

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Escuela Académico Profesional de Psicología

Tesis

**Autoestima y ansiedad en madres con  
preparación psicoprofiláctica de un centro  
privado de estimulación temprana en  
Arequipa, 2025**

Maria Fernanda Tejada Barriga

Para optar el Título Profesional de  
Licenciada en Psicología

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental

Tesis Digital



Esta obra está bajo una licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional"

## INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

**A** : Decano de la Facultad de Psicología  
**DE** : Roberto Orestes Carranza Chipana  
Asesor de trabajo de investigación  
**ASUNTO** : Remito resultado de evaluación de originalidad de trabajo de investigación  
**FECHA** : 1 de Noviembre de 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para informar que, en mi condición de asesor del trabajo de investigación:

**Título:**

Autoestima y ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025

**Autores:**

1. María Fernanda Tejada Barriga – Carrera profesional Psicología

Se procedió con la carga del documento a la plataforma "Turnitin" y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software dando por resultado 16% % de similitud sin encontrarse hallazgos relacionados a plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía SI  NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores  
Nº de palabras excluidas (**en caso de elegir "SI"**): 15 SI  NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante SI  NO

En consecuencia, se determina que el trabajo de investigación constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad Continental.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo de investigación sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI y en la normativa de la Universidad Continental.

Atentamente,

**La firma del asesor obra en el archivo original**

(No se muestra en este documento por estar expuesto a publicación)

## **Agradecimientos**

*En primer lugar, quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas y entidades que han hecho posible la realización de este proyecto:*

*Al Centro de Estimulación Temprana por haberme brindado la oportunidad de desarrollar mi investigación en un entorno de aprendizaje y compromiso con el desarrollo infantil.*

*De manera especial, quiero agradecer a mi asesor, el profesor Roberto Carranza Chipana, por su valiosa guía y dedicación durante todo el proceso de elaboración de mi plan de tesis.*

*Sus consejos y aportes han sido fundamentales para mi crecimiento académico y personal.*

*Por último, quiero agradecer a la Universidad Continental por haberme proporcionado los conocimientos y herramientas necesarios para crecer como profesional.*

## **Dedicatoria**

*Quiero dedicar este logro a las personas que han sido mi roca y mi inspiración a lo largo de este camino:*

*A mi familia, por su apoyo constante y motivación, que me han dado la fuerza para seguir adelante.*

*A mis padres, les agradezco por su amor incondicional, su esfuerzo y sacrificio constante, que han sido la base de todo lo que he logrado hasta hoy.*

*A mi papá Nano y mi tía Janet ya no están conmigo físicamente, sé que me acompañan siempre, su amor y apoyo siguen siendo mi guía y mi inspiración.*

*A mi hermana, le agradezco por su apoyo incondicional y su comprensión en los momentos más importantes.*

*A mi pareja, le agradezco por su paciencia, comprensión y por creer en mí incluso cuando yo dudaba de mí misma.*

*Y a mí misma, le agradezco por la perseverancia, la fe y la confianza en que cada esfuerzo vale la pena.*

## Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025. El problema de investigación se centró en comprender cómo interactúan estos dos constructos psicológicos en un grupo de madres que han atravesado procesos de preparación para la maternidad. Se planteó como objetivo principal determinar la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025. El diseño de investigación fue cuantitativo, transversal, no experimental y de alcance correlacional. La muestra estuvo conformada por 140 madres que habían participado en programas de preparación psicoprofiláctica y tenían hijos entre los 0 y 3 años. Se utilizaron la Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Automedición de Ansiedad (EAA) de Zung y Zung. Para el análisis de datos se empleó la prueba de correlación *Rho de Spearman*, encontrándose una correlación negativa significativa entre autoestima y ansiedad ( $\rho = -0.455$ ;  $p < .000$ ). Los resultados mostraron que el 55.7% de las participantes presentó un nivel alto de autoestima y el 60.0% un nivel leve de ansiedad. Asimismo, se identificó que el estado civil y el grado de instrucción influyeron significativamente en la autoestima ( $p < .001$ ), mientras que la situación laboral y el grado de instrucción influyeron significativamente en la ansiedad ( $p < .05$ ). En conclusión, las madres con mayor autoestima tienden a presentar niveles más bajos de ansiedad, lo que resalta la importancia de fortalecer el bienestar emocional en programas de preparación para la maternidad.

**Palabras clave:** Autoestima, ansiedad, preparación psicoprofiláctica, gestación

## Abstract

The aim of this study was to determine the relationship between self-esteem and anxiety in mothers who had undergone psychoprophylactic training at a private early stimulation center in Arequipa, 2025. The research problem focused on understanding how these two psychological constructs interact in a group of mothers who have undergone preparation for motherhood. The main objective was to determine the relationship between self-esteem and anxiety in mothers with psychoprophylactic training from a private early stimulation center in Arequipa, 2025. The research design was quantitative, cross-sectional, non-experimental, and correlational in scope. The sample consisted of 140 mothers who had participated in psychoprophylactic preparation programs and had children between the ages of 0 and 3. The Rosenberg Self-Esteem Scale and the Zung Self-Rating Anxiety Scale (SRA) were used. Spearman's Rho correlation test was used for data analysis, finding a significant negative correlation between self-esteem and anxiety ( $\rho = -0.455$ ;  $p < .000$ ). The results showed that 55.7% of the participants had high self-esteem and 60.0% had mild anxiety. It was also found that marital status and level of education significantly influenced self-esteem ( $p < .001$ ), while employment status and level of education significantly influenced anxiety ( $p < .05$ ). In conclusion, mothers with higher self-esteem tend to have lower levels of anxiety, highlighting the importance of strengthening emotional well-being in maternity preparation programs.

**Keywords:** Self-esteem, anxiety, psychoprophylactic preparation, gestation

## Índice

Agradecimientos .....	vi
Dedicatoria.....	vii
Resumen .....	viii
Abstract.....	ix
Introducción.....	xii
Capítulo I. Planteamiento del estudio.....	14
1.1. Contexto, descripción y delimitación de la problemática.....	14
1.2. Formulación de la pregunta de investigación .....	16
1.3. Objetivos de investigación.....	17
1.4. Hipótesis .....	18
1.5. Justificación de la investigación.....	19
Capítulo II. Marco teórico .....	21
2.1. Antecedentes investigativos.....	21
2.2. Bases teóricas.....	26
2.3. Marco conceptual.....	41
Capítulo III. Metodología .....	42
3.1. Enfoque.....	42
3.2. Tipo, nivel, diseño y alcance de investigación .....	42
3.3. Población y muestra.....	42
3.4. Técnicas de recolección y tratamiento de datos.....	44
3.5. Aspectos éticos considerados .....	47
3.6. Operacionalización de variables .....	49
Capítulo IV. Resultados y discusión de resultados.....	50
4.1. Resultados.....	50
4.2. Discusión de resultados .....	63
Conclusiones.....	69
Recomendaciones .....	70
Limitaciones .....	71
Referencias y/o bibliografía.....	72
Anexos y/o Apéndices .....	79

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1.</b> <i>Operacionalización de variables</i> .....	49
<b>Tabla 2.</b> <i>Datos Demográficos</i> .....	50
<b>Tabla 3.</b> <i>Nivel de Autoestima</i> .....	51
<b>Tabla 4.</b> <i>Autoestima y Edad</i> .....	52
<b>Tabla 5.</b> <i>Autoestima y Estado Civil</i> .....	53
<b>Tabla 6.</b> <i>Autoestima y Situación Laboral</i> .....	54
<b>Tabla 7.</b> <i>Autoestima y Grado de Instrucción</i> .....	55
<b>Tabla 8.</b> <i>Nivel de Ansiedad</i> .....	56
<b>Tabla 9.</b> <i>Ansiedad y Edad</i> .....	57
<b>Tabla 10.</b> <i>Ansiedad y Estado Civil</i> .....	58
<b>Tabla 11.</b> <i>Ansiedad y Situación Laboral</i> .....	59
<b>Tabla 12.</b> <i>Ansiedad y Grado de Instrucción</i> .....	60
<b>Tabla 13.</b> <i>Autoestima y Ansiedad</i> .....	61
<b>Tabla 14.</b> <i>Correlación Rho de Spearman entre Autoestima y Ansiedad</i> .....	62

## Introducción

La psicoprofilaxis obstétrica es un procedimiento diseñado para reducir el malestar en las gestantes y dotarlas de herramientas que les permitan afrontar el embarazo y el parto de manera física, emocional y psicológica (Mohammed et al., 2025). A través de técnicas y estrategias específicas, se busca optimizar la experiencia materna, facilitando una mejor adaptación a los cambios durante la gestación y el trabajo de parto.

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA, 2012), destaca que su implementación contribuye a disminuir la ansiedad, mejorar la capacidad de respuesta ante las contracciones uterinas y optimizar la recuperación posparto. Además, reduce la duración del trabajo de parto, minimiza el uso de fármacos y disminuye el riesgo de complicaciones obstétricas, cesáreas y depresión posparto, favoreciendo también la lactancia y el bienestar general de la madre.

Durante el embarazo y el posparto, muchas mujeres experimentan niveles elevados de ansiedad debido a los desafíos físicos y emocionales que implica la maternidad. Además del dolor asociado al parto, se ha identificado que la ansiedad materna, junto con la depresión y el trastorno de estrés postraumático, figuran entre las condiciones de salud mental más prevalentes en esta etapa. Estos factores pueden estar influenciados por antecedentes de experiencias traumáticas, pérdidas gestacionales, complicaciones médicas, violencia de pareja o altos niveles de estrés percibido (Kingston et al., 2014). Se ha señalado que la ansiedad materna puede generar efectos adversos comparables a los de la diabetes gestacional o la hipertensión, impactando tanto la salud de la madre como la del bebé. No obstante, a pesar de su relevancia, la evaluación y tratamiento de la ansiedad en mujeres embarazadas no han sido plenamente integrados en los servicios de salud materna. La existencia de barreras estructurales dificulta la inclusión de evaluaciones psicológicas en el cuidado obstétrico, lo que resalta la necesidad de considerar el entorno específico en el que las gestantes se desenvuelven, para amplificar estrategias de detección e intervención más eficaces (Kingston et al., 2015).

Además de los aspectos clínicos, factores contextuales como el desempleo, la situación económica y el nivel de apoyo social percibido pueden influir significativamente en la salud mental materna (Butchon et al., 2019). Asimismo, se ha observado que las expectativas socioculturales imponen una carga mayor sobre las madres en términos de crianza y responsabilidades domésticas, mientras que la implicación de la pareja masculina tiende a ser menor. En este sentido, la psicoprofilaxis también impulsa que la pareja participe en el proceso de preparación para la maternidad, fomentando un enfoque más equitativo en la distribución de responsabilidades y apoyo emocional (Morales et al., 2014).

Por otro lado, la maternidad puede incidir en la autoestima de las mujeres, ya que implica transformaciones en la autoimagen, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional. Cambios en la apariencia física, la disminución de la autonomía y las modificaciones en la dinámica de pareja

pueden afectar la percepción que las mujeres tienen de sí mismas (Linde et al., 2023). En este contexto, la autoestima desempeña un papel relevante en la adaptación a los cambios propios del embarazo, influyendo en el bienestar emocional y la aceptación del proceso gestacional. Un nivel adecuado de autoestima puede contribuir a una mejor regulación del estrés y favorecer una experiencia de maternidad más positiva (Gerumski et al., 2024).

Por lo expuesto, esta investigación busca en primer lugar, brindar información actualizada sobre cómo estas variables psicológicas se interrelacionan en mujeres que atraviesan el ciclo vital de la maternidad, observando si la preparación psicoprofiláctica contribuye a que la autoestima se eleve y a prevenir el incremento de la ansiedad. Cabe señalar que la mayoría de estudios sobre preparación psicoprofiláctica lo hacen por lo general centrándose en el impacto sobre el dolor físico, no considerando la dimensión emocional, que, también, se ve afectada significativamente durante el proceso de maternidad. En segundo lugar, se pretende brindar información actualizada a la región Arequipa, debido a que no hay estudios locales que hayan estudiado estas variables. Contar con este conocimiento, permitirá que el proceso psicoprofiláctico contemple no solo el aspecto físico, a cargo de las obstetras, sino también el bienestar mental y emocional, resaltando la importancia del rol del psicólogo en una etapa que muchas mujeres atraviesan.

El presente estudio, de enfoque cuantitativo, tipo transversal, diseño no experimental y alcance y nivel correlacional, pretendió determinar la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro de estimulación temprana en Arequipa, 2025.

La investigación se organizó en la siguiente estructura; en el Capítulo I se plantea el contexto, la descripción y la delimitación de la problemática estudiada, incluyendo la formulación de las preguntas de investigación, los objetivos, las hipótesis y la justificación del estudio. En el Capítulo II, sobre el marco teórico, se recopilaron antecedentes investigativos en relevancia con el presente estudio, así como la exploración de las principales teorías de autoestima, ansiedad y la preparación psicoprofiláctica. En el Capítulo III se explica el enfoque, tipo, nivel, diseño y alcance de la investigación; así como la población, muestra, técnicas de recolección y tratamiento de datos; y los aspectos éticos considerados. Y, en el Capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos y la discusión de los mismos. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos que respaldan el desarrollo de la investigación.

## Capítulo I. Planteamiento del estudio

### 1.1. Contexto, descripción y delimitación de la problemática

A pesar de la relevancia de los factores psicológicos en la maternidad, no se han encontrado estudios que exploren de manera específica la relación entre la preparación psicoprofiláctica y la salud mental materna en términos de ansiedad y autoestima. La mayoría de las investigaciones a nivel nacional y local han priorizado el análisis del dolor físico durante el parto, dejando en segundo plano los cambios emocionales que también forman parte de esta etapa.

La presente investigación buscó comprender como la preparación psicoprofiláctica influye en el equilibrio emocional de las madres, específicamente en cuanto a ansiedad y autoestima en el periodo posterior al parto. Estudiar esta relación es fundamental, debido a que la psicoprofilaxis no busca dar solo herramientas fisiológicas sino también ser un factor de protección frente al malestar emocional, ayudando en el autocontrol y seguridad en la experiencia materna. Estudiar esta relación permitió identificar como la psicoprofilaxis contribuye a la reducción de la ansiedad y promueve una autoestima más estable, incluso hasta tres años posterior al parto, donde las demandas en el cuidado infantil y los cambios en la identidad materna siguen siendo significativos.

Analizar cómo la preparación psicoprofiláctica recibida durante el embarazo influye en el bienestar psicológico de las madres durante los primeros tres años posteriores al parto, cuyos hijos se encuentran en programas de estimulación temprana en una clínica de la ciudad de Arequipa, permite diseñar estrategias de intervención más integrales. Conocer la realidad de estas mujeres, que completaron dicho proceso y actualmente crían a niños pequeños que reciben estimulación temprana, contribuye al desarrollo de programas que fortalezcan su calidad de vida y promuevan una maternidad más saludable y equilibrada.

En este contexto, las participantes realizaron el proceso de preparación psicoprofiláctica en el mismo centro de estimulación, bajo la conducción de una obstetra. El programa constó de siete sesiones presenciales, con una frecuencia semanal, cada una de dos horas de duración (Anexo 2).

En este marco, el presente estudio se propuso analizar la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres que hayan completado un proceso de preparación psicoprofiláctica, delimitando el análisis a un contexto geográfico y temporal específico en la ciudad de Arequipa. El objetivo fue generar conocimientos que aporten a la mejora del bienestar materno y al diseño de políticas de atención más inclusivas y eficaces.

En cuanto a la delimitación de la problemática, la investigación se circunscribe a madres de un único centro privado de estimulación temprana en Arequipa, lo que podría restringir la generalización de los resultados a otras poblaciones con características sociodemográficas distintas o pertenecientes a instituciones públicas. La recolección de datos dependió de la disponibilidad y disposición de las

participantes para responder los instrumentos de evaluación, lo que pudo generar sesgos en la representatividad de la muestra. Factores como la sinceridad en las respuestas y la influencia de estados emocionales momentáneos también pudieron afectar la precisión de los datos.

Metodológicamente, el estudio empleó un diseño descriptivo-correlacional, lo que permitió identificar los niveles de autoestima y ansiedad, así como analizar asociaciones entre estas variables y determinados factores sociodemográficos. Debido a la naturaleza observacional de la investigación, no fue posible establecer relaciones causales. Además, el uso de cuestionarios y escalas de autoinforme pudo estar sujeto a sesgos de deseabilidad social o a la percepción subjetiva de las participantes, aun cuando se utilizaron instrumentos validados científicamente.

Finalmente, se reconoce que factores externos no controlados, como el acceso a redes de apoyo, la situación económica y el nivel educativo de las participantes, pudieron incidir en los niveles de autoestima y ansiedad, actuando como variables de confusión. No obstante, estos aspectos fueron considerados en el análisis y discusión de los resultados para ofrecer una interpretación más precisa y fundamentada.

## **1.2. Formulación de la pregunta de investigación**

### ***1.2.1. Problema general***

¿Cuál es la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025?

### ***1.2.2. Problemas específicos***

¿Qué nivel de autoestima presentan las madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025?

¿Qué nivel de ansiedad presentan las madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025?

¿Cuáles características sociodemográficas influyen en los niveles de autoestima y ansiedad en madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025?

### **1.3. Objetivos de investigación**

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

Determinar la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025

#### ***1.3.2. Objetivos secundarios***

Identificar el nivel de autoestima en madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025

Establecer el nivel de ansiedad en madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025

Analizar la influencia de las características sociodemográficas en la autoestima y ansiedad de madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025

## **1.4. Hipótesis**

### ***1.4.1. Hipótesis general***

H0: No existe relación significativa entre la autoestima y la ansiedad en madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.

H1: Existe relación significativa entre la autoestima y la ansiedad en madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.

### ***1.4.2. Hipótesis específicas***

HE1: Las madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación en Arequipa, 2025, presentan un nivel de autoestima alto.

HE2: Las madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación en Arequipa, 2025, presentan un nivel de ansiedad bajo.

HE3: Las características sociodemográficas influyen en la autoestima y ansiedad de las madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación en Arequipa, 2025.

## **1.5. Justificación de la investigación**

La maternidad constituye un proceso que conlleva importantes transformaciones a nivel físico, emocional, psicológico y social (Coo et al., 2021). Dentro de los factores psicológicos que pueden influir en el bienestar materno, la autoestima y la ansiedad desempeñan un papel determinante, dado que inciden tanto en la experiencia del embarazo como en la calidad de la vinculación madre-hijo (Kingston et al., 2015). En este contexto, la preparación psicoprofiláctica ha sido promovida como una estrategia para reducir el malestar emocional en las gestantes, proporcionando herramientas para afrontar el parto y el puerperio (Mohammed et al., 2025). No obstante, la relación entre la psicoprofilaxis y la salud mental materna en términos de autoestima y ansiedad no ha sido objeto de estudio suficiente, especialmente en el contexto local.

### ***1.5.1. Justificación teórica***

Desde un enfoque teórico, la presente investigación buscó aportar al conocimiento sobre la influencia de la preparación psicoprofiláctica en el bienestar psicológico de las madres. Aunque se ha documentado la efectividad de la psicoprofilaxis para reducir el dolor físico al momento del parto (Rojas y Campos, 2022; Lewis et al., 2023), persiste una brecha en la literatura respecto a su impacto en el bienestar psicológico a nivel local. El presente estudio permite ampliar el marco conceptual sobre la relación entre la autoestima, la ansiedad y los procesos de preparación materna, lo que podría servir como base para futuras investigaciones en el ámbito de la psicología perinatal.

### ***1.5.2. Justificación práctica***

En el ámbito práctico, los resultados de este estudio aportan información valiosa para mejorar los programas de preparación maternal en centros de estimulación temprana. La evaluación del impacto de la psicoprofilaxis en la ansiedad y la autoestima permitiría el desarrollo de estrategias más integrales, que no solo aborden los aspectos físicos del embarazo, sino también el bienestar psicológico de las madres. Esto resuena con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3: Salud y Bienestar, al promover la salud materna y el equilibrio emocional (Naciones Unidas, 2015). En consecuencia, se favorecería una experiencia materna más saludable y se contribuiría a la prevención de dificultades psicológicas en el posparto.

### ***1.5.3. Justificación metodológica***

Desde una perspectiva metodológica, la investigación se enfocó en un análisis correlacional ya que se buscó analizar la relación entre la preparación psicoprofiláctica y las variables psicológicas de autoestima y ansiedad. Este enfoque facilitó la recolección de evidencia empírica sobre la efectividad de la psicoprofilaxis en la salud mental materna, proporcionando datos concretos que podrían sustentar la implementación de nuevas estrategias de intervención.

