

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



TESIS

**NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES DEL PUESTO DE
SALUD CHONTAPACCHA CAJAMARCA, 2020**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER
CARMEN LUZ SÁNCHEZ PÉREZ**

ASESORA:

Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES

Cajamarca – Perú

2021

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



TESIS

**NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES DEL PUESTO
DE SALUD CHONTAPACCHA CAJAMARCA, 2020**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER
CARMEN LUZ SÁNCHEZ PÉREZ**

ASESORA:

Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES

Cajamarca – Perú

2021

Copyright © 2021
CARMEN LUZ SÁNCHEZ PÉREZ
Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Sánchez, C. 2021. **Nivel de ansiedad en gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020** / Carmen Luz Sánchez Pérez. 96 páginas.

Escuela Académico Profesional de

Enfermería. Asesora: Dra. Santos Angélica Morán Dioses.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería –
UNC 2021.

**NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES DEL PUESTO DE SALUD
CHONTAPACCHA CAJAMARCA, 2020**

Autora: Bach. Enf. Carmen Luz Sánchez Pérez

Asesora: Dra. Santos Angélica Morán Dioses

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes jurados:

JURADO EVALUADOR



.....
Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva

Presidenta



.....
Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Secretaria



.....
M. Cs. Tulia Patricia Cabrera Guerra

Vocal

Cajamarca 2021, Perú

MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA

En Cajamarca, siendo las 4:00 p.m. del 17 de Septiembre del 2021, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente Virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: Nivel de ansiedad en gestantes del Puesto de Salud Chontapaceba, Cajamarca, 2020

del (a) Bachiller en Enfermería:

Carmen Luz Jándrez Pérez

Siendo las 5:30 p.m. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Muy Buena, con el calificativo de: 18, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra apta para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador
Nombres y Apellidos

Firma

Presidente: Dra. Mercedes Marleni Paredes Silva

Paredes

Secretario(a): Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Chávez

Vocal: M.Cs. Tullia Patricia Cabrera Guerra

Patricia Cabrera

Accesitaria:

Asesor (a): Dra. Santos Angelica Moran Dioses

Angelica Moran Dioses

Asesor (a):

Términos de Calificación:
EXCELENTE (19-20)
REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)
REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)
DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A Padre Jehová, por instruirme, exhortarme, cuidarme, bendecirme constantemente y por siempre vigilar mis senderos a donde quiera que vaya.

A mi abuelita Carmen, por enseñarme con sus actos a conocer el amor y cariño hacia lo demás, por corregir con paciencia y rectitud mis pasos, por enseñarme a orar y pedir a Dios, por sembrar en mi corazón los valores y las buenas virtudes, por resaltar mi potencial y por celebrar mis logros siempre.

A mis tíos, abuelito, mamá y hermanos por los momentos compartidos, consejos brindados y por siempre darme una palabra de aliento en momentos difíciles y dolorosos.

Y a las gestantes del Puesto de Salud de Chontapaccha Cajamarca, que contribuyeron amablemente conmigo para que este logro sea realizado.

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso, por haberme permitido culminar con éxito la hermosa Carrera Profesional de Enfermería.

A mi Alma Mater la Universidad Nacional de Cajamarca, por el acogimiento en sus aulas en el transcurso de mi formación profesional y todos mis docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Escuela Académico Profesional de Enfermería, que me enseñaron de esta hermosa ciencia, así como de la vida misma, motivándome a continuar aprendiendo de esta disciplina y por siempre fomentar e impulsar en nosotros el cuidado Humanizado y Holístico.

Agradezco de manera especial y cordial a mi asesora DRA. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES, por proporcionarme su apoyo, conocimiento, orientación metodológica y académica, por clarificar mis dudas e inquietudes, por sus oraciones constantes, por su compromiso para con mi persona, y sobre todo su paciencia y serenidad a lo largo de esta ardua investigación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE	vi
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE ANEXOS	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Definición y delimitación del problema de investigación	3
1.2. Formulación de problema de investigación	5
1.3. Justificación del estudio	5
1.4. Objetivos	7
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes del problema	8
2.2. Bases teóricas	12
2.3. Variable del estudio y matriz de operacionalización	20
CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO	22
3.1. Diseño y tipo de estudio	22
3.2. Ámbito de estudio	22
3.3. Población y muestra	23
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de la información	24
3.5. Descripción de técnicas e instrumentos	24
3.6. Validez y confiabilidad	29
3.7. Procesamiento, análisis y presentación de datos	31
3.8. Consideraciones éticas	31
CAPÍTULO IV RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	32
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

51

ANEXOS

56

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Matriz de Operacionalización	21
Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes. Puesto de Salud Chontapaccha, 2020	32
Tabla 3. Nivel de ansiedad estado según características de las gestantes. Puesto de Salud Chontapaccha.	35
Tabla 4. Nivel de ansiedad rasgo según características de las gestantes. Puesto de Salud Chontapaccha	39
Tabla 5. Nivel de ansiedad estado y rasgo de las gestantes. Puesto de Salud Chontapaccha	44
Tabla 6. Base de datos de la ficha sociodemográfica	67
Tabla 7. Base de datos IDARE, estado	71
Tabla 8. Base de datos IDARE, rasgo	76
Tabla 9. Coeficiente Alfa de Cronbach, ansiedad estado	81
Tabla 10. Coeficiente Alfa de Cronbach, ansiedad rasgo	81

LISTA DE ANEXOS

Anexo n.º 1 Consentimiento informado	56
Anexo n.º 2 Ficha de datos sociodemográficos	57
Anexo n.º 3 Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE)	60
Anexo n.º 4 Inventario de ansiedad rasgo estado segunda parte (IDARE)	64
Anexo n.º 5 Base de datos	67
Anexo n.º 6 Estadísticas de confiabilidad	81

**NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES DEL PUESTO DE SALUD
CHONTAPACCHA
CAJAMARCA, 2020**

RESUMEN

Bach. Enf. Carmen Luz Sánchez Pérez¹

Dra. Santos Angélica Morán Dioses²

El presente estudio es de tipo descriptivo y cuantitativo, de diseño no experimental y transversal; tuvo como objetivo principal determinar el nivel de ansiedad en gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020. La muestra estuvo conformada por 94 gestantes. La recolección de datos se obtuvo mediante la aplicación de la técnica de la entrevista y el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), además se realizó un análisis de confiabilidad por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, los datos obtenidos fueron analizados en el programa estadístico SPSS v25. Como principales resultados se encontró que con respecto al nivel de ansiedad estado en gestantes, el 4.3% tiene un nivel bajo, el 21.3% tiene nivel medio y el 74.5% tiene nivel alto y en referencia al nivel de ansiedad rasgo en gestantes, el 2.1% tiene nivel bajo, el 25.5% tiene nivel medio y el 72.3% tiene nivel alto. El estudio concluye que el nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo en gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha en el año 2020 es alto.

PALABRAS CLAVES: Ansiedad rasgo, ansiedad estado, gestantes.

¹ Autora, Bachiller en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional de Cajamarca.

² Asesora, Docente de la Escuela Académico Profesional de Enfermería – Universidad Nacional de Cajamarca.

ANXIETY LEVEL IN GESTANTS OF THE CHONTAPACCHA HEALTH POST, CAJAMARCA, 2020

ABSTRACT

Bach. Enf. Carmen Luz Sánchez Pérez¹

Dra. Santos Angélica Morán Dioses²

The present study is descriptive and quantitative, with a non-experimental and cross-sectional design; Its main objective was to determine the level anxiety anxiety in pregnant women of the Chontapaccha Cajamarca Health Post, 2020. The sample consisted of 94 pregnant women. Data collection was obtained through the application of the interview technique and the State Trait Anxiety Inventory (IDARE), in addition a reliability analysis was carried out through the Cronbach's Alpha coefficient, the data obtained were analyzed in the statistical program SPSS v25. As the main results, it was found that with respect to the level of state anxiety in pregnant women, 4.3% have a low level, 21.3% have a medium level and 74.5% have a high level and in reference to the level of trait anxiety of pregnant women, 2.1% have a low level, 25.5% have a medium level and 72.3% have a high level. The study concludes that the level of state anxiety and level of trait anxiety in pregnant women at the Chontapaccha Health Post in 2020 is high.

KEY WORDS: Trait anxiety, state anxiety, pregnant.

¹Author, Bachelor of Nursing, Faculty of Health Sciences - Universidad Nacional de Cajamarca.

²Consultant, Professor of the Academic Professional School of Nursing - National University of Cajamarca.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es una reacción emocional desagradable que ocurre en función a un estímulo, el cual es considerado como amenazador por el sujeto, lo que produce cambios fisiológicos y conductuales (21, 24). Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la población general y se ocasionan en todos los grupos etarios, es frecuente que este trastorno se dé en el periodo del embarazo. En lo que corresponde con la ansiedad estado es caracterizada como un estado emocional transitorio y la ansiedad rasgo está vinculada con las características de la personalidad de la gestante relativamente constante en tendencia a la ansiedad (7).

Habitualmente el periodo de gestación, es considerado como un tiempo de bienestar emocional, pero no siempre es así ya que algunas gestantes consideran a esta fase como una fase de estrés. Las condiciones y factores estresantes generan diversos trastornos mentales y contribuyen para que se desencadenen los problemas de ansiedad durante el embarazo, como la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, los cuales están asociados con el impacto negativo para con el feto y la gestante (7). Pese a las consecuencias e implicancias sigue pasando desapercibido y no teniendo la importancia debida pese a su gravedad (5).

En base a lo anterior, la presente investigación busca conocer el nivel de ansiedad, por medio de la aplicación de un instrumento estandarizado y empleado a nivel mundial en el área de salud mental, por ser un instrumento psicométrico completo que se le conoce con el nombre de “Inventario de Ansiedad Rasgo Estado” (IDARE) que posterior a un proceso interno, mide el nivel de ansiedad estado y el nivel de ansiedad rasgo.

Bajo el enfoque anterior se ha desarrollado la presente investigación que consta de cuatro capítulos:

En el **CAPÍTULO I** se define y delimita el problema de investigación, se plantea el problema a nivel global y particular, para luego formular la pregunta de investigación. Además, se presenta la justificación y de establecen los objetivos de investigación.

En el **CAPÍTULO II** corresponde al marco teórico, donde se presenta los antecedentes a nivel internacional, nacional y local relacionados al tema de investigación, también se describen la teoría que fundamenta la investigación, además de algunos conceptos que contribuyen al entendimiento del tema planteado. Al final del capítulo se presenta la variable y la matriz de Operacionalización.

En el **CAPÍTULO III** se describe todo el diseño metodológico de la investigación, en este capítulo se muestra el tipo de investigación y el diseño que se empleó durante el desarrollo del estudio. El capítulo incluye la determinación de la población y la muestra de investigación, además de la descripción de las técnicas e instrumentos de recolección de datos, el proceso de validez y confiabilidad de los cuestionarios. La forma del procesamiento de los datos recolectadas y por último las consideraciones éticas que se han tenido en cuenta para realizar correctamente la investigación.

En el **CAPÍTULO IV** se evidencian los resultados obtenidos, por medio de tablas se presenta una síntesis de los resultados, con su respectiva descripción, discusión y análisis de resultados.

Finalmente, se presentan las conclusiones, recomendaciones y anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DEFINICIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El proceso de gestación es un estadio lleno de modificaciones complicadas que hace a la gestante un ser susceptible y por ende necesita un gran soporte emocional (32). Es perceptible el incremento de manifestaciones clínicas correspondiente al sufrimiento emocional. La ciencia demuestra que la mujer en relación al hombre es más proclive a desarrollar trastornos mentales como la ansiedad (27).

Habitualmente el proceso de gestación, es considerado como un tiempo de bienestar emocional, pero no siempre es así ya que algunas gestantes consideran a esta fase como una fase de estrés. Las condiciones estresantes, generan diversos cambios emocionales o desórdenes mentales, (7) en su gran mayoría perciben un importante aumento de ansiedad respecto al embarazo y después del parto ya que tienen temor a que su hijo fallezca (32). Existen adicionalmente un sinnúmero de factores estresantes para muchas gestantes y contribuyen para que se desencadenen los trastornos de ansiedad durante el embarazo, como la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, los cuales están vinculados con el impacto negativo para con el feto y la gestante (7). Se ha demostrado que cuando la gestante siente ansiedad tiende a experimentar contracciones de la arteria uterina, generando estrés fetal como respuesta, debido a que el feto recibe menos oxigenación provocando alteraciones fisiológicas tanto para la gestante como para el feto. La consecuencia más próxima es el bajo peso al nacer, también se ha demostrado que los niveles socioeconómicos bajos repercuten directamente en el bajo peso para la edad gestacional (BPEG) (32).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la población general y en todos los grupos etarios, es frecuente presentar este trastorno en el periodo del embarazo. Entre los trastornos de ansiedad, la ansiedad estado es caracterizada como un estado emocional transitorio y la ansiedad rasgo está vinculada con las características de la personalidad de la gestante relativamente constante en tendencia a la ansiedad (7).

A nivel mundial se considera que el 21.7 % padecen de trastornos de ansiedad. Asimismo, es eminente la prevalencia alta de ansiedad en gestantes a nivel mundial. Según lo que estima la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 10% de gestantes y el 13% de puérperas padecieron de trastornos mentales, en países subdesarrollados bordean el 15.6% durante la gestación y de 19.8 % en la etapa puerperal (26). La OMS identificó también que la ansiedad puede afectar a 15 de cada 100 gestantes ya que las múltiples condiciones estresantes desencadenan de por si ansiedad (3).

Sinesi et al, muestran que un 15 al 23% de gestantes muestran afectación de trastornos de ansiedad en la durante el embarazo repercutiendo negativamente en el aspecto materno perinatal (33).

A pesar del incremento de prevalencia de problemas de ansiedad, se considera que se producen equivocaciones en la identificación y por ende el diagnóstico durante la gestación, es por ello que se infiere que se diagnostica de manera incorrecta, llevando a pensar que la prevalencia podría ser aún mayor. Verbeek et al, identificaron que, en Centroamérica, existe una prevalencia de un 57 % de ansiedad en gestantes nicaragüenses; por otro lado, las gestantes holandesas manifestaron tener una prevalencia de ansiedad de un 6% (34).

En Perú pese a existir escasos estudios sobre la situación problemática de la salud mental materna, Vega Gonzales et al ha identificaron en gestantes adolescentes que el 68.9 % que padecen de altos niveles de ansiedad estado y niveles de ansiedad rasgo (35).

Sánchez et al., en su investigación con gestantes peruanas, evidenció que la depresión, ansiedad y estrés producen riesgo de parto prematuro (36, 37).

Especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental (INSM), afirmaron que algunas mujeres que atraviesan el proceso de gestación y de parto, desarrollan diversos cambios psicológicos que crean una inestabilidad emocional resaltante en la gestante, encontrando niveles de ansiedad estado y rasgo alto como problema más frecuente en el segundo y tercer trimestre del embarazo (3).

Maldonado (2008). Realizó un estudio en el que afirmó que en la gestación algunas mujeres presentan nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo alto, hasta el grado de interferir perjudicialmente en su funcionamiento psicológico y social, perjudicando al bebé, cónyuge y familia. Pese a las consecuencias sigue pasando desapercibido y no teniendo la importancia debida pese a su gravedad (5).

Con el propósito de identificar el nivel de ansiedad en el embarazo es que se llevó a cabo el presente trabajo de investigación, ya que las gestantes experimentan en esta etapa múltiples modificaciones y problemáticas que alteran su estado emocional generando problemas de ansiedad. En el ámbito de la salud mental se utilizan instrumentos psicométricos para determinar el nivel de ansiedad, para lo cual en el presente trabajo de investigación se utilizó el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), el cual midió el nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo de las gestantes del Puesto de Salud de Chontapaccha Cajamarca, 2020.

En la región Cajamarca no se encuentra información actualizada y fidedigna sobre el nivel de ansiedad en gestantes, es por ello que se desarrolla esta investigación con el objetivo de resolver la siguiente incógnita:

1.2 FORMULACIÓN DE PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de ansiedad en gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Teniendo en cuenta el impacto negativo mostrado en el acápite anterior de los diferentes entornos es evidente la problemática en el ámbito de la salud mental materna es por ello que se propuso el estudio del nivel de ansiedad para identificar oportunamente la ansiedad en gestantes y de esa forma evitar algunas complicaciones materno fetales ya que como se ha visto repercute negativamente. Y no solo eso sino también el afrontamiento de las gestantes a las modificaciones naturalmente propias, podría considerarse que desde el punto de vista psicológico produce una alteración psicológica transitoria en la gestante, generando en esta una necesidad de adaptarse a la nueva

situación y esto puede generar malestares psicológicos y por efecto materno fetales afectándola grandemente en su calidad de vida (6).

Existen dos constructos teóricos independientes tales como son el nivel de ansiedad estado que se presenta de manera limitada y con un periodo de tiempo determinado, en el caso de la ansiedad rasgo se presenta de manera estable y constante formando parte de la personalidad de las gestantes. Es por ello que se consideró necesario estudiar el nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo en gestantes del Puesto de Salud de Chontapaccha.

