



UNIVERSIDAD PRIVADA TELESUP

FACULTAD DE SALUD Y NUTRICIÓN

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES EN ESTADO DE
GESTACIÓN EN UN CENTRO DE SALUD DEL CUSCO,
PERÚ, 2020**

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

AUTOR:

Bach. FARFAN PARISACA, MIGUEL ANGEL

LIMA – PERÚ

2021

ASESOR DE TESIS

Dr. JUAN BAUTISTA CALLER LUNA

JURADO EXAMINADOR

Dr. PEDRO PABLO ALVAREZ FALCONI
Presidente

Dra. ROSA ESTHER CHIRINOS SUSANO
Secretario

Dra. NANCY MERCEDES CAPACYACHI OTAROLA
Vocal

DEDICATORIA

A Dios, quien me da la oportunidad de despertar y disfrutar de lo maravilloso que es la vida, brindándome momentos de alegría y tristeza que son parte de nuestra existencia.

A mi hijo, mis hermanos y mi padre, quienes me dan la fortaleza de seguir adelante, especialmente a Mery Luz y mi hijo, por su motivación a cumplir mis sueños.

A mi querida madre y mi hermano León Alex, quienes gozan de la presencia de Dios y desde donde estén sé que interceden por mí.

A mis compañeros y amigos quienes me dieron sus palabras de motivación a seguir adelante.

A Myriam, quien me impulsó a iniciar este proyecto que hoy veo concretarse.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Privada TELESUP, mi Alma Máter en la que cumplo mis sueños y expectativas para formarme como profesional psicólogo.

A mis docentes de la Escuela Profesional de Psicología, por brindarme sus conocimientos, sapiencia y hacer de los estudiantes útiles a la sociedad y al país.

A mi asesor Dr. Juan Bautista Caller Luna, por su esfuerzo, dedicación y tiempo, quien con sus conocimientos, experiencia, motivación y sus valiosos consejos a la culminación del presente trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Ansiedad y Depresión en Mujeres en Estado de Gestación en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020”, tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020 donde se presentó como hipótesis: existe relación entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020. El tipo de investigación y de nivel correlacional de diseño no experimental, la población de estudio estuvo conformada por 218 mujeres gestantes y una muestra a 139 en estado de gestación; se utilizó la técnica de encuestas pre validadas y como instrumento el cuestionario donde se concluye que existe relación entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación en un Centro de Salud del Cusco donde el coeficiente de correlación Rho de Spearman obtenido es -0.474; lo cual nos indica que existe una correlación inversa muy fuerte entre las variables ansiedad y depresión, es decir, que la relación o dependencia entre las variables es superior al 95 %. Como el nivel de significancia obtenido en para la relación de las variables es menor a 0,05 (sig. = 0,00 < 0,05), esto debido a que la ansiedad estado rasgo en mujeres embarazadas se relaciona con la depresión de ellas, siendo una población vulnerable a estos factores donde se observó que en mayor proporción presentan niveles de angustia y tristeza durante la etapa del embarazo.

Palabras clave: depresión, ansiedad

ABSTRACT

The present research work entitled "Anxiety and Depression in Pregnant Women in a Health Center of Cusco, Peru, 2020", aimed to establish the relationship between anxiety and depression in pregnant women in a health center of Cusco, Peru, 2020 where it was presented as a hypothesis: there is a relationship between anxiety and depression in pregnant women in a health center of Cusco, Peru, 2020. The type of research and correlational level of design non-experimental, the study population consisted of 218 pregnant women and a sample of 139 in a state of pregnancy; The pre-validated survey technique was used and as an instrument the questionnaire where it is concluded that there is a relationship between anxiety and depression in women in the state of pregnancy in a Cusco Health Center where the Rho de Spearman correlation coefficient obtained is -0.474 ; which indicates that there is a very strong inverse correlation between the anxiety and depression variables, that is, that the relationship or dependence between the variables is greater than 95%. As the level of significance obtained in for the relationship of the variables is less than 0.05 (sig. = 0.00 <0.05), this is due to the fact that state and trait anxiety in pregnant women is related to depression of them, being a population vulnerable to these factors where it has been written that in a greater proportion they present levels of anguish and sadness during the pregnancy stage.

Keywords: depression, anxiety

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
ASESOR DE TESIS	ii
JURADO EXAMINADOR.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS.....	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
INTRODUCCIÓN	xiii
I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
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
1.3.1. Teórica.....	18
1.3.2. Metodológica.....	18
1.3.3. Social	18
1.4. Objetivos de la Investigación	19
1.4.1. Objetivo general.....	19
1.4.2. Objetivos específicos	19
II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes de la Investigación	20
2.1.1. Antecedentes internacionales	20
2.1.2. Antecedentes nacionales	24
2.1.3. Antecedentes locales.....	29
2.2. Bases Teóricas.....	30
2.2.1. Ansiedad.....	30
2.2.2. Depresión	37

2.3. Definición de términos básicos	45
III. MÉTODO Y MATERIALES.....	49
3.1. Hipótesis.....	49
3.1.1. Hipótesis general	49
3.1.2. Hipótesis Específicas.....	49
3.2. Variable de estudio.....	49
3.2.1. Definición conceptual.....	49
3.2.2. Definición operacional.....	50
3.3. Tipo y nivel de la investigación	52
3.3.1. Tipo.....	52
3.3.2. Nivel.....	52
3.4. Diseño de la investigación	53
3.5. Población y muestra de estudio.....	53
3.5.1. Población	53
3.5.2. Muestra.....	53
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	55
3.6.1. Técnicas de recolección de datos.....	55
3.6.2. Instrumentos de recolección de datos	55
3.7. Métodos de análisis de datos	56
3.8. Aspectos Éticos.....	56
IV. RESULTADOS	58
4.1. Prueba de confiabilidad del instrumento.....	58
4.2. Prueba de normalidad por variable.....	62
4.3. Factores Sociodemográficos de las gestantes atendidas en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020	63
4.4. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020	65
4.5. Análisis de datos Ansiedad	66
4.5.1. Nivel de Ansiedad Rasgo.....	66
4.5.2. Nivel de Ansiedad Estado.....	67
4.6. Análisis de datos de la Depresión	68
4.6.1. Dimensión de la depresión.	69
4.7. Relación depresión y ansiedad.....	70

4.8. Relación depresión y ansiedad estado.....	72
4.9. Relación depresión ansiedad rasgo.	73
V. DISCUSIÓN	74
VI. CONCLUSIONES	76
VII. RECOMENDACIONES.....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA.....	79
ANEXOS	82
Anexo 1: Matriz de consistencia	83
Anexo 2: Matriz de operacionalización	84
Anexo 3 Instrumento.....	85
Anexo 4: Validación de instrumentos.....	94
Anexo 5: Matriz de datos	96
Anexo 6: Propuesta de valor.....	103

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Operacionalización de variables.....	50
Tabla 2.	Operacionalización de variables intervinientes.....	51
Tabla 3.	Fiabilidad por ítems del cuestionario de ansiedad.....	59
Tabla 4.	Confiabilidad de test de ansiedad.....	60
Tabla 5.	Confiabilidad de test de depresión	61
Tabla 6.	Fiabilidad de ítems del cuestionario de depresión.....	61
Tabla 7.	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.....	62
Tabla 8.	Factores Sociodemográficos de las gestantes atendidas en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020.....	63
Tabla 9.	Factores obstétricos de las gestantes atendidas en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020.....	65
Tabla 10.	Nivel de ansiedad Rasgo.....	66
Tabla 11.	Nivel de Ansiedad Estado	67
Tabla 12.	Depresión	68
Tabla 13.	Dimensión de la depresión	70
Tabla 14.	Correlación de depresión y ansiedad	71
Tabla 15.	Correlación entre la ansiedad estado y depresión.....	72
Tabla 16.	Correlación entra la ansiedad rasgo y depresión	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Nivel de ansiedad Rasgo	67
Figura 2. Nivel de Ansiedad Estado	68
Figura 3. Depresión.....	69
Figura 4. Dispersión simple de depresión por ansiedad.....	71
Figura 5. Dispersión simple de depresión por ansiedad estado	72
Figura 6. Dispersión simple de depresión por ansiedad rasgo.....	73

INTRODUCCIÓN

La salud mental es el estado continuo que involucra lo emocional, psicológico y el bienestar dentro de un individuo, por lo cual es de importancia para las mujeres en estado de gestación así también, aquellas que pasaron por la etapa de parto.

Pero el bienestar no se evalúa de forma rutinaria y muchas mujeres embarazadas que se encuentran en situación de riesgo no son atendidas en el tiempo preciso presentando problemas para detectar cuadros de ansiedad, estrés y problemas para lidiar con situaciones.

La gestación es un proceso donde se dan muchos cambios emocionales por lo cual, desencadenar cuadros de ansiedad ante el futuro puede provocar diferentes tipos de consecuencias entre las cuales se puede presentar la depresión.

Por lo cual dentro del trabajo de investigación se tomó en cuenta como la ansiedad influye en la depresión de las mujeres gestantes de un centro de salud del Cusco.

Asimismo, la presente investigación está comprendida por cuatro capítulos desarrollados de la siguiente manera:

CAPITULO I. Se desarrolló el planteamiento del problema donde se formularon los problemas generales y específicos, se identificó los objetivos, desarrollando la justificación y la delimitación de estudio.

CAPITULO II. Se recopiló los antecedentes de acuerdo al tema estudiado y al ámbito de estudio, desarrollando las teorías y asimismo se realizó la definición de los términos utilizados

CAPITULO III. Se indicó la metodología de estudio, indicando el tipo, nivel, método, técnicas e instrumento de la investigación, teniendo en cuenta la población, muestra a estudiar y las hipótesis de investigación

CAPITULO IV. Se identificó los resultados de la investigación, conteniendo los datos procesados, analizados e interpretados.

Concluyendo con los resultados de la investigación, discusión las conclusiones y las sugerencias

I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación se enfoca en describir a problemas relacionados a la ansiedad y depresión que tienen las mujeres que se encuentran en etapa de gestación de un Centro de Salud del Cusco. Hoy en día, los casos de personas con enfermedades relacionadas a la ansiedad y depresión están en aumento debido a los diferentes ambientes en los que se desarrollan; asimismo, los distintos factores como genéticos, biológicos y psicosociales, coadyuvan al incremento de la ansiedad y depresión. El presente estudio se centra en las mujeres que se hallan en etapa de gestación, debido a que, durante este estado, las mujeres sufren cambios hormonales, los cuales les provoca inquietudes, preocupaciones, cambios repentinos de humor, melancolía, siendo factores directos en la aparición de la depresión y ansiedad, los mismos que puede presentarse antes, durante y después del embarazo. Debido a lo mencionado anteriormente, en el presente estudio se analiza y determina si existe alguna relación entre la ansiedad y depresión, de esta manera describir cuales son los factores que condicionan estas enfermedades y de qué manera, las madres gestantes son más propensas de sufrir estos padecimientos que atañe directamente a la familia de la gestante y su propia salud.

1.1. Planteamiento del problema

La problemática a estudiar en esta investigación, se centra en las mujeres que se hallan en etapa de gestación, con el propósito de obtener información clara y precisa sobre los factores que contribuyen a la presencia de ansiedad y depresión en mujeres gestantes, asimismo estos trastornos psicológicos, afectan diferentes ámbitos como los sociales, emocionales, familiares y económicos, puesto que la persona no se siente conforme y presenta cuadros de inquietud, dichos factores no contribuyen ni al bienestar de la madre ni del nuevo ser que está por nacer. Durante la etapa del embarazo, las mujeres están más predispuestas a tener cambios hormonales y de comportamiento propios del estado grávido, los mismos que se presentan antes, durante y después del embarazo.

De continuar con la normalización de los síntomas mencionados, así como la falta para convivir con los cambios, se desencadenarán momentos críticos, ya

que las mujeres gestantes, tendrán momentos difíciles al no tener un adecuado control médico, obstétrico, psicológico y nutricional, agudizándose los estados emocionales negativos, generando una inestabilidad no solo personal, sino dentro del entorno familiar y social; asimismo la madre gestante, no tendrá la tranquilidad que necesita en esta etapa, la misma que será afectada al no tener el apoyo adecuado requerido.

Para controlar dicha problemática, la gestante tendrá que tener la disposición para poder aprender técnicas de relajación, además el compromiso de la familia y el entorno social, los cuales en muchos casos no se presentan, causando dificultades en el proceso, obteniendo un incremento en el nivel ansiedad y depresión, es por ello que la familia juega un papel importante durante el embarazo dando apoyo emocional y que cuente con el sostén, la cordialidad de poder contar con la familia y quienes la rodean para cualquier eventualidad que se presente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la depresión como un trastorno mental frecuente, que afecta a unos 350 millones de personas en el mundo y es dos veces más prevalente en las mujeres en edad adulta (entre 18 y 44 años de edad). La prevalencia de depresión es mayor en mujeres, oscila del 14 al 21% y se presenta con mayor frecuencia en la edad reproductiva, por lo que el embarazo y el postparto podrían ser momentos de relevancia para su desarrollo. El embarazo es un período de modificaciones metabólicas, hormonales e inmunológicas, perceptibles por la mujer desde el inicio de la gestación. Desde el punto de vista psicológico, en la gestación hay cambios en la vida de la mujer. (Organización Mundial de la Salud , 2017)

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), muestra las cifras sobre salud mental y depresión; se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida. Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades a nivel mundial y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe. Más de 350 millones de personas de todas las edades sufren de depresión globalmente. En América Latina y el Caribe la padece 5% de la población adulta. Entre 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben. La depresión es el trastorno mental que más afecta a la

población en el mundo. Entre los trastornos mentales en América Latina y el Caribe, la depresión es la más común (5%), seguida por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros. Entre 20% y 40% de las mujeres de los países en desarrollo sufren de depresión durante el embarazo o postparto. (Organización Panamericana de Salud , 2012)

La Asociación Americana de Psicología (APA), siglas que proviene del inglés American Psychological Association, indica que los cambios en la química del cuerpo influyen en el estado de ánimo y los procesos de pensamiento y los factores biológicos contribuye en algunos casos de depresión. Además, las enfermedades crónicas graves, como la enfermedad cardíaca o el cáncer, pueden estar acompañados por la depresión. Para muchas personas, sin embargo, la depresión indica primero y principalmente, la falta de equilibrio en determinados aspectos mentales y emocionales de la vida. Las transiciones importantes y los principales factores de estrés en la vida, como la muerte de un ser querido o la pérdida de un empleo, pueden contribuir a provocar la depresión. Otros factores más sutiles que conducen a la pérdida de identidad o autoestima pueden también contribuir. Las causas de la depresión no siempre son evidentes de inmediato por lo que el trastorno requiere la evaluación cuidadosa y el diagnóstico de un profesional de la atención médica de salud mental. A veces la persona tiene poco o ningún control sobre las circunstancias implicadas en la depresión. Otras veces, sin embargo, la depresión se produce cuando las personas no pueden ver que realmente tienen opciones y pueden hacer cambios en sus vidas. (Asociación Americana de Psicología , 2020)

Según el Ministerio de Salud (MINSA), la depresión es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por humor depresivo, pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas (anhedonia), cansancio o fatiga, que empobrece la calidad de vida y genera dificultades en el entorno familiar, laboral y social de quienes la sufren. (Ministerio de Salud, 2011)

A nivel nacional en el Perú, la depresión es muy frecuente en mujeres que están gestando, este escenario se agrava debido a los previos sucesos depresivos que se tuvo anteriormente, también es influenciado por el alejamiento de los padres,

la idea de ser madre soltera, asimismo que no cuentan con un apoyo desde inicio hasta el parto, dicho problema es un agravante, ya que pone en riesgo la salud de la madre y del infante, es por ello que se estima que la depresión en madres jóvenes está dentro del 3 al 17%. (Martinez & Romano, 2009)

Estudios peruanos observan los factores de riesgo y cuan asociados están ante un problema de trastornos psiquiátricos, dichos factores están comprendidos como problemas de salud públicos, se observa que al no estar bien determinada y curada y aún no se investiga con exactitud la incidencia real. Dicho escenario tiene un impacto negativo en la salud del infante en un futuro y esto desencadena problemas sociales, económicos y clínicos, esto trunca inventar acciones que minimicen el riesgo de que la madre pueda tener esta enfermedad y así pueda tener problemas en un futuro. (Sánchez & Lam, 2007)

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

PG ¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020?

1.2.2. Problemas específicos

PE 1 ¿Cuál es la relación entre la ansiedad estado y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020?

PE 2 ¿Cuál es la relación entre la ansiedad rasgo y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020?

1.3. Justificación del estudio

En el presente estudio se generaron tres justificaciones las cuales fortalecen nuestra investigación las cuales son:

1.3.1. Teórica

Considerando la existencia de diferentes enfoques y teorías respecto a la ansiedad y depresión, desde el punto de vista psicológico; esta investigación nos permitió conocer la teoría sobre la ansiedad describiendo la clasificación y los tipos y por otra parte, se realizó una revisión bibliográfica concerniente a la depresión.

El presente estudio se fundamentó teóricamente de manera precisa, para ello se realizó una revisión bibliográfica en la que se tomó en cuenta la variable ansiedad y la variable depresión, asimismo se colocó las teorías, definiciones, causas, síntomas, tipos, datos, entre otros, para poder generar el conocimiento adecuado y desarrollar de la mejor manera este estudio; esta investigación se realiza con el propósito de aportar al conocimiento existente sobre la relación entre ansiedad y depresión en mujeres en Estado de Gestación.

1.3.2. Metodológica

El estudio tiene un sustento metodológico debido a que se guía mediante revisiones de los métodos y técnicas presentes en la investigación en la cual, se basó en formular adecuadamente las preguntas y objetivos de la investigación, así como también, colocar de manera jerárquica la información que se recolectó, y finalmente, se seleccionó la población y aplicó la herramienta de recaudación de datos para obtener de manera precisa la información deseada.

1.3.3. Social

En la indagación se enfocó en mujeres gestantes las cuales, al estar en este estado, tienden a tener cambios bruscos de humor, y al no tener un apoyo familiar podrían tener enfermedades como la depresión o la ansiedad, dichas enfermedades son perjudiciales para esta etapa de su vida, es por ello que esta investigación muestra la relación de las enfermedades mencionadas con el estado de gestación de las mujeres y como se puede dar solución a estas enfermedades.

1.4. Objetivos de la Investigación

1.4.1. Objetivo general

OG Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.

1.4.2. Objetivos específicos

OE 1 Determinar la relación entre la ansiedad estado y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.