Este estudio busca comprender los factores que influyen en el bienestar psicológico de las madres, con el objetivo de generar conocimientos que contribuyan al desarrollo de políticas y programas de atención más inclusivos y eficaces. Dado que la maternidad implica profundas transformaciones (Coo et al., 2021), garantizar el acceso a herramientas que promuevan el bienestar psicológico, puede impactar positivamente en la salud materna y en la crianza, beneficiando tanto el bienestar familiar como el social. Además, está en sintonía con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 5: Igualdad de Género, al considerar la salud materna y la preparación psicoprofiláctica como parte del empoderamiento de las mujeres y la mejora en la atención de su salud integral (Naciones Unidas, 2015).

El desarrollo de este estudio buscó no solo reducir la brecha en la literatura científica, sino también generó información que pueda ser aplicable a la mejora de los servicios de apoyo dirigidos a las madres en el contexto local y nacional.

## Capítulo II. Marco teórico

### 2.1. Antecedentes investigativos

#### 2.1.1. Internacionales

Rukmanee et al. (2019) realizaron un estudio con el propósito de estimar y comparar la prevalencia de ansiedad en el primer embarazo y en embarazos posteriores, así como analizar los factores asociados a esta condición. La investigación fue observacional, transversal y comparativo y se utilizó la regresión logística múltiple, la muestra se compuso de 447 mujeres mayores de 34 años en un hospital de Tailandia entre abril y septiembre de 2014, recopilando datos sobre ansiedad, apoyo social, factores de estrés financiero, autoestima y características sociodemográficas. Los resultados establecieron que el 24% de las mujeres tuvo ansiedad alta en su primer embarazo, asociada a embarazos no planificados, estrés financiero y bajo apoyo social. No obstante, el 60% reportó menor ansiedad en embarazos posteriores, especialmente aquellas con empleo, mayor apoyo social y menos preocupaciones económicas, la reducción de la ansiedad fue más frecuente en mujeres que pasaron de estar desempleadas a empleadas, aquellas con mayor apoyo social y quienes presentaban menores factores de estrés financiero. Se concluyó que la ansiedad es más frecuente en el primer embarazo, pero disminuye en función del apoyo social y la estabilidad financiera, destacando la relevancia de integrar la salud mental en la atención prenatal.

Müller et al. (2020) investigaron la importancia de una preparación libre de estrés para el parto mediante la psicoprofilaxis obstétrica, con el objetivo de mejorar la atención a las mujeres durante el trabajo de parto. El estudio experimental se llevó a cabo en un centro de salud en el Congo entre enero de 2015 y junio de 2016, con una muestra de 163 parturientas, de las cuales 71 recibieron preparación y 92 no participaron en ninguna intervención. Las sesiones incluyeron teoría, intervención psicoterapéutica y ejercicios prácticos, abordando técnicas de respiración, posiciones para cada fase del parto, pujo y estrategias para la gestión del dolor. Los resultados mostraron que las mujeres preparadas experimentaron menos dolor (*EVA*: 7/10 vs. 9/10,  $p < .001$ ) y reportaron niveles de ansiedad más bajos (*HAD*: 9/21 vs. 13/21,  $p < .001$ ) en comparación con aquellas sin preparación. Se concluyó que la psicoprofilaxis obstétrica mejora la experiencia del parto, ya que ayuda a reducir el dolor y la ansiedad, además de aumentar la satisfacción materna. Estos hallazgos destacan la relevancia de crear e integrar estrategias de preparación en la atención prenatal para optimizar el bienestar de las gestantes.

Kowalska et al. (2022) evaluaron el estado emocional, el apoyo social y la autoeficacia en 101 mujeres embarazadas que asistían a clases de preparación al parto en una clínica de Polonia. Se utilizaron la Escala de Apoyo Social de Berlín (BSSS), la Escala de Autoeficacia General (GSES), la Escala de Estrés Percibido (PSS-10) y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), considerando variables sociodemográficas, planificación del parto y actividad física. El estudio incluyó encuestas al inicio y después de 10 semanas de participación. Durante este tiempo, las gestantes recibieron

formación teórica y práctica sobre embarazo, parto, alivio del dolor, puerperio, respiración y cuidado del recién nacido. Se aplicaron pruebas estadísticas no paramétricas como Wilcoxon, T de Student y U de Mann-Whitney. Se encontró como resultados una mejora significativa en la percepción de apoyo social (.0124), en la autoeficacia (.0001) y en la reducción del estrés percibido (.0013), aunque no se encontró relación entre actividad física y estado emocional. Se concluyó que la preparación al parto fortaleció el apoyo social y la autoeficacia en las gestantes, sin evidencia de que la actividad física influya directamente en su bienestar emocional.

Lewis et al. (2023) realizaron un estudio con el objetivo de analizar la asistencia a la educación prenatal, los motivos y barreras para participar, así como las técnicas enseñadas y utilizadas en la gestión del parto. El estudio fue de corte transversal con encuestas prenatales y postnatales en 724 mujeres nulíparas con embarazo único, atendidas en dos hospitales de maternidad en Australia. Se emplearon pruebas de independencia de *Chi cuadrado de Pearson* para comparar los datos. Los resultados mostraron que los principales motivos de asistencia fueron la gestión del parto (86%), la seguridad en el cuidado del bebé (71%) y la confianza en la maternidad (60%), mientras que las principales barreras fueron la falta de tiempo (33%) y el costo económico (27%). Entre las técnicas más enseñadas, destacaron el uso de epidural, la respiración, el masaje y el óxido nitroso, y se observó que las mujeres que asistieron a clases de psicoprofilaxis utilizaron una mayor variedad de métodos de alivio del dolor durante el parto. Además, el 74% de las participantes consideró útil la educación prenatal para la crianza del bebé y el 24% la valoró como preparación para el parto. Se concluyó que la educación prenatal fue percibida como beneficiosa, ya que permitió a las madres aplicar las técnicas aprendidas durante el parto. Asimismo, se resaltó la importancia de fortalecer la información sobre lactancia materna y cuidado del bebé, así como abordar las barreras de acceso, como horarios y costos, para mejorar la participación en estos programas.

### **2.1.2. Nacionales**

Flores (2019) investigó la diferencia en la actitud de las gestantes con y sin preparación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica durante la atención del parto en un hospital de segundo nivel de Tarapoto en 2018. Se realizó un estudio no experimental, descriptivo-comparativo, con una muestra de 76 gestantes, de las cuales 46 habían recibido preparación psicoprofiláctica y 30 no. Se empleó observación directa y análisis documental de historias clínicas para recopilar datos sobre sus características personales y el desarrollo del trabajo de parto. Los resultados indicaron que el 50% de las gestantes sin preparación mostró mala actitud en la dilatación, el 37% en la expulsión y el 40% en el alumbramiento, mientras que el 47% tuvo una actitud indiferente durante la atención del parto. En contraste, entre las gestantes con preparación, el 54% mostró buena actitud en la dilatación, el 48% en la expulsión y el 59% en el alumbramiento, con un 52% de actitud positiva en todo el proceso, frente a solo el 13% en el grupo sin preparación. El análisis estadístico evidenció una diferencia significativa

entre ambos grupos ( $T$  observado = -4.033,  $T$  probabilístico = -1.666). Se concluyó que la psicoprofilaxis obstétrica influye positivamente en la actitud materna durante el parto, mejorando la disposición de las gestantes y reduciendo el estrés y la ansiedad asociados al proceso.

Cárdenas et al. (2020) realizaron un estudio para determinar los niveles de cortisol en mujeres embarazadas que asistían a un servicio de psicoprofilaxis obstétrica en un centro de salud de primer nivel de la ciudad de Huancavelica entre febrero y mayo de 2018. Se trató de una investigación descriptiva, prospectiva y transversal, en la que participaron 16 gestantes, analizando sus características sociodemográficas y los efectos de la psicoprofilaxis en la regulación del estrés. Los resultados mostraron que no hubo cambios significativos en los niveles de cortisol según la edad gestacional, pero sí se encontró una relación entre la cantidad de sesiones asistidas y niveles más bajos de cortisol en suero por la mañana. Esto sugiere que la psicoprofilaxis obstétrica contribuye a la regulación del estrés materno, favoreciendo el bienestar mental. Se concluyó que condiciones como la depresión y la ansiedad pueden alterar los niveles de cortisol, afectando la relación materno-fetal. Estrategias como el yoga, los masajes y la aromaterapia han demostrado reducir el estrés en mujeres embarazadas, por lo que la psicoprofilaxis obstétrica se considera clave para equilibrar el estado emocional y físico durante la gestación.

Idrugo y Moreno (2023) desarrollaron una investigación en un hospital de primer nivel en la ciudad de Lima con el objetivo de identificar las características maternas, perinatales y la conducta durante el trabajo de parto en gestantes peruanas que participaron en un programa de preparación psicoprofiláctica. El estudio se enmarcó en un diseño observacional, descriptivo y de corte transversal, contando con la participación de 64 gestantes primigestas que asistieron a seis o más sesiones de dicha preparación. La muestra fue evaluada mediante una lista de cotejo validada para analizar las conductas maternas durante las fases de dilatación, expulsivo y alumbramiento, mientras que las características maternas y perinatales se obtuvieron a través de la revisión de historias clínicas. Entre los resultados más relevantes, se halló que el 82.81% de las gestantes tuvo controles prenatales adecuados y el 95.31% no presentó complicaciones en el periodo expulsivo. Además, el 96.88% de los neonatos tuvo contacto piel a piel con sus madres. Las conductas más frecuentes durante el trabajo de parto incluyeron la respiración jadeante en el expulsivo (95.31%) y el alumbramiento (93.75%), el cuidado personal adecuado (92.19%) y el parto en posición vertical (92.19%). En cuanto al desempeño conductual, se reportó un comportamiento adecuado en el 54.69% de las participantes durante el periodo de dilatación, en el 64.06% durante el expulsivo y en el 71.88% durante el alumbramiento. Como conclusión, se destaca que las gestantes que participaron en la preparación psicoprofiláctica presentaron características maternas y perinatales saludables, además de una conducta predominantemente adecuada durante las diferentes fases del trabajo de parto. Estos resultados se vinculan con una adecuada atención prenatal y con el acompañamiento brindado por el personal del primer nivel de atención, que refuerza las técnicas

aprendidas, como la respiración profunda y el manejo del dolor, contribuyendo a un parto más saludable y con mejor vínculo afectivo entre madre e hijo.

De la Cruz (2024) investigó la diferencia en la experiencia de ansiedad durante el parto entre gestantes que participaron en un programa de psicoprofilaxis obstétrica prenatal y aquellas que no. Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, analítico y cuantitativo con 50 gestantes atendidas en un centro de salud en Lima entre junio y agosto de 2022, divididas en dos grupos: 25 con preparación prenatal y 25 sin ella. Los resultados mostraron que 7 gestantes con preparación y 9 sin ella presentaron ansiedad baja, mientras que 17 con preparación y 16 sin ella mostraron ansiedad media. Solo 1 gestante con preparación presentó ansiedad alta, sin casos en el grupo sin preparación. Sin embargo, la diferencia en los niveles de ansiedad no fue estadísticamente significativa ( $p = .42$ ). Se concluyó que la psicoprofilaxis obstétrica podría estar relacionada con una menor ansiedad en el parto, aunque los resultados no demostraron una diferencia significativa. Se destaca la necesidad de seguir investigando los efectos de estos programas en la salud mental de las gestantes y su impacto en la experiencia del parto.

Llerena y Rodríguez (2025) realizaron un estudio en un hospital del tercer nivel de atención en Lima con el objetivo de identificar los factores sociodemográficos, obstétricos y neonatales asociados al nivel de ansiedad materna en el puerperio inmediato. La investigación fue de tipo transversal y se llevó a cabo entre octubre y diciembre de 2024, con una muestra de 213 púerperas. Para medir la ansiedad, se utilizó la Escala de Hamilton modificada, encontrándose que el 81.70 % de las participantes presentó algún grado de ansiedad, distribuyéndose en un 40.85 % con ansiedad leve y un 40.85 % con ansiedad severa. Mediante pruebas de asociación estadística se identificó una relación significativa entre los niveles de ansiedad y variables como mayor cantidad de controles prenatales ( $p=.01$ ), ser madre primeriza ( $p=.024$ ), ser ama de casa ( $p=.023$ ) y haber presentado amenaza de aborto ( $p=.008$ ). En contraste, no se hallaron asociaciones significativas con factores como procedencia, escolaridad, estado civil, edad, ejercicio, embarazo planificado, vía de parto, ni con la preparación psicoprofiláctica ( $p>.05$ ). Tampoco se encontraron relaciones significativas con patologías obstétricas como anemia, preeclampsia, parto prematuro, restricción del crecimiento intrauterino, ruptura prematura de membranas, oligohidramnios o colestasis gestacional. Se concluyó que la ansiedad fue altamente prevalente en el puerperio inmediato, especialmente entre madres primerizas, amas de casa y aquellas con mayor control prenatal, lo que evidencia la necesidad de una detección y atención temprana de la ansiedad posparto.

### **2.1.3. Locales**

Tejada y Zambrano (2024) realizaron una investigación en un hospital de tercer nivel de atención en la ciudad de Arequipa, con el objetivo de comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto entre gestantes preparadas y no preparadas mediante un programa de psicoprofilaxis obstétrica.

El estudio fue de tipo prospectivo, comparativo y de campo, desarrollado entre julio y agosto de 2024. La muestra estuvo conformada por 108 mujeres con partos eutócicos, de las cuales 54 participaron en el programa de psicoprofilaxis y 54 no recibieron ninguna preparación. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario estructurado. Entre los principales resultados, se encontró que el 42.6 % de las gestantes preparadas eran primíparas, frente al 33.3 % del grupo no preparado. Durante el primer periodo del trabajo de parto, el 29.6 % de las gestantes preparadas reportó dolor intenso, en comparación con el 59.3 % de las no preparadas. En el periodo expulsivo, el dolor intenso se presentó en el 57.4 % de las gestantes preparadas y en el 83.3 % de las no preparadas. Se evidenció una diferencia significativa en el nivel de dolor entre ambos grupos tanto en el primer ( $p=.004$ ) como en el segundo periodo del trabajo de parto ( $p=.009$ ). En conclusión, se determinó que la psicoprofilaxis obstétrica tiene un efecto positivo en la reducción de la percepción del dolor durante el trabajo de parto, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre las gestantes que recibieron preparación y aquellas que no ( $p<.05$ ).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. La Gestación**

Durante el periodo perinatal, las mujeres experimentan una serie de cambios tanto fisiológicos como psicosociales asociados a la maternidad. Esta etapa se considera un momento de especial vulnerabilidad, en el cual pueden surgir o reaparecer problemas de salud mental, como la depresión y la ansiedad. En este contexto, el bienestar psicológico y la resiliencia adquieren un rol fundamental, ya que influyen positivamente en la salud física y mental de la mujer, tanto durante el embarazo como después del parto (Ekelöf et al., 2025).

El bienestar mental se ve favorecido por diversos factores internos, entre ellos la capacidad de confiar en el proceso del embarazo, experimentar seguridad en la transición hacia la maternidad y contar con personas con quienes compartir experiencias. Asimismo, disponer de una red de apoyo resulta esencial para brindar contención y cuidado emocional. Por ello, promover la salud mental implica fortalecer estos recursos internos y sociales que fomentan la ecuanimidad, abordando los factores protectores a distintos niveles durante todo el periodo perinatal y posnatal (Ekelöf et al., 2025).

Tanto el embarazo como el posparto representan etapas de especial vulnerabilidad en las que existe un alto riesgo de desarrollar trastornos de salud mental que pueden influir en el vínculo afectivo entre la madre y el hijo. Se ha evidenciado que un mayor bienestar percibido y menores niveles de depresión se asocian con un apego más sólido hacia el bebé. Estos procesos se relacionan con los cambios neurobiológicos que ocurren durante la gestación, los cuales pueden mantenerse incluso más allá de los seis meses posteriores al parto, afectando el bienestar emocional y psicológico de las madres. En este sentido, las experiencias y las intervenciones que se implementen tanto durante el embarazo como en el periodo posnatal resultan determinantes para favorecer la salud cerebral y el equilibrio psicológico materno (Servin et al., 2025).

### **2.2.2. Preparación psicoprofiláctica**

El método Lamaze es una de las técnicas de preparación para el parto más difundidas a nivel mundial. Uno de los principios fundamentales del método Lamaze es la gestión del dolor a través de la distracción y la concentración en técnicas específicas. En lugar de evitar completamente el dolor, se busca reducir su intensidad y cambiar la percepción de las contracciones mediante ejercicios de respiración, movimientos y posiciones estratégicas (American College of Nurse-Midwives [ACNM], 2013). El uso de un punto focal visual, el masaje y la respiración controlada ayudan a inducir la relajación y disminuir la ansiedad.

Mohammed et al. (2025) indican que el proceso psicoprofiláctico tiene como finalidad principal abordar diversos factores psicosociales relevantes con el propósito de empoderar a las mujeres, proporcionándoles información, habilidades prácticas, apoyo emocional y oportunidades que

fortalezcan su confianza para afrontar el parto de manera efectiva. La preparación psicoprofiláctica busca reducir el miedo, la ansiedad y el dolor físico asociados al parto, al mismo tiempo que promueve la confianza y la autonomía materna. A través de presentaciones didácticas, debates interactivos, ejercicios de relajación, técnicas de respiración, estrategias para el manejo del dolor y sesiones de apoyo grupal, se prepara integralmente a las futuras madres en los aspectos físicos, psicológicos y emocionales del proceso de parto.

**Objetivos y beneficios.** La psicoprofilaxis obstétrica ofrece múltiples beneficios durante el embarazo y el parto. Su aplicación contribuye a la reducción de la ansiedad materna al proporcionar herramientas para afrontar el proceso con una actitud positiva. Además, facilita una respuesta más efectiva ante las contracciones uterinas mediante el uso adecuado de técnicas de relajación, respiración y masajes. También, favorece un inicio oportuno de la fase activa del trabajo de parto, reduciendo la necesidad de evaluaciones repetidas y promoviendo un mejor conocimiento del propio cuerpo (Morales et al., 2014).

Asimismo, se ha observado una disminución en la duración de la fase de dilatación y expulsiva, optimizando el esfuerzo materno sin perder el enfoque en el proceso del parto. La utilización de fármacos tiende a ser menor, lo que contribuye a una reducción de complicaciones obstétricas. Adicionalmente, la participación de la pareja puede verse favorecida a lo largo del trabajo de parto, fortaleciendo el acompañamiento emocional. Entre otros beneficios, la psicoprofilaxis obstétrica se asocia con una menor incidencia de cesáreas y partos instrumentados, una recuperación postparto más rápida y confortable, una mejora en el establecimiento de la lactancia sin complicaciones y una menor probabilidad de desarrollar depresión posparto (Morales et al., 2014).

***Disminución del estrés y la ansiedad.*** La psicoprofilaxis obstétrica contribuye significativamente a la reducción del estrés y la ansiedad durante el embarazo. Por medio de técnicas de relajación, ejercicios de respiración y estrategias para afrontar el miedo al parto, se favorece un proceso gestacional más calmado. La disminución del estrés impacta de manera positiva en el bienestar del feto, adicional al beneficio que tiene en la salud emocional de la madre (Rojas y Campos, 2022).

***Técnicas para el control del dolor.*** Las clases de preparación para el parto incluyen la enseñanza de técnicas de control del dolor, como la relajación, la respiración consciente y la comprensión de las etapas del trabajo de parto. Al tener este conocimiento, las gestantes pueden tomar decisiones informadas sobre las opciones de alivio del dolor, desde métodos farmacológicos hasta enfoques naturales, como el parto sin medicamentos (Rojas y Campos, 2022).

***Empoderamiento durante el parto.*** La psicoprofilaxis obstétrica promueve la participación activa de la mujer en su proceso de parto. Enseñándole a comprender las señales de su cuerpo y desarrollar una comunicación efectiva con el personal médico, las gestantes se empoderan en la toma

de decisiones informadas en su atención. Fortaleciendo, no solo su sensación de control, sino que ayuda a que la experiencia de parto sea más positiva y satisfactoria (Rojas & Campos, 2022).

***Creación de un vínculo temprano con el bebé.*** La preparación para el parto facilita el fortalecimiento del vínculo entre la madre y el bebé. La práctica de ejercicios de relajación y visualización favorece una conexión más profunda, creando un ambiente emocionalmente saludable para el nacimiento. Este vínculo temprano puede influir positivamente en el desarrollo infantil y en la relación madre-hijo a largo plazo (Rojas & Campos, 2022).

