pública, para el abordaje de situaciones en el contexto de la salud emocional de la gestante y de su entorno familiar, donde se ve implícita la percepción de la pareja/esposo que vislumbra el trato adecuado que debe brindar a la embarazada, en función de que ésta se sienta apoyada, estable en su relación emocional y deseada por su conyugue a pesar de su condición.

Dentro del contexto metodológico, el presente proyecto se orienta hacia la necesidad de formular un diseño de la investigación que responda los objetivos planteados, así como el seleccionar una población de estudio que se constituirá para la recolección de información que una vez procesada, permitirá conocer la relación existente entre depresión y ansiedad en pacientes gestante. Además, esta investigación servirá como futuro antecedente para otras investigaciones similares.

## **1.4. Objetivos de la investigación**

### **1.4.1. Objetivo general**

- Determinar el grado de relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar el grado de relación entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Determinar el grado de relación entre depresión y alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Determinar el grado de relación entre ansiedad y afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Determinar el grado de relación entre ansiedad y motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Determinar el grado de relación entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Determinar el grado de relación entre ansiedad y conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Determinar el grado de relación entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1. Antecedentes nacionales

**Solís, Salazar & Reyes (2018)** “Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja”, Instituto Nacional Materno Infantil Maternidad de Lima, artículo científico original, presentado con el objetivo de determinar la asociación entre el apoyo de la pareja y la depresión en gestantes del tercer trimestre de embarazo que acuden al Instituto Nacional Materno Perinatal en los meses de junio y julio del 2017. Metodológicamente, se abordó como un estudio observacional, analítico de casos y controles, prospectivo y transversal, en el que se contó con dos grupos: 45 gestantes con depresión (grupo caso) y 45 gestantes sin depresión (grupo control), que cumplieron con los criterios de selección. Se usó de la estadística inferencial mediante la prueba de ji cuadrado de Pearson. En base a los resultados, se encontró asociación entre el apoyo emocional ( $p=0,000$ ), el apoyo instrumental ( $p=0,001$ ), el apoyo informacional ( $p=0,000$ ) y el apoyo valorativo ( $p=0,000$ ) con la presencia de depresión en las gestantes. A nivel general, se llegó a la conclusión de que la falta de apoyo por parte de la pareja se asoció significativamente con la presencia de depresión en las gestantes ( $p=0,000$ ), aumentando 7 veces el riesgo de presentarla (OR: 7,61).

La relevancia de este antecedente viene dada, por cuando permitió corroborar la asociación significativa que puede tener el apoyo de la pareja en la presencia de depresión en gestantes. En este sentido, tales resultados sirven de referencia para fortalecer las relaciones familiares y de pareja durante la etapa de embarazo, a fin de que éste se lleve a feliz término desde las condiciones emocionales y psicológicas que dicha etapa requiere, en bienestar de la madre y del bebé.”<sup>0</sup>

**Tirado (2018)** “Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el centro de salud del Distrito de Mórrope en el período de julio – noviembre 2016”. Universidad de San Martín de Porres, Chiclayo – Perú, Tesis de grado para optar al grado de Médico Cirujano. El objetivo general se enfocó en

Estimar la frecuencia de depresión en mujeres gestantes y estudiar los factores psicológicos y sociales asociados a éste. De modo que se asumió un estudio observacional transversal entre los meses de julio y noviembre del 2016, que incluyó 108 gestantes del Centro de Salud del distrito de Mórrope, a quienes se aplicó un formulario de factores psicológicos y sociales, cuestionario de medición de nivel socioeconómico y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo. Los resultados refieren frecuencia de riesgo de depresión en las pacientes gestantes de 30.56%, frecuencia determinada por trimestre gestacional en 54.55% de las embarazadas con riesgo de depresión se encontraban en el segundo trimestre. Los factores asociados independientes para riesgo de depresión fueron relación regular familiar y el antecedente de violencia psicológica. Concluyendo que la frecuencia de riesgo de depresión en las gestantes estudiadas fue elevada, por lo que se debe hacer seguimiento a las gestantes con síntomas depresivos desde el primer contacto hasta el momento de post parto.

Este antecedente fue de gran contribución para el sustento de esta investigación, por cuanto enfatiza en el tema de la depresión como un estado de ánimo asociado a la pérdida de interés o dificultades que enfrentan las gestantes, asociada a factores que les afectan emocionalmente, tales como: ausencia de la pareja, falta de apoyo social, historia de abuso o violencia, antecedentes de enfermedad mental, embarazo no deseado; siendo estos factores de riesgo para complicaciones durante el embarazo, así como también riesgo de aborto espontáneo, y que deben ser atendidos oportunamente por los profesionales de la salud, a fin de salvaguardar el bienestar tanto de la madre como del bebé.

**Calderón & Carrillo (2017)** “Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años, en el Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, julio a agosto, 2017”. Universidad Norbert Wiener, Lima – Perú, Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Obstetricia. El objetivo fue Determinar los factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años, en el servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional “Hipólito Unanue” -julio a agosto, 2017. En este estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal, se seleccionaron 224 gestantes adolescentes en el servicio de Gineco-Obstetricia a

quienes se aplicaron dos encuestas “Factores relacionados y la Auto escala de depresión de Zung y Conde”. Los resultados indican que la edad media fue de 17 años, el 63,8% conviven con su pareja, 48,7% que tienen discusión familiar durante el embarazo y 22.8% de las embarazadas presentan violencia psicológica. El nivel de depresión es de 85.3%, prevaleciendo la depresión severa con 46% y depresión moderada con 26.3%. Se concluye que existe relación estadísticamente significativa entre la depresión y los factores relacionados en gestantes adolescentes; como la ideación suicida y depresión, discusión con la pareja y depresión; discusión familiar y depresión.

Dicho antecedente fue de gran aporte, pues dejó en evidencia los factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes, mostrando los principales motivos por el cual muchas de las adolescentes presentan tristeza y sentimientos de culpa durante el embarazo, permitiendo con ello comprender con claridad la situación de las gestantes objeto de estudio. Esto permitió afianzar las actuaciones de atención emocional en gestantes para brindar una adecuada atención integral con el equipo interdisciplinario, vinculante con la relación de pareja y la familia.

**Alvarado & Mundac (2016)** “Nivel de depresión, en gestantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de Chiclayo, julio – agosto, 2016”. Universidad Privada Juan Mejía Baca, Chiclayo – Perú, Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Psicología. El objetivo planteó Determinar el nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud. En este estudio de tipo cuantitativo y aplicada, con diseño no experimental, descriptivo y transversal, se trabajó con 100 gestantes de edades de 15 a 37 años de edad atendidas en un centro de salud de Chiclayo julio – agosto de 2016, a quienes se aplicó el inventario de depresión de Beck. Los resultados reportan que la mayoría de las gestantes (58%) no presenta depresión, depresión moderada (52.38%), según su edad las gestantes de 15 a 22 años presentan depresión severa (16%) y moderada (24%), en función al trimestre de gestación en su primer y tercer trimestre tienen depresión severa (16% y 11% respectivamente), depresión moderada (19.35% y 20.59%) en el primer y tercer trimestre. Las conclusiones revelan que la mayoría de las gestantes presentan depresión moderada; por ello se requiere realizar talleres preventivos de

la depresión durante los controles prenatales para preparar a las gestantes ante la llegada del bebé, para que no lleguen al final de su embarazo ansiosas y nerviosas.

Se consideró pertinente citar este antecedente, tomando en cuenta que destaca aspectos del entorno que comparte la gestante, lo que indiscutiblemente juega un rol importante en el desarrollo de la depresión y ansiedad, lo que pone en riesgo de peligro la salud de la embarazada y del feto. En este sentido, el mencionado estudio presenta mecanismos de atención psicológica prenatal viables para brindar el apoyo psicológico que la paciente requiere para llevar un embarazo tranquilo y emocionalmente adecuado, y que serán de gran ayuda para guiar las recomendaciones de a presente investigación.

**Ventocilla (2015)** “Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución 2014”, Universidad Peruana Unión, Juliaca – Perú, Tesis de grado para optar al título de Psicólogo. Este trabajo tuvo como objetivo Describir los niveles de depresión que presentan las madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud La Revolución. El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 72 madres gestantes entre las edades de 16 a 28 años, que acudieron a atenderse en la Micro red de Salud. Para la recolección de la información se aplicó la Escala de depresión de Hamilton. Los resultados indican que la mayoría de madres gestantes presentan un nivel de depresión ligera (55.6%), seguido del nivel de no depresión (22.2%) y depresión moderada y grave con 15.3% y 6.9% respectivamente; en la dimensión de sueño, el 41.7% de las madres presentan depresión grave. Se concluyó que en las gestantes es frecuente hallar trastornos del sueño, ganancia de peso y fatiga y estas anomalías coinciden con los signos propios de la depresión, en esta última se encuentra además una tristeza inexplicable, pérdida de interés, sentimientos de culpa e irritabilidad, baja autoestima, falta de placer en actos que normalmente hacían feliz a la persona, sentimientos de desesperanza y abandono.

Resulta vinculante dicho antecedente con el presente estudio, ya que es una realidad que las mujeres durante la gestación presenten mayor susceptibilidad a padecer trastornos emocionales, en gran parte debido a los cambios hormonales durante el ciclo menstrual y con más fuerza en el embarazo, por esto es frecuente la presencia de ansiedad y depresión en las embarazadas; todos estos problemas

inherentes a estos trastornos, vienen dados por sentimientos y emociones desencadenados de las relaciones de pareja y con otros miembros de la familia.

### **2.1.2. Antecedentes internacionales**

**Jiménez (2015)** “Depresión prenatal y su relación con bajo peso al nacimiento, en ginecología y obstetricia del hospital Isidro Ayora, período 2014”. Universidad Nacional de Loja, Loja – Ecuador, Tesis de grado para obtener el título de Médico. Este trabajo tiene como objetivo Demostrar la relación que existe entre depresión prenatal como causa de recién nacidos con bajo peso al nacimiento. Se abordó un estudio cuali-cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal; que incluyó 118 mujeres en periodo de gestación, en labor de parto a término, y sin diagnóstico de patología neurológica, hospitalizadas en el servicio de obstetricia del Hospital Isidro Ayora, los instrumento empleados fueron la “Escala de Depresión de Edimburgo”, además el “Inventario de Depresión de Beck”. Como resultado se obtuvo que el 66,94% de pacientes presentaron depresión prenatal, de las cuales el 10.12% tuvieron hijos con peso bajo al nacimiento, con una media de 2325g, en comparación con un 7.69% en aquellas madres sin depresión, con una media de peso de 2800gr. En relación al grado de depresión un 44.30% presentaron periodos intermitentes de depresión, el 20% presentaron leve perturbación del estado de ánimo y depresión moderada. Lo que nos permite concluir que la depresión prenatal es frecuente e influye en el bajo peso al nacimiento.

Los aportes de este antecedente fueron de gran relevancia, ya que destaca el tema de la depresión durante el embarazo como un trastorno muy frecuente que trae consigo repercusiones importantes en el bienestar tanto materno como neonatal si este no es diagnosticado y tratado a tiempo; pues, los diversos factores de riesgo de depresión prenatal que si son tratados oportunamente por el profesional de la salud, se podrían prevenir futuras complicaciones que pueden afectar tanto a la embarazada como a su infante.

**Podvornik, Globevnik & Praper (2015)** “Depresión y ansiedad en mujeres durante el embarazo en Eslovenia”. Instituto Nacional de Salud Eslovenia, artículo científico original realizado con el objetivo de evaluar la prevalencia de depresión y ansiedad elevadas entre las mujeres embarazadas y examinar su correlación con

complicaciones médicas y características sociodemográficas. El estudio se basó en un diseño transversal con una muestra de 348 mujeres en tres trimestres de embarazo que recibieron atención obstétrica de rutina en el Centro Médico de la Universidad de Ljubljana, Departamento de Obstetricia y Ginecología. Entre los resultados se identificó que el 21.7% de las mujeres embarazadas padecían sintomatología de depresión elevada, el 15.7% reportó ansiedad de alto estado y el 12.5% tenía ansiedad de rasgo alto. No se encontraron diferencias significativas en la depresión y la ansiedad entre los trimestres del embarazo. Sobre las conclusiones alcanzadas, se reportó que la depresión y la ansiedad elevadas son frecuentes entre las mujeres embarazadas. Los resultados llaman la atención sobre la necesidad de detección temprana y tratamiento de la depresión y la ansiedad durante el embarazo.

Con este estudio se pudo conocer que las mujeres que han sufrido complicaciones de salud durante embarazos previos suelen mostrar un mayor estado de ansiedad; en comparación con las que llevan un embarazo tranquilo.

**Ávila (2014)** “Prevalencia de la ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas en edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis” Universidad Central del Ecuador, Quito – Ecuador, Tesis para optar al grado de Psicóloga Clínica. El propósito de este estudio fue Identificar la prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole Isis. Se abordó un estudio no experimental de tipo correlacional, con una muestra de 52 adolescentes, a quienes se aplicó una encuesta. Los resultados arrojaron que 38,46% de las adolescentes presenta un estado de ánimo ansioso leve, el 30,77% no presenta niveles de ansiedad, con niveles graves existe un 15,38%, con signos moderados encontramos un 11.54%, y con un 3,85% revelan niveles muy graves/Incapacitante. Además, se observa en la investigación con un valor de 30,77% niveles graves de estado de ánimo deprimido, compartiendo un 25% se encuentran los niveles ausente y leve, con un 13,46% presentan signos Graves, y con un 5,77% Muy Grave. Se concluyó que la depresión constituye el síntoma predominante en adolescentes gestantes que no cuentan con apoyo familiar.

El citado antecedente se consideró relevante para el estudio, considerando los resultados arrojados que denotan la presencia de ansiedad en madres gestantes que devienen de actitudes defensivas por el miedo al daño de su integridad física con irritabilidad, tensión, temblores, evitación, entre otras actitudes impidiendo la adaptación al nuevo estilo de vida por conflictos sociofamiliares.

**Ortega, Pizarro & Riera (2014)** “Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la Escala de Hamilton en mujeres gestantes del hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca, 2014”. Universidad de Cuenca, Cuenca – Ecuador. Grado de Licenciatura en Enfermería. En esta investigación de tipo descriptivo se estableció como objetivo Determinar los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes del Hospital “Vicente Corral Moscoso”. Se trabajó con un universo finito de 2800 mujeres gestantes que asistieron en el año 2013, la muestra fue por conveniencia. Las técnicas utilizadas fueron: observación y entrevista, y como instrumento el test de Hamilton. Los resultados reportaron que el 45% de mujeres gestantes presentaron un nivel de ansiedad de 13- 17 significa menos que ansiedad mayor, 56,50% son de escasos recursos económicos, 61% enfrenta conflictos familiares por su estado de gestación. Derivado de las conclusiones, se pudo constatar que el nivel de ansiedad de las mujeres gestantes objeto de estudio varían dependiendo los factores determinantes tales como edad, nivel socioeconómico, ocupación, situación socio familiar; etcétera.

Resultó oportuno considerar dicho antecedente, por cuanto emplea un instrumento (escala de Hamilton) que sirve de modelo para valorar la ansiedad que se da en las mujeres gestantes; pues, se debe tener en cuenta que el valor de los niveles y la severidad de ésta son determinantes en el estado psicológico de las embarazadas y estas demandas emocionales y físicas, si son muy intensas, pueden desencadenar estrés, causando dolor e induciendo a contracciones uterinas, lo que se manifiesta en muchos casos genera miedo en la gestante e incluso puede perder el control y no poder enfrentar la situación y preocupación por su propio bienestar y el de su bebé.

**Díaz, Amato & Chávez (2013)** “Depresión y ansiedad en embarazadas”. Universidad de Carabobo, Valencia – Venezuela. Grado de Psicología. La presente investigación de tipo correlacional, transversal y no experimental, tuvo como

objetivo Analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de perinatología y medicina materno-fetal de un Hospital Materno Infantil entre junio–agosto 2012. La muestra fue de 236 embarazadas con diagnóstico de depresión o ansiedad, enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada. Los resultados obtenidos muestran que el 81% de las gestantes tenían una relación de pareja estable y 54,2% tenía un embarazo deseado, de las cuales 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Las embarazadas con pareja inestable tienen un riesgo 8,5 veces mayor de presentar ansiedad y 6,5 veces mayor de presentar depresión, con respecto a las que tienen pareja estable. Se concluyó que hay elevado nivel de depresión y ansiedad en embarazadas que tienen relación con una pareja inestable.

Dicho antecedente fue de gran importancia para la presente investigación, ya que permitió detectar que el riesgo de presentar depresión y ansiedad es mayor en las pacientes con embarazo no deseado o cuando existe inestabilidad en la relación de pareja, lo que representa una variante predictora a considerar dentro de los cuidados preconcepcionales enfocados en el asesoramiento a las futuras madres e identificación de los factores de riesgo del proceso reproductivo, con el objetivo de reducirlos a través del control prenatal.

## **2.2. Bases teóricas de las variables**

### **2.2.1. Definición de la variable depresión**

Goncalves, González & Vásquez (2008), han conceptualizado la depresión como “una alteración incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo cuya principal manifestación es la alteración en el sentido de ánimo bajo” (p.15). Más adelante, Díaz, Amato & Chávez (2013), han señalado que la depresión:

Consiste en la disminución del estado de ánimo asociado a un grado de pérdida de interés o dificultad para gozar de las actividades habituales. Es considerado un trastorno afectivo y es una de las causas de consultas más comunes en el área psicológica y psiquiátrica. (p.36).

En un sentido más amplio, Calderón & Carrillo (2017) citando a Acosta, Pinedo & Urresti (2016), puntualizan que la depresión:

Es una enfermedad mental que se caracteriza por un trastorno en los estados de ánimo de la persona con presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, puede llegar a hacerse crónico o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño y la capacidad para afrontar la vida diaria. (p.25).

La depresión se trata de un trastorno psicológico, por lo general recurrente, que desencadena una alteración del estado de ánimo, caracterizada por una tristeza latente que, suele contemplar ansiedad, asociada a otras sintomatologías psíquicas de retraimiento, sensación de vacío y apatía generalizada, disminución de la comunicación y del acercamiento social, alteraciones del apetito y el sueño, estremecimiento o enlentecimiento psicomotor, culpabilidad e invalidez, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etcétera.