OE 2 Determinar la relación entre la ansiedad rasgo y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Stalin (2019). En su investigación titulada “El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas” de la Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. Cuyo objetivo del estudio fue identificar la relación que existe entre el Vínculo Temprano y el desarrollo de Depresión Perinatal en mujeres embarazadas, y examinar la influencia de factores asociados al desarrollo de esta. El estudio fue de tipo transversal correlacional con una muestra de 60 pacientes embarazadas que acudieron durante el mes de octubre a los consultorios de Obstetricia del Centro de Salud Tipo B Salcedo y que se encontraban a partir de la semana 16 de gestación. Se aplicó el Instrumento de Vinculación Parental (PBI) para evaluar el tipo de vínculo que tuvo la mujer gestante durante su infancia, así como las Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar sintomatología depresiva y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) para medir su gravedad. Se utilizó así mismo, una ficha de información para la identificación de datos personales, criterios de inclusión y exclusión. La investigación llegó a los siguientes resultados donde un 93,3% de las pacientes embarazadas presenta un tipo de vínculo inseguro, ya sea resistente, desorganizado o evitativo, además según, los datos obtenidos un 41,3% de las mujeres gestantes presentaron depresión. No se encontró que la edad, el estado civil y el número de hijos influyeran en la frecuencia de depresión. Por lo tanto, las conclusiones del estudio que se obtuvieron fueron mediante la prueba de Pearson donde existe una correlación bilateral significativa positiva de 0,01 entre las variables, y que la presencia de depresión en las gestantes estudiadas fue muy elevada atribuyendo estos resultados a dificultades de regulación afectiva por parte de sus padres, en especial de la figura materna durante la infancia. Por lo que se debe prestar especial atención al desarrollo del embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos que promuevan, prevengan y restauren el vínculo en la diada madre-hijo.

Giovanazzi (2018). En su tesis doctoral titulado “Relación asociativa de la inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y los sucesos significativos en la presencia de la depresión durante el embarazo”. Universidad de Palermo. Argentina. Cuyo objetivo de la investigación fue analizar mediante un modelo estadístico asociativo la presencia de la depresión durante el embarazo, a partir de las variables inteligencia emocional, estrés, ansiedad, estilo vincular temprano y sucesos significativos en mujeres embarazadas de las ciudades de La Serena y Coquimbo, Chile. Es un estudio no experimental, transeccional de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 273 mujeres gestantes, con edades entre 18 y 38 años ($X= 24.63$; $SD= 5.33$) que asisten a los cuatro centros de salud familiar y atención primaria del sistema público de las ciudades de La Serena y Coquimbo, Chile. Los instrumentos que se utilizaron, fueron el Parental Bonding Instrument (PBI), la depression anxiety and stress scale (DASS-21), el TMMS-24, y la Entrevista Psicológica Perinatal (EPP). Como principales resultados se mencionan las asociaciones fuertes y positivas de las variables ansiedad y estrés con la variable depresión ($r= .687$ y $r= .752$), lo que parece indicar que a medida que las madres embarazadas presentan valores altos de ansiedad y/o estrés, también presentan valores altos de depresión. Así mismo, los sucesos significativos de las mujeres embarazadas muestran que a medida que aumenta el número de sucesos significativos negativos las madres tienen mayores niveles de depresión ($r= .303$) y a la inversa, las madres embarazadas que tienen mayor número de sucesos significativos positivos presentan niveles más bajos de depresión ($r= -.489$).

Bestilleiro (2018). En su estudio titulado “Ansiedad y depresión en madres y padres durante el embarazo y puerperio. Efecto de un programa de intervención”. Universidad de Oviedo. España. Cuyo objetivo fue evaluar la efectividad de un programa de educación para la salud sobre cuidados al recién nacido utilizando las tecnologías de la información y la comunicación, sobre los niveles de ansiedad y depresión durante el periodo perinatal en los progenitores. Dentro de la metodología el estudio fue cuasi-experimental, multicéntrico, realizado desde enero de 2015 a enero de 2016 en el Principado de Asturias. Se constituyeron dos grupos, uno experimental al que se le aplicó un programa de intervención, y el otro control. A los padres y madres participantes, se les evaluaron los niveles de ansiedad y

depresión en el tercer trimestre del embarazo y en el puerperio. La intervención llevada a cabo consistió en ofertar a ambos progenitores (madre y padre) el acceso a una página web con información sobre cuidados al recién nacido, la videollamada, WhatsApp y correo electrónico como métodos de consulta de dudas. Resultados: Se estudiaron un total de 288 progenitores, 178 madres y 110 padres. Los niveles de ansiedad estado en el tercer trimestre de gestación fueron de 11,99 (6,2%) en la madre y 11,77 (10,09%) en el padre; durante el puerperio las madres presentaron cifras de ansiedad estado de 14,92 (15,73%) en el grupo control y de 13,47 (7,86%) en el grupo intervención; y en los padres de 14,40 (15,73%) en el grupo control y 11,80 (7,86%) en el grupo intervención. Las puntuaciones de depresión en el tercer trimestre de gestación fueron de 6,39 (2,8%) en la madre y 7,29 (2,7%) en el padre; durante el puerperio en las madres fueron de 8,77 (12,5%) en el grupo control y de 7,43 (3,44%) en el grupo intervención. En los padres fueron de 7,64 (12,7%) en el grupo control y 6,81 (3,12%) en el grupo intervención. Conclusiones: la intervención educativa disminuyó los niveles de ansiedad estado en los padres ($p=0,004$) y los niveles de depresión en las madres de forma estadísticamente significativa ($p=0,003$). También, disminuyó los niveles de ansiedad estado en las madres y de depresión en los padres, pero sin alcanzar significación estadística. En el puerperio el aumento de los niveles de ansiedad maternos se asoció con: bajo nivel de estudios ($p=0,05$), haber tenido problemas en embarazos ($p=0,05$) y haber presentado patología mental previa al embarazo actual ($p=0,002$). En el puerperio, los niveles más elevados de ansiedad paternos se asociaron al no deseo del embarazo ($p=0,009$) y haber padecido patología mental previa al embarazo actual ($p=0,002$).

Martínez & Jácome (2019). En su artículo titulado "Depresión en el embarazo". Revista de Psiquiatría. Colombia. Cuyo objetivo fue presentar una revisión de tema acerca de la depresión en el embarazo, sus factores de riesgo, las características clínicas, las complicaciones y el tratamiento. La metodología que se utilizó fueron las bases de datos PubMed y LILACS para la búsqueda de manuscritos; de 223 artículos, 55 cumplían los criterios de inclusión. Donde los resultados fueron que en Sudamérica se registra una prevalencia de aproximadamente el 29%. Los factores de riesgo con mayor significación son el abuso sexual, la edad temprana al embarazo y la violencia intrafamiliar. Por ello, el

diagnóstico temprano favorece la disminución en las conductas de riesgo, los trastornos del neurodesarrollo fetal y los resultados obstétricos. La investigación llegó a las siguientes conclusiones: la depresión en el embarazo es una afección frecuente; no obstante, se presenta subregistro por la atribución de los síntomas a la gestación misma. Se recomienda el uso de antidepresivos como los inhibidores de la recaptación de serotonina, especialmente la fluoxetina, que no se ha relacionado con teratogenicidad, además de la implementación de tratamiento no farmacológico como psicoterapia, mindfulness y ejercicio aeróbico. La sensibilización del personal de salud permitirá el diagnóstico y el tratamiento adecuados de esta enfermedad.

Zambonino (2019). En su estudio titulado “El vínculo temprano y su relación en el desarrollo de depresión perinatal en mujeres embarazadas”. Universidad Técnica de Ambato. Ecuador. Esta investigación tuvo como objetivo identificar la relación que existe entre el Vínculo Temprano y el desarrollo de Depresión Perinatal en mujeres embarazadas, y examinar la influencia de factores asociados al desarrollo de esta; para ello utilizaron la metodología de investigación de tipo transversal correlacional con una muestra de 60 pacientes embarazadas que acudieron durante el mes de octubre a los consultorios de Obstetricia del Centro de Salud Tipo B Salcedo y que se encontraban a partir de la semana 16 de gestación. Se aplicó el Instrumento de Vinculación Parental (PBI) para evaluar el tipo de vínculo que tuvo la mujer gestante durante su infancia, así como las Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo (EPDS) para evaluar sintomatología depresiva y el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) para medir su gravedad. Se utilizó así mismo, una ficha de información para la identificación de datos personales, criterios de inclusión y exclusión. Cuyos resultados fueron que un 93,3% de las pacientes embarazadas presenta un tipo de vínculo inseguro, ya sea resistente, desorganizado o evitativo, además según, los datos obtenidos un 41,3% de las mujeres gestantes presentaron depresión. No se encontró que la edad, el estado civil y el número de hijos influyeran en la frecuencia de depresión. La investigación llegó a las siguientes conclusiones: Mediante la prueba de Pearson existe una correlación bilateral significativa positiva de 0,01 entre las variables, y que la presencia de depresión en las gestantes estudiadas fue muy elevada atribuyendo estos resultados a dificultades de regulación afectiva por parte de sus padres, en

especial de la figura materna durante la infancia. Por lo que se debe prestar especial atención al desarrollo del embarazo, a fin de llegar a diagnósticos tempranos y aplicar tratamientos oportunos que promuevan, prevengan y restauren el vínculo en la diada madre-hijo.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Rojas (2018). En su investigación titulada “Frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el centro de salud La Libertad durante el periodo de septiembre a noviembre del 2017”. Universidad Peruana del Centro. Huancayo. Donde se pudo ver que en el embarazo se puede presentar una elevada carga emocional y causando en mayor ansiedad y depresión. Cuyo objetivo fue investigar la frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el Centro de Salud La Libertad durante el período de septiembre a noviembre del 2017; para ello usaron la metodología de investigación de tipo de estudio fue descriptivo, observacional, transversal, prospectivo. La muestra fue seleccionada por conveniencia cuando acudan a su control programados durante la fecha de estudio los cuales tienen un aproximado de 214 gestantes, para la recolección de datos se utilizó la escala de Depresión y de Ansiedad de Hamilton. El procesamiento de datos y elaboración de diagramas se realizó en la hoja de cálculo de Excel 2013 y SPSS versión 23 los resultados fueron, en cuanto a la edad 93 (43.5%) tienen la edad de 21 a 30 años, 76 (35.5%) tienen de 31-42 años y 45 (21.0%) de 15-20 años, en edad gestacional 135 (63.1%) en el tercer trimestre de edad gestacional, 79 (36.9%) en el segundo trimestre y (0.0%) en el primer trimestre; paridad, 65 (30.4%) primigestas, 44 (20.6%) segundigestas, 58 (27.1%) tercigestas, 25 (11.7%) multigestas, 14 (6.5%) nulíparas y 8 (3.7%) gran múltiparas; estado civil 135 (63.1%) son convivientes, 55 (25.7%) solteras y 24 (11.2%) son casadas; grado de instrucción, 92 (42.9%) con grado de instrucción nivel secundario, 75 (35.0%) nivel superior, 36 (16.8%) con nivel primario y 11 (5.1%) son iletradas; diagnóstico de Depresión, 85 (39.7%) presentaron depresión ligera, 57 (26.6%) depresión moderada, 36 (16.8) con no depresión y 25 (11.6%) depresión severa, 11 (5.1%) depresión muy severa; diagnóstico de Ansiedad, 141 (65.8%) presentaron ansiedad leve 71 (35.0%) ansiedad moderada, 2 (0.9%) con no ansiedad y 0 (0%) ansiedad severa de igual manera ansiedad muy severa. Los

factores de riesgo para presentar Depresión y Ansiedad en la gestación son la edad 93 (43.5%) de 21-30 años, edad gestacional 135 (63.1%) del tercer trimestre, paridad 65 (30.4%) primigestas, estado civil 135 (63.1%) conviviente, grado de instrucción 92 (43%) secundaria. La investigación llegó a las siguientes conclusiones donde se realizó una recolección de información a 214 madres gestantes, el 39% indicaron que tienen un cuadro de depresión, así mismo el 26% indica que tienen un cuadro de ansiedad, de estos datos podemos deducir que la gran mayoría de mujeres gestantes presentan índices de depresión y ansiedad debido a la gestación, por otro lado se determinó en esta indagación que, la incidencia de casos de madres gestantes se presenta debido a los factores de edad de la gestante, edad gestacional, el tiempo de gestación, el estado civil y por último, el grado académico de nivel secundario.

Torres & Guevara (2018) en su estudio titulado “Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017”. Universidad Científica del Perú. Iquitos. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de Ansiedad Rasgo – Estado que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la Ciudad de Iquitos – 2017; para ello usaron la metodología de investigación cuantitativa de corte transversal, su muestra estuvo conformada por 600 gestantes, la cual llegó a las siguientes conclusiones: el nivel de Ansiedad Rasgo - Estado que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos es que un 22,7% de ellas presentan un nivel de sobre promedio de ansiedad estado y el 1,7% un nivel alto mientras que 14,3% presenta ansiedad rasgo sobre promedio y el 3,7% un nivel alto de ansiedad rasgo.

Heredia (2018), en su investigación titulada “Condición del estado civil y nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes, Centro Materno Perinatal Simón Bolívar, Cajamarca 2018”. Universidad Nacional de Cajamarca. Cajamarca. Cuyo objetivo del presente estudio fue determinar la influencia de la condición del estado civil en el nivel de ansiedad y grado de depresión en gestantes adolescentes atendidas en el Centro Materno Perinatal Simón Bolívar. La investigación fue correlacional, con un diseño no experimental de corte transversal realizado en un grupo de 110 gestantes adolescentes. Se encontraron como resultados que el

60,9% pertenece al grupo etario de 17-19 años; el 31,8% tiene secundaria completa; el 50,9% son amas de casa y el 62,7% procedentes de la zona urbana. La condición del estado civil que prevaleció fue el de soltera viviendo con la propia familia en 41,8%; tuvieron un nivel de ansiedad muy baja en el 91,8% de los casos y depresión leve en el 48,2%; las solteras viviendo con la propia familia y quienes viven solas con la pareja presentaron mayores porcentajes de ansiedad moderada con 13 y 10% respectivamente; de igual forma, las adolescentes solteras viviendo con la propia familia y quienes viven solas con la pareja presentaron depresión moderada en 41,3% y 5% respectivamente. La investigación tuvo como conclusión que se encontró relación significativa entre la condición del estado civil y el grado de depresión.

Ellaconza & Marín (2017), en su investigación titulada “Factores asociados a las gestantes adolescentes deprimidas que asisten al Hospital Hipólito Unanue, 2016”. Universidad Privada Norbert Wiener. Lima. La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores asociados a las gestantes adolescentes deprimidas que asisten al hospital Hipólito Unanue, 2016; para ello usaron la metodología de investigación de tipo descriptivo de corte transversal cuya población estuvo conformada por todas las gestantes adolescentes atendidas en los diversos servicios del Hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Lima, durante los meses de julio a diciembre, teniendo una muestra de 384 gestantes. Resultados: en la investigación se registró que las adolescentes con edad tardía (17 a 19 años) alcanzo gran parte de la muestra 67.45%, (384) de las participantes; además que el 60.94% indicaron tener una mala relación con sus padres y su pareja; evidenciando maltratos físicos 14,05% y maltrato psicológico 37,07 de la muestra. El 44.01% solo cuenta con secundaria incompleta. El 58.44% presentaron depresión moderada, sabiendo que el 89.58% no planificó su embarazo. También se conoció que para el 89.58% es su primera gestación de los cuales el 16.41% y el 15.10% realizaron entre 5 y 6 controles durante su asistencia al hospital. Finalmente, el 87.24% indicó que su embarazo no fue deseado por la adolescente y por su pareja. La investigación llegó a la siguiente conclusión donde se encontró que el grado depresivo con mayor concurrencia en las adolescentes atendidas en el Hospital Hipólito Unanue fue moderada, los factores asociados, relacionados fueron con la familia y con la pareja, siendo mala relación con cada actor social y

de las agresiones físicas o psicológicas por parte de sus parejas, fueron las causantes para que ingresarán a un cuadro depresivo de significancia moderada.

Sarmiento (2018) en su estudio titulado “Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Vicente, periodo 2017”. Universidad Privada Sergio Bernales. Lima. Cuyo objetivo fue determinar los factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud de San Vicente, periodo 2017. Se utilizó la metodología de investigación de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal y diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 166 gestantes de diferentes edades utilizando criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Edimburgo durante el embarazo y el cuestionario de recolección de datos para identificar factores de riesgo, con un alfa de Cronbach = 0,741. La investigación llegó a las siguientes conclusiones donde la prevalencia de la depresión durante la gestación fue de 44% (EPDS \geq 12). Se encontró asociación entre la depresión y los factores de riesgo sociodemográficos, como la edad, pues afecto más al grupo etario de gestantes de 18-25 años en 49.3%, estado civil conviviente en 52.1%, grado de instrucción secundaria en 61.6%, ocupación desempleada en 53.4 %, procedencia de la costa en 54.8% y en cuanto a los factores psicosociales, se encontró asociación con el apoyo familiar de la gestante en 60.3% embarazo no planificado en 75.3%, inestabilidad económica en 52.1%, no violencia doméstica en 50.7%, la regular relación de pareja en 58.9%, otras complicaciones del embarazo en 32.9% y embarazo no deseado por la pareja en 41.1%.

Moscol (2017). En su estudio titulado “Antecedente de eventos obstétricos adversos como factor asociado a ansiedad en la gestante del hospital de apoyo Chepén, octubre- diciembre 2016”. Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo. Cuyo objetivo fue determinar la asociación entre los antecedentes de eventos obstétricos adversos como factor asociado a la ansiedad en la gestante del Hospital de Apoyo Chepén durante el periodo de octubre a diciembre del 2016; para ello, usaron la metodología de estudio de tipo observacional, de corte transversal, descriptivo, que evaluó 200 gestantes. Resultados: la distribución de ansiedad según, los niveles encontrados fueron ansiedad baja (22%), media (61%) y alta

(17%). El promedio de edad en las gestantes con ansiedad media /alta en comparación con las gestantes con ansiedad baja fue $28,15 \pm 6,04$ vs $30,16 \pm 3,93$; $p < 0,05$; el promedio de paridad fue $2,19 \pm 0,92$ vs $2,51 \pm 0,63$; $p < 0,05$. El estado civil casada estuvo presente en 80% vs 95,56%; $p < 0,05$ y el nivel de estudios superior fue 40% vs 57,78%; $p < 0,05$. La presencia de antecedentes de eventos obstétricos adversos (AEOA) fue 23,23% vs 62,22%; $p < 0,001$; y en relación a los tipos de AEOA, se observó la presencia de aborto en 9,68% vs 24,44%; $p < 0,001$ y parto pre término en 7,10% vs 28,89%; $p < 0,001$ como tipo de AEOA significativos. En el análisis multivariado a través de la regresión logística se identificó al nivel de estudios ($ORa = 2,41$) y el antecedente de eventos obstétricos adversos (AEOA) ($ORa = 5,93$) como factores independientemente asociados a ansiedad media y alta en gestantes. La investigación llegó a la siguiente conclusión donde el antecedente de eventos obstétricos adversos fue un factor asociado a la presencia de ansiedad en sus diferentes niveles de ansiedad.