**Técnicas utilizadas.** Entre las técnicas que se utilizan en el proceso psicoprofiláctico, se encuentran las siguientes:

***Relajación.*** Las técnicas de relajación permiten alcanzar un estado de descanso físico y mental en la gestante, ayudándola a conservar energía, aliviar tensiones y mejorar su capacidad de concentración. Estas pueden aplicarse de manera profunda, superficial o progresiva, destacando métodos como la técnica de Jacobson y Schulz, así como enfoques inspirados en la sofrología, que favorecen el autocontrol frente a las molestias y el estrés (Morales et al., 2014).

***Respiración.*** Las técnicas respiratorias optimizan la oxigenación pulmonar, lo que beneficia tanto a la madre como al bebé. Se adaptan según la fase del embarazo o el trabajo del parto, permitiendo una mayor sensación de calma, facilitando la relajación y contribuyendo al manejo del dolor y las contracciones (Morales et al., 2014).

***Vinculación prenatal.*** Estas estrategias dinámicas fortalecen el vínculo afectivo de la gestante y su pareja con el bebé en desarrollo. Su objetivo es favorecer una conexión temprana y consciente, promoviendo una actitud positiva y de acogida ante la llegada del nuevo integrante de la familia (Morales et al., 2014).

***Calistenia.*** Los movimientos suaves, rítmicos y progresivos utilizados en la calistenia facilitan el estiramiento natural del cuerpo de la gestante. Su práctica contribuye a mejorar la flexibilidad y elasticidad, brindando mayor comodidad durante el entrenamiento físico y la preparación para el parto (Morales et al., 2014).

***Visualización.*** Este procedimiento consiste en la creación mental de imágenes basadas en la motivación y pensamientos positivos. Aplicada especialmente durante la relajación, la visualización ayuda a inducir un estado emocional placentero, reduciendo la ansiedad y generando bienestar en la futura madre (Morales et al., 2014).

**Tipos de psicoprofilaxis obstétrica.** La psicoprofilaxis obstétrica se divide en distintos tipos según las necesidades específicas de cada gestante y el momento en que se implementa. Su objetivo es

proporcionar preparación teórica, física y emocional para afrontar el proceso del embarazo, parto y posparto de manera saludable (Morales et al., 2014).

Según las necesidades:

**Física.** El entrenamiento físico se adapta a las condiciones generales y energéticas de cada gestante, proporcionando beneficios tanto corporales como mentales. Se incluyen técnicas de respiración, relajación neuromuscular, posiciones para aliviar molestias y masajes localizados, entre otras estrategias que favorecen la adaptación del cuerpo a los cambios del embarazo y el trabajo de parto (Morales et al., 2014; Martínez & Karchmer 2021).

**Psicoafectiva.** El apoyo emocional brindado a la gestante y su pareja facilita la vivencia del embarazo y la llegada del bebé sin temores ni pensamientos negativos. Esto contribuye a generar tranquilidad, seguridad y bienestar, además de reducir la asociación entre miedo, tensión y dolor durante el proceso del parto (Morales et al., 2014; Martínez & Karchmer 2021).

**Teórica.** La información clara y oportuna proporcionada a la gestante le permite conocer los aspectos esenciales de su embarazo y parto. Este conocimiento no solo fomenta la tranquilidad y la seguridad, sino que también empodera a la madre en el cuidado de su salud y promueve una cultura de prevención (Morales et al., 2014; Martínez & Karchmer 2021).

Según el momento:

**Prenatal.** Se lleva a cabo durante la gestación e integra aspectos teóricos, físicos y emocionales para preparar a la futura madre de manera integral. Se recomienda iniciarla entre el quinto y sexto mes de embarazo, aunque puede realizarse en cualquier momento antes del parto. Su propósito es proporcionar herramientas para el manejo del estrés, el fortalecimiento físico y la adquisición de conocimientos sobre el proceso del parto y la maternidad (Morales et al., 2014; Martínez & Karchmer 2021).

**Intranatal.** Se desarrolla durante el trabajo de parto y tiene como finalidad ayudar a la gestante a responder adecuadamente a las contracciones y a las distintas etapas del parto. Se refuerzan conocimientos previos y se brindan técnicas específicas de relajación, respiración y control del dolor. Además, se orienta a la persona que acompaña a la madre, promoviendo su participación activa en el proceso (Morales et al., 2014; Martínez & Karchmer 2021).

**Postnatal.** Se implementa después del parto, generalmente durante el puerperio inmediato, aunque puede extenderse hasta los primeros meses de lactancia exclusiva. Su objetivo es facilitar la recuperación física y emocional de la madre, promoviendo el autocuidado, la salud sexual y reproductiva, y el adecuado establecimiento de la lactancia materna (Morales et al., 2014; Martínez & Karchmer 2021).

**De emergencia.** Dirigida a gestantes que se encuentran en las últimas semanas de embarazo y que no han recibido una preparación previa. Se realiza a través de sesiones intensivas en las que se priorizan estrategias para el control emocional, la colaboración activa y la adaptación al proceso del parto. Se basa en el condicionamiento de respuestas automáticas para favorecer una mejor vivencia del parto y reducir la ansiedad en la madre (Morales et al., 2014; Martínez & Karchmer 2021).

**En situaciones especiales.** Diseñada para gestantes cuya condición no se ajusta a los parámetros habituales de un embarazo sin complicaciones. Puede estar indicada en casos de alto riesgo obstétrico, situaciones médicas específicas o factores socioculturales que requieran una atención diferenciada. La preparación se adapta a las necesidades particulares de cada madre, brindando apoyo especializado según su contexto (Morales et al., 2014; Martínez & Karchmer 2021).

### **2.2.3. Autoestima**

Según Rosenberg (1989), la autoestima se construye a partir del autoconcepto que una persona desarrolla sobre sí misma, considerando su personalidad y comportamiento. Esta valoración personal se forma con base en los pensamientos y emociones que se tienen sobre uno mismo. Una percepción positiva favorece experiencias enriquecedoras, promoviendo la aceptación de las propias habilidades, destrezas y limitaciones. En contraste, la falta de estímulos positivos sobre el propio valor puede llevar a una autoevaluación negativa.

Zhi et al. (2025) indican que la autoestima es una percepción subjetiva que cada persona tiene sobre sí misma; es decir, la valoración que un individuo hace de su propio ser. Aunque tiende a mantenerse relativamente estable, puede modificarse con el tiempo, pues se desarrolla y evoluciona a lo largo de la vida. Diversos factores pueden influir en ella, como el embarazo, etapa en la que se producen notables cambios en la imagen corporal. En el tercer trimestre, por ejemplo, muchas mujeres pueden experimentar sentimientos de logro y empoderamiento al prepararse para la maternidad. Sin embargo, la autoestima durante el embarazo puede tanto incrementarse como disminuir. Además, no depende únicamente de las características personales, sino también de factores sociales y de las relaciones interpersonales que rodean a la mujer.

**Principales teorías.** Entre las principales teorías sobre la autoestima, tenemos a las siguientes:

**Teoría de la motivación humana de Abraham Maslow.** En 1943, Abraham Maslow formuló su teoría de la motivación humana, proponiendo una jerarquía de necesidades que influye en la conducta. Esta jerarquía se compone de cinco niveles, organizados en función de su importancia para la supervivencia y su capacidad de motivación. Según este modelo, las necesidades emergen progresivamente a medida que las anteriores son satisfechas, determinando así el comportamiento humano (Colvin & Rutland, 2008).

Maslow estableció cinco categorías: fisiológicas, de seguridad, de amor y pertenencia, de estima y de autorrealización. Las cuatro primeras se consideran necesidades deficitarias, ya que surgen por carencia, mientras que la autorrealización corresponde a las necesidades de desarrollo del ser, enfocadas en el crecimiento personal (Koltko, 2006).

Las *necesidades fisiológicas* constituyen el nivel más básico e incluyen funciones esenciales para la supervivencia, como la alimentación, el descanso, la respiración y la protección. Una vez cubiertas, surgen las *necesidades de seguridad*, relacionadas con la estabilidad y la protección en ámbitos como la salud, el empleo y la integridad personal. En el siguiente nivel, se encuentran las *necesidades de amor y pertenencia*, que responden a la búsqueda de vínculos sociales y afectivos para superar la soledad, como la integración en una familia o comunidad. Posteriormente, emergen las *necesidades de estima*, que incluyen el reconocimiento propio y el respeto de los demás. En esta dimensión, Maslow (2012) distingue entre una estima inferior, que abarca el estatus y la reputación, y una estima superior, vinculada a la confianza, autonomía y competencia. La satisfacción de estas necesidades fortalece la seguridad y autoestima, mientras que su carencia puede generar sentimientos de inferioridad. En la cúspide de la jerarquía, se encuentran las *necesidades de autorrealización*, orientadas a la exploración del potencial personal y la búsqueda de significado.

Según Maslow, la autorrealización ocurre cuando una persona desarrolla plenamente sus talentos y habilidades en aquello que le apasiona. Por ejemplo, un músico encontrará satisfacción en la composición, un artista en la pintura y un poeta en la escritura (Maslow, 2012).

***Teoría de la autoestima de Coopersmith.*** Según Coopersmith (1967), el ambiente familiar es un factor determinante en la formación de la autoestima, donde la competencia y las experiencias de éxito de los padres influyen directamente en su desarrollo. Los niños evalúan su propio valor observando a sus progenitores, identificando tanto sus fortalezas como sus deficiencias y enfrentando la crítica. Las expectativas positivas de los padres aumentan la probabilidad de que los hijos las cumplan, siempre que crezcan en un entorno que refuerce dichos valores.

Coopersmith (1959) establece cuatro dimensiones clave en la construcción de la autoestima: competencia (éxito en demandas académicas), virtud (adherencia a normas morales y éticas), fuerza (capacidad de influir en los demás) y significado (atención y afecto recibido). También, identifica factores esenciales para su desarrollo, como el afecto y reconocimiento, el historial de éxito, la definición personal de logros y la capacidad para gestionar la crítica (Harter, 1983; Bednar et al., 1989).

Para fortalecer la autoestima, Coopersmith (1959) resalta la importancia de que los padres expresen aceptación, establezcan límites claros y mantengan expectativas altas pero realistas, respetando la individualidad del niño. Se ha observado que los niños con alta autoestima tienden a confiar en sus propios criterios y decisiones, incluso si difieren de los del grupo, y son más conscientes de sus opiniones y convicciones (Coopersmith, 1967).

Por último, la autoevaluación juega un papel clave en la autoestima, ya que permite a los niños analizar sus habilidades y competencias personales. En este sentido, la dimensión cognitiva es fundamental, pues facilita la evaluación y el juicio constante de la propia situación. Además, la atención y aprobación parental, junto con las experiencias de éxito y fracaso, son determinantes en el desarrollo de la autoestima (Bednar et al., 1989).

**Teoría de Susan Harter.** La teoría de Susan Harter sobre la autoestima se basa en un modelo cognitivo-evolutivo, que explica cómo los niños construyen su identidad a partir de la percepción de sus habilidades y de la opinión que creen que los demás tienen sobre ellos. Según Harter (1999), la identidad es una construcción social, influenciada por un proceso continuo de cambio, en el cual los niños incorporan actitudes y normas del entorno para moldear su autopercepción y desarrollar su autoestima. Desde esta perspectiva, la autoestima se forma a través de experiencias de éxito y fracaso, así como por la retroalimentación recibida del entorno. Cuando un niño enfrenta una tarea, los resultados obtenidos influyen en su percepción de competencia. Estas experiencias generan respuestas emocionales que impactan su nivel de motivación, consolidando una visión positiva o negativa sobre sí mismo (Oyserman et al., 2012).

Harter (1999) define la autoestima como la evaluación de la propia competencia y suficiencia percibida en distintos ámbitos. Su modelo identifica varios dominios clave que contribuyen a su construcción: *la aceptación social*, que refleja la percepción de ser aceptado por los pares; *la apariencia física*, vinculada a la valoración de la propia imagen; *el desempeño académico*, relacionado con la percepción de competencia en el ámbito escolar; *el desempeño atlético*, referido a la habilidad en actividades deportivas; *la conducta*, que mide el grado de satisfacción con el comportamiento y la adaptación a las normas sociales; y *la autoestima global*, entendida como la valoración general del propio valor y satisfacción con uno mismo.

Este modelo enfatiza la multidimensionalidad de la autoestima, al considerar que la autopercepción se construye a lo largo del desarrollo, integrando tanto factores sociales como cognitivos. En este sentido, el autoconcepto se entiende como un producto social, definido en función del contexto histórico y cultural en el que se desarrolla la persona (Oyserman et al., 2012).

**Componentes de la autoestima.** El proceso de la autoestima puede entenderse a partir de dos dimensiones complementarias: la actitudinal inferida y la conductual observable (Mezerville, 2004).

La actitudinal inferida está conformada por tres componentes principales: autoimagen, autovaloración y autoconfianza. *La autoimagen* se refiere a la capacidad de percibirse a sí mismo de manera realista, considerando tanto virtudes como defectos; una autoestima saludable no implica la perfección, sino una percepción equilibrada de la propia personalidad, las relaciones con los demás y el entorno; esta imagen no es estática, sino que se construye a partir de experiencias previas y de la visión que la persona elabora sobre su futuro. *La autovaloración*, por su parte, radica en el reconocimiento de

la propia importancia y en la capacidad de autoaceptación y autorrespeto; esto implica una percepción positiva de la propia dignidad y del derecho a la felicidad, al respeto ya la satisfacción de necesidades legítimas. Finalmente, *la autoconfianza* se basa en la creencia en la propia capacidad para realizar diversas tareas de manera efectiva. Este componente impulsa a la persona a afrontar desafíos con seguridad, fomentando la búsqueda de oportunidades para demostrar sus competencias (Naranjo, 2007).

Por otro lado, la conductual observable incluye el autocontrol, la autoafirmación y la autorrealización. *El autocontrol* implica la capacidad de gestionar adecuadamente la vida personal mediante el autodomínio, la organización y el autocuidado, promoviendo tanto el bienestar individual como el colectivo. *La autoafirmación* se refiere a la habilidad de expresarse de manera autónoma y asertiva, tomando decisiones con independencia y madurez; este componente permite una manifestación auténtica del pensamiento y las habilidades sin caer en la sobredependencia ni en la autosuficiencia extrema. Finalmente, *la autorrealización* se asocia con el desarrollo y expresión de las capacidades individuales, permitiendo vivir una vida plena y satisfactoria; alcanzar la autorrealización implica establecer metas significativas dentro del propio proyecto de vida y encontrar sentido en las acciones realizadas. Mientras que las personas con una autoestima fortalecida tienden a proyectarse de manera positiva, generando beneficios tanto personales como para su entorno, aquellas con una baja autoestima suelen experimentar insatisfacción y una sensación de estancamiento existencial (Naranjo, 2007).

**Factores que influyen en la autoestima.** El desarrollo de la autoestima es un proceso dinámico que se modifica a lo largo de la vida en función de la interacción con el entorno y las experiencias vividas. Desde el nacimiento, la percepción de que una persona tiene de sí misma y los rasgos predominantes de su comportamiento se van configurando a través de estas interacciones. En este sentido, las etapas tempranas del desarrollo resultan fundamentales para la formación de una autoestima saludable, mientras que las etapas posteriores contribuyen a su fortalecimiento (Secretaría de Salud, 2020).

Los factores influyentes en el desenvolvimiento de la autoestima pueden agruparse en dos categorías: factores internos y factores externos. *Los factores internos* incluyen los pensamientos, ideas, prácticas, opiniones, conductas y emociones que una persona tiene sobre sí misma, así como la manera en que gestiona sus emociones; estos aspectos determinan en gran medida la valoración personal y la forma en que se afrontan diversas situaciones. Por otro lado, *los factores externos* están relacionados con las circunstancias de la vida, las opiniones y mensajes recibidos del entorno, los comportamientos de otras personas, las relaciones interpersonales, el reconocimiento social y el sentido de pertenencia; estos factores desempeñan un rol relevante en la construcción y consolidación de la autoestima, ya que influyen en la forma en que una persona se percibe a sí misma dentro de su entorno social (Marquesini, 2018; Panesso & Arango, 2017).

**Autoestima en la maternidad.** La maternidad impacta en la autoestima al generar cambios en la autoidentidad, las relaciones y el bienestar emocional. La transición a este rol puede provocar una sensación de pérdida temporal del “yo”, afectando la percepción de sí misma (Finlayson et al., 2020).

Factores como los cambios en la imagen corporal, la reducción de autonomía y las alteraciones en la relación de pareja pueden influir negativamente en la autoestima. Durante el embarazo, los cambios en el peso y el tamaño corporal que ocurren en un periodo relativamente corto pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a experimentar insatisfacción con su imagen corporal. Esta insatisfacción suele estar vinculada a preocupaciones sobre el atractivo físico, las cuales tienden a intensificarse desde la mitad hasta el final de la gestación. Se ha identificado que un bajo nivel de autoestima, junto con un alto grado de preocupaciones específicas del embarazo, representa un factor de riesgo para el desarrollo de una percepción negativa de la imagen corporal. Además, otros elementos como una mala calidad del sueño, bajos niveles de actividad física, alteraciones en la conducta alimentaria y un aumento significativo de peso pueden influir en esta insatisfacción. Dado que los factores psicológicos, conductuales y aquellos relacionados con el peso son modificables, estos pueden impactar positiva o negativamente en la autoimagen materna. En este sentido, la autoestima juega un papel fundamental en la forma en que las mujeres perciben los cambios en su cuerpo durante el embarazo, influyendo en su bienestar emocional y en la aceptación de su proceso gestacional (Linde et al., 2023).

La maternidad puede contribuir al fortalecimiento de la autoestima a través de sentimientos de amor, logro y superación, que surgen al enfrentar los desafíos del embarazo y el posparto. Para una adaptación positiva a esta etapa, el apoyo emocional y social desempeña un rol clave, ya que no solo impacta en la madre, sino también en su entorno (Finlayson et al., 2020). Además, la autoestima cumple una función mediadora en la percepción del estrés, dado que se relaciona con una actitud positiva hacia la propia identidad y la vida en general. Incluso, se ha identificado como un predictor significativo del bienestar en mujeres embarazadas (Gerymski et al., 2024).

Se ha observado que las madres con experiencia previa en la maternidad tienden a interactuar de manera más positiva con sus bebés en comparación con aquellas que son primerizas. Además, muestran una orientación social más favorable. Por otro lado, las madres primerizas presentan mayores dificultades para retomar la interacción con sus hijos después de un episodio interactivo, a diferencia de aquellas que ya han pasado por esta experiencia previamente (Alexandre et al., 2016).

#### **2.2.4. Ansiedad**

Según Zung (1971), la ansiedad es un estado emocional distinguido por la presencia de sentimientos de tensión, preocupación y nerviosismo, acompañados por síntomas fisiológicos como palpitaciones, temblores, sudoración y mareos.

Kurniawati et al. (2025) indican que la ansiedad vinculada específicamente al embarazo presenta una relación más estrecha con los resultados maternos e infantiles que la ansiedad general. Este tipo de ansiedad abarca preocupaciones sobre la salud propia y fetal, el riesgo de pérdida del embarazo, el parto, el cuidado del recién nacido y la crianza. Su presencia puede generar efectos negativos significativos tanto en la madre como en el feto o el bebé, incrementando el riesgo de desarrollar complicaciones como la preeclampsia, dificultades obstétricas o problemas en la formación del vínculo afectivo con el niño.

Además, la ansiedad durante el embarazo puede prolongarse hasta el periodo posparto, contribuyendo al desarrollo de depresión posparto. La magnitud de esta afectación suele estar determinada por el nivel de apoyo social con el que cuenta la madre. Por ello, la detección temprana de la ansiedad tanto durante la gestación como en la etapa posnatal resulta fundamental para reducir su impacto negativo en la salud física y emocional de las mujeres (Kurniawati et al., 2025).

**Principales teorías.** Entre las principales teorías de ansiedad tenemos las siguientes:

**Modelo cognitivo de ansiedad.** Desde la perspectiva cognitiva, la ansiedad surge debido a la forma en que las personas interpretan las situaciones, ya que los pensamientos influyen directamente en las emociones. En los estados ansiosos, se produce una activación fisiológica intensa y, en muchos casos, incontrolable. Sin embargo, muchas personas no identifican el papel fundamental que juegan sus pensamientos en la generación de la ansiedad (Clark & Beck, 2010).