Ventocilla (2015), considera “La duración del estado de ánimo depresivo es tenida como un elemento clave para determinar la severidad y el tipo de depresión” (p.37). En consonancia con ello, es preciso apuntar que una depresión leve que se manifiesta por un corto lapso de tiempo o de carácter repetitivo pero que se disipa fácilmente, puede no estar generando problemas, pero a medida que se llega a niveles graves, puede afectar negativamente la vida de la persona.

### **Teorías de la depresión”**

Ventocilla (2015) cita a Castro (2001), quien cita las diferentes teorías de depresión, asociado así, las siguientes:

- **Modelo psicoanalítico:** Carlson (1995), postula que “la depresión se debe a la pérdida real o imaginaria del objeto ambivalentemente amado con la consiguiente internalización de agresividad, rabia y culpa” (s.p).
- **Modelo de estrés:** Weller, Weller & Svandijan (1996), “Los estresores vitales que necesitan reajustes causan depresión. Se postula que los síntomas depresivos en los niños se producen como una reacción a problemas familiares como agresión parental, disciplina punitiva y discordia entre los padres” (p.236).

- **Modelo de aprendizaje vicario:** Ventocilla (2015), “Bandura apunta que los niños pueden adoptar comportamientos observados en su entorno” (p.38).
- **Modelo de desesperanza aprendida:** Ventocilla (2015), “La ocurrencia de eventos percibidos como incontrolables causas en la persona vulnerable, sentimientos de desesperanza e incapacidad para enfrentar las demandas de la vida” (p.38).
- **Modelo de distorsión cognitiva:** McCracken (1992), “La persona que responde al estrés con ideas negativas acerca de sí misma, del mundo y del futuro (triada cognitiva) con mayor probabilidad se deprimirá” (s.p). Según este modelo, estas personas distinguen la información negativa que fortalece su visión negativa del mundo y de sí mismos.
- **Modelo de auto-control:** Ventocilla (2015), “Las personas con depresión tendrían déficits en su autoevaluación, auto reforzamiento y auto monitorización. Se centran en las consecuencias a corto plazo de su conducta, atribuyen sus éxitos al entorno y las fallas a ellos mismos” (s.p).
- **Modelo social de Brown y Harris:** Brown & Harris (1978), sostienen que “cuando un evento vital mayor ocurre, las personas que carecen de una relación íntima de apoyo o de una red de soporte social, tienen mayor propensión a desarrollar depresión” (p.193).

### **Tipos de depresión**

Ventocilla (2015), enuncia que la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE 10) de la OMS da a conocer los siguientes tipos de depresión:

- **Episodio depresivo:** Los episodios depresivos, independientemente de su gravedad, se caracterizan por un decaimiento del ánimo, reducción de la energía y disminución de la actividad, reducción de la capacidad de disfrutar (Anhedonia), interesarse y concentrarse, cansancio importante, incluso tras un esfuerzo mínimo.
- **Episodio depresivo leve:** La persona con un episodio leve probablemente está apta para continuar la mayoría de sus actividades. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B para el diagnóstico de episodio depresivo leve y síntomas del criterio C (CIE 10), hasta sumar un total de al menos cuatro síntomas; debe durar al menos dos semanas.

- **Episodio depresivo moderado:** La persona probablemente tenga grandes dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Normalmente están presentes 2 de los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C (CIE 10), hasta sumar un total de, al menos, seis síntomas.
- **Episodio depresivo grave:** Las personas con depresión grave presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas, aparecen síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave, se denomina episodio depresivo grave con síntomas psicóticos. Los fenómenos psicóticos como las alucinaciones o delirio. Para el diagnóstico de depresión grave deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C (CIE 10), con un mínimo de ocho síntomas en total.

### **Criterios de la CIE-10 para depresión**

Iglesias (2019), en los episodios depresivos típicos aparece un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de la vitalidad que lleva a una reducción del nivel de actividad y a un cansancio exagerado. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

1. La disminución de la atención y concentración.
2. La pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
3. Las ideas de culpa y de ser inútil.
4. Una perspectiva sombría del futuro.
5. Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
6. Los trastornos del sueño.
7. La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales. Se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque periodos más breves pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

El trastorno depresivo recurrente se caracteriza por la aparición de episodios repetidos de depresión, pero sin antecedentes de episodios aislados de exaltación del estado de ánimo o aumento de la vitalidad suficientes para satisfacer las pautas de manía.

### **Factores de riesgo de depresión durante el embarazo**

Los factores de riesgo asociados con el desarrollo de la depresión en el embarazo descritos por Mercado y Paccori (2012) citados en Ventocilla (2015), son:

- **Ansiedad materna:** alta asociación.
- **Acontecimientos vitales estresantes:** alta asociación.
- **Antecedentes personales de depresión:** alta asociación.
- **Falta de Apoyo Social,** especialmente la de la pareja. Asociación media.
- **Violencia doméstica:** Media a pequeña asociación.
- **Embarazo no deseado:** baja asociación.
- **Relación de pareja:** asociación media entre el no vivir con la pareja. Respecto de la calidad de la relación, existe una baja asociación e inversa entre la calidad de la relación y el desarrollo de depresión en el embarazo.”
- **Sociodemográfica:** Gómez & Aldana (2007), encontraron asociaciones altas entre el tipo de seguro de salud. El nivel socioeconómico no mostró asociación. Bajos ingresos y bajo nivel de escolaridad tuvieron una asociación baja. La depresión prenatal, se ha descrito como un factor de riesgo para la depresión posparto y muchos de los casos detectados en el puerperio, en realidad comenzaron en la gestación. Otro estudio evidenció la asociación entre depresión en el embarazo y en las hijas(os) adolescentes de estas mujeres, así como problemas conductuales en las hijas e hijos.

### **Síntomas afectivos de la depresión durante el embarazo**

Goncalves, González & Vásquez (2008), han presentado una serie de síntomas a nivel afectivo que distinguen a la depresión, entre los cuales se mencionan:

- **Tristeza patológica:** uno de los síntomas nucleares de la depresión, aunque puede no evidenciarse al quedar oculta por otros síntomas, aunque suele manifestarse como pérdida de ilusión, desesperanza, pesimismo intenso.

- **Anhedonia:** consiste en la imposibilidad de experimentar placer en situaciones en las que antes el paciente era capaz de disfrutar.”
- **Disforia:** situación habitualmente mal expresada por el paciente y que comporta malestar general con sentimientos de contenido negativo.”
- **Ansiedad:** asociada a los síntomas anteriores, manifestada en forma de miedo intenso, e injustificado, a las consecuencias del proceso vital que le acontece. Puede provocar estado de alerta y angustia permanente.”

### **Síntomas somáticos de la depresión durante el embarazo**

Goncalves, González & Vásquez (2008), los síntomas somáticos son la primera manifestación del síndrome depresivo, puntualizando que:

Aunque se han descrito diversos síntomas de este tipo con diferentes niveles de gravedad, los más destacados son: Bradicinesia, bradipsiquia, alteraciones del ritmo sueño-vigilia, alteraciones del apetito, cefalea, astenia, algias músculo-esqueléticas. (p.40)

### **Síntomas cognitivos de la depresión**

González (2006), distingue entre los síntomas cognitivos de la depresión:

Las alteraciones del curso y del contenido del pensamiento, con bradipsiquia, contenidos negativos, pérdida de confianza en sí mismo, sentimientos de minusvalía e inferioridad. En ocasiones ideas delirantes de ruina, de muerte o autolíticas. Trastornos atencionales que, pueden provocar fallos amnésicos e incluso provocan alteraciones de memoria reciente, desorientación, otros. (p.84).

### **Síntomas conductuales de la depresión**

González (2006), distingue entre los síntomas conductuales de la depresión: Inhibición, tendencia al aislamiento social, abandono de las actividades habituales de la vida diaria, la ideación delirante agresiva puede ser hetero o autolítica, y puede conllevar a la realización de dichas conductas.”

## **Definición de las dimensiones de Depresión**

### **Afectividad**

Ávila (2014), señala que la afectividad “Es entendida como la manera en que el hombre se siente afectado por los múltiples acontecimientos de su vida. Es un conjunto de emociones y sentimientos que un individuo puede experimentar a través de las distintas situaciones que vive” (p.45).”

### **Motivación**

Alles (2008), conceptualiza el término motivación como “Los intereses que una persona considera o desea consistentemente. Las motivaciones dirigen, conllevan y seleccionan el comportamiento hacia ciertas acciones u objetivos y lo alejan de otros” (p.60)

“Para Hernández (2014), la motivación no es más que “el énfasis que se descubre en una persona hacia un determinado medio de satisfacer una necesidad, creando con ello el impulso necesario para que ponga en obra ese medio o esa acción, o bien para que deje de hacerlo” (p.1). La motivación se presenta entonces, como un medio que orienta la actuación de un individuo, con la finalidad de satisfacer sus carencias, generadas con el fin de estimular la actuación del mismo y alcanzar las metas.”

### **Síntomas**

Ávila (2014), lo distingue como una “Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador” (p.131). Entre tanto, Jerusalinsky (2003), define que los síntomas “Es la colección de rasgos, de trazos, que permiten la individualización de una enfermedad” (p.137).”

### **Conducta**

Pérez (2005), la define claramente como “la interacción entre un sujeto con historia y el medio ambiente en el que vive” (p.48). Bajo esta premisa, se infiere que la conducta entiende la búsqueda de causas internas del comportamiento que provienen de los modelos de comportamiento humano.”

## **Cognitividad**

Ávila (2014), lo define como “Esquemas formados durante la depresión sobre las formas de percibir la realidad incluyendo creencias, siendo predominantes favoreciendo la percepción y afectando la memoria atención, función ejecutiva y concentración” (p.45).”

“Sáez (2015), contempla la premisa básica de cognitividad en el ámbito de los trastornos emocionales aludiendo a la concepción de Beck, quien considera que “existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información” (p.135). Desde estas consideraciones, el autor considera que “La cognitividad dirige la percepción, codificación, organización, almacenamiento y recuperación de la información del entorno” (p.35). Por consiguiente, las inducciones consistentes con las representaciones se construyen y codifican, mientras que la información inconsistente se ignora y olvida.”

### **2.2.2. Definición de la variable ansiedad**

El Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (2002), ha considerado dentro de la conceptualización de ansiedad “Es una sensación normal que experimenta el individuo alguna vez en momentos de peligro o preocupación, y que sirve para poder reaccionar mejor en momentos difíciles” (p.4)”

Por su parte, Goncalves, González & Vásquez (2008), “la ansiedad es una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro externo o interno. Su etiopatogenia es desconocida, probablemente multifactorial y resultado de la interacción de varios factores psicosociales” (p.16). La ansiedad, etimológicamente incomodidad, se refiere al sentimiento de malestar psíquico del sujeto, el cual puede ser tan intenso que el sujeto crea que va a volverse loco o tenga sensación de muerte inminente. En el ámbito somático origina multitud de síntomas que dependen, sobre todo, de una disfunción del sistema nervioso.”

En esta misma línea, González (2006), manifiesta que “La ansiedad es, sobre todo, algo que se siente. No es un pensamiento, sino un sentimiento de malestar difuso que se manifiesta tanto en el ámbito psíquico como en el somático, con repercusiones en el funcionalismo del sujeto” (p.60). Dentro de la dimensión

cognitiva, fisiológica y motora de la ansiedad enunciada por Piquera, Martínez & Ramos (2008):

La ansiedad es una respuesta del organismo que se desencadena ante una situación de amenaza o peligro físico o psíquico, cuyo objeto es dotar al organismo de energía para anular o contrarrestar el peligro mediante una respuesta (conducta de huida o de agresión).” (p.49)

De acuerdo con los autores citados, este mecanismo funciona de forma adaptativa y pone en marcha dicho dispositivo de alerta ante estímulos o situaciones que son potencialmente agresoras o amenazantes. Sin embargo, la ansiedad se torna en clínica en las siguientes situaciones:

- Cuando el estímulo presentado es inofensivo y conlleva una compleja respuesta de alerta.
- Cuando la ansiedad persiste en el tiempo, superando lo meramente adaptativo y los niveles de alerta persisten.
- Cuando los niveles de alerta y la ansiedad interrumpen el rendimiento del individuo y las relaciones sociales.

En el caso de las gestantes, las reacciones de ansiedad que logran niveles excesivamente intensos, podrían ocasionar cambios en la conducta, de modo que se dejan de lado los hábitos saludables y se desarrollan conductas adictivas o impropias en la persona, que colocan en peligro la salud de la madre y del feto.

### **Teorías explicativas de la ansiedad**

- **Modelo cognitivo de Beck de la ansiedad.** Según Sanz (1993), la teoría cognitiva de Beck afirma que en muchos casos de depresión unipolar no endógena y en muchos trastornos de ansiedad, tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad; (b) una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad del individuo, y (c) la ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que incide sobre las actitudes disfuncionales del individuo. Beck

usa el formalismo de los esquemas para explicar cómo las actitudes o creencias disfuncionales están representadas mentalmente y afectan al procesamiento de la información.”

La premisa básica de la teoría cognitiva de Beck, es que en los trastornos emocionales existe una distorsión sistemática en el procesamiento de la información. Así, en la ansiedad, la percepción del peligro y la subsecuente valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro, que tienen un valor obvio para la propia supervivencia, aparecen sesgadas en la dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a la situación y una infravaloración de las capacidades de enfrentamiento.”

- **Modelo de la aprensión ansiosa de Barlow.** Barlow (1988), concibe a la aprensión ansiosa, como un proceso presente en todos los trastornos de ansiedad como por ejemplo el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por ataques de pánico y las fobias. En el modelo se propone que el proceso de aprensión ansiosa inicia cuando el individuo percibe una situación estimular (como por ejemplo ciertos contextos situacionales o algún aumento del arousal inexplicado) que evoca proposiciones ansiosas que se han almacenado en la memoria a largo plazo.

Barlow (1988) señala que, paralelamente se activa el esquema cognitivo aprensivo en el cual aumenta la percepción de amenaza en el individuo a la vez que disminuye su percepción de control, lo cual se refleja en su percepción de incapacidad de afrontamiento. De esta manera, disminuirá el rendimiento del individuo en aquellas actividades que requieran de atención sostenida y de concentración.

Desde este modelo, la preocupación es considerada como patológica es concebida como una actividad incontrolable que surge tras la activación de un esquema cognitivo de incapacidad en el que inciden diversos factores como el estrechamiento de la atencional que interfiere con actividades importantes para la persona.”

- **Modelo de la Evitación cognitiva de Borkovec.** El modelo de Borkovec (1994), apunta que la preocupación es un intento predominantemente verbal-lingüístico que pretende evitar imágenes catastróficas referidas a

posibles eventos aversivos. Señala también que el proceso de la preocupación implica la interacción de algunos sistemas humanos como el conceptual, imaginativo, afectivo, atencional, de memoria representacional, comportamental y fisiológico.

De acuerdo con el modelo de Borkovec (1994), la preocupación supone una motivación, derivada de la necesidad de actuar frente a la amenaza percibida y así encontrar una solución al problema. Según la propuesta del modelo, debido a la irrealidad de la amenaza, la preocupación patológica se caracteriza por ser un proceso que da pie a una inhibición simpática del organismo ya que se suprimen los aspectos somáticos y fisiológicos característicos de la experiencia ansiosa como por ejemplo de la sudoración y de frecuencia cardíaca. De modo que, al no tratarse de una amenaza real, el organismo no prepara ninguna respuesta motora.

- **Modelo metacognitivo de la preocupación y del trastorno de ansiedad generalizada de Wells.** El modelo de Wells (2006), propone que la preocupación patológica surge en principio por la formación y mantenimiento de creencias metacognitivas positivas referidas al mismo proceso de preocupación. Éstas a su vez emergen como consecuencia de dos tipos de procesos previos: (a) aprendizaje modelado por figuras parentales (preocupadizas) y (b) reforzamiento negativo que aparece cuando tras la preocupación no se experimentan las amenazas temidas. Sin embargo, el modelo postula que el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por la aparición de un segundo tipo de meta-cogniciones, a las que denomina meta-preocupaciones “preocuparse de estar preocupado”. Éstas consisten en la valoración de la preocupación como incontrolable y peligrosa, el individuo cree que sus preocupaciones pueden llegar a dañarlo lo cual es un motivo de preocupación.
- **Modelo de intolerancia a la incertidumbre de Dugas.** Dugas, Gagnon, Ladouceur y Freeston (1998), relacionan la etiología y el mantenimiento de la preocupación excesiva con la intolerancia a la incertidumbre, la cual conciben como un constructo que representa reacciones conductuales, cognitivas y emocionales negativas hacia los contextos y situaciones de

incertidumbre. En el modelo se define la intolerancia a la incertidumbre como una predisposición del individuo a reaccionar negativamente ante cualquier evento o situación de índole incierta, independientemente de su probabilidad de ocurrencia y consecuencias asociadas.

Los autores destacan la importancia que juega el rol de la evaluación subjetiva de la situación dentro de la intolerancia a la incertidumbre. Además, el modelo indica que entre más elevado sea el nivel de intolerancia a la incertidumbre, mayor será el número de reacciones, entre ellas una elevada activación emocional, hipervigilancia y un estado de evitación cognitiva donde se suprimen las imágenes catastróficas y amenazantes.

- **Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo de Davey.** Davey (2006), señala que algunas teorías contemporáneas han explicado el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la preocupación patológica señalando el papel de factores personales disposicionales como el perfeccionismo, la intolerancia a la incertidumbre y la responsabilidad excesiva, así como las creencias sobre la funcionalidad o utilidad de preocuparse. Por otro lado, concibe la preocupación (patológica) como un intento infructuoso de solución de problemas. Sin embargo, señala que el elemento crítico que diferencia a las personas “preocupadizas” no es tanto el déficit de habilidades para solucionar problemas si no la baja confianza para resolverlos.

El autor menciona que la principal característica que define a la preocupación patológica es una perseverancia cognitiva disfuncional que favorece, entre otros aspectos, la baja autoconfianza y la valoración positiva de las preocupaciones, ya que las concibe como proceso de solución de problemas (que continuamente se nutre de la información proporcionada del propio estado de ánimo) generándose de esta manera un círculo vicioso.

También en el modelo se señala que dicha perseverancia cognitiva es característica no sólo de trastornos de ansiedad si no también presente en otros trastornos como la depresión.

Además, el modelo propone que el proceso de preocupación perseverativa, aparece cuando la persona genera mentalmente el mayor número de

posibles eventos negativos que puedan interferir con los objetivos y metas personales, en un futuro.