Becerra (2017). En su investigación titulada “Influencia de la autoestima en la depresión de las adolescentes embarazadas atendidas en el centro de Salud Magna Vallejo – 2017”. Universidad Nacional De Cajamarca. Cajamarca. Donde el embarazo en las adolescentes se ha convertido en un problema de salud pública por la mayor incidencia de resultados desfavorables en la salud materna y perinatal; tanto en el plano biológico como en el psicológico, siendo importante abordar algunos aspectos como el nivel de autoestima y grado de depresión. Por lo cual, la investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre nivel de autoestima y grado de depresión en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo, para ello usaron la metodología de investigación de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, se realizó en una muestra de 63 adolescentes embarazadas, atendidas en el Centro de Salud Magna Vallejo. Se utilizó como instrumento el cuestionario de recolección de datos generales y datos obstétricos, el test de autoestima de Rosemberg y escala de depresión de Zung, y se obtuvo como resultados que el 76,2% de las adolescentes embarazadas perteneció al grupo etario de 17-19 años (adolescencia tardía); el 31,7% refirió tener secundaria incompleta; el 61,9% manifestó ser conviviente; el 41,3% refirió ser ama de casa; el 40% fue procedente de zona urbana y el 79,4% profesó la religión católica; el 50,8% de ellas dijo pertenecer a una familia nuclear; el 85,7% fueron primigestas;

el 85,7% fueron nulíparas y el 49,2% se encontró en el segundo trimestre de gestación; el 68,3% tuvo entre 0-3 controles prenatales. El 74,6% de adolescentes embarazadas tienen un nivel de autoestima media y el 20,6% tienen un nivel de autoestima baja; el 6,3% presentó una depresión leve; donde se determinó que no existe relación significativa entre el nivel de autoestima y la depresión según lo determina el Chi cuadrado =4,555 y el coeficiente de correlación $p = 0,103$

Alvarado & Mundaca (2016), en su estudio titulado “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. Cuyo objetivo de la investigación fue determinar el nivel de depresión en gestantes atendidas en un centro de salud, trabajándose con 100 gestantes de edades de 15 a 37 años de edad, con un periodo de gestación del primero al octavo mes de con diverso estado civil (solteras, convivientes y casadas) atendidas en un centro de salud de Chiclayo en julio – agosto de 2016. Se aplicó el inventario de depresión de Beck (0,76 – 0,95 alfa de Cronbach), aplicándose estrategias para salvaguardar la ética y el rigor científico. Se encontró que la mayoría de las gestantes (58%) no presenta depresión, con respecto al estado civil son las gestantes solteras que presenta depresión severa (4.7%), 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. La investigación llegó a la conclusión de que el 19% de gestantes presentan depresión, moderada, y un 12% presenta depresión severa, y un 11% depresión leve, por ello se requiere realizar con los gestantes talleres de prevención contra la depresión durante sus controles prenatales fortaleciendo la confianza en sí mismas y preparándolas para la llegada de su bebé para que no lleguen al final de su embarazo ansiosas y nerviosas.

2.1.3. Antecedentes locales

Carpio & Siwin (2019). En su investigación titulada “Ansiedad y depresión asociadas a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2018”. Universidad Andina del Cusco. Cusco. Cuyo objetivo de la investigación fue describir y establecer que niveles de

ansiedad y depresión están asociados a los partos prematuros en mujeres atendidas en el Servicio de Maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco durante el primer trimestre del año 2018; para ello utilizaron la metodología de investigación de tipo descriptivo, cuantitativo y de corte transversal, porque busca describir e identificar los factores determinantes para la manifestación de la ansiedad y depresión que son propias de las variables en estudio para luego identificar la relación existente entre las variables en estudios, así mismo el estudio es de tipo básico o sustantivo de carácter cuantitativo. Los resultados que se obtuvieron, muestran que los niveles de ansiedad y depresión no necesariamente se presentaron en madres que tuvieron partos prematuros o con una edad gestacional pre término, aunque si se muestra una ligera diferencia entre las madres que tuvieron partos pre término y a término, pero no se puede concluir a partir de esta diferencia como determinante para los estados de ansiedad y depresión. Llegando a la conclusión que los niveles de ansiedad y depresión no están asociados con la edad gestacional en mujeres atendidas dentro de los servicios de maternidad del Hospital Antonio Lorena del cusco durante el primer trimestre del año 2018, pero es necesario tomar en cuenta que estas si son de mayor atención en la edad gestacional prematuridad extrema comprendida entre las 26 a 29 semanas de embarazo que siendo una mínima cantidad de evaluadas mostraron niveles de leve a moderada y moderada a intensa.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Ansiedad

2.2.1.1. Teoría psicodinámica

Esta teoría en mención fue planteada por Freud, en la que indica que la ansiedad es relacionada con la angustia, ya que es un término del ser humano de carácter biológico en la que se está insatisfecho, así mismo señala que la angustia es una señal de alerta. Esta teoría, señala que la angustia es una confrontación entre el estado de rigor del súper y los instintos propios del ser humano, donde se muestra que las provocaciones involuntarias inadmisibles para el ser humano sueltan una etapa de ansiedad (Freud, 1917).

2.2.1.2. Teoría del enfoque interactivo y multidimensional de la ansiedad

La ansiedad se ha estudiado como una respuesta emocional ante un conjunto de hechos experienciales, fisiológicos y expresivos, donde la persona considera estos episodios como potencialmente amenazantes, aunque no necesariamente resulte peligroso (Cano-Vindel, 1997).

Hasta los años setenta la ansiedad había sido considerada como una respuesta unitaria, sin embargo, desde diversos enfoques se ha ampliado el concepto hasta considerarlo como multidimensional con diversas facetas (Miguel-Tobal, 1988).

Para Lang (1968) postula este mismo concepto para la ansiedad al considerarlo como un rasgo de personalidad, puesto que existen diferencias individuales ligadas a tipos de situaciones, es decir que una persona puede mostrar un perfil diferente de ansiedad ante distintos tipos de situaciones. Por otro lado, como respuesta emocional la ansiedad se considera dentro los tres sistemas de respuestas (cognitivo, fisiológico y motor- C, F y M) de manera independiente, pues pueden ser contrarios (Lang, 1968).

Por lo tanto, para Tobal (1988) se puede decir que la ansiedad es:

- a) Una respuesta emocional donde el individuo difícilmente puede controlarse, siendo observado en tres niveles cognitivo-subjetivo, fisiológico y motor-expresivo; el malestar subjetivo, la alta activación fisiológica y la inquietud motora, respectivamente.
- b) Reacción, que se da ante representación interna de una situación que se considera como potencialmente ansiógena. Las situaciones más frecuentes son: (a) En la que el individuo se sienta evaluado, (b) una situación interpersonal, (c) un estímulo fóbico, (d) algunos escenarios de la vida cotidiana.
- c) En el nivel experiencial, la ansiedad se manifiesta como un estado de malestar psicológico, donde los sentimientos de tensión, preocupación, inseguridad, etc., conjuntamente con dificultades para concentrarse o

- recordar son característicos. Por lo tanto, se ve afectada la atención y a la memoria, así 28 como la autoestima, control, la competencia personal, etc.
- d) A nivel fisiológico, se producen una serie de alteraciones que dependen de la intensidad de las respuestas del sistema nervioso autónomo como: alteraciones en la frecuencia cardiaca, conductibilidad eléctrica de la piel, la presión arterial, etc., que se acompañan de un incremento en la tensión muscular. Esto puede generar a su vez: sudoración excesiva, arritmias y palpitations, molestias estomacales, dolores de cabeza, temblor en los brazos y piernas, escalofríos, respiración agitada, etc. Estas perturbaciones pueden llegar a hacerse habituales convirtiéndose en verdaderas enfermedades psicofisiológicas o psicósomáticas.
- e) En el nivel expresivo hallamos: variadas conductas que muestran intranquilidad motora, así como situaciones que conllevan a un exceso de tensión muscular, conductas consumatorias que pueden dar sensación subjetiva de seguridad, que pueden disminuir la aceleración fisiológica y/o cognitiva. Todas estas conductas pueden ser evaluadas mediante la observación en escalas o autoinforme, encontrando semejanza entre ambos métodos (observación y autoinforme) de medida (Miguel-Tobal, 1988).

2.2.1.3. Definición

El tener cuadros de ansiedad es una etapa estándar, y que se genera de manera automática, cuando el individuo pasa por momentos decisivos de manera difícil y que implica muchas cosas, dicho momento nace debido a la respuesta que inicia el cerebro de manera natural e intuitiva, esta parte del sistema límbico inicia su función al encontrarse en una situación de peligro, esta función es algo racional y que se desarrolla de manera lógica debido a que se resiste de entrar en ello, el cuerpo humano trabaja en función a las situaciones alarmantes que afectan e inquietan en la integridad física y emocional (Stossel, 2014, pág. 13)

2.2.1.4. Sintomatología

Para Muriel, Aguirre y Varela (2013), señala que en su estudio indica la importancia de tener en cuenta los síntomas que presenta un individuo con ansiedad, a base de este estudio semana cuales son los elementos que ayudan a

identificar los síntomas que presenta una persona con ansiedad, la cual se compone de 3 tipos como son:

- **Cognitivos:** Se les llama cognitivo aquellas situaciones que son preocupantes, y que estén compuestas de miedo o inseguridad ante cualquier duda, así mismo generar pensamientos negativos ante una circunstancia, dichos pensamientos pueden ser individuales o grupales, al veces la pérdida de control, molestias al querer pensar, así mismo son toda las acciones que genera el cuerpo humano ante cualquier eventualidad que pone en riesgo el desempeño de actividades que se realizan en el pasar de los días.
- **Fisiológicos:** Al presentar cuadros de ansiedad, son notorios debido a la reacción que presenta el cuerpo humano ante una eventualidad negativa, como es los escalofríos, palpitaciones, sudoración, sequedad bucal, tensión muscular, molestias estomacales, taquicardia, dichas situaciones aparecen debido a una alteración en el área fisiológica, que se activa al tener ansiedad, es por ello que es importante encontrar alguna persona que puede ser de apoyo ante esta enfermedad degenerativa y muy perjudicial para nuestro ser, por otro lado, la ansiedad activa acciones del cuerpo humano que en situaciones complicadas no la podamos controlar y pueda actuar en nuestra contra.
- **Psicomotrices:** para poder minimizar las secuelas ante estas situaciones se debe prohibir el realizar acciones que pueden ser perjudiciales para el organismo del individuo, como beber, fumar, presentar cuadros de intranquilidad, caminar de un lugar al otro sin ninguna necesidad, llorar, paralizarse, tartamudear entre otras acciones que generen reacciones negativas.

2.2.1.5. Causas

Los autores indican 2 causas que son fundamentales e importantes para dar inicio a la ansiedad, dichos se mantienen relacionados al ser humano, quien va a vivir esta situación y se sitúa en el medio local en el cual genera su evolución vital, los cuales pueden ser la sociedad, la cultura que posee, así mismo, la gente que lo

rodea, ya que al tener una convivencia diaria el ser humano se adapta a situaciones que puedan iniciar la aparición de la ansiedad como tal.

- **Genéticos:** son denominados de esta manera ya que tienden a tener un trastorno predispuesto, así mismo son componentes que inciden directamente en los orígenes de la ansiedad, como el temperamento, el cual es un factor que inicia ya que es parte de la conducta y juega un rol importante en vivir diario del ser humano, lo hereditario, dicho factor se da en el ser humano y forma el carácter, el cual ayuda a moldear la personalidad, ya que es muy determinante en el actual del ser humano, y también, ya va influenciar en cualquier momento y evento importante que se presente, e incide directamente en el estado afectivo y emocional del ser humano.
- **Ambientales:** Comprende las acciones y vivencias que tuvo el ser humano a lo largo de su vida, las cuales forman las respuestas y acciones que tienen frente a situaciones complejas, al estar expuesto a un ambiente y que el individuo interactúe con ello forma parte de este círculo, el ser humano actúa como conductor de sus acciones y reacciones para poder enfrentar o inspeccionar el significado de la ansiedad, y las aplicaciones que debe dar en su vida diaria, ya que al tener una acción mala puede repercutir en su salud, y de esta manera, se podrá tener indicios o señales de las causas que generan la ansiedad, finalmente el individuo puede desconocer el inicio de sus pérdidas de control y que no pueda conducir sus emociones y el tener esta enfermedad.

2.2.1.6. Nivel de ansiedad

Según G. Sánchez (2015), existen tres tipos de ansiedad

- **Ansiedad Leve:** La persona está alerta, ve, oye, domina la situación más que antes de producirse este estado; es decir, funcionan más las capacidades de percepción, observación debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. Este nivel de ansiedad también, se denomina ansiedad benigna o tipo ligero de ansiedad. Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, ocasional frecuencia

cardiaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios.

- **Ansiedad Moderada:** El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad se ha limitado un poco. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor, pero puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico. Reacción fisiológica: Puede presentarse respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial elevada, boca seca, estomago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento, temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir. –
- **Ansiedad Grave:** En este nivel de ansiedad, el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por esta razón la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo, aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica está disminuido y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal. Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo, expresión facial de terror.

2.2.1.7. Categorías de ansiedad

a) Etiopatogenia

Según Montañez (2013):

Las causas de estos trastornos (ansiedad y depresión) son los factores de origen biológico, social, hábitos de origen involuntario y mundologías traumáticas también puede ser de origen genético según estudios se encontró anomalías en los marcadores genéticos en la configuración de los cromosomas X en los pares 5, 18,11,4, y 21. (p. 57)

b) Causas biológicas.

Para Vallejo (2015)

Son respuestas de origen defensivo ante el aperebimiento de un riesgo, estas posturas van a originar una estimulación a nivel cerebral y como respuesta un pavor de un posible daño evadiendo o enfrentando al factor causal a este proceso se le conoce como una respuesta de “pelea o fuga”.
(p. 102)

c) Causas psicosociales.

Los factores sociales estresantes de ansiedad / depresión es la negativa relación interpersonal, modificaciones en la forma de vivir, dilemas económicos, inconveniencias en el trabajo o en los estudios, precedentes de muerte fetal o del recién nacido en la gestación ulterior, carencia de comunicación con personas de su entorno, todo lo mencionado conlleva a una ansiedad generalizada (Vallejo , 2015).

d) Causas traumáticas.

Cuando la persona sufre un estrés crónico o ha vivido una experiencia traumática y no logra sobresalir de este estadio, la paciente presenta agitación depresión, momentos de ira, ansiedad, evoca constantemente los hechos traumáticos vividos.

e) Causas psicodinámicas.

Ante la presencia de ansiedad como un riesgo, el organismo crea una defensa y se manifiestan los primeros síntomas, si es diagnosticada y medicada a tiempo esta patología se ausenta y si no se toman las medidas urgentes y correctas este trastorno se mostrará más agresivo. El desinterés en las relaciones cordiales o afectiva es el primer síntoma que manifiesta una grávida con diagnóstico de ansiedad, también puede estar asociado a la ruptura conyugal, problemas económicos, etc.,

f) Fisiopatología.

Vallejo (2015):

La fisiopatología de ansiedad hasta hoy en día no es conocida; ante un riesgo de daño el organismo, el cual va rechazar produciendo cambios en el organismo con el único fin de prevenir ante una amenaza de suceder un daño. Ante un riesgo esta información es transportada al cerebro al sistema nervioso central para ser procesada, donde se evaluará si es peligrosa o no, una vez procesada, a través de las células nerviosas se da una respuesta. (p. 102-103)

2.2.2. Depresión

2.2.2.1. Teoría cognitiva de Beck sobre la depresión

Beck (2000), manifiesta que:

Esta teoría indica que todo está basada en la forma en como nos entendemos y como entendemos a nuestros semejantes, esto se comprende como observar la situación no como es, sino como la percibimos, esta percepción define nuestro comportamiento y ayuda al manejo de nuestras emociones, este modelo nos indica que se trata de la conducta, y luego de los pensamientos y como este influye en nuestras emociones, así mismo se pretende explicar de qué manera se conecta, con esto se quiere decir que, los pensamientos que tenemos inciden significativamente en las emociones que podemos vivir y esto ayuda a mejorar nuestra conducta. (p. 84)

2.2.2.2. Definición

Gomez (2008), indica que:

Se define como los trastornos de tipo afectivo, ya que son muchas entidades que afectan en el cambio del estado de ánimo. Para definir el estado de ánimo se comprende como un estado de tipo emocional que incide en todo el comportamiento y actitudes del individuo, así mismo se instala de manera progresiva, y persiste en el tiempo y esto se ve reflejado en las expresiones físicas, el pensar, las actitudes, la conducta, de esta manera el ser humano

se interrelaciona y observa el medio ambiente, se determinan que los trastornos de tipo afectivo están en dos extremos la melancolía y la manía. (p. 59)

2.2.2.3. Datos

Gómez (2008):

Sobre los datos estadísticos suministrados por el Banco Mundial en 1990, indicando la intensidad de enfermedades en el mundo, se tiene que los problemas mentales representan un 8.1% de todo el grupo de enfermedades de salud, y se estima que para el año 2020, la depresión sea una de las primeras enfermedades en el universo. (p. 61)

2.2.2.4. Factores de Riesgo

Para Gómez (2008), los trastornos afectivos se han descrito diversos factores de riesgo: genéticos, biológicos, psicológicos y sociales. Sobre los factores de riesgos se identificaron los siguientes:

- **Genéticos:** Se observó según estudio que la influencia genética y trastornos bipolares y depresivos mayores, se asocian con el inicio temprano de patologías y con mayores apariciones de depresión, en ambos casos se presentó una mayor continuidad de concordancia en gemelos homocigóticos (60%) y dicigóticos (12%), los cuales tienen un lazo de consanguinidad con trastorno depresivo mayor tienen dos a tres veces más riesgo de presentarlo. Se ha apuntado que un 20% de los familiares de los probando con depresión mayor lo presentan.
- **Biológicos:** se ha postulado la hipótesis de las aminas biógenas, en la cual los trastornos depresivos se asocian a un déficit de algunos de estos neurotransmisores (la indolamina, serotonina y las catecolaminas, norepinefrina y dopamina), mientras que en la manía puede haber un exceso de ellos.
- **Psicosociales:** se indicó que existe un grupo que pertenece al ámbito de riesgo para las diferentes condiciones de los psicosociales.

2.2.2.5. Signos y Síntomas

- Para Gómez (2008), dentro de los rasgos fundamentales cabe resaltar los siguientes aspectos:
- **Afecto (Ánimo):** se identificó la aparición de índices de depresión con cuadros de congoja, deseos de sollozar, baja de la reactividad a eventos amicales, desgaste de interés por diligencias prácticamente gustosas, disminución de autoestima, dejadez, emoción de vacío, nerviosismo, angustia, irritación o fracaso. En los infantes y los adolescentes es mucho más común tener irritabilidad.
- **Pensamiento y Cognición:** se enfoque en pérdida de concentración, disminución de producción, lento pensamiento de la palabra, conflicto para realizar la tomar decisiones, error inadecuado, incertidumbres, desilusión, desaliento, doctrinas de minusválida, ideas de quitarse la vida, finalmente pueden darse casos de sintomatologías psicóticas como deslumbramientos o ideas trastornadas, que pueden ser distantes del estado de ánimo. En casos particulares de las alucinaciones estos pueden ser de tipo degradante, esto implica medidas de culpa, muerte y desesperación.
- **Actividad Psicomotora:** en estos casos se presentan niveles de estrés, se observa lentitud, en casos se muestra agitación, en algunos casos puede observarse agitación, nerviosidad e inquietud sin ninguna razón, estos problemas se presentan en personas mayores y asociados a nivel de melancolía.
- **Manifestaciones somáticas:** Para este caso se encuentra casos de incomodidad a la hora de dormir, bajos niveles de apetito, disminución de peso, bajos niveles de actividades sexuales, mínimos momentos de vitalidad, fatigabilidad, menos momentos con energía, así mismo varios momentos de quejas, dolor de cabeza y cintura, quejas estomacales, etc.

2.2.2.6. Clases de depresión

Chavarro (2004), indica en el DSM-IV-TR, se indica que existen tres clases de depresión las más comunes son: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno bipolar. En cada una de estas tres clases de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

1) Trastorno depresivo mayor

Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Síntomas durante al menos dos semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, se incluye especialmente los dos primeros.

