

Escuela de Posgrado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA
CLÍNICA Y DE LA SALUD

Trabajo Académico

**Ansiedad en gestantes primigestas de un Hospital de
Moquegua, 2025**

Dafne Chirley Alminagorta Palomino
Delia Paucar Mamani
Nestor Pablo Quispe Rivera

Para optar el Título de
Segunda Especialidad Profesional en Psicología Clínica y de la Salud

Huancayo, 2025

Repositorio Institucional Continental
Trabajo Académico



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

ANEXO 6**INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD
DEL TRABAJO ACADÉMICO**

A : Mg. Jaime Sobrados Tapia
Director Académico de la Escuela de Posgrado

DE : **Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada**
Asesor del trabajo académico

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad del trabajo académico

FECHA : 26 de abril del 2025

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado Asesor del trabajo académico titulado “**ANSIEDAD EN GESTANTES PRIMIGESTAS DE UN HOSPITAL DE MOQUEGUA, 2025**”, perteneciente a **Lic. Alminagorta Palomino, Dafne Chirley, Lic. Quispe Rivera, Nestor Pablo y Lic. Paucar Mamani, Delia**, de la **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGIA CLINICA Y DE LA SALUD**; se procedió con el análisis del documento mediante la herramienta “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software, cuyo resultado es **18 %** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados con plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

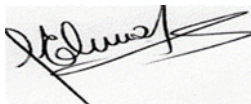
- Filtro de exclusión de bibliografía Sí ☒ NO ☐
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores (Máximo nº de palabras excluidas: < 20) Sí ☒ NO ☐
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante Sí ☐ NO ☒

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

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo académico sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada
DNI: 09946516

Asesor del trabajo académico

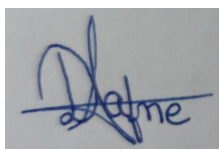
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, ALMINAGORTA PALOMINO DAFNE CHIRLEY, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 70431512, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "ANSIEDAD EN GESTANTES PRIMIGESTAS DE UN HOSPITAL DE MOQUEGUA, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 15 de Julio de 2025.



ALMINAGORTA PALOMINO DAFNE CHIRLEY
DNI. N° 70431512



Huella

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
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

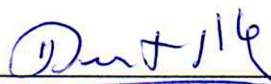
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, PAUCAR MAMANI DELIA, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 24711810, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "ANSIEDAD EN GESTANTES PRIMIGESTAS DE UN HOSPITAL DE MOQUEGUA, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 07 de Julio de 2025.



PAUCAR MAMANI DELIA
DNI. N° 24711810

Huella

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
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiolá 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Ir. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

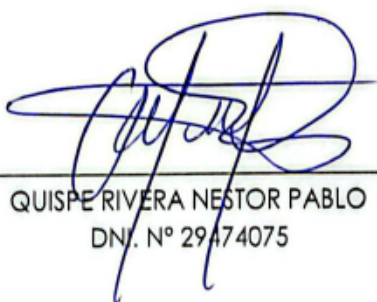
DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, **QUISPE RIVERA NESTOR PABLO**, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 29474045, egresado de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "ANSIEDAD EN GESTANTES PRIMIGESTAS DE UN HOSPITAL DE MOQUEGUA, 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 07 de Julio de 2025.


QUISPE RIVERA NESTOR PABLO
DNI. N° 29474075

Huella

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
(084) 481 430

Cusco

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,
carretera San Jerónimo - Saylla
(084) 480 070

Lima

Av. Alfredo Mendiolá 5210, Los Olivos
(01) 213 2760

Ir. Junín 355, Miraflores
(01) 213 2760

ANSIEDAD EN GESTANTES PRIMIGESTAS DE UN HOSPITAL DE MOQUEGUA, 2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

18%	18%	1%	11%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	es.slideshare.net	7%
	Fuente de Internet	
2	repositorio.uwiener.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.continental.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
4	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
5	Submitted to Universidad Continental	1%
	Trabajo del estudiante	
6	repositorio.autonomadeica.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
7	www.scribd.com	1%
	Fuente de Internet	
8	repositorio.urp.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
9	posgrado.ucontinental.edu.pe	<1%
	Fuente de Internet	
10	idoc.pub	<1%
	Fuente de Internet	
11	revistas.ujat.mx	<1%
	Fuente de Internet	

12	Fuente de Internet	<1 %
13	www.mdsau.de.com Fuente de Internet	<1 %
14	up-rid.up.ac.pa Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	redi.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
17	catalogoinsp.mx Fuente de Internet	<1 %
18	Submitted to UNIBA Trabajo del estudiante	<1 %
19	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 20 words

Excluir bibliografía

Activo

Asesor

Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada

Agradecimiento

Nuestro agradecimiento al asesor Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada por su valiosa orientación y por brindarnos sus conocimientos durante todo el proceso. Asimismo, a nuestras familias y amigos por su apoyo incondicional y comprensión a lo largo de este proyecto.