### **Formas clínicas de la ansiedad**

Jiménez, Sánchez & Sáiz (2008), menciona algunas formas clínicas de la ansiedad, siguiendo la clasificación DSM IV, y por orden de frecuencia de presentación en el paciente, cita:

- **Trastorno de ansiedad generalizada.** Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga, disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia, insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad.”
- **Trastorno fóbico.** Consiste en un temor persistente hacia un objeto, situación o actividad. Quizás la más destacable y frecuente sea la agorafobia. La fobia social es persistente en la embarazada por causas físicas.”
- **Trastorno obsesivo compulsivo.** Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones.”
- **Trastorno de ansiedad inducido por fármacos.** Es importante destacar que la interacción de fármacos puede alterar el metabolismo, con efectos paradójicos como la propia ansiedad.”

### **Síntomas de la ansiedad**

Chinchilla (2002), señala que “La ansiedad puede provocar síntomas en todos los órganos y sistemas del organismo, por lo que puede considerarse como la gran simuladora. A menudo, el paciente somatiza los mismos, y los vive como una amenaza a su salud física” (p.6). En este contexto, se hace alusión a:”

- Síntomas cardiocirculatorios: palpitaciones, taquicardia, opresión torácica, dolor precordial, sensación de paro cardíaco.”

- Síntomas gastrointestinales: sensación de nudo en el estómago, espasmos faríngeos, náuseas, vómitos, diarrea o estreñimiento, alteraciones del apetito.”
- Síntomas genitourinarios: micción imperiosa, polaquiuria, disuria; trastornos de la función sexual tales como impotencia, eyaculación precoz y frigidez.”
- Síntomas neurológicos: mareos, vértigos, cefalea, inestabilidad, temblor, entumecimiento, parestesias.
- Síntomas musculares: debilidad física, sensación de flojedad de piernas, lumbalgias y algias diversas.”
- Síntomas neurovegetativos: sequedad de boca, midriasis, rubor o palidez, sofocos, sudoración, frialdad cutánea.”

## **Definiciones de las dimensiones de Ansiedad**

### **Alteraciones físicas**

González (2006), presenta dentro de su abordaje terapéutico de la ansiedad una concepción de lo que son las alteraciones físicas de esta condición psíquica, identificándola, así como:”

El conjunto de manifestaciones somáticas que presenta la persona ansiosa, por cuanto se produce una exaltación en su sistema nervioso, influyendo en el desencadenamiento de una serie de síntomas, entre los que se destacan: la tensión en el cuello, hombros y espalda; dificultades de respiración, visión nublada, sofoco; taquicardia, opresión en el pecho; sensación de nudo en el estómago, náuseas; sudoración, temblor, hormigueo; inestabilidad, temblor. (p.5)”

### **Alteraciones psíquicas y mentales**

En este mismo orden temático, González (2006), vislumbra que “la vivencia psíquica de la ansiedad puede expresarse de múltiples maneras” (p.66). Entre ellas, identifica:

- Sensación de temor: es el síntoma nuclear. Provoca una actitud de alerta, como queriendo anticiparse a un peligro.”

- Sensación de tensión: el sujeto se encuentra nervioso, inquieto, continuamente preocupado y es incapaz de relajarse.
- Vivencias de extrañeza: en cuadros intensos de ansiedad puede alterarse la vivencia del tiempo y de forma transitoria aparecen fenómenos del tipo de lo ya visto o, por el contrario, de lo nunca visto.
- Desrealización y despersonalización: es una sensación de extrañeza del entorno. Es una irrealidad personal.
- Alteraciones cognitivas: debido al elevado estado de activación, disminuye la atención y aparece la distraibilidad, dificultad para concentrarse y tendencia a la fatiga intelectual, por lo que la memoria también puede verse afectada.
- Alteraciones de sueño: retraso en la conciliación, interrupciones por despertares y pesadillas, cansancio o sensación de sueño no reparador.
- Alteraciones del comportamiento: el sujeto ansioso se vuelve malhumorado, irritable y adopta una actitud hipervigilante.

### **2.3. Definición de términos básicos**

**Ansiedad:** Estado de perturbación que pone alerta al individuo y le genera tensión ante posibles peligros (Sáez, 2015).

**Depresión:** Es una enfermedad psíquica que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la forma de ver el mundo y de concebir la realidad. Afecta al ciclo normal sueño-vigilia y a la alimentación. Se alteran la propia percepción de uno mismo, la autoestima y la manera de afrontar los acontecimientos cotidianos (Lanz, 2009).

**Despersonalización:** Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo, de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales, como si se tratara de un observador exterior (Vera, 2015).

**Gestación:** Periodo en el cual la madre lleva y sustenta en su vientre el feto hasta el momento del parto. Es la etapa del embarazo y el tiempo que dura (Quezada, 2011).

**Miedo:** Es una reacción emocional de inquietud y angustia producida por un peligro real o imaginario (Valdez, 2016).

**Nerviosismo:** Estado pasajero de excitación nerviosa. Estado de desequilibrio leve del sistema nervioso, con trastornos psíquicos de cierta intensidad, como: irritabilidad, poca atención (Vera, 2015).

**Pesimismo:** Propensión a ver las cosas en su aspecto más desfavorable (Vera, 2015).

**Somático:** Se refiere al síntoma que es eminentemente corpóreo o material, para diferenciarlo del psíquico (Vera, 2015).

**Trastorno:** perturbación de las funciones normales del individuo (Valdez, 2016).

**Tristeza:** Estado emocional de pena, melancolía y amargura. Sentimiento de infelicidad o ánimo decaído de una persona que sufre dolor o pena por algún motivo. (Vera, 2015).

### **III. MÉTODOS Y MATERIALES**

#### **3.1. Hipótesis de la investigación**

##### **3.1.1. Hipótesis general**

- Existe una correlación significativa entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

##### **3.1.2. Hipótesis específicas**

- Existe una correlación significativa entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Existe una correlación significativa entre depresión y alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Existe una correlación significativa entre ansiedad y afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Existe una correlación significativa entre ansiedad y motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Existe una correlación significativa entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Existe una correlación significativa entre ansiedad y conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Existe una correlación significativa entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

## **3.2. Variables de estudio**

### **3.2.1. Definición conceptual**

#### **Variable Depresión**

Mercado y Paccori (2012), lo definen como “Una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño vigilia y la alimentación, así como el sentido de autovalía y autoestima de la gestante” (p.15).

Según, Ávila (2014) citando a la Asociación Psiquiátrica Americana (2003), el trastorno depresivo:

Es una enfermedad que afecta al organismo, estado de ánimo y manera de pensar y concebir la realidad. Asimismo, altera el ciclo normal de sueño-vigilia y la alimentación, así como el sentido de auto valía y autoestima. La depresión afecta a cada persona de una manera distinta en cuanto a la severidad, intensidad y duración de la sintomatología. (p.18).

#### **Variable Ansiedad**

Jarne, Talarn, Armayones & Horta (2006), conceptualizan a la ansiedad como:

Un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno (p.119).

Por su parte, Quezada (2011), la distingue como “una emoción propia del estrés y es más propensa a aparecer y a ser intensificada cuando la persona no confía o confía poco en su propia identidad para manejar el mundo con efectividad” (p.44).

### 3.2.2. Definición operacional

**Tabla 1.**

*Matriz de operacionalización de las variables*

<b>Variab</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Ítems</b>
<b>Depresión</b>	Enfatiza en la baja anímica de las gestantes asociadas a la pérdida de interés o dificultades que enfrentan en su cotidianidad, entorno a factores afectivos, motivacionales, sintomatológicos, conductuales y cognitivos.”	<b>Afectividad</b>	Tristeza	1
			Sentimiento de fracaso	3
			Insatisfacción	4
			Sentimiento de culpa	5
			Predisposición para el llanto	10
		<b>Motivación</b>	Pesimismo	2
		<b>Síntomas</b>	Pérdida de sueño	16
			Pérdida de apetito	18
			Pérdida de peso	19
			Pérdida del deseo sexual	21
		<b>Conducta</b>	Alejamiento social	12
			Retardo para trabajar	15
			Irritabilidad	11
			Fatigabilidad	17
		<b>Cognitividad</b>	Expectativa de castigo	6
			Auto desagrado	7
			Auto acusación	8
Ideas suicidas	9			
Indecisión	13			
Cambios en la imagen corporal	14			
Preocupación somática	20			
<b>Ansiedad</b>	Las gestantes presentan una diferentes alteraciones físicas, psíquicas y mentales derivadas de las preocupaciones y el estrés que enmarca dicho estado de embarazo, conforme a las situaciones que suscita dicho estado de embarazo.	<b>Alteraciones físicas</b>	Hormigueo o entumecimiento	1
			Sensación de calor	2
			Temblor de piernas	3
			Incapacidad de relajarse	4
			Mareo o aturdimiento	6
			Palpitaciones o taquicardias	7
			Sensación de ahogo	11
			Temblores de manos	12
			Temblor generalizado o estremecimiento	13
			Dificultar para respirar	15
			Molestias digestivas o abdominales	18
			Palidez	19
			Rubor	20
		Sudoración	21	
		<b>Alteraciones psíquicas y mentales</b>	Miedo a que suceda lo peor	5
			Sensación de inestabilidad e inseguridad física	8
			Terrores	9
			Nerviosismo	10
			Miedo a perder el control	14
			Miedo a morir	16
Sobresaltos	17			

Fuente: Tomado de Beck (1985; 1996).

### **3.3. Tipo y nivel de investigación**

En cuanto al tipo de investigación es aplicada, cuantitativa y explicativa. Es aplicada, pues pretende medir las correlaciones lineales múltiple entre las dimensiones de las variables depresión y ansiedad para determinar algunas estructuras matemáticas que expliquen el comportamiento de tales variables, en todo caso, los datos obtenidos ayudaron a la toma de decisiones para preparar una intervención futura para mejorar la situación que enfrentan las gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a nivel psicosocial.

Además, es enfoque cuantitativo, en cuanto se usa técnicas estadísticas, matemáticas o computaciones en la medición/colección de la data empírica y en la generación modelos e hipótesis concernientes a las variables de estudio, la inferencia de la generalización y objetivación se basa en la representación y tamaño de la muestra (Strauss, 1987). Es explicativa pues, en cierto grado, trata de explicar cuáles son las relaciones asociativas que pudieran existir entre las dimensiones de las variables de estudio.

Corresponde a un nivel de investigación correlacional, basa la investigación en observación de hechos ya existen en la realidad, no manipulan ninguna variable y tampoco agrupan a los sujetos de la muestra siguiendo un criterio determinado. Simplemente tratan de describir las posibles relaciones entre las variables de estudio.

El criterio estadístico concreto que se utilizó corresponde a la técnica de análisis de regresión lineal simple que pretende explicar las relaciones existentes entre las variables de estudio sin determinar una cierta dirección causal (Hernández, Fernández y Baptista; 2010; p.213). En el caso de las variables aleatorias son depresión y ansiedad. Es bueno enfatizar, que esta técnica de análisis, trata de establecer la recurrencia de atención terapéutica de los ciudadanos de las gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores en el trimestre abril, mayo y junio 2019. Las dimensiones de la variable aleatoria depresión: afectividad, motivación, síntomas, conducta y

cognitividad; y las dimensiones de la variable aleatoria ansiedad: alteraciones físicas, y altera psíquicas y mentales.

### **3.4. Diseño de la investigación**

En este trabajo de investigación, se utilizó el diseño no experimental transversal y correlacional.

En el presente estudio se asumió el diseño no experimental, definido por Palella y Martins (2010), como aquella que “se realiza sin manipular en forma deliberada ninguna variable. El investigador no sustituye intencionalmente las variables independientes” (p.87). A partir de allí, los hechos se observaron tal y como se presentan en el Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

Además, es una investigación de corte transversal, que según Ceballos (2014), “es un tipo de diseño no experimental, que recolectan datos en un solo momento, o en un tiempo único, su propósito es realizar un completo y detallado estudio de la entidad o problema en un preciso momento” (p.34). En este sentido, y conforme a su finalidad, se describieron las variables y se analizó su interacción en un momento dado, sin manipularlas, a fin de determinar la relación que existe entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

Se distingue como una investigación correlacional, ya que indica Sampieri (2008), “se asocian variables mediante un patrón predecible para un grupo o población” (p.104). Este tipo de estudio tiene como propósito conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular, como se alude en la presente investigación donde se intenta identificar la relación que existe entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”

En concreto, el diseño asumido se visualiza en el siguiente esquema:

X = Depresión

X<sub>1</sub> = Afectividad

X<sub>2</sub> = Motivación

X<sub>3</sub> = Síntomas

X<sub>4</sub> = Conducta

X<sub>5</sub> = Cognitividad

Y = Ansiedad (variable aleatoria)

Y<sub>1</sub> = Alteraciones físicas

Y<sub>2</sub> = Alteraciones psíquicas y mentales

### 3.5. Población y muestra de estudio

#### 3.5.1. Población

En el presente trabajo de investigación la investigadora consideró trabajar con una población de (55) gestantes que acuden al Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores en el trimestre abril, mayo y junio 2019. Según, Arias (2012), “la población es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos de estudio” (p.81).

#### **Tabla 2.**

*Distribución de la población de gestantes que acuden al Puesto de Salud Marianne Preuss Stark, San Juan de Miraflores 2019*

<b>Gestantes</b>	<b>N° Pacientes</b>
17 – 20 años	11
21 – 24 años	8
25 – 28 años	10
29 – 32 años	13
33 – 36 años	9
37 – 40 años	4
<b>Total gestantes</b>	<b>55</b>

Fuente: Elaboración propia.

#### 3.5.2. Muestra

La muestra quedó representada por (48) gestantes que acuden al Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores en el trimestre abril, mayo y junio 2019. De acuerdo con, Tamayo (2009), la muestra “es un subconjunto o una parte de la población que se emplea para estudiar a dicha población. La muestra tiene que ser representativa de la población” (p.180).

### 3.5.3. Muestreo

Para elegir el tamaño de la muestra, se empleó el muestreo probabilístico aleatorio simple, que según Arias (2012), “es un procedimiento de muestreo probabilístico que da a cada elemento de la población objetivo y a cada posible muestra de un tamaño determinado, la misma probabilidad de ser seleccionado” (p.45); por lo tanto, se procedió a efectuar el cálculo de la muestra con proporción para poblaciones finitas o de tamaño conocida. Para ello se desarrolló el siguiente cálculo para el tamaño probable de la muestra:

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

Dónde:

n: Tamaño de la muestra.

N: Total de elementos que integran la población (N=55).

Z<sup>2</sup>: Valor Asociado a un nivel de confianza. (Z=1,96 – 95% de confianza).

e: Error muestral (falla que se produce al extraer la muestra 5%) e<sup>2</sup>=0.0025.

p: Probabilidad de ocurrencia (0.5).

q: Probabilidad de no ocurrencia (1-p) q=0.5.

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 55}{0,0025 (55 - 1) + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5} = 48 \text{ gestantes}$$

**Tabla 3.**

*Distribución de la muestra de gestantes que acuden al Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019*

<b>Gestantes</b>	<b>N° Pacientes</b>
17 – 20 años	10
21 – 24 años	6
25 – 28 años	8
29 – 32 años	13
33 – 36 años	7
37 – 40 años	4
<b>Total gestantes</b>	<b>48</b>

Fuente: Elaboración propia.

## **Criterios de inclusión y exclusión:**

### **Inclusión:**

- Gestantes que acudan al servicio de psicología del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.
- Gestantes que tengan entre 17 y 40 años.
- Gestantes diagnosticadas con depresión y ansiedad.

### **Exclusión:**

- Gestantes que no desean participar en el estudio.

## **3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

### **3.6.1. Técnicas de recolección de datos**

Para efectos de esta investigación, se ha determinado emplear como técnicas, las siguientes:

- **Técnica de encuesta:** Escudero (2014), “es un procedimiento que sirve para conocer la opinión de un grupo de personas sobre un conjunto de cuestiones, opinión que se puede proyectar a un conjunto de población si se realizan técnicas de muestreo adecuadas” (p.60). Para tales fines, se identificaron las gestantes que acuden a consulta psicológica en el Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores en el trimestre abril, mayo y junio 2019, con depresión y ansiedad; y en función de ello, tienen la disposición de aportar datos de interés para este estudio.
- **Técnica de observación:** Arias (2012), “Es una técnica que consiste en visualizar o captar, en forma sistemática, cualquier hecho, fenómeno o situación que se produzca en la naturaleza o en la sociedad, en función de los objetivos de investigación preestablecidos” (p.69). Esta técnica de recolección consistió en el registro de situaciones observables analizando las actitudes y alteraciones ansiosas y depresivas presentadas por las gestantes del estudio.

- **Técnica psicométrica:** Ávila (2014), “Una prueba psicométrica es cualquier actividad que se realice con el fin de evaluar el desempeño de un individuo. En estas pruebas se miden diferencias entre individuos o las reacciones de los individuos en situaciones diferentes” (p.51). En el presente estudio se utilizaron los inventarios de depresión y ansiedad de Beck, que son test estandarizados empleados a nivel mundial y que sirvieron para responder a los objetivos de la investigación.

### **3.6.2. Instrumentos de recolección de datos**

En correspondencia con la técnica que se asumió, la misma constó en dos partes, del instrumento denominado “cuestionario estandarizado”, que según asegura Sabino (2008), "consiste en un conjunto preestablecido de preguntas ya validadas científicamente, generalmente presentadas en forma escrita, de preguntas, ejercicios, problemas, para que sean respondidos o resueltos por la muestra seleccionada" (p.102). En vista de ello, se consideró la administración de los Inventario de Depresión de Beck e Inventario de Ansiedad de Beck, respectivamente; los cuales fueron aplicados a la muestra en estudio.”

#### **Ficha Técnica:**

##### **Inventario de Depresión de Beck**

Esta primera parte, corresponde al inventario de depresión de Beck conformado por (21) ítems que describen los sentimientos de la paciente, incluyendo los niveles de depresión según la sumatoria de los resultados obtenidos: Sin depresión (0-10), Depresión leve (11-20), Depresión moderada (21-30), Depresión severa (30 a más).”

- **Dimensión afectividad (5 ítems):** se refiere al conjunto de sentimientos y emociones de la gestante, tales como: tristeza, fracaso, insatisfacción, culpa, llanto.
- **Dimensión motivación (1 ítem):** está relacionado con las razones que impulsan a la gestante a interesarse en algo. En esta ocasión se orienta hacia el pesimismo que siente.