Este modelo plantea que la ansiedad se desarrolla a partir de un sentimiento de *vulnerabilidad*, definida como la percepción de estar expuesto a peligros internos o externos sobre los cuales no se tiene control suficiente (Beck et al., 1985). Dicha vulnerabilidad se amplifica por procesos cognitivos disfuncionales, como la *sobreestimación del peligro* y la *subestimación de la capacidad de afrontamiento*. Esto genera un círculo vicioso donde la ansiedad se intensifica al interpretar señales neutras como amenazas graves. La intensidad de la ansiedad depende de la homeostasis entre dos valoraciones cognitivas: *valoración primaria*, evaluación de la probabilidad y gravedad de la amenaza; y la *valoración secundaria*, percepción de la capacidad personal para afrontar el peligro y sentirse seguro. Cuando se percibe una amenaza elevada y una baja capacidad de afrontamiento, la ansiedad es intensa. En cambio, si la amenaza se considera leve y la persona se siente capaz de enfrentarla, la ansiedad será mínima (Clark & Beck, 2010).

Según Beck et al. (1985), cuando el sistema de alarma se activa ante una percepción de peligro, pueden surgir diferentes estrategias para afrontarlo: *lucha o huida*, alejarse de la amenaza o enfrentarla directamente; *solicitar ayuda o negociar*, estrategias más evolucionadas para reducir el peligro; y la *inmovilización*, cuando afrontar el problema activamente podría incrementar la amenaza, lo que lleva a la parálisis o sensación de desmayo. En la sociedad actual, este sistema de alarma puede activarse en

situaciones no necesariamente peligrosas, dificultando la regulación emocional. Además, el procesamiento cognitivo en la ansiedad suele ser automático y sesgado, dirigiendo la atención y la memoria hacia información negativa, lo que refuerza la percepción de amenaza.

Desde la terapia cognitiva, el tratamiento de la ansiedad se centra en reestructurar los pensamientos disfuncionales, modificando las valoraciones erróneas de amenaza y vulnerabilidad. También se trabaja en la regulación del procesamiento automático, reduciendo los sesgos atencionales y la interpretación catastrofista de las situaciones (Clark & Beck, 2010).

***Teoría de la sensibilidad a la ansiedad (Reiss y McNally).*** La teoría de la ansiedad desarrollada por Reiss y McNally (1985) plantea la existencia de tres miedos fundamentales involucrados en la evaluación de la ansiedad: miedo a la evaluación negativa, miedo al peligro y miedo a la sensibilidad a la ansiedad. Desde este enfoque, la sensibilidad a la ansiedad desempeña un rol central en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, ya que se basa en el temor a las propias reacciones corporales y en la interpretación catastrófica de estos síntomas. La creencia de que estas sensaciones pueden tener consecuencias negativas a nivel somático, psicológico o social genera un ciclo de preocupación y reactividad emocional, que intensifica la respuesta ansiosa (Fullana & Tortella, 1999).

La sensibilidad a la ansiedad se considera un rasgo de personalidad estable y un modelo basado en expectativas, en el cual el miedo ante un estímulo o situación depende de dos elementos clave: *las expectativas*, hacen referencia a lo que el individuo teme que ocurra en determinada situación; y *las sensibilidades o miedos fundamentales*, explican la razón por la cual se experimenta miedo. Se han identificado tres tipos principales de expectativas relacionadas con la ansiedad: de daño o peligro, relacionadas con la ansiedad y de evaluación social. A su vez, existen sensibilidades que corresponden a estas expectativas, como el miedo al daño físico, la preocupación por los síntomas de ansiedad y la sensibilidad a la evaluación social (Fullana & Tortella, 1999).

La sensibilidad a la ansiedad ha sido identificada como una condición que predispone significativamente el desarrollo de diversos trastornos de ansiedad. Se ha observado que las personas con alta sensibilidad a la ansiedad tienen mayor predisposición a interpretar de manera amenazante e incontrolable sus sensaciones corporales, lo que puede llevar a la intensificación de los síntomas ansiosos y a la cronificación del malestar (Fullana & Tortella, 1999).

***Teoría de la ansiedad como mecanismo adaptativo.*** La ansiedad cumple una función adaptativa cuando se encuentra regulada de manera adecuada. Un nivel insuficiente de ansiedad puede llevar a las personas a comportamientos imprudentes que aumentan el riesgo de exclusión social o incluso ponen en peligro su supervivencia. Esto se debe a que la ansiedad actúa como una señal de advertencia ante amenazas futuras o probables. En contraste, un exceso de ansiedad, aunque puede proporcionar cierta protección, puede también generar costos que superan sus beneficios (Marks & Nesse, 1994).

Desde una perspectiva evolutiva, la ansiedad ha sido moldeada por la selección natural para responder de manera rápida y eficaz a señales de peligro potencial. Las defensas evolucionadas tienden a ser altamente sensibles, ya que una falsa alarma suele ser menos costosa que ignorar una amenaza real. Esto explica por qué las personas pueden experimentar ansiedad ante el más mínimo indicio de peligro, incluso cuando la amenaza no parece evidente para un observador externo (Marks & Nesse, 1994).

El sistema nervioso ha evolucionado para reconocer y reaccionar ante ciertos estímulos asociados con riesgos ancestrales, lo que ha permitido a los individuos que respondieron adecuadamente a estos peligros sobrevivir y dejar descendencia. Como resultado, los seres humanos han desarrollado una atención selectiva hacia señales de amenaza, lo que facilita respuestas preparadas ante situaciones de riesgo. Los trastornos de ansiedad pueden entenderse como alteraciones en la regulación de este sistema defensivo, provocando respuestas excesivas o deficientes. Aunque el estudio neurofisiológico de estos mecanismos ha avanzado, comprender su funcionamiento completo requiere también analizar la función adaptativa que desempeñan en la evolución humana (Marks & Nesse, 1994).

**Tipos de ansiedad.** La ansiedad no solo se manifiesta como una reacción emocional, sino que también puede conceptualizarse como un rasgo de personalidad. Desde esta perspectiva, se considera una característica relativamente estable a lo largo del tiempo y en distintas situaciones, presentando variaciones significativas entre individuos (Engler, 1996).

***Ansiedad rasgo.*** La ansiedad como rasgo se caracteriza por un nivel elevado y relativamente estable de ansiedad en las personas que tienden a percibir las situaciones como amenazantes. Este rasgo implica una predisposición temperamental a responder de manera constante con aprensión, independientemente de que las circunstancias sean estresantes o no. Aquellos con un alto nivel de ansiedad como rasgo suelen desarrollar una estructura de vida basada en esta tendencia, lo que los hace más vulnerables al estrés y aumenta la probabilidad de desarrollar un trastorno de ansiedad en el futuro (Spielberger, 1966).

Además, las personas con este rasgo suelen ser más sensibles a la evaluación social, ya que presentan una tendencia a subestimarse y una menor confianza en sí mismas. Como resultado, consideran un mayor número de situaciones como amenazantes, lo que refuerza su vulnerabilidad ante el estrés (Spielberger et al., 1970).

***Ansiedad estado.*** La ansiedad como estado se define como una respuesta emocional transitoria, que se caracteriza por la percepción consciente de tensión y aprensión, acompañada de una activación del sistema nervioso autónomo. Se trata de una emoción temporal que surge en respuesta a un evento específico y cuya intensidad puede variar (Spielberger, 1966).

Este proceso se manifiesta por medio de una secuencia de eventos cognitivos, afectivos, fisiológicos y conductuales, los cuales dependen de las interpretaciones y percepciones individuales sobre la situación experimentada. Si bien algunas circunstancias pueden generar mayor angustia que otras, la respuesta de ansiedad suele ser modificable a lo largo del tiempo. La activación de este estado puede ser desencadenada por un estímulo estresante percibido como peligroso o amenazante, o bien por un pensamiento anticipatorio que evoca una situación previa de riesgo (Spielberger et al., 1970).

**Reacción de la ansiedad.** El modelo de Lang (1968), desarrollado a partir de sus investigaciones sobre la ansiedad y los trastornos emocionales, destaca la existencia de tres sistemas de respuesta ante el miedo: cognitivo, conductual y fisiológico. A partir de sus observaciones en sesiones de desensibilización sistemática para el tratamiento de fobias, Lang observó que estas respuestas no siempre mostraban una correlación entre sí ni se presentaban con la misma intensidad. Un individuo podía experimentar pensamientos de ansiedad sin presentar síntomas físicos evidentes o, por el contrario, manifestar una fuerte reacción fisiológica sin que esta se reflejara en su comportamiento externo. Este hallazgo evidenció que la ansiedad no es un fenómeno unitario, sino un proceso complejo en el que cada sistema de respuesta puede operar de manera independiente.

**Nivel cognitivo subjetivo.** Se caracteriza por la presencia de sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, miedo e inseguridad. También, puede generar la percepción de estar perdiendo el control, acompañada con problemas para tomar decisiones y pensamientos negativos sobre sí mismos y la percepción de los demás. Frecuentemente, se experimenta temor a que otras personas perciban debilidades personales, así como dificultades para concentrarse, estudiar o pensar con claridad. Además, pueden aparecer evaluaciones de riesgo exageradas, pensamientos automáticos negativos e imágenes intrusivas (Del Toro et al., 2014).

**Nivel fisiológico.** La ansiedad se asocia con la activación de múltiples sistemas, en especial el sistema nervioso autónomo y el sistema nervioso motor, aunque también involucra el sistema nervioso central, el sistema endocrino y el sistema inmunológico. Entre las manifestaciones más comunes, se encuentran el aumento de la frecuencia cardíaca, respiración acelerada, sudoración, tensión muscular, temblores, dificultad para respirar, sequedad bucal, dificultad para deglutir y sensaciones gástricas. Estos cambios pueden ocasionar síntomas psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, náuseas, mareos, disfunciones gástricas, contracturas musculares y, en algunos casos, disfunción eréctil (Del Toro et al., 2014).

**Nivel motor.** La ansiedad se expresa a través de hiperactividad, movimientos repetitivos y dificultades en la comunicación, como tartamudez o quedarse en blanco. También, puede generar evitación de situaciones temidas, un aumento o disminución del consumo de alimentos o sustancias, llanto frecuente, expresiones faciales tensas y respuestas motoras orientadas a la búsqueda de seguridad.

Dependiendo del caso, puede haber una inhibición del movimiento o una activación motora excesiva, lo que se traduce en conductas defensivas, evitación o incluso agresividad (Del Toro et al., 2014).

**Ansiedad en la maternidad.** La ansiedad perinatal, junto con la depresión y el trastorno de estrés postraumático, es una de las condiciones mentales más frecuentes durante el embarazo y el posparto. Su aparición puede estar influenciada por diversos factores, como experiencias traumáticas relacionadas con el parto, pérdidas gestacionales, complicaciones médicas, violencia de pareja o altos niveles de estrés percibido. Además, su prevalencia es comparable a la de complicaciones médicas como la diabetes gestacional o la hipertensión, y sin una intervención adecuada, estos síntomas pueden persistir en el posparto e incluso afectar los primeros años de vida del niño (Kingston et al., 2014; Hajure et al., 2024).

Las consecuencias de una salud mental perinatal deteriorada pueden incluir parto prematuro, bajo peso al nacer y dificultades en el desarrollo infantil. Sin embargo, a pesar de la relevancia de una detección temprana, la identificación de estos trastornos en la atención prenatal sigue siendo deficiente debido a la falta de protocolos estandarizados y a barreras dentro del sistema de salud que limitan la integración de evaluaciones psicológicas en el cuidado materno. En este sentido, es fundamental fortalecer estrategias de detección y tratamiento para mejorar el bienestar tanto de la madre como del bebé (Kingston et al., 2015).

Se ha observado que la ansiedad durante el parto puede generar una respuesta fisiológica adversa, como la restricción del flujo sanguíneo y una respiración superficial y entrecortada, lo que podría dificultar el proceso del nacimiento (Simkin et al., 2017). Sin embargo, mediante la respiración controlada del método Lamaze, es posible mejorar la oxigenación materno-fetal y fomentar una circulación sanguínea adecuada, lo que no solo facilita el trabajo del parto, sino que también reduce la necesidad de intervenciones médicas adicionales (Jones et al., 2012). En general, este enfoque permite que la mujer se sienta más relajada, tenga un mayor control sobre su cuerpo y su entorno, y viva una experiencia de parto más positiva y empoderadora.

Por otro lado, la ansiedad perinatal no solo es elevada en mujeres que atraviesan su primer embarazo, sino también en aquellas con embarazos subsecuentes. Factores como el desempleo, la situación económica y el nivel de apoyo social percibido pueden influir en el aumento o disminución de la ansiedad durante la gestación. En particular, las mujeres que no planificaron su embarazo o que experimentaron algún tipo de presión social requieren una atención especializada no solo por parte del personal de salud, como médicos, enfermeras u obstetras, sino también en el ámbito de la salud mental. Además, el respaldo del entorno social desempeñan un rol clave en la reducción del impacto emocional durante esta etapa, debido a que se ha encontrado evidencia que la ansiedad posparto se correlaciona de manera negativa con el apoyo social, y con la autoestima, es decir que a mayor ansiedad el apoyo social y la autoestima serán menores (Butchon et al., 2019; Bednar et al., 2023).

En este contexto, la resiliencia perinatal es un factor clave en la adaptación a estos desafíos. Elementos protectores como el apoyo social, el optimismo, la estabilidad económica y un entorno saludable han demostrado contribuir a la recuperación y al bienestar materno durante el embarazo y el posparto (Hajure et al., 2024).

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1. *Gestación***

La gestación es un proceso biopsicosocial en el que la mujer experimenta profundos cambios a nivel fisiológico, emocional y social, asociados a la maternidad. Es una etapa de especial vulnerabilidad, debido a que en este periodo pueden aparecer o intensificarse alteraciones en la salud mental, como la ansiedad o depresión. Además de ser un momento clave para fortalecer el bienestar psicológico, la resiliencia y el vínculo afectivo con el bebé. La gestación implica transformaciones físicas, emocionales y sociales que influyen de manera directa en la salud integral de la madre y del hijo (Ekelöf et al., 2025; Servin et al., 2025).

### **2.3.2. *Preparación psicoprofiláctica***

La preparación psicoprofiláctica es un conjunto de estrategias que fortalecen la salud física, mental y emocional de la gestante, reduciendo la ansiedad y el estrés por medio de técnicas de respiración, relajación y manejo del dolor. El método Lamaze fomenta la participación activa de la madre y su pareja, ayudando a reducir la percepción del dolor y la ansiedad mediante la respiración y concentración. Su aplicación disminuye la ansiedad y optimiza la recuperación posparto. Además, reduce la depresión posparto, favoreciendo el bienestar general de la madre (Mohammed et al., 2025; American College of Nurse-Midwives [ACNM], 2013).

### **2.3.3. *Autoestima***

La autoestima es la percepción y valoración que una persona tiene sobre su propio valor y capacidades, influenciada por experiencias personales e interacciones sociales. Desempeña un rol fundamental en la confianza y en la capacidad para afrontar desafíos. En el contexto de la maternidad, la autoestima puede verse afectada por los cambios físicos y emocionales propios de esta etapa. Sin embargo, el acceso a un adecuado apoyo social y a programas de preparación puede contribuir a su fortalecimiento, favoreciendo el bienestar materno (Rosenberg, 1989; Zhi et al., 2025).

### **2.3.4. *Ansiedad***

La ansiedad es un estado emocional, que se caracteriza por sentimientos de tensión, preocupación y nerviosismo, acompañados de manifestaciones fisiológicas y cognitivas. En el contexto de la maternidad, se relaciona de manera directa con los resultados maternos e infantiles, al implicar temores sobre la salud propia y fetal, el parto y la crianza. Su presencia puede afectar de manera negativa tanto a la madre como al bebé, y prolongarse hasta el posparto, donde puede contribuir al desarrollo de depresión posparto (Zung, 1971; Kurniawati et al., 2025).

## **Capítulo III. Metodología**

### **3.1. Enfoque**

La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, ya que se utilizaron instrumentos estandarizados para medir las variables a través de datos numéricos, los cuales fueron analizados mediante técnicas estadísticas. Este enfoque permitió medir, describir y comparar los niveles de autoestima y ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica. De acuerdo con Hernández et al. (2014), el enfoque cuantitativo se basa en la recolección de datos con el propósito de probar hipótesis mediante medición numérica y análisis estadístico, lo que facilitará la identificación de patrones de comportamiento.

### **3.2. Tipo, nivel, diseño y alcance de investigación**

El tipo de investigación fue transversal, puesto que la recolección de datos se efectuó en un único momento en el tiempo, sin seguimiento posterior. El diseño fue no experimental, debido a que no se manipularon las variables; únicamente se observaron y analizaron en su contexto natural. En cuanto a su alcance y nivel, fue correlacional, ya que se buscó analizar la relación existente entre las variables psicológicas de autoestima y ansiedad en madres que han recibido preparación psicoprofiláctica obstétrica. Según Hernández et al. (2014), las investigaciones transversales se centran en la recopilación de información en un solo punto temporal con el propósito de describir o examinar relaciones entre variables; las investigaciones no experimentales se caracterizan por analizar los fenómenos sin intervención directa; mientras que los estudios correlacionales tienen como finalidad determinar el grado de asociación entre dos o más conceptos, categorías o variables dentro de un contexto determinado.

### **3.3. Población y muestra**

#### ***3.3.1. Población***

La población estuvo compuesta por madres que han atravesado el periodo perinatal y que a la actualidad cuentan con hijos en edad de estimulación temprana, ya que comparten características que permitieron analizar aspectos específicos de la investigación. La población se define como el conjunto total de casos que cumplen con determinadas especificaciones dentro de un estudio, por lo que es necesario delimitarla con precisión (Arias, 2008; Hernández et al., 2014). En este caso, la población estuvo compuesta por 438 madres atendidas en un centro de estimulación temprana en Arequipa durante el año 2025, cuyas edades de los hijos oscilaron entre los 0 a 3 años y 6 meses; que hubieran o no recibido preparación psicoprofiláctica en el centro.

### **3.2.2. Muestra**

La muestra fue un subgrupo representativo de la población, conformado por madres que culminaron su preparación psicoprofiláctica. Según Hernández et al. (2014), la muestra hace referencia al subconjunto de la población que debe representar sus características esenciales. En este estudio, se empleó una muestra no probabilística por conveniencia, ya que la selección de las participantes dependió de que cumplieran los criterios de inclusión, establecidos en función de los objetivos de la investigación. Se presenta una muestra de 140 madres que hayan recibido preparación psicoprofiláctica en el centro de estimulación.

#### **Criterios de inclusión**

- Ser madre de al menos un hijo en edad de estimulación temprana (0 a 3 años)
- Haber atravesado el periodo perinatal dentro de los últimos tres años
- Pertenecer al centro de estimulación temprana en el que se llevará a cabo el estudio
- Madres que hayan completado el proceso de preparación psicoprofiláctica en su totalidad en el centro de estimulación
- Aceptar participar voluntariamente en la investigación mediante el consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión**

- Madres que presenten diagnósticos clínicos o psiquiátricos previos
- Madres que no hayan completado el proceso de preparación psicoprofiláctica en su totalidad
- Madres que tengan hijos mayores de 3 años y 1 día

Se estableció un periodo máximo de tres años posparto porque la evidencia muestra que los efectos de la preparación psicoprofiláctica sobre la percepción de competencia materna, la autoestima y la ansiedad pueden extenderse más allá del primer año. Estudios longitudinales respaldan que las secuencias emocionales perinatales—en particular los síntomas de ansiedad y depresión—pueden mantenerse hasta los 36 meses después del parto. Por ejemplo, un seguimiento prospectivo demostró que la ansiedad materna puede persistir durante los tres primeros años de crianza, lo que resalta la importancia de identificar y brindar apoyo a las madres que presentan síntomas durante ese periodo (Mughal et al., 2018). Asimismo, una evaluación de una intervención psicosocial perinatal evidenció que el acompañamiento sostenido hasta los 36 meses atenúa la depresión materna y produce mejoras significativas y duraderas en la salud mental y el funcionamiento parental (Sevim et al., 2024). Además, Hanhn et al., (2013) encontraron que la lactancia materna disminuye la depresión materna hasta 24 meses después del parto. En consecuencia, considerar hasta tres años posparto permite captar de forma

más completa los posibles efectos de la preparación psicoprofiláctica sobre el bienestar psicológico materno y su impacto en la dinámica de estimulación temprana.

### **3.4. Técnicas de recolección y tratamiento de datos**

#### ***3.3.1. Técnicas de recolección***

La técnica de recolección de datos que se empleó en el estudio fue la encuesta. Esta técnica permite recopilar información de manera rápida y eficiente en procesos de investigación, los datos se obtuvieron mediante una observación indirecta, basada en las respuestas proporcionadas por los participantes. Su aplicación permitió la recolección de información de forma estandarizada, por medio de cuestionarios estructurados, con instrucciones uniformes y preguntas formuladas de manera idéntica para todas las encuestadas (Casas et al., 2003).