- Estado
- Dificultad para pensar o concentrarse
- Pensamientos de muerte No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general hipotiroidismo. No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida hace menos de dos meses excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento.

2) Trastorno distímico

Es un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. La característica esencial de este trastorno es un estado de ánimo crónicamente depresivo que está presente la mayor parte del día, durante al menos dos años. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Síntomas

Las características asociadas al trastorno distímico son parecidas a las de un episodio depresivo mayor.

- Sentimientos de incompetencia
- Pérdida generalizada de interés o placer

- Aislamiento social
- Sentimientos de culpa o tristeza referente al pasado
- Sentimientos subjetivos de irritabilidad o ira excesiva
- Descenso de actividad, eficiencia y productividad.

3) Trastorno bipolar

No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo, fases de ánimo elevado o eufórico manía y fases de ánimo bajo depresión. Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Si está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía.

La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos dos años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos. Síntomas en la fase maníaca

- Exaltación del estado de ánimo
- Aumento de las actividades orientadas hacia metas
- Ideas fugaces o pensamiento acelerado
- Autoestima alta
- Menor necesidad de dormir
- Agitación
- Logorrea, hablar más de lo usual o tener la necesidad de hablar
- Incremento en la actividad involuntaria, es decir, caminar de un lado a otro
- Torcer las manos
- Inquietud excesiva
- Aumento involuntario del peso
- Bajo control del temperamento
- Patrón de comportamiento de irresponsabilidad extrema

- Compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias dolorosas andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas
- Creencias falsas delirios
- Alucinaciones

2.2.2.7. Causas de la depresión

Chavarro, Ríos, Tovar y Von Rosen (2004), explica que, sobre las bases biológicas de los trastornos depresivos, se ha dicho que desde el descubrimiento de la acción antidepresiva de la imipramina, por Roland Kuhn en 1958, ha sido posible investigar las bases bioquímicas de los trastornos depresivos. Existe un problema de neurotransmisión, con déficit en la función neurotransmisora de la serotonina y/o las catecolaminas noradrenalina y dopamina. El fenómeno puede estar causado por un bajo nivel de síntesis de los neurotransmisores, un exceso de destrucción, por las enzimas monoaminoxidasa y/o catecolamin-orto-metiltransferasa), un exceso de recaptación por la primera neurona, una mala utilización por baja permeabilidad de los receptores de la segunda neurona, o un déficit de transmisión en esta segunda neurona, fallo del segundo mediador. Es razonable pensar que todos los mecanismos citados están involucrados, ya sea de forma primaria o secundaria. El estado actual de los conocimientos induce a pensar que sea cual sea el tipo de depresión, existe alteración bioquímica. En el DSM-IV - TR sigue el criterio de no efectuar clasificaciones etiopatogénicas, por ejemplo, depresión endógena, exógena, reactiva, neurótica, sino simplemente sindrómicas.

Romeau (2002), citado en Chavarro, Ríos, Tovar y Von Rosen (2004), de esta forma el origen queda sujeto a las circunstancias peculiares de cada caso individual, y a la particular concepción psiquiátrica de quien diagnostique. Algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento, de tal forma como lo menciona Calderón (1998) citado en Chavarro, Ríos, Tovar y Von Rosen (2004), que si un enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de medicamentos antidepresivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco.

Sturgeon (1987) citado Chavarro, Ríos, Tovar y Von Rosen (2004), Menciona que la susceptibilidad a la depresión se parece a otros rasgos hereditarios en que algunas personas de la familia la heredan y otras no. Por lo cual, con respecto a la depresión existe una predisposición genética a algunas clases de depresiones. Aun así, no se puede hablar de una herencia directa del cuadro de depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión hacia los desencadenantes más vulnerables al cuadro. Calderón (1998), cree que todas las depresiones son una forma de la enfermedad maníaco-depresiva; la maníaco depresión es una condición en la que el individuo pasa a través de ciclos de hiperactividad y euforia extrema y se hunde luego en una depresión profunda.

2.2.2.8. Depresión en el embarazo

Gorrita (2014), manifiesta que:

Durante la gravidez la mujeres son más propensas para presentar esta patología en un inicio es dificultoso de evidenciar porque la grávida se va habituando a las variaciones propios por la gestación, si una fémina antes del embarazo estuvo con medicación a base de antidepresivos y que por alguna razón abandona la medicación, es más previsible que durante la gestación, en el intraparto o en el postparto manifieste esta patología, de la misma forma si una fémina padece de trastorno bipolar es habitual que enferme con depresión dentro de los primeros días después del parto, estudios sugieren que no es aconsejable reprimir la medicación durante la gestación. (p. 86)

2.2.2.9. Depresión mayor en gestantes

La depresión es muy habitual durante la gestación con mayor frecuencia en los dos últimos trimestres de gravidez, este padecimiento es producto de diferentes causas (anatómicas, fisiológicos, genético, etc.), la causa más frecuente es por trastornos psiquiátricos que la persona sobrelleva antes del embarazo que no fue localizada y 30 tratada adecuadamente. Esta patología produce un efecto adverso en la madre y al producto de la concepción, las gestantes con diagnóstico de este trastorno presentan un resquebrajamiento en el nivel económico, social y

clínicamente, que obstaculiza tomar disposiciones para su restablecimiento y eludir complicaciones. (Cunningham, 2013, pág. 23)

2.2.2.10. Tratamiento antidepresivo

Actualmente, existen varios tratamientos eficaces contra la depresión que pueden ayudar significativamente a las personas afectadas. La elección del programa terapéutico adecuado es un proceso que ha de individualizarse con especial cuidado en el adulto mayor y que no sólo depende de la gravedad de la depresión, sino también de las preferencias de la persona afectada, casi tanto como de la opinión profesional del médico. Con frecuencia resulta muy beneficiosa la combinación de tratamientos. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

2.2.2.11. Psicoterapia

Es un tratamiento eficaz para depresiones menos graves. La psicoterapia es un tratamiento: es una técnica de conversación utilizada por el especialista para resolver los síntomas de depresión, los problemas de personalidad o carácter o para relacionar qué pudo provocar o empeorar la depresión. Esta técnica solo puede ser ofrecida por personal de salud capacitado y preparado. La persona que dirige la psicoterapia no hace charlar al paciente, sino que dirige la conversación de tal forma que ayuda a que desaparezcan sus síntomas. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

2.2.2.12. Los Fármacos Antidepresivos

Pueden ser útiles para corregir los desequilibrios químicos causantes de una depresión. En general, los fármacos antidepresivos funcionan aumentando la disponibilidad de neurotransmisores en el cerebro para restaurar el equilibrio químico. Los principales tipos de antidepresivos utilizados en las personas adultas mayores son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), los antidepresivos tricíclicos (ATC), los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y algunos otros antidepresivos nuevos cuyo uso generalmente corresponde al especialista. El proceso de selección del fármaco apropiado necesita de una estrecha colaboración entre el médico y el paciente para determinar cuál el más adecuado. Todos los fármacos antidepresivos tienen efectos secundarios que tarde

o temprano hacen necesario el ajuste de la dosis o la prescripción de otro fármaco. Esto ocurre con mayor probabilidad con los fármacos tricíclicos y menos frecuentemente con los nuevos medicamentos inhibidores de la recaptación de serotonina o los inhibidores selectivos de la monoamino-oxidasa. El tratamiento ha de prolongarse al menos 6 meses después de la remisión de los síntomas. En depresión mayor o episodios recurrentes, la duración mínima del tratamiento debe de ser de un año, teniendo en cuenta que en este último caso puede necesitarse el tratamiento de por vida. (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

2.2.2.13. Plan de seguimiento

El seguimiento en el consultorio es usualmente insuficiente. Siempre es útil la psicoterapia adyuvante y la psicoterapia mediatizada a través de las actividades sociales y de reactivación física. La prescripción farmacológica debe ir acompañada de un intenso seguimiento de la evolución de los síntomas físicos y psíquicos, así como de los posibles efectos secundarios (Organización Panamericana de la Salud, 2017)

2.3. Definición de términos básicos

Ansiedad. La ansiedad se considera un estado emocional en el que el individuo se siente tenso, nervioso, preocupado o atemorizado de forma desagradable y que cursa con sintomatología física y psíquica, apareciendo generalmente asociada a importantes manifestaciones somáticas. Es una reacción autónoma del organismo tras la presentación de un estímulo nocivo o que constituye una amenaza, implicando a nivel físico un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático. (Maté, Hollenstein, & Gil, 2004)

Depresión. La depresión se define como el síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información, son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes. (Almudena, 2009)

Estado. “Se define como el modo actual de ser de una persona o cosa considerada en sí misma; es decir, en las partes que la constituyen y la hacen tal como es” (Fundéu, 2021).

Rasgo. Rasgo, es un concepto científico que resume las conductas que las personas realizan en distintas situaciones y ocasiones. Los rasgos son constructos que permiten describir las diferencias individuales. Según Eysenck son disposiciones que permiten describir a las personas y predecir su comportamiento. No son observables, sino que se infieren de observar ciertos hechos. (Psicología-Online, 2018)

Cognitiva. La palabra cognición de origen latino (cognitivo = conocimiento, acción de conocer) denota el proceso por el que las personas alcanzan conocimientos (RAE). Según Rivas (2008) los procesos cognitivos son el canal a través del cual se adquiere, almacena, recupera y se usa el conocimiento. (Teulé, 2015)

Física-Conductual. La conducta hace referencia al comportamiento de las personas. En el ámbito de la psicología se entiende que la conducta es la expresión de las particularidades de los sujetos, es decir la manifestación de la personalidad. Es por ello el concepto hace referencia a los factores visibles y externos de los individuos. (Raffino, 2020)

Afectiva-Emocional: La afectividad «es una cualidad del ser psíquico caracterizada por la capacidad del sujeto de experimentar íntimamente las realidades exteriores y de experimentarse a sí mismo. Es decir, de convertir en experiencia interna cualquier contenido de conciencia. (Quintanilla, 2021)

Ansiedad estado. “La ansiedad estado se entiende como una condición emocional que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad” (Cazalla & Molero, 2014).

Ansiedad rasgo. La ansiedad rasgo, es la tendencia que tienen los sujetos a percibir las situaciones como amenazadoras o estresantes e implica diferencias entre los sujetos en su disposición para responder a estas situaciones con diferentes elevaciones de ansiedad estado. (Cazalla & Molero, 2014)

Depresión leve. “Presenta baja del estado de ánimo y dos o tres manifestaciones más, como fatiga, alteraciones del sueño, del apetito, de la atención o

concentración. Pero no afecta sus actividades de la vida diaria” (Gobierno de Mexico, 2016).

Depresión moderada. Presenta baja del estado de ánimo de forma importante, asociado a llanto fácil, agotamiento, molestias físicas, alteraciones del sueño, del apetito. Pensamientos de que "no vale nada", "todo le sale mal", aislamiento familiar o social. También se puede asociar ansiedad, nerviosismo. (Gobierno de Mexico, 2016)

Depresión grave. Presentan baja del estado de ánimo de forma severa, llanto, tristeza, aislamiento, pérdida del sueño, del apetito, de interés en todas sus actividades. Piensan que no deben seguir viviendo porque afectan a los demás, que no son capaces de hacer nada, que no valen nada. Por lo tanto, comienzan a planear como podrían quitarse la vida. (Gobierno de Mexico, 2016)

Estrés físico. Se denomina a algunas situaciones que generen disminución de actividades físicas, o que puedan generar traumas a nivel anatómico y esto hace que el portador tenga disminución de actividades físicas (García, 2011, pág. 49)

Presencia del factor de estrés. Se inicia en eventos negativos que puedan amenazar la rectitud emocional, cerebral y física de las vidas, así mismo se muestra y determina el nivel de impacto que este genera en la salud de las personas que se sientan vulnerables y éstos deben ser superados. (Feldman, 2014, pág. 89)

Estrés mental. Se refiere aquel estrés que genera ansiedades e inquietudes que se dan muchas veces por rendimiento laboral, y afecta el control de los impulsos nerviosos y a futuro incrementan los problemas emocionales, sobre este estrés, nadie esta excepto de poder tener este estrés, ya que se puede presentar de manera negativa o positiva dependiendo del individuo (García, 2011, pág. 98)

Agotamiento. Es un estado en el que se presenta la baja de las defensas, debido a agentes estresantes, y afecta al organismo mediante síntomas que provocan medidas negativas. (Feldman, 2014, pág. 104)

Estrés positivo. Es aquel estrés que ayuda aquellos momentos en los que se debe enfrentar un problema crítico, esto genera que el individuo sea más creativo y

pueda tomar la iniciativa para poder dar solución a un problema mayor. (Garcia, 2011, pág. 99)

Estrés negativo. Este tipo de estrés es considerado como distrés, y es la posibilidad de dar una respuesta ante un nivel de estímulo negativo recibido ante cualquier situación. (Garcia, 2011, pág. 99)

Alarma y movilización. Esta se genera cuando el individuo actúa de forma inconsciente o consiente ante un momento de reaccionar frente a situaciones fuertes y se tiene una reacción negativa ante tal evento (Feldman, 2014, pág. 104)

III. MÉTODO Y MATERIALES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

PG Existe relación entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020

3.1.2. Hipótesis Específicas

HE 01 Existe relación entre la ansiedad estado y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.

HE 02 Existe relación entre la ansiedad rasgo y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.

3.2. Variable de estudio

3.2.1. Definición conceptual

A) Ansiedad

Según el autor indica que la ansiedad se define como una emoción indefinida, que genera una señal antes de un peligro y que se presenta cuando no podemos aceptar claramente la realidad, la ansiedad tiene como principal característica la angustia, que es generar ante un trastorno de ansiedad, esto es característico de fobias sociales, trastornos por estrés postraumáticos, trastornos de angustia y trastorno por estrés agudo. (Cuenca, Rangel, & Rangel, 2004, pág. 32)

B) Depresión

El autor define como un estado de tristeza de tipo patológico que surge cuando se cruzan los factores predisponentes y precipitantes. Para ello, se presenta primero la debilidad psicológica y biológica que incidirá en la manifestación o facilitación de este cuadro clínico mientras que los precipitantes harían informe a los contextos del medio ambiente que serían competentes de activar las debilidades del individuo. (Beato, 1993, pág. 96)

3.2.2. Definición operacional

Tabla 1.
Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Numero de Ítems	Indicadores	Escala de medición por ítems	Escala de medición del instrumento
Ansiedad	El autor indica que la ansiedad es el segundo factor que hace referencia a un período transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad. (D. Spielberger, 1982)	La ansiedad es definida como aquella emoción que es generada ante una situación de riesgo y que no se puede afrontar de manera directa, generando la principal característica de la ansiedad que es la angustia.	Estado	Directas: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 Invertidas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20	Inventario de ansiedad Estado - Rasgo	Nada (0) Algo (1) Bastante (2) Mucho (3)	<u>Ansiedad:</u> Calificación puntaje directo <u>Ansiedad estado</u> Alto: 32-60 Sobre promedio: 23-31 Promedio: 20-22 Tend. Promedio: 15-19 Bajo 0-14
			Rasgo	Directas: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 Invertidos: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39		Casi Nunca (0) A veces (1) A menudo (2) Casi siempre (3)	<u>Ansiedad rasgo</u> Alto: 33-60 Sobre promedio: 26-32 Promedio: 24-25 Tend. Promedio: 17-23 Bajo 0-16
Depresión	Según el autor indica que la ansiedad está basada en la forma en como nos entendemos y como entendemos a nuestros semejantes, esto se comprende como observar la situación no como es, sino como la percibimos, esta percepción define nuestro comportamiento y ayuda al manejo de nuestras emociones, este modelo nos indica que se trata de la conducta, y luego de los pensamientos y como este influye en nuestras emociones, así mismo se pretende explicar de qué manera se conecta, con esto se quiere decir que los pensamientos que tenemos inciden significativamente en las emociones que podemos vivir y esto ayuda a mejorar nuestra conducta. (Beck, 2000)	La depresión, se define como un estado anómalo que se genera cuando se juntan factores predisponentes y precipitantes, y los factores que definen dicha debilidad son la psicológica y biológica	Cognitiva	1, 2, 9, 14	Inventario de depresión de Beck	Ítems con los valores de 0, 1, 2, 3 Donde: 0 depresión 3 baja depresión	No depresión: 0-9 Depresión leve: 10-18 Depresión moder.: 19-29 Depresión grave: ≥ 30
			Física / conductual	3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13			
			Afectiva /Emocional	11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21			

Tabla 2.
Operacionalización de variables intervinientes

VARIABLE INTERVINIENTES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORÍAS	ESCALA DE MEDICIÓN	
Características Sociodemográficas	Son el conjunto propio de la unidad de estudio la cual está compuesto por: Edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación e ingreso económico.	Edad	Por Tiempo se entiende como el periodo transcurrido a partir del nacimiento de la persona	<ul style="list-style-type: none"> - 12 a 17 años - 18 a 29 años - 30 a 50 años 	Intervalar
		Grado de instrucción	Grado de instrucción es referida a los años estudiados y aprobados con certificación de una institución educativa.	<ul style="list-style-type: none"> - Superior Universitaria completa - Superior Universitaria incompleta - Superior no Universitaria completa - Secundaria completa - Secundaria incompleta - Primaria completa - Primaria incompleta - Sin estudios 	Ordinal
		Estado civil	Es la situación de convivencia administrativamente reconocida de las personas en el momento en que se realiza la recogida de información.	<ul style="list-style-type: none"> - Soltera - Casada - Conviviente 	Ordinal
		Ocupación	El cargo u ocupación es el conjunto de tareas laborales determinadas por el desarrollo de la técnica, la tecnología y la división del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Ama de casa - Trabajadora independiente - Trabajadora dependiente - Estudiante 	Ordinal
		Ingreso Mensual	Los ingresos en economía equivalen al total de las ganancias que percibe presupuestariamente una entidad, sea pública, privada, individual o grupal.	<ul style="list-style-type: none"> - De 200 a 800 soles - De 801 a 1500 soles - De 1501 a 2200 soles - De 2200 soles a más 	Intervalar

3.3. Tipo y nivel de la investigación

3.3.1. Tipo

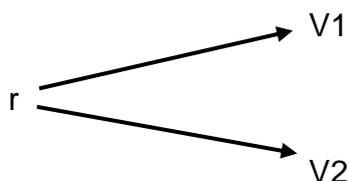
El estudio fue de tipo básico debido a que utilizó el método científico para buscar incrementar el conocimiento sobre la materia de estudio, sin que ello tenga ninguna aplicación. Este tipo de investigación trató de hallar el conocimiento de lo real y trató de fundamentar fenómenos de la naturaleza, con la finalidad de poder contribuir a la sociedad de manera científica, y aumentar el conocimiento sobre el tema.

El presente trabajo de investigación ha sido básico, porque se tuvo que buscar solución a partir de los conocimientos de la realidad o de los fenómenos de la naturaleza para contribuir a una sociedad más avanzada y responda mejor a los retos de la humanidad. Este tipo de investigación no busca la aplicación práctica de sus descubrimientos, sino el aumento del conocimiento para responder a preguntas o para que esos conocimientos puedan ser aplicados en otras investigaciones. (Vargas, 2009)

3.3.2. Nivel

El presente estudio ha sido de nivel correlacional ya que se buscó la correlación entre dos variables. Este estudio trató de hallar el grado de relación o influencia entre la variable ansiedad y la variable depresión, en ese sentido se buscó la definición, teorías, y clasificación para poder establecer algún grado de relación, con la finalidad de observar algún cambio en cada variable.