- **Dimensión síntomas (4 ítems):** engloba el conjunto de señales o indicios de que la gestante les está sucediendo algo o le va a suceder, mayormente con el fenómeno revelador de una enfermedad. Aquí se distinguen las pérdidas de sueño, apetito, peso y sede sexual.
- **Dimensión conducta (4 ítems):** involucra todos esos aspectos inherentes al modo de conducirse o de comportarse de las gestantes, tiene que ver con el alejamiento social, retardo para trabajar, irritabilidad y fatigabilidad.
- **Dimensión cognitivdad (7 ítems):** básicamente incluye lo relacionado a los conocimientos expectantes de la gestante vinculados al castigo, auto-desagrado, auto-acusación, ideas suicidas, indecisiones, cambios de la imagen corporal y la preocupación somática.

### **Inventario de Ansiedad de Beck**

En la segunda parte del instrumento, incluye (21) ítems de afirmaciones, para que la gestante describa el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de la aplicación del instrumento.

Las categorías de respuesta tipo Likert incluyen las opciones: En absoluto; Levemente, no me molesta mucho; Moderadamente, fue muy desagradable, pero pude soportarlo y Severamente, casi no puedo soportarlo. En torno a los niveles de ansiedad, Beck establece una sumatoria para la Mínima (0-5), Leve (6-15), Moderada (16-30), Severa (31-63).

- **Dimensión alteraciones físicas (15 ítems):** tiene que ver con el conjunto de síntomas corporal de tipo subjetivo que exterioriza el paciente, tales como: hormigueo, calor, temblores, mareos, palpitaciones, ahogo, etcétera.
- **Dimensión alteraciones psíquicas y mentales (6 ítems):** se refiere a las diferentes ideas o concepciones subjetivas de tipo psicológico que están en la mente de la gestante, como miedo, inseguridad, nerviosismo, terror, sobresaltos, etcétera.

### **3.7. Métodos de análisis de datos**

- El análisis de datos se realizó mediante la tabulación estadística, donde se utilizó para ello la frecuencia absoluta de los datos recolectados de los test o inventarios de depresión y ansiedad de Beck que fueron aplicados a la

muestra, donde se obtendrán resultados porcentuales, que se apoyaron en un análisis cuantitativo a los fines de describir la problemática existente.

- Con respecto al análisis cuantitativo, Ramírez (2009), plantea que “cuando se obtienen los datos de una investigación, es necesario condensar estos datos y resumirlos a través de uno o varios valores que determinen los principales caracteres del fenómeno que se estudia” (p.10). Del mismo modo, se realizó una interpretación escrita de los resultados en promedio de las tablas.
- A los fines de efectuar la prueba de hipótesis correlacional se empleó el coeficiente de Pearson, ya que a decir de Fallas (2012), “se utiliza para cuantificar la intensidad y dirección de la correlación cuando las variables se miden o se transforman a un nivel de medición ordinal” (p.16). El cálculo respectivo se efectuó a través de la función  $fx=COE.DE.CORREL$ , del programa sistematizado Excel 2010.

### **3.8. Aspectos éticos**

En principio, esta investigación se relacionó éticamente con los aspectos sugeridos por Wiersmar & Jurs (2008), según los cuales toda investigación, debe contemplar:

- Consentimiento de la participación: fue necesario que las gestantes proporcionen el consentimiento explícito acerca de su colaboración para la investigación.
- Confidencialidad: no se reveló la identidad de las gestantes; ni se indicó de quiénes fueron obtenidos los datos, de modo que se preservó el anonimato.
- El contexto en el cual se conduce la investigación fue totalmente respetado.
- Los resultados se reportaron con honestidad. Se sensibilizó a las gestantes ante la situación problemática que depresión y ansiedad que las afecta, como involucradas directas en el contexto donde se desarrolla la investigación, que es el Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores en el trimestre abril, mayo y junio 2019.

Además, estuvo fundada en el Código de Ética y Deontología del Psicólogo (2018), donde según lo previsto en lo concerniente al Ejercicio Profesional,

contempla además del comportamiento ético dentro de la actividad profesional, el psicólogo tiene el deber de conducirse en igual forma en todos los actos de su vida. Asimismo, el psicólogo debe proporcionar a la persona una atención cuidadosa, exhaustiva, completa, tomando el tiempo necesario de acuerdo a la naturaleza del problema; así como también, el psicólogo debe explicar a la persona a la que está tratando, de modo asequible acerca de su situación de salud psicológica como resultado de su investigación.

Alrededor de la ética que debe enmarcar la labor investigativa del egresado de Psicología de la Universidad Privada TELESUP, enmarca que todo psicólogo que realiza investigación, debe hacerlo respetando la normatividad internacional y nacional que regula la investigación en seres humanos. De igual manera, todo psicólogo que elabore un proyecto de investigación con seres humanos, debe contar, para su ejecución, con la aprobación de un Comité de Ética de Investigación, reconocido oficialmente por autoridad competente.

### **3.9. Confiabilidad de las variables**

En esta investigación fueron seleccionados los inventarios de depresión de Beck y, el Inventario de ansiedad de Beck, como instrumentos de recolección de datos para medir las variables depresión y ansiedad, respectivamente.” Por consiguiente, como indica Corral (2009), “no ameritan el cálculo de la confiabilidad debido a que, usualmente, ya se encuentra validada por su uso frecuente y su confiabilidad se ha comprobado por sus aciertos, en otras palabras, es un instrumento ya estandarizado” (p.245). A pesar de ello, se toman resultados de fiabilidad, validez y datos normativos de estos inventarios, como se cita seguidamente:

#### **Variable Depresión**

- Las cifras de fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck, determinadas por Carmelo (1998), “fueron altas tanto en términos de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach=0,83) como de estabilidad temporal (las correlaciones test-retest oscilaron entre 0,60 y 0,72 para tres subgrupos diferentes de la muestra total)” (p.303).

## **Variable Ansiedad**

- El Inventario de Ansiedad de Beck estandarizado por Robles, Varela, Jurado & Páez (2001), “ha demostrado una alta consistencia interna (alfas superiores a 0,90), validez divergente moderada (correlaciones menores a 0,60), y validez convergente adecuada (correlaciones mayores a 0,50).” (p.54)

## IV. RESULTADOS

### 4.1. Prueba de normalidad de las variables de estudio

Se probará inicialmente la prueba de normalidad de los datos, para ello utilizaremos las pruebas de Shapiro-Wilk aplicado a 2 variables, planteando las siguientes hipótesis:

- **Ho:** Las variables siguen una distribución normal.
- **Hi:** Las variables no siguen una distribución normal.

**Tabla 4.**  
*Prueba de normalidad de la variable depresión*

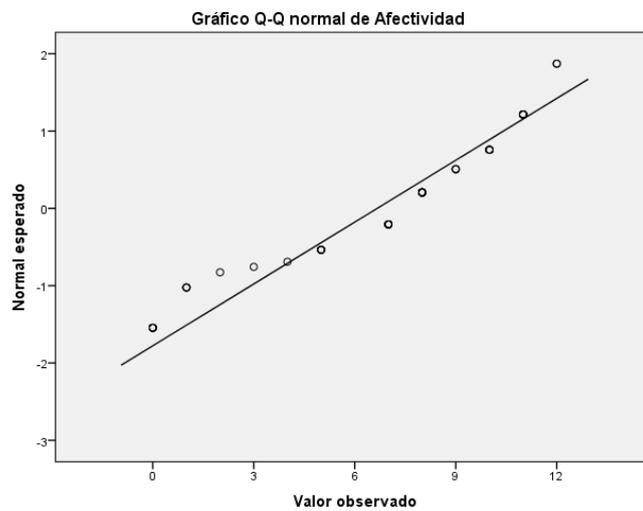
	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
DEPRESIÓN	,168	48	,002	,899	48	,001
Afectividad	,202	48	,000	,900	48	,001
Motivación	,309	48	,000	,826	48	,000
Síntomas	,168	48	,002	,912	48	,002
<b>Conducta**</b>	<b>,151</b>	<b>48</b>	<b>,008</b>	<b>,954</b>	<b>48</b>	<b>,057</b>
Cognitividad	,115	48	,131	,927	48	,005

a. Corrección de significación de Lilliefors

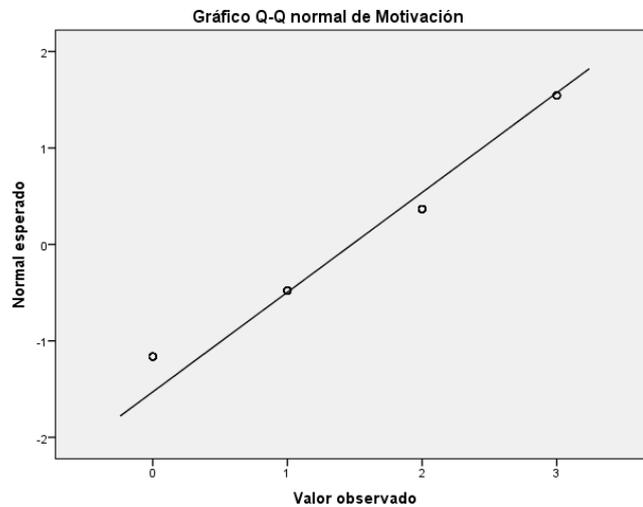
Fuente: Elaboración propia en SPSS

La tabla 4 muestra los resultados de la prueba de normalidad con el estadístico del contraste Shapiro-Wilk; para la variable depresión, donde la dimensión afectividad obtuvo un P-valor (sig.) de 0,001, la segunda dimensión motivación, el estadístico toma el valor de 0,000; así como, también la dimensión de síntomas un (sig.) de 0.002 y cognitividad P-valor (sig.) de 0,005 siendo en la mayoría de los casos menores a 0,05. Por lo que se determina que los datos de dicha variable no derivan de una distribución normal, de allí que se acepte la hipótesis alterna. Se acepta también la hipótesis nula, toda vez que la dimensión conducta cuyo valor (sig.) 0,057 es mayor a 0.05 lo que la enmarca con una distribución normal.

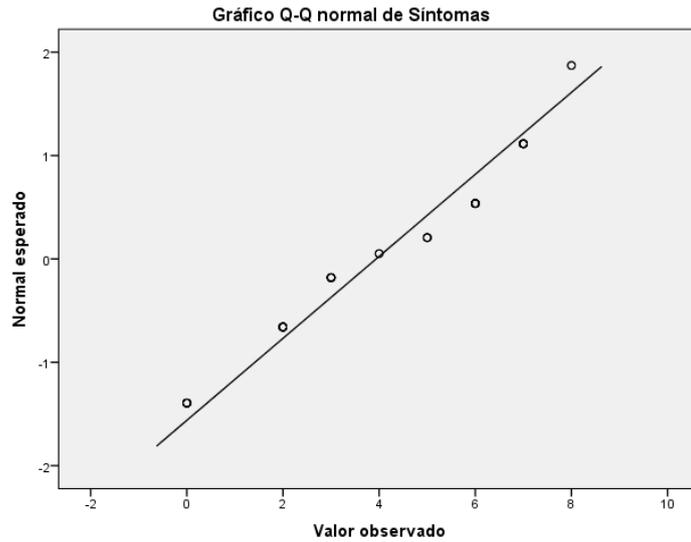
Considerando los gráficos de normalidad, Gráfico Q-Q normal que se presentan a continuación:



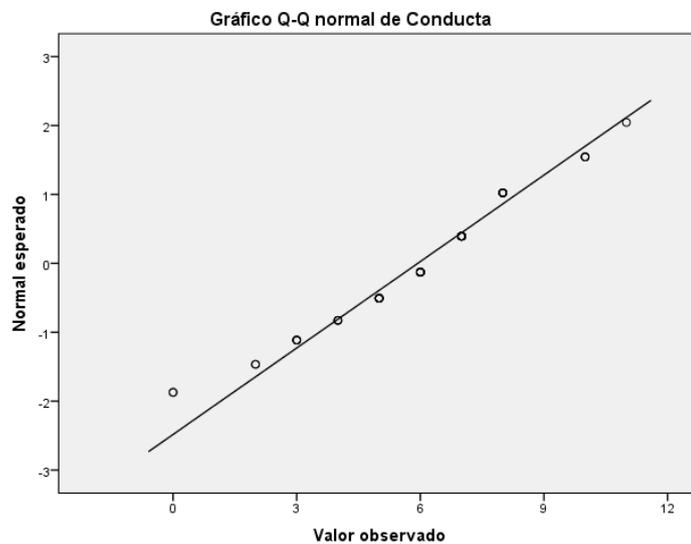
Se observa la prueba de normalidad a través del gráfico Q-Q normal para la dimensión Afectividad, donde los puntos no se encuentran situados en la línea diagonal recta, lo cual es un indicio que los datos no derivan de una distribución normal. Este resultado es compatible con el del contraste Shapiro-Wilk.



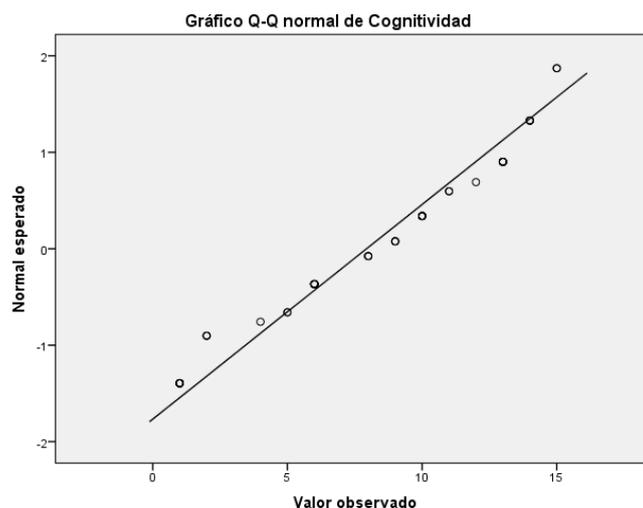
Derivado de la prueba de normalidad a través del gráfico Q-Q normal para la dimensión Motivación, donde los puntos no se encuentran situados en la línea diagonal recta, da indicios que los datos no derivan de una distribución normal. Este resultado es compatible con el del contraste Shapiro-Wilk.



Tal y como se observa la prueba de normalidad a través del gráfico Q-Q normal para la dimensión Síntomas, se denota que los puntos no se encuentran situados en la línea diagonal recta, lo cual es un indicio que los datos no derivan de una distribución normal, resultado compatible con el contraste Shapiro-Wilk.



Se distingue en la prueba de normalidad a través del gráfico Q-Q normal para la dimensión Conducta, donde los puntos no se encuentran situados en la línea diagonal recta, lo cual es un indicio que los datos no derivan de una distribución normal. Este resultado es compatible con el del contraste Shapiro-Wilk.



Se muestra en la prueba de normalidad a través del gráfico Q-Q normal que para la dimensión Cognitividad, los puntos no se encuentran situados en la línea diagonal recta, da indicios que los datos no derivan de una distribución normal. Este resultado es compatible con el del contraste Shapiro-Wilk.

**Tabla 5.**  
*Prueba de normalidad de la variable ansiedad*

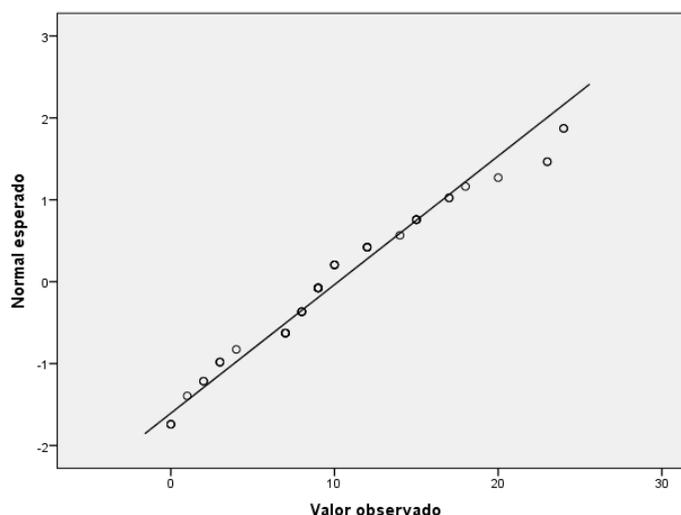
Pruebas de normalidad						
	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
ANSIEDAD	,157	48	,005	,923	48	,004
Alteraciones físicas	,139	48	,021	,952	48	,046
Alteraciones psíquicas y mentales	,177	48	,001	,870	48	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

Fuente: Elaboración propia en SPSS

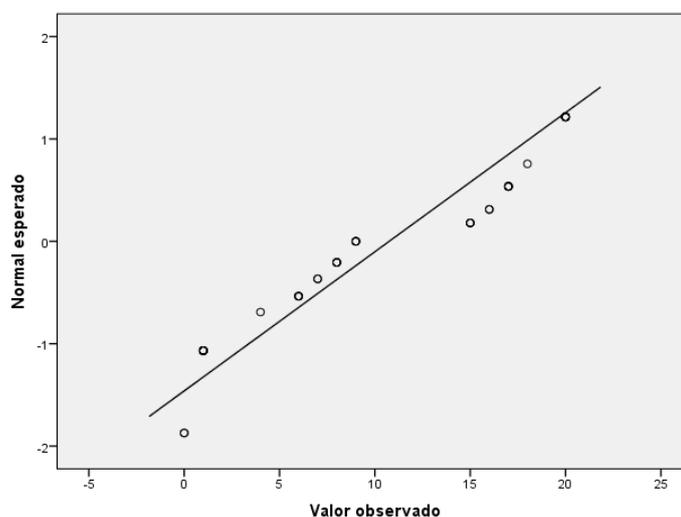
En la tabla 5 se observan los resultados de la prueba de normalidad con el estadístico del contraste Shapiro-Wilk; para las dimensiones de la variable de Ansiedad, con un P-valor (Sig.) de 0,046 y 0,000 respectivamente; siendo menores a 0,05. Por lo que se determina que los datos de las dimensiones de la variable Ansiedad no derivan de una distribución normal.

**Gráfico Q-Q normal de Alteraciones físicas**



Se muestra en la prueba de normalidad a través del gráfico Q-Q normal que para la dimensión Alteraciones físicas, los puntos no se encuentran situados en la línea diagonal recta, da indicios que los datos no derivan de una distribución normal. Este resultado es compatible con el del contraste Shapiro-Wilk.