Índice

Asesor	iii
Agradecimiento	iv
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	ix
CAPITULO I. Identificación del Problema	8
1.1. Contextualización del problema	8
1.1.1. Entorno general	8
1.1.2 Condiciones específicas	9
1.2.1. Definición del problema principal	10
1.2.3. Causas del problema	10
1.2.4. Evidencias del problema	12
1.3. Formulación del problema	14
1.3.1. Pregunta general	14
1.3.2. Preguntas específicas	14
1.4. Determinación de los objetivos	14
1.4.1. Objetivo general	14
1.4.2. Objetivos específicos	14
1.5. Justificación e importancia del problema identificado	15
Capítulo II. Marco teórico	17
2.1. Antecedentes del problema	17
2.2. Fundamentación teórica	19
2.2.1. Definición de Ansiedad	19
2.2.2. Causas y Factores de Riesgo de Ansiedad en gestantes	20
2.2.3. Consecuencias de la Ansiedad en la Salud Materna y Fetal	20
2.2.4. Intervenciones para Manejar la Ansiedad en Gestantes	20
2.2.5. Modelos teóricos sobre la ansiedad en gestantes a nivel nacional	21
Capítulo III. Diagnóstico del problema	24
3.1. Propósito del diagnóstico	24
3.2. Metodología	24
3.1.1. Tipo de diagnóstico	24
3.1.2. Actores involucrados	25
3.1.3. Tabla 1	25
3.1.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	26

3.1.5. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico	28
3.2. Brechas identificadas	28
3.3. Conclusiones del diagnóstico.....	29
Capítulo IV: Plan de Acción	31
4.1. Objetivo del plan de acción	31
4.2. Actividades específicas.....	31
4.1.1. Tabla 3.....	32
4.2. Cronograma	33
4.2.1. Tabla 4.....	34
4.3. Riesgos y medidas de mitigación Principio del formulario	35
4.4. Resultados esperados	36
4.5. Monitoreo y seguimiento	36
4.5.1. Tabla 6.....	37
RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS.....	40
ANEXOS	44

Resumen

El problema principal abordado en esta investigación es la presencia de ansiedad en mujeres primigestas atendidas en un hospital de Moquegua, Perú. Según la Organización Mundial de la Salud (2014), los servicios de salud mental reciben, en promedio, solo alrededor del 3% de los presupuestos nacionales de salud, siendo esta proporción aún menor en países de bajos ingresos como el Perú. El embarazo es una etapa caracterizada por cambios físicos y emocionales que pueden llevar a un aumento en los niveles de ansiedad, los cuales, cuando son elevados, pueden afectar significativamente tanto el bienestar materno como el desarrollo fetal.

El objetivo general de este estudio fue determinar el nivel de ansiedad en mujeres primigestas atendidas en un hospital de Moquegua en el año 2025. De manera específica, se buscó evaluar los niveles de ansiedad en las dimensiones de síntomas afectivos y síntomas somáticos. El estudio siguió un diseño cuantitativo, no experimental y descriptivo, utilizando como instrumento principal la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung, validada para el contexto peruano desde el año 2019.

Los resultados revelaron que, en general, las participantes presentaron niveles moderados de ansiedad. Este patrón fue consistente tanto en la dimensión de síntomas afectivos como en la de síntomas somáticos. Estos hallazgos destacan la importancia de la identificación temprana y de intervenciones psicológicas oportunas para prevenir resultados adversos durante el embarazo y promover la estabilidad emocional y la calidad de vida de las mujeres gestantes.

Palabras clave: ansiedad, embarazo, síntomas afectivos, síntomas somáticos, salud mental

Abstract

The main issue addressed in this research is the presence of anxiety in primigravid women receiving care at a hospital in Moquegua, Peru. According to the World Health Organization (2014), mental health services receive, on average, only about 3% of national healthcare budgets, with lower-income countries like Peru allocating even less. Pregnancy is a stage marked by physical and emotional changes that may lead to increased anxiety levels, which, when elevated, can significantly affect both maternal well-being and fetal development.

The general objective of this study was to determine the level of anxiety in primigravid women treated at a hospital in Moquegua in the year 2025. Specifically, it aimed to assess anxiety levels in the dimensions of affective symptoms and somatic symptoms. The study followed a quantitative, non-experimental, and descriptive design, using the Zung Self-Rating Anxiety Scale as the main instrument, which has been validated for the Peruvian context since 2019.

The results revealed that, in general, the participants exhibited moderate levels of anxiety. This pattern was consistent in both the affective symptoms and somatic symptoms dimensions. These findings highlight the importance of early identification and timely psychological interventions to prevent adverse outcomes during pregnancy and to promote emotional stability and quality of life for pregnant women.

Keywords: anxiety, pregnancy, affective symptoms, somatic symptoms, mental health.

Introducción

La ansiedad durante el embarazo es un problema de salud pública que afecta a un número significativo de mujeres en todo el mundo, con repercusiones importantes tanto en su bienestar emocional como en su salud física y la de sus hijos. En particular, las gestantes primigestas, aquellas que viven su primer embarazo, son más vulnerables a experimentar altos niveles de ansiedad debido a la incertidumbre y el miedo al desconocido proceso de gestación y parto. Esta condición, cuando no es tratada adecuadamente, puede contribuir a dificultades en el proceso del embarazo, como hipertensión, parto prematuro o bajo peso al nacer, además de incrementar el riesgo de trastornos psicológicos en el postparto. La relevancia de abordar este problema se incrementa en contextos como el de Moquegua, donde las gestantes primigestas enfrentan múltiples barreras socioeconómicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a servicios de salud adecuados, afectando directamente su bienestar.

Esta investigación está orientada en examinar la ansiedad en gestantes primigestas de un hospital regional en Moquegua, en el año 2025, con el objetivo de identificar los factores que se presentan en esta condición, evaluar su impacto en la salud de las mujeres y sus bebés. Para ello, se explorarán las características socioeconómicas, culturales y del sistema de salud local, con el fin de obtener una comprensión integral del problema. Se busca también proponer posibles estrategias de intervención que permitan reducir los niveles de ansiedad en este grupo de mujeres, contribuyendo así a mejorar la calidad de la atención prenatal en la región. Este estudio pretende contribuir al entendimiento y manejo de la ansiedad en las gestantes, proporcionando una base para la implementación de intervenciones efectivas que puedan mejorar su calidad de vida durante el embarazo y prevenir posibles complicaciones asociadas con este trastorno psicológico.