“La investigación correlacional es un tipo de estudio que tiene como propósito evaluar la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular” (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2014, p. 56)



V1: Ansiedad

r: Relación entre V1 y V2

V2: Depresión

3.4. Diseño de la investigación

El estudio será no experimental

Este diseño de investigación trata de observar las variables y dimensiones en su contexto natural, realizar el estudio solo observando la interrelación entre ambos y los efectos que se generan, sin realizar ningún cambio o alteración alguna de manera intencional, solo se estudiaría el comportamiento de las variables.

Será no experimental porque no se pretenderá manipular las variables, solo se describió el fenómeno tal como se manifiesta en su contexto natural. Lo que se hace en este tipo de investigación es observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

“La investigación no experimental, es la que se realiza sin manipular deliberadamente las variables independientes”. (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2014).

3.5. Población y muestra de estudio

3.5.1. Población

Una población está determinada por sus características definitorias, por lo tanto, el conjunto de elementos que posea esta característica se denomina población o universo. Población es la totalidad del fenómeno a estudiar donde las unidades de población poseen una característica común, la cual se estudia y se da origen a los datos de investigación. (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2014)

La unidad de estudio estuvo compuesta por 218 mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, en el 2020

3.5.2. Muestra

“Es un subgrupo de la población de interés sobre el cual se recolectarán datos, que tiene que definirse o delimitarse de antemano con precisión, este deberá ser representativo de dicha población.” (Hernandez, Fernández, & Baptista, 2014)

El tamaño de muestra para los pobladores se obtuvo a través de la siguiente fórmula (Sierra, 2003):

$$n = \frac{Z^2 \cdot P(1 - P)N}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot P(1 - P)}$$

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{3,84 * 0.67(0.33)218}{0.0025(217) + 3.84 * (0.33)}$$

$$n = 139$$

Dado que:

Z= Nivel de confianza 95% (1.96)

P= Probabilidad de éxito (0.67)

(1-P) = Probabilidad de fracaso (0.33)

N= Universo o Población

E= Error muestra (0.05)

n= Tamaño de muestra

La muestra estuvo compuesta por 139 mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, 2020

Criterios de inclusión

- Aceptación voluntaria sobre la participación en la encuesta, después de dar lectura y explicación de una carta de consentimiento informado.
- Ser mujer en estado de gestación dispuesta a colaborar con el estudio.
- Mujeres en estado de gestación mayores 15 años de edad.

Criterios de exclusión

- Toda mujer en estado de gestación que rechace participar del estudio.
- Dejar inconclusos los datos del instrumento y retirarse voluntariamente de la investigación.
- Mujeres en estado de gestación con enfermedades de salud mental diagnosticadas y/o en tratamiento.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1. Técnicas de recolección de datos

Se tuvo como técnica para la investigación las encuestas pre validadas.

3.6.2. Instrumentos de recolección de datos

Para el presente estudio se ha tenido los siguientes instrumentos para ambas variables:

- **Ansiedad:** este cuestionario es del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, para medir la ansiedad (Anexo 3).
- **Depresión:** este cuestionario es tomado del Inventario de Depresión de Beck (Anexo4).

Validación y confiabilidad del instrumento

Para la validación de la depresión del Inventario de Depresión de Beck, se tuvo un inventario de autoinforme que también, se puede administrar como entrevista, consta de 21 ítems que valoran la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63.

Validado en Latinoamérica por primera vez en Chile, sobre población adolescente (65). Y utilizado para medir la prevalencia de depresión en gestantes con alto riesgo obstétrico en Colombia (66). En Perú (Lima) se cuenta con un estudio que compara dos cuestionarios para detección de síntomas depresivos en gestantes, encontrándose una alta consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach 0,815) para el BDI-II (67).

Para la validación de la ansiedad del Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, para medir la ansiedad, es un cuestionario administrado por entrevista o autoinforme. Consta de 40 ítems que evalúan el nivel de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. La mitad de los ítems pertenecen a la sub-escala Estado (STAI-E), formada por frases que describen cómo se siente la persona en ese momento. La otra mitad, a la sub-escala Rasgo

(STAI-R), que identifica como se siente la persona habitualmente. Cada sub-escala está conformado por 20 ítems que se evalúan individualmente, con una puntuación de 0 a 3 en STAI-E como: nada, algo, bastante y mucho

Validado en Perú y utilizado en gestantes en un estudio que determinó la asociación entre la ansiedad materna y 36 el parto pre-termino en Lima.

Para la confiabilidad del instrumento se tuvo que aplicar estadísticamente la prueba de Alpha de Cronbach, el cual es un método de consistencia interna, el cual saca un promedio de los ítems, esta estrategia ayuda a examinar el nivel de mejora.

3.7. Métodos de análisis de datos

El trabajo de investigación se realizó en mujeres gestantes de un centro de salud del Cusco.

Primero, las mujeres gestantes del centro de salud fueron informadas sobre los objetivos de la investigación y solicitando el permiso de cada uno de ellos, mediante el consentimiento informado.

Teniendo entendido las tipologías del trabajo de indagación y el enfoque perfeccionado; el instrumento utilizado para la recolección se tuvo que dar obligaciones fundamentales, de confiabilidad y validez.

Antes de aplicar las pruebas, se realizó la explicación clara, donde se dio a conocer las instrucciones para el desarrollo de las pruebas y si existiese alguna duda, ésta fue despejada. La tentativa tiene una permanencia de 20 minutos

Cuando se finalizó la aplicación de los instrumentos se revisaron cada una de estas pruebas para detectar incongruencias o falta de información.

3.8. Aspectos Éticos

La ética tiene un papel trascendental en todos los ámbitos, en especial cuando se realiza una investigación científica, ya que su rol es fundamental en toda actividad humana, teniendo en cuenta la responsabilidad, así como los valores y principios. Para dar inicio al estudio se ha tenido en cuenta la plena autorización de las principales autoridades, para poder aplicar el cuestionario, en las mujeres en estado de gestación de este centro de salud, asegurando que esta información ha

sido resguardada de manera anónima, así también, se evitó copiar o plagiar por lo cual se citó a los autores que se tomaron en los aportes teóricos y los antecedentes de estudio.

De esta manera, se respetó el código deontológico y los principios éticos de la profesión del psicólogo, establecido en el código de ética del colegio de psicólogos del Perú.

IV. RESULTADOS

4.1. Prueba de confiabilidad del instrumento

Para la validez del instrumento se utilizó el Alpha de Cronbach, que se encarga de determinar la media ponderada de las correlacionales entre los ítems que forman parte de la encuesta por variable.

Formula:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:

α : Alfa de Cronbach

k : Número de ítems del instrumento

V_i : Varianza de cada Ítem.

V_t : Varianza Total

El valor de Alpha de Cronbach cuanto más se asemeje a su valor máximo 1, mayor es la fiabilidad de la escala del test evaluado, según Raúl Pino (2007), nos señala que cuando el coeficiente alfa es > 0.7 ; es aceptable el nivel de fiabilidad por tal motivo, el instrumento es confiable y/o válido.

Para el análisis de fiabilidad se realizó con la base de datos por variable y dimensiones en el programa SPSS.

Fiabilidad por omisión de ítems test de ansiedad

En la siguiente tabla se muestra los valores de alfa de Cronbach a la omisión de ítems o pregunta del cuestionario valores que sirven para identificar las preguntas de bajo entendimiento en el cuestionario. Ítems ordenados por indicador alfa de Cronbach.

Tabla 3.
Fiabilidad por ítems del cuestionario de ansiedad

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ítem 31	76,07	246,531	,152	0.905
ítem 24	74,91	247,390	,154	0.904
ítem 14	74,67	245,890	,244	0.903
ítem 23	74,88	243,688	,319	0.903
ítem 27	75,71	241,876	,325	0.903
ítem 29	75,61	241,384	,312	0.903
ítem 32	74,73	246,124	,255	0.903
ítem 40	75,14	242,283	,309	0.903
ítem 8	75,76	239,197	,392	0.902
ítem 10	75,58	239,259	,400	0.902
ítem 16	75,76	240,302	,349	0.902
ítem 19	75,50	240,382	,367	0.902
ítem 22	75,45	239,989	,359	0.902
ítem 25	75,50	240,092	,405	0.902
ítem 30	75,51	239,817	,386	0.902
ítem 35	74,90	242,932	,350	0.902
ítem 36	75,63	241,076	,372	0.902
ítem 3	75,31	235,780	,481	0.901
ítem 5	75,71	237,746	,427	0.901
ítem 6	75,11	237,517	,472	0.901
ítem 9	75,19	236,650	,468	0.901
ítem 11	75,39	237,442	,420	0.901
ítem 12	75,53	236,671	,480	0.901
ítem 17	75,46	237,265	,455	0.901
ítem 21	75,64	237,333	,483	0.901
ítem 26	75,87	238,998	,421	0.901
ítem 28	74,93	239,560	,461	0.901
ítem 33	75,64	238,696	,456	0.901
ítem 34	74,83	240,144	,436	0.901
ítem 37	75,14	236,501	,475	0.901
ítem 38	74,87	240,621	,423	0.901
ítem 39	75,68	238,725	,426	0.901

ítem 1	75,87	235,722	,505	0.900
ítem 2	75,68	234,986	,512	0.900
ítem 4	75,37	234,308	,523	0.900
ítem 7	75,01	236,152	,483	0.900
ítem 13	75,25	235,016	,537	0.900
ítem 15	75,76	236,081	,487	0.900
ítem 18	74,98	236,413	,542	0.900
ítem 20	75,53	233,975	,602	0.899

La omisión del ítem 20 reduce la fiabilidad del test indicando que existe una baja compresión del ítem 20 pasando de 0.901 a 0.899, lo mismo que ocurre en la compresión de ítem 1, 2, 4, 7, 13 ,15 ,18.

Tabla 4.
Confiabilidad de test de ansiedad

	Alfa de Cronbach	N de elementos
	,904	40

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Ansiedad estado	,879	20
Ansiedad rasgo	,824	20

Interpretación: con un valor alfa de Cronbach de 0.904 superior a 0.7 indicando que le test de ansiedad presenta una buena fiabilidad indicando que los las respuestas de las entrevistadas son confiables.

De igual manera se presenta buena confiabilidad por las dimensiones del test ansiedad estado rasgo.

Tabla 5.
Confiabilidad de test de depresión

	Alfa de Cronbach	N de elementos
	,875	21

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Cognitiva.	,595	4
Físico conductual	,759	7
Afectiva emocional	,739	9

Interpretación: con un valor alfa de Cronbach de 0.875 superior a 0.7 indicando que el test de depresión presenta una buena fiabilidad indicando que las respuestas de las entrevistadas son confiables.

De igual manera se presenta buena confiabilidad para las dimensiones de físico conductual y afectiva emocional. Se aprecia poca confianza en los ítems de la dimensión cognitiva.

Fiabilidad por omisión de ítems test de depresión

Tabla 6.
Fiabilidad de ítems del cuestionario de depresión

	Media de escala si el elemento ha sido suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos si el elemento ha sido corregido	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
ítem 16	15,10	73,454	,324	0.876
ítem 10	16,17	76,158	,281	0.875
ítem 19	16,38	76,991	,356	0.873
ítem 1	15,79	74,645	,396	0.872
ítem 2	16,19	75,911	,363	0.872
ítem 7	16,28	74,812	,426	0.871
ítem 11	15,72	73,392	,429	0.871
ítem 17	15,57	73,349	,414	0.871
ítem 20	15,63	72,640	,442	0.871
ítem 12	15,97	73,999	,434	0.870
ítem 13	15,84	72,786	,448	0.870
ítem 9	16,31	75,302	,508	0.869

ítem 18	16,29	75,021	,511	0.869
ítem 21	15,62	70,716	,495	0.869
ítem 3	16,25	73,494	,521	0.868
ítem 4	16,14	73,283	,550	0.867
ítem 5	16,17	72,096	,619	0.865
ítem 14	16,00	71,261	,586	0.865
ítem 15	15,72	70,566	,575	0.865
ítem 8	16,14	71,660	,649	0.864
ítem 6	16,24	71,545	,678	0.863

La omisión del ítem 6 reduce de manera notable la fiabilidad del test lo cual indica la baja comprensión de esta pregunta de misma manera en la pregunta 8, 15, 14, 5.

4.2. Prueba de normalidad por variable.

La normalidad es un requisito para la elección de la prueba estadística para la verificación de las hipótesis permitiendo escoger de técnica paramétrica o no paramétrica para el análisis.

Para identificar la normalidad den el puntaje total por test se interpreta el valor sig. el cual oscila de 0 a 1 donde valores superiores a 0.05 indican que los datos siguen la distribución normal.

Tabla 7.
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

	Promedio de la puntuación	Estadístico de prueba	Sig. asintótica(bilateral)
A/E	37.76		,011
A/R	39.55		,000
Ansiedad	77.31		,047
Cognitiva.	2.81		,000
Físico conductual	4.35		,000
Afectiva emocional	8.99		,002
Depresión	16.78		,000

El valor sig. para la prueba de normalidad de ansiedad es de 0.04 inferior a 0.05 indicando la falta de normalidad de los puntajes de ansiedad.

El puntaje de sig. para el puntaje de depresión es de 0.00 menor a 0.05 indicando no normalidad.

Todas las dimensiones no presentan distribución normal no son paramétricas por lo cual se tomará la técnica de verificación de asociación mediante técnicas no paramétricas.

4.3. Factores Sociodemográficos de las gestantes atendidas en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020

Tabla 8.

Factores Sociodemográficos de las gestantes atendidas en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020

Edad	N°	%
12 a 17 años	1	0,7
18 a 29 años	90	64,7
30 a 50 años	48	34,5
Grado de instrucción	N°	%
Superior Universitaria completa	3	2,2
Superior Universitaria incompleta	7	5,0
Superior no Universitaria completa	13	9,4
Secundaria completa	40	28,8
Secundaria incompleta	29	20,9
Primaria completa	30	21,6
Primaria incompleta	13	9,4
Sin estudios	4	2,9
Estado civil	N°	%
Soltera	12	8,6
Casada	7	5,0
Conviviente	120	86,3
Ocupación	N°	%
Ama de casa	123	88,5
Trabajadora independiente	6	4,3
Trabajadora dependiente	3	2,2
Estudiante	7	5,0
Ingreso Mensual	N°	%
De 200 a 800 soles	84	60,4
De 801 a 1500 soles	39	28,1
De 1501 a 2200 soles	10	7,2
De 2201 soles a más	6	4,3

Se puede observar en la presente tabla que el 18,0% de mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco pertenecen al grupo de 12 a 17 años de edad, así mismo el 20,9% de mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco pertenecen al grupo de 18 a 29 años de edad, en ese sentido el 19.8% de mujeres en estado de gestación de un centro del Cusco pertenecen al grupo de 30 a 50 años de edad.

En cuanto al grado de instrucción, el 28,8% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco tienen secundaria completa, seguida por el 21.6% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco tienen primaria completa, así mismo el 20.9% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco tienen secundaria incompleta, seguida por el 9.4% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco tienen primaria incompleta y superior no universitaria completa, por otro lado el 5.0% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco tienen superior universitaria incompleta, y finalmente el 2.2% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco tienen superior universitaria completa.

En cuanto al estado civil de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, el 86.3% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco manifestó ser convivientes, el 8.6% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, indicaron ser solteras, y finalmente el 5.0% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, indicaron estar casadas.

Sobre el tema de ocupación, el 88.5% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, indican que son amas de casa, el 5.0% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, mencionaron que son estudiantes, el 4.3% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, son trabajadores independientes y solo el 2.2% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, son trabajadoras dependientes.

Por otro lado el ingreso mensual familiar de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, el 60,4% menciona que el ingreso mensual familiar es de 200 a 800 soles, el 28,1% indica que el ingreso mensual

familiar es de 801 a 1500 soles, el 7,2% respondió que el ingreso mensual familiar es de 1501 a 2200 soles, y finalmente el 4.3% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco indicaron que el ingreso mensual familiar es de 2201 soles a más.

4.4. Factores obstétricos de las gestantes atendidas en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020

Tabla 9.

Factores obstétricos de las gestantes atendidas en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020

Embarazo planificado	N°	%
Si	57	41,0
No	82	59,0
Numero de gestación	N°	%
Primero	49	35,3
Segundo	52	37,4
Tercero a más	38	27,3
Trimestre de gestación	N°	%
Segundo trimestre	9	6,5
Tercer trimestre	130	93,5

Sobre el tema de relación con su pareja, el 80.6% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, indican que la relación con su pareja es buena, el 12.9% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, mencionaron que la relación con su pareja es regular, el 6.5% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, respondieron que la relación con su pareja es mala.

Sobre el tema de embarazo planificado, el 59.0% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, indican que el embarazo no fue planificado, y solo el 41.0% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, mencionaron que el embarazo si fue planificado.

Sobre el tema de número de gestación, el 37.4% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, indican que es el primer hijo en gestación, el 35.3% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud

del Cusco, indican que es el segundo hijo en gestación y solo el 27.3% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, indican que es el tercer hijo en gestación.

Sobre el tema de trimestre de gestación, el 93.5% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, indican que se encuentran en el tercer trimestre de gestación, y solo el 6.5% de las mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, mencionaron que se encuentran en el segundo trimestre de gestación.

4.5. Análisis de datos Ansiedad

Para la clasificación del nivel de ansiedad entre la ansiedad estado rasgo, se decidió tomar criterio de baremos equidistantes. Debido que en los estudios hace consideración de la lectura directa del puntaje o percentiles locales para la comparación de los individuos.

4.5.1. Nivel de Ansiedad Rasgo

Para la interpretación de los baremos se tomó como referencia el estudio de STAI programa de adultos. De Psychotest ACP©

Tabla 10.
Nivel de ansiedad Rasgo

	Frecuencia	Porcentaje
Tendencia promedio 17-23 puntos	3	2,2
Promedio 24-25 puntos	3	2,2
Sobre promedio 26-32 puntos	24	17,3
Alto 33-60 puntos	109	78,4
Total	139	100,0

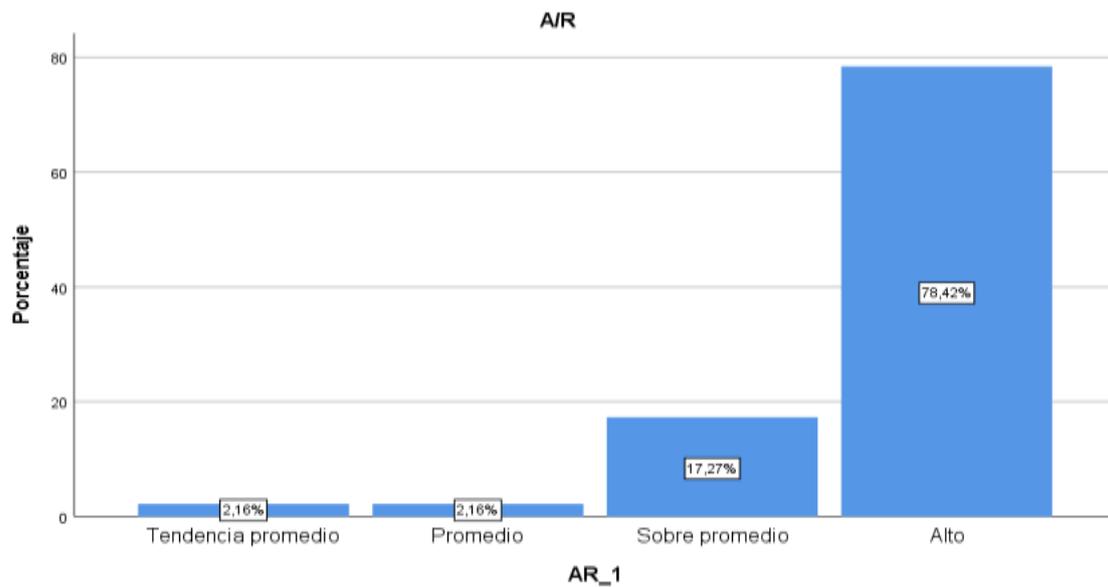


Figura 1. Nivel de ansiedad Rasgo

Interpretación:

De la tabla y figura sobre el nivel de ansiedad, de las 139 gestantes que participaron en el estudio el 78% de ellas tiene un alto nivel de ansiedad según la escala de calificación escogida.