**Ficha de datos sociodemográficos.** La ficha de datos sociodemográficos fue elaborada con el propósito de recopilar información relevante para el estudio. Para la presente investigación, se consideraron los siguientes datos: edad de la madre, participación en un proceso psicoprofiláctico, estado civil, situación laboral y grado de instrucción (Anexo 3).

**Escala de autoestima de Rosenberg.** La Escala de Autoestima de Rosenberg fue desarrollada en 1965 con el propósito de evaluar la autoestima personal, entendida como el sentimiento de valía y respeto hacia uno mismo (Rosenberg, 1965). Es una prueba de tipo clínico, autoadministrada y unidimensional, compuesta por 10 ítems, de los cuales cinco tienen formulación positiva (ítems 1, 3, 4, 7 y 10) y cinco formulaciones negativas (ítems 2, 5, 6, 8 y 9), con el objetivo de controlar la aquiescencia (Robles & Padilla, 2023). Puede aplicarse a partir de los 11 años hasta la edad adulta (Anexo 4).

El formato de respuesta se basa en una escala tipo Likert de cuatro opciones: “Muy de acuerdo”, “De acuerdo”, “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo”, en la que se solicita a la persona evaluada seleccionar la opción que mejor represente su opinión (Robles y Padilla, 2023). La puntuación de los ítems varía según su dirección: en los ítems de formulación positiva, se otorgan 4 puntos a la respuesta “Muy de acuerdo” y 1 punto a “Muy en desacuerdo”; mientras que, en los ítems de formulación negativa, la puntuación es invertida (Robles & Padilla, 2023).

La aplicación de la escala tiene una duración aproximada de 5 minutos y puede administrarse de manera individual o grupal. En el presente estudio, se identificaron dos ítems (6 y 10) los cuales presentaba una baja correlación con el total del instrumento, por lo cual para cumplir con el estándar de confiabilidad fueron eliminados. Por ello, la escala quedó compuesta por 8 ítems, con un puntaje total máximo es de 32 puntos y un mínimo de 8 puntos, clasificándose en tres niveles: autoestima baja (8 a 15), autoestima media (16 a 23) y autoestima alta (24 a 32).

**Validez y confiabilidad.** La Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR-P) ha demostrado contar con adecuadas propiedades psicométricas en términos de validez y confiabilidad. En cuanto a la validez de constructo, Travezaño et al., (2022) encontraron que la estructura unidimensional de la escala presenta adecuados índices de ajuste:  $SRMR = .05$ ,  $CFI = .98$  y  $TLI = .90$ . Además, la validez convergente mostró una correlación negativa con la ansiedad (-.33) y una correlación positiva con la satisfacción con la vida (.69). De manera similar, Robles y Padilla (2023) reportaron valores de  $CFI = .95$ ,  $RMSEA = .059$  y  $TLI = .933$ , confirmando la validez de la escala.

En cuanto a la confiabilidad, en su versión original, la escala presentó un *Alfa de Cronbach* de .92 y un coeficiente de escalabilidad de .72 (Rosenberg, 1965). En la adaptación peruana, se reportó una alta fiabilidad con un coeficiente *omega de McDonald* de .96 y un *Alfa de Cronbach* de .97 (Travezaño et al., 2022). Asimismo, Robles y Padilla (2023) hallaron un *Alfa de Cronbach* de .797.

En el presente estudio, tras eliminar los ítems 6 y 10, se obtuvo un *Alfa de Cronbach* de .795, lo cual indica una consistencia interna buena de la escala en la muestra estudiada (Anexo 11).

En conclusión, la Escala de Autoestima de Rosenberg presenta adecuados niveles de validez y confiabilidad, lo que la convierte en un instrumento útil y confiable para la medición de la autoestima. Tras el ajuste del instrumento, en el presente estudio, se confirmó su confiabilidad.

**Escala de automedición de ansiedad EAA de Zung y Zung.** La Escala de Ansiedad de Zung, también conocida como Escala de Autovaloración de la Ansiedad de William Zung, permite evaluar la presencia de síntomas característicos de la ansiedad en relación con los trastornos emocionales. Este instrumento está compuesto por 20 ítems., cada uno de los cuales describe una manifestación específica de la ansiedad (Zung, 1971) (Anexo 5).

Las respuestas se presentan en una escala tipo Likert con cuatro opciones: “Nunca”, “A veces”, “Casi siempre” y “Siempre”. La aplicación de la prueba puede realizarse de manera individual o grupal, con una duración aproximada de 15 minutos. Se solicita a la persona evaluada que seleccione la opción que mejor refleje cómo se ha sentido durante la última semana (Zung, 1971). Para el presente estudio, se identificaron dos ítems (6 y 10) con baja correlación con la escala en general, por lo que fueron eliminados tras el análisis de confiabilidad. Por ello, la escala quedó compuesta por 18 ítems, el puntaje total de la escala varía entre 18 y 72 puntos, permitiendo clasificar el nivel de ansiedad del evaluado.

La Escala de Ansiedad de Zung evalúa los síntomas de ansiedad a través de ítems con dirección tanto positiva como negativa. Los ítems de dirección positiva incluyen los ítems 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 18 y 20, los cuales se puntúan de la siguiente manera: 1 punto si la respuesta es “nunca”, 2 puntos si es “a veces”, 3 puntos si es “casi siempre” y 4 puntos si es “siempre”. Por otro lado, los ítems de dirección negativa corresponden a los ítems 5, 9, 13, 17 y 19 y su puntuación es

invertida: 4 puntos para “nunca”, 3 puntos para “a veces”, 2 puntos para “casi siempre” y 1 punto para “siempre” (Bohórquez, 2007; Balanza et al., 2009).

Después de la eliminación de los ítems 6 y 10, el puntaje total máximo es de 72 puntos y el mínimo de 18 puntos. Arrieta et al. (2014) indican que para la clasificación final se suman los puntos obtenidos en cada ítem, para luego dividirlos entre el puntaje máximo y multiplicarlo por cien, teniendo los resultados en porcentaje, interpretándose de la siguiente manera: menos de 45% dentro de los límites normales, entre 45 y 59% presencia de ansiedad mínima, entre 60 a 74% ansiedad marcada o severa, e iguales o mayores a 75% indica la presencia de ansiedad elevada.

**Validez y confiabilidad.** En cuanto a la validez de la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung, se ha analizado su estructura interna mediante la evaluación ítem-test. Villagarcía (2022) reportó coeficientes entre .366 y .694, con un *p-valor*  $\geq .30$ , lo que indica que los ítems presentan una adecuada relación con el puntaje total. Asimismo, Montealegre (2017) encontró evidencia de validez de constructo con valores que oscilan entre .473 y .698, respaldando la coherencia teórica del instrumento.

Respecto a la confiabilidad, varias investigaciones han evaluado la consistencia interna de la escala. Villanueva y Ugarte (2017) hallaron un *Alfa de Cronbach* de .802, junto con correlaciones ítem-test superiores a .325, lo que evidencia una adecuada estabilidad en las mediciones. De manera similar, Coila y Figueroa (2021) reportaron un *Alfa de Cronbach* de .773 para el total de los ítems. Finalmente, Villagarcía (2022) encontró un coeficiente de .885, lo que refuerza la confiabilidad del instrumento para su aplicación en diferentes contextos.

En el presente estudio, tras la eliminación de los ítems 6 y 10, se obtuvo un *Alfa de Cronbach* de .707, lo cual representa una adecuada consistencia interna de la escala en la muestra estudiada (Anexo 11).

### 3.3.2. Tratamiento de datos

La información recopilada en el estudio fue tratada de manera anónima y confidencial, garantizando el cumplimiento de los principios éticos en la investigación con personas. Los datos obtenidos fueron utilizados exclusivamente con fines académicos y científicos, asegurando que no se realice la identificación individual de las participantes.

Previamente a la aplicación de los instrumentos, se sostuvo una reunión con la directora del centro de estimulación, donde se le explicó de manera detallada la finalidad y relevancia del estudio, donde se destacó la importancia de conocer el impacto psicológico de la preparación psicoprofiláctica en madres con hijos pequeños. En dicha reunión, se expusieron los objetivos de la investigación y los beneficios potenciales para la institución, además de las medidas éticas y de confidencialidad. Tras la reunión, la directora manifestó su conformidad con el proyecto, otorgando de manera formal su

autorización para realizar el estudio dentro del centro, brindando las facilidades necesarias para contactar a las participantes (Anexo 8).

El almacenamiento y análisis de los datos se realizó de manera segura y sistemática. Las pruebas se aplicaron únicamente a aquellas madres que aceptaron participar voluntariamente y que cumplían con los criterios de inclusión establecidos en el estudio. Para facilitar el proceso, se estableció una coordinación directa y permanente con la encargada del consultorio del centro de estimulación temprana, quien facilitó el contacto con las madres que cumplían con los requisitos del estudio. Inicialmente se consideró hacer la aplicación de manera presencial, pero debido a la dinámica de las madres y su disponibilidad, la recolección de datos se gestionó por medio de la plataforma *Google Forms*, donde de igual manera se les presentó el consentimiento informado y las encuestas fueron anónimas, posteriormente se descargaron en el orden llenado, guardando así la concordancia de que las encuestas pertenecieran a una misma persona.

Seguidamente, los datos fueron registrados en el software Microsoft Excel y se transfirieron al software estadístico SPSS en su versión más reciente, donde se llevaron a cabo los análisis descriptivos, la verificación de hipótesis y la exploración de posibles relaciones entre las variables estudiadas.

Para el análisis de los datos, se emplearon pruebas estadísticas de tipo descriptivo y correlacional. En primer lugar, se calcularon estadísticos descriptivos (frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar) para identificar los niveles de autoestima y ansiedad. Posteriormente, se evaluaron la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad *Kolmogorov-Smirnov*, ya que la muestra fue mayor a 50. Los datos presentaron una distribución normal para autoestima y una distribución no normal para ansiedad (Anexo 11), por lo que se empleó la correlación de *Rho de Spearman*, para analizar la relación entre autoestima y ansiedad. Asimismo, para explorar la relación entre los datos sociodemográficos y las variables estudiadas se aplicó la prueba estadística de *Chi-cuadrado*, al ser ambas variables categóricas. Esta prueba permitió identificar asociaciones estadísticamente significativas, guardando coherencia con el enfoque observacional y no experimental del presente estudio.

### **3.5. Aspectos éticos considerados**

El presente estudio se realizó cumpliendo de manera estricta con los principios éticos establecidos para investigaciones en personas. Previamente a la aplicación de los instrumentos, el proyecto de tesis se presentó ante al Comité de Ética de la Universidad, instancia que se encarga de revisar y aprobar el protocolo de investigación, asegurando así el respeto a la integridad, dignidad, autonomía y privacidad de los datos de las participantes (Anexo 7). Asimismo, se obtuvo el permiso correspondiente del centro de estimulación al que pertenecían las participantes, donde se garantizó el tratamiento confidencial de la información recogida y la autorización para el acceso a la muestra.

Para la recolección de datos, se aplicó un consentimiento informado de manera virtual por medio de la plataforma de *Google Forms*, el cual se presentó previo a la resolución de las escalas. En dicho consentimiento, se explicó de manera clara el objetivo del estudio, los métodos a utilizar, los posibles riesgos, y se ofreció un espacio para resolver cualquier duda; además, se garantizó que la participación era completamente voluntaria, y que las personas podían negarse a responder cualquier pregunta o a retirarse del estudio en cualquier momento sin consecuencias.

Finalmente, los datos de la investigación fueron procesados bajo el enfoque de respeto sin manipular los datos originalmente obtenidos, asegurando así la integridad de los resultados.

### 3.6. Operacionalización de variables

**Tabla 1**

*Operacionalización de variables*

Variable	Tipo	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos
Autoestima	1	La autoestima se refiere al nivel de valoración y percepción que la mujer tiene de sí misma durante el proceso de la maternidad, considerando sentimientos de confianza, autovaloración y aceptación personal frente a los cambios físicos y emocionales propios de esta etapa. (Zhi et al., 205).	Unidimensional	Autoestima baja Autoestima media Autoestima alta	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 9	Escala de autoestima de Rosenberg
Ansiedad	2	La ansiedad hace referencia al conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y fisiológicas que experimenta la mujer durante la maternidad, frente a los cambios físicos, hormonales y psicosociales; asociado a temores relacionados con su salud, el parto y el cuidado del bebe. (Kurniawari et al., 2025).	Unidimensional	Ansiedad nula Ansiedad leve Ansiedad moderada Ansiedad elevada	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20	Escala de automedición de ansiedad (EAA) de Zung y Zung

## Capítulo IV. Resultados y discusión de resultados

### 4.1. Resultados

**Tabla 2**

*Datos Demográficos*

	<i>f</i>	%
Edad		
21-27	20	14.3
28-34	68	48.6
35-41	10	7.1
42-47	42	30.0
Estado Civil		
Soltera	6	4.3
Conviviente	41	29.3
Casada	85	60.7
Separada	8	5.7
Situación Laboral		
Empleada	56	40.0
Ama de casa	61	43.6
Estudiante	8	5.7
Otros	15	10.7
Grado de Instrucción		
Educación básica completa	4	2.9
Educación superior incompleta	20	14.3
Educación Superior Completa	116	82.9
Total	140	100.0

En la Tabla 2, sobre los datos demográficos, se evidencia que el 48.6% de la muestra se encuentra en un intervalo de 28 a 34 años. Respecto al estado civil el 60.7% son casadas. En relación con la situación laboral el 43.6% son amas de casa, seguido por el 40.0% que son empleadas, es decir dependientes de una empresa o institución. Y se visualiza en el grado de instrucción que el 82.9% cuenta con una educación superior completa, ya fuera técnica y/o universitaria.

**Tabla 3***Nivel de Autoestima*

Autoestima	<i>f</i>	%
Bajo	4	2.9
Medio	58	41.4
Alto	78	55.7
Total	140	100.0

En la Tabla 3, donde se evidencia los niveles de autoestima. Se observa que el 55.7% de las participantes presenta un nivel alto de autoestima, seguido por el 41.4% con un nivel medio, y solo un 2.9% se encuentra con un nivel bajo. Estos resultados sugieren que la mayoría de madres que han recibido preparación psicoprofiláctica tienen una percepción positiva de sí mismas en el contexto de la maternidad.

**Tabla 4***Autoestima y Edad*

Autoestima	Edad								$\chi^2$	$p$
	21-27		28-34		35-41		42-47			
	$f$	%	$f$	%	$f$	%	$f$	%		
Bajo	0	0.0	4	2.9	0	0.0	0	0.0		
Medio	13	9.3	25	17.9	4	2.9	16	11.4	9.287	.158
Alto	7	5.0	39	27.9	6	4.3	26	18.6		
Total	20	14.3	68	48.6	10	7.1	42	30.0		

En la Tabla 4, donde se presentan los niveles de autoestima en relación con los rangos de edad de las madres, se visualiza que un 27.9% de las participantes que tienen un nivel de autoestima alto se encuentran en el rango de edad de 28 a 34 años, seguido por 18.6% en el rango de edad de 42 a 47 años, también, con un nivel alto de autoestima. Adicional a ello, se analizaron los datos para determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de autoestima y los distintos rangos de edad, utilizándose la prueba estadística de *Chi-cuadrado*. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de autoestima y el rango de edad ( $p>.05$ ).

**Tabla 5***Autoestima y Estado Civil*

Autoestima	Estado Civil								$\chi^2$	$p$
	Soltera		Conviviente		Casada		Separada			
	$f$	%	$f$	%	$f$	%	$f$	%		
Bajo	1	0.7	1	0.7	0	0.0	2	1.4		
Medio	3	2.1	21	15.0	31	22.1	3	2.1	24.370	.000
Alto	2	1.4	19	13.6	54	38.6	3	2.1		
Total	6	4.3	41	29.3	85	60.7	8	5.7		

En la Tabla 5, donde se visualizan los niveles de autoestima en relación con el estado civil de las participantes, se visualiza que el 38.6% de las madres que tienen un nivel de autoestima alto se encuentran casadas, seguidas por el 22.1% que tienen un nivel de autoestima medio, también, dentro del grupo de casadas. Además, se analizaron los datos para determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de autoestima y el estado civil, utilizándose la prueba estadística de *Chi-cuadrado*. Se encontraron diferencias significativas entre el nivel de autoestima y el estado civil ( $p < .001$ ), lo que indica que la diferencia observada por estado civil no es producto del azar y sugiere que el estado civil podría estar asociado al nivel de autoestima en la muestra estudiada.

**Tabla 6***Autoestima y Situación Laboral*

Autoestima	Situación Laboral								$\chi^2$	$p$
	Empleada		Ama de casa		Estudiante		Otro			
	$f$	%	$f$	%	$f$	%	$f$	%		
Bajo	2	1.4	2	1.4	0	0.0	0	0.0		
Medio	18	12.9	26	18.6	7	5.0	7	5.0	9.644	.140
Alto	36	25.7	33	23.6	1	0.7	8	5.7		
Total	56	40.0	61	43.6	8	5.7	15	10.7		

En la Tabla 6, donde se presentan los niveles de autoestima en relación con la situación laboral de las participantes, se visualiza que el 25.7% de las madres que tienen un nivel de autoestima alto se encuentran empleadas, es decir, laboran de forma dependiente en una empresa o institución; seguidos por el 23.6% de madres, que también tiene un nivel alto de autoestima, quienes se identificaron como amas de casa. Asimismo, se analizaron los datos para determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de autoestima y la situación laboral, utilizándose la prueba estadística de *Chi-cuadrado*. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de autoestima y el estado civil ( $p > .05$ ), lo que indica que el nivel de autoestima no varía de forma significativa según la situación laboral en la muestra estudiada.

**Tabla 7***Autoestima y Grado de Instrucción*

Autoestima	Grado de Instrucción						$\chi^2$	$p$
	Ed. Básica completa		Ed. Superior incompleta		Ed. Superior completa			
	$f$	%	$f$	%	$f$	%		
Bajo	1	0.7	3	2.1	0	0.0		
Medio	2	1.4	13	9.3	43	30.7	30.126	.000
Alto	1	0.7	4	2.9	73	52.1		
Total	4	2.9	20	14.3	116	82.9		

En la Tabla 7, se visualizan los niveles de autoestima en relación con el grado de instrucción de las participantes, de observa que el 52.1% de las madres que se encuentran en un nivel alto de autoestima, cuentan con educación superior completa, seguidas del 30.7% de madres en un nivel medio de autoestima, quienes también cuenta con una educación superior completa. Adicional a ello, se analizaron los datos para determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de autoestima y el grado de instrucción, utilizándose la prueba estadística de *Chi-cuadrado*. Se encontraron diferencias significativas entre el nivel de autoestima y el grado de instrucción ( $p < .001$ ), lo que indica que el nivel de autoestima varía de forma significativa según el grado de instrucción en la muestra estudiada.

**Tabla 8***Nivel de Ansiedad*

Ansiedad	<i>f</i>	%
Nula	32	22.9
Leve	84	60.0
Moderada	24	17.1
Elevada	0	0.0
Total	140	100.0

En la Tabla 8, donde se observan los niveles de ansiedad. Se visualiza que el 60.0% de las participantes presentan un nivel leve de ansiedad, seguido por el 22.9% con un nivel nulo. Estos resultados sugieren que la mayoría de madres que han recibido preparación psicoprofiláctica experimentan niveles bajo de ansiedad, lo que podría reflejar un afrontamiento más positivo ante el proceso gestacional y de maternidad.

**Tabla 9***Ansiedad y Edad*

Ansiedad	Edad								$\chi^2$	$p$
	21-27		28-34		35-41		42-47			
	$f$	%	$f$	%	$f$	%	$f$	%		
Nula	1	0.7	17	12.1	2	1.4	12	8.6	11.744	.068
Leve	12	8.6	38	27.1	6	4.3	28	20.0		
Moderada	7	5.0	13	9.3	2	1.4	2	1.4		
Elevada	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Total	20	14.3	68	48.6	10	7.1	42	30.0		

En la Tabla 9, donde se presentan los niveles de ansiedad en relación con los rangos de edad de las madres, se visualiza que un 27.1% de las participantes que tienen un nivel leve de ansiedad se encuentran en el rango de edad de 28 a 34 años, seguido por el 20.0% en el rango de edad de 42 a 47 años, también con un nivel leve de ansiedad. Adicional a ello, se analizaron los datos para determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y los distintos rangos de edad, utilizándose la prueba estadística de *Chi-cuadrado*. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de ansiedad y el rango de edad ( $p > .05$ ), lo que sugiere que el nivel de ansiedad no varía de manera significativa según el grupo etario.