El estudio se estructura en varios capítulos que abordan diferentes aspectos de la problemática y del enfoque de intervención. El Capítulo I se centra en la identificación del problema, en lo general y específicas, también se define el

problema principal, las causas, las evidencias, así como la formulación de las preguntas y objetivos del estudio. En el marco teórico que sustenta la investigación, donde se definen conceptos clave como la ansiedad, sus manifestaciones tanto somáticas como psicológicas, y los factores que predisponen a las gestantes a experimentar altos niveles de ansiedad. En el Capítulo II, se realiza un diagnóstico del problema, donde se detallan los niveles de ansiedad de las gestantes que participan en la investigación. Utilizando herramientas estandarizadas como la Escala de Autoevaluación de Zung, se identifican los principales síntomas y manifestaciones de ansiedad en las gestantes. El Capítulo III está dedicado al plan de acción diseñado para reducir los niveles de ansiedad en las gestantes. En el Capítulo IV, se presentan los resultados obtenidos tras la implementación de las intervenciones, se describe el análisis de los datos recogidos a lo largo de la intervención, mostrando la comparación entre los niveles de ansiedad antes y después de las terapias aplicadas.

CAPITULO I. Identificación del Problema

1.1. Contextualización del problema

1.1.1. Entorno general

La ansiedad durante el embarazo es un problema de salud pública que afecta a mujeres, independientemente de su edad, clase social o ubicación geográfica. De acuerdo con investigaciones, que abordan tanto la ansiedad durante el embarazo como en el postparto, se estima alrededor del 15 – 20% de las mujeres en todo el mundo experimentan este trastorno. En países de ingresos altos, se ha reportado que hasta un 30% de las mujeres gestantes experimentan niveles significativos de ansiedad, mientras que, en países de ingresos bajos y medianos, las tasas de ansiedad pueden ser aún más altas debido a diversas influencias tales como, la restricción en el acceso a la atención médica, las situaciones económicas y sociales adversas y el estrés por factores culturales o familiares.

En América Latina, la ansiedad durante el embarazo también es una preocupación relevante. Según estudios regionales, alrededor del 20% de las mujeres embarazadas en países latinoamericanos presentan trastornos de ansiedad, entre los elementos que influyen se puede mencionar la restricción en el acceso a la atención médica, y la alta carga de trabajo para las mujeres, quienes a menudo combinan la maternidad con otras responsabilidades familiares y laborales. Además, en muchos países de la región, el estigma sobre la salud mental aún persiste, lo que dificulta que las gestantes busquen ayuda profesional.

En el Perú, la ansiedad durante el embarazo representa un problema cada vez más relevante, de acuerdo con cifras del Ministerio de Salud, entre el 15% y el 20% de las gestantes en el país experimentan algún tipo de trastorno relacionado con la ansiedad. En particular, las gestantes primigestas, al ser las primeras en enfrentar el embarazo, son más vulnerables a experimentar niveles elevados de ansiedad debido a la incertidumbre sobre el proceso de gestación y el parto.

En la región de Moquegua, la situación no es distinta. La ansiedad en las gestantes primigestas es un problema relevante, pero poco estudiado a nivel local. La falta de información y la limitada accesibilidad a servicios especializados de salud mental en esta región contribuyen a la perpetuación de la ansiedad entre las mujeres embarazadas. A menudo, las gestantes no buscan ayuda debido a la falta

de recursos o el estigma asociado a los trastornos emocionales, lo que afecta directamente su bienestar y el de sus bebés.

1.1.2 Condiciones específicas

En Moquegua, las gestantes primigestas enfrentan diversas condiciones que agravan su ansiedad durante el embarazo, relacionadas principalmente con factores socioeconómicos, geográficos y culturales. Muchas de estas mujeres provienen de entornos vulnerables, donde la pobreza y la inseguridad económica son comunes, lo que genera preocupaciones adicionales sobre el acceso a servicios de salud adecuados. En áreas rurales, las distancias largas y la falta de infraestructura dificultan el acceso frecuente a atención prenatal de calidad, lo que aumenta la incertidumbre y el temor de las gestantes sobre el desarrollo de su embarazo. Además, la limitada disponibilidad de información y apoyo emocional especializado en salud mental contribuye a que muchas gestantes no busquen ayuda profesional, reforzando el ciclo de ansiedad. En cuanto a la cultura local, existe un estigma sobre la salud mental, lo que provoca que muchas mujeres no reconozcan o no aborden los síntomas de ansiedad debido al miedo al juicio social, y a menudo prefieren lidiar con sus preocupaciones en silencio.

Por otro lado, el sistema de salud en Moquegua, aunque brinda atención prenatal, enfrenta varios desafíos. En muchas comunidades rurales, los servicios médicos son insuficientes y no siempre incluyen apoyo psicológico especializado, lo que limita las opciones de intervención para tratar la ansiedad en las gestantes. Además, los profesionales de la salud en la región, aunque capacitados en el seguimiento físico del embarazo, a menudo carecen de formación específica en el manejo de aspectos emocionales, lo que puede llevar a la subestimación de los trastornos de ansiedad. La falta de programas de educación prenatal en algunas áreas también deja a las gestantes sin la orientación necesaria para afrontar los miedos y temores comunes durante el embarazo, exacerbando la preocupación por el proceso de gestación y el parto. La escasa participación en dichos programas, sumada a las creencias tradicionales sobre el embarazo, también alimenta mitos y temores infundados que contribuyen a aumentar los niveles de ansiedad.