4.5.2. Nivel de Ansiedad Estado

Para la interpretación de los baremos se tomó como referencia el estudio de STAI programa de adultos. De Psychotest ACP©

Tabla 11.
Nivel de Ansiedad Estado

	Frecuencia	Porcentaje
Bajo 0-14 puntos	3	2,2
Tendencia promedio 15-19 puntos	3	2,2
Promedio 20-22 puntos	2	1,4
Sobre promedio 23-31 puntos	31	22,3
Alto 32-60 puntos	100	71,9
Total	139	100,0

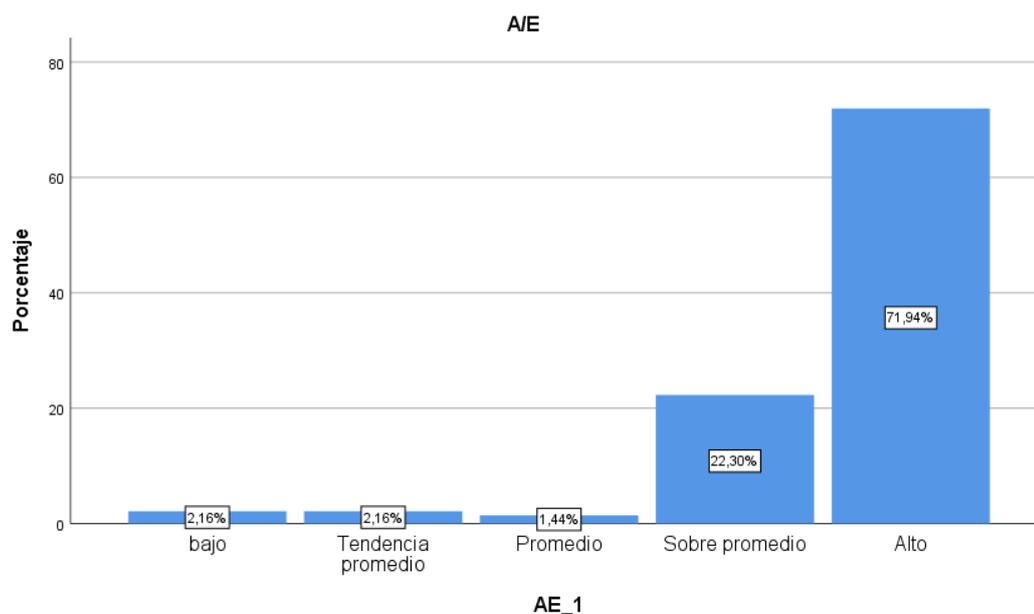


Figura 2. Nivel de Ansiedad Estado

Interpretación:

De la tabla y figura sobre el nivel de ansiedad, de las 139 gestantes que participaron en el estudio el 71.9% de las madres presenta alto nivel de ansiedad estado siendo un poco más alta la ansiedad rasgo que estado en las mujeres

4.6. Análisis de datos de la Depresión

Tabla 12.
Depresión

	Frecuencia	Porcentaje
no depresión	30	21,6
leve	53	38,1
moderada	47	33,8
grave	9	6,5
Total	139	100,0

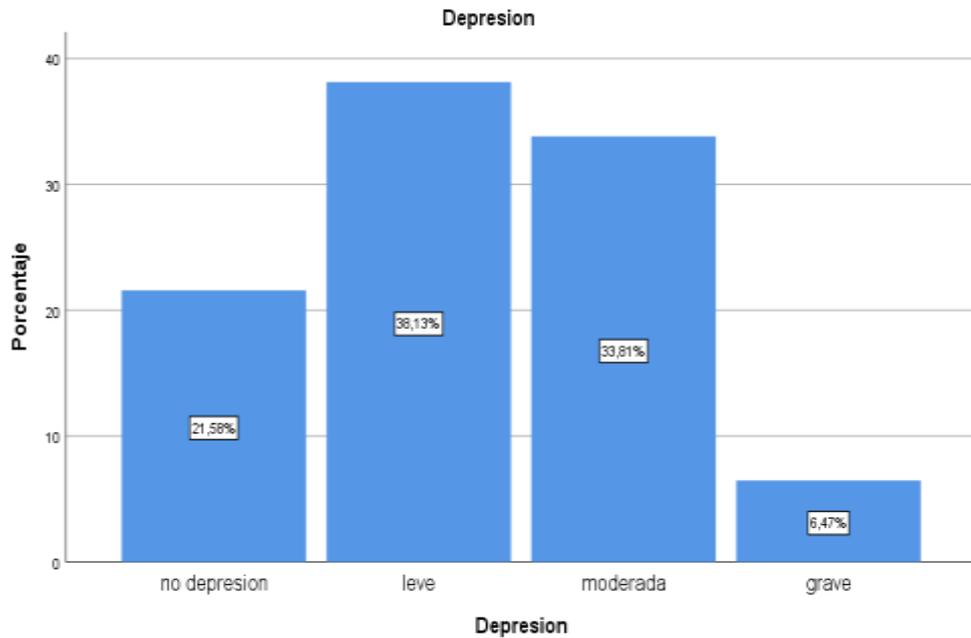


Figura 3. Depresión

Interpretación:

De la tabla y figura sobre el la depresión, de las mujeres encontramos que el 6.47% presentan depresión grave y moderada en un 33.6%.

Solo un 21.5% de las mujeres embarazadas no presentan depresión.

4.6.1. Dimensión de la depresión.

Para ver el nivel depresión por dimensiones se utiliza la lectura directa de puntaje en comparación con la población para identificar que dimensión de la depresión es más intensa en las mujeres embarazadas se separa en baremos equitativos.

Tabla 13.
Dimensión de la depresión

		Frecuencia	Porcentaje
Cognitiva	no depresión 0-2	64	46,4
	Leve3-4	52	37,1
	Moderada 5-6	18	12,9
	Grave 6-9	5	3,6
		Frecuencia	Porcentaje
Conductual	no depresión 0-4	84	60,7
	Leve 5-9	44	31,4
	Moderada 10-13	8	5,7
	Grave 13-18	3	2,1
		Frecuencia	Porcentaje
Afectiva	no depresión 1-6	38	27,9
	Leve 7-12	73	52,1
	Moderada13-18	23	16,4
	Grave 19-24	5	3,6

Interpretación:

Las mujeres embarazadas presentan menor depresión en la dimensión conductual con un 60% de ellas sin este tipo de depresión seguido de la dimensión cognitiva la dimensión en donde las mujeres terminan más afectadas es en la dimensión afectiva.

4.7. Relación depresión y ansiedad.

Para el análisis se hará uso de la interpretación del coeficiente de correlación de Spearman por la característica no paramétrica de las variables en estudio.

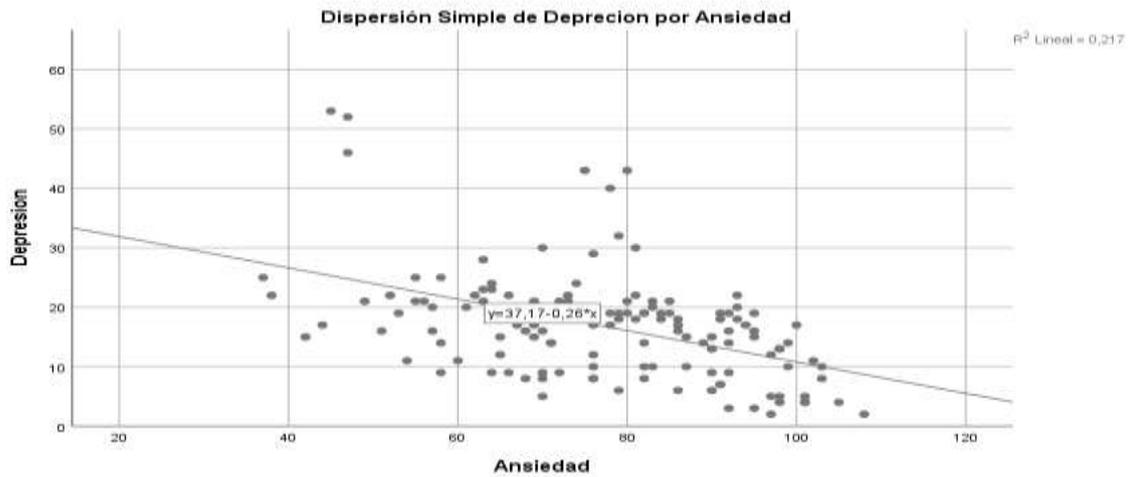


Figura 4. Dispersión simple de depresión por ansiedad

Tabla 14.
Correlación de depresión y ansiedad

			Depresión
Rho de Spearman	Ansiedad	Coefficiente de correlación	-,474**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	139

Interpretación:

Se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada e inversamente con un Rho de Spearman = - 0. 474) y (sig. = 0,00 < 0,05), entre la depresión y la ansiedad en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, 2020.

Indicando que a menor depresión se generara mayor ansiedad en las mujeres embarazadas.

4.8. Relación depresión y ansiedad estado.

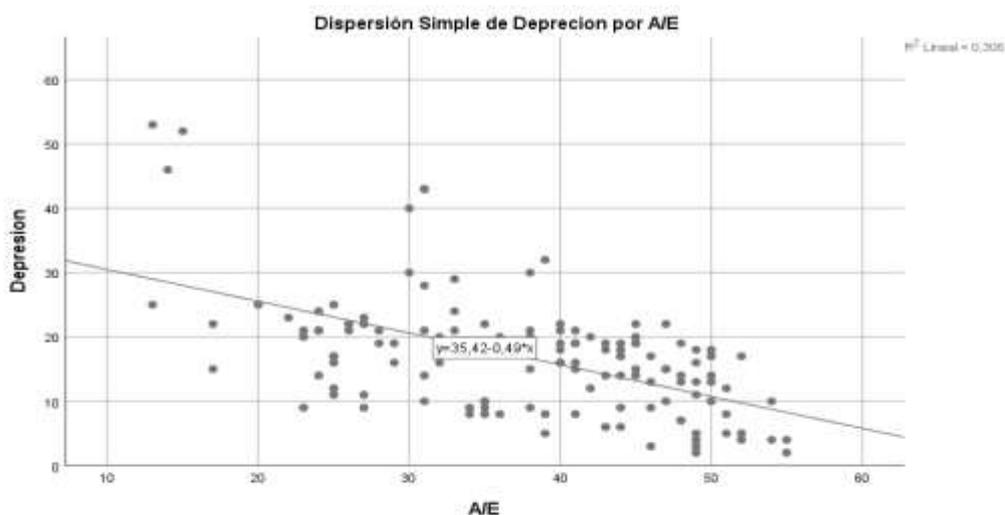


Figura 5. Dispersión simple de depresión por ansiedad estado

Tabla 15.

Correlación entre la ansiedad estado y depresión

		Depresión
Rho de Spearman	A/E	Coeficiente de correlación - ,535**
		Sig. (bilateral) ,000
	N	139

Interpretación:

Se encontró una asociación lineal estadísticamente significativa, moderada e inversamente con un valor Rho Spearman = - 0. 535 y (sig. = 0,00 < 0,05), entre la ansiedad estado y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, en el 2020.g

Siendo más fuerte que la ansiedad general indicando que evitara la depresión generara ansiedad estado en las mujeres embarazadas primero y de manera más directa que la ansiedad rasgo.

4.9. Relación depresión ansiedad rasgo.

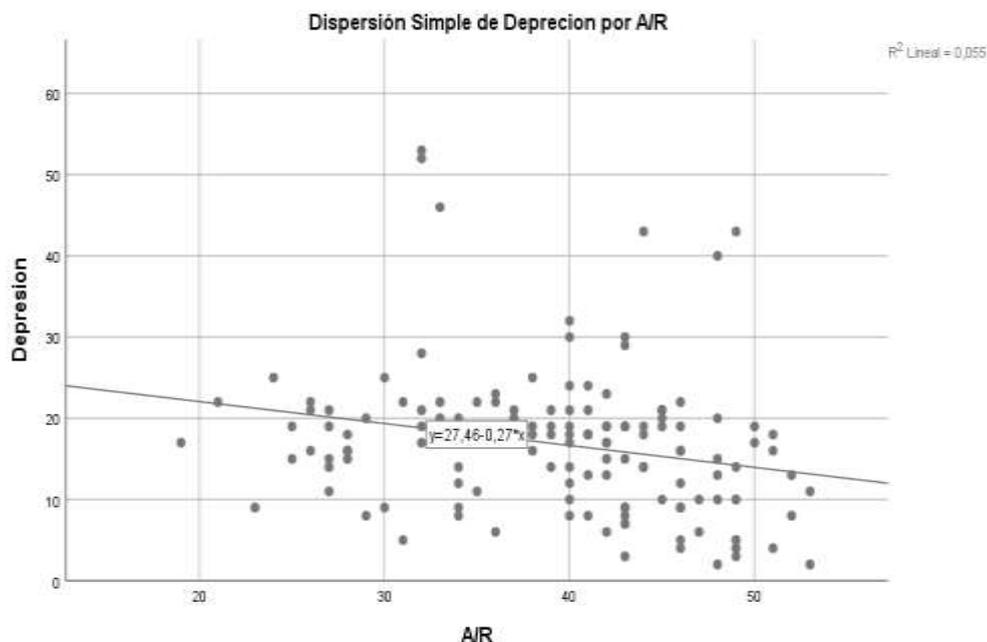


Figura 6. Dispersión simple de depresión por ansiedad rasgo

Tabla 16.
Correlación entra la ansiedad rasgo y depresión

			Depresión
Rho de Spearman	A/R	Coefficiente de correlación	-,322**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	139

Interpretación:

Se encontró una asociación lineal estadísticamente moderada ligera e inversamente proporcional con Rho de Spearman = - 0. 322 y (sig. = 0,00 < 0,05), entre la ansiedad rasgo y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, en el 2020.

La ansiedad rasgo es poco modificada por los niveles de depresión

V. DISCUSIÓN

Según el autor Rojas, C. (2018) en su investigación titulada “Frecuencia de ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el centro de salud La Libertad durante el periodo de septiembre a noviembre del 2017” indica que se realizó una recolección de información a 214 madres gestantes, el 39% indicaron que tienen un cuadro de depresión, así mismo el 26% indica que tienen un cuadro de ansiedad, de estos datos podemos deducir que la gran mayoría de mujeres gestantes presentan índices de depresión y ansiedad debido a la gestación, por otro lado se determinó en esta indagación que la incidencia de casos de madres gestantes se presenta debido a los factores de edad de la gestante, edad gestacional, el tiempo de gestación, el estado civil y por último, el grado académico de nivel secundario. Entonces de los datos obtenidos por en la presente investigación concuerdan con los datos del autor Rojas.

Según Torres, T. & Guevara, Y. (2018) en su investigación titulada “Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017” indica que en el nivel de Ansiedad Rasgo - Estado que presentan las gestantes adolescentes y adultas que acuden a un Centro de Salud en la ciudad de Iquitos es que un 22,7% de ellas presentan un nivel de sobre promedio de ansiedad estado y el 1,7% un nivel alto mientras que 14,3% presenta ansiedad rasgo sobre promedio y el 3,7% un nivel alto de ansiedad rasgo.

Entonces, los datos obtenidos en la presente investigación donde el 78% de las mujeres gestantes respecto al nivel de ansiedad rasgo tuvo un alto nivel de ansiedad, según la escala de calificación escogida; por lo cual el resultado obtenido concuerda con los datos obtenidos de los autores Torres, T. & Guevara, Y.

Según los autores Alvarado, M. & Mundaca, A. (2016), en su investigación titulada “Nivel de depresión, en gestantes atendidas en un Centro de Salud de la Ciudad de Chiclayo, Julio – Agosto, 2016” indicaron que la mayoría de las gestantes (58%) no presenta depresión, con respecto al estado civil son las gestantes solteras que presenta depresión severa (4.7%), 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. Estos resultados en general, revelan que el 19% de gestantes presentan depresión, moderada, y un 12% presenta depresión severa, y un 11% depresión leve, por ello se requiere realizar con los gestantes talleres de prevención contra la depresión durante sus controles prenatales fortaleciendo la confianza en sí mismas y preparándolas para la llegada de su bebé para que no alcancen al final de su embarazo ansiosas y nerviosas. Donde los datos obtenidos en la presente investigación concuerdan con los resultados que obtuvo el autor.

VI. CONCLUSIONES

Primera: Se concluye que existe relación entre la ansiedad y la depresión en mujeres en estado de gestación en un Centro de Salud del Cusco evidenciado por el coeficiente de correlación Rho de Spearman obtenido es -0.474 ; este índice muestra una correlación inversa muy fuerte entre las variables ansiedad y depresión, es decir que a menor depresión se generará mayor ansiedad en las mujeres embarazadas, lo cual es observado en un 95% de casos, es así que ante este hecho las mujeres afectadas presentan niveles de angustia y cuadros de tristeza durante la etapa del embarazo. La depresión predomina sobre la ansiedad, ya que al tener mayor depresión, la ansiedad se verá disminuida, observando que la depresión presentada en las mujeres en estado de gestación se encuentra en la dimensión afectiva.

Segundo: Se concluye que existe relación entre la ansiedad estado y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, evidenciado por la prueba estadística del coeficiente de correlación Rho de Spearman obtenido es -0.535 ; lo que indica la existencia de una correlación inversa muy fuerte entre las variables ansiedad estado y depresión, es decir al incrementar la depresión, disminuye la ansiedad estado. Este hecho indica que son instrumentos de fuga de estrés complementarios. Por lo tanto, se observa que las mujeres gestantes en tanto presenten un momento de “ansiedad de estado” caracterizado por sentimientos de tensión, aprensión y nerviosismo, la depresión disminuirá en las mujeres en estado de gestación.