El presente trabajo de investigación es importante porque sirve como un aporte para la región de Cajamarca, sobre todo en el ámbito de la salud mental materna y porque se determinó de manera específica el nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo en gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha. Además de que se consideraron los principios éticos para con el objetivo de emplear los datos obtenidos con fines exclusivamente académicos.

También es útil, para poder realizar otros trabajos de investigación y para la profundización de conocimientos e investigación en la salud pública y en específico para que el Puesto de Salud de Chontapaccha tenga en cuenta la realidad de la salud mental de las gestantes y se intervenga fomentando la atención primaria de salud.

Este estudio es factible porque la muestra poblacional seleccionada presentó todas las características necesarias que permitieron la formulación del problema de investigación, además de contar con los recursos económico necesarios para la realización de este estudio, y porque estuvo autorizada y respaldada por el apoyo que proporcionaron las autoridades del Puesto de Salud de Salud de Chontapaccha.

Finalmente, en lo que concierne a las limitaciones que se tuvo en torno a la crisis sanitaria se tomaron todas las recomendaciones necesarias para su correcta aplicación; además, se manejó todos los protocolos de bioseguridad establecidos por el Ministerio de Salud (MINSA) y distanciamiento social de manera rigurosa para la prevención del coronavirus SARS- CoV-2, durante la entrevista y aplicación del IDARE con las

gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha sin que estas corran algún riesgo en su salud.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 Objetivo General

Determinar el nivel de ansiedad en gestantes atendidas en el del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Identificar y caracterizar el nivel de ansiedad estado en gestantes del Puesto de Salud de Chontapaccha.
2. Identificar y caracterizar el nivel de ansiedad rasgo en gestantes del Puesto de Salud de Chontapaccha.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Madhavanprabhakaran G, D'Souza M y Nairy K. (2015). En su investigación "Prevalencia de la ansiedad durante el embarazo y factores asociados en el hospital estatal de India". Se realizó una investigación prospectiva. Con una muestra de 500 gestantes con embarazo de bajo riesgo entre 18 a 35 años de edad. Se utilizó el inventario rasgo estado de ansiedad (State Trait Anxiety Inventory, STAI). La mayoría de las gestantes presentaron niveles más altos de ansiedad. Las gestantes primerizas mostraron los niveles más altos de ansiedad estado rasgo. En conclusión, la edad joven, nuliparidad y la naturaleza de la familia nuclear fueron los factores de riesgo comunes que desencadenen de por sí niveles altos de ansiedad rasgo estado (8).

Gancedo, A., Fuente, P., Chudacik, M., Fernández, A., Suárez, P. y Suárez, V. (2017). En su estudio "Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas en España". Se realizó un estudio con diseño transversal; con un total de 104 primigestas. Aplicándoles el Cuestionario de variables sociodemográficas, el STAI y 23 preguntas referente a la puericultura y lactancia. Como resultado se determinó que el 23,1% tenía antecedentes psicopatológicos. El 88,4% programaron emplear la LM. El STAI estado (STAI-E) medio fue de un 18,1 y puntuaron 4,5. Se concluye que las gestantes son maduras y universitarias en su gran mayoría y estas participan en cursos preparto. Además de conocer ampliamente referente a la LM. Las gestantes fumadoras que padecen de antecedentes psicopatológicos y que no han sido partícipes del curso de LM sufren de alto nivel de ansiedad estado rasgo (9).

León, A. y Jiménez, A. (2020). En su estudio "Eficacia del programa de Psicoprofilaxis del parto en nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo de mujeres embarazadas en el Hospital Gineco Obstétrico Nueva Aurora Luz Elena Arismendi – Ecuador". Cuya

metodología de tipo cuantitativo diseño preexperimental particularmente de diseño preprueba/posprueba, realizada mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad rasgo y estado (IDARE). La muestra constó de 30 gestantes. En esta investigación se demostró que el programa de psicoprofilaxis obtuvo un eficacia en la disminución de los nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgopre y post aplicación del programa, hallándose que antes de comenzar el proceso, se encontró como resultado un nivel de ansiedad medio con un 66,7%, seguido del nivel de ansiedad alto con un 25,7% y por último con un 6,7% nivel de ansiedad bajo, luego en la toma del reactivo post psicoprofilaxis en casi su totalidad de gestantes tuvieron en un nivel de ansiedad bajo con un 53,3%, seguido del nivel de ansiedad estado medio con un 46,7%, y finalmente se encontró un porcentaje de cero respecto al el nivel de ansiedad rasgo alto . Se concluyó que de acuerdo a la comparación de niveles de ansiedad estado y rasgo según paridad y gesta pre y post psicoprofilaxis no se demostró desigualdad marcada en la reducción de los niveles de ansiedad estado rasgo (10).

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Bustamante C, Infante L, (2014) En su estudio “Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en un Centro de Salud Pomalca- Chiclayo” Con una muestra de 30 gestantes, se empleó el IDARE. Los resultados demuestran que las gestantes adolescentes padecen niveles altos de ansiedad estado y rasgo (37 y 33% respectivamente). Las gestantes adolescentes de zonas rurales padecen de un nivel de ansiedad estado alto (80%) y un nivel medio y alto en ansiedad y rasgo (40%), mientras tanto las gestantes de zonas urbanas sufren de un nivel medio de ansiedad estado con un 52% y con un 48% de ansiedad. En lo que compete al grado de instrucción, el 40% de las gestantes adolescentes que estudian el nivel secundario tienen ansiedad, estado y rasgo en un nivel medio. Los resultados demuestran que se debe intervenir psicológicamente para de esa forma paliar la ansiedad en las gestantes adolescentes (11).

Chicoma, K. y Silva, G. (2015). En su investigación titulada "Niveles de ansiedad estado rasgo entre primigestas adolescentes y adultas del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” en Chiclayo". Fue de tipo comparativo, con el objetivo de diferenciar la

Ansiedad Estado Rasgo entre primigestas adolescentes y adultas. La población estuvo conformada por de 37 gestantes adolescentes y 37 adultas. Se empleó el inventario de Ansiedad Estado Rasgo (IDARE). Cuyos resultados fueron que se evidencia niveles altos de ansiedad estado rasgo en las primigestas adolescentes, significando que las poblaciones en estudio perciben como amenazante y peligroso el embarazo (12).

Torres T, Guevara Y, (2017) En su estudio "Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que asisten a un centro de salud en la ciudad de Iquitos", este estudio es de tipo descriptivo y cuantitativo. Con una muestra de 300 gestantes. Se empleó el inventario de ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Cuyos resultados fueron 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% padecen de ansiedad rasgo sobre promedio y el 3,7% un nivel alto de ansiedad rasgo. Las gestantes de 19 a 35 años presentan ansiedad rasgo bajo (77,8%) y alto menores de 18 años (27,3%). Las gestantes convivientes (81,8%) con ansiedad rasgo alto y el (40,0%) son solteras con ansiedad estado alto. Concluyendo que es muy importante e indispensable intervenir psicológicamente para reducir la ansiedad en las gestantes adolescentes y adulta (3).

Moscol, K. (2017). En su investigación "Antecedente de eventos obstétricos adversos como factor asociado a ansiedad en la gestante del Hospital de Apoyo Chepén". Se realizó un estudio observacional, de corte transversal descriptivo, cuya muestra fue de 200 gestantes. Se les aplicó el cuestionario de IDARE, hallándose como resultados referentes al nivel de ansiedad baja con un (22%), media (61%) y alta (17%). En lo que compete al 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 $2,51 \pm 0,63$; $p < 0,05$. Las gestantes casadas presentaron un 80% vs 95,56%; $p < 0,05$ y las gestantes con estudios superiores fue 40% vs 57,78%; $p < 0,05$. Haber sufrido de antecedentes de eventos obstétricos adversos fue 23,23% vs 62,22%; $p < 0,001$; y en relación a los tipos de antecedentes obstétricos, se encontró que las gestantes que abortaron 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 antecedentes obstétricos

resaltantes. Se concluyó que el antecedente de eventos obstétricos adversos fue un factor vinculado a padecer de ansiedad estado rasgo (13).

Gordillo, L. (2019). En su estudio de investigación "Factores psicosociales asociados a trastornos hipertensivos del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo". Se ejecutó una investigación analítica de casos y controles de 84 gestantes, dentro de las cuales 42 de ellas con trastorno hipertensivo durante la gestación y 42 sin trastorno hipertensivo. Se empleó el Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE). Para el análisis estadístico calculó el Odds ratio e intervalo de confianza al 95% y la distribución Chi cuadrado. Los resultados que se obtuvieron son que los factores psicosociales ($p=0.174$; OR: 2.13; IC: 95% 0.71 - 6.43). La frecuencia de ansiedad, fue de 57.14 %, en gestantes adolescentes con trastornos hipertensivos. Concluyendo que las gestantes adolescentes que padecen trastornos hipertensivos padecen nivel de ansiedad estado rasgo de nivel alto (14).

2.1.3. Antecedentes Locales

Vergara, P. (2019). Desarrolló una investigación "Estrés psicosociales y su asociación con el desarrollo de preeclampsia del servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca". La investigación es de diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional; se trabajó con una muestra conformada por 85 gestantes. Se utilizó un cuestionario de recolección de datos realizado por la investigadora, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), el APGAR familiar y el formulario de detección de violencia basada en género. El resultado no existe relación entre la ansiedad estado rasgo, depresión rasgo-estado, la disfunción familiar y la violencia basada en género con la preeclampsia. Se concluyó que la ansiedad estado, depresión rasgo-estado, la disfunción familiar y la violencia basada en género no mostraron vinculación relevante con la preeclampsia; mientras que la ansiedad rasgo, fue el único factor estresante que se vinculó notoriamente con la patología mencionada. No se encontró vinculación marcada entre los estresores psicosociales y la preeclampsia (16).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. El embarazo

2.2.1.1. *EL embarazo*

El embarazo, gravidez o gestación son los términos que denominan al periodo comprendido entre la fecundación y el parto. Durando aproximadamente 280 días, 40 semanas, 9 meses calendario (de 30 días) o 10 meses lunares (28 días). Calculando desde el primer día del último periodo menstrual o fecha de última regla (FUR) (17).

2.2.1.2. **Características fisiológicas en el embarazo:**

Características en la composición corporal y la ganancia de peso: El peso del feto representa un 27% del total del peso ganado por la madre; al líquido amniótico le corresponde un 6% y a la placenta 5%. El resto de la ganancia corporal se debe al incremento del tejido útero, mamas, tejido adiposo, volumen sanguíneo y líquido extracelular. Haciendo un total de 12,5kg; este nivel de ganancia está vinculada con el resultado óptimo en mujeres saludables (18).

Características en el sistema cardiovascular: El sistema cardiovascular sufre cambios importantes con respecto al embarazo, incrementándose en un 50% en comparación con una mujer que no está gestando. También existen modificaciones de la frecuencia cardíaca elevándose en un 15 a 25% de lo habitual. El volumen de sangre impulsada por el ventrículo en cada latido también aumenta en un 25 a 30% al finalizar la gestación. La resistencia periférica disminuye en un 20% existiendo una leve dificultad del paso de la sangre en los vasos sanguíneos (18).

Características en el aparato urinario: Existe un aumento en la longitud del riñón, de aproximadamente 1 a 1,5 cm, debido a que se produce una dilatación de tres componentes principales de este órgano: la pelvis renal, los cálices renales y los uréteres, generando un incremento del espacio muerto urinario este está relacionado con el intercambio gaseoso que se lleva a cabo en el pulmón

específicamente en los alveolos, esto se suma al incremento de la vascularización renal y por último el mayor volumen intersticial (18).

Características en el tracto gastrointestinal: El estómago es el principal órgano que sufre modificaciones debido a la intervención de factores mecánicos y hormonales, en el factor mecánico involucra el aumento del tamaño del tejido uterino y en el factor hormonal la presencia de progesterona regulando la actividad metabólica y también actúa disminuyendo el peristaltismo, y por ende el vaciamiento gástrico se tornará lento y el intestino delgado tendrá una mayor absorción por la lentitud del mismo. El hígado no presenta modificaciones morfológicas, pero la función hepática experimenta cambios en el caso de la fosfatasa alcalina aumenta en casi el doble en su concentración estándar, mientras que las aminotransferasas, gamma glutamil transpeptidasa y bilirrubina total muestran concentraciones ligeramente disminuidas, en el caso de la albúmina sérica disminuye en su concentración por el aumento del volumen sanguíneo (18).

Características en el sistema nervioso central y periférico: Mediante una resonancia magnética se demuestra que el riego sanguíneo cerebral bilateral en las arterias cerebrales media y posterior disminuye progresivamente hasta el tercer trimestre de gestación, desconociéndose el origen del mecanismo e importancia clínica de esta reducción, aunque podría explicar la reducción de la memoria durante el embarazo (18).

Características en el sistema respiratorio: Es en la octava semana donde se inician lentamente las modificaciones en las capacidades, volúmenes y ventilaciones pulmonares, causadas por factores hormonales, mecánicos y anatómicos. En la parte hormonal intervienen la progesterona, cortisol y relaxina, dilatando la vía aérea y por efecto la resistencia pulmonar en un 50%. El volumen corriente, la ventilación pulmonar y el consumo de oxígeno aumentan por la capacidad residual funcional y el volumen residual están disminuidos, por elevación del diafragma. En el aspecto anatómico el diámetro vertical interno disminuye hasta en 4 cm, por la presencia del útero y también por la elevación del diafragma, en cuanto a la circunferencia torácicas el eje transversal y anteroposterior incrementan su tamaño hasta en 6 cm (18).

Características que se dan en la piel: Debido a la presencia de hormonas propias del proceso de gestación se presentan las siguientes modificaciones, las alteraciones pigmentarias son las más comunes y tienden a causar preocupación en la gestante una de ellas es el típico cloasma o melasma gravídico, por presencia de melanocitos en mayor concentración, esta melanina suele modificarse no solo por presencia de hormonas influyentes en la gestación sino también por factores genéticos, cosméticos y ambientales (18).

Características psicológicas: El proceso de gestación representa sin duda alguna un cambio rotundo y significativo en la vida de la mujer. Y por ello se considera una etapa crítica del desarrollo psicológico, por poner a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer y también por significar una ocasión de crecimiento psicológico para ella, mediante este evento significativo la salud emocional de la madre se pone a prueba porque se evaluará su capacidad para adaptarse y aceptar esos cambios y también su capacidad de enfrentar este proceso totalmente nuevo para ella y no solo tienen que ver las capacidades que la mujer tenga para afrontarlo, sino también entrará a tallar el esquema mental que se formó desde la infancia (6).

La mujer al tener conocimiento sobre su gestación, presentará una alteración psicológica transitoria llena de dudas, interrogantes e incertidumbre sobre su estado, ya que es menester adaptarse a la situación nueva y esto puede provocar disminución de funciones de defensa dirigidas específicamente a aplacar la ansiedad que surjan en ella mediante múltiples formas de manejo del conflicto, con restricción temporal de la conciencia, reactiva y funcional, que actúe sobre el yo y tenga repercusión en pensamientos, sentimientos, valores conductas, sin impacto en la estructura de la personalidad, por lo que se considera entonces un malestar psicológico (6).

Durante la gravidez intervienen aspectos internos y externos a la mujer, haciendo factible los conflictos psicológicos que se presentan en esta etapa y pueden ser la combinación de ambos o el predominio de uno sobre otro (6).

En el aspecto social influye mucho la presión que ejerce el que su embarazo no se dé en circunstancias socialmente favorables, es decir, con una pareja estable y en una

situación económica adecuada, lo cual se empeora cuando no cuenta con apoyo familiar durante la gestación. Desfavoreciendo la adaptación de la mujer a su nuevo estado y causándole conflictos por no cumplir con los requerimientos incidiendo notoriamente en su estado emocional, dándose como respuesta manifestaciones ansiosas (6).

2.2.1.3. La gestación como un proceso biológico y psicológico:

La gestación se entiende como un proceso natural y biológico, que trae consigo una variedad de modificaciones en los aspectos físicos, emocionales, psicológicos y sociales (25).

Los cambios morfofisiológicos durante la gestación influyen en el comportamiento normal de la mujer y alteran el curso habitual de la pareja y familia, según las expectativas que se tengan frente al nuevo ser (25).

Cuando se menciona explícitamente los cuidados a la gestante no solo se deben enfatizar a los hábitos alimenticios, higiene, sueño y ejercicio, sino también es importante tener en cuenta a los aspectos emocionales y las circunstancias que la rodean y que la pueden afectar al curso normal del embarazo tales como son: planificación de la gestación, relación de pareja, aspectos económicos, etcétera. El aspecto psicológico de la gestante no se puede analizar en forma aislada e independiente, sino también se debe incluir a la pareja y familia y determinar cómo influyen para que puedan afectarla positiva o negativamente, así el cuidado ofrecido debe tener características de humanización, tales como el afecto, dedicación, comprensión y una comunicación asertiva (25).