**Gráfico Q-Q normal de Alteraciones psíquicas y mentales**



Por último, se observa en la prueba de normalidad a través del gráfico Q-Q normal que para la dimensión Alteraciones psíquicas y mentales, los puntos no se encuentran situados en la línea diagonal recta, da indicios que los datos no derivan de una distribución normal. Este resultado es compatible con el del contraste Shapiro-Wilk.

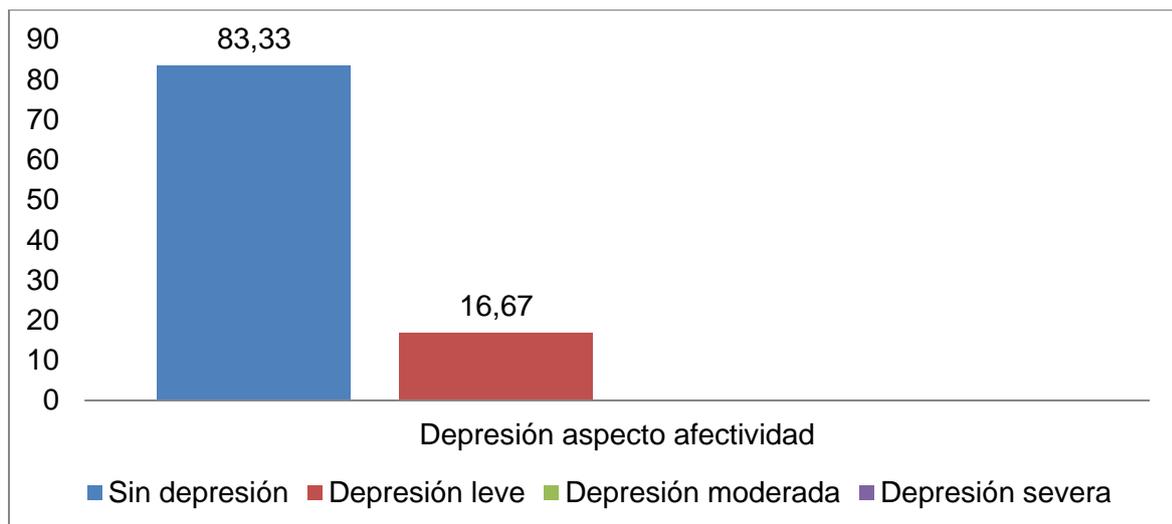
## 4.2. Análisis de los datos

**Tabla 6.**

*Depresión aspecto afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.*

Puntajes	Gravedad de sintomatología	Frecuencia	%
0-10	Sin depresión	40	83.33
11-20	Depresión leve	8	16.67
21-30	Depresión moderada	0	0.00
30 a más	Depresión severa	0	0.00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100.00</b>

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 1:** Depresión aspecto afectividad en pacientes gestantes de la muestra encuestada.

Fuente: Elaboración propia.

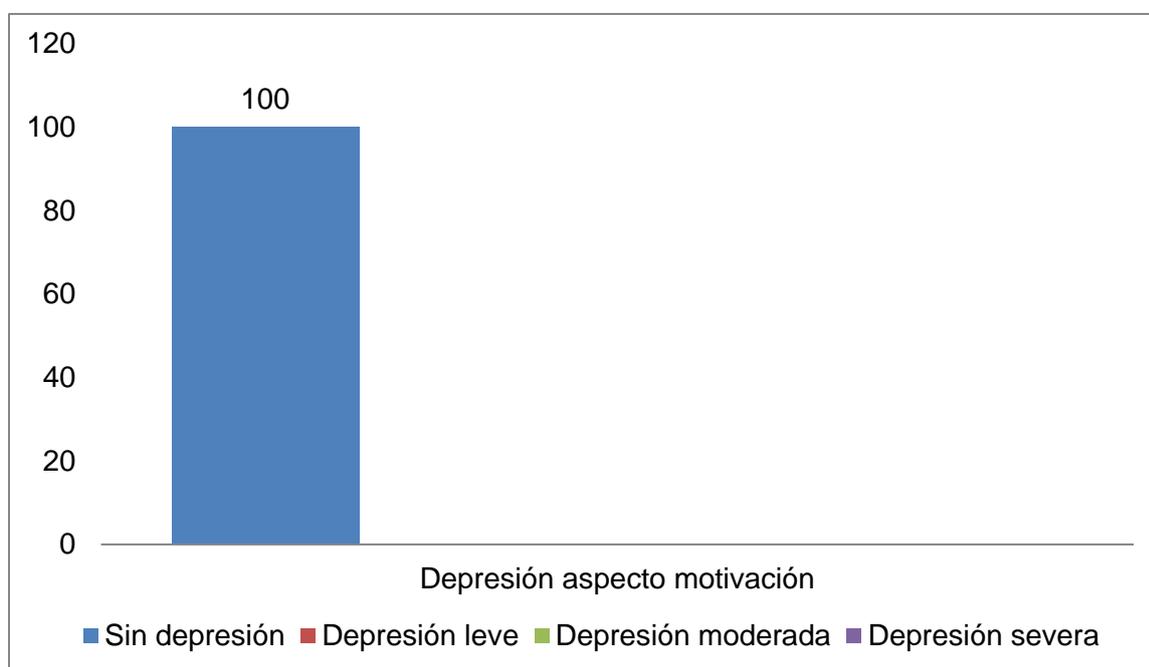
La tabla 6 y figura 1, permiten apreciar que el 83.33% (40) de las gestantes objeto de estudio se encuentran sin depresión asociada al aspecto afectividad, mientras que un 16.67% (8) presenta depresión leve manifiesta principalmente en predisposición al llanto, tristeza, sentimiento de culpa, insatisfacción y sentimiento de fracaso.

**Tabla 7.**

*Depresión aspecto motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.*

Puntajes	Gravedad de sintomatología	Frecuencia	%
0-10	Sin depresión	48	100.00
11-20	Depresión leve	0	0.00
21-30	Depresión moderada	0	0.00
30 a más	Depresión severa	0	0.00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 2:** *Depresión aspecto motivación y ansiedad en pacientes gestantes de la muestra encuestada.*

Fuente: Elaboración propia.

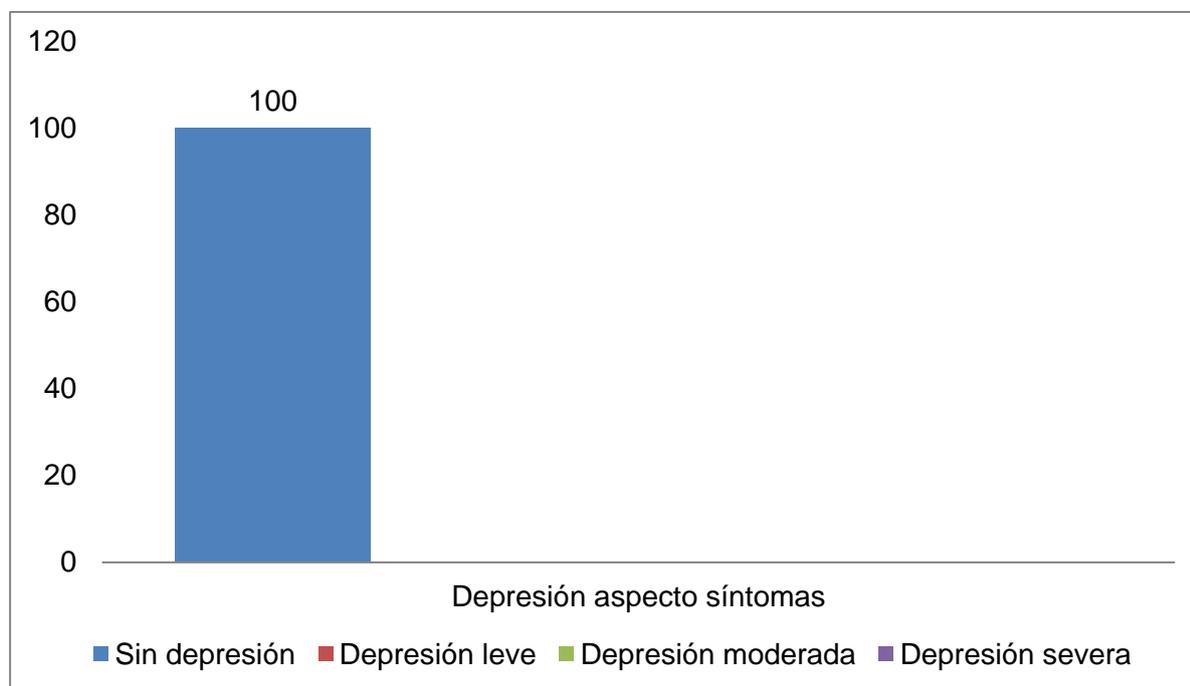
La tabla 7 y figura 2 nos muestra que, el 100.00% (48) de las gestantes dejó evidenciado estar sin depresión asociada al aspecto motivación, lo que demuestra que éstas no se muestran pesimistas, desanimadas y/o desperanzadas ante su condición de embarazo.

**Tabla 8.**

*Depresión aspecto síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.*

Puntajes	Gravedad de sintomatología	Frecuencia	%
0-10	Sin depresión	48	100.00
11-20	Depresión leve	0	0.00
21-30	Depresión moderada	0	0.00
30 a más	Depresión severa	0	0.00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 3:** Depresión aspecto síntomas en pacientes gestantes de la muestra encuestada.

Fuente: Elaboración propia.

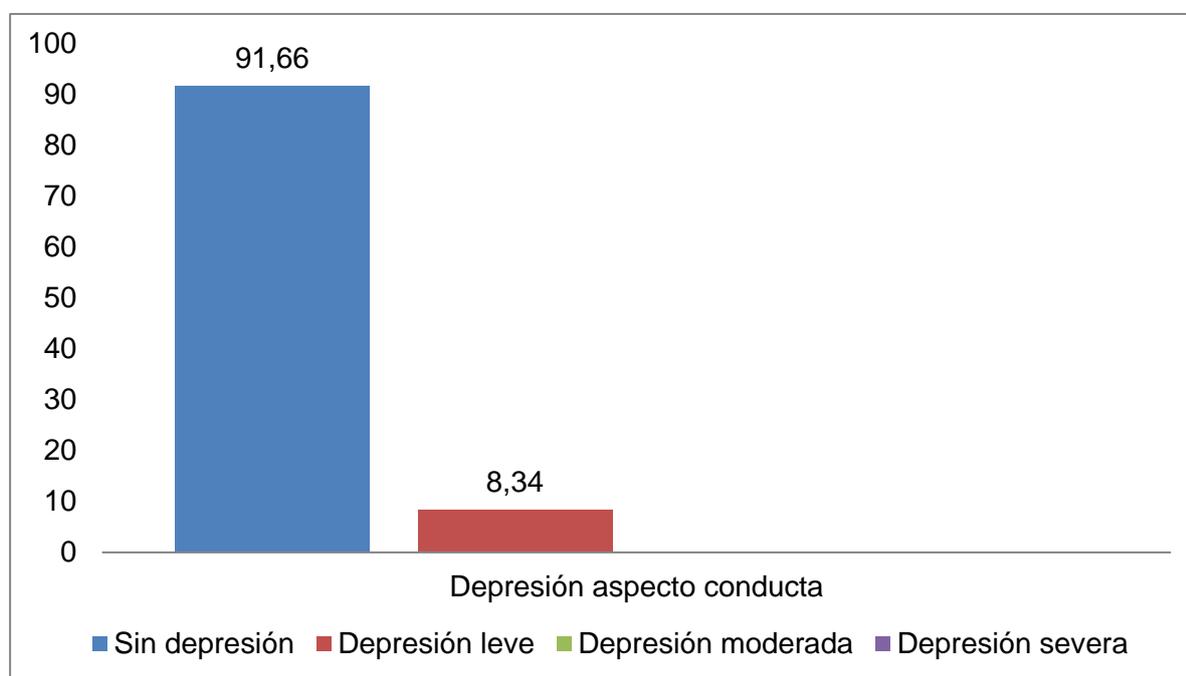
La tabla 8 y figura 3, permite apreciar que el 100.00% (48) de las gestantes objeto de estudio, se logró determinar que éstas se encuentran sin depresión asociada al aspecto síntomas de pérdida de sueño, pérdida de apetito, pérdida de peso y pérdida del deseo sexual.

**Tabla 9.**

*Depresión aspecto conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”*

Puntajes	Gravedad de sintomatología	Frecuencia	%
0-10	Sin depresión	44	91.66
11-20	Depresión leve	4	8.34
21-30	Depresión moderada	0	0.00
30 a más	Depresión severa	0	0.00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 4:** Depresión aspecto conducta en pacientes gestantes de la muestra encuestada.

Fuente: Elaboración propia.

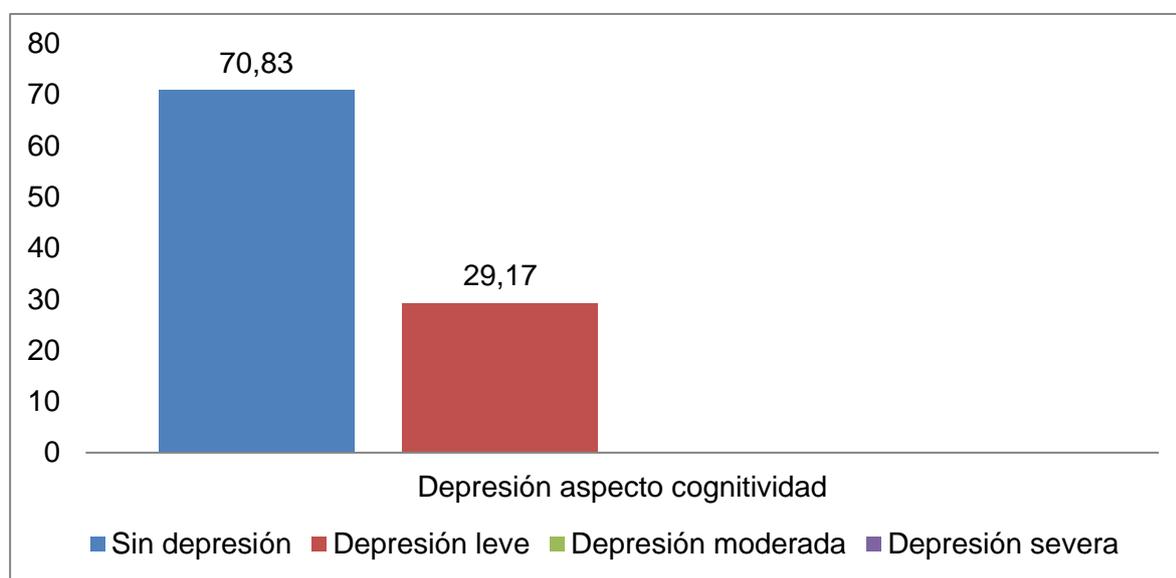
La tabla 9 y figura 4, indican que el 91.66% (44) de las gestantes se encuentran sin depresión, no obstante, el 8.34% (4) restante presenta una depresión leve asociada al aspecto conducta que deja manifiesto alejamiento social, retardo para trabaja, irritabilidad y fatigabilidad.

**Tabla 10.**

*Depresión aspecto cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.*

Puntajes	Gravedad de sintomatología	Frecuencia	%
0-10	Sin depresión	34	70.83
11-20	Depresión leve	14	29.17
21-30	Depresión moderada	0	0.00
30 a más	Depresión severa	0	0.00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 5:** Depresión aspecto cognitividad en pacientes gestantes de la muestra encuestada.

Fuente: Elaboración propia.

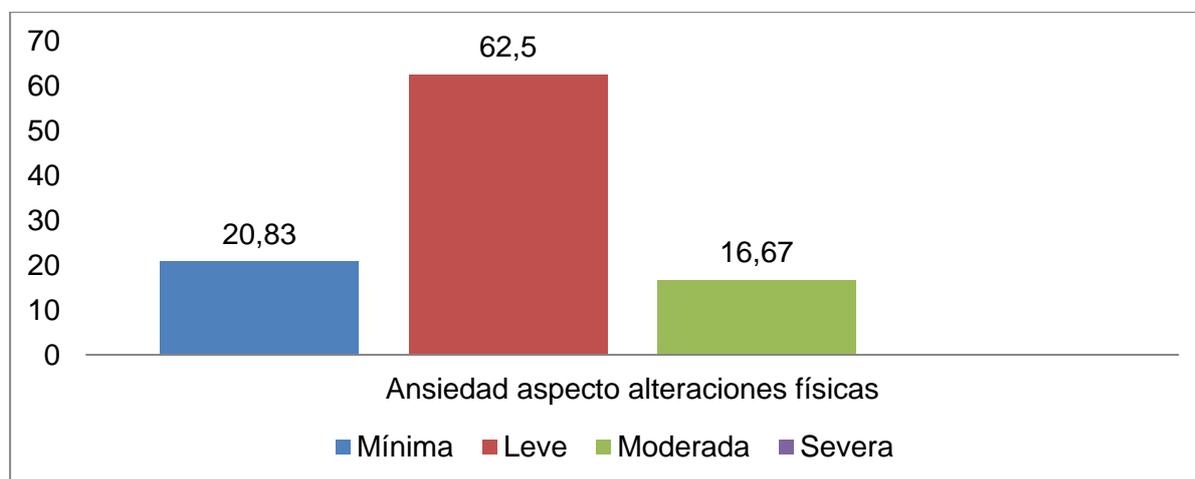
En la tabla 10 y figura 5, se puede observar que el 70.83% (34) de las gestantes se encuentran sin depresión. Mientras que, el 29.17% (14) ha dejado evidenciada la presencia de depresión leve asociada al aspecto cognitividad que enmarca expectativas de castigo, auto desagrado, auto acusación, ideas suicidas, indecisión, cambios en la imagen corporal y preocupación somática por la condición de embarazo.

**Tabla 11.**

*Ansiedad aspecto alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.*

Puntajes	Gravedad de sintomatología	Frecuencia	%
0-5	Mínima	10	20.83
6-15	Leve	30	62.50
16-30	Moderada	8	16.67
31-63	Severa	0	0.00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 6:** Ansiedad aspecto alteraciones físicas en pacientes gestantes de la muestra encuestada.

Fuente: Elaboración propia.