**Tabla 10***Ansiedad y Estado Civil*

Ansiedad	Estado Civil								$\chi^2$	$p$
	Soltera		Conviviente		Casada		Separada			
	$f$	%	$f$	%	$f$	%	$f$	%		
Nula	0	0.0	8	5.7	24	17.1	0	0.0	7.637	.266
Leve	5	3.6	25	17.9	49	35.0	5	3.6		
Moderada	1	0.7	8	5.7	12	8.6	3	2.1		
Elevada	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Total	6	4.3	41	29.3	85	60.7	8	5.7		

En la Tabla 10, donde se visualizan los niveles de ansiedad en relación con el estado civil de las participantes, se visualiza que el 35.0% de las madres que tienen un nivel leve de ansiedad se encuentran casadas, seguidas por el 17.9%, que también presentan el mismo nivel de ansiedad y son convivientes. Además, se analizaron los datos para determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y el estado civil, utilizándose la prueba estadística de *Chi-cuadrado*. No se encontraron diferencias significativas entre el nivel de ansiedad y el estado civil ( $p > .05$ ), lo que indica que el estado civil no influye de manera significativa en los niveles de ansiedad de la muestra estudiada.

**Tabla 11***Ansiedad y Situación Laboral*

Ansiedad	Situación Laboral								$\chi^2$	$p$
	Empleada		Ama de casa		Estudiante		Otro			
	$f$	%	$f$	%	$f$	%	$f$	%		
Nula	13	9.3	16	11.4	1	0.7	2	1.4	14.478	.025
Leve	37	26.4	35	25.0	2	1.4	10	7.1		
Moderada	6	4.3	10	7.1	5	3.6	3	2.1		
Elevada	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Total	56	40.0	61	43.6	8	5.7	15	10.7		

En la Tabla 11, donde se presentan los niveles de ansiedad en relación con la situación laboral de las participantes, se visualiza que el 26.4% de las madres que tienen un nivel leve de autoestima se encuentran empleadas, es decir, laboran de forma dependiente en una empresa o institución; seguido por el 25.0% de madres, que también tiene un nivel leve de ansiedad quienes se identificaron como amas de casa. Asimismo, se analizaron los datos para determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y la situación laboral, utilizándose la prueba estadística de *Chi-cuadrado*. Se encontraron diferencias significativas entre el nivel de ansiedad y el estado civil ( $p < .05$ ), lo que indica que el nivel de ansiedad varía significativamente según la situación laboral en la muestra estudiada.

**Tabla 12***Ansiedad y Grado de Instrucción*

Ansiedad	Grado de Instrucción						$\chi^2$	$p$
	Ed. Básica completa		Ed. Superior incompleta		Ed. Superior completa			
	$f$	%	$f$	%	$f$	%		
Nula	0	0.0	3	2.1	29	20.7	16.277	.003
Leve	1	0.7	10	7.1	73	52.1		
Moderada	3	2.1	7	5.0	14	10.0		
Elevada	0	0.0	0	0.0	0	0.0		
Total	4	2.9	20	14.3	116	82.9		

En la Tabla 12, se visualizan los niveles de ansiedad en relación con el grado de instrucción de las participantes, de observa que el 52.1% de las madres que se encuentran en un nivel leve de ansiedad, cuentan con educación superior completa, seguidas del 20.7% de madres con un nivel nulo de ansiedad, también, con educación superior completa. Adicional a ello, se analizaron los datos para determinar si existían diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y el grado de instrucción, utilizándose la prueba estadística de *Chi-cuadrado*. Se encontraron diferencias significativas entre el nivel de autoestima y el grado de instrucción ( $p < .05$ ), lo que indica que el grado de instrucción influye significativamente en el nivel de ansiedad en la muestra estudiada.

**Tabla 13***Autoestima y Ansiedad*

Autoestima	Ansiedad									
	Nula		Leve		Moderada		Elevada		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Bajo	0	0.0	2	1.4	2	1.4	0	0.0	4	2.9
Medio	6	4.3	36	25.7	16	11.4	0	0.0	58	41.4
Alto	26	18.6	46	32.9	6	4.3	0	0.0	78	55.7
Total	32	22.9	84	30.0	24	17.1	0	0.0	140	100.0

En la Tabla 13, sobre autoestima y ansiedad en madres que hayan recibido preparación psicoprofiláctica, se visualiza que el 32.9% se encuentra en un nivel alto de autoestima y un nivel leve de ansiedad, seguido por el 25.7% de madres, quienes se encuentran en un nivel medio de autoestima con, también, un nivel leve de ansiedad. Estos datos evidencian una tendencia hacia niveles bajos de ansiedad en madres con autoestima media o alta.

**Tabla 14***Correlación Rho de Spearman entre Autoestima y Ansiedad*

		Autoestima	Ansiedad
Autoestima	Correlación de Rho de Spearman	1	-.455**
	Sig. (bilateral)		.000
	N	140	140
Ansiedad	Correlación de Rho de Spearman	-.455**	1
	Sig. (bilateral)	.000	
	N	140	140

\*\* . La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

En la Tabla 14, de la correlación de *Rho de Spearman* entre la autoestima y ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro de estimulación temprana de la ciudad de Arequipa, se muestra un coeficiente de correlación negativo de -.455 significativo bilateral, es decir  $p < .000$ , por lo que se entiende que existe una relación negativa moderada entre las variables, eso quiere decir que a mayor nivel de autoestima el nivel de ansiedad será menor. Teniendo en cuenta que la muestra estuvo compuesta por madres que recibieron preparación psicoprofiláctica, esto pudo contribuir positivamente en su autopercepción y gestión emocional frente a los cambios propios del embarazo y la maternidad de las madres estudiadas. Por ello, se acepta la hipótesis de la investigación y se rechaza la hipótesis nula. Es decir, existe relación significativa entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.

## 4.2. Discusión de resultados

El presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en la ciudad de Arequipa, siendo la preparación psicoprofiláctica un procedimiento especialmente diseñado para disminuir el malestar en las gestantes y brindarles herramientas que les permitan afrontar el parto a nivel integral (Mohammed et al., 2025). El MINSA (2012) menciona que su implementación ayuda a reducir la ansiedad al mejorar la capacidad de respuesta ante las contracciones uterinas y mejorar la recuperación post parto; además de que la psicoprofilaxis contempla el apoyo psicoafectivo, al brindar herramientas para afrontar pensamientos negativos y generar tranquilidad y seguridad (Morales et al., 2014). Por otro lado, la autoestima es algo que, también, está implicado en este proceso, debido a los cambios físicos que se dan con la maternidad, lo que puede afectar la autopercepción (Linde et al., 2023), mientras que la ansiedad materna figura dentro de las condiciones de salud mental prevalentes en esta etapa (Kingston et al., 2014).

Por ello, se planteó la siguiente hipótesis: existe relación significativa entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025, debido a que los datos seguían una distribución normal y no normal respectivamente, se aplicó la prueba estadística correlación *Rho de Spearman* para analizar la relación entre las variables, encontrando una correlación negativa significativa ( $-.455 p < .000$ ), es decir, que las variables si se interrelacionan entre ellas, y que a mayor nivel de autoestima la ansiedad tendera a ser menor.

Estos resultados coinciden con lo encontrado por Bednar et al. (2023), quienes concluyeron, a mayor nivel de ansiedad, la autoestima tenderá a ser menor, ya que el impacto emocional durante esta etapa se correlaciona negativamente con factores de apoyo, como lo es la autoestima; en ese sentido la autoestima podría actuar como un factor protector frente a la ansiedad, favoreciendo un mejor afrontamiento emocional ante las demandas de la maternidad. Kowaslka et al. (2022), por su parte, encontraron que la preparación al parto ayuda a reducir el estrés percibido al momento del parto ( $p = .0013$ ), favoreciendo una vivencia emocional más equilibrada. Asimismo, coincide con lo expuesto por Zhi et al. (2025), quienes destacaron que una correcta valoración de si misma fortalece la confianza personal y el afrontamiento ante las exigencias de la maternidad. De manera similar, Müller et al. (2020) encontraron que las mujeres que habían recibido psicoprofilaxis obstétrica tenían mejores estrategias para gestionar el dolor, no solo físico, sino también el emocional, al reportar niveles de ansiedad más bajos comparándolo con mujeres que no habían recibido una preparación ( $p < .001$ ). Asimismo, Flores (2019) concluyó que la psicoprofilaxis obstétrica influye de manera positiva en la actitud de las madres al momento del parto, al reducir la ansiedad asociado al proceso. Coincidiendo con lo planteado por

Kurniawati et al. (2025), al evidenciar que la preparación psicoprofiláctica contribuye a reducir la ansiedad, la cual no solo se manifiesta durante la gestación y el parto, sino también durante el posparto.

Respecto al nivel de autoestima, se encontró un nivel alto en un 55.7%, sugiriendo que la mayoría de madres que ha recibido preparación psicoprofiláctica tienen una percepción positiva de sí mismas, en el contexto de la maternidad. Resultados que se alinean a lo encontrado por Lewis et al., (2023) quienes indicaron que la confianza en la maternidad y la seguridad en el cuidado del bebé aumentan a raíz de la educación prenatal (60% y 86% respectivamente), entendiendo que la autoestima juega un rol importante en la forma en la que las mujeres perciben los cambios físicos que influyen en el bienestar emocional (Linde et al., 2023). Asimismo, Rojas y Campos (2022) indicaron que la preparación psicoprofiláctica brinda herramientas para que la madre se prepare tanto a nivel físico como emocional, buscando promover una experiencia positiva tanto para la madre como para el bebé, incluyendo la conexión con las señales de su cuerpo y la sensación de control sobre el proceso. Teniendo en cuenta que para Zhi et al., (2025) la autoestima no siempre se mantiene estable durante el embarazo, ya que, al producirse cambios físicos, emocionales y sociales, puede fluctuar. En la misma línea, Naranjo (2007) resalta que la autoconfianza, como componente de la autoestima, posibilita que la mujer afronte la maternidad con seguridad. Además, Marquesini et al. (2018) indican que no solo los factores internos influyen, como los pensamientos o sentimientos, sino también factores externos, como en este caso la maternidad, en la percepción y el reconocimiento del propio valor, así como en la manera en que la persona se percibe dentro de su entorno social. Resaltando así la importancia de una preparación psicoprofiláctica integral que abarque tanto el aspecto emocional como el físico. En este sentido, Gerymski et al. (2024) mencionan que la autoestima cumple un rol mediador en la percepción del estrés, al relacionarse con una actitud positiva hacia la propia identidad y la vida en general. Además, Finlayson et al. (2020) indican que la maternidad ayuda a contribuir al fortalecimiento de la autoestima al generar sentimientos de amor, logro y separación, y al ser capaces de enfrentar los desafíos que representan el embarazo y el posparto. En ese sentido, los hallazgos de la presente investigación refuerzan la idea de que la preparación psicoprofiláctica actúa como un factor protector, ayudando a mantener una autoestima estable y positiva frente a los retos emocionales propios de la maternidad.

En cuanto al nivel de ansiedad, se encontró que un 60.0% de las madres presentan niveles leves, sugiriendo que la mayoría de madres que han recibido preparación psicoprofiláctica, experimentan ansiedad sin que este alcance una gravedad significativa. Estos resultados concuerdan por lo encontrado por Kowalska et al. (2022), quienes evidencia que la preparación psicoprofiláctica reduce el estrés percibido ( $p=.0013$ ). Además, que la preparación prenatal ayuda a que la mujer se relaje al tener un mayor control sobre su cuerpo y entorno viviendo la experiencia de materna de una forma más positiva y empoderada (Simkin et al., 2017; Jones et al., 2012). De manera similar, Müller et al. (2020) observaron que las mujeres que recibieron preparación psicoprofiláctica tuvieron niveles bajos de ansiedad ( $p < .001$ ) comprándolas con aquellas que no recibieron preparación psicoprofiláctica, además

de reportar un aumento en la satisfacción materna; se e entonces que la resiliencia perinatal, que se puede adquirir por medio de la preparación psicoprofiláctica, es un factor que ayuda a la adaptación de estos desafíos, contribuyendo a la recuperación y bienestar materno, evidenciando la importancia de este tipo de preparaciones (Hajure et al., 2024). Por su parte, De la Cruz (2024) encontró que las mujeres que recibían preparación psicoprofiláctica tenían menores niveles de ansiedad, a pesar de que no encontró relación estadística significativa ( $p=.42$ ). Entendiendo que la ansiedad es algo que puede extenderse durante el periodo postnatal o incluso llegar a desarrollar una depresión post parto, detectar de manera oportuna, tanto durante la gestación como en el periodo posnatal ayuda a prevenir deterioro en la estabilidad emocional de las madres (Kurniawati et al., 2025). Otros estudios refuerzan esta evidencia, desde una perspectiva fisiológica; Cárdenas et al. (2020) encontraron niveles más bajos de cortisol en mujeres que habían recibido todas las sesiones de psicoprofilaxis, mientras que aquellas que asistieron a menos sesiones presentaron valores más altos. Este hallazgo presenta relevancia, dado que el cortisol se relaciona de manera estrecha con la ansiedad, y su reducción favorece un estado emocional y físico más estable durante la gestión, objetivo central de la preparación psicoprofiláctica. En la misma línea, Flores (2019) encontró que la psicoprofilaxis influye de manera positiva en la actitud durante el parto, reduciendo no solo la ansiedad, sino también el estrés asociado al proceso. En conjunto, los resultados de la presente investigación confirman que la preparación psicoprofiláctica contribuye a disminuir los niveles de ansiedad, al brindar a las madres herramientas prácticas y emocionales para afrontar los cambios propios de la maternidad. Considerando que la ansiedad en esta etapa se relaciona con la adaptación al nuevo rol materno y las responsabilidades de cuidado del bebé, su detección y manejo oportuno resultan fundamentales para prevenir afectaciones emocionales posteriores, tal como advierten Kurniawati et al. (2025).

De acuerdo con Simkin et al. (2017), la ansiedad puede generar respuestas fisiológicas adversas al momento del parto. Por ello, la psicoprofilaxis busca que la mujer se relaje y que tenga un mayor control sobre su cuerpo y su entorno, contribuyendo a una experiencia más positiva y empoderada. Sin embargo, cabe señalar que la psicoprofilaxis no solo busca dar herramientas para el momento del parto, sino también para después del mismo al buscar fortalecer el vínculo entre la madre y el bebé; promover el autocuidado, la salud sexual y reproductiva y el adecuado establecimiento de la lactancia materna (Rojas y Campos, 2022; Morales et al., 2014). Estos aspectos favorecen el desarrollo del apego seguro, que resulta vital para la gestión emocional tanto en la infancia como en etapas posteriores, ya que la ansiedad puede generar dificultad en la formación del vínculo afectivo con él bebe (Kurniawati et al., 2025).

En este sentido, Zung (1971) describe la ansiedad no solo como un estado emocional, sino también fisiológico, por medio de la sudoración, palpitaciones, temblores, mareos, entre otros, los cuales preparan al cuerpo para para hacerle frente a una situación que la mente interpreta como peligrosa. La importancia de controlar la ansiedad, en esta etapa, radica en lo planteado por Kingston

et al., (2015), quienes mencionan que, una salud mental perinatal y postnatal que este deteriorada pueden afectar al momento del parto como en el desarrollo infantil. Así, la preparación psicoprofiláctica, al brindar herramientas físicas y emocionales, permite que la respuesta adaptativa valore estos estímulos como positivos. Por ello, la psicoprofilaxis y la participación activa de los profesionales de la psicología son fundamentales, ya que no solo se trata de proveer herramientas para afrontar el dolor físico, sino también para los cambios emocionales que se dan en esta etapa, y generar una correcta gestión emocional. Kingston et al. (2014) indican que la ansiedad y la depresión son condiciones mentales frecuentes en el momento después del parto, que se pueden relacionar a experiencias traumáticas con el parto, o niveles de estrés percibido y si no se trata a tiempo pueden afectar en los primeros años de vida del niño, nuevamente señalando la importancia de la preparación psicoprofiláctica y del rol psicológico en el mismo. Hajure et al. (2024) indican que la resiliencia perinatal es clave para que las mujeres que son madres se adapten a los desafíos que representa la maternidad; considerando que tanto el entorno como la actitud que se toma al mismo, contribuyen decisivamente al bienestar materno.

Respecto a la influencia de las características sociodemográficas se encontró que estado civil y el grado de instrucción influyen de manera significativa en el nivel de autoestima en madres con preparación psicoprofiláctica ( $p < .001$ ).

Dentro del estado civil, se observó que, quienes presentaban mayores niveles de autoestima eran las mujeres casadas con un 38.6%, seguido de un 22.1% en el nivel medio. Por el contrario, quienes presentaban un nivel más bajo de autoestima fueron las mujeres separadas en un 1.4%. Esto podría estar relacionado a que las mujeres casadas perciben un mayor apoyo dentro de su rol de maternidad, lo que puede reforzar su confianza y valoración personal. Este hallazgo coincide con lo señalada por Rukmanee et al. (2019), quienes evidenciaron que el apoyo social es un factor clave en el bienestar emocional de las madres. De manera similar, Kowalska et al. (2022) encontraron que la percepción del apoyo social ( $p=.0124$ ) fortalece la autoeficacia en mujeres embarazadas, entendida como la capacidad de confiar en sí mismas y de actuar con eficacia frente a los desafíos, afrontándolos con seguridad. Como lo plantea Naranjo (2007), la autoeficacia se relaciona de manera estrecha a la autoestima siendo un componente del mismo, al dar la capacidad de reconocer y asumir las propias competencias. De igual forma el entorno social juega un papel relevante en la construcción y consolidación de la autoestima. Panesso y Arango (2017) indican que contar con el apoyo de otra persona, teniendo en cuenta la maternidad donde existen etapas de alta demanda emocional, contribuye a que la mujer se perciba de manera más positiva dentro de su entorno, fortaleciendo así su identidad y seguridad personal.

Por otro lado, en el grado de instrucción, se observó que las madres con niveles altos de autoestima presentaban, en su mayoría, educación superior completa en un 52.1%, seguidas por aquellas con nivel educativo medio en un 30.7%. En contraste, fueron las madres que tenían educación superior

incompleta quienes presentaron el porcentaje más alto de autoestima baja en un 2.1%. Sugiriendo que el grado de instrucción podría estar relacionado con la autoafirmación y la autorrealización que las madres tienen de sí mismas, Naranjo (2007) señala que estos dos componentes de la autoestima contribuyen al sentido de superación y realización personal, ya que permiten a las personas desarrollar autonomía, tomar decisiones de manera independiente y expresar de forma adecuada sus capacidades individuales.

Respecto a la influencia de las características sociodemográficas, se encontró que la situación laboral y el grado de instrucción influyen de manera significativa en el nivel de ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica ( $p < .05$ ).

Dentro de la situación laboral, se observó que el grupo que se identificó con amas de casa presentó los niveles más altos de ansiedad dentro de la muestra, alcanzado un 7.1% en el nivel moderado, mientras que el grupo de empleadas, es decir, mujeres con empleo dependiente en una institución o empresa, mostró en su mayoría niveles leves de ansiedad 26.4%. Estos resultados que concuerdan por lo encontrado por Rukmanee et al. (2019), quienes encontraron que las mujeres con empleos estables, mayor apoyo social y menos preocupaciones económicas presentaban una reducción de ansiedad significativa, resaltando así el rol protector de la estabilidad financiera y de las redes de apoyo. Así mismo, concuerdan con lo señalado por Llerena y Rodríguez (2025), quienes identificaron que ser ama de casa presentaba una relación significativa con mayores niveles de ansiedad ( $p = .023$ ). Aunque en la muestra del presente estudio los niveles más frecuentes de ansiedad fueron en niveles leves, es relevante destacar que las amas de casa concentraron el mayor porcentaje de casos en nivel moderado de ansiedad (7.1%) superando a otras situaciones laborales. Este hallazgo sugiere que factores como el aislamiento social, o la carga desproporcionada de responsabilidades domésticas y la falta de dependencia económica, podrían contribuir a una aumento de ansiedad en un grupo en específico, incluso en contextos donde se haya recibido una preparación psicoprofiláctica.

Por otra parte, dentro del grado de instrucción, se observó que las madres con educación superior completa concentraron el mayor porcentaje en el nivel de ansiedad moderado en un 10.0% y curiosamente, este mismo grupo también presentó los porcentajes más altos en niveles nulo y leve de ansiedad (20.7% y 52.1% respectivamente). Este comportamiento sugiere que, dentro de este segmento, existen perfiles muy diferenciados: algunas madres logran mantener un buen manejo emocional, mientras que otras experimentan mayores niveles de ansiedad, posiblemente debido a condiciones específicas de su contexto personal y social.