El estado emocional de la gestante tiene efectos directos sobre el feto por el incremento hormonal que se produce durante el periodo de gestación, así las tensiones emocionales, los temores por antecedentes obstétricos como son abortos espontáneos, enfermedad fetal, desprendimiento prematuro de la placenta, pre eclampsia, eclampsia, imponen una alteración en el patrón de crecimiento intrauterino lo que incide en la prematuridad, además de que existen otros factores como el estrés, la ansiedad y depresión que afectan el proceso gestacional (25).

2.2.2. La ansiedad

Según Spielberger y Díaz, definen a la ansiedad como una reacción emocional desagradable que ocurre en función a un estímulo, el cual es considerado como amenazador por el sujeto, lo que produce cambios fisiológicos y conductuales. Además de presentar manifestaciones como la intranquilidad, tensión y aprensión, dolor de cabeza, cansancio, temblor, manos sudorosas, taquicardia, boca seca, hipotensión, irritación, dificultad para concentrarse, dificultad para conciliar el sueño, llanto (21, 24). Para poder comprender el constructo teórico de la ansiedad los autores afirman que existen dos aspectos independientes los cuales son:

El primer aspecto independiente de la ansiedad es la ansiedad estado que se conceptualiza como un estado o condición emocional transitoria del cuerpo, que se suele caracterizar por presentar sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, y también por sentir una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede alterarse con el tiempo y fluctuar en intensidad (23).

El segundo aspecto independiente de la ansiedad es la ansiedad rasgo que se caracteriza por presentar una propensión ansiosa relativamente estable. La ansiedad rasgo, se conceptualiza a partir de la estimulación de diversas circunstancias y la respuesta de las disposiciones comportamentales adquiridas basándose en experiencias pasadas y a la manera de como el sujeto responde a esos estímulos (21).

Ambos aspectos, se sintetizan de la siguiente manera: la primera es una manifestación que se da en un momento dado con un grado de intensidad determinado, basada en la reacción de una experiencia momentánea, por su parte la segunda implica diferencias entre los sujetos y su disposición para responder a situaciones tensas con diferentes manifestaciones de ansiedad estado (21).

En general, los sujetos con mayor ansiedad rasgo presentarán una mayor ansiedad estado que los sujetos con menor ansiedad rasgo porque los sujetos con mayor ansiedad rasgo ven muchas más situaciones amenazadoras. Por tanto, los sujetos con mayor ansiedad rasgo son más propensos a responder con un incremento de ansiedad estado en diversas situaciones. Sin embargo, el hecho de que las personas que difieren

en ansiedad rasgo muestran unas correspondientes diferencias en ansiedad estado, depende del grado en que la situación específica es percibida por un determinado individuo como peligrosa o amenazadora, y esto está muy influido por las particulares experiencias pasadas (23).

La ansiedad rasgo sería un condicionante previo, por formar parte de la personalidad del sujeto. La diferencia principal entre la ansiedad rasgo es relativamente estable e incrementa la ansiedad estado ya que una depende de la otra (15).

La ansiedad en el embarazo se atribuye en principio, a la inestabilidad emocional generada por el desbarajuste hormonal propio de esta etapa. Adicional a esto se debe considerar las modificaciones que se dan en el proceso de gestación, la preocupación por el desarrollo del nuevo ser, la gran carga afectiva que acompaña al embarazo y preparar el hogar para la llegada del recién nacido, son algunas circunstancias que inducen a que las gestantes padezcan de ansiedad durante el proceso de gestación (22).

2.2.2.1. Perfil clínico de la ansiedad:

Frente a la respuesta humana normal que repercute en la mente y el cuerpo, esta respuesta humana se da comúnmente cuando la persona se somete a situaciones desconocidas, exteriorizándose físicamente en forma de manifestaciones clínicas como: incremento del patrón cardiaco, respiratorio, temblores, intolerancia. Problemas con el sueño y descanso manifestándose las pesadillas, insomnio, temores, miedo, fatiga, debilidad, cefalea, coordinación pobre, disnea, sensación de asfixia, sofocación, hiperventilación incomodidad epigástrica dispepsia poliuria sudores en las manos, etc. (2).

2.2.2.2. Factores

Se estima que la mayoría de los sujetos presentan ansiedad difiriendo en cada individuo esto se debe a que por su connotación biopsicosocial el ser humano se diferencia de otro por la forma en la que se desencadena la ansiedad, en la gestante se da posiblemente al hecho de enfrentarse a una situación naturalmente desconocida,

otra causa podría atribuirse a que la gestante tenga algunos problemas emocionales de por medio que repercutan a que la ansiedad se agudice o se note de manera marcada y por último la gestante también afronta una carga social bastante importante que suman a que la ansiedad se desencadene más rápidamente. Es decir que ciertos estímulos pueden ser indiferentes para unos, cuando otros estímulos llevan a tener una ansiedad notable. Para esto se hace mención a los siguientes factores que influyen como causas de la ansiedad en la gestante, siendo la primera un factor biológico, para otros puede ser de origen psicológico y por último se considera al factor psicosocial, aunque también la gestante podría evidenciar tener 3 factores o más (1).

Factores biológicos: Depende mucho de la condición genética que se haya identificado ya que en casi todos los trastornos de ansiedad se han identificado que tienen una alta predisposición genética pero no siempre es definitiva (19).

Factores psicosociales: Los estresores psicosociales intervienen protagónicamente en la mayoría de los trastornos de ansiedad. Los problemas en la familia, académicos, laborales, sociales y económicos, cambios significativos en la vida, etc. Se vinculan para que aparezcan los problemas de origen ansioso (19).

Factores traumáticos: Hacer frente a eventos traumáticos como accidentes graves, desastres, violaciones, violencia etc., producen severos daños biológicos cerebrales que se relacionan comúnmente con síntomas graves de ansiedad (19).

2.2.2.3. Etiología

Para explicar la etiología de la ansiedad existen conceptos que la analizan dentro de ellos tenemos: **Conceptos psicoanalíticos:** Sigmund Freud, afirma que una posible etiología de la ansiedad es que individuo haya experimentado experiencias traumáticas. Siendo los eventos traumáticos situaciones poco frecuentes y solamente tienen lugar en respuesta a un estrés severo por el cual el “YO” se siente agobiado y la ansiedad se descarga directamente sin modificarse tornándose con nula moderación o freno de los impulsos o sentimientos (1).

Conceptos biológicos de la ansiedad: Es vital tener en cuenta el enfoque biológico de la ansiedad y para ello es importante considerar las siguientes manifestaciones según sistemas en el sistema nervioso autónomo, hace mención a la toma de conciencia de las funciones autónomas las cuales intervienen en los latidos cardiacos, la sequedad de la boca o la sofocación. En el sistema límbico y el eje hipotalámico- hipofisario, el sistema límbico conserva una retroalimentación con el hipotálamo, actuando a su vez como el órgano efector central para con el sistema nervioso autónomo. El hipotálamo posterior modula la excitación simpática, el incremento del estado de alerta y la mediación de la reacción de afrontación o huida. El hipotálamo anterior media la relajación del tono muscular, la conservación de energía y la desaceleración del grado de alerta. La ansiedad ha sido interpretada como un desbalance entre las actividades de las porciones anterior y posterior del hipotálamo, con preponderancia del hipotálamo posterior (1).

Intervención del locus coeruleus (LC), que se un pequeño núcleo encuentra situada en la base del cerebro representa la fuente principal de neuronas noradrenérgicas que se proyectan hacia el resto del sistema nervioso central, desempeñando un papel importante en la regulación de la ansiedad. El LC comanda distintas funciones fisiológicas, especialmente en el manejo de los mecanismos de vigilancia y en el inicio del comportamiento adaptativo. Es así que la hiperactivación del LC parece dar lugar a respuesta frente a estímulos estresantes (1).

2.2.3. Teoría de la Ansiedad según Spielberger

Basándose en los aspectos teóricos de Sigmund Freud, se entiende que Spielberger, ha distinguido que la ansiedad posee dos aspectos independientes que asumen el papel de emociones las cuales son: el estado y el rasgo (21).

Los estados emocionales se entenderían como el reflejo subjetivo de la condición de vida del sujeto en un determinado momento mientras, que las emociones como rasgos de la personalidad estarían acompañándonos durante la vida, teniendo mucho que ver con los diversos factores como son los biológicos, psicosociales, traumáticos socioculturales, etc., que intervengan para su determinación (21).

Utilizando lo mencionado, Spielberger ha precisado que existen dos niveles de ansiedad. Así también considera que este nivel de ansiedad rasgo se incrementa bajo el dominio de condiciones amenazantes o en circunstancias que existe peligro. Algunos sujetos tienden a actuar con mucha más ansiedad, con más frecuencia y en más situaciones distintas que otros sujetos. (21).

Es por ello que Spielberger expresa que cuando alguien que encuentra en una situación de carácter angustioso y lo interpreta como algo amenazador o peligroso, experimenta sensaciones de temor y preocupación. Al mismo tiempo tiende padecer un conjunto de cambios, signos y síntomas fisiológicos y conductuales, como resultado de la activación, excitación y estimulación del sistema nervioso autónomo generando incremento del nivel de ansiedad estado. Además, Spielberger explica que una sucesión de situaciones estresantes o esta misma reacción puede determinar a una secuencia de comportamientos dirigido a evadir el estímulo amenazante activando las defensas psicológicas de evaluación cognoscitiva, teniendo en cuenta sus experiencias pasadas, generándose así incremento del nivel de ansiedad rasgo (21).

Teniendo un concepto global en lo que corresponde a la ansiedad según Spielberger y sus dos aspectos independientes como son el nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo se concluye que es la teoría más propicia e idónea que fundamenta la existencia de estos dos aspectos que forman parte del mismo constructo teórico y de esa manera se empleó en el presente trabajo de investigación.

2.3. VARIABLE DEL ESTUDIO Y MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN

Variable:

Nivel de ansiedad estado

Nivel de ansiedad rasgo.

Tabla 1. Matriz de Operacionalización.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Tipo de variable	Criterio de medición	Instrumento
Nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo	la ansiedad es una reacción desagradable que se combinan de experiencias pasadas y cambios fisiológicos y conductuales (24).	Ansiedad Estado	Tensión transitoria.	1 a 4	Cualitativo	Nivel de Ansiedad Bajo	Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), de Spielberger y Díaz (2002) de 40 ítems.
			Aprensión transitoria.	1 a 4	Cualitativo	(Menos de 30 puntos). Nivel de ansiedad Medio	
			Nerviosismo transitorio.	1 a 4	Cualitativo	(De 30 a 44 puntos). Nivel de ansiedad Alto	
			Preocupación transitoria.	1 a 4	Cualitativo	(Mayor a 44 puntos).	
	Ansiedad estado Como un estado emocional de carácter transitorio frente a una determinada situación (24).						
	Ansiedad rasgo viene a ser el rasgo de la personalidad relativamente estable basado en experiencias pasadas (24).	Ansiedad Rasgo	Tensión	1 a 4	Cualitativo	Nivel de Ansiedad Bajo	
			Nerviosismo	1 a 4	Cualitativo	(Menos de 30 puntos). Nivel de ansiedad Medio	
			Preocupación	1 a 4	Cualitativo	(De 30 a 44 puntos). Nivel de ansiedad Alto	
			Aprensión	1 a 4	Cualitativo	(Mayor a 44 puntos).	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Descriptivo: La investigación es descriptiva por estar orientada a describir y caracterizar un fenómeno o hecho, la cual va a identificar fenómenos sociales importantes en la población (29), en este sentido, la presente investigación tuvo en cuenta las características sociodemográficas de la población gestante, y describió asimismo el nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo de las gestantes del Puesto de Salud de Chontapaccha.

Cuantitativa: La investigación es cuantitativa por utilizar métodos, herramientas estadísticas y matemáticas para analizar la información con la finalidad de medir las variables de estudio, realizando un análisis con mayor objetividad y llegando a conclusiones concretas (30). La presente investigación se realizó bajo este enfoque cuantitativo, para ello se empleó un instrumento estandarizado para obtener datos numéricos respecto al nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo de las gestantes, posteriormente, la información obtenida fue procesada por medio de herramientas estadísticas para describir y analizar el objeto de estudio de la presente investigación.

Transversal: La presente investigación es transversal por realizarse en un momento determinado de tiempo, recolectándose información respecto a la variable del estudio, por medio de un inventario, por única vez.

3.2. ÁMBITO DE ESTUDIO

Este trabajo se realizó en el Puesto de Salud de Chontapaccha ubicado en Psj. Santa Rosa #253, perteneciente a la Micro Red Pachacutec, es un Puesto de Salud de nivel I-2 que brinda servicios en las áreas de medicina, enfermería y obstetricia es en este último en el cual se trabajó, cuenta con un promedio de 500 mujeres en edad fértil, de las cuales

un aproximado de 124 son gestantes, es con ellas que se realizó el presente trabajo de investigación.

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: La población estuvo conformada por un total de 124 gestantes que se atienden en el Puesto de Salud de Chontapaccha.

Se determinó el total de la población 124 mediante el uso del “Sistema de vigilancia de gestantes y puérperas” (SIVIGYP), del Puesto de Salud de Chontapaccha. Cuya encargada es la Obs. Bessy Mariluz Sáenz Saucedo.

Muestra: Para determinar la muestra de la investigación se utilizó la siguiente fórmula estadística:

$$\text{Tamaño de muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

$$\text{Tamaño de muestra} = \frac{\frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{e^2}}{1 + \left(\frac{1.96^2 \times 0.5(1-0.5)}{0.05^2 124} \right)}$$

$$\text{Tamaño de muestra} = 94$$

Donde:

N = tamaño de la población (124)

e = margen de error (porcentaje expresado con decimales 0.05)

Z = puntuación Z (cantidad de desviación estándar, que para este caso sería 1.96 al tener grado de confianza de 95%)

p = probabilidad esperada (0.5)

q = probabilidad de fracaso (0.5)

Reemplazando se determinó el tamaño de la muestra el cual es: $n = 94$

3.3.1. Unidad de análisis: Cada gestante del Puesto de Salud de Chontapaccha.

3.3.2. Criterio de inclusión:

Gestante adolescentes, jóvenes y adultas del Puesto de Salud de Chontapaccha.

Gestantes que se atendieron en el Puesto de Salud de Chontapaccha que presten consentimiento a la aplicación del (IDARE), de Spielberger y Díaz Guerrero.

3.3.3. Criterios de exclusión:

Gestantes que presentaron deficientes condiciones de salud mental.

Gestantes menores de edad cuyos padres no permitieron su participación en el presente trabajo de investigación.

Gestantes que se atendieron en el Puesto de Salud de Chontapaccha y que no consintieron su participación.

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó mediante el uso de la técnica de la entrevista vía llamadas telefónicas y en algunos casos se realizó una visita domiciliaria aplicándose de esa manera como instrumento el (IDARE), de Spielberger y Díaz Guerrero previo consentimiento informado (anexo n°.1).

3.5. DESCRIPCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Se empleó la entrevista utilizando un lenguaje conciso, claro, específico además de resaltar que durante la entrevista y aplicación del instrumento se usaron los protocolos y medidas de bioseguridad respectivas para prevenir el coronavirus SARS- CoV-2. Constó de dos partes:

En la primera se consignaron la ficha de datos sociodemográficos que sirvieron para caracterizar a la población de estudio que se encuentra en el (anexo n°.2).

Seguidamente se aplicó el (IDARE), de Spielberger y Díaz Guerrero de (40 ítems); (anexo n°. 3 y anexo n°.4). El cual se describe a continuación:

Fundamentación y datos Históricos del Inventario de Ansiedad Estado Rasgo según Spielberger

El Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo o (State- Trait Anxiety Inventory) STAI, en su primera versión fue descrita y evaluada en 1967 en la obra de Levitt; el autor compara y contrasta el STAI con otros instrumentos psicológicos preexistentes medir esta variable (23).

El (IDARE), ejecutado por Spielberger y Díaz-Guerrero, es la continuación de la versión STAI, la diferencia es que el IDARE es la versión es español (21)

El cuestionario está comprendido por dos escalas separadas de autoevaluación los cuales determinan y miden dos aspectos independientes de la ansiedad, como son el estado y rasgo. Inicialmente fue ingeniado como instrumento para analizar los fenómenos de la ansiedad en adultos "normales", es decir sin manifestaciones psiquiátricas, adicionalmente a ello se demostró que el cuestionario es útil para medir ambos conceptos tanto en adolescentes y adultos (23).

Ficha técnica

El Inventario de Ansiedad Rasgo Estado (IDARE), de Spielberger y Díaz Charles D. y Rogelio Díaz Guerrero, fue elaborado en México en el año 2002 la calificación que se emplea es mediante escala, midiendo así: el nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo, la forma de aplicación puede darse de forma individual y grupal de manera autoaplicativa, está diseñado para ser aplicado en adolescentes, jóvenes y adultos ya que cuenta con instrucciones simples para ser aplicado. Consta de un total de 40 ítems, de manera libre, sujeto a lo que demoren en responder las gestantes.