Finalmente, las condiciones sociales y familiares juegan un papel crucial en la salud emocional de las gestantes primigestas. La falta de una red de apoyo social cercana y la precaria situación de vivienda en muchas familias acentúan el estrés,

ya que las mujeres deben lidiar con preocupaciones adicionales sobre su entorno y el bienestar de sus hijos. Además, la carga de responsabilidades familiares, sumada a las dificultades económicas, crea una presión adicional sobre las gestantes, lo que incrementa su ansiedad. Este contexto local resalta la urgente necesidad de abordar la ansiedad en gestantes primigestas en Moquegua, no solo desde una perspectiva médica, sino también social, para crear intervenciones que ofrezcan un apoyo integral que contemple tanto la salud física como emocional de las mujeres embarazadas.

1.2.1. Definición del problema principal

El problema principal identificado en esta investigación está relacionado a la presencia de ansiedad en gestantes primigestas en un hospital de Moquegua.

De acuerdo con cifras de salud mental publicadas por la Organización Mundial de la Salud en el año 2014, los países destinan en promedio cerca del 3% de su presupuesto sanitario a temas de salud mental, con una notable variación que va desde menos del 1% en naciones con bajos ingresos, como es el caso del Perú, hasta aproximadamente el 5% en los países con mayores recursos.

El embarazo constituye una etapa de cambios físicos y emocionales que pueden generar incertidumbre y miedo en muchas mujeres. Sin embargo, cuando los niveles de ansiedad se vuelven elevados pueden tener un impacto considerable tanto en el bienestar psicológico como en la condición física de la madre.

La ansiedad en gestantes puede ser un trastorno aislado o coexistir con otros problemas de salud mental, como la depresión, lo que puede complicar el diagnóstico y tratamiento adecuado. Además, estudios recientes han demostrado que la ansiedad materna durante el embarazo puede tener consecuencias a largo plazo en el desarrollo psicológico y emocional del niño, y en algunos casos, aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, como parto prematuro, preeclampsia, o bajo peso al nacer (Glover, 2011).

1.2.3. Causas del problema

En este estudio, se considera que la ansiedad en mujeres embarazadas puede originarse por una variedad de elementos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales. Estos elementos se interrelacionan y su influencia puede diferir según las características individuales de cada gestante, su entorno y las

condiciones particulares de su embarazo. Se presentan algunas de las causas más comunes asociadas a este problema de la ansiedad en gestantes:

Biológicas y hormonales

Los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo pueden ser un factor desencadenante importante de la ansiedad en las mujeres. Las alteraciones en los niveles de hormonas como el cortisol, la progesterona y los estrógenos, que son fundamentales para mantener el embarazo, también están vinculadas a cambios en el estado de ánimo y en las emociones (Glover, 2011).

Preocupaciones sobre la salud del embarazo

El miedo por el bienestar del bebé y las preocupaciones sobre posibles complicaciones del embarazo son causas comunes de ansiedad. Las mujeres embarazadas pueden preocuparse por problemas como el aborto espontáneo, el parto prematuro, las malformaciones fetales, el bajo peso al nacer o complicaciones durante el parto. La incertidumbre y el temor a lo desconocido en este proceso pueden aumentar la ansiedad.

Factores psicológicos

Las mujeres con antecedentes de trastornos de ansiedad, depresión o trauma emocional pueden ser más susceptibles a experimentar ansiedad durante el embarazo. La preocupación excesiva por la salud del bebé, el miedo al parto, la incertidumbre acerca de la maternidad y la preocupación por los cambios en su vida personal y social también son factores psicológicos que pueden contribuir al desarrollo de ansiedad (Yonkers et al., 2001).

Estrés relacionado con el cambio de vida

La etapa del embarazo conlleva diversas transformaciones en la vida de la mujer, entre ellas la asimilación de una nueva identidad como madre, modificaciones en los vínculos familiares y de pareja, así como inquietudes respecto a su preparación para asumir la maternidad. La transición a la maternidad puede generar estrés emocional y ansiedad, especialmente en mujeres primerizas o en situaciones donde hay una falta de apoyo familiar o de pareja.

Factores sociales y económicos

El contexto social y económico de la gestante desempeña un papel crucial en la ansiedad durante el embarazo. Las mujeres que enfrentan situaciones de pobreza, inseguridad económica o falta de apoyo social tienen una mayor

probabilidad de desarrollar trastornos de ansiedad. La falta de una red de apoyo familiar, como el acompañamiento de la pareja o familiares cercanos, también es un factor relevante que contribuye a la sensación de vulnerabilidad y estrés. Además, las mujeres que experimentan discriminación o violencia doméstica están en mayor riesgo de padecer ansiedad (Dennis et al., 2007).

Falta de apoyo social

Cuando las mujeres no cuentan con un respaldo emocional adecuado, es más probable que experimenten sentimientos de soledad y sobre carga, lo que puede intensificar los niveles de ansiedad. La escasa participación de la pareja o la inexistencia de una red social de apoyo tiende a agravar las percepciones de temor e incertidumbre.

Experiencias traumáticas previas

Las experiencias previas de complicaciones en embarazos anteriores o partos traumáticos también pueden generar ansiedad en mujeres gestantes. El temor a enfrentar una situación similar puede generar miedos irracionales, como la tocofobia (miedo al parto). Este tipo de ansiedad relacionada con el parto puede ser tan intensa que afecta el bienestar general de la madre y puede influir en la elección de intervenciones médicas, como una cesárea, a pesar de que no sea médicamente necesaria (Czarnocka et al., 2008).