Tercero: Se concluye que existe relación entre la ansiedad rasgo y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, teniendo una relación modera inversa cuyo resultado es -0.322 , es decir la “ansiedad rasgo” es poco modificada por los niveles de depresión, ya que como se sabe este tipo de ansiedad hace referencia a las diferencias individuales de ansiedad relativamente estables,

siendo éstas una disposición, tendencia o rasgo, en ese sentido el estado de ansiedad de las gestantes variará dependiendo de la persona, así como también, su influencia en su estado de depresión, por lo tanto, las gestantes que se encuentran abatidas presentarán diferentes niveles de depresión dependiendo de su respuesta ante hechos de ansiedad. Las mujeres en estado de gestación presentan mayor sintomatología de depresión en relación a la ansiedad, lo cual nos indica a mayor depresión menor ansiedad.

VII. RECOMENDACIONES

- Primera:** Se sugiere que las mujeres en gestación reciban charlas y campañas de concientización sobre la importancia de estos temas, los cuales influyen en la salud del recién nacido, ya que se encuentran vulnerables al estar en estado de gestación.
- Segundo:** Se sugiere a las familias de las mujeres gestantes puedan comprender el estado que se encuentran, así como brindarles soporte para superar esos estados de salud mental, ello se puede desarrollar a través de charlas a las parejas, así como a las familias, para que puedan comprender y saber cómo afrontar los cambios de humor, de ese modo, se estaría fortaleciendo su círculo social.
- Tercero:** Se sugiere que las mujeres gestantes reciban seguimiento psicológico y una evaluación médica, que pueda diagnosticar su ansiedad o depresión, así como ver la evolución de la misma, para así poder prevenir futuros cuadros que empeoren su salud mental a causa de estas enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

- Gorrita , R. (2014). Estres y ansiedad maternos y su relación. *Rev. Cubana Ped*, 11(2), 86.
- Asociación Americana de Psicología . (5 de Enero de 2020). *Psicoterapia y depresión*. Obtenido de <https://www.apa.org/centrodeapoyo/depresion>
- Barlow, D., & Durand, M. (2001). *PSicología Anormal, Un enfoque integral*. Estados Unidos: Thonson Learning.
- Beato, M. (Enero de 1993). Explicaciones teóricas de la depresión: del conductismo al cognitivismo. *Historia de la Psicología*, 12(3), 96-99.
- Beck, J. (2000). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización* (Vol. 12). Barcelona: Gedisa.
- Calloapaza, M. (2015). *Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná*. Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
- Cano-Vindel, A. (1997). *Modelos explicativos de la emoción*. Madrid: Abascal.
- Chavarro, C. (2004). *Influencia de la Depresión* (Vol. 12). Madrid: www.correo.puj.edu.co/proyectosintesis/HIPERVINCULOS.
- Cuenca, E., Rangel, B., & Rangel, M. (2004). *Psicología* (Vol. 15). México: Internacional Thomson.
- Cunningham, F. (2013). *Williams Obstetricia*. (Vol. 16). Mexico: DF: McGRAW-HILL.
- D. Spielberger, R. G. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* (Vol. 4). España: TEA Ediciones.
- Endler, N. (1975). *A person-Situation interaction model for anxiety*. End Spielberger, C.A y Sarason. Washington: Hemisphere Publishing.
- Feldman, R. (2014). *Estrés y Afrontamiento.Psicología con aplicaciones de países de habla hispana* (Vol. 7). México: Edamsa, S.A.
- Freud, S. (1917). *Mourning and melancholia*. Standard.
- G. Sánchez. (2015). *Nivel de ansiedad de las enfermeras de emergencia y trauma del Hospital Victor Ramos Guardia* (Vol. 4). Ica: Universidad Autónoma de Ica.

- Garcia, T. (2011). *Más allá del estrés* (Vol. 2). España: Bubok Publishing. S.L.
- GDC DSM. (2013). Guía de Consulta de los Criterios de diagnóstico del DSM. *Guía de Consulta*. Washington DC: Asociación americana de Psiquiatría, 68.
- Gómez, C. (2008). *Trastornos Afectivos: Trastornos Depresivos*. In Restrepo (Vol. 23). Bogotá: Medica PANAMERICANA.
- Hernandez, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2014). *Metodología de la investigación* (Sexta ed., Vol. 9). México: Mc Graw Hill.
- Hernández, S. R., Fernández, C. R., & Baptista, L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Lang, P. (1968). *Fear reduction and Fear behavior: Problems in treating a Construct*. Washington: American Psychological Association.
- Lepeley, V. (2010). <https://es.scribd.com/>. Obtenido de <https://es.scribd.com/>: <https://es.scribd.com/doc/31964863/corrientes-psicologicas-2>
- Martinez, P., & Romano, K. (2009). Depresión en adolescentes embarazadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 261-274.
- Miguel-Tobal, J. (1988). *Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid: TEA.
- Ministerio de Salud. (2011). *Guía práctica clínica en depresión. Resolución ministerial*. Lima: MINSA.
- Montañez, H. (2013). Guías de Práctica Clínica en Salud. *Guía de Práctica clínica*, 13, 57.
- Muriel, S., Aguirre, M., & Varela, C. (2013). *Ansiedad. Comportamientos Alarmantes Infantiles y Juveniles* (Vol. 9). España: Euroméxico. S.A.
- Organización Mundial de la Salud . (09 de Octubre de 2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. Obtenido de https://www.who.int/mental_health/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (21 de Junio de 2017). *Depresión. Guía de Diagnóstico y Manejo*. Recuperado el 15 de agosto de 2020, de <http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/documentos/03Guias/Guia08.pdf>
- Organización Panamericana de Salud . (30 de Julio de 2012). *Día Mundial de la Salud Mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente*. Obtenido de

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305:2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es

- Pacheco, V. (2015). *Factores socio-demográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza 2014*. Arequipa: Universidad Católica de Santa María.
- Sánchez, S., & Lam, N. (2007). Association of depression symptoms with preeclampsia: results from a Peruvian case study. *BMC Womens Health*, 7-15.
- Sarmiento, S. S. (2018). *Factores de riesgo asociados a la depresión en gestantes que se atienden en el Centro de Salud San Vicente, periodo 2017*. Lima: Universidad Privada Sergio Bernalles .
- Sierra, R. (2003). *Tesis doctorales y trabajos de investigación científica* . España: Thomson.
- Stossel, S. (2014). *Ansiedad; miedo, esperanza y la búsqueda de la paz interior*. (Vol. 12). Barcelona: Planeta, S.A.
- Valencia, G. (2018). *Depresión y/o ansiedad en gestantes que viven en zona de primera introducción con transición activa del virus zika, que acuden control prenatal en el Hospital Regional de Loreto Septiembre 2017*. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
- Vallejo, J. (2015). *Introducción a la Psiquiatría* (Vol. 6). Barcelona: MASSON.
- Vargas, Z. (2009). *La investigación aplicada*. (Vol. 3). Cartago: Revista Educación.
- Ventocilla, B. (2015). *Depresión en madres gestantes de la Micro Red Juliaca Centro de Salud Revolución 2014*. Puno: Universidad Peruana Unión.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la relación entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Establecer la relación entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación de un centro de salud del Cusco, Perú, 2020</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Existe relación entre la ansiedad y depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020</p>	<p>V1: Ansiedad</p> <p>V2: Depresión</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>Básica</p>
<p>Problema Específicos</p> <p>¿Cuál es la relación entre la ansiedad estado y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la ansiedad rasgo y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020?</p>	<p>Objetivos Específicos</p> <p>Determinar la relación entre la ansiedad estado y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.</p> <p>Determinar la relación entre la ansiedad rasgo y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.</p>	<p>Hipótesis Específicas</p> <p>Existe relación entre la ansiedad estado y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.</p> <p>Existe relación entre la ansiedad rasgo y la depresión en mujeres en estado de gestación en un centro de salud del Cusco, Perú, 2020.</p>		<p>Diseño de investigación:</p> <p>No experimental</p> <p>Enfoque de la investigación</p> <p>Cuantitativo</p>

Anexo 2: Matriz de operacionalización

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Numero de Ítems	Indicadores	Escala de medición por ítems	Escala de medición del instrumento
Ansiedad	El autor indica que la ansiedad es el segundo factor que hace referencia a un período transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad. (D. Spielberger, 1982)	La ansiedad es definida como aquella emoción que es generada ante una situación de riesgo y que no se puede afrontar de manera directa, generando la principal característica de la ansiedad que es la angustia.	Estado	Directas: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 Invertidas: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20	Inventario de ansiedad Estado - Rasgo	Nada (0) Algo (1) Bastante (2) Mucho (3)	<u>Ansiedad:</u> Calificación puntaje directo <u>Ansiedad estado</u> Alto: 32-60 Sobre promedio: 23-31 Promedio: 20-22 Tend. Promedio: 15-19 Bajo 0-14
			Rasgo	Directas: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40 Invertidos: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39		Casi Nunca (0) A veces (1) A menudo (2) Casi siempre (3)	<u>Ansiedad rasgo</u> Alto: 33-60 Sobre promedio: 26-32 Promedio: 24-25 Tend. Promedio: 17-23 Bajo 0-16
Depresión	Según el autor indica que la ansiedad está basada en la forma en como nos entendemos y como entendemos a nuestros semejantes, esto se comprende como observar la situación no como es, sino como la percibimos, esta percepción define nuestro comportamiento y ayuda al manejo de nuestras emociones, este modelo nos indica que se trata de la conducta, y luego de los pensamientos y como este influye en nuestras emociones, así mismo se pretende explicar de qué manera se conecta, con esto se quiere decir que los pensamientos que tenemos inciden significativamente en las emociones que podemos vivir y esto ayuda a mejorar nuestra conducta. (Beck, 2000)	La depresión, se define como un estado anómalo que se genera cuando se juntan factores predisponentes y precipitantes, y los factores que definen dicha debilidad son la psicológica y biológica	Cognitiva	1, 2, 9, 14	Inventario de depresión de Beck	Ítems con los valores de 0, 1, 2, 3 Donde: 0 depresión 3 baja depresión	No depresión: 0-9 Depresión leve: 10-18 Depresión moderada.: 19-29 Depresión grave: ≥ 30
			Física / conductual	3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 13			
			Afectiva /Emocional	11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21			

Anexo 3 Instrumento

FICHA TÉCNICA - ANSIEDAD

Detalle	Datos
Nombre	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
Título Original de la prueba	Manual for the State-Trait Inventory
Título en Español	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo
Autores	C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene.
Año de Aplicación	1970
Procedencia	California
Duración	Aproximadamente unos 15 minutos
Aplicación	Adolescentes y adultos
Administración	Individual y colectiva
Aspecto a evaluar	Intensidad de ansiedad estado
Validez	<p>Se utilizaron dos muestras (311 varones y 266 mujeres) de adultos profesionales que pasaron a formar parte de la muestra de tipificación; los varones obtuvieron en A/E y A/R unas medias de 19,34 y 19,50 mientras que en las mujeres sus respectivos promedios fueron 19,99 y 22,38. En los análisis se mantuvieron separados ambos sexos y, además de las 16 escalas primarias (A a Q4) del Cuestionario, se utilizó la escala de Distorsión motivacional (DM) incorporada en el mismo; en cada sujeto se calculó el factor Ansiedad de segundo orden mediante la fórmula de ponderación de los decatipos en las escalas primarias fórmula definida en la adaptación española del 16 PF, Seisdedos, 1981).</p>
Historia	<p>La construcción del STAI comenzó en 1964, con la finalidad de desarrollar una única escala que permitiera medidas objetivas de autoevaluación e la ansiedad, tanto de estado como de rasgo. Durante el curso de los estudios, los resultados vinieron a introducir cambios en la concepción teórica de la ansiedad, y especialmente en lo que se refiere a la ansiedad rasgo; en consecuencia, se introdujeron modificaciones en el proceso de la construcción del STAI.</p> <p>En principio, se dio por supuesto que los elementos que presentasen relaciones con otros instrumentos de medida de la ansiedad, serían útiles en un cuestionario diseñado para medir el estado rasgo de la ansiedad. Como la mayoría de las escalas de ansiedad existentes medían el rasgo, se redactaron de nuevo muchos elementos, de modo que midieran tanto el estado como el rasgo; y el resultado fue STAI único (Forma A) que, con diferentes instrucciones de aplicación, podía medir ambas variables.</p>

Título de investigación	Depresión y/o ansiedad en gestantes que viven en zona de primera introducción con transmisión activa del virus del Zika, que acuden a control prenatal en el Hospital Regional de Loreto, setiembre 2017.
Adaptación peruana	Gastón Valencia Pinedo
Año	2018
Institución	Universidad Nacional De La Amazonia Peruana
Objetivo	Determinar el estado de depresión y/o ansiedad en las gestantes que viven en zona de primera introducción con transmisión activa del virus Zika y asisten a control prenatal en el HRL mes de setiembre del año 2017.
Población	La unidad de análisis se basa en toda mujer embarazada con o sin diagnóstico para Zika independientemente de su edad gestacional que responden al cuestionario de datos sociodemográficos, datos obstétricos, preguntas sobre Zika y el inventario de depresión de Becker y el inventario de ansiedad estado-rasgo
Baremación	Baremos percentiles general para muestra total.
Categorías de ansiedad	Nada Algo Bastante Mucho
Calificación	Computarizada
Significación	La puntuación total de ambas sub-escalas oscila entre 0 a 60 puntos y se calcula por una sumatoria de los puntajes obtenidos. Se estima un tiempo de administración de 15 minuto
Tiempo de Aplicación	En promedio de 15 minutos.
Material	Manual y cuestionario.
Ítems	Cada sub-escala está conformado por 20 ítems que se evalúan individualmente, con una puntuación de 0 a 3 en STAI-E como: nada, algo, bastante y mucho
Confiabilidad	Validado en Perú y utilizado en gestantes en un estudio que determinó la asociación entre la ansiedad materna y el parto pre-término en Lima. Nosotros sólo mediremos la ansiedad estado por ser la ansiedad existente al momento del estudio la que nos interesa.

CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO – RASGO
ANSIEDAD ESTADO

INSTRUCCIONES

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

Nº	Pregunta	Nada	Algo	Basta nte	Mu cho
1.	Me siento calmada				
2.	Me siento segura				
3.	Estoy Tensa				
4.	Estoy insatisfecha				
5.	Me siento cómoda				
6.	Me siento alterada				
7.	Estoy preocupada actualmente por algún posible problema				
8.	Me siento descansada				
9.	Me siento angustiada				
10.	Me siento agradable				
11.	Tengo confianza en mí misma				
12.	Me siento nerviosa				
13.	Estoy intranquila				
14.	Me siento a punto de explotar				
15.	Estoy relajada				
16.	Me siento satisfecha				
17.	Estoy preocupada				
18.	Me siento preocupada y confundida				
19.	Me siento alegre				
20.	En este momento me siento bien				

ANSIEDAD RASGO

INSTRUCCIONES

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

Nº	Pregunta	Nada	Algo	Basta nte	Mu cho
21.	Me siento bien				
22.	Me canso rápidamente				
23.	Siento ganas de llorar				
24.	Me gustaría ser tan feliz como otros				
25.	Pierdo oportunidades por no decidirme pronto				
26.	Me siento descansado				
27.	Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28.	Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas				
29.	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30.	Soy feliz				
31.	Suelo tomar las cosas demasiado seriamente				
32.	Me falta confianza en mí mismo				
33.	Me siento seguro				
34.	No suelo afrontar las crisis o dificultades				
35.	Me siento triste (melancólico)				
36.	Estoy satisfecho				
37.	Me rondan y molestan pensamientos sin importancia				
38.	Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos				
39.	Soy una persona estable				
40.	Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado				

FICHA TÉCNICA – DEPRESIÓN

Detalle	Datos
Nombre	Inventario de Depresión de Beck
Autores	Beck y Cols
Año	1961
Aplicación	Individual o Colectiva.
Ámbito de aplicación	Adolescentes y adultos
Duración	Se estima un tiempo de administración de entre 5 a 10 minutos
Finalidad	Medir las llamadas “Depresión”.
Material	Inventario de Depresión de Beck
Fiabilidad	El punto de corte para detectar depresión en gestantes, es un valor límite más alto de lo que habitualmente se usa fuera del embarazo, se utilizó la puntuación ≥ 17 . Dividiendo la muestra en dos grupo, los que tienen síntomas de depresión y los que no
Validez	Validado en Latinoamérica por primera vez en Chile, sobre población adolescente. Y utilizado para medir la prevalencia de depresión en gestantes con alto riesgo obstétrico en Colombia. En Perú (Lima) se cuenta con un estudio que compara dos cuestionarios para detección de síntomas depresivos en gestantes, encontrándose una alta consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach 0,815) para el BDI-II.
Historia	En 1979 Beck y Cols, dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz. (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, los mismos autores presentaron una nueva revisión de su cuestionario, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II, del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano.
Título	Depresión y/o ansiedad en gestantes que viven en zona de primera introducción con transmisión activa del virus del Zika, que acuden a control prenatal en el Hospital Regional de Loreto, setiembre 2017.
Adaptación peruana	Gastón Valencia Pinedo
Año	2018
Institución	Universidad Nacional De La Amazonia Peruana
Objetivo	Determinar el estado de depresión y/o ansiedad en las gestantes que viven en zona de primera introducción con transmisión activa

	del virus Zika y asisten a control prenatal en el HRL mes de setiembre del año 2017.
Población	La unidad de análisis se basa en toda mujer embarazada con o sin diagnóstico para Zika independientemente de su edad gestacional que responden al cuestionario de datos sociodemográficos, datos obstétricos, preguntas sobre Zika y el inventario de depresión de Becker y el inventario de ansiedad estado-rasgo
Baremación	Baremos percentiles general para muestra total.
Forma de Aplicación	Individual y Colectiva
Calificación	Computarizada
Material	Manual y cuestionario.
Ítems	Es un inventario de autoinforme que también se puede administrar como entrevista, consta de 21 ítems que valoran la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

1	Tristeza	
	0	No me siento triste
	1	Me siento triste gran parte del tiempo
	2	Estoy triste todo el tiempo
2	Pesimismo	
	0	No me siento desanimada ante mi futuro
	1	Me siento desanimada respecto a mi futuro que antes
	2	No espero que las cosas funcionen para mí
3	Fracaso	
	0	No me siento como un fracasado
	1	He fracasado más de lo debido
	2	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
4	Pérdida de placer	
	0	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes
	1	No disfruto tanto de las cosas como antes
	2	Obtengo muy poco placer de las cosas
5	Sentimientos de culpa	
	0	No me siento culpable
	1	No me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
	2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
6	Sentimientos de castigo	
	0	No siento que esté siendo castigada
	1	Creo que tal vez estoy siendo castigada
	2	Espero ser castigada
7	Disconformidad con uno mismo	
	0	Siento a cerca de mí, lo mismo que siempre
	1	He perdido la confianza en mí misma
	2	Estoy decepcionada de mí misma
8	Autocrítica	
	0	No me siento culpable
	1	No me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
	2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo

	0	No me critico ni me culpo más de lo habitual
	1	Estoy más crítico conmigo mismo que antes
	2	Me critico a mí mismo por todos mis errores
	3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
9		Pensamientos o deseos suicidas
	0	No pienso en matarme
	1	He pensado en matarme; pero no lo haría
	2	Desearía matarme
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
10		Llanto
	0	No lloro más de lo usual
	1	Lloro más que antes
	2	Lloro por cualquier pequeñez
	3	Siento ganas de llorar; pero no puedo
11		Agitación
	0	No estoy más inquieto o tenso que antes
	1	Me siento más in quieto o tenso que antes
	2	Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo
	3	Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o hacer algo
12		Pérdida de interés
	0	No he perdido el interés en otras actividades o personas
	1	Estoy menos interesada que antes en otras personas o cosas
	2	He perdido casi todo el interés por otras personas o cosas
	3	Me es difícil interesarme por algo
13		Indecisión
	0	Tomo decisiones tan bien como siempre
	1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
	2	Encuentro más difícil que antes para tomas decisiones
	3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión
14		Desvaloración
	0	Siento que soy valioso
	1	No me considero tan valioso y útil como antes
	2	Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás
	3	Siento que no valgo nada
15		Pérdida de energía
	0	Tengo tanta energía como siempre
	1	Tengo menos energía que antes
	2	No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas
	3	No tengo energía suficiente para hacer nada

16	Cambios en los hábitos de sueño
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
1a	Duermo un poco más de lo habitual
1b	Duermo un poco menos de lo habitual
2a	Duermo mucho más de lo habitual
2b	Duermo mucho menos de lo habitual
3a	Duermo la mayor parte del día
3b	Me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17	Irritabilidad
0	No estoy más irritable que antes
1	Estoy más irritable que antes
2	Estoy mucho más irritable que antes
3	Estoy irritable todo el tiempo
18	Cambios en el apetito
0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito
1a	Mi apetito es un poco menor que antes
1b	Mi apetito es un poco mayor que antes
2a	Mi apetito es mucho menor que antes
2b	Mi apetito es mucho mayor que antes
3a	No tengo apetito en absoluto
3b	Quiero comer todo el tiempo
19	Dificultad de concentración
0	Puedo concentrarme tan bien como siempre
1	No puedo concentrarme tan bien como antes
2	Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada
20	Cansancio o fatiga
0	No estoy más cansada o fatigada que lo habitual
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que antes
2	Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer
3	Estoy demasiado fatigada o cansada para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer
21	Pérdida de interés en el sexo
0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1	Estoy menos interesada en el sexo que antes
2	Ahora estoy mucho menos interesada en el sexo
3	He perdido completamente el interés en el sexo

Anexo 4: Validación de instrumentos

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

"Ansiedad y Depresión en Mujeres en Estado de Gestación en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020"

Nombre del instrumento: Cuestionario

Investigador: Miguel Ángel Farfán Parisaca

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					90%
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					95%
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90%
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					90%
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.				80%	
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					90%
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					95%
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					90%
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					95%
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					90%

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

Cusco, 10 de julio 2020

PROMEDIO: 90.5%

 Ps. Guillermo Enrique Bermudez Vargas
C. Ps. P. 16007

Firma
Mg. o Dr.: Ps. Clínica
DNI: 43575147
Teléfono: 984042132

FICHA DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES:

“Ansiedad y Depresión en Mujeres en Estado de Gestación en un Centro de Salud del Cusco, Perú, 2020”

Nombre del instrumento: Cuestionario

Investigador: Miguel Ángel Farfán Parisaca

CRITERIO	INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 0-20%	Regular 21-40%	Buena 41-60%	Muy Buena 61-80%	Excelente 81-100%
Forma	1. REDACCIÓN	Los indicadores e ítems están redactados considerando los elementos necesarios.					85%
	2. CLARIDAD	Está formulado con un lenguaje apropiado.					90%
	3. OBJETIVIDAD	Está expresado en conductas observables.					90%
Contenido	4. ACTUALIDAD	Es adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					85%
	5. SUFICIENCIA	Los ítems son adecuados en cantidad y profundidad.					85%
	6. INTENCIONALIDAD	El instrumento mide en forma pertinente el comportamiento de las variables de investigación.					90%
Estructura	7. ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica entre todos los elementos básicos de la investigación.					90%
	8. CONSISTENCIA	Se basa en aspectos teóricos científicos de la investigación educativa.					95%
	9. COHERENCIA	Existe coherencia entre los ítems, indicadores, dimensiones y variables					90%
	10. METODOLOGÍA	La estrategia de investigación responde al propósito del diagnóstico.					90%

II. LUEGO DE REVISADO EL INSTRUMENTO:

Procede su aplicación

Debe corregirse

PRÓMEDIO: 89%


 Mg. Ps. Oscar Enrique Garza Kitchik
 C. Ps. 97044
 Firma
 Mg. o Dr. Ps. Miguel Ángel Farfán Parisaca
 DNI: 29.411.469
 Teléfono: 91.405.8032
 Cusco, 15 de julio 2020

Anexo 5: Matriz de datos

	EDAD	ESTADO CIVIL	RELACION PAREJA	GRADOD EESTUDIO	OCUPACION	EMBARAZO	NUMERO DEGEST ANTES	TRIMESTREDEGESTACION	INGRESOMENSUAL	ANSIEDAD12	VAR0003 1	VAR0003 2	VAR0003 33	VAR0003 4	VAR0003 5	VAR0003 6	VAR0003 7	VAR0003 8
1	4.00	3.00	1.00	7.00	1.00	1.00	2.00	3.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00
2	1.00	3.00	1.00	7.00	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	4.00	2.00	1.00	2.00	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00
3	4.00	3.00	1.00	5.00	1.00	1.00	1.00	3.00	2.00	4.00	4.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
4	3.00	3.00	1.00	7.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	1.00	3.00	1.00
5	6.00	2.00	1.00	8.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00
6	4.00	3.00	1.00	9.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00
7	3.00	3.00	1.00	2.00	4.00	2.00	1.00	3.00	2.00	3.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
8	2.00	3.00	1.00	3.00	1.00	2.00	1.00	3.00	3.00	2.00	3.00	1.00	4.00	4.00	1.00	1.00	2.00	1.00
9	4.00	3.00	1.00	6.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	4.00	1.00	1.00	3.00	2.00
10	3.00	3.00	1.00	6.00	1.00	1.00	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	1.00	2.00	3.00
11	1.00	3.00	1.00	5.00	1.00	2.00	1.00	3.00	3.00	2.00	1.00	3.00	3.00	2.00	3.00	4.00	1.00	3.00
12	3.00	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	3.00	1.00	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00
13	4.00	3.00	1.00	7.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	3.00	3.00	2.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
14	1.00	3.00	1.00	6.00	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	4.00	1.00
15	2.00	3.00	1.00	5.00	1.00	1.00	1.00	3.00	1.00	4.00	4.00	1.00	1.00	4.00	1.00	1.00	3.00	1.00
16	4.00	3.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	3.00	5.00	3.00	3.00	2.00	1.00	4.00	2.00	2.00	2.00	2.00
17	5.00	3.00	1.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	2.00	3.00	4.00	2.00	2.00	4.00	1.00	1.00	3.00	1.00
18	3.00	2.00	1.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
19	1.00	1.00	3.00	2.00	4.00	2.00	1.00	3.00	5.00	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00
20	3.00	3.00	1.00	7.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
21	6.00	3.00	1.00	8.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00
22	1.00	3.00	1.00	5.00	1.00	2.00	1.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00	2.00	1.00	2.00	1.00
23	5.00	3.00	1.00	7.00	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	3.00	3.00	3.00	2.00	1.00	1.00	2.00
24	3.00	3.00	1.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	3.00
25	6.00	3.00	2.00	7.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	3.00	3.00	1.00	2.00	2.00	2.00
26	4.00	1.00	3.00	6.00	2.00	2.00	3.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	1.00	2.00	2.00
27	5.00	3.00	1.00	8.00	1.00	1.00	3.00	3.00	1.00	2.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00

	EDAD	ESTADO CIVIL	RELACION PAREJA	GRADOD EESTUDIO	OCUPACION	EMBARAZO	NUMERO DEGEST ANTES	TRIMEST REDEGESTACION	INGRES OMENSUAL	ANSIEDAD12	VAR0003 1	VAR0003 2	VAR0003 3	VAR0003 4	VAR0003 5	VAR0003 6	VAR0003 7	VAR0003 8
28	3.00	3.00	1.00	6.00	1.00	1.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
29	2.00	3.00	1.00	7.00	1.00	1.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00
30	2.00	3.00	2.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	1.00	3.00	3.00	2.00	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	1.00
31	3.00	1.00	2.00	5.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	2.00	3.00	3.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
32	4.00	3.00	1.00	6.00	1.00	1.00	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
33	2.00	3.00	1.00	5.00	1.00	1.00	2.00	3.00	2.00	3.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
34	1.00	3.00	1.00	5.00	1.00	1.00	1.00	3.00	1.00	2.00	4.00	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	2.00	1.00
35	6.00	3.00	1.00	8.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	3.00	4.00	2.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
36	4.00	3.00	1.00	7.00	1.00	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	3.00
37	3.00	3.00	1.00	6.00	1.00	1.00	3.00	3.00	1.00	4.00	4.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
38	2.00	3.00	1.00	5.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	3.00	3.00	2.00	3.00	4.00	1.00	4.00	1.00
39	2.00	3.00	2.00	6.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	3.00	3.00	1.00	4.00	4.00	4.00	3.00
40	1.00	1.00	3.00	3.00	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	1.00	4.00	2.00	2.00
41	5.00	3.00	1.00	3.00	1.00	2.00	3.00	2.00	1.00	2.00	4.00	3.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00
42	4.00	3.00	2.00	6.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	3.00	4.00	2.00	1.00
43	1.00	3.00	1.00	5.00	1.00	2.00	1.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	3.00	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00
44	4.00	3.00	1.00	7.00	1.00	1.00	2.00	3.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	3.00
45	1.00	3.00	1.00	7.00	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00	4.00	2.00	1.00	2.00	1.00	2.00	1.00	3.00	1.00
46	4.00	3.00	1.00	5.00	1.00	1.00	1.00	3.00	2.00	4.00	4.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
47	3.00	3.00	1.00	7.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	2.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	1.00	3.00	1.00
48	6.00	2.00	1.00	8.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00
49	4.00	3.00	1.00	9.00	1.00	2.00	2.00	3.00	1.00	1.00	2.00	3.00	3.00	2.00	2.00	3.00	2.00	2.00
50	3.00	3.00	1.00	2.00	4.00	2.00	1.00	3.00	2.00	3.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00	1.00	3.00	1.00
51	2.00	3.00	1.00	3.00	1.00	2.00	1.00	3.00	3.00	2.00	3.00	1.00	4.00	4.00	1.00	1.00	2.00	1.00
52	4.00	3.00	1.00	6.00	1.00	2.00	3.00	3.00	1.00	3.00	3.00	1.00	1.00	4.00	1.00	1.00	3.00	2.00
53	3.00	3.00	1.00	6.00	1.00	1.00	2.00	3.00	1.00	2.00	2.00	1.00	3.00	2.00	1.00	1.00	2.00	3.00
54	1.00	3.00	1.00	5.00	1.00	2.00	1.00	3.00	3.00	2.00	1.00	3.00	3.00	2.00	3.00	4.00	1.00	3.00

55	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00
56	4,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
57	1,00	3,00	1,00	6,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	4,00	1,00
58	2,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	4,00	4,00	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	3,00	1,00
59	4,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	5,00	3,00	3,00	2,00	1,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00
60	5,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	4,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	3,00	1,00
61	3,00	2,00	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
62	1,00	1,00	3,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	5,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00
63	3,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
64	6,00	3,00	1,00	8,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00
65	1,00	3,00	1,00	5,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00
66	5,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00
67	3,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00
68	6,00	3,00	2,00	7,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00
69	4,00	1,00	3,00	6,00	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00
70	5,00	3,00	1,00	8,00	1,00	1,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00
71	3,00	3,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
72	2,00	3,00	1,00	7,00	1,00	1,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00
73	2,00	3,00	2,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00
74	3,00	1,00	2,00	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
75	4,00	3,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
76	2,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
77	1,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00
78	6,00	3,00	1,00	8,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	4,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
79	4,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00
80	3,00	3,00	1,00	6,00	1,00	1,00	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
81	2,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	4,00	1,00	4,00	1,00

	EDAD	ESTADO CIVIL	RELACION PAREJA	GRADOD EESTUDIO	OCUPACION	EMBARAZO	NUMERO DEGEST ANTES	TRIMEST REDEGESTACION	INGRES OMENSUAL	ANSIEDAD12	VAR0003 1	VAR0003 2	VAR0003 33	VAR0003 4	VAR0003 5	VAR0003 6	VAR0003 7	VAR0003 8
82	2,00	3,00	2,00	6,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	4,00	3,00
83	1,00	1,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	2,00	2,00
84	5,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	4,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00
85	4,00	3,00	2,00	6,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	4,00	2,00	1,00
86	1,00	3,00	1,00	5,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00
87	4,00	3,00	1,00	7,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00
88	1,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00
89	4,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00	4,00	4,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
90	3,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	3,00	1,00
91	6,00	2,00	1,00	8,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00
92	4,00	3,00	1,00	9,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00
93	3,00	3,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
94	2,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	3,00	1,00	4,00	4,00	1,00	1,00	2,00	1,00
95	4,00	3,00	1,00	6,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	3,00	2,00
96	3,00	3,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00
97	1,00	3,00	1,00	5,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	3,00	4,00	1,00	3,00
98	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00
99	4,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
100	1,00	3,00	1,00	6,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	4,00	1,00
101	2,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	4,00	4,00	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	3,00	1,00
102	4,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	3,00	5,00	3,00	3,00	2,00	1,00	4,00	2,00	2,00	2,00	2,00
103	5,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	4,00	2,00	2,00	4,00	1,00	1,00	3,00	1,00
104	3,00	2,00	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
105	1,00	1,00	3,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	5,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00
106	3,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
107	6,00	3,00	1,00	8,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00
108	1,00	3,00	1,00	5,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00

109	5,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00
110	3,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	3,00
111	6,00	3,00	2,00	7,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	2,00
112	4,00	1,00	3,00	6,00	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00
113	5,00	3,00	1,00	8,00	1,00	1,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00
114	3,00	3,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
115	2,00	3,00	1,00	7,00	1,00	1,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00
116	2,00	3,00	2,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00
117	3,00	1,00	2,00	5,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
118	4,00	3,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
119	2,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
120	1,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00
121	6,00	3,00	1,00	8,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	4,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
122	4,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00
123	3,00	3,00	1,00	6,00	1,00	1,00	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
124	2,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	3,00	3,00	2,00	3,00	4,00	1,00	4,00	1,00
125	2,00	3,00	2,00	6,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	4,00	3,00
126	1,00	1,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	4,00	2,00	2,00
127	5,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	4,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00
128	4,00	3,00	2,00	6,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	4,00	2,00	1,00
129	1,00	3,00	1,00	5,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00
130	4,00	3,00	1,00	7,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	3,00
131	1,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00
132	4,00	3,00	1,00	5,00	1,00	1,00	1,00	3,00	2,00	4,00	4,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
133	3,00	3,00	1,00	7,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	3,00	1,00
134	6,00	2,00	1,00	8,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00
135	4,00	3,00	1,00	9,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00	3,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00
136	3,00	3,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00
137	2,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	3,00	1,00	4,00	4,00	1,00	1,00	2,00	1,00
138	4,00	3,00	1,00	6,00	1,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	1,00	4,00	1,00	1,00	3,00	2,00
139	3,00	3,00	1,00	6,00	1,00	1,00	2,00	3,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00

DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Datos de la colaboradora

1. Nombre:

2. Edad:

3. Estado civil (marca con una X)

1. Soltera	<input type="checkbox"/>
2. Casada	<input type="checkbox"/>
3. Conviviente	<input type="checkbox"/>
4. Divorciada o separada	<input type="checkbox"/>
5. Viuda	<input type="checkbox"/>

4. Grado de instrucción (Marca con una X)

1. Superior universitaria completa	<input type="checkbox"/>
2. Superior universitaria incompleta	<input type="checkbox"/>
3. Superior no universitaria completa	<input type="checkbox"/>
4. Superior no universitaria incompleta	<input type="checkbox"/>
5. Secundaria completa	<input type="checkbox"/>
6. Secundaria incompleta	<input type="checkbox"/>
7. Primaria completa	<input type="checkbox"/>
8. Primaria incompleta	<input type="checkbox"/>
9. Sin estudios	<input type="checkbox"/>

5. Ocupación (marca con una X)

1. Ama de casa	<input type="checkbox"/>
2. Trabajadora independiente	<input type="checkbox"/>
3. Trabajadora dependiente	<input type="checkbox"/>
4. Estudiante	<input type="checkbox"/>

6. Ingreso mensual familiar

.....en soles

DATOS OBSTÉTRICOS

7. Embarazo planificado (marca con una X)

1. Si	<input type="checkbox"/>
2. No	<input checked="" type="checkbox"/>

8. Número de gestación (marca con una X)

1. primero	<input type="checkbox"/>
2. segundo	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Tercero a más	<input type="checkbox"/>

9. Trimestre de gestación (marca con una X)

1. primer trimestre	<input type="checkbox"/>
2. segundo trimestre	<input checked="" type="checkbox"/>
3. Tercer trimestre	<input type="checkbox"/>

Anexo 6: Propuesta de valor

“CAPACITACIONES A LAS MUJERES GESTANTES EN EL CENTRO DE SALUD”

OBJETIVOS:

- Educar e informar a las gestantes sobre la depresión y la ansiedad durante el embarazo.
- Elaborar talleres didácticos sobre motivación.
- Consejería permanente en madres con altos niveles de ansiedad y depresión.

LOCALIZACIÓN:

Región: Cusco

Ciudad: Calca

Especificado: Centro de Salud

DESCRIPCIÓN

Para disminuir la ansiedad y depresión en las mujeres gestantes de un centro de salud del Cusco, se considerará desarrollar una serie de talleres, dentro de los cuales se incluye la creación de talleres de psicoprofilaxis, en coordinación con el servicio de Obstetricia y la gerencia del establecimiento donde será desarrollado de manera gratuita, donde se aplicarán modelos cognitivo-conductuales de forma grupal; se proporcionará información sobre la maternidad y se fomentará una apropiada autoestima, por lo cual se aplicarán estrategias para la solución de problemas, pensamientos saludables y la realización de actividades satisfactorias . Por consiguiente, se plantean las siguientes actividades:

Talleres	Actividades
Yoga	Conocimiento el cuerpo Manejo de respiración Técnicas de meditación Estiramiento
Preparación de alimentos	Conocimiento de propiedad de alimentos Preparación de comidas con cereales Preparación de jugos Preparación de sopas y cremas Preparación de postres

	Preparación de comidas con verduras
Conversatorio para despejar las dudas del embarazo	Conversatorio con especialistas Asesoramiento psicológico Conversatorio en grupo
Participación en pareja	Conversatorio con especialistas Ejercicios en pareja Mejorar la comunicación entre parejas Conversatorio en grupo

CRONOGRAMA

BLOQUE DE TALLERES	Semana 1	Semana 2	Semana 3	Semana 4	Semana 5
Yoga	■				
Preparación de alimentos		■	■	■	
Conversatorio para despejar las dudas del embarazo	■	■	■		
Participación en pareja				■	■

Fuente: Elaboración propia

FINANCIAMIENTO

Para el desarrollo de la propuesta se requiere de un presupuesto destinado para la preparación de alimentos y compra de cuadernillos y trípticos. Por otro lado, el centro de salud deberá de brindar consejería permanente en el servicio de psicología.

BENEFICIARIOS

- Madres Gestantes
- Personal especialista del Centro de Salud