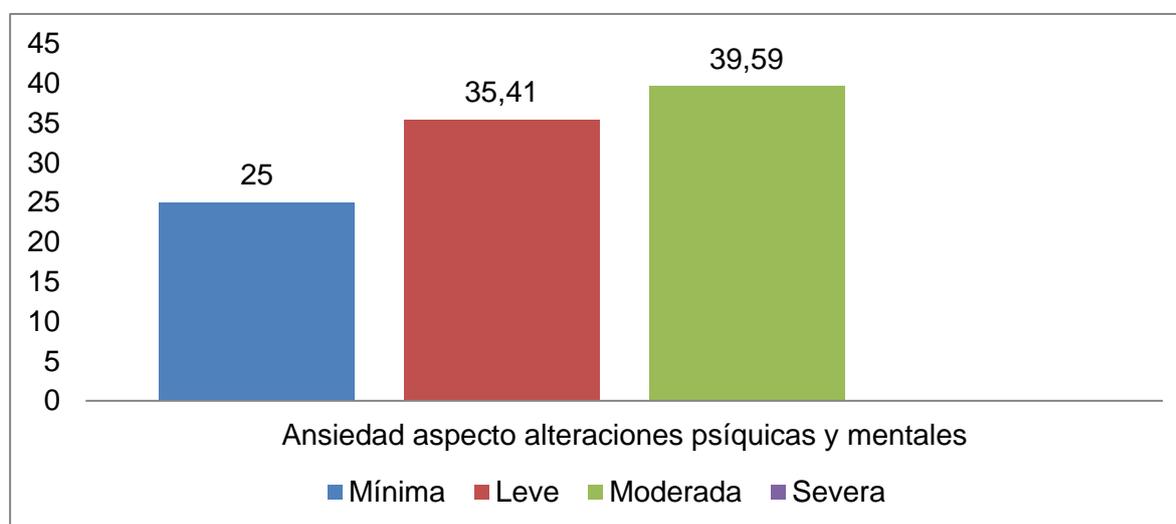
La tabla 11 y figura 6, permiten observar que el 62.50% (30) de las gestantes presentan alteraciones físicas de ansiedad con intensidad leve representada por mareo o aturdimiento, taquicardias, palidez, rubor, molestias digestivas y sudoración. El 20.83% (10) manifiesta alteraciones físicas mínimas y el 16.67% (8) de intensidad moderada reflejada en incapacidad de relajarse, sensación de ahogo, molestias digestivas y sudoración.

**Tabla 12**

*Ansiedad aspecto alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.*

Puntajes	Gravedad de sintomatología	Frecuencia	%
0-5	Mínima	12	25.00
6-15	Leve	17	35.41
16-30	Moderada	19	39.59
31-63	Severa	0	0.00
<b>Total</b>		<b>48</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia.



**Figura 7:** Ansiedad aspecto alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes de la muestra encuestada.

Fuente: Elaboración propia.

La tabla 12 y figura 7, muestra que el 39.59% (19) de las gestantes presentan alteraciones psíquicas y mentales de ansiedad con intensidad moderada representada por miedo a que suceda lo peor, nerviosismo y miedo a perder el control. El 35.41% (17) denota intensidad leve en nerviosismo, miedo a perder el control y sobresaltos; mientras que el 25.00% (12) de intensidad mínima expresada en terrores, miedo a morir y sobresaltos.

**Tabla 13.**

*Matriz de correlación entre la variable independiente y dependiente.*

CORRELACIONES	Depresión					Ansiedad			
	Depresión	Ansiedad	Afectividad	Motivación	Síntomas	Conducta	Cognitividad	Alteraciones físicas	Alteraciones psíquicas y mentales
X = Depresión	1.00	0.877	0.845	0.814	0.850	0.619	0.912	0.832	0.822
Y = Ansiedad	0.877	1.00	0.645	0.775	0.719	0.620	0.851	0.932	0.949
$r_x = \text{COE.DE.COGREEL}$ X <sub>1</sub> = Depresión - Afectividad	0.845	0.645	1.00	0.273	0.730	0.648	0.811	0.853	0.931
X <sub>2</sub> = Depresión - Motivación	0.814	0.775	0.273	1.00	0.649	0.463	0.687	0.717	0.641
X <sub>3</sub> = Depresión - Síntomas	0.850	0.719	0.730	0.649	1.00	0.440	0.702	0.720	0.738
X <sub>4</sub> = Depresión - Conducta	0.619	0.620	0.648	0.463	0.440	1.00	0.613	0.565	0.599
X <sub>5</sub> = Depresión - Cognitividad	0.912	0.851	0.811	0.687	0.702	0.613	1.00	0.754	0.841
Y <sub>1</sub> = Ansiedad - Alteraciones físicas	0.832	0.932	0.853	0.717	0.720	0.565	0.754	1.00	0.772
Y <sub>2</sub> = Ansiedad - Alteraciones psíquicas y mentales	0.822	0.949	0.931	0.641	0.738	0.599	0.841	0.772	1.00
$r_x = \text{COE.DE.COGREEL}$ Depresión		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Ansiedad	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Afectividad	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Motivación	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
Síntomas	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000
Conducta	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.000
Cognitividad	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
Alteraciones físicas	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000
Alteraciones psíquicas y mentales	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	

N=48

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

### 4.3. Pruebas de las hipótesis de trabajo

La presente investigación mediante un análisis estadístico del programa SPSS 22, pretende encontrar una relación entre la depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.

**Tabla 14.**

*Relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.*

CORRELACIONES		DEPRESIÓN	ANSIEDAD
Depresión	Correlación de Pearson	1	,877**
	Sig. (unilateral)		,000
	N	48	48
Ansiedad	Correlación de Pearson	,877**	1
	Sig. (unilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

En la tabla 14, se aprecia que la relación entre ambas variables donde se empleó la prueba estadística r de Pearson da una significancia de p- valor de 0,877 lo que indica que existe relación estadísticamente significativa muy alta positiva entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.

**Tabla 15.**

*Relación entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.*

CORRELACIONES		DEPRESIÓN	ALTERACIONES FÍSICAS
Depresión	Correlación de Pearson	1	,832**
	Sig. (unilateral)		,000
	N	48	48
Alteraciones físicas	Correlación de Pearson	,832**	1
	Sig. (unilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

En la tabla 15, se considera una relación positiva entre la variable depresión y el aspecto alteraciones físicas de la ansiedad, lo que indica que p- valor de 0,832 proporciona una relación muy alta significativa entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

**Tabla 16.**

*Relación entre depresión y alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.*

CORRELACIONES		DEPRESIÓN	ALTERACIONES PSÍQUICAS Y MENTALES
Depresión	Correlación de Pearson	1	,822**
	Sig. (unilateral)		,000
	N	48	48
Alteraciones psíquicas y mentales	Correlación de Pearson	,822**	1
	Sig. (unilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

En la tabla 16, se considera una relación positiva entre la variable depresión y el aspecto alteraciones físicas de la ansiedad, lo que indica que p- valor de 0,822 proporciona una relación muy alta significativa entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

**Tabla 17.**

*Relación entre ansiedad y afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.*

CORRELACIONES		ANSIEDAD	AFECTIVIDAD
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,645**
	Sig. (unilateral)		,000
	N	48	48
Afectividad	Correlación de Pearson	,645**	1
	Sig. (unilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

En la tabla 17, se aprecia que la relación entre la variable ansiedad y aspecto afectividad de la depresión empleando la prueba estadística r de Pearson da una significancia de p- valor de 0,645 lo que indica que existe relación estadísticamente significativa alta positiva entre ansiedad y afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.

**Tabla 18.**

*Relación entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.*

	<b>CORRELACIONES</b>	<b>ANSIEDAD</b>	<b>SÍNTOMAS</b>
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,719**
	Sig. (unilateral)		,000
	N	48	48
Síntomas	Correlación de Pearson	,719**	1
	Sig. (unilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

En la tabla 18, se distingue una relación positiva entre la variable ansiedad y el aspecto síntomas de la depresión, lo que indica que p- valor de 0,719 confiere una relación alta significativa entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

**Tabla 19.**

*Relación entre ansiedad y motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.*

	<b>CORRELACIONES</b>	<b>ANSIEDAD</b>	<b>MOTIVACIÓN</b>
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,775**
	Sig. (unilateral)		,000
	N	48	48
Motivación	Correlación de Pearson	,775**	1
	Sig. (unilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

En la tabla 19, se aprecia que la relación entre la variable ansiedad y el aspecto motivación de la depresión determinado por prueba estadística r de Pearson da una significancia de p- valor de 0,775 lo que indica que existe relación estadísticamente significativa alta positiva entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.

**Tabla 20**

*Relación entre ansiedad y conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.*

CORRELACIONES		ANSIEDAD	CONDUCTA
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,620**
	Sig. (unilateral)		,000
	N	48	48
Conducta	Correlación de Pearson	,620**	1
	Sig. (unilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

En la tabla 20, se aprecia que la relación entre la variable ansiedad y aspecto conducta de la depresión empleando la prueba estadística r de Pearson da una significancia de p- valor de 0,620 lo que indica que existe relación estadísticamente significativa alta positiva entre ansiedad y conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.

**Tabla 21.**

*Relación entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.*

CORRELACIONES		ANSIEDAD	COGNITIVIDAD
Ansiedad	Correlación de Pearson	1	,851**
	Sig. (unilateral)		,000
	N	48	48
Cognitividad	Correlación de Pearson	,851**	1
	Sig. (unilateral)	,000	
	N	48	48

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (1 cola).

Fuente: Elaboración propia en SPSS.

En la tabla 21, se considera una relación positiva entre la variable ansiedad y el aspecto cognitividad de la depresión, lo que indica que p- valor de 0,850 proporciona una relación muy alta significativa entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

**Tabla 22.***Niveles de interpretación del coeficiente de correlación.*

RANGO	CORRELACIÓN
$r = 1$	Correlación perfecta
<b><math>0.8 &lt; r &lt; 1</math></b>	<b>Correlación muy alta</b>
$0.6 < r < 0.8$	Correlación alta
$0.4 < r < 0.6$	Correlación moderada
$0.2 < r < 0.4$	Correlación baja
$0 < r < 0.2$	Correlación muy baja
$r = 0$	Correlación nula

Fuente: Bisquerra (2007). “

## V. DISCUSIÓN

El presente estudio estuvo dirigido a Determinar el grado de relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

Considerando los resultados del instrumento que se ha aplicado en este estudio, se vislumbra que ha quedado aceptada la hipótesis alternativa ( $H_1$ ), por cuanto si existe relación muy alta de Pearson 0.877 entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a un nivel de significación de 5%, y en consecuencia se rechaza la hipótesis nula ( $H_0$ ).

Dichos resultados se corresponden con lo evidenciado por Jiménez (2015), quien detectó que de las 118 gestantes que estudió, se encontró que el 66,94% correspondiente a 79 casos presentaron depresión y ansiedad durante el embarazo. Adicionalmente, Mercado y Paccori (2012), determinaron que debido a la carencia de apoyo social, las gestantes sufren significativo estrés o eventos negativos en su vida relacionados con conductas de descuido materno, que pueden afectar la salud del feto y de la madre a corto y a largo plazo; de allí, se deriva en 8.34% de las gestantes síntomas depresivos y ansiosos conductuales durante su gestación, lo que representa un factor de riesgo durante el embarazo.

En lo que respecta a la hipótesis específica 1 ( $H_{11}$ ), se distingue la existencia de relación muy alta de Pearson 0.832 entre depresión y alteraciones físicas de la ansiedad en las pacientes gestantes objeto de estudio. Como se muestra en los resultados obtenidos en el presente estudio, un mayoritario 62.50% de las gestantes presentó alteraciones físicas con intensidad leve representada por mareo, taquicardias, molestias digestivas y sudoración; y el 20.83% alteraciones físicas mínimas y el 16.67% de intensidad moderada reflejada en incapacidad de relajarse, sensación de ahogo, molestias digestivas y sudoración.

A los fines de la hipótesis específica 2 ( $H_{12}$ ), se corroboró que la depresión tiene una influencia significativamente alta de Pearson 0.822 con las alteraciones

psíquicas y mentales de la ansiedad en las pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark. En base a los resultados obtenidos se detectó que el 39.59% de las gestantes presentan alteraciones psíquicas y mentales con intensidad moderada representada por miedo a que suceda lo peor, miedo a perder el control; el 35.41% denota intensidad leve por miedo y sobresaltos; y 25.00% de intensidad mínima expresada en terrores. En un estudio desarrollado por Ortega *et al.* (2014), los investigadores observaron que, de 356 mujeres gestantes, el 63% presentaba Ideas y sentimientos de incapacidad, debilidad, 44% temor y un 4% preocupación excesiva.

En cuanto a la hipótesis específica 3 (H<sub>3</sub>) se demostró correlación alta de Pearson 0.645 entre ansiedad y afectividad, lo cual se pudo observar en el 16.67% de las gestantes quienes presentaron depresión leve manifiesta principalmente en predisposición al llanto, tristeza, sentimiento de culpa, insatisfacción y sentimiento de fracaso. Alrededor de los indicadores que se deslindan de la dimensión “afectividad”, Tirado (2018), encontró “emociones de desdicha 17.6%, tristeza o desgracia 19.4%, llanto 18.5% y culpabilidad 16.7%” (p.15); lo que permite inferir que efectivamente los aspectos afectivos tienen influencia significativa en la ansiedad que presentan las gestantes.

Para la hipótesis específica 4 (H<sub>4</sub>) se ratificó correlación alta de Pearson 0.775 entre ansiedad y motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019. No obstante, en el presente estudio el 100.00% de las gestantes dejó evidenciado estar sin depresión asociada al aspecto motivación, aun y cuando los aspectos que la dimensionan tales como pesimismo, desánimo y desesperanza pueden presentarse como amenazantes durante el embarazo.

En la hipótesis específica 5 (H<sub>5</sub>) se denota correlación alta de Pearson 0.719 entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes, a pesar de ello no se ubicaron resultados que asociaran tales aspectos como síntomas de pérdida de sueño, pérdida de apetito, pérdida de peso y pérdida del deseo sexual en la muestra considerada para esta investigación. En otras investigaciones, como la desarrollada por Ventocilla (2015), el autor si obtuvo resultados considerables donde se evidencia que los trastornos en el sueño generan en un 41.7% depresión grave y

el 20.8% depresión moderada, así como pérdida del deseo sexual en el 40.00% de las gestantes.

En este mismo orden temático, se alude a la hipótesis específica 6 ( $H_6$ ) donde conforme a los datos obtenidos se indica correlación moderada de Pearson 0.620 entre ansiedad y conducta, detectada en un minoritario 8.34% de la muestra considerada para este estudio, quienes revelaron una depresión leve asociada al aspecto conducta que deja manifiesto alejamiento social, retardo para trabajar, irritabilidad y fatigabilidad. A decir de, Yac (2011), “este tipo de conducta perturbada o la neurosis está relacionada de manera directa con el pensamiento ilógico e irracional de la persona, propiciado por la ansiedad” (p.24).

Finalmente, se admite lo señalado en la hipótesis específica 7 ( $H_7$ ), pues se obtuvo correlación muy alta de Pearson 0.851 entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, dado que según los resultados precisados en este estudio, se detectó la presencia de depresión leve asociada al aspecto cognitividad en el 29.17% de las gestantes, enmarcando entre sus dimensiones expectativas de castigo, auto desagrado, auto acusación, ideas suicidas, indecisión, cambios en la imagen corporal y preocupación somática por la condición de embarazo.

En consideración a todo lo que se ha expuesto anteriormente, se precisa que si son correctas la hipótesis alternativa general y las específicas teniéndose en cuenta los resultados que ha arrojado el análisis estadístico del instrumento utilizado en esta investigación.

## VI. CONCLUSIONES

1. La depresión se encuentra significativamente relacionada a la ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a un nivel de significancia de 5%, y al contrastarse con el cálculo de hipótesis se obtuvo un nivel de correlación de Pearson muy alta 0.877 colindante a 1.0; con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.
2. La depresión tiene una influencia significativa en las alteraciones físicas de las pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a un nivel de significancia de 5%; y al contrastar mediante la función estadística de Excel 2010, se obtuvo una correlación muy alta de Pearson 0.832 muy próxima a 1.0, con lo que se acepta la hipótesis específica 1.
3. La depresión tiene una influencia significativa en las alteraciones psíquicas y mentales de las pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a un nivel de significancia de 5%; y al contrastar mediante la función estadística de Excel 2010, se obtuvo una correlación muy alta de Pearson 0.822 muy próxima a 1.0, con lo que se acepta la hipótesis específica 2.
4. La ansiedad tiene una influencia significativa en la afectividad de las pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a un nivel de significancia de 5%; y al contrastar mediante la función estadística de Excel 2010, se obtuvo una correlación alta de Pearson alta 0.645 muy próxima a 1.0, con lo que se acepta la hipótesis específica 3.
5. La ansiedad guarda relación significativa con la motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a un nivel de significancia de 5%, que al ser verificada mediante la estadística de prueba de Pearson 0.775 muy próxima a 1.0 conlleva a aceptar la hipótesis específica 4.

6. La ansiedad tienen influencia significativa en los síntomas de pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a un nivel de significancia de 5%, que al ser comprobado mediante el cálculo de hipótesis se obtuvo un nivel de correlación de Pearson alta 0.719 próximo a 1.0; con lo cual se acepta la hipótesis específica 5.
7. La ansiedad influye moderadamente en la conducta de pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, a un nivel de significancia de 5%, y al contrastarse mediante el análisis factorial que consistió en utilizar todos los datos para demostrar su influencia pertinente mediante el coeficiente de correlación de Pearson de 0.620 próximo a 1.0, se logró aceptar la hipótesis específica 6.
8. La ansiedad influye significativamente en la cognitividad de pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019, con un nivel de significancia de 5%, que al contrastarse con la estadística de prueba mediante el coeficiente de confiabilidad de Pearson 0.851 muy próximo a 1.0, se pudo determinar una correlación muy alta, la cual designa aceptación a la hipótesis específica 7.