Inseguridad sobre el futuro

Las preocupaciones sobre la capacidad de equilibrar la vida personal, profesional y parental son comunes durante el embarazo. Las mujeres pueden sentir ansiedad por no estar preparadas para los desafíos de la maternidad, la paternidad, el trabajo y la vida familiar. El temor de no poder cumplir con las expectativas personales y sociales también puede contribuir al estrés.

1.2.4. Evidencias del problema

La ansiedad durante el embarazo es una condición ampliamente reconocida que impacta a una proporción considerable de mujeres gestantes, y sus efectos puede repercutir negativamente tanto en la salud psicológica materna como en el desarrollo del feto. Diversos estudios han documentado las evidencias sobre la prevalencia de la ansiedad en este grupo, así como sus efectos negativos en el embarazo, el parto y el desarrollo infantil. Esta condición no solo genera sufrimiento

a nivel individual, sino que también puede contribuir a complicaciones médicas que afecten la salud materno-fetal.

Evidencias sobre la Prevalencia de la Ansiedad en Gestantes

Estudios epidemiológicos han encontrado que la prevalencia de la ansiedad en gestantes varía entre un 10% y un 20%, dependiendo del contexto social, la metodología utilizada y la población estudiada (Dennis et al., 2007; O'Connor et al., 2002). La ansiedad puede surgir en cualquier momento del embarazo, pero es particularmente prevalente en el primer y tercer trimestre, períodos en los que las mujeres experimentan cambios físicos y emocionales significativos, además de estar expuestas a mayor incertidumbre sobre la salud del bebé y el futuro parto.

Consecuencias de la ansiedad Materna

La ansiedad en el periodo gestacional no solo repercute en el estado emocional de la madre, sino que puede provocar efectos fisiológicos y psicológicos que inciden en el desarrollo del feto en la salud de la gestante, lo cual puede estar asociada con:

Complicaciones en el embarazo:

Experimentar ansiedad durante el embarazo puede contribuir a un mayor riesgo de desarrollar problemas como la hipertensión, la preeclampsia y el parto anticipado. Según un estudio de Glover (2011), el estrés prenatal elevado puede inducir cambios hormonales y alteraciones en el sistema inmunológico que contribuyen a estos problemas.

Impacto en el desarrollo fetal y postnatal:

La ansiedad materna también ha sido relacionada con efectos adversos en el desarrollo neuropsicológico del bebé. Los niños nacidos de madres con niveles elevados de ansiedad durante el embarazo tienen un mayor riesgo de desarrollar problemas emocionales, conductuales y de atención en la infancia temprana (Van den Bergh et al., 2017). Además, algunos estudios sugieren que estos niños pueden tener una mayor predisposición a desarrollar trastornos psiquiátricos en la adolescencia y la adultez temprana.

Efectos en la salud mental postparto:

La ansiedad prenatal también está vinculada a un mayor riesgo de depresión postparto y trastornos de estrés postraumático. Según un estudio realizado por Yonkers et al. (2001), las mujeres que experimentan ansiedad durante el embarazo

tienen más probabilidades de desarrollar problemas de salud mental después del parto, lo que puede interferir con el cuidado adecuado del bebé y la adaptación a la maternidad.

Evidencias en el Impacto del Apoyo Social

El apoyo social adecuado se ha identificado como un factor protector contra la ansiedad durante el embarazo. Las mujeres que tienen una red de apoyo familiar, de amigos o de la pareja tienen menos probabilidades de experimentar niveles elevados de ansiedad. Por el contrario, las mujeres sin este apoyo, especialmente aquellas que atraviesan situaciones de estrés social o económico, presentan niveles más altos de ansiedad (Dennis et al., 2007).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Pregunta general

¿Cuál es el nivel de ansiedad en gestantes primigestas en un hospital de Moquegua en 2025?

1.3.2. Preguntas específicas

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en los síntomas afectivos en gestantes primigestas en un hospital de Moquegua en 2025?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en los síntomas somáticos en gestantes primigestas en un hospital de Moquegua en 2025?

1.4. Determinación de los objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de ansiedad en las gestantes primigestas en un hospital de Moquegua en 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar el nivel de ansiedad en la dimensión de síntomas afectivos en gestantes primigestas en un hospital de Moquegua en 2025.
- Determinar el nivel de ansiedad en la dimensión de síntomas somáticos en gestantes primigestas en un hospital de Moquegua en 2025.

1.5. Justificación e importancia del problema identificado

La ansiedad durante el embarazo es un fenómeno psicológico que afecta a una proporción significativa de mujeres gestantes, siendo particularmente prevalente en las primigestas. Estas mujeres, al carecer de experiencia en el proceso de gestación y parto, enfrentan incertidumbres y temores que incrementan sus niveles de ansiedad. Esta condición, si no se aborda adecuadamente, puede generar repercusiones graves tanto para la salud materna como infantil.

Distintas investigaciones han evidenciado que una alta ansiedad en mujeres embarazadas podría relacionarse con incremento en la probabilidad de complicaciones gestacionales, tales como hipertensión inducida por el embarazo, nacimiento prematuro, bajo peso neonatal e incluso en situaciones más severas, secuelas psicológicas persistentes en las madres. Este panorama resalta la necesidad urgente de implementar intervenciones que aborden eficazmente la ansiedad durante el embarazo, a fin de prevenir estos riesgos y mejorar la salud de las mujeres y sus hijos.