De acuerdo con Lewis et al. (2023), la falta de tiempo fue una de las principales barreras para completar el paquete de preparación psicoprofiláctica, si bien es cierto en el presente estudio todas las participantes cumplieron con el requisito de haber completado dicho paquete, es probable que las madres con mayor grado de instrucción enfrenten cargas adicionales, ya sea por responsabilidades

laborales, académicas u otras actividades, o por una sobrecarga de labores domésticas que no se distribuyan de manera equitativa con la pareja. Estas circunstancias podrían incrementar los niveles de ansiedad, incluso en un contexto donde se ha recibido la preparación adecuada.

Este hallazgo, plantea la necesidad de profundizar por medio de entrevista personales con el objetivo de obtener un panorama más completo de las causas que podría estar detrás de esta dualidad en los niveles de ansiedad. Tal como lo señalan Kingstonet al. (2015), poder fortalecer estrategias de detección y tratamiento de la ansiedad a lo largo de todo el proceso de la maternidad, y no únicamente en las etapas puerperal o perinatal, es esencial para promover el bienestar materno. En este sentido, examinar el apoyo social disponible durante la crianza también resulta relevante ya que, como afirman Hajure et al., (2024) un contexto saludable contribuye al bienestar de la madre no solo durante el embarazo, sino también en las etapas posterior, favoreciendo su adaptación y calidad de vida.

Finalmente, es relevante señalar que en ambas pruebas se procedió con la eliminación de dos ítems, debido a que su permanencia disminuía de manera considerable la confiabilidad *Alfa de Cronbach*, lo que comprometía la consistencia interna de los instrumentos. Esta decisión se sustenta en la necesidad de garantizar la fiabilidad de las escalas, debido a que, al suprimir dichos ítems, se obtuvo un incremento significativo en los índices de consistencias, asegurando así una medición mucho más precisa de las variables estudiadas. Sin embargo, este procedimiento constituye una limitación a nivel método en el presente estudio. Cabe señalar que eliminar estos ítems no influyó de manera significativa en la estructura general ni en la funcionalidad de las escalas, manteniendo así su capacidad para medir de forma adecuada los constructos propuestos. Asimismo, las escalas fueron aplicadas de manera virtual, lo que pudo influir en las condiciones de respuesta de las participantes, ya sea por factores externos o por el entorno no controlado durante la aplicación. En este sentido, si bien el modificar permitió mejorar la fiabilidad estadística, también, es posible que la reducción de ítems haya influido en la interpretación global de los resultados y en la comparabilidad con investigaciones previas que utilizaron las escalas completas.

## Conclusiones

**Primera.** Se determinó que existe una relación negativa significativa entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana de Arequipa ( $p < .000$ ;  $Rho = -455$ ). Es decir, a mayor nivel de autoestima el nivel de ansiedad tiende a ser menor.

**Segunda.** Se determinó que el nivel de autoestima en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana de Arequipa se ubicó mayoritariamente en los rangos alto (55.7%) y medio (41.4%), sugiriendo una percepción positiva de sí mismas en el contexto de la maternidad.

**Tercera.** Se determinó que el nivel de ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana de Arequipa se ubicó principalmente como leve (60.0%), seguido del nivel nulo (22.9%), sin registrarse casos en el nivel elevado (0.0%), sugiriendo un adecuado manejo emocional frente a las demandas de la maternidad.

**Cuarta.** Entre las características sociodemográficas, se identificó que el estado civil y el grado de instrucción influyen significativamente en el nivel de autoestima en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana de Arequipa ( $p < .001$ ).

**Quinta.** Entre las características sociodemográficas, se identificó que la edad y la situación laboral no influyen significativamente en el nivel de autoestima en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana de Arequipa, son la edad y la situación laboral ( $p > .05$ ).

**Sexta.** Entre las características sociodemográficas, se identificó que la situación laboral y el grado de instrucción influyen significativamente en el nivel de ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana de Arequipa ( $p < .05$ ).

**Séptima.** Entre las características sociodemográficas, se identificó que la edad y el estado civil no influyen significativamente en el nivel de ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana de Arequipa ( $p > .05$ ).

## Recomendaciones

**Primera.** Se recomienda al centro de estimulación, con apoyo de profesionales en psicología, implementen actividades adicionales a las sesiones de psicoprofilaxis, con temas en el manejo emocional y autoconfianza, debido a que estos pueden contribuir a una percepción positiva con respecto a las capacidades de la maternidad.

**Segunda.** Se recomienda al centro de estimulación, que con apoyo de profesionales en psicología diseñen estrategias de intervención psicológica preventiva que aborde temas importantes de autoestima, y como gestionar cambios emocionales y reducir niveles de ansiedad y/o depresión.

**Tercera.** Se recomienda a los profesionales de psicología del centro de estimulación, realizar seguimientos periódicos a las madres, con el objetivo de observar y garantizar que los niveles de autoestima se mantengan estables después del parto, evitando la mengua que pueda dañar o afectar el bienestar emocional.

**Cuarta.** Se recomienda con apoyo del profesional en trabajo social, fomentar la integración familiar de las madres, debido a la importancia que tiene la red de apoyo en cambios de la vida tan importantes como lo es la maternidad.

**Quinta.** Realizar evaluaciones de manera periódica a las madres que hayan participado en procesos de preparación psicoprofiláctica, con el fin de monitorear variables esferas emocionales y psicológicas como lo son la ansiedad, autoestima, depresión; además de considerar aspectos vinculados a la gestación y maternidad.

**Sexta.** Realizar investigaciones a nivel local, con el propósito de conocer a mayor profundidad la realidad psicológica de las madres que han recibido preparación psicoprofiláctica identificando factores emocionales, cognitivos y conductuales que influyan en el bienestar durante la gestación y el camino de la maternidad.

## **Limitaciones**

**Primera.** La muestra se compuso únicamente por madres que pertenecían a un centro privado de estimulación temprana, lo que restringe la posibilidad de generalizar los resultados a otras poblaciones con características sociodemográficas diferentes o que asistan a instituciones de estimulación temprana públicas.

**Segunda.** La recolección de datos se realizó de manera virtual, lo que pudo generar sesgos en la aplicación, al no poder supervisar de manera directa el proceso y pudo afectar la comprensión de algunos ítems por parte de las participantes, influyendo de manera potencial en la precisión de las respuestas.

**Tercera.** Al ser un estudio descriptivo correlacional enfocado en madres con preparación psicoprofiláctica, permitió identificar los niveles de autoestima y ansiedad, e identificar una correlación negativa significativo entre las variables. No obstante, debido a la naturaleza no experimental del estudio, no se establecieron relaciones causales.

**Cuarta.** La escasa disponibilidad de investigaciones a nivel local que aborden variables emocionales, como la ansiedad o la depresión, y su influencia en el bienestar emocional y psicológico de las mujeres en etapa de maternidad. Esta falta de antecedentes dificulta la comparación de resultados y la profundización en el análisis contextual de los factores que afectan la salud mental materna.

## Referencias y/o bibliografía

- Alexandre, J., Monteiro, L., Branco, I., & Francom C. (2016). A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e múltiparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. *Análise Psicológica*, 34(3), 265-277. <https://doi.org/10.14417/ap.1141>
- American College of Nurse-Midwives. (2013). Supporting healthy and normal physiologic childbirth: A consensus statement by ACNM, MANA, and NACPM. *Journal Perinat Education*, 22(1), 14-18. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.22.1.14>
- Arias, F. (2006). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. Caracas. Episteme
- Arrieta, K., Díaz, S., & Gonzáles, F. (2014). Síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes universitarios: prevalencia y factores relacionados. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>
- Balanza, S., Morales, I., & Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica y Salud*, 20(2), 177-187. <https://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v20n2/v20n2a06.pdf>
- Bdier, D., Mahamid, F., Fallon, V., & Amir, M. (2023). Posttraumatic stress symptoms and postpartum anxiety among palestinian women: the mediating roles of self-esteem and social support. *BMC Women's Health*, 23(420). <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02567-x>
- Beck, A., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic Books.
- Bednar, R., Wells, M., & Peterson, S. (1989). *Self-Esteem: Paradoxes and Innovations in Clinical Theory and Practice*. American Psychological Association.
- Bohórquez, A. (2007). *Prevalencia de depresión y de ansiedad según las escalas de Zung, y evaluación de la asociación con el desempeño académico en los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Javeriana*. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana].
- Butchon, R., Liabsuetrakul, T., Bumpenboon, T., & Teerawattananon, Y. (2019). Anxiety at first and subsequent pregnancies and its associated factors: a historical cohort study from northeastern Thailand. *Journal of Health Science and Medical Research*, 37(4), 259-268. <http://doi.org/10.31584/jhsmr.201959>
- Cárdenas, L., Alva, A., Muñoz, R., Ordonez, G., Guerra, T., & Jurado, S. (2020). Exploratory Study of the Effect of Obstetric Psychoprophylaxis on the Cortisol Level in Pregnant Women,

- Huancavelica – Perú. *International Journal of Advanced Computer Science and Applications*, 11(4), 633-638. <https://doi.org/10.14569/ijacsa.2020.0110482>
- Casas, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Aten Primaria*, 31(8), 527-538. <https://core.ac.uk/download/pdf/82245762.pdf>
- Clark, D. & Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. Desclée de Brouwer
- Coila, M. & Figueroa, I. (2021). *Ansiedad en tiempos de pandemia y su relación con la agresividad en el personal policial de la U.S.E. Puno, 2021*. [Tesis de Grado, Universidad Cesar Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/65394>
- Colvin, G. & Rutland, J. (2008). *Understanding Human Motivation: Insights from Maslow's Hierarchy of Needs*. HarperCollins Publishers.
- Coo, S., Mira, A., García, M., & Zamudio, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes Pediátrica*, 92(5). <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
- Coopersmith, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 87-94
- Coopersmith, S. (1967). *The Antecedents of Self Esteem*. W.H. Freeman and Co.
- De la Cruz, V. (2024). *Ansiedad en gestantes sin y con participación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica en el centro materno infantil Ollantay, 2022*. [Tesis de Maestría, Universidad José Carlos Mariátegui]. <https://hdl.handle.net/20.500.12819/2694>
- Del Toro, A., Gonzáles, M., Arce, D., Reinoso, S., & Reina, L. (2014). Mecanismos fisiológicos implicados en la ansiedad previa a exámenes. *MEDISAN*, 18(10). <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v18n10/san121810.pdf>
- Engler, B. (1996). *Teoría de la personalidad*. (4° ed.) McGrawHill.
- Ekelöf, K., Almquis, G., Delisle, C., Löf, M., & Thomas, K. (2025). Mental wellbeing during pregnancy and the transition to motherhood: an explorative study through the lens of healthcare professionals. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(803). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07894-5>
- Finlayson, K., Crossland, N., Bonet, M., & Downe, S. (2020). What matters to women in the postnatal period: A meta-synthesis of qualitative studies. *PLoS ONE*, 15(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231415>

- Flores, M. (2019). *Actitud de las gestantes sin y con preparación del programa de psicoprofilaxis durante los procesos de atención del parto en pacientes atendidas en el Hospital II EsSalud Tarapoto en el año 2018*. [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo]. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/31555>
- Fullana, M. & Tortella, M. (1999). Relaciones entre la sensibilidad y el miedo a volar en avión. *Psicología Conductual*, 8(1), 5-25. <https://core.ac.uk/download/pdf/78532198.pdf>
- Hanh, J., Hasleon, M., Dunkel, C., & Glynn, L. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology?: A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Arch womens ment health*, 16(5). 411 – 422. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0348-9>
- Hajure, M., Seyife, S., Abdu, Z., Mulatu, G., Alemayehu, Y., Dule, A., Adem, M., Fikadu, L., & Gezimu, W. (2024). Resilience and mental health among perinatal women: a systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 15. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1373083>
- Harter, S. (1983). *Developmental perspectives on the self-system*. In P. H. Mussen (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (Vol. 4, pp. 275-385). Wiley.
- Harter, S. (1999). *The Construction of the Self: A Developmental Perspective*. Guilford Press.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación Científica (6<sup>o</sup> ed.)*. McGrawHill
- Idrugo, L. & Moreno, Z. (2023). Características materno-perinatales y conducta materna durante el trabajo de parto en gestantes con preparación psicoprofiláctica. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 8(3). <https://doi.org/10.47784/rismf.2023.8.3.287>
- Kingston, D., Austin, M., Hegadoren, K., McDonald, S., Lasiuk, G., McDonald, S., Heaman, M., Biringer, A., Sword, W., Giallo, R., Patel, T., Smith, M., Velshuyzen, S. (2014). Study protocol for a randomized, controlled, superiority trial comparing the clinical and cost- effectiveness of integrated online mental health assessment-referral-care in pregnancy to usual prenatal care on prenatal and postnatal mental health and infant health and development: The Integrated Maternal Psychosocial Assessment to Care Trial (IMPACT). *Trials*, 15(72). <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-72>
- Kingston, D., Janes, S., Tyrrell, J., Clark, L., Hamza, D., Holmes, P., Parkes, C., Moyo, N., McDonald, S., Austin, M. (2015). An Integrated Web-Based Mental Health Intervention of Assessment-Referral-Care to Reduce Stress, Anxiety, and Depression in Hospitalized Pregnant Women With Medically High-Risk Pregnancies: A Feasibility Study Protocol of Hospital-Based Implementation. *JMIR Research Protocols*, 4(1). <https://doi.org/10.2196/resprot.4037>

- Koltko, M. E. (2006). *The Psychology of Motivation: A Guide to Understanding the Power of Needs*. Academic Press.
- Kowalska, J., Dulnik, M., Guzek, Z., & Strojek, K. (2022). The emotional state and social support of pregnant women attending childbirth classes in the context of physical activity. *Scientific Reports*, 12(19295). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-23971-7>
- Lang, P. J. (1968). *Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct*. En J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). American Psychological Association. <http://doi.org/10.1037/10546-004>.
- Lewis, B., Nielsen, T., Svensson, J., Nassar, N., Henry, A., Lainchbury, A., Kim, S., Kiew, I., McLennan, S., & Shand, A. (2023). Cross-sectional survey of antenatal education attendance among nulliparous pregnant women in Sydney, Australia. *Women and Birth*, 36(2), e276-e282. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.08.003>
- Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M., Stepan, H., & Kersting, A. (2022). Course and prediction of body image dissatisfaction during pregnancy: a prospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(719). <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05050-x>
- Llerena, G. & Rodriguez, A. (2025). *Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de la ansiedad materna durante el puerperio inmediato en el Hospital Edgardo Rebagliati Martins en el 2024*. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Santa María]. <https://hdl.handle.net/20.500.12920/14799>
- Lothian, J. (2011). Lamaze breathing: what every pregnant woman needs to know. *Journal Perinatal Education*, 20(2), 118-120. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.20.2.118>
- Mark, I. & Nesse, R. (1994). Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. *Ethology and sociobiology*, 15(5-6), 247-264. [https://doi.org/10.1016/0162-3095\(94\)90002-7](https://doi.org/10.1016/0162-3095(94)90002-7)
- Marquesini D. (2018). *Vejez: autoestima y capacidad de adaptación*. [Mar, Universidad Abierta Interamericana]. <https://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC131189.pdf>
- Martínez, A. & Karchmer, S. (2021). Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. *Acta médica Grupo Ángeles*, 19(3), 361-367. <https://doi.org/10.35366/101728>
- Maslow, A. (2012). *A Theory of Human Motivation*. United States of America: Star Publishing LLC.
- Mejía, A., García, J., & Fernández, M. (2011). *Desarrollo y evolución de la autoestima: Un enfoque psicossocial*. Psicología Contemporánea.
- Mezerville, M. (2004). *Autoestima: Desarrollo y fortalecimiento*. Universidad Estatal a Distancia.

- Ministerio de Salud del Perú. (2012). *Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal*. Gobierno del Perú. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4172.pdf>
- Mohammed, H., Hamed, A., Afefy, N., Sherif, N., Ibrahim, S. (2025). The effectiveness of nurse-led antenatal education on maternal self-efficacy: an evidence-based approach. *BMC Nursing*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03471-5>
- Montealegre, N. (2017). *Relación entre autoestima escolar y la ansiedad en los estudiantes de tercero y cuarto año de secundaria de la Institución Educativa N° 098 “el gran chilimasa” de la provincia de Zarumilla – Tumbes, 2017*. [Tesis de Grado, Universidad Católica los Ángeles Chimbote]. <https://hdl.handle.net/20.500.13032/4462>
- Morales, S., Guibovich, A., & Yábar, M. (2014). Psicoprofilaxis obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. *Revista Horizonte Médico*, 14(4), 53-57. <https://doi.org/10.24265/horizmed.2014.v14n4.09>
- Mughal, M., Giallo, R., Arnold, P., Benzies, K., Kehler, H., Bright, K., Kingston, D. (2018). Trajectories of maternal stress and anxiety from pregnancy to three years and child development at 3 years of age: Findings from the All Our Families (AOF) pregnancy cohort. *J Affect Disord.* (234), 318-326. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.095>.
- Müller, A., Njimbu, F., Bilo, I., Kazadi, P., Mbungu, R., Kipula, A., & Nkakudulu, H. (2020). Bienfaits de la préparation psychologique et physique à l'accouchement sans stress en per-partum. *Douleurs: Évaluation - Diagnostic - Traitement*, 21(3), 89-95. <https://doi.org/10.1016/j.douler.2020.04.006>
- Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Organización de las Naciones Unidas. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/agenda-2030/>
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Electrónica “Actualidades Investigativas en Educación”*, 7(3). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44770311>
- Oyserman, D., Elmore, K., & Smith, G. (2012). *Self, self-concept, and identity*. In M. R. Leary & J. P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (2nd ed., pp. 69–104). The Guilford Press.
- Panesso, K., & Arango, M. (2017). La autoestima, proceso humano. *Revista electrónica Psyconex*, 9(14), 1-9. <https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/download/328507/20785325/129909>

- Reiss, S. & McNally, R. (1985). The expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 5(4), 297-308.
- Robles, Y. & Padilla, M. (2018). Adaptación de la Escala de Autoestima de Rosenberg en Lima Metropolitana. *Anales de Salud Mental*, 34(2), 9-20. <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/35>
- Rojas, G. & Campos, D. (2022). Psicoprofilaxis obstétrica: optimizando la experiencia de parto. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 7(3). <https://doi.org/10.47784/rismf.2022.7.3.316>
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the Adolescent Self-Image (Revised Edition)*. Wesleyan University Press.
- Rukmanee, M., Tippawan, M., Theparat, M., & Yot, M. (2019). Anxiety at first and subsequent pregnancies and its associated factors: a historical cohort study from northeastern Thailand. *Journal of Health Science and Medical Research*, 37(4), 259-268. <https://doi.org/10.31584/jhsmr.201959>
- Secretaría de Salud. (2020). *Guía para promover la autoestima en PAMS*. Gobierno de México. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/919392/23\\_GUI\\_A\\_PARA\\_PROMOVER\\_LA\\_AUTOESTIMA\\_EN\\_PAMS\\_APA\\_1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/919392/23_GUI_A_PARA_PROMOVER_LA_AUTOESTIMA_EN_PAMS_APA_1.pdf)
- Servin, C., Martines, M., Paternina, M., Marcos, L., Martin de Blas, D., Soler, A., Khymenets, O., Bergé, D., Casals, G., Prats, P., Pozo, O., Pretus, C., Carmona, S., & Vilarroya, O. (2025). Pregnancy entails a U-shaped trajectory in human brain structure linked to hormones and maternal attachment. *Nature Communications*, 16(730). <https://doi.org/10.1038/s41467-025-55830-0>
- Sevim, D., Baranov, V., Bhalotra, S., Maselko, J., & Biroli, P. (2024). Trajectories of Early Childhood Skill Development and Maternal Mental Health. *The journal of human resources*, 59(S), 365-401. <https://doi.org/10.3368/jhr.1222-12693R3>
- Simkin, P., Hanson, L., Ancheta, R. (2017). *The Labor Progress Handbook: Early Interventions to Prevent and Treat Dystocia* (4° ed.). Wiley Blackwell
- Spielberger, C. (1966). *Anxiety and behavior*. Academic Press.
- Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Consulting Psychologists Press.
- Tejada, A. & Zambrano, K. (2024). *Efecto de la psicoprofilaxis obstétrica sobre el nivel de dolor durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital*

- Goyeneche, Arequipa – 2024*. [Tesis de Grado, Universidad Católica de Santa María].  
<https://hdl.handle.net/20.500.12920/14238>
- Travezano, A., Santos, S., & Vilca, L. (2022). Escala de autoestima de Rosenberg-P (EAR-P) en universitarios: Nuevas evidencias psicométricas de su estructura interna. *Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*, 41(1), 15-16.  
<https://doi.org/10.16888/interd.2024.41.1.15>
- Villagarcía, A. (2022). *Ansiedad y motivación del logro en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Tecnológica de Lima Sur*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional del Centro del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12894/8353>
- Villanueva, L. & Ugarte, A. (2017). Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa. *Avances en Psicología*, 25(2), 153-169.  
<https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n2.351>
- Zhi, S., Gu, W., Zhou, N., Liang, L., Wang, M., Gao., Qi, S., & Wangm W. (2025). Linking self-esteem and marital adjustment among couples in the third trimester of pregnancy: the mediating role of dyadic coping. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-025-07757-z>
- Zung, W. (1971). Un instrumento de calificación para los trastornos de ansiedad. *Psicosomática*, 12(6), 371-379.