Descripción de las escalas según Spielberger:

Ansiedad Estado:

La escala de ansiedad estado del IDARE consiste en veinte afirmaciones, las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en ese mismo momento (21).

Asimismo, las características esenciales que pueden evaluarse con la ansiedad estado involucran sentimientos de (24):

Tensión transitoria: dolor de cabeza y cuello, opresión corporal, agotamiento físico.

Aprensión transitoria: presión en el pecho, sensación de asfixia, entumecimiento de manos y brazos.

Nerviosismo transitorio: temblor en el cuerpo, pupilas dilatadas, tartamudeo, agitación.

Preocupación transitoria: excitación, presentimientos (24).

Ansiedad Rasgo:

La escala ansiedad rasgo del IDARE consta también de veinte afirmaciones en las que se pide a los individuos describir cómo se sienten habitualmente (21).

Además, las características esenciales que pueden evaluarse con la ansiedad estado involucran sentimientos duraderos de (24):

Tensión: dolor de cabeza y cuello, opresión corporal, agotamiento físico.

Nerviosismo: temblor en el cuerpo, pupilas dilatadas, tartamudeo, agitación.

Preocupación: excitación, presentimientos.

Aprensión: presión en el pecho, sensación de asfixia, entumecimiento de manos y brazos (24).

Aparentemente son los mismos indicadores para ambas, la diferencia está en la duración e intensidad, ya que en la ansiedad estado solo se manifiesta en un momento dado y a la vez de corta duración a diferencia de la ansiedad rasgo que tiende a prolongarse e intensificarse más los síntomas (24).

Asimismo, el conglomerado teórico de estas dos escalas, así como la sumatoria independiente de ambas puntuaciones, da como resultado el nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo el cual es definido por Spielberger como una sensación emocionalmente incómoda sucede en función a un estímulo extrínseco, que es considerado amenazador para el sujeto, lo que genera modificaciones fisiológicas y conductuales. Comprendiendo además sentimientos de intranquilidad, tensión y apreensión (24).

Descripción del instrumento:

Comprende dos escalas, para medir el constructo teórico de ansiedad, es necesario resaltar que la gestante deberá responder todos los ítems sin omitir ninguno, en la primera parte del inventario le corresponde a la evaluación de ansiedad estado que comprende del ítem 1 al ítem 20, marcando del 1 a 4 en la que la gestante responderá cómo se siente en ese mismo momento de la entrevista, comprende los siguientes indicadores, tensión transitoria (ítems 3, 5, 9, 14, 20), apreensión transitoria (ítems 2, 8, 11, 15, 19), nerviosismo transitorio (ítems 1, 6, 12, 13, 18) y preocupación transitoria (ítems 4, 7, 10, 16, 17) (21).

La escala de ansiedad estado posee dos tipos de ítems eso quiere decir que no todos los ítems tendrán la misma calificación, los ítems directos: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18 y los ítems inversos: 1, 2, 5, 8, 10, 15, 16, 19, 20 (21).

Si los ítems son directos tendrán la misma calificación teniendo en cuenta la escala, pero en el caso de los ítems inversos la calificación se revertiría. Después de tener clara la

clasificación de ítems directos e inversos, se procede a colocar la puntuación respectiva según el tipo de ítem (21).

Es la segunda parte del inventario que corresponde a la escala de ansiedad rasgo y comprende del ítem 21 al ítem 40 marcando del 1 a 4, en esta parte la gestante responderá cómo se sienten generalmente. Posee los siguientes indicadores: tensión (ítems 21, 28, 30, 34, 40), nerviosismo (ítems 25, 27, 36, 38, 39), preocupación (23, 29, 31, 35, 37), aprensión (ítems 22, 24, 26, 32, 33). La escala de ansiedad rasgo posee, al igual que la escala estado dos tipos de ítems entendiéndose que no todos los ítems tendrán la misma calificación: ítems directos: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40, ítems inversos: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 (21).

Al igual que la ansiedad estado cumple la condición de que si los ítems son directos tendrán la misma calificación teniendo en cuenta la escala, pero en el caso de los ítems inversos la calificación se revertiría. Después de tener clara la clasificación de ítems directos e inversos, se procede a colocar la puntuación respectiva (21).

Al obtener el puntaje total de los de los ítems directos e inversos en cada escala, se pasa a colocar puntaje otra vez, pero respecto al total A y total B, y se aplicaran fórmulas diferentes para el nivel de ansiedad estado y para el nivel de ansiedad rasgo. Dichos puntajes totales transformados de cada escala, se registra en la tabla reflejada en el manual del inventario de puntuaciones T normalizadas o rangos percentilares (21).

Los autores manifestaron que las puntuaciones para ambas escalas, tanto el estado como el rasgo, fluctúan desde una puntuación mínima de 20 a una máxima de 80 en progresión con el nivel de ansiedad. Luego de haber registrado en la tabla del manual se clasifica según el puntaje obtenido eso funciona tanto para el nivel de ansiedad estado como para el nivel de ansiedad rasgo arrojando lo siguiente:

Nivel de Ansiedad Bajo (≤ 30 puntos).

Nivel de ansiedad Medio (30-44puntos).

Nivel de ansiedad Alto (≥ 45 puntos).

Nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo:

Nivel de Ansiedad Bajo (≤ 30 puntos):

Se le denomina como una ansiedad benigna o de tipo ligero, en este nivel de ansiedad el sujeto se encuentra en estado de alerta dominando las múltiples situaciones antes que se acontezcan (21).

Nivel de ansiedad Medio (30-44 puntos):

En la ansiedad media, algunas de las siguientes manifestaciones clínicas: respiración entrecortada, hipertensión, estómago revuelto, boca seca, diarrea o estreñimiento, expresión facial de miedo, inquietud, respuestas de sobresalto, dificultad de dormir o relajarse, etc (21).

Nivel de ansiedad Alto (≥ 45 puntos):

En la ansiedad alta, en este nivel de ansiedad los sujetos reducen su capacidad de respuesta, presentan también disminución de la capacidad para aprender y establecer secuencias lógicas. Presentan algunas de las siguientes manifestaciones clínicas: sensación de sofocación, movimientos involuntarios o temblores, expresión facial de terror, hipertensión arterial, etc (21).

3.6. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

Validez

En Argentina, Ecuador, México y Perú, Arias (1990). Ejecutó un estudio de validación del IDARE. La investigadora brinda una tabla de conversión de puntuaciones procedente de una muestra mexicana, para la interpretación de los resultados mostrando baremos empleando una escala de centil ordinal, de 5 a 95 (31), lo que da una buena validación del instrumento.

Asimismo, se realizó la baremación del IDARE en una población de 120 mujeres pacientes del Servicio de Psicología de un Hospital Chiclayo, Perú. En el año 2013 Donde se validó por tres expertos y también se verificó la revisión lingüística (31).

En lo que corresponde a la validez de la escala ansiedad estado se realizó una investigación con 332 hombres y 645 mujeres dando un total de 977 estudiantes no graduados de la Universidad Estatal de Florida, aplicándole esta escala bajo condiciones normales. Luego de ello se les hizo responder la misma escala antes de que dieran un examen importante, encontrando que para la escala ansiedad estado era alta, previo al examen difiriendo de cuando se les aplicó en condiciones normales, eso se dio en ambos sexos, comprobando que los ítems de esta escala son idóneos para aplicarse bajo condiciones que posean diferente grado y tipo según la tensión que exista (31).

Además, existe evidencia acerca de la validez de la escala ansiedad rasgo del IDARE, mediante adecuación entre este instrumento y otros instrumentos psicométricos que miden la ansiedad, como es la “Escala de Ansiedad Manifiesta” (TMAS) de Taylor (1963), “Escala de Ansiedad” (IPAT) de Cattell y Scheier (1963) y “la lista de adjetivos” (AACL) de Zuckerman (1960), hallando que dichas correlaciones eran medianamente altas (entre 0.52 y 0.83) tanto para estudiantes universitarios como para pacientes clínicos (31).

Confiabilidad

Respecto a lo anterior el IDARE posee propiedades psicométricas, las informaciones del manual manifiesta que posee una adecuada confiabilidad obtenida por el método test-retest, con correlaciones que oscilaron entre 0,73 y 0,84. Los valores alfa de Cronbach también fueron satisfactorios, oscilando de 0,83 a 0,92. La validez concurrente fue verificada por las correlaciones con otras pruebas de ansiedad rasgo, como el Taylor’s Manifest anxiety Scale y el Zuckerman’s Affect Adjective Checklist (Cattell & Scheier, 1963), y los coeficientes oscilaron entre 0,75 y 0,80 (28).

El IDARE posee una elevada confiabilidad, alfa de Cronbach de 0.83 para evaluar la escala de ansiedad estado y para la escala de ansiedad rasgo de 0.90 (16).

Además, luego de la recolección de la información se realizó cálculo del coeficiente Alfa de Cronbach para ambos inventarios, encontrando un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.943 para el inventario ansiedad estado y un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.919

para el inventario ansiedad rasgo (anexo n°.6), por lo tanto, se deduce que la confiabilidad del instrumento de recolección de datos es elevada.

3.7. PROCESAMIENTO, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Los resultados obtenidos fueron procesados en el programa Excel 2016 como base de datos para luego emplear el programa estadístico SPSS v25 las cuales fueron representadas en tablas estadísticas de carácter simple.

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se consideraron diferentes aspectos éticos empleados en el ámbito de la salud, interviniendo en primera línea los principios éticos como son, no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía; con el objetivo principal de emplear la información obtenida exclusivamente con propósito académico.

Otro aspecto que también se empleó es la protección de los derechos humanos para ello se utilizará el consentimiento informado (anexo n°.1), informándoles el propósito del uso de la información que proporcionen.

Por último, frente a la problemática sanitaria por la pandemia coronavirus SARS- CoV-2, se usaron las medidas preventivas y protocolos establecidos por el MINSA para la prevención de esta enfermedad y salvaguardar la integridad de las gestantes y de la tesista.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Tabla 2. Características sociodemográficas de las gestantes. Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020.

Características	Ítems	N	%
Edad	12 - 17 años	3	3,2
	18 - 29 años	55	58,5
	30 – 59 años	36	38,3
Estado civil	Soltera	4	4,3
	Casada	12	12,8
	Conviviente	78	83,0
	Viuda	0	0,0
Religión	Católica	67	71,3
	Evangélica	15	16,0
	Otro	12	12,8
Grado de instrucción	Sin educación	2	2,1
	Primaria incompleta	8	8,5
	Primaria completa	14	14,9
	Secundaria incompleta	10	10,6
	Secundaria completa	26	27,7
	Superior técnico incompleto	7	7,4
	Superior técnico completo	10	10,6
	Superior universitaria incompleto	4	4,3
	Superior universitaria completo	13	13,8
	Ocupación	Ama de casa	62
Trabajadora del hogar		8	8,5
Estudiante		4	4,3
Profesional		9	9,6
Comerciante		10	10,6

Características	Ítems	N	%
	Otro	1	1,1
Ingreso económico	< 930	75	79,8
	>= 930	19	20,2
Paridad*	G1	34	36.2
	G2	33	35.1
	G3	14	14.9
	G4	10	10.6
	G5	1	1.1
	G6	1	1.1
	G7	1	1.1
Atención prenatal**	< 6 APN	65	69,1
	>= 6 APN	29	30,9

Nota: * Fórmula obstétrica (G:aP:bcde); G: gravidez, a: número total de embarazos, incluyendo abortos, molas hidatiforme y embarazo ectópicos; P: paridad, b: número total de recién nacidos a término, c: número total de recién nacidos prematuros, d: número total de abortos, e: número total de hijos vivos actualmente. ** APN: atención prenatal. Fuente: Información extraída de la aplicación ficha de datos sociodemográficos (anexo n°.2).

En la tabla 2 se presenta las principales características sociodemográficas de las gestantes que acuden al Puesto de Salud Chontapaccha, 2020 encontramos que predominan las gestantes jóvenes de 18 a 29 años de edad con un 58.5%, siguiéndole las gestantes adultas de 30 a 59 años de edad (38.3%), y finalmente las gestantes adolescentes de 12 y 17 años de edad con un 3.2%. Por otro lado, la mayoría de gestantes (83.0%) son convivientes, 12, 8% de gestantes casadas y finalmente con un (4,3%) de gestantes solteras; en el caso de gestantes con creencia religiosa la mayoría son católicas con un (71.3%), y con un menor porcentaje las gestantes evangélicas (16%). En cuanto al grado de instrucción predomina con el 27.7% las gestantes con secundaria completa, siguiéndole con un 14.6% las gestantes que tienen primaria completa, caben recalcar que el 13.8% de las gestantes tiene estudios universitarios completos.

Las gestantes, en su mayoría (66.0%), como principal ocupación es ama de casa; el 79.8% del total de gestantes perciben un ingreso económico menor S/930.00 y el 20.2%

restante tienen ingresos mensuales por encima del sueldo base. Considerando el número de embarazos por gestante predomina el 36.2% de las gestantes (G1Pabcd) que han tenido solo una gestación, siguiéndole las gestantes que han tenido dos embarazos (G2Pabcd) con un (35.1%) y el 14.9% mujeres (G3Pabcd) que ha tenido tres embarazos.

Los resultados obtenidos por Vergara (2019), se asemejan a los resultados de la presente investigación respecto al grupo etario de 25 a 34 años de la población gestante con un 45.9%, ya que en esta etapa las mujeres mayormente tienen hijos porque ya cumplen de cierta forma sus objetivos como mujeres, además de sentirse felices por tener un hijo, sin embargo no siempre es así ya que en algunos casos el embarazo es una sorpresa para ellas y muchas veces no desean tener al bebé, algunas madres manifestaron que ya no querían tener otro hijo pero se dio, generando sentimientos de insatisfacción, rechazo, miedo e inseguridad por el embarazo, asimismo refiere que el 80% de las gestantes convivientes, el 25.9% concluyeron sus estudios secundarios y el 84% fueron amas de casa (16).

Al respecto Gancedo, Fuente, Chudacik, Fernández, Suárez y Suárez (2017) refiere haber encontrado en la población de estudio, gestantes universitarias con el 61,5%. Por otro lado, las características principales de la investigación realizada por Heredia (2018) son que el 60.9% de gestantes pertenece al grupo etario de 17-19 años; discrepando con el presente trabajo de investigación, ya que el mayor porcentaje encontrado en esta investigación les pertenece a las gestantes jóvenes, coincide el mayor porcentaje de gestantes que tienen secundaria completa representado un con el 31.8% y el 50.9%, de las gestantes tienen como ocupación ser amas de casa.

El hecho de haber concluido sus estudios secundarios les da conocimientos básicos para poder realizar actividades de cualquier índole, en el caso de algunas gestantes que no han estudiado primaria o que la han estudiado incompletamente carecen de conocimiento para realizar actividades laborales, comerciales, entre otros. En el caso de esta investigación también resalta el mayor porcentaje de amas de casa lo que quiere decir, que se dedican exclusivamente a la crianza de los hijos, la realización constante y rutinaria de quehaceres propios del hogar como son limpieza, cocina, compras, entre

otros, problemas económicos por lo que como hemos visto el salario es insuficiente para poder cubrir todos los gastos y servicios que se dan habitualmente en el hogar, además de generarse diversos factores estresantes que influyen negativamente en la gestante, como por ejemplo la pandemia, el desempleo del cónyuge o de ellas mismas ya que algunas manifestaron haber perdido su trabajo, la crisis política, el alza de precios, etc.

Es importante tener en cuenta que las características sociodemográficas de las gestantes, resaltando que en el presente trabajo de investigación predominan las gestantes convivientes, con ingreso económico inferior al básico, gestantes con secundaria completa, primigestas, amas de casa y con menos de seis atenciones prenatales, estas características suelen influir en mayor o menor intensidad en la ansiedad de las gestantes.

Tabla 2. Nivel de ansiedad estado según características de las gestantes. Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020.