En el contexto específico de Moquegua, una región que enfrenta desafíos socioeconómicos, culturales y geográficos que dificultan el acceso adecuado a servicios de salud, la ansiedad en las gestantes se ve aún más exacerbada por la falta de información y el apoyo emocional limitado. Esta situación se refleja en una alta prevalencia de síntomas de ansiedad no tratados, lo que impacta negativamente en el bienestar general de las gestantes y aumenta la carga sobre los servicios de salud locales. A pesar de la relevancia de este problema, actualmente no existen estudios específicos que aborden los niveles de ansiedad en las gestantes primigestas en Moquegua, lo que genera una importante brecha en el conocimiento sobre este tema y, por ende, en las estrategias de intervención disponibles.

La falta de atención a este problema puede tener consecuencias graves para la salud de las gestantes y el desarrollo adecuado del embarazo, así como para la calidad de vida de las mujeres. Siendo necesario abordar la ansiedad en las gestantes primigestas que contribuirá a mejorar la salud materna e infantil, que ayudará a un entorno social saludable y resiliente, en el cual las mujeres se sientan apoyadas y capacitadas para enfrentar su embarazo de manera positiva.

El estudio e intervención de la ansiedad en las gestantes primigestas de Moquegua será de gran relevancia porque permitirá identificar y comprender con mayor profundidad los factores específicos que generan ansiedad en este grupo.

Asimismo, permitirá identificar acciones de intervención orientadas a fortalecer la salud emocional de las gestantes, contribuyendo así a disminuir las complicaciones durante la gestación y el parto, además de favorecer una mejor calidad de vida en las mujeres embarazadas.

Por otro lado, la investigación también va generar beneficios sociales y económicos significativos, ya que reducirán los costos de las complicaciones prenatales, también promoverá la salud y el bienestar en la población, se contribuiría al fortalecimiento de los sistemas de atención prenatal en Moquegua. Asimismo, esta investigación fomentaría una mejor educación y soporte emocional para las gestantes, lo que generaría un impacto positivo y sostenible en la comunidad a largo plazo.

Capítulo II. Marco teórico

2.1. Antecedentes del problema

Para la investigación a realizar es importante considerar investigaciones previas sobre la ansiedad en gestantes por ser una problemática debido a su prevalencia y repercusiones que tienen en la salud de la madre y el feto, la ansiedad gestacional desencadenada por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. (Field, 2018).

A continuación, se exponen diversos estudios como antecedentes relacionados con la presente investigación respecto a la ansiedad en gestantes ello a nivel nacional e internacional como se detalla a continuación:

Una investigación llevada a cabo por la Universidad Mayor de San Marcos en Lima, Perú, analizó la frecuencia con la que se presentan trastornos de ansiedad en mujeres embarazadas que recibieron atención en distintos establecimientos de salud de la capital. Los resultados indicaron que un porcentaje significativo de las gestantes presentaba síntomas de ansiedad, con mayor prevalencia en mujeres de zonas urbanas de la capital. Las conclusiones del estudio subrayaron la importancia de integrar servicios de apoyo psicológico en el sistema sanitario, con el propósito de elevar la calidad de vida de las mujeres embarazadas y disminuir los riesgos asociados a la ansiedad.

Una investigación sobre el uso de estrategias psicológicas para reducir la ansiedad en gestantes, este estudio fue realizado por el Hospital Nacional arzobispo Loayza, Lima, Perú, el mismo que se centró en la aplicación de técnicas de relajación y terapia cognitivo-conductual (TCC) como métodos para reducir los niveles de ansiedad en gestantes. Los resultados mostraron que las gestantes que recibieron intervención psicológica experimentaron una reducción significativa de la ansiedad y mejoraron su bienestar emocional, la presente investigación resalta la importancia de incluir el apoyo psicológico como parte integral del cuidado prenatal, sugiriendo que la terapia psicológica podría ser una herramienta eficaz para tratar la ansiedad en mujeres embarazadas.

Estudio sobre relación entre el nivel socioeconómico y ansiedad en gestantes realizado por la Universidad Nacional de Trujillo, Trujillo, Perú, en la investigación se analizó cómo el nivel socioeconómico de las gestantes influía en los niveles de

ansiedad durante el embarazo. Se encontró que las mujeres de clases socioeconómicas más bajas tenían mayores niveles de ansiedad, debido a la inseguridad económica y el acceso limitado a servicios de salud.

Una investigación llevada a cabo en China por Lu M y colaboradores en 2020 analizó la relación entre la ansiedad prenatal, el parto prematuro y el bajo peso al nacer. En el estudio se hizo un seguimiento a mujeres embarazadas desde las primeras etapas de gestación, evaluando los niveles de ansiedad en cada trimestre mediante una escala de autoevaluación, donde una puntuación igual o superior a 50 indicaba la presencia de ansiedad. Los resultados mostraron que las tasas de ansiedad fueron del 12,5 % en el primer trimestre, 3,7 % en el segundo y 7,4 % en el tercero. Además, se encontró que la ansiedad en el tercer trimestre estaba significativamente asociada con un mayor riesgo de parto prematuro (OR = 3,55; IC 95 %: 1,62–7,82).

Un estudio transversal llevado a cabo en España por Gancedo-García A y colaboradores en 2017 analizó los factores vinculados al nivel de ansiedad y al conocimiento sobre puericultura y lactancia en embarazadas primerizas. La investigación se realizó con una muestra de 104 mujeres que participaron en cursos prenatales entre junio y octubre de 2015, en siete centros de salud de la Zona V de Asturias. Se excluyeron casos de embarazos múltiples o de alto riesgo. Las participantes, con una edad promedio de 34,2 años (DE: 4,5), completaron el cuestionario STAI para medir ansiedad y respondieron 23 preguntas sobre cuidado infantil y lactancia. Entre las participantes, el 94,2 % eran hispanas, el 61,5 % tenía formación universitaria, el 17,3 % fumó durante el embarazo y el 23,1 % presentaba antecedentes de salud mental. Además, el 88,4 % manifestó su intención de amamantar. El puntaje medio de ansiedad situacional fue de 18,1 (DE: 7,4), y el promedio en conocimientos fue de 4,5 (DE: 2,3). Las preguntas con menor índice de aciertos se relacionaron con la causa de la fiebre (56,7 %), la temperatura considerada como fiebre (54,8 %) y las características normales de las heces (55,7 %). El análisis multivariado reveló que las variables de nacionalidad y nivel educativo tenían una asociación significativa con el nivel de conocimientos.