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Se recomienda al MINSA Perú, elevar la prioridad política y estratégica en la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental por medio de la acción relacionada con los determinantes influyentes de la depresión y la ansiedad en gestantes, para mejorar integralmente el bienestar y calidad de vida de las embarazadas y sus bebés.
2. Instar al Colegio de Psicólogos de Perú a fortalecer los programas de gestión en salud mental y psicológica para brindar un acompañamiento y orientación a mujeres embarazadas, a fin de proteger el estado emocional de la gestante y el desarrollo adecuado neonatal.
3. Se exhorta a los servicios de psicología de los centros de salud a nivel nacional y local, desarrollar estrategias de intervención educativa y campañas para que las gestantes aprendan a afrontar eficazmente los signos y síntomas derivados de la depresión y la ansiedad durante el embarazo.
4. Al personal directivo, médicos y especialistas del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, poner a disposición de las gestantes material informativo y consultas psicológicas individuales o grupales sobre la depresión y ansiedad para fortalecer la relación emocional y apoyo social durante la gestación y posterior a ello.
5. Los profesionales de la Psicología que prestan servicio en el Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, deben brindar herramientas psicoterapéuticas de manejo de la depresión y ansiedad en las gestantes, involucrando a las parejas y familiares, tomando en cuenta los aspectos sociales, ambientales y económicos que intervienen en mayor o menor grado, para el éxito del tratamiento prescrito.
6. A la pareja y familiares de las gestantes sensibilizarse con la valoración biopsicosocial que orienta el apoyo y participación pre y postnatal como parte del proceso y promoción de la salud neonatal.

7. Se recomienda a las gestantes considerar la importancia que reviste a la educación maternal y en función de ello asistir a cursos y/o talleres de intervención terapéutica durante el embarazo, como autoayuda en la preparación psicológica para el nacimiento del nuevo ser.
8. Se insta a los estudiantes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Privada TELESUP, continuar con el desarrollo de investigaciones en el marco de la línea de investigación “Motivación y Emoción”, toda vez que se continúe profundizando en las posibles alternativas de solución que contribuyan con la prevención de la depresión y ansiedad en gestantes a nivel local, regional y nacional; para mejorar la calidad de vida de la embarazada y brindar seguridad del neonatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alles, M. (2008). *Dirección estratégica de recursos humanos. Gestión por competencias*. (2ª Ed.). Buenos Aires. Argentina: Granica.
- Alvarado, M. & Mundaca, A. (2016). *Nivel de depresión, en gestantes atendidas en un centro de salud de la ciudad de Chiclayo, julio – agosto, 2016*. Tesis de Licenciatura no publicada. Universidad Privada Juan Mejía Baca. Chiclayo, Perú.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas, Venezuela: Editorial Episteme.
- Ávila, A. (2014). *Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial de Adole – Isis*. Tesis de grado de licenciatura no publicada. Universidad Central del Ecuador. Quito, Ecuador.
- Balsa, C. (2010). *Definición de términos técnicos*. Recuperado el 13 de diciembre de 2019 en
- Barlow, D. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). *An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties*. J Cons Clin Psychol 1988; 56:893-7.
- Borkovec, T. (1994). *The nature, functions, and origins of worry*. Sussex, England: Wiley & Sons.
- Brown, G. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Tavistock.
- Calderón, D. & Carrillo, P. (2017). *Factores relacionados que influyen en la depresión en gestantes adolescentes de 10 a 19 años, en el Servicio Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional "Hipólito Unanue" julio a agosto, 2017*. Tesis de grado no publicada. Universidad Norbert Wiener, Lima – Perú.
- Carlson, G. (1995). *Mood disorders and suicide*. Baltimore; Williams & Wilkins.
- Carmelo, J. (1998). *Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario par la depresión de Beck*. Psicotema, 1998:10(2)-303-318.
- Ceballos, E. (2014). *Comunicación efectiva: una mirada de sus propios actores al clima organizacional en las escuelas de educación básica*. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo.

- Chinchilla, A. (2002). *Los trastornos de la ansiedad en Atención Primaria*. Salud Global – Salud Mental 2002; 11:2-8.
- Código de Ética y Deontología del Psicólogo del Perú (2018). Aprobado por Resolución N° 190-2018-CDN-C.PsP. del 16 de julio de 2018.
- Corral, Y. (2009). *Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos*. Recuperado el 26 de agosto de 2019 en <http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>
- Davey, G. (2006). *A mood-as-input account of perseverative worrying*. England: Wiley.
- Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco (2002). *Guías de educación sanitaria. Ansiedad, cómo controlarla*. Servicios de Salud Mental Extrahospitalaria de Gipuzkoa y de las Unidades de Educación para la Salud del Departamento de Sanidad.
- Díaz, M., Amato, R. & Chávez, J. (2013). *Depresión y ansiedad en embarazadas*. Tesis de grado de licenciatura no publicada. Universidad de Carabobo, Valencia, Venezuela.
- Dugas, M., Gagnon, F., Ladouceur, R. y Freeston, H. (1998). *Generalized anxiety disorder*. Behaviour research and therapy.
- Escudero, J. (2014). *Análisis de la realidad local. Técnicas y métodos de investigación desde las animaciones socioculturales*. Madrid: Narcea.
- Fallas, J. (2012). *Correlación lineal. Midiendo la relación entre dos variables*. Recuperado el 29 de diciembre de 2018 en [http://www.ucipfg.com/Repositorio/MGAP/MGAP-05/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad-2/complementarias/correlacion\\_lineal\\_2012.pdf](http://www.ucipfg.com/Repositorio/MGAP/MGAP-05/BLOQUE-ACADEMICO/Unidad-2/complementarias/correlacion_lineal_2012.pdf)
- Fescina, R., De Mucio, B., Díaz, J., & Serruya, S. (2011). *Salud sexual y reproductiva: Guías para el continuo de atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS*. (3° Ed.). Montevideo: CLAP/SMR; 2011.
- Gómez, M. & Aldana, E. (2007). *Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo*. Psicología y Salud, 17(1), 53-61.
- Goncalves, F.; González, M. & Vásquez, J. (2008). *Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad*. (2ª Ed.). Madrid, España: IM&C.
- González, V. (2006). *Abordaje terapéutico de la ansiedad y la depresión en Atención Primaria*. Madrid, España: IM&C.
- Grush L. & Cohen L. (1998). *Treatment of depression during pregnancy: Balancing the risks*. Harv Rev Psychiatry, 1998;6: 105-109.
- Gutiérrez, S. (2011). *Competencias comunicativas y relaciones interpersonales*. Recuperado el 28 de octubre de 2018 de <https://expresionesdeintelectuales.blogia.com/temas/competencias-comunicativas-y-relaciones-interpersonales-funci-n-informativa-reguladora-y-afectiva./pagina/4/>

- Hernández, J. (2014). *La motivación docente y la orientación vocacional como factores influyentes de la deserción universitaria*. Trabajo especial de grado no publicado. Universidad Rómulo Gallegos. San Juan de Los Morros, Venezuela.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación*. México: McGraw Hill.
- Iglesias, C. (2019). Trastornos afectivos: depresión. Recuperado el 14 de diciembre de 2019 de <https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/01/Trastornos-del-humor-afectivos-Depresi%C3%B3n-1.pdf>
- Jarne, A.; Talarn, A., Armayones, M. & Horta, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona, España: Editorial UOC.
- Jerusalinsky, A. (2003). *Para entender al niño. Claves psicoanalíticas*. Quito, Ecuador: Editorial Abya Yala.
- Jiménez, F., Merino, V., Barragán, G., Sánchez, G. (2013). *La ansiedad en la mujer embarazada*. Psiquis Madrid, 2013; 14:45-55.
- Jiménez, T. (2015). *Depresión prenatal y su relación con bajo peso al nacimiento, en ginecología y obstetricia del hospital Isidro Ayora, período 2014*. Tesis de grado de licenciatura no publicada. Universidad Nacional de Loja. Loja, Ecuador.
- Lanz, P. *Depresión en adolescentes embarazadas*. Enseñanza e investigación en psicología 2009; 14(2): 261-274.
- Luján, S. (2008). *Actualización depresión en el embarazo*. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires 2009; 88(982):234-43.
- McCracken, J. (1992). *The epidemiology of child and adolescent mood disorders*. Child and adolescent Psychiatry clinics of North America.
- Mercado, Y., Paccori, L. (2012). *Factores asociados a la depresión en gestantes del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Tesis de grado de licenciatura no publicada. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.
- “Miguel, M. (2015). *Síntomas somáticos de la ansiedad y depresión en embarazadas*. Madrid, España: Clínica de la Ansiedad.”
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012). *La depresión*. Nota descriptiva N° 369. Recuperado el 20 de marzo de 2019 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/index.html>
- Ortega, J., Pizarro, P., Riera, M. (2014). *Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes del hospital “Vicente Corral Moscoso”. Cuenca, 2014*. Tesis de grado de licenciatura no publicada. Universidad de Cuenca. Cuenca, Ecuador.
- Palella & Martins (2010). *Metodología cuantitativa*. Caracas: FEDUPEL.
- Pérez, V. (2005). *Procesos psicológicos básicos: un análisis funcional*. Madrid, España: Pearson Educación.

- Piquera, J., Martínez, A. & Ramos, V. *Ansiedad, depresión y salud*. Suma Psicológica 2008; 15(1):43-73.
- “Podvornik, N., Globevnik, V. & Praper, P. (2015). *Depresión y ansiedad en mujeres durante el embarazo en Eslovenia*. Zdrav Var 2015; 54(1):45-50.
- Quezada, L. (2011). *Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil*. Tesis de grado de maestría no publicada. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México.
- Ramírez, T. (2009). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Editorial Panapo.
- Robles, R., Valera, R., Jurado, S., Páez, F. *Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas*. Rev Mexicana Psicol 2001; 18:211-8.
- Sáez, J. (2015). *Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad del contenido de Beck*. Universidad Complutense de Madrid. Murcia, España.
- Sampieri, R. (2008). *Metodología de la investigación*. (4ª Ed.). México: McGraw Hill Interamericana.
- Sanz, J. *Distinguiendo ansiedad y depresión: revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck*. Anales de psicología 1993; 9(2):133-170.
- Silva, E., Díaz, V. & Mejías, M. (2013). *Ansiedad y depresión durante el embarazo*. Informed Vol. 15, N° 2, 2013.
- “Solís, M., Salazar, E. & Reyes, V. (2018). *Depresión en gestantes y el apoyo de la pareja*. Revista Peruana de Investigación Materno Infantil Perinatal 2018; 7(2):16-20.
- Strauss, A. (1987). *Qualitative anlysis for social scientifics*. New York: Cambridge University Oress.
- Tamayo, M. (2009). *El proceso de la investigación científica. Incluye evaluación y administración de proyectos de investigación*. (5ª Ed.). México: Limusa.
- Tirado, L. (2018). *Frecuencia de depresión en mujeres gestantes y factores asociados en el centro de salud del Distrito de Mórrope en el período de julio – noviembre 2016*. Tesis de grado no publicada. Universidad de San Martin de Porres. Chiclayo – Perú.
- Valdez, P. (2016). *Intervenciones de enfermería para disminuir el estrés en primigestas pre quirúrgicas de cesárea*. Tesis de grado no publicada. Universidad Veracruzana, Xalapa – México.
- Ventocilla, V. (2015). *Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca – Centro de Salud Revolución 2014*. Tesis de grado no publicada. Universidad Peruana Unión, Juliaca – Perú.
- Vera, R. (2015). *Diccionario de psicología*. Madrid, España: Vértices Psicólogos.

- “Yac, C. (2011). *Depresión en mujeres durante el embarazo (estudio realizado con mujeres comprendidas entre 17 a 21 años en el puesto de salud del municipio de Cantel del Departamento de Quetzaltenango)*. Tesis de licenciatura no publicada. Universidad Rafael Landívar. Guatemala.”
- Wells, A. (2006). *The metacognitive model of worry and generalised anxiety disorder*. England: Wiley.
- Weller, E., Weller R. & Svandijan H. (1996). *Mood disorders*. (2ª Ed.). Baltimore: Edited by Lewis M.
- “Wiersmar & Jurs (2008). *La ética en la investigación cuantitativa*. México: McGraw Hill.”

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Matriz de consistencia

### Título: Depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss Stark, San Juan de Miraflores 2019.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	MÉTODOS Y MATERIALES	INSTRUMENTOS
<p><b>Problema General</b>            “¿Cuál es el grado de relación que existe entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?”</p> <p><b>Problemas Específicos</b>            “¿Cuál es el grado de relación que existe entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?”            “¿Cuál es el grado de relación que existe entre depresión y alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?”            “¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?”            “¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?”            “¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?”            “¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?”            “¿Cuál es el grado de relación que existe entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019?”</p>	<p><b>Objetivo General</b>            Determinar el grado de relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”</p> <p><b>Objetivos Específicos</b>            “Determinar el grado de relación entre depresión y alteraciones físicas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”            “Determinar el grado de relación entre depresión y alteraciones psíquicas y mentales en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”            “Determinar el grado de relación entre ansiedad y afectividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”            “Determinar el grado de relación entre ansiedad y motivación en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”            “Determinar el grado de relación entre ansiedad y síntomas en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”            “Determinar el grado de relación entre ansiedad y conducta en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”            “Determinar el grado de relación entre ansiedad y cognitividad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.”</p>	<p><b>Hipótesis Alterna</b>            Existe una correlación significativa entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.</p>	<p><b>Depresión:</b> se define como una alteración del estado de ánimo persistente caracterizada por una baja del ánimo, e incidente en la esfera del pensamiento, conducta, actividad psicomotora que posee efectos somáticos (Beck, Steer &amp; Brown, 1996).</p> <p><b>Ansiedad:</b> alteración del afecto subjetivamente desagradable, caracterizada por sensaciones de tensión o nerviosismo y diversos síntomas fisiológicos. Estas alteraciones se manifiestan a nivel de pensamiento, conducta psicomotora y posee efectos psicossomáticos (Beck &amp; Emery, 1985).</p>	<p>Corresponde a una investigación de tipo aplicada, cuantitativa y explicativa, y diseño transversal correlacional.</p> <p><b>Análisis de fiabilidad:</b>            Indica en qué medidas las diferencias individuales de los puntajes en un cuestionario pueden ser atribuidos a las diferencias “verdaderas” de las características consideradas.</p> <p><b>Análisis de validez:</b>            Los hallazgos de las diferentes fuentes de validación, reflejan la consistencia de las conceptualizaciones de la autora.</p>	<p>En la presente investigación se emplearon instrumentos estandarizados (ya existentes), los cuales constan de dos partes: La primera parte se es en relación a la variable independiente “Depresión” para lo cual se aplicó el inventario de depresión de Beck (BDI) conformado por (21) ítems. Y la segunda parte, es en relación a la variable dependiente “Ansiedad”, en este caso se empleó el inventario para la ansiedad de Beck (BAI), que consta de (21) ítems.</p>

**Anexo 2:** Matriz de operacionalización

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Número de ítems</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Niveles y rangos</b>
Variable 1 Depresión	Afectividad	Tristeza	1	Ordinal	Sin depresión (0-10)
		Sentimiento de fracaso	3		
		Insatisfacción	4		
		Sentimiento de culpa	5		
		Predisposición para el llanto	10		
	Motivación	Pesimismo	2		Depresión leve (11-20)
	Síntomas	Pérdida de sueño	16		
		Pérdida de apetito	18		
		Pérdida de peso	19		
		Pérdida del deseo sexual	21		
	Conducta	Alejamiento social	12		Depresión moderada (21-30)
		Retardo para trabajar	1		
		Irritabilidad	11		
		Fatigabilidad	17		
	Cognitividad	Expectativa de castigo	6		Depresión severa (30 a más)
		Auto desagrado	7		
Auto acusación		8			
Ideas suicidas		9			
Indecisión		13			
Cambios en la imagen corporal		14			
Preocupación somática		20			

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Número de ítems</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Niveles y rangos</b>
Variable 2 Ansiedad	Alteraciones físicas	Hormigueo o entumecimiento Sensación de calor Temblor de piernas Incapacidad de relajarse Mareo o aturdimiento Palpitaciones o taquicardias Sensación de ahogo Temblores de manos Temblor generalizado o estremecimiento Dificultar para respirar Molestias digestivas o abdominales Palidez Rubor Sudoración	1 2 3 4 6 7 11 12 13 15 18 19 20 21	Ordinal	Mínima (0-5)  Leve (6-15)  Moderada (16-30)  Severa (31-63)
	Alteraciones psíquicas y mentales	Miedo a que suceda lo peor Sensación de inestabilidad e inseguridad física Terroros Nerviosismo Miedo a perder el control Miedo a morir Sobresaltos	5 8 9 10 14 16 17	Ordinal	Mínima (0-5)  Leve (6-15)  Moderada (16-30)  Severa (31-63)

### Anexo 3: Instrumentos

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Nivel de instrucción: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Período de gestación: \_\_\_\_\_ N° de hijos: \_\_\_\_\_ N° de pérdidas (abortos): \_\_\_\_\_

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI)

**ESTIMADA PACIENTE:** El siguiente instrumento tiene por objetivo recopilar información de la depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss Stark, San Juan de Miraflores 2019.

**INSTRUCCIONES:** En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.

**NIVELES DE DEPRESIÓN:** Sin depresión (0-10), Depresión leve (11-20), Depresión moderada (21-30), Depresión severa (30 a más).

1.	0	No me siento triste.
	1	Me siento triste.
	2	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	3	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2.	0	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
	1	Me siento desanimado respecto al futuro.
	2	Siento que no tengo que esperar nada.
	3	Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar.
3.	0	No me siento fracasado.
	1	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	2	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
	3	Me siento una persona totalmente fracasada.
4.	0	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	1	No disfruto de las cosas tanto como antes.
	2	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
	3	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.	0	No me siento especialmente culpable.
	1	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
	2	Me siento culpable en la mayoría de las situaciones.
	3	Me siento culpable constantemente.
6.	0	Creo que no estoy siendo castigado.
	1	Siento que puedo ser castigado.
	2	Siento que estoy siendo castigado.
	3	Quiero que me castiguen.