Características	Ítem	Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Edad	12 - 17 años	0	0.0	0	0.0	3	100.0
	18 - 29 años	3	5.5	11	20.0	41	74.5
	30 – 59 años	1	2.8	9	25.0	26	72.2
Estado civil	Soltera	0	0.0	1	25.0	3	75.0
	Casada	0	0.0	2	16.7	10	83.3
	Conviviente	4	5.1	17	21.8	57	73.1
	Viuda	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Religión	Católica	2	3.0	16	23.9	49	73.1
	Evangélica	1	6.7	2	13.3	12	80.0
	Otro	1	8.3	2	16.7	9	75.0
Grado de instrucción	Sin educación	0	0.0	0	0.0	2	100.0
	Primaria incompleta	0	0.0	1	12.5	7	87.5
	Primaria completa	1	7.1	2	14.3	11	78.6
	Secundaria incompleta	0	0.0	2	20.0	8	80.0
	Secundaria completa	1	3.8	6	23.1	19	73.1

Características	Ítem	Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Ocupación	Superior técnico incompleto	2	28.6	1	14.3	4	57.1
	Superior técnico completo	0	0.0	3	30.0	7	70.0
	Superior universitaria incompleto	0	0.0	1	25.0	3	75.0
	Superior universitaria completo	0	0.0	4	30.8	9	69.2
	Ama de casa	2	3.2	12	19.4	48	77.4
	Trabajadora del hogar	0	0.0	1	12.5	7	87.5
	Estudiante	0	0.0	1	25.0	3	75.0
	Profesional	0	0.0	4	44.4	5	55.6
	Comerciante	2	20.0	1	10.0	7	70.0
	Otro	0	0.0	1	100.0	0	0.0
Ingreso económico	< 930	3	4.0	13	17.3	59	78.7
	>= 930	1	5.3	7	36.8	11	57.9
Paridad*	G1	1	2.9	7	20.6	26	76.5
	G2	2	6.1	8	24.2	23	69.7
	G3	1	7.1	3	21.4	10	71.4
	G4	0	0.0	2	20.0	8	80.0
	G5	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	G6	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	G7Pbcde	0	0.0	0	0.0	1	100.0
Atención prenatal**	Sin APN	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	< 6 APN	3	4.6	15	23.1	47	72.3
	>= 6 APN	1	3.4	5	17.2	23	79.3

Nota: * Fórmula obstétrica (G:aP:bcde); G: gravidez, a: número total de embarazos, incluyendo abortos, molas hidatiforme y embarazo ectópicos; P: paridad, b: número total de recién nacidos a término, c: número total de recién nacidos prematuros, d: número total de abortos, e: número total de hijos vivos actualmente. **APN: atención prenatal. Fuente: Información extraída de la aplicación del IDARE (anexo n°.3).

En la tabla 3, se observa que en todos los grupos etarios de las gestantes en estudio presentan nivel de ansiedad estado alto, predominando en las gestantes adolescentes de 12 y 17 (100%), seguido del 74.5% de las gestantes jóvenes de 18 y 29 años de edad y finalmente con el 72.2% las gestantes adultas de 30 y 59 años de edad. Así mismo, todas

las gestantes con respecto al estado civil, presentan nivel ansiedad estado alto predominado en las mujeres gestantes casadas (83.3%), seguido de las gestantes solteras (75%), y gestantes convivientes 73.1%.

Por otro lado, el nivel de ansiedad estado alto predomina en las gestantes sin educación (100%), seguido de las gestantes con primaria incompleta (87.5%), y las gestantes con secundaria incompleta (80.0%). En función a la ocupación, también se observa que predomina el nivel de ansiedad estado alto, encontrándose mayormente en las gestantes trabajadoras del hogar (87.5%), y el menor porcentaje se encuentra en las gestantes profesionales (55.6%), cabe recalcar que aún este porcentaje es alto. Así mismo, las gestantes con ingresos menor al salario mínimo presentan los mayores niveles de ansiedad estado (78.7%).

Considerando el número de embarazos por gestante, se observa que predomina el nivel de ansiedad estado alto en las gestantes que tienen cuatro gestaciones (G4Pbcde) con un marcado 80%, siguiéndole las primigestas con un (G1Pbcde) con un 76,5% y con un 71,4% las gestantes que tienen 3 gestaciones (G1Pbcde). Esto se basa a las experiencias pasadas que pueda tener la gestante. Con respecto a las atenciones prenatales se observa que predomina el nivel alto de ansiedad estado alto en las gestantes que recibieron más de seis atenciones prenatales (79.3%).

El presente trabajo de investigación respecto a la edad coincide con Madhavanprabhakaran, D'Souza y Nairy (2015), quienes encontraron en su investigación que las gestantes más jóvenes presentaban mayores niveles de ansiedad estado (8).

Por otro lado, los resultados obtenidos indican que las gestantes de mayor edad tienen menores niveles de ansiedad estado, además, las gestantes con mayor grado de educación completo tienen menor nivel de ansiedad estado, por lo tanto, se comparte lo señalado por Gancedo, Fuente, Chudacik, Fernández, Suárez y Suárez (2017) quienes concluyeron que las gestantes que han llevado cursos de parto son mujeres maduras y afrontan mejor la ansiedad.

Por su parte, Bustamante y Infante (2014) encontraron que el 40% de gestantes que no estudian tenían ansiedad estado de nivel medio, a diferencia del resultado obtenido que afirma que el 25% de gestantes que estudian tienen ansiedad estado de nivel medio. En base a los resultados obtenidos se acepta la afirmación de Chicoma y Silva (2015) que señalan que las primigestas son quienes en su mayoría tienen un nivel alto de ansiedad estado. Torres y Guevara (2017) indican que el 40.0% de las gestantes que se encuentran en estado civil como solteras tienen ansiedad estado de nivel alto, en cambio, en esta investigación se encontró un porcentaje superior, ya que el 75% de las gestantes solteras tiene ansiedad estado de nivel alto.

Partiendo desde el concepto de Spielberger el nivel de ansiedad estado es entendido como como el reflejo subjetivo de la condición de vida del sujeto en un determinado momento (21). Durante el proceso de gestación la mujer sufre alteraciones psicológicas que pone a prueba su madurez, al mismo tiempo el embarazo implica un aporte al crecimiento y desarrollo psicológico importante en la madre (6), influye mucho la capacidad de resiliencia que la madre tenga para adaptarse a los nuevos cambios y prepararse para la maternidad; todo este proceso genera ansiedad en la madre, este tipo de ansiedad conocido como ansiedad estado es una condición emocional transitoria de la persona (23), condición que se caracteriza por presentar sentimientos incómodos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación transitoria y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (21). En este sentido el nivel de ansiedad alto confirma que el miedo o temor frente a una situación de peligro conlleva a un estado de ansiedad alto.

Es por ello que encontramos que las gestantes padecen de nivel de ansiedad estado alto en todos los grupos etarios, su estado civil, religión grado de instrucción, ocupación ingreso económico, el número de hijos que tengan, incluso al asistir a sus atenciones prenatales con más continuidad reflejan padecer nivel de ansiedad estado alto ya que se aproxima el momento del parto y de por sí presentan niveles altos de ansiedad estado. Muchas de las gestantes que entrevistadas manifestaron preocupación, tensión y nerviosismo en torno a la pandemia y a las condiciones en las cuales darán a luz. Interpretando su estado como algo peligroso y amenazador para su vida lo cual le

generan diversas manifestaciones como el no poder dormir, estreñimiento y náuseas. Concordando con Spielberger C, Díaz G. (2002). Que son síntomas emocionales y somáticos son dolor muscular, palpitaciones, insomnio y malestar gastrointestinal; de poca duración propios de la ansiedad estado (24). Porque algunas gestantes refirieron que esas manifestaciones las sienten en su embarazo y no antes.

La tendencia creciente del miedo conforme avanza el embarazo es una característica de la ansiedad estado, que se manifiesta principalmente a través de ansiedad, pesadillas y síntomas físicos. Los síntomas de la ansiedad estado se profundizan con la falta de apoyo en el hogar, diversos problemas en la familia, entre otros. Sin embargo, por las características temporales de la ansiedad estado de las gestantes se puede afirmar que la ansiedad relacionada al embarazo culmina poco después del parto, aunque de permanecer los problemas personales y sociales en la gestante, es posible que comience una especie de ansiedad estado posparto.

Tabla 3. Nivel de ansiedad rasgo según características de las gestantes. Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020.

Características	Ítem	Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
Edad	12 - 17 años	0	0.0	1	33.3	2	66.7
	18 - 29 años	2	3.6	13	23.6	40	72.7
	30 – 59 años	0	0.0	10	27.8	26	72.2
Estado civil	Soltera	0	0.0	2	50.0	2	50.0
	Casada	0	0.0	1	8.3	11	91.7
	Conviviente	2	2.6	21	26.9	55	70.5
	Viuda	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Religión	Católica	1	1.5	17	25.4	49	73.1
	Evangélica	1	6.7	4	26.7	10	66.7
	Otro	0	0.0	3	25.0	9	75.0
Grado de instrucción	Sin educación	0	0.0	0	0.0	2	100.0
	Primaria incompleta	0	0.0	2	25.0	6	75.0
	Primaria completa	0	0.0	3	21.4	11	78.6

Características	Ítem	Bajo		Medio		Alto	
		N	%	N	%	N	%
	Secundaria incompleta	0	0.0	2	20.0	8	80.0
	Secundaria completa	0	0.0	7	26.9	19	73.1
	Superior técnico incompleto	2	28.6	1	14.3	4	57.1
	Superior técnico completo	0	0.0	5	50.0	5	50.0
	Superior universitaria incompleto	0	0.0	0	0.0	4	100.0
	Superior universitaria completo	0	0.0	4	30.8	9	69.2
Ocupación	Ama de casa	0	0.0	16	25.8	46	74.2
	Trabajadora del hogar	0	0.0	1	12.5	7	87.5
	Estudiante	0	0.0	0	0.0	4	100.0
	Profesional	0	0.0	5	55.6	4	44.4
	Comerciante	1	10.0	2	20.0	7	70.0
	Otro	1	100.0	0	0.0	0	0.0
Ingreso económico	< 930	1	1.3	16	21.3	58	77.3
	>= 930	1	5.3	8	42.1	10	52.6
Fórmula obstétrica*	G1Pbcde	2	5.9	9	26.5%	23	67.6
	G2Pbcde	0	0.0	9	27.3	24	72.7
	G3Pbcde	0	0.0	4	28.6	10	71.4
	G4Pbcde	0	0.0	2	20.0	8	80.0
	G5Pbcde	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	G6Pbcde	0	0.0	0	0.0	1	100.0
	G7Pbcde	0	0.0	0	0.0	1	100.0
Atención prenatal**	Sin APN	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	< 6 APN	2	3.1	17	26.2	46	70.8
	>= 6 APN	0	0.0	7	24.1	22	75.9

Nota: * Fórmula obstétrica (G:aP:bcde); G: gravidez, a: número total de embarazos, incluyendo abortos, molas hidatiforme y embarazo ectópicos; P: paridad, b: número total de recién nacidos a término, c: número total de recién nacidos prematuros, d: número total de abortos, e: número total de hijos vivos actualmente.

** APN: atención prenatal. Fuente: Información extraída de la aplicación del IDARE (anexo n°.4)

En la tabla 4 se observa que las gestantes jóvenes de 18 y 29 años tienen mayor nivel de ansiedad rasgo predominando con un (72.7%), siguiéndole con una ligera diferencia las gestantes adultas (72,2%), y, por último, las gestantes adolescentes con un 66,7%. En referencia al estado civil, se observa que las gestantes casadas con las que padecen de nivel de ansiedad rasgo alto (91,7%), seguido de las gestantes convivientes que tiene un 70,5% de ansiedad rasgo alto, y a las gestantes solteras (50% con un nivel de ansiedad rasgo alto). Además, en cuanto a la religión predominan las gestantes con otras opciones religiosas son quienes padecen de ansiedad rasgo de nivel alto con un 75.0%, seguido del 66.7% de las gestantes evangélicas que también poseen ansiedad rasgo alto.

También se observa que predomina el 100% de las gestantes sin educación quienes padecen ansiedad rasgo de nivel alto, las gestantes menos afectadas con la ansiedad rasgo de nivel alto son las gestantes profesionales, ya que solo el 44.4% de las gestantes profesionales tienen ansiedad rasgo de nivel alto. Es decir, que la mayoría de gestantes que presentan estudios incompletos (con excepción de las gestantes con primaria incompleta) sufren de ansiedad rasgo de nivel alto, en comparación con las gestantes que sí lograron terminar los diferentes niveles. En el mismo sentido que los resultados encontrados en la ansiedad rasgo, las gestantes que perciben ingresos menores a S/930.00 tienen en su mayoría (77.3%) ansiedad rasgo de nivel alto, sin embargo, un porcentaje menor de gestantes (52.6%) que tienen ingresos mayores al salario base quienes padecen de ansiedad rasgo de nivel alto. Infiriendo que pese a tener solvencia económica padecen de ansiedad rasgo alto.

Considerando el número de embarazos por gestante, se observa que predomina el nivel de ansiedad rasgo alto en las gestantes que han tendido cuatro gestaciones (G4Pbcde) con un resaltante 80%, siguiéndole las gestantes que tienen dos gestaciones (G2Pbcde) con un 72,7% y con un 71,4% las gestantes que tienen 3 gestaciones (G3Pbcde). Por otro lado, predominan el 75.9% del total de las gestantes que han recibido más de seis atenciones prenatales poseen ansiedad rasgo de nivel alto, seguido del 70.8% del total de las gestantes que han recibido menos de seis atenciones prenatales que también presentan ansiedad rasgo de nivel alto y, por lo tanto, existe mayor presencia de ansiedad rasgo en las gestantes que tienen mayor número de atenciones prenatales.

Con respecto a las gestantes primigestas, se admite lo señalado por Chicoma y Silva (2015) que en su investigación concluyeron que las gestantes primigestas presentan mayores niveles de ansiedad rasgo porque perciben el embarazo como un riesgo a su vida.

Bustamante y Infante (2014) encontraron en su investigación que el 36,8% de gestantes que no estudian tenían ansiedad rasgo de nivel medio, el 28% de gestantes que estudian padecen de ansiedad rasgo de nivel medio. Sin embargo, en la presente investigación se encontró un porcentaje de gestantes que no estudian tienen niveles altos de ansiedad rasgo con un 100%.

Torres y Guevara (2017) encontraron en su investigación el predominio del 77.8% de las gestantes de 19 a 35 años tenían un nivel bajo de ansiedad rasgo, el resultado más próximo al rango de edad antes mencionado, es que, en la población de estudio de esta investigación tiene 3.6% de ansiedad de nivel bajo, por lo tanto, no se comparte esta afirmación. Del mismo modo los autores señalan en su investigación que el 27.3% de las gestantes menores de 18 años tenían un nivel bajo de ansiedad rasgo, sin embargo, ninguna de las gestantes de este estudio en ese intervalo de edad tiene ansiedad rasgo de nivel bajo (3).

Se acepta la conclusión de Moscol (2017), quien afirma que el antecedente obstétrico adversos fue factor principal para exista ansiedad rasgo, basándose en las experiencias pasadas, ya que se observó en la tabla 4 que, a mayor número de gestaciones y atenciones prenatales, las mujeres presentaban mayores niveles de ansiedad rasgo. Según Heredia (2018) el 10% de las gestantes que conviven con su pareja tienen ansiedad rasgo de nivel medio, porcentaje inferior al encontrado en la presente investigación, que determinó que aproximadamente el 26,9% de las gestantes que conviven con su pareja tiene ansiedad rasgo de nivel medio.

Según lo que Spielberger refiere de la ansiedad rasgo es que repercute directamente con la personalidad del sujeto lo cual estarían acompañados a lo largo de su vida de manera duradera y constante (24). Además de que repercuten mucho los diversos factores intrínsecos como son las anormalidades neuroquímicas influenciadas por el factor

genético, lo que afirma que los trastornos de ansiedad tienen una alta predisposición genética pero no siempre es definitiva. Los problemas en la familia, académicos, laborales, sociales y económicos, cambios significativos en la vida, etc. Son factores psicosociales que intervienen protagónicamente para la aparición de ansiedad en la personalidad, existen también factores traumáticos como abortos, violaciones y violencia que producen severos daños biológicos cerebrales que se relacionan comúnmente con síntomas graves de ansiedad rasgo (19).

En lo que refiere a las gestantes adultas y jóvenes que padecen de niveles de ansiedad rasgo alto tiene mucho que ver con las responsabilidades con los demás hijos, atenciones al esposo, desarrollo de actividades del hogar, etc. Ya que algunas de las gestantes manifestaron estar saturadas desde siempre con las cosas que tienen que hacer y más aún por el embarazo.

En el caso de las gestantes adolescentes tendrán muchos cambios significativos para su vida ya que se están saltando fases importantes en su vida como mujeres y van a depender del cónyuge en muchos sentidos, ya que las gestantes refirieron no trabajar ni estudiar y de por sí eso genera ansiedad rasgo de nivel alto, por otra parte las gestantes que son casadas padecen de niveles de ansiedad rasgo alto ya que asumen muchas responsabilidades y todo ese conglomerado de factores repercuten negativamente en ellas, en el caso de las gestantes que han terminado incompletamente sus niveles educativos también padecen de nivel de ansiedad rasgo alto por la deserción académica que les conllevó a abandonar los estudios, en el caso de las gestantes estudiantes, trabajadoras del hogar y amas de casa que padecen de ansiedad rasgo de nivel alto, en primer lugar las gestantes estudiantes padecen de este problema porque las clases son agobiantes para ellas según manifestaron en su mayoría porque les asignan muchas tareas, lo mismo sucede con las gestantes trabajadoras del hogar que pese a su estado refieren que les acumulan de actividades, se exponen al frío, realizan trabajos pesados, etc.

Y por último las gestantes amas de casa que habitualmente están sometidas a diversas actividades rutinarias generando factores estresantes, permanentes y constantes.