En España, Mira M. (2019) llevó a cabo un estudio observacional prospectivo que exploró la relación entre la ansiedad prenatal y la ansiedad durante el parto. La investigación se desarrolló en dos momentos: la primera evaluación se realizó

entre las semanas 38 y 40 de gestación, y la segunda, el segundo día posparto. Para medir los niveles de ansiedad, se utilizaron cuestionarios autoadministrados basados en las escalas STAIT y TRAIT. La muestra estuvo compuesta por 155 mujeres embarazadas, de entre 19 y 46 años, con embarazos de riesgo medio o bajo, y con partos ocurridos entre las semanas 36 y 42 de gestación. El análisis estadístico mediante la prueba T de Student evidenció una diferencia media de 6,28 puntos entre las puntuaciones obtenidas antes y durante el parto (DE: 11,44), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$).

2.2. Fundamentación teórica

Para la presente investigación se ha realizado la revisión de diversos temas respecto a la ansiedad en gestantes, siendo esta un fenómeno complejo que involucra factores biológicos, psicológicos y sociales. A continuación, se presenta la fundamentación teórica que se detalla:

2.2.1. Definición de Ansiedad

Es estado de tensión, preocupación, miedo y nerviosismo, que pueden desencadenar síntomas físicos como palpitaciones, sudoración y dificultad para respirar. Sin embargo, cuando la ansiedad se vuelve excesiva o crónica, se considera un trastorno (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Para el caso de las mujeres en gestación, la ansiedad está relacionada a preocupaciones excesivas por la salud del bebé, los cambios físicos y emocionales, y el futuro después del parto (Field, 2018).

Asimismo, Zung (1992) define a la ansiedad como un mecanismo de adaptación natural que permite al organismo estar en alerta ante sucesos comprometidos. En otras palabras, se trata de una reacción emocional natural que surge cuando la persona percibe una amenaza, ya sea proveniente del entorno o de su propio interior.

Según la Organización de la Salud (2019), la ansiedad se describe como una percepción de amenaza inminente que puede generar sensación de pánico o fatalidad. Es decir, es una emoción que puede ser normal ante situaciones estresantes, pero cuando aparece de forma desadaptativa o ante estímulos distorsionados, se considera un trastorno de ansiedad.

2.2.2. Causas y Factores de Riesgo de Ansiedad en gestantes

Se incluyen múltiples factores biológicos, como los cambios hormonales que ocurren durante el embarazo, que alteran el equilibrio emocional de las mujeres (Van den Bergh et al., 2017). Con respecto al nivel psicológico, las mujeres embarazadas pueden experimentar ansiedad debido a miedos relacionados con el parto, el bienestar del bebé, y las responsabilidades parentales. Estos temores pueden verse elevados por experiencias previas de ansiedad o traumas, o por la falta de apoyo emocional (González et al., 2018). Es necesario destacar que los factores sociales también juegan un papel clave, como la situación económica, el acceso a servicios de salud, y el apoyo social de pareja, familiares y amigos (Bowers & Thomas, 2019).

2.2.3. Consecuencias de la Ansiedad en la Salud Materna y Fetal

Se tiene que destacar que la ansiedad gestacional tiene efectos tanto en la madre como en el feto, a nivel materno la ansiedad está asociada con el desarrollo de complicaciones como hipertensión gestacional, diabetes, y problemas durante el trabajo de parto, como el parto prematuro (Woody et al., 2017).

Para el feto, la ansiedad de la madre puede afectar el desarrollo neurológico y emocional del bebé, se ha demostrado que la exposición crónica al estrés y las hormonas asociadas con la ansiedad, como el cortisol, pueden aumentar el riesgo de bajo peso al nacer, parto prematuro y trastornos en el comportamiento infantil (Van Den Bergh et al., 2017).

2.2.4. Intervenciones para Manejar la Ansiedad en Gestantes

Existen diversas estrategias para reducir la ansiedad durante el embarazo. Las intervenciones psicológicas, como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) han demostrado ser muy efectivas pues contribuyen en reducir los síntomas de ansiedad en mujeres embarazadas (Mendelson et al., 2019). Estas estrategias terapéuticas están orientadas a apoyar a las mujeres embarazadas en el reconocimiento y modificación de pensamientos negativos o disfuncionales. No hay que dejar de lado el apoyo social que también juega un papel importante en la

reducción de la ansiedad, es así que un buen entorno de apoyo familiar y de pareja puede proporcionar seguridad emocional (González et al., 2018).