## Anexos y/o Apéndices

### Anexo 1. Matriz de Consistencia

<b>Título: Autoestima y ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025</b>				
<b>Problema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Diseño Metodológico</b>
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025?</p> <p><b>Problemas Específicos</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Qué nivel de autoestima presentan las madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025?</li> <li>• ¿Qué nivel de ansiedad presentan las madres que han completado un proceso de preparación psicoprofiláctica en un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025?</li> <li>• ¿Cuáles características sociodemográficas influyen en los niveles de autoestima y ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025?</li> </ul>	<p><b>Objetivo General</b> Determinar la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.</p> <p><b>Objetivo Específico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el nivel de autoestima en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.</li> <li>• Establecer el nivel de ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.</li> <li>• Analizar la influencia de las características sociodemográficas en la autoestima y ansiedad de madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.</li> </ul>	<p><b>Hipótesis General</b> H<sub>0</sub>: No existe relación significativa entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025. H<sub>1</sub>: Existe relación significativa entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.</p> <p><b>Hipótesis Específicas</b> HE1: Las madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025, presentan un nivel de autoestima alto. HE2: Las madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025, presentan un nivel de ansiedad bajo. HE3: Las características sociodemográficas influyen en la autoestima y ansiedad de las madres de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025.</p>	<p>1. Autoestima 2. Ansiedad</p>	<p><b>Población:</b> 438 madres que hayan completado el proceso de preparación psicoprofiláctica en su totalidad en un centro de estimulación temprana en Arequipa durante el año 2025.</p> <p><b>Muestra:</b> 140 madres de niños de 0 a 3 años, que dieron a luz en los últimos tres años, pertenecientes al centro de estimulación temprana.</p> <p><b>Técnica de recolección de datos:</b> Encuesta</p> <p><b>Instrumento de recolección de datos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ficha de datos sociodemográficos</li> <li>• Escala de autoestima de Rosenberg</li> <li>• Escala de automedición de ansiedad (EAA) de Zung y Zung</li> </ul>

## Anexo 2. Sesiones de Psicoprofilaxis

### Sesiones de Psicoprofilaxis

El programa de psicoprofilaxis realizado en el centro de estudio consta de siete sesiones, las cuales tienen como objetivo preparar a las gestantes en aspectos físicos, emocionales y psicológicos relacionados con el embarazo, el parto y el posparto. A lo largo de estas sesiones, se brindan conocimientos teóricos y prácticos sobre diversas técnicas que promueven el bienestar materno y fetal, facilitando una experiencia de parto más consciente y saludable.

**Sesión 1: Introducción a la Psicoprofilaxis y el Método Lamaze,** La primera sesión tiene como propósito la presentación de las participantes y la explicación de la metodología del taller. Durante esta etapa inicial, se introduce el Método Lamaze, el cual enfatiza la importancia de la respiración y la relajación muscular para afrontar el trabajo de parto de manera más positiva. Además, se proporciona información clave sobre los signos de alarma durante el embarazo, lo que permite a las gestantes identificar posibles complicaciones y prepararse adecuadamente para el momento del parto. De manera práctica, se enseña la primera técnica de respiración y se realizan ejercicios de calentamiento físico.

**Sesión 2: Estimulación Prenatal y Bienestar Materno-Fetal,** En la segunda sesión, se incorporan actividades de estimulación prenatal, abordando técnicas de respiración, ejercicios de tensión y relajación, como los ejercicios de Jacobson, y dinámicas como Barriguitas Pintadas. Se exploran las formas en que los estímulos auditivos, motores, táctiles y visuales pueden beneficiar el desarrollo del bebé en gestación. Asimismo, se profundiza en temas relacionados con el bienestar materno y fetal, incluyendo el desarrollo de la vida intrauterina, el control prenatal, la nutrición durante el embarazo y la desmitificación de creencias erróneas sobre el embarazo y el parto.

**Sesión 3: Lactancia Materna y sus Beneficios,** En la tercera sesión, el enfoque se centra en la lactancia materna, sus beneficios tanto para la madre como para el bebé y las técnicas adecuadas para un agarre correcto. Se brindan recomendaciones para fomentar una lactancia exitosa, abordando mitos comunes y analizando la compatibilidad de ciertos alimentos y medicamentos con la lactancia. Además, se presentan referencias bibliográficas y redes de apoyo social para la lactancia materna. La sesión incluye una práctica de gimnasia prenatal, con el fin de fortalecer la musculatura implicada en el parto.

**Sesión 4: Trabajo de Parto y Técnicas de Respiración,** Durante la cuarta sesión, se estudia el parto fisiológico, resaltando sus beneficios tanto para la madre como para el bebé. Se identifican los signos del inicio del trabajo de parto y se orienta a las gestantes sobre el momento adecuado para acudir a la clínica. También se revisan las distintas fases del trabajo de parto y la importancia de la

respiración en cada una de ellas. Se presenta el video “*El Milagro de la Vida*”, seguido de un repaso práctico de las técnicas de pujo y respiración, ejercicios con pelota y diversas posiciones que pueden facilitar el trabajo de parto.

**Sesión 5: Intervenciones Médicas en el Parto,** La quinta sesión aborda el tema de las intervenciones médicas en el parto, explicando en qué consiste la inducción del parto, en qué casos es recomendable la anestesia epidural y cuáles son sus beneficios y riesgos. Asimismo, se analizan las circunstancias en las que una cesárea resulta necesaria. A través de material audiovisual, se diferencia entre anestesia epidural y raquídea, además de proporcionar información detallada sobre el proceso del parto por cesárea. La sesión finaliza con una práctica de gimnasia prenatal y ejercicios de Kegel, fundamentales para fortalecer el suelo pélvico.

**Sesión 6: Posparto y Cuidados del Recién Nacido,** En la sexta sesión, se profundiza en la etapa del posparto, identificando signos de alarma que pueden surgir en este periodo, así como las características físicas y neurológicas del recién nacido mediante la prueba de Apgar. Se explican los procedimientos médicos habituales en la sala de bebés, además del cuidado del cordón umbilical, el baño del bebé y la adaptación del recién nacido en el hogar. También se analizan aspectos relacionados con el llanto y el sueño neonatal. La sesión concluye con una práctica en la que se enseña el baño del bebé y el cambio de pañal.

**Sesión 7: Banco de Leche y Conservación de la Leche Materna,** La séptima y última sesión está orientada a la creación y uso del banco de leche materna, abordando su utilidad y los requerimientos necesarios para su implementación. Se explican los pasos para la correcta extracción y conservación de la leche materna, detallando técnicas de extracción manual y el uso de extractores eléctricos. Asimismo, se enseña a las madres a realizar masajes previos a la extracción y a identificar los tiempos adecuados para el almacenamiento y conservación de la leche materna, asegurando su óptima calidad para el bebé.

### Anexo 3. Ficha de datos sociodemográficos



UNIVERSIDAD CONTINENTAL – FACULTAD DE HUMANIDADES  
 ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

#### FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

<b>Edad:</b>						
<b>Estado Civil:</b>	Soltera ( )	Conviviente ( )	Casada ( )	Separada ( )	Divorciada ( )	Viuda ( )
<b>Situación laboral:</b>	Empleada ( )	Ama de casa ( )	Estudiante ( )	Otra ( ): _____		
<b>Grado de instrucción:</b>	Educación básica incompleta ( )	Educación básica completa ( )	Educación superior incompleta ( )	Educación superior completa ( )	Posgrado ( )	

## Anexo 4. Escala de autoestima de Rosenberg



UNIVERSIDAD CONTINENTAL – FACULTAD DE HUMANIDADES  
 ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

### ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Las siguientes frases se refieren a sentimientos sobre usted misma. Indique cuán o qué tan de acuerdo está con ellas, marcando con una (X) la opción que mejor represente su opinión:					
N°	PREGUNTAS	Muy de acuerdo	De acuerdo	Desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	En general estoy satisfecha o contenta conmigo misma	4	3	2	1
2	Algunas veces pienso que no soy buena para nada	1	2	3	4
3	Creo que tengo varias cualidades o habilidades	4	3	2	1
4	Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	4	3	2	1
5	Siento que no tengo mucho de que enorgullecerme	1	2	3	4
6	Verdaderamente a veces me siento inútil o que no sirvo*	1	2	3	4
7	Siento que soy una persona de valor o digna, al menos al mismo nivel que otros	4	3	2	1
8	Desearía tener más respeto por mí misma	1	2	3	4
9	En general me inclino a sentir que soy una fracasada	1	2	3	4
10	Tengo una actitud positiva hacia mí misma*	4	3	2	1

*\*Items eliminados debido a confiabilidad*

## Anexo 5. Escala de automedición de ansiedad (EAA) de Zung y Zung



UNIVERSIDAD CONTINENTAL – FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

### ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE ANSIEDAD (EAA) DE ZUNG Y ZUNG

Lea atentamente las siguientes frases y coloque una (X) en el número que, según usted, refleje mejor cómo se sintió durante la última semana:					
Nº	PREGUNTAS	Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Me siento más intranquila y nerviosa que de costumbre	1	2	3	4
2	Me siento atemorizado sin motivo	1	2	3	4
3	Me altero o me angustio fácilmente	1	2	3	4
4	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos	1	2	3	4
5	Creo que todo está bien y no va a pasar nada malo	4	3	2	1
6	Me tiemblan los brazos y las piernas*	1	2	3	4
7	Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda	1	2	3	4
8	Me siento débil y me canso fácilmente	1	2	3	4
9	Me siento tranquila y puedo permanecer en calma fácilmente	4	3	2	1
10	Siento que el corazón me late a prisa*	1	2	3	4
11	Sufro de mareos	1	2	3	4
12	Me desmayo o siento que voy a desmayarme	1	2	3	4
13	Puedo respirar fácilmente	4	3	2	1
14	Se me duermen o me hormiguean los dedos de las manos y de los pies	1	2	3	4
15	Sufro dolores de estómago o indigestión	1	2	3	4
16	Tengo que orinas con mucha frecuencia	1	2	3	4
17	Generalmente tengo las manos secas y calientes	4	3	2	1
18	La cara se me pone caliente y roja	1	2	3	4
19	Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche	1	2	3	4
20	Tengo pesadillas	1	2	3	4

\*Ítems eliminados debido a confiabilidad

## Anexo 6. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD CONTINENTAL – FACULTAD DE HUMANIDADES  
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Estudio:** Autoestima y ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025

**Investigador a cargo:** María Fernanda Tejada Barriga

**Afiliación:** Universidad Continental

Estimada participante:

Se le invita a participar en una investigación cuyo objetivo es determinar la relación entre la autoestima y la ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa, 2025. Este estudio tiene propósitos académicos y se desarrollará bajo principios éticos y de confidencialidad.

Si acepta participar, se le solicitará completar un cuestionario que evaluará su autoestima y ansiedad, además de una ficha sociodemográfica con información relevante para el estudio. La duración estimada es de aproximadamente 25 minutos.

Toda la información proporcionada será tratada con estricta confidencialidad, cumpliendo con los principios de anonimato y ética en la investigación. Los datos serán utilizados únicamente con fines científicos y analizados de manera grupal, sin posibilidad de identificar a ningún participante de forma individual.

Este estudio no conlleva riesgos significativos. Algunas preguntas podrían generar una reflexión sobre su estado emocional; sin embargo, en caso de incomodidad, puede optar por no responder o retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia.

Su participación es completamente voluntaria. Puede negarse a responder cualquier pregunta o retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte su acceso a servicios en el centro de estimulación temprana.

Si tiene alguna consulta sobre el estudio, puede comunicarse con la investigadora a través del siguiente correo: [74606987@continental.edu.pe](mailto:74606987@continental.edu.pe)

Al firmar este documento, usted declara que ha comprendido la información proporcionada, que sus datos serán tratados de manera anónima y ética, y que acepta participar en la investigación.

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador

## Anexo 7. Dictamen Comité de Ética



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Huancayo, 14 de junio del 2025

### OFICIO N°0639-2025-CIEI-UC

Investigadores:

**Maria Fernanda Tejada Barriga**

#### **Presente-**

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarles cordialmente y a la vez manifestarles que el estudio de investigación titulado: **AUTOESTIMA Y ANSIEDAD EN MADRES CON PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA DE UN CENTRO PRIVADO DE ESTIMULACIÓN TEMPRANA EN AREQUIPA, 2025.**

Ha sido **APROBADO** por el comité institucional de ética en investigación, bajo las siguientes precisiones:

- El Comité puede en cualquier momento de la ejecución del estudio solicitar información y confirmar el cumplimiento de las normas éticas.
- El Comité puede solicitar el informe final para revisión final.

Aprovechamos la oportunidad para renovar los sentimientos de nuestra consideración y estima personal.



Walter Calderón Gerstein  
Presidente del Comité de Ética  
Universidad Continental

Atentamente

C.c. Archivo.

**Arequipa**  
Av. Los Incas S/N,  
José Luis Bustamante y Rivero  
(054) 412 030  
  
Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara  
(054) 412 030

**Huancayo**  
Av. San Carlos 1980  
(064) 481 430

**Cusco**  
Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo  
(064) 480 070

Sector Angatura KM. 10,  
carretera San Jerónimo - Saylla  
(064) 480 070

**Lima**  
Av. Alfredo Mendola 520, Los Olivos  
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores  
(01) 213 2760

## Anexo 8. Permiso de Institución



### UNIVERSIDAD CONTINENTAL – FACULTAD DE HUMANIDADES

#### ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Arequipa, 28 de junio de 2025

Carta de Aceptación Institucional

Por medio de la presente, la institución Prenatal y Familia S.A.C. autoriza al bachiller:

- Tejada Barriga María Fernanda

DNI N.º 74606987

Egresada de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad Continental

A realizar su trabajo de investigación titulado:

“Autoestima y ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa – 2025”,

en nuestras instalaciones, como parte de su proceso de titulación, bajo la asesoría del Mg. Roberto Orestes Carranza Chipana.

Nos comprometemos a brindar las facilidades necesarias para la aplicación de los instrumentos (cuestionarios y ficha sociodemográfica) a las participantes, garantizando que esta actividad se desarrolle en un marco de respeto, ética y confidencialidad.

Atentamente,



.....  
Ana María Gamio Vergara  
GERENTE GENERAL

CONSULTORIA Y ASESORIA PRENATAL SAC  
Ana María Gamio Vergara

Gerente general

Prenatal y Familia S.A.C.

Sello y firma

**“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”**

Señor(a):

Ana María Gamio Vergara

Gerente General de Consultoría y Asesoría Prenatal S.A.C C & A

Presente.-

Sumilla: Permiso para aplicación de Proyecto de Tesis

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y presentarme como BACHILLER DE LA EAP – PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD CONTINENTAL:

INTEGRANTE	DNI
Tejada Barriga, María Fernanda	74606987

Mediante la presente, solicito el permiso para poder realizar la aplicación de mi PROYECTO DE TESIS, el cual lleva como título: “Relación entre autoestima y ansiedad en madres con preparación psicoprofiláctica de un centro privado de estimulación temprana en Arequipa – 2025.”

La aplicación se realiza en el marco del proceso para la obtención de mi TÍTULO PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA, y tendrá una duración de un mes, de acuerdo con la disponibilidad de la población objetivo.

Me comprometo a cumplir responsablemente con el desarrollo de las actividades, respetando todas las normas de la institución y siguiendo los estándares del código de ética profesional que exige la EAP de Psicología de la Universidad Continental.

POR LO EXPRESADO: Quedo a su disposición, esperando contar con su autorización para poder trabajar con su población, ya que este estudio busca contribuir al fortalecimiento del bienestar emocional y la salud mental.

Arequipa, 25 de junio de 2025

Firma:

  
.....  
Ana María Gamio Vergara  
GERENTE GENERAL  
CONSULTORIA Y ASESORIA PRENATAL SAC



Tejada Barriga, María Fernanda

DNI: 74606987

# Anexo 9. Base de Datos

Edad	Estado Civil	Situación Laboral	Grado de Instrucción	A1	A2	A3	A4	A5	A7	A8	A9	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S11	S12	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20
31	2	1	3	3	3	3	4	4	3	2	2	2	1	4	2	4	2	1	1	2	3	1	2	1	1	2	4	2	2	1
33	3	3	3	3	3	3	4	4	3	2	3	2	1	4	2	4	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	2	2	2	1
34	3	2	3	1	4	4	4	3	4	2	1	2	1	2	1	3	1	1	1	2	3	1	1	1	1	2	3	2	2	1
31	2	1	2	3	4	2	4	2	4	2	2	2	1	2	2	3	1	1	1	2	3	1	2	1	1	2	2	1	1	2
29	3	4	3	4	4	4	4	4	4	3	1	3	1	2	1	4	2	2	1	1	3	1	2	1	2	2	4	1	1	2
31	2	4	3	4	4	4	4	4	4	2	3	1	2	1	4	1	1	1	1	2	3	1	1	2	1	3	2	2	1	2
34	3	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	1	1	2	4	1	2	2
29	3	2	3	4	4	4	4	4	3	1	2	2	1	2	3	3	1	1	1	1	3	1	2	1	2	2	3	2	2	1
31	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	1	1	1	1	3	1	2	1	4	3	4	2	2	2
30	3	1	3	4	1	3	4	1	3	1	2	4	3	2	1	3	1	1	1	2	3	1	2	1	4	3	2	2	2	2
30	3	2	3	3	4	3	4	4	3	3	3	1	2	1	2	1	4	1	1	2	3	1	1	2	1	2	4	1	3	1
36	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	1	2	1	4	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	4	2	2	1
37	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	4	1	2	2
36	2	4	3	4	2	3	3	3	3	2	3	2	1	2	1	3	1	1	1	2	3	1	2	1	2	4	3	2	2	2
34	3	2	3	4	4	4	4	4	3	1	2	2	1	4	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	4	2	3	1
32	4	1	3	4	4	3	4	4	4	3	3	2	3	3	2	3	1	1	1	3	3	2	2	1	1	3	3	2	2	2
32	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	3	1	1	1	1	2	2	2	2	2
32	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	4	2	4	1
35	3	2	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	1	1	1	2	3	1	1	1	2	2	2	2	3	2
31	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	2
30	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	3	1	1	2
37	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	4	2	2	2
25	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2
31	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	3	2	2	3
29	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	3	2	2	3
21	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	3
36	2	2	3	4	4	4	4	4	4	3	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	3	1	1	2
35	3	1	3	4	4	4	4	4	4	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
33	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	1	1	1	1	3	2	2	2	2	4	1	2	2	2
26	2	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	1	1	1	1	3	1	2	1	2	2	4	1	2	1
25	3	1	1	4	1	3	3	4	4	4	3	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	2	1	2	2	4	1	1	1
34	2	4	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	3	4	1	1	2
36	3	1	3	4	4	4	4	4	4	3	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
37	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	3	3	2	2	2
30	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	4	1	2	2
38	3	1	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	4	1	2	2
35	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
31	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	4	1	2	2
33	3	1	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	2	1	1	1	2	3	1	2	2
30	3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
33	2	1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
36	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
30	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	2	2	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
36	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
35	3	1	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
37	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
36	3	1	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2
31	3	2	3	4	4	4	4	4	4	3	4	2	1	1	1	4	1	1	1	1	3	1	1	1	2	2	4	1	2	2





## Anexo 10. Confiabilidad de Autoestima y Ansiedad

Escala de Autoestima de Rosenberg	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.795	8

  

Escala de automedición de Ansiedad (EAA) de Zung y Zung	
Alfa de Cronbach	Nº de elementos
.707	18

## Anexo 11. Prueba de Normalidad

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Autoestima	.075	140	.051	.981	140	.055
Ansiedad	.115	140	.000	.966	140	.001

a. Corrección de significación de Lilliefors

En relación a la prueba de normalidad de las variables autoestima y ansiedad, se considera la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, debido a que el número de la muestra es mayor a 50. Se observa una distribución de datos normal para autoestima donde  $p$  es mayor a .05. Mientras que ansiedad, sigue una distribución de datos no normal, ya que el valor de  $p$  es menor a .05. Debido a que una variable tiene una distribución normal mientras que la otra variable una distribución no normal, se utilizó el coeficiente de correlación de *Rho de Spearman* para el análisis de correlación entre autoestima y ansiedad.