La ansiedad rasgo se refiere a un aspecto más estable relacionado con la propensión individual a afrontar más o menos ansiedad a lo largo de la vida (21), en este sentido, durante el embarazo encuentra vulnerable a los nuevos cambios y a la incertidumbre que tiene sobre su futuro y su afrontamiento depende de la fortaleza mental que la gestante haya desarrollado desde su niñez (6). Además, la planificación (25) que haya realizado la gestante a lo largo de su vida es también un factor condicionante en la presencia de la ansiedad rasgo, ya que, si la gestante ha planificado con anticipación la procreación de un hijo, el proceso del embarazo será manejable por la madre, en tal sentido esperará a su hijo con afecto, dedicación, comprensión y una comunicación asertiva (25).

En la ansiedad rasgo de las gestantes influye los incentivos, conceptos y comentarios que hayan ido acumulando durante su vida, mientras mayor haya sido la exposición eventos estresantes e ideas negativas, específicamente, sobre el embarazo, mayor será la acumulación de estrés de las gestantes. Por lo que, el ambiente en el que vive, cambios en el esquema de vida, tener ingresos económicos inferiores al básico y bajo apoyo emocional, condicionan la presencia de ansiedad rasgo de nivel alto durante el embarazo, además de representar un factor de riesgo que aumenta la posibilidad de desarrollar depresión posparto, estrés fetal ya que al estrés constante a múltiples situaciones y factores generan que no se realice una adecuada oxigenación y eso genera afectación al feto (32).

Tabla 4. Nivel de ansiedad de las gestantes. Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020.

	Ansiedad estado		Ansiedad rasgo	
	N	%	N	%
Bajo	4	4,3	2	2,1
Medio	20	21,3	24	25,5
Alto	70	74,5	68	72,3
Total	94	100,0	94	100,0

Fuente: Información extraída de la aplicación del IDARE (anexo n°.3 y anexo n°.4)

Como se muestra en la tabla 5, en relación a la ansiedad estado, se muestra que del total de gestantes que acuden al Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020 predomina un marcado 74.5% de las gestantes que poseen un nivel alto de ansiedad estado, seguido del 21.3% de las gestantes que padecen ansiedad estado de nivel medio y, por último, el 4.3% presentan ansiedad estado de nivel bajo. Con respecto a la ansiedad rasgo, se aprecia un elevado nivel de ansiedad rasgo predominando el 72.3% de las gestantes tiene un nivel alto de ansiedad rasgo, seguido de un 25.5% del total de las gestantes tiene un nivel medio de ansiedad rasgo y por último con un 2.1% gestantes que padecen nivel bajo de ansiedad rasgo.

Los resultados obtenidos coinciden con los encontrados por Madhavanprabhakaran, D'Souza y Nairy (2015) quienes en su investigación encontraron que la mayoría de gestantes tienen un nivel alto de ansiedad rasgo estado. Sin embargo, los resultados que se han encontrado en la presente investigación difieren de los encontrados por León y Jiménez (2020), quienes en su investigación encontraron que el 25.7% de las gestantes tenía un nivel alto de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo, la mayoría (66.7%) tenía un nivel medio de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo y solo el 6.7% tenía un nivel bajo de ansiedad. Los resultados encontrados por Bustamante y Infante (2014), en cuanto al nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo, son diferentes a los encontrados en el presente estudio, ya que los autores encontraron que solo el 37% de las gestantes padecen un nivel alto de ansiedad estado y el 33% de las gestantes tienen un nivel alto de ansiedad rasgo, porcentajes muy por debajo de los obtenidos.

Se difiere, también, con los resultados encontrados por Torres y Guevara (2017) que encontraron que el 22.7% de las gestantes sufren un nivel medio de ansiedad estado y el 1.7% de las gestantes presentan un nivel alto de ansiedad estado mientras que 14.3% presenta ansiedad rasgo de nivel medio y el 3.7% de las gestantes presentan un nivel alto de ansiedad rasgo; estos datos, aunque son resultados buenos, son inversos a los resultados obtenidos en la presente investigación. Los resultados encontrados por Moscol (2017) son contrarios a los resultados encontrados en la presente investigación, el autor encontró que predomina la ansiedad media que fue de 61%, seguido de la

ansiedad baja con un 22%, y, por último, la ansiedad alta que fue de 17%, que son totalmente diferentes a los resultados presentados en la tabla 5.

Según lo que manifiesta Spielberger la ansiedad estado como la ansiedad rasgo forman parte del mismo constructo teórico de la ansiedad (21). Sintetizándose que ambos forman parte de la ansiedad variando en que el primero funciona en base a las emociones transitorias y el segundo forma parte del rasgo de la personalidad de las gestantes.

Según los resultados, la ansiedad estado rasgo de nivel alto tiene un impacto significativo en los indicadores biológicos del recién nacido como la altura, el peso y la circunferencia de la cabeza (12). De esta manera, se informa que la ansiedad estado materna también puede causar cambios en el flujo sanguíneo del bebé, lo que dificulta el transporte de oxígeno y otros nutrientes importantes a los órganos en desarrollo del bebé (8). Además, las madres con ansiedad rasgo pueden sentirse abrumadas y fatigadas, lo que podría afectar su dieta y hábitos de sueño y la consistencia de la atención prenatal (11). Todos estos factores pueden ayudar a explicar cómo la ansiedad materna durante el embarazo puede tener efectos a largo plazo en el feto.

Visto los niveles altos de ansiedad estado rasgo en la población de estudio, se debe tener en cuenta diferentes aspectos y consecuencias. Ya sea en el caso de las primigestas o en el caso de gestantes que ya han pasado por más embarazos; en todos los casos persiste el miedo, la incertidumbre, las dudas e interrogantes sobre su estado (6). El manejo de la situación depende de la fortaleza mental que haya creado la gestante a lo largo de su vida y del apoyo psicológico que recibe de su cónyuge y de su familia, además de otros factores influyentes como la seguridad social, las condiciones de empleado, aspectos económicos e incluso la edad de la mujer (25).

La teoría que afirma que la ansiedad estado rasgo puede interferir con el proceso de parto durante el embarazo (17), en consecuencia, es alarmante la presencia de nivel de ansiedad estado alto y nivel de ansiedad rasgo alto en las gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020 ya que, tanto su salud como la de su hijo se encuentra en constante peligro. Además, la presencia de nivel de ansiedad estado alto y nivel de

ansiedad rasgo alto en las gestantes se asocia con una interacción deficiente entre la madre y el niño.

El embarazo genera problemas psicológicos como ansiedad, depresión y sensación de incertidumbre en la vida. Como estímulo estresante, la presencia de altos niveles de ansiedad estado rasgo en las madres durante el embarazo puede causar problemas psicológicos en el futuro en los recién nacidos. La ansiedad de la madre en el período prenatal puede causar trastornos emocionales y del comportamiento en la vida de los bebés. Entre esos trastornos, se pueden mencionar el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y los problemas cognitivos (6). Los factores psicobiológicos de la ansiedad de las madres durante el embarazo pueden provocar un retraso en la maduración fetal y trastornos del estado de ánimo, problemas de aprendizaje y pérdida de memoria en los niños (25).

Las gestantes con elevados niveles de ansiedad estado también tienen problemas para vincularse con sus bebés (24). La ansiedad de las mujeres aumenta durante el embarazo, especialmente en los últimos días. Por lo tanto, la educación sobre el parto ayuda a las madres a experimentar un embarazo más saludable con menos complicaciones y conduce a niveles reducidos de dolor, ansiedad y depresión durante el embarazo.

Por lo tanto, queda claro que los altos niveles de ansiedad en las mujeres embarazadas, pueden afectar negativamente el éxito del embarazo y el desarrollo fetal. La ansiedad materna durante el embarazo está asociada con el parto prematuro y las implicaciones adversas para el crecimiento fetal y el desarrollo neurológico. Tanto la ansiedad estado de nivel alto como la ansiedad rasgo de nivel alto son variables independientes negativas que influyen fuertemente en todos los dominios de estilos de vida saludables en gestantes.

La atención de la salud mental es uno de los aspectos importantes de los programas de salud materna perinatal. La falta de apoyo suficiente por parte de los miembros de la familia y los trabajadores de la salud puede generar un aumento del nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo en gestantes. El fortalecimiento del vínculo prenatal

mejora la atención de la salud durante el embarazo y facilita el cumplimiento de su rol como madres en el futuro, por parte de las gestantes.

Para reducir la ansiedad de las mujeres durante el embarazo, deben apartarse de los problemas y conflictos cotidianos. Pensar en el feto y realizar técnicas de apego materno fetal (por ejemplo, hablar con el feto, tocar el abdomen, etc.) puede llamar la atención de las madres sobre temas más interesantes. La repetición diaria de tales comportamientos suprime los pensamientos no deseados y reduce el nivel de ansiedad estado y el nivel de ansiedad rasgo.

Debido a los efectos positivos del vínculo materno fetal, la motivación constante y las conductas adecuadas de salud durante el embarazo y el parto, tales como nutrición adecuada, ejercicio, disposición para conocer al feto y participación en programas de educación sobre el embarazo, lactancia materna exclusiva, etc. Conducen a resultados satisfactorios del embarazo, mejoran el estado de salud materno perinatal, y como consecuencia se reduciría el nivel ansiedad estado y el nivel la ansiedad rasgo de las gestantes.

Los efectos adversos derivados del nivel de ansiedad estado alto y nivel de ansiedad rasgo alto, generan implicancias en directas en los recién nacidos y con ello surge la imperiosa necesidad de identificar problemas de ansiedad en la atención periódica durante el embarazo. En este sentido, la identificación de causas y factores que influyen en la ansiedad durante el embarazo es fundamental.

En general, las gestantes con mayor ansiedad rasgo presentarán una mayor ansiedad estado que las gestantes con menor ansiedad rasgo porque las gestantes con mayor ansiedad rasgo ven muchas más situaciones amenazadoras (23). La ansiedad rasgo sería un condicionante previo, por formar parte de la personalidad de la gestante. La diferencia principal entre la ansiedad rasgo es relativamente estable e incrementa la ansiedad estado ya que una depende de la otra (15).

CONCLUSIONES

1. Con respecto al nivel de ansiedad estado de gestantes atendidas del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020 predomina el nivel de ansiedad estado alto siguiéndole el nivel de ansiedad estado medio y en menor porcentaje el nivel de ansiedad estado bajo.
2. En relación al nivel de ansiedad rasgo de gestantes atendidas del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020 predomina el nivel de ansiedad rasgo alto siguiéndole el nivel de ansiedad rasgo medio y en menor porcentaje el nivel de ansiedad rasgo bajo.
3. El nivel de ansiedad en gestantes atendidas del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020 es alto, siendo la presencia de la ansiedad estado ligeramente mayor a la ansiedad rasgo.

RECOMENDACIONES

1. Al personal de salud del servicio de Obstetricia del Puesto de Salud Chontapaccha Cajamarca, 2020 se recomienda diseñar y aplicar un programa de sensibilización a cargo de un psicólogo, obstetra o enfermera que enseñe a las gestantes a reconocer, controlar y mitigar la ansiedad, con la finalidad de mejorar su resiliencia frente a los cambios que sufre una mujer durante el proceso de gestación.
2. A la Escuela Académico Profesional de Enfermería, se recomienda motivar en los estudiantes la necesidad de investigación en gestantes y de esa forma colaborar no solo con su formación profesional sino también con el cuidado holístico de este grupo etario mejorando su calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Solís Cedeño L. Niveles de ansiedad psíquica y somática presentes en los miembros del Servicio Aeropolicial. [En línea].; 2012 [fecha de acceso el 13 de agosto del 2020]. URL Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/3673/1/T-UCE-0007-112.pdf>.
2. Ortega Durán K, Pizarro M, Riera M. Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del hospital "Vicente Corral Moscoso". Cuenca, 2014. [En línea].; 2014 [fecha de acceso 9 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21075/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
3. Torres T, Guevara K. Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos. [En línea].; 2017 [fecha de acceso 9 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/465/TORRES-GUEVARA-1-Trabajo-Ansiedad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
4. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales. [En línea].; 2017 [fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Maldonado M. Trastornos de ansiedad en la etapa perinatal. [En línea].; 2008[fecha de acceso 5 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2008/ip082c.pdf>.
6. Gómez E, Aldana E, Carreño J, Sánchez C. Alteraciones Psicológicas en la Mujer Embarazada. [En línea].; 2006[fecha de acceso 13 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920321004.pdf>.
7. Fonseca M, Dos Santos J. Violencia de pareja íntima y trastornos de ansiedad durante el embarazo: la importancia de la formación del profesional de la equipo de enfermería para su afrontamiento. Brasil. Revista latino-americana de enfermería.[En línea].;

- 2015[fecha de acceso 23 de septiembre del 2020] URL Disponible en: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00855.pdf
8. Madhavanprabhakaran G, D'Souza M, Nairy K. Prevalencia de la ansiedad durante el embarazo y factores asociados. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. [en línea] 2015[fecha de acceso 21 de septiembre del 2020]. URL Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214139115000141?via%3Dihub>.
 9. Gancedo A, Fuente P, Chudacik M, Fernández A, Suárez P, y Suárez V. Factores asociados al nivel de ansiedad y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. *Revista Atención Primaria*. [en línea] 2019[fecha de acceso 22 de septiembre del 2020]. URL Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656717304997>
 10. León A, Jiménez A. Eficacia del programa de Psicoprofilaxis del parto en niveles de ansiedad de mujeres embarazadas. [en línea] 2020. [fecha de acceso 21 de septiembre del 2020]. URL Disponible en: <https://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20842/1/T-UCE-0007-CPS-247.pdf>
 11. Bustamante M, Infante J. Nivel de ansiedad en las gestantes adolescentes atendidas en el Centro de Salud Pomalca. [en línea].; 2014 [fecha de acceso 9 de julio del 2020]. URL Disponible en: https://repositorio.umb.edu.pe/bitstream/UMB/18/1/Bustamante_Maricela_y_Infante_Leandro.pdf.
 12. Chicoma K, Silva G. (2015). Niveles de ansiedad estado-rasgo entre primigestas adolescentes y adultas de un Hospital de Chiclayo. [en línea].; 2015 [fecha de acceso 21 de septiembre del 2020]. URL Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/uss/3328>
 13. Moscol K. Antecedente de eventos obstétricos adversos como factor asociado a ansiedad en la gestante del Hospital de Apoyo Chepén. [en línea].; 2017 [fecha de acceso 21 de septiembre del 2020]. URL Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/2597?mode=full>
 14. Gordillo L. Factores psicosociales asociados a trastornos hipertensivos del embarazo en adolescentes atendidas en el Hospital Regional Docente de Trujillo. [en línea].;

- 2019 [fecha de acceso 23 de septiembre del 2020]. URL Disponible en: <https://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/13870>
15. Heredia Y. Condición del estado civil y nivel de ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en el Centro materno Perinatal Simón Bolívar Cajamarca. [En línea].; 2018 [fecha de acceso 9 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2276/Condición%20del%20estado%20civil%20y%20nivel%20de%20ansiedad%20y%20de%20deperesi%20en%20gestantes%20adolescentes%20Centro%20Mate.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
 16. Vergara P. Estresores psicosociales y su asociación con el desarrollo de preeclampsia. Hospital Regional Docente de Cajamarca. [En línea].; 2019 [fecha de acceso 23 de septiembre del 2020]. URL Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3471/TESIS%20-%20Peggy%20Vergara%20Tacilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 17. Galán F. Fecundación y embarazo. [Online].; 1981 [fecha de acceso 12 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://www.guao.org/sites/default/files/biblioteca/Fecundación%20y%20embarazo.pdf>.
 18. Purizaca M. Modificaciones fisiológicas en el embarazo. [En línea].; 2010 1981 [fecha de acceso 12 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428195010.pdf>.
 19. Reyes A. Trastorno de ansiedad: guía práctica para diagnóstico y tratamiento. [En línea].; 2004 [fecha de acceso 12 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>.
 20. Navas W. Vargas Baldares M. Trastorno de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. [En línea].; 2012 [fecha de acceso 13 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>.
 21. Spielberger C, Díaz R. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. México. Editorial Manual Moderno. [En línea].; 2006 [fecha de acceso 23 de septiembre del 2020]. URL Disponible en: <https://store.manualmoderno.com/inventario-de-ansiedad-rasgo-estado-28-100.html>.
 22. Calloapaza L. Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo de Camaná. [En línea].; 2015

- [fecha de acceso 11 de agosto del 2020]. URL Disponible en: <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/3159/70.1929.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
23. Castro I. Propiedades Psicométricas del Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado (IDARE). [En línea].; 2016 [fecha de acceso 23 de septiembre del 2020] Disponible en:<https://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/312/313>.
 24. Spielberger C, Díaz R. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado IDARE. México. Editorial Manual Moderno. [En línea].; 2002 [fecha de acceso 6 de octubre del 2020]. URL Disponible en: <https://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>
 25. Lozano A. Significado de la gestación para un grupo de mujeres primigestas. [En línea].; 2012 [fecha de acceso 12 de julio del 2020]. URL Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/11058060.pdf>.
 26. Christian G. Frecuencia de miedo, ansiedad y depresión en gestantes en el contexto covid-19 en un hospital general de Lima Metropolitana. [En línea].; 2020 [fecha de acceso 11 de febrero del 2021]. URL Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8468/Frecuencia_SocGuzman_Christian.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 27. Fernanda J, Franyelle D, Antonio B, Viviane R, Girliani S, Jaqueline G. Enfermedad Mental en Mujeres Embarazadas [En línea].; 2019 [fecha de acceso 17 de junio del 2021]. URL Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/1695-6141-eg-18-53-499.pdf>.
 28. Daniel B, José M, Alonso C. Análisis de la estructura factorial del stai-t en una muestra de deportistas brasileiros [En línea].; 2014 [fecha de acceso 18 de junio del 2021]. URL Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/798/79832492013.pdf>.
 29. Ramírez A, Hernando F, Zwerg A. Metodología de la investigación:más que una receta. AD-minister [Internet]. 2012; (20):91-111. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322327350004>
 30. Del Canto E, Silva A. Metodologia cuantitativa: abordaje desde la complementariedad en ciencias sociales. Revista de Ciencias Sociales (Cr) [Internet]. 2013;III(141):25-34. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15329875002>

31. Carranza S, Elorreaga C. Clima social familiar y su relación con los niveles de ansiedad estado – rasgo en estudiantes de una Institución Educativa, Estatal, Chiclayo. [En línea].; 2018 [fecha de acceso 28 de junio del 2021]. URL: <https://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/317/1/TESIS%20FINAL%20-----.pdf>
32. Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental Perinata. [En línea].; 2011 [fecha de acceso 29 de junio del 2021]. URL Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
33. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheine H. Escalas de ansiedad utilizadas en el embarazo: revisión sistemática [En línea].; 2019 [fecha de acceso 29 de junio del 2021]. URL Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762504/>.
34. Verbeek T, Arjadi R, Vendrik J, Burger H. Ansiedad y depresión durante el embarazo en Centroamérica: un estudio transversal en mujeres embarazadas del país en desarrollo Nicaragua [En línea].; 2015 [fecha de acceso 29 de junio del 2021]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4650953/>.
35. Vega E, Guerrero A, Guzmán B, Huamaní E, Herrera G. Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un hospital de Lima, Perú [En línea].; 2019 [fecha de acceso 29 de junio del 2021]. URL Disponible en: <https://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/107>.
36. Sánchez S, Puente G, Atencio G, Qiu Ch, Yanez D, Gelaye B, Williams M. Riesgo de parto prematuro espontáneo en relación con los síntomas maternos depresivos, de ansiedad y de estrés [En línea].; 2014 [fecha de acceso 29 de junio del 2021]. URL Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3662498/>.
37. Mochache K, Mathai M, Gachuno O, Vander A, Kumar M. Depresión durante el embarazo y el parto prematuro: un estudio de cohorte prospectivo entre mujeres que asisten a la clínica prenatal en el Hospital de maternidad de Pumwani [En línea].; 2018 [fecha de acceso 29 de junio del 2021]. URL Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30061917/>

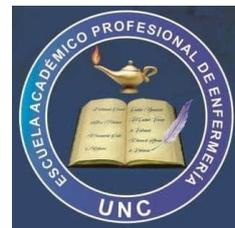
ANEXOS

Anexo n°. 1 Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
“Norte de la Universidad Peruana”
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Académico Profesional de Enfermería



TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: *“Nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo de las gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha, 2020”*,

INVESTIGADORA:

Bach. Enf. Carmen Luz Sánchez Pérez **Celular:** 934852514 **Dirección:** Jr. Guillermo Urrelo # 201

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la firma de este documento doy mi consentimiento para formar parte de la investigación para titulada: *“Nivel de ansiedad estado y nivel de ansiedad rasgo de las gestantes del Puesto de Salud Chontapaccha, 2020”* para ello participaré respondiendo al siguiente cuestionario, el cual responderé de manera verídica sin alterar las respuestas,

Es indispensable tener en cuenta que la información recaudada será de manera confidencial, únicamente para que sea utilizado con fines de investigación y no con otros propósitos.

Una vez expuesto lo anterior manifiesto estar conforme y que puedo retirarme en el momento que desee.

Firma o huella digital de la entrevistada

Firma de la investigadora

Anexo n°. 2 Ficha de datos sociodemográficos**FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Estudio: NIVEL DE ANSIEDAD ESTADO Y NIVEL DE ANSIEDAD RASGO EN GESTANTES DEL PUESTO DE SALUD CHONTAPACCHA CAJAMARCA, 2020.

Responsable: Sánchez Pérez, Carmen Luz

Institución: P.S. Chontapaccha

Consideraciones:

a) DATOS DE LA GESTANTE**1. EDAD**

12- 17 años

18- 29 años

30- 59 años

2. ESTADO CIVIL

Soltera

Casada

Conviviente

Viuda

3. RELIGIÓN

- Católica
- Evangélica
- Otro

4. GRADO DE INSTRUCCIÓN

- Sin educación
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior técnico incompleto
- Superior técnico completo
- Superior universitaria incompleto
- Superior universitaria completo

5. OCUPACIÓN

- Ama de casa
- Trabajadora del hogar
- Estudiante

Profesional

Comerciante

Otro

6. INGRESO ECONÓMICO

< 930

>= 930

7. FÓRMULA OBSTÉTRICA

G__P____,____,____,____

8. ATENCIÓN PRENATAL

Sin APN

< 6 APN

>= 6 APN

Anexo n.º 3 Inventario de ansiedad rasgo estado (IDARE)

**INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO
ESTADO (IDARE)**

Inventario de Autoevaluación

por

C.D. Spielberg, A. y R. Díez-Guerrero

Edad: _____ Sexo _____ Fecha _____

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

- | | | | No en lo
absoluto | Un poco | Bastante | Mucho |
|----|-----------|---------|----------------------|---------|----------|-------|
| 1. | Me siento | calmado | ① | ② | ③ | ④ |
| | (a) | | | | | |
| | | | | | | |
| 2. | Me siento | seguro | ① | ② | ③ | ④ |
| | (a) | | | | | |
| | | | | | | |
| 3. | Estoy | tenso | ① | ② | ③ | ④ |
| | (a) | | | | | |
| | | | | | | |

			No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho				
4.	Estoy	contrariado	①	②	③	④				
	(a)									
.....										
5.	Estoy	a	①	②	③	④				
	gusto									
.....										
6.	Me	siento	alterado	①	②	③	④			
	(a)									
.....										
7.	Estoy preocupado (a) actualmente por algún posible		①	②	③	④				
	contratiempo									
.....										
8.	Me	siento	①	②	③	④				
	descansado(a)									
.....										
9.	Me	siento	①	②	③	④				
	ansioso(a)									
.....										
10.	Me	siento	①	②	③	④				
	cómodo(a)									
.....										
11.	Me	siento	con	confianza	en	mí	①	②	③	④
	mismo(a)									
.....										

				No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	
12. Me	siento			①	②	③	④	
nervioso(a)								
.....								
13. Me	siento			①	②	③	④	
agitado(a)								
.....								
14. Me	siento	“a	punto	de	①	②	③	④
explotar”								
.....								
15. Me	siento			reposado	①	②	③	④
(a)								
.....								
16. Me	siento				①	②	③	④
satisfecho(a)								
.....								
17. Estoy					①	②	③	④
preocupado(a)								
.....								
18. Me	siento	muy	agitado(a)	y	①	②	③	④
aturdido(a)								
.....								
19. Me	siento				①	②	③	④
alegre								
.....								

20. Me
bien

siento

No en lo
absoluto
①

Un poco
②

Bastante
③

Mucho
④

.....

Anexo n.º 4 Inventario de ansiedad rasgo estado segunda parte (IDARE)

INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO

ESTADO (IDARE) segunda parte

Inventario de Autoevaluación

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo numerado que indique cómo se siente *generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemen te	Casi siempre
21.	Me siento bien	①	②	③	④
22.	Me canso rápidamente	①	②	③	④
23.	Siento ganas de llorar	①	②	③	④
24.	Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	①	②	③	④
25.	Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	①	②	③	④

26. Me siento
descansado(a) ① ② ③ ④
.....
27. Soy una persona “tranquila, serena y
sosegada” ① ② ③ ④
.....
28. Siento que las dificultades se me amontonan al punto
de no poder ① ② ③ ④
superarlas
.....
29. Me preocupo demasiado por cosas sin
importancia ① ② ③ ④
.....
30. Soy
feliz ① ② ③ ④
.....
31. Tomo las cosas muy a
pecho ① ② ③ ④
.....
32. Me falta confianza en mí
mismo(a) ① ② ③ ④
.....
33. Me siento
seguro(a) ① ② ③ ④
.....

34. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades ① ② ③ ④
.....
35. Me siento melancólico(a) ① ② ③ ④
.....
36. Me siento satisfecho(a) ① ② ③ ④
.....
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan ① ② ③ ④
.....
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza ① ② ③ ④
.....
39. Soy una persona estable ① ② ③ ④
.....
40. Cuando pienso en mis preocupaciones actuales me pongo tenso (a) y alterado (a) ① ② ③ ④
.....

Anexo n°. 5 Base de datos

Tabla 5. Base de datos de la ficha sociodemográfica.

	Edad	Estado civil	Religión	Grado de instrucción	Ocupación	Ingreso económico	Fórmula obstétrica	Atención prenatal
Participante 1	1	3	1	4	1	1	G1P0000	2
Participante 2	2	3	1	3	1	1	G6P2032	2
Participante 3	3	3	1	7	4	2	G4P2012	2
Participante 4	3	3	2	3	5	2	G1P0000	3
Participante 5	2	3	1	8	3	1	G2P0010	2
Participante 6	3	3	1	4	1	1	G4P2012	2
Participante 7	2	3	1	3	1	1	G2P0011	2
Participante 8	2	2	3	7	3	2	G1P0000	2
Participante 9	3	3	2	7	4	2	G2P2002	2
Participante 10	2	3	1	5	5	2	G2P0010	2
Participante 11	3	3	1	9	4	2	G2P1001	2
Participante 12	3	3	2	3	1	1	G3P2002	2
Participante 13	2	3	1	6	6	2	G1P0000	2
Participante 14	2	3	1	5	1	1	G1P0000	2
Participante 15	2	3	1	5	1	1	G1P0000	2
Participante 16	2	3	2	3	1	1	G2P1001	2
Participante 17	2	3	3	5	1	1	G4P3003	2
Participante 18	2	2	2	5	1	2	G1P0000	3
Participante 19	3	3	1	5	5	2	G1P0000	2
Participante 20	3	3	2	3	1	1	G2P2002	2
Participante 21	2	3	1	6	1	1	G1P0201	2
Participante 22	3	3	1	1	2	1	G2P1001	2
Participante 23	2	3	1	4	1	1	G1P0000	2

	Edad	Estado civil	Religión	Grado de instrucción	Ocupación	Ingreso económico	Fórmula obstétrica	Atención prenatal
Participante 24	2	3	2	6	5	1	G1P0000	2
Participante 25	2	3	1	5	2	1	G1P0000	2
Participante 26	2	3	1	4	1	1	G1P0000	2
Participante 27	2	3	1	7	1	1	G1P0000	2
Participante 28	2	3	1	5	1	1	G3P2002	2
Participante 29	2	3	1	5	5	2	G1P0000	2
Participante 30	3	3	1	9	1	1	G1P0000	2
Participante 31	2	3	1	6	1	1	G1P0000	2
Participante 32	2	3	1	5	5	2	G1P0000	2
Participante 33	2	2	2	2	1	1	G3P1011	2
Participante 34	3	2	2	3	2	1	G2P0010	2
Participante 35	3	1	3	9	4	2	G2P0010	2
Participante 36	2	3	3	9	1	1	G2P1001	2
Participante 37	2	3	2	7	1	1	G2P1001	2
Participante 38	3	3	1	2	1	1	G1P0000	2
Participante 39	3	3	3	6	1	1	G3P1011	3
Participante 40	3	3	1	3	1	1	G2P1001	3
Participante 41	1	3	1	2	1	1	G1P0000	3
Participante 42	3	3	1	5	1	1	G2P1001	3
Participante 43	3	1	1	8	1	1	G1P0000	2
Participante 44	3	3	1	9	1	1	G1P0000	2
Participante 45	2	3	1	5	1	1	G3P1011	2
Participante 46	3	3	3	2	1	1	G3P2002	2
Participante 47	3	3	2	3	1	1	G7P4024	2
Participante 48	2	2	1	4	2	1	G2P1001	3
Participante 49	2	3	1	7	1	1	G1P0000	3

	Edad	Estado civil	Religión	Grado de instrucción	Ocupación	Ingreso económico	Fórmula obstétrica	Atención prenatal
Participante 50	2	3	1	6	2	1	G4P3003	2
Participante 51	2	2	1	5	4	1	G2P1001	2
Participante 52	3	3	1	3	1	1	G2P1001	2
Participante 53	1	3	1	4	1	1	G1P0000	2
Participante 54	2	3	1	2	1	1	G3P2002	2
Participante 55	2	3	1	5	5	1	G2P0010	2
Participante 56	2	3	1	9	5	1	G2P0010	2
Participante 57	2	3	1	3	1	1	G4P2012	3
Participante 58	2	3	1	9	2	1	G1P0000	2
Participante 59	2	3	1	7	1	1	G2P1001	2
Participante 60	2	3	1	5	1	1	G3P2002	3
Participante 61	2	3	1	5	1	1	G1P0000	3
Participante 62	3	1	1	5	1	1	G1P0000	3
Participante 63	2	3	3	5	1	2	G3P1011	2
Participante 64	3	3	1	2	1	2	G4P3003	3
Participante 65	3	2	2	3	1	2	G3P2002	3
Participante 66	2	3	1	5	1	1	G2P0010	3
Participante 67	2	3	1	5	1	1	G2P0010	3
Participante 68	2	2	3	9	1	1	G3P2002	2
Participante 69	2	3	3	2	1	1	G2P1001	3
Participante 70	2	3	1	7	3	1	G2P0010	3
Participante 71	3	2	1	5	1	1	G2P1001	3
Participante 72	2	3	2	4	1	1	G2P1001	2
Participante 73	2	3	1	8	1	1	G1P0000	3
Participante 74	2	3	1	4	1	1	G2P1001	3
Participante 75	3	3	1	3	1	1	G3P1011	3

	Edad	Estado civil	Religión	Grado de instrucción	Ocupación	Ingreso económico	Fórmula obstétrica	Atención prenatal
Participante 76	3	3	1	9	4	1	G4P2012	2
Participante 77	3	3	1	9	4	1	G4P3003	2
Participante 78	2	3	1	6	1	1	G1P0000	2
Participante 79	3	2	1	5	1	1	G5P2002	3
Participante 80	3	3	1	2	1	1	G4P2012	2
Participante 81	3	3	1	5	2	1	G3P1101	2
Participante 82	2	3	3	4	1	1	G2P1001	2
Participante 83	3	2	1	3	1	1	G3P2002	2
Participante 84	2	3	1	9	4	2	G1P0000	2
Participante 85	3	3	2	5	5	1	G4P1021	2
Participante 86	3	1	1	7	5	2	G2P1001	2
Participante 87	2	3	1	7	1	1	G2P1001	3
Participante 88	3	2	2	1	1	1	G1P0000	3
Participante 89	2	3	1	9	1	1	G1P0000	3
Participante 90	2	3	3	5	1	1	G2P1001	3
Participante 91	2	3	1	5	3	2	G2P1000	3
Participante 92	2	3	1	9	4	2	G1P0000	3
Participante 93	3	3	3	8	1	1	G1P0000	2
Participante 94	2	3	1	4	2	1	G2P1001	2

Tabla 6. Base de datos IDARE, estado.

	ítems 1	ítems 2	ítems 3	ítems 4	ítems 5	ítems 6	ítems 7	ítems 8	ítems 9	ítems 10	ítems 11	ítems 12	ítems 13	ítems 14	ítems 15	ítems 16	ítems 17	ítems 18	ítems 19	ítems 20
Participante 1	3	2	2	1	2	1	2	2	2	2	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2
Participante 2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Participante 3	4	4	1	1	4	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	4
Participante 4	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2
Participante 5	3	3	1	1	3	1	1	3	1	3	4	1	1	1	3	3	1	1	3	4
Participante 6	4	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3
Participante 7	4	4	1	1	4	1	1	4	1	4	4	1	1	1	4	4	1	1	4	3
Participante 8	3	3	1	1	3	1	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
Participante 9	4	3	1	1	3	1	1	4	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	4	4
Participante 10	4	4	1	1	4	1	1	4	1	4	3	1	1	1	4	4	1	1	4	3
Participante 11	3	3	1	1	4	1	1	3	1	4	4	1	1	1	4	4	1	1	4	4
Participante 12	3	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1
Participante 13	3	3	1	1	4	1	1	4	1	4	3	1	1	1	3	4	1	1	3	3
Participante 14	3	3	1	1	4	1	1	4	1	4	3	1	1	1	3	4	1	1	4	4
Participante 15	3	3	1	1	4	1	1	4	1	4	4	1	1	1	3	3	1	1	3	4
Participante 16	3	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	3	2	1	3	3
Participante 17	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2
Participante 18	4	4	1	1	4	1	1	2	1	3	3	1	2	1	2	3	1	1	3	4
Participante 19	3	3	1	1	4	1	1	1	1	3	4	1	1	1	3	4	1	1	4	3
Participante 20	2	2	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2

	ítems 1	ítems 2	ítems 3	ítems 4	ítems 5	ítems 6	ítems 7	ítems 8	ítems 9	ítems 10	ítems 11	ítems 12	ítems 13	ítems 14	ítems 15	ítems 16	ítems 17	ítems 18	ítems 19	ítems 20
Participante 21	2	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2
Participante 22	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	1	2	3
Participante 23	3	3	1	1	3	1	2	3	1	3	3	1	1	1	3	3	2	1	3	4
Participante 24	4	4	1	1	4	1	1	4	1	3	4	1	1	1	4	4	1	1	4	3
Participante 25	3	3	2	1	3	1	2	2	3	4	4	2	1	1	2	3	2	1	3	4
Participante 26	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	3	2
Participante 27	4	3	1	1	3	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	2	2	2	3	4
Participante 28	3	3	1	1	4	1	1	2	2	4	3	2	1	1	2	3	2	1	3	4
Participante 29	3	3	1	1	4	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	3	1	1	4	3
Participante 30	3	3	1	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	3	2	2	3	2
Participante 31	3	3	2	1	3	1	2	2	2	3	2	2	1	1	2	3	2	1	3	3
Participante 32	4	3	2	2	3	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	3	3
Participante 33	3	4	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	3	3
Participante 34	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	2	3
Participante 35	4	4	1	1	4	1	1	4	1	3	4	1	1	1	3	1	1	1	4	3
Participante 36	3	3	1	1	4	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	4	4
Participante 37	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	3	1	1	1	2	3	1	1	3	3
Participante 38	4	3	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	4
Participante 39	4	4	1	1	4	1	1	3	1	4	4	1	1	1	4	4	1	1	4	4
Participante 40	3	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	4
Participante 41	2	3	1	1	3	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	3

	ítems 1	ítems 2	ítems 3	ítems 4	ítems 5	ítems 6	ítems 7	ítems 8	ítems 9	ítems 10	ítems 11	ítems 12	ítems 13	ítems 14	ítems 15	ítems 16	ítems 17	ítems 18	ítems 19	ítems 20
Participante 42	2	2	2	1	2	2	3	1	3	2	2	3	3	1	1	2	2	2	3	3
Participante 43	2	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	3
Participante 44	3	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	4	4
Participante 45	3	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	4
Participante 46	2	2	3	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	1	2	3	1	2	2
Participante 47	2	2	1	1	3	1	2	2	2	3	2	2	1	1	2	2	2	1	3	3
Participante 48	4	4	1	1	4	1	2	3	1	3	3	1	1	1	3	3	2	2	4	3
Participante 49	4	4	1	1	3	1	1	1	1	3	4	1	1	1	3	3	1	1	4	4
Participante 50	3	3	1	2	4	1	3	2	2	3	2	2	2	1	2	2	3	1	3	3
Participante 51	3	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	1	1	1	4	4
Participante 52	4	4	1	1	4	1	1	3	1	4	3	1	1	1	3	1	1	1	4	3
Participante 53	3	3	1	1	4	1	1	3	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	4	3
Participante 54	3	4	1	1	3	1	1	3	2	3	3	1	1	1	3	3	1	1	4	4
Participante 55	3	3	1	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	1	3	3	2	2	3	4
Participante 56	3	3	2	1	2	1	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2	2	3	3
Participante 57	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	1	1	1	1	3	1	2	2
Participante 58	3	3	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	3
Participante 59	4	4	2	1	3	2	4	3	1	3	3	3	2	1	3	3	4	2	3	3
Participante 60	3	4	1	1	3	1	1	4	2	3	3	2	1	1	3	3	1	1	4	4
Participante 61	3	3	1	1	3	1	1	3	3	2	2	2	3	2	2	3	1	3	3	3
Participante 62	3	3	3	1	2	2	3	1	2	1	2	1	1	1	1	2	3	2	3	2

	ítems 1	ítems 2	ítems 3	ítems 4	ítems 5	ítems 6	ítems 7	ítems 8	ítems 9	ítems 10	ítems 11	ítems 12	ítems 13	ítems 14	ítems 15	ítems 16	ítems 17	ítems 18	ítems 19	ítems 20
Participante 63	3	3	1	1	3	1	3	2	2	3	3	1	1	1	2	3	3	1	4	4
Participante 64	3	3	1	1	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
Participante 65	4	4	1	1	3	1	1	3	3	3	4	2	2	1	3	3	1	1	3	4
Participante 66	3	3	1	1	3	1	3	2	1	1	3	1	1	1	2	3	3	1	3	3
Participante 67	3	3	1	1	3	1	2	2	2	2	3	2	1	1	3	2	2	2	3	3
Participante 68	3	3	1	1	3	1	2	2	1	3	3	1	1	1	2	1	2	1	4	3
Participante 69	3	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	1	1	3	1	1	3	4
Participante 70	3	3	2	1	3	1	1	3	1	3	3	2	1	1	2	3	2	1	3	3
Participante 71	3	1	1	1	3	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	3	1	1	3	3
Participante 72	3	3	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	4
Participante 73	2	2	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	2
Participante 74	3	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3
Participante 75	3	3	1	1	3	1	1	3	2	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3
Participante 76	2	2	2	2	2	2	4	1	2	2	2	1	1	1	1	2	2	4	2	2
Participante 77	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2
Participante 78	3	3	1	1	3	1	1	3	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3
Participante 79	3	3	2	2	3	1	1	2	2	2	1	2	3	2	2	3	1	2	3	3
Participante 80	2	1	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2
Participante 81	3	3	1	1	2	1	1	2	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3
Participante 82	3	3	2	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	3	1	1	3	3
Participante 83	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	1	3	3

	ítems 1	ítems 2	ítems 3	ítems 4	ítems 5	ítems 6	ítems 7	ítems 8	ítems 9	ítems 10	ítems 11	ítems 12	ítems 13	ítems 14	ítems 15	ítems 16	ítems 17	ítems 18	ítems 19	ítems 20
Participante 84	4	3	2	3	3	3	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	2	1	3	2
Participante 85	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	2	2
Participante 86	3	3	1	1	3	1	1	2	1	3	3	1	2	1	2	3	1	1	3	3
Participante 87	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Participante 88	2	2	2	3	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
Participante 89	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	4	2	1	2	2	3	2	2	2
Participante 90	3	2	2	1	3	2	2	2	2	2	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2
Participante 91	3	3	1	1	3	1	1	2	1	3	3	1	1	1	1	3	1	1	3	3
Participante 92	2	3	2	1	3	1	2	4	2	2	4	1	1	1	1	3	1	1	3	4
Participante 93	2	2	2	1	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2
Participante 94	3	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2

Tabla 7. Base de datos IDARE, rasgo.

	ítems 21	ítems 22	ítems 23	ítems 24	ítems 25	ítems 26	ítems 27	ítems 28	ítems 29	ítems 30	ítems 31	ítems 32	ítems 33	ítems 34	ítems 35	ítems 36	ítems 37	ítems 38	ítems 39	ítems 40
Participante 1	3	2	2	2	3	2	2	4	4	2	3	2	2	1	2	2	2	3	2	3
Participante 2	2	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Participante 3	4	1	1	1	1	3	3	1	2	4	2	1	2	2	1	4	1	1	3	1
Participante 4	3	2	2	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2
Participante 5	4	3	1	2	2	3	4	2	1	3	2	3	3	3	2	3	1	2	3	2
Participante 6	3	1	2	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	3	1	4	2	2	3	3
Participante 7	3	1	1	1	1	3	3	1	2	3	1	1	3	3	1	3	1	2	4	2
Participante 8	4	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	1	3	3	1	3	1	1	4	2
Participante 9	4	1	2	1	1	3	4	1	2	3	1	1	3	3	1	4	2	1	3	1
Participante 10	3	2	1	1	2	2	3	2	2	3	2	1	3	3	1	3	2	2	4	3
Participante 11	3	1	1	1	1	3	4	1	1	4	2	4	4	3	1	4	2	2	4	2
Participante 12	3	2	2	2	2	2	3	1	3	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2
Participante 13	4	1	1	1	1	4	4	1	1	4	1	1	4	2	1	3	1	1	3	2
Participante 14	4	1	2	2	2	3	3	1	2	3	2	1	3	2	1	3	1	1	3	1
Participante 15	3	1	1	1	1	3	4	1	1	4	1	4	4	3	1	4	1	1	4	1
Participante 16	3	1	1	1	1	3	3	1	1	4	1	1	3	1	1	3	2	2	4	2
Participante 17	3	3	3	1	1	2	3	2	2	3	2	1	2	3	2	3	2	2	3	2
Participante 18	3	2	2	1	1	2	3	1	1	4	1	1	3	1	2	3	1	1	3	1
Participante 19	4	2	1	1	1	3	3	1	1	4	1	1	4	2	1	3	1	1	4	1
Participante 20	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	1	1	2	1

	ítems 21	ítems 22	ítems 23	ítems 24	ítems 25	ítems 26	ítems 27	ítems 28	ítems 29	ítems 30	ítems 31	ítems 32	ítems 33	ítems 34	ítems 35	ítems 36	ítems 37	ítems 38	ítems 39	ítems 40
Participante 21	3	2	2	2	2	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Participante 22	3	1	1	1	1	2	3	1	1	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2
Participante 23	3	1	2	1	1	1	3	1	2	3	1	2	3	2	1	3	2	2	3	2
Participante 24	4	1	1	1	1	4	3	1	1	4	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1
Participante 25	4	1	1	1	1	3	4	1	2	4	1	3	3	3	1	3	1	1	3	1
Participante 26	2	3	3	3	3	1	2	3	3	2	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3
Participante 27	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3	2	3	2	3
Participante 28	4	3	2	1	1	2	3	1	1	3	1	1	3	1	2	3	1	2	3	2
Participante 29	4	2	2	3	2	2	3	1	2	3	2	2	3	2	2	4	1	1	4	1
Participante 30	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2
Participante 31	3	2	2	1	2	2	3	3	2	3	1	1	3	3	2	3	2	2	3	2
Participante 32	4	2	2	1	2	2	3	3	2	3	2	1	2	3	1	2	1	1	3	1
Participante 33	3	3	3	1	2	2	3	3	2	3	2	2	2	4	3	2	3	3	2	3
Participante 34	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	4	3	2	3	2	2	3	3	2	3
Participante 35	4	2	2	1	1	3	4	1	1	3	1	1	3	4	1	4	1	2	4	1
Participante 36	3	3	2	2	1	2	3	1	2	4	2	1	3	3	2	3	1	1	4	1
Participante 37	3	1	2	1	1	3	3	1	1	3	1	1	3	3	2	3	1	1	3	1
Participante 38	3	2	2	1	1	3	3	2	1	3	2	1	3	2	3	3	2	2	3	2
Participante 39	3	2	2	1	1	3	3	1	2	3	1	1	3	1	1	3	1	1	4	1
Participante 40	4	3	1	1	1	3	3	1	1	4	1	4	4	3	1	3	1	1	3	2
Participante 41	2	3	2	2	1	2	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	2	3	3

	ítems 21	ítems 22	ítems 23	ítems 24	ítems 25	ítems 26	ítems 27	ítems 28	ítems 29	ítems 30	ítems 31	ítems 32	ítems 33	ítems 34	ítems 35	ítems 36	ítems 37	ítems 38	ítems 39	ítems 40
Participante 42	3	2	3	2	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	2	2
Participante 43	2	4	4	3	3	1	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	3	3	2	3
Participante 44	4	4	1	1	1	3	3	1	1	4	2	1	3	2	1	3	1	1	3	2
Participante 45	3	2	2	2	2	3	3	1	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2
Participante 46	2	3	2	2	2	1	2	3	3	2	3	2	2	1	2	2	3	3	2	3
Participante 47	3	2	2	2	2	2	3	2	2	3	4	3	2	2	2	2	2	2	3	2
Participante 48	4	2	2	2	2	2	3	2	2	3	1	3	3	3	1	3	2	2	3	2
Participante 49	3	1	1	1	1	4	4	1	1	2	1	3	4	3	1	3	1	1	4	1
Participante 50	3	3	2	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2
Participante 51	3	2	1	1	1	3	3	1	2	3	4	3	3	3	1	3	1	1	3	1
Participante 52	3	3	1	1	1	3	3	2	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	3	1
Participante 53	4	1	1	1	1	2	4	1	1	4	4	1	3	4	1	3	2	1	4	1
Participante 54	3	1	1	1	1	4	4	2	1	4	1	1	3	4	1	3	1	1	4	1
Participante 55	3	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	1	3	3	2	3	3	3	3	2
Participante 56	2	3	3	2	2	2	3	1	1	3	4	3	2	2	4	4	2	2	3	2
Participante 57	2	4	3	3	4	1	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3
Participante 58	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Participante 59	2	3	4	1	1	2	4	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	3	4	2
Participante 60	3	2	1	1	1	3	3	1	1	4	2	3	3	3	1	3	1	1	3	1
Participante 61	2	3	2	2	2	2	3	1	1	3	1	1	2	3	3	2	1	2	4	1
Participante 62	3	3	2	1	2	1	2	1	2	3	1	1	2	2	2	3	2	2	3	2

	ítems 21	ítems 22	ítems 23	ítems 24	ítems 25	ítems 26	ítems 27	ítems 28	ítems 29	ítems 30	ítems 31	ítems 32	ítems 33	ítems 34	ítems 35	ítems 36	ítems 37	ítems 38	ítems 39	ítems 40
Participante 63	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	1	2	2	4	3	2
Participante 64	2	3	3	2	2	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	2	2	3
Participante 65	4	4	2	1	1	3	3	2	2	3	3	3	3	2	2	2	1	1	3	2
Participante 66	3	3	1	1	1	2	3	2	3	3	2	3	3	4	1	3	2	3	3	2
Participante 67	2	4	3	1	2	1	2	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	4	2	3
Participante 68	3	3	1	1	1	2	3	1	1	3	1	1	2	2	1	2	1	1	3	2
Participante 69	3	2	1	1	1	2	3	1	1	3	1	2	3	1	1	1	1	1	3	1
Participante 70	3	1	2	1	2	3	3	2	2	3	4	2	2	2	2	3	2	3	3	1
Participante 71	4	3	1	1	1	3	3	1	3	3	2	1	3	3	1	3	1	1	3	2
Participante 72	4	4	2	1	2	3	3	3	2	3	2	1	3	3	2	3	2	2	3	2
Participante 73	2	3	3	2	2	1	2	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3
Participante 74	3	2	2	1	1	2	3	2	1	3	2	1	3	3	1	3	1	1	3	1
Participante 75	3	2	2	1	1	3	3	1	2	3	3	1	3	3	1	3	1	1	3	2
Participante 76	3	3	3	4	1	2	3	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	3	2
Participante 77	3	3	3	4	1	2	3	2	2	2	2	2	2	4	4	2	2	2	3	2
Participante 78	3	2	1	1	1	2	3	1	2	3	2	2	3	3	1	3	1	1	2	2
Participante 79	3	4	2	2	1	2	4	2	1	4	2	2	2	3	4	3	1	1	3	2
Participante 80	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3
Participante 81	3	2	2	2	1	3	3	1	1	3	2	1	1	4	1	3	1	1	4	1
Participante 82	3	1	1	1	1	2	3	2	1	3	2	2	3	4	2	3	1	1	3	2
Participante 83	3	1	1	3	1	3	3	1	2	3	3	2	2	3	1	3	1	1	4	1

	ítems 21	ítems 22	ítems 23	ítems 24	ítems 25	ítems 26	ítems 27	ítems 28	ítems 29	ítems 30	ítems 31	ítems 32	ítems 33	ítems 34	ítems 35	ítems 36	ítems 37	ítems 38	ítems 39	ítems 40
Participante 84	3	3	2	1	2	3	2	1	2	3	3	2	3	3	3	2	3	2	3	1
Participante 85	2	4	2	2	2	2	2	1	3	3	1	2	3	3	3	3	2	2	3	3
Participante 86	4	4	1	1	1	2	3	1	1	4	2	1	3	3	1	3	1	1	3	2
Participante 87	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3
Participante 88	2	3	3	2	2	1	2	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3
Participante 89	2	4	2	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1	3	3	2	2	2	3	3
Participante 90	3	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	2	3	2	2	3
Participante 91	3	3	1	1	1	2	3	2	1	3	1	1	3	3	1	3	2	1	3	1
Participante 92	3	2	1	1	1	3	4	2	2	4	1	2	3	1	1	3	2	2	3	1
Participante 93	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Participante 94	3	3	2	1	1	2	3	2	2	3	3	2	2	3	2	2	3	3	2	3

Anexo n.º 6 Estadísticas de confiabilidad**Tabla 8.** Coeficiente Alfa de Cronbach, ansiedad estado.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,943	20

Tabla 9. Coeficiente Alfa de Cronbach, ansiedad rasgo.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,919	20