2.2.5. Modelos teóricos sobre la ansiedad en gestantes antes a nivel nacional

A continuación, mencionamos algunos de los modelos teóricos más relevantes que se han utilizado o que pueden ser aplicables para el estudio de la ansiedad en gestantes en Perú:

Modelo Bio-psico-social de la Salud

Este enfoque plantea que el bienestar, tanto físico como mental, se origina a partir de la interacción de elementos biopsicosociales biológicos, psicológicos y sociales. En el contexto de la ansiedad en gestantes, el modelo sugiere que la ansiedad no es solo el resultado de un problema biológico o psicológico aislado, sino de la interacción entre estos factores con el entorno social y cultural. En el Perú, este enfoque permite estudiar cómo factores como la pobreza, violencia doméstica, acceso limitado a servicios de salud, y la falta de apoyo social pueden contribuir al desarrollo o exacerbación de la ansiedad en mujeres en etapa de gestación. Además,

Modelo Cognitivo-Conductual (TCC)

Este modelo fundamenta que los trastornos psicológicos, como la ansiedad, son el resultado de patrones de pensamiento disfuncionales y comportamientos aprendidos. En el caso de la ansiedad en gestantes, plantea que las creencias irracionales y los pensamientos negativos sobre el embarazo, el parto o la maternidad pueden generar ansiedad, en el Perú la TCC ha sido utilizada en algunos programas de intervención psicológica para tratar la ansiedad en mujeres embarazadas, especialmente aquellas con miedo al parto o preocupaciones sobre la salud del bebé, este enfoque ayuda a las gestantes a identificar y modificar pensamientos negativos, aprender técnicas de relajación, y desarrollar estrategias de afrontamiento saludables.

Modelo Ecológico de Bronfenbrenner

El presente modelo Fundamento sostiene que el comportamiento humano (y en este caso, los trastornos psicológicos como la ansiedad) está influenciado por múltiples niveles de interacción entre el individuo y su entorno. Los factores que afectan a la gestante incluyen no solo su propia salud mental y física, sino también su entorno familiar, social, cultural, y económico, para el contexto peruano y en particular para la presente investigación modelo es relevante, donde las gestantes pueden estar expuestas a diferentes niveles de estrés según su contexto social, la falta de apoyo de la pareja (microsistema), la violencia familiar o la inseguridad en la comunidad (exosistema), y las políticas públicas de salud (macrosistema) tienen un impacto directo sobre la ansiedad de las gestantes, este modelo es útil en la investigación de la ansiedad en mujeres gestantes en zonas rurales, donde los factores sociales y culturales tienen un papel central en el bienestar de la madre y el bebé.

Modelos Teóricos sobre la Ansiedad en Gestantes a nivel internacional

Existen diversas teorías que intentan explicar la ansiedad en gestantes, cada una con diferentes enfoques. A continuación, mencionamos algunos de los modelos teóricos más relevantes que se han utilizado o que pueden ser aplicables para el estudio respecto a la ansiedad en gestantes.

- Teoría Cognitivo-Conductual

Esta teoría sostiene que la ansiedad surge a partir de pensamientos disfuncionales o irracionales que las personas tienen sobre ciertas situaciones. En el caso de las mujeres embarazadas, pueden surgir preocupaciones sobre el parto, la salud del bebé o el cambio en su identidad, lo cual puede generar niveles elevados de ansiedad. Las intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual se enfocan en identificar y modificar estos pensamientos, generando una reestructuración cognitiva, lo que a su vez produce en los pacientes una modificación a nivel cognitivo, afectivo y conductual.

- Teoría Psicoanalítica

Desde una perspectiva psicoanalítica, la ansiedad en las gestantes podría explicarse a través de los conflictos internos no resueltos, que se relacionan con experiencias pasadas, conocida como los traumas de la infancia agresivo, carencial y sexual, lo que en la actualidad se conoce como el estrés postraumático, que no han sido resueltos, previas al estado de embarazo. Y que en el proceso del parto o relaciones interpersonales. Siendo relevante la identificación de los indicadores de ansiedad para el trabajo terapéutico con este enfoque que busca explorar estos conflictos inconscientes, y que ayudara a la gestante al tomar conciencia que un factor importante del estado de ansiedad son los problemas no resueltos de etapas anteriores de la vida de la persona que lo experimenta.

- Teoría del Apego

La teoría del apego de Bowlby sugiere que las figuras principales de cuidado durante la infancia tienen un impacto significativo en como una persona afronta el estrés y la ansiedad en su vida adulta. En las mujeres embarazadas, su historia de apego puede influir en cómo manejan el embarazo y los desafíos asociados, incluyendo la ansiedad por la salud del bebé o las preocupaciones sobre la maternidad.

- Teoría del Contexto Sociocultural

Esta teoría aborda cómo el contexto social y cultural puede influir en la ansiedad de las mujeres embarazadas. Las expectativas culturales sobre la maternidad, las presiones de la sociedad y el apoyo social disponible son factores importantes que pueden aumentar o disminuir la ansiedad en el embarazo. En algunos contextos, las expectativas irreales o la falta de apoyo social pueden contribuir a mayores niveles de ansiedad.

Capítulo III. Diagnóstico del problema

3.1. Propósito del diagnóstico

El propósito principal del diagnóstico en el presente estudio es detectar los niveles de ansiedad en mujeres embarazadas internadas en el área de gineco obstetricia en un establecimiento hospitalario en la región de Moquegua, dado que sus efectos pueden influir negativamente en el bienestar tanto de las gestantes como del recién nacido, así mismo permitirá realizar intervenciones oportunas, con la finalidad de prevenir complicaciones en el embarazo de las gestantes, habiéndose identificado que los puntos críticos que se presentan en este proceso de gestación son la amenaza de parto pretérmino, amenaza de parto prematuro, amenaza de aborto, la hipertensión materna, diabetes gestacional e hiperémesis gravídica. Además, que el diagnóstico que se realizara oportunamente tiene como premisa optimizar la calidad de vida y la estabilidad emocional de la mujer embarazada, para ellos es fundamental reconocer los signos somáticos y emocionales asociados a la ansiedad lo que permitirá aplicar el tratamiento adecuado e iniciar una intervención psicoterapéutica eficaz