7.	0 1 2 3	No me siento descontento conmigo mismo. Estoy descontento conmigo mismo. Me avergüenzo de mí mismo. Me odio.
8.	0 1 2 3	No me considero peor que cualquier otro. Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. Continuamente me culpo de mis faltas. Me culpo por todo lo malo que me sucede.
9.	0 1 2 3	No tengo ningún pensamiento de suicidio. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría. Desearía suicidarme. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.	0 1 2 3	No lloro más de lo que solía. Ahora lloro más que antes. Lloro continuamente. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
11.	0 1 2 3	No estoy más irritado de lo normal en mí. Me molesto o irrito más fácilmente que antes. Me siento irritado continuamente. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme.
12.	0 1 2 3	No he perdido el interés por los demás. Estoy menos interesado en los demás que antes. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. He perdido todo el interés por los demás.
13.	0 1 2 3	Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho. Evito tomar decisiones más que antes. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes. Ya me es imposible tomar decisiones.
14.	0 1 2 3	No creo tener peor aspecto que antes. Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo. Creo que tengo un aspecto horrible.
15.	0 1 2 3	Trabajo igual que antes. Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes. Tengo que obligarme para hacer todo. No puedo hacer nada en absoluto.
16.	0 1 2 3	Duermo tan bien como siempre. No duermo tan bien como antes. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta dormir. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volveré a dormir.
17.	0 1 2 3	No me siento más cansado de lo normal. Me canso más fácilmente que antes. Me canso en cuanto hago cualquier cosa. Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.	0 1 2 3	Mi apetito no ha disminuido. No tengo tan buen apetito como antes. Ahora tengo mucho menos apetito. He perdido completamente el apetito.
19.	0 1 2 3	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada. He perdido más de 2 kilos y medio. He perdido más de 4 kilos. He perdido más de 7 kilos.
20.	0 1 2 3	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal. Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21.	0 1 2 3	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. Estoy menos interesado por el sexo que antes. Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo. He perdido totalmente mi interés por el sexo.

## INVENTARIO ANSIEDAD DE BECK (BAI)

### ESTIMADA PACIENTE:

El siguiente instrumento tiene por objetivo recopilar información de la depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss Stark, San Juan de Miraflores 2019.

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 afirmaciones. Por favor lea con atención cada una de ellas y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones describe mejor el modo en el que se ha sentido DURANTE LAS DOS ÚLTIMA SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. Indique con una X la afirmación que haya elegido. Si hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones antes de efectuar la elección. No deje ninguna frase sin contestar.

NIVELES DE ANSIEDAD: Mínima (0-5), Leve (6-15), Moderada (16-30), Severa (31-63).

	En absoluto	Levemente, no me molesta mucho	Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo	Severamente, casi no puedo soportarlo
1. Hormigueo o entumecimiento.				
2. Sensación de calor.				
3. Temblor de piernas.				
4. Incapacidad de relajarse.				
5. Miedo a que suceda lo peor.				
6. Mareo o aturdimiento.				
7. Palpitaciones o taquicardia.				
8. Sensaciones de inestabilidad e inseguridad física.				
9. Terrores.				
10. Nerviosismo.				
11. Sensación de ahogo.				
12. Temblores de manos.				
13. Temblor generalizado o estremecimiento.				
14. Miedo a perder el control.				
15. Dificultad para respirar.				
16. Miedo a morir.				
17. Sobresaltos.				
18. Molestias digestivas o abdominales.				
19. Palidez.				
20. Rubor facial.				
21. Sudoración (no debida al calor).				

## **Anexo 4:** Validación de instrumentos

**FORMATO B**

**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Título de la Investigación: Depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 17 y 40 años del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

1.2. Nombre del instrumento: Inventario de Depresión de Beck (BDI)

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Indicadores	Criterios	5	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	95	100
		0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																			X	
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																			X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																			X	
4. Organización	Existe una organización lógica																			X	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				X
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																			X	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																				X
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																			X	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																			X	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																			X	

	Baja
	Regular
X	Buena
	Muy buena

**PROMEDIO DE VALORACIÓN  
OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

96

**FORMATO B**

**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Título de la Investigación: Depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 17 y 40 años del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

1.2. Nombre del instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Indicadores	Criterios	5	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	95	100
		0	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	0	
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				X
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																				X
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																				X
4. Organización	Existe una organización lógica																				X
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				X
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																				X
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																				X
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																				X
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																				X
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																				X

	Baja
	Regular
	Buena
X	Muy buena

**PROMEDIO DE VALORACIÓN  
OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

96

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

a) Deficiente      b) Baja      c) Regular      d) Buena       e) Muy buena

Nombres: y Apellidos: Bernardo Raúl Acuña Casas

DNI N°: 06810223..... Teléfono/Celular: 989249750.....

Dirección domiciliaria: Asociación de Vivienda H. 16 del Sistema MZA Lote 8 Pinar

Título Profesional: LICENCIADO EN MATEMÁTICA PURA UMSM

Grado Académico: DOCTOR EN EDUCACIÓN UTEU

Mención: DOCTOR EN EDUCACIÓN

  
Firma  
Bernardo Raúl Acuña Casas  
DOCTOR EN EDUCACIÓN  
N° 0199UIGV  
ASESOR DE TESIS

**FORMATO B**

**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Título de la Investigación: Depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 17 y 40 años del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

1.2. Nombre del instrumento: Inventario de Depresión de Beck (BDI)

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Indicadores	Criterios	5	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	95	100
		0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0			
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																			X	
2. Objetividad	Está expresado en conductas observables																			X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																			X	
4. Organización	Existe una organización lógica																			X	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																				X
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																			X	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																				X
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																			X	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																			X	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																			X	

	Baja
	Regular
	Buena
X	Muy buena

**PROMEDIO DE VALORACIÓN  
OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

96

**FORMATO B**

**FICHAS DE VALIDACIÓN DEL INFORME DE OPINIÓN POR JUICIO DE EXPERTO**

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Título de la Investigación: Depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 17 y 40 años del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

1.2. Nombre del instrumento: Inventario de Ansiedad de Beck (BDI)

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN**

Indicadores	Criterios	5	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6	7	7	8	8	9	95	100		
		0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0	5	0			
1. Claridad	Está formulado con lenguaje apropiado																				X		
2. Objetividad	Está expresado de manera coherente y lógica.																					X	
3. Actualidad	Adecuado al avance de la ciencia pedagógica																					X	
4. Organización	Existe una organización lógica																					X	
5. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad																						X
6. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación																					X	
7. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos																						X
8. Coherencia	Entre los índices e indicadores																					X	
9. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico																					X	
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación																					X	

	Baja
	Regular
	Buena
X	Muy buena

**PROMEDIO DE VALORACIÓN  
OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

96

**OPINIÓN DE APLICABILIDAD**

a) Deficiente      b) Baja      c) Regular      d) Buena      e) Muy buena

Nombres: y Apellidos: Maximando Edilo Perales Sanchez

DNI N°: 70357529 Teléfono/Celular: 983 470769

Dirección domiciliaria: Jr. Templo del Sol-Mangarca

Título Profesional: licenciado en Educación

Grado Académico: Doctor

Mención: Educación

  
Firma

**Anexo 5: Matriz de datos**

**Depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.**

INVENTARIO DE DEPRESIÓN																				INVENTARIO DE ANSIEDAD																	Variable Dependiente	Variable Independiente						
VARIABLE 1: DEPRESIÓN																				VARIABLE 2: ANSIEDAD																								
D1=AFECTIVIDAD					D2=MOTIVACIÓN					D3=SÍNTOMAS					D4=CONDUCTA					D5=COGNITIVIDAD					ALTERACIONES FÍSICAS							ALTERACIONES PSÍQUICAS Y MENTALES												
Nº	1	3	4	5	10	2	16	18	19	21	11	12	15	17	6	7	8	9	13	14	20	1	2	3	4	6	7	11	12	13	15	18	19	20	21	5	8	9	10	14	16	17		
1	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	1	3	3	2	3	1	3	39	39			
2	3	3	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2	1	2	3	2	2	3	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	2	1	3	1	3	3	2	3	2	3	45	41
3	2	0	1	0	2	2	2	1	0	3	2	2	2	2	2	1	2	1	3	3	2	2	0	1	1	1	1	3	0	0	0	1	0	0	2	2	3	3	3	3	3	3	35	32
4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	6	4
5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	3	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0
6	2	0	1	3	1	1	2	1	0	2	2	2	1	1	2	2	3	1	3	1	1	2	0	0	2	3	3	3	0	0	3	0	0	1	0	2	3	3	3	3	3	3	32	37
7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	3
8	2	3	2	2	2	2	3	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	3	3	2	0	0	0	0	3	1	3	3	3	3	0	3	3	0	3	33	33
9	2	1	1	5	2	1	1	0	0	2	2	2	3	1	1	1	1	0	2	1	0	2	2	0	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	2	1	0	1	29	16
10	1	0	1	1	2	1	1	0	1	0	2	1	1	1	2	2	1	3	1	1	2	0	0	2	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	2	2	2	1	1	0	0	23	17	
11	2	0	1	2	2	2	3	1	0	3	3	0	3	2	2	0	1	1	2	2	2	0	1	1	1	3	3	0	0	1	0	0	2	2	3	3	3	3	3	3	3	34	35	
12	3	2	1	0	2	2	2	1	0	3	2	2	1	2	2	1	2	1	3	3	2	2	0	1	1	1	3	0	0	0	1	0	0	2	2	3	3	3	3	3	3	37	32	
13	0	1	3	1	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	11	8		
14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	5	1	
15	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	9	3	
16	2	2	1	1	3	2	2	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0	2	3	0	0	1	3	2	1	3	3	2	3	27	27	
17	3	3	2	2	2	3	1	2	2	2	3	2	1	2	3	2	2	3	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	2	1	3	1	3	3	2	3	2	3	45	41	
18	1	3	2	2	2	2	2	0	1	1	3	3	1	2	1	0	1	1	2	0	0	0	3	1	3	0	0	3	1	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	0	3	33	35	
19	0	2	2	3	1	0	1	2	0	1	1	0	0	2	0	2	2	0	1	1	2	0	0	0	1	1	2	1	1	0	0	0	1	0	2	2	2	0	1	0	1	23	16	
20	3	1	2	3	1	3	1	2	0	1	1	3	0	1	0	2	2	0	1	1	2	0	0	0	1	1	2	1	1	0	2	0	1	0	2	2	2	0	1	0	1	30	18	
21	1	1	1	2	3	2	1	0	0	2	2	3	1	1	1	1	0	2	1	0	1	1	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	2	2	1	0	1	26	16		
22	1	2	3	2	2	2	3	2	0	1	1	2	2	2	2	2	0	1	1	2	0	0	0	3	2	1	1	0	0	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0	35	14		
23	2	2	1	1	3	2	2	0	0	0	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	0	0	0	3	0	1	0	0	0	2	3	0	0	1	3	2	1	3	3	2	3	27	27	
24	2	2	2	0	1	2	0	0	0	0	1	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	3	2	2	0	0	0	1	0	1	0	3	0	0	1	0	0	0	20	13		
25	1	0	1	0	1	1	2	1	0	2	2	2	3	3	2	2	3	1	3	1	1	2	0	0	2	3	3	1	0	0	3	0	0	1	0	3	2	2	1	3	3	32	32	
26	2	0	1	3	1	1	2	1	0	2	2	2	3	3	2	2	3	1	3	1	1	2	0	0	2	3	3	3	0	0	3	0	0	1	0	2	3	3	3	3	3	36	37	
27	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	3	4		
28	1	1	1	2	3	2	1	0	0	2	2	3	1	1	1	1	0	2	1	0	1	0	1	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	2	1	2	2	1	0	1	26	16	
29	3	2	1	0	2	2	2	1	0	3	2	2	1	2	2	1	2	1	3	3	2	2	0	1	1	1	3	0	0	1	0	0	2	2	3	3	3	3	3	3	37	32		
30	2	1	1	5	2	1	0	0	2	2	3	2	1	1	1	1	0	2	1	0	2	2	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	2	1	0	1	29	16			
31	1	0	1	1	2	1	1	0	1	2	2	1	1	1	2	2	1	3	1	1	2	0	0	2	1	1	0	0	1	0	0	1	2	2	2	1	1	0	0	25	17			
32	2	0	1	2	2	2	3	1	0	3	3	3	3	2	2	0	1	1	2	2	2	0	1	1	1	3	3	0	0	1	0	0	2	2	3	3	3	3	3	3	37	35		
33	3	2	1	0	2	2	2	1	0	3	2	2	1	2	2	1	2	1	3	3	2	2	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	3	3	3	3	37	25	
34	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	5	4		
35	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	1		
36	2	0	1	2	2	2	3	1	0	3	3	0	2	2	2	0	1	1	2	2	2	2	0	1	1	1	3	3	0	0	1	0	0	2	2	3	3	3	3	3	3	33	35	
37	1	2	3	2	2	2	3	2	0	1	1	2	2	2	2	2	0	1	1	2	0	1	2	0	0	3	2	1	0	0	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0	35	14		
38	0	0	0	0	2	2	1	0	1	3	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	3	0	0	0	0	0	13	10		
39	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	1	2	3	1	3	3	2	3	1	3	38	39			
40	2	1	1	5	2	1	1	0	0	2	2	2	2	1	1	1	1	0	2	1	0	2	2	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	2	1	0	3	28	18		

INVENTARIO DE DEPRESIÓN										INVENTARIO DE ANSIEDAD																	Variable Dependiente	Variable Independiente																	
VARIABLE 1: DEPRESIÓN										VARIABLE 2: ANSIEDAD																																			
D1=AFECTIVIDAD					D2=MOTIVACIÓN					D3=SÍNTOMAS					D4=CONDUCTA					D5=COGNITIVIDAD					ALTERACIONES FÍSICAS							ALTERACIONES PSÍQUICAS Y MENTALES													
Nº	1	3	4	5	10	2	16	18	19	21	11	12	15	17	6	7	8	9	13	14	20	1	2	3	4	6	7	11	12	13	15	18	19	20	21	5	8	9	10	14	16	17			
41	3	2	1	0	2	2	2	1	0	3	2	2	1	2	2	1	2	1	3	3	1	2	0	1	1	1	1	3	0	0	1	0	0	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	36	32
42	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1
43	1	1	1	2	3	2	1	0	0	2	2	3	1	1	1	1	0	2	1	0	1	1	0	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	2	2	1	0	1	0	1	26	16
44	1	2	3	2	2	2	3	2	0	1	1	2	2	2	2	2	0	1	1	2	0	0	0	3	2	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3	3	0	0	0	0	0	0	35	14	
45	2	2	1	1	3	2	2	0	0	0	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	0	3	0	1	0	0	2	3	0	0	1	3	2	1	3	3	2	3	27	27		
46	2	2	2	0	1	2	0	0	0	0	1	3	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	3	2	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	20	10		
47	2	0	0	2	0	2	3	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	0	1	1	0	0	0	0	3	3	2	0	0	0	1	1	1	3	3	3	0	3	0	3	26	29			
48	2	0	1	2	2	2	3	1	0	3	3	0	2	2	2	0	1	1	2	2	2	2	0	1	1	1	1	3	3	0	1	0	0	2	2	3	3	3	3	3	33	35			
<b>PROMEDIO</b>																																						<b>26</b>	<b>21</b>						

**NIVELES DE DEPRESIÓN:** Sin depresión (0-10), Depresión leve (11-20), Depresión moderada (21-30), Depresión severa (30 a más).

**NIVELES DE ANSIEDAD:** Mínima (0-5), Leve (6-15), Moderada (16-30), Severa (31-63).

## Anexo 6: Autorización



"Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad"

Lima, 03 de Julio del 2019

Señores.

### **PUESTO DE SALUD MARIANNE PREUSS DE STARK**

Presente.-

**Atención: DR. PAUL VIZCARRA MEDINA**

Me es muy grato dirigirme a usted a nombre de la Universidad Privada TELESUP, para solicitarle su consentimiento para que nuestra alumna bachiller URIARTE RUMAY LIZETTE PAMELA, egresada de la Escuela Profesional de Psicología pueda recabar información y aplicar sus instrumentos en su prestigiosa Institución.

Su consentimiento permitirá que nuestra alumna bachiller pueda culminar su tesis y sustentarla con éxito, lo cual redundaría en beneficio tanto para él como para su Institución. En espera de su respuesta positiva, quedamos de usted.

Seguro de merecer su gentil atención aprovecho la oportunidad para expresarle a usted mi más alta consideración y estima personal.

Atentamente,

DR. ANAXIMANDRO PERALES SANCHEZ  
DIRECTOR DE GRADOS Y TITULOS DE LA UPT

UPT-CC-19-0097

## Anexo 7: Propuesta de valor



**UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP**  
**FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

<b>PROPUESTA DE VALOR</b>
“DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN PACIENTES GESTANTES DEL PUESTO DE SALUD MARIANNE PREUSS DE STARK, SAN JUAN DE MIRAFLORES, 2019.”
<b>OBJETIVO</b>
Mantener o mejorar la salud mental de la mujer embarazada, minimizando los riesgos para el embrión/feto en desarrollo.
<b>ESTRATEGIAS DE DESARROLLO PROFESIONAL</b>
<b>Sesión 1: Charla Educativa</b> (Duración 30 minutos)
• El embarazo: salud integral de la madre y el feto.
• Cuidados durante el embarazo.
• Factores que intervienen en el embarazo.
<b>Sesión 2: Entrevista cara a cara</b>
• Depresión y ansiedad durante el embarazo.
• Situación psicológica y emocional de la embarazada: diagnóstico.
• Aplicación a las embarazadas del Inventario de Depresión de Beck.
• Aplicación a las embarazadas de Inventario de Ansiedad de Beck.
• <b>Sesión 3: Intervención psicoterapéutica</b>
• Riesgos de no tratar la depresión y ansiedad materna durante la gestación.
• Tratamiento de la depresión durante el pre y pos embarazo.
• Acompañamiento profesional de apoyo y orientación pre y pos embarazo, con intervención de la pareja y familia, a fin de prevenir y/o minimizar la depresión y ansiedad.

## Anexo 8: Consentimiento informado

Yo, \_\_\_\_\_, con Dni: \_\_\_\_\_ declaro que he leído el presente documento y que los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos y convengo participar de forma voluntaria en el estudio:

**“Depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 17 y 40 años del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores, 2019.”**

Investigador: Lizette Pamela Uriarte Rumay

Objetivo: Determinar el grado de relación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 17 y 40 años del Puesto de Salud Marianne Preuss de Stark, San Juan de Miraflores 2019.

Procedimiento: Si usted acepta participar en el estudio deberá responder de manera sincera unas preguntas recogidas en dos cuestionarios de fácil y rápido llenado. Para ello se le hará entrega de los mismos, que tal haber completado su llenado, deberá devolver al investigador.

La participación se considerara como voluntaria y anónima, toda la información obtenida será tratada de manera confidencial. En caso de duda puede consultar al Investigador.

Lea la información a continuación y marque con un aspa la opción que eligió:

ACEPTO participar en las encuestas para esta investigación. \_\_\_\_\_

NO ACEPTO participar en las encuestas para esta investigación \_\_\_\_\_

Muchas gracias por su colaboración.

Fecha:

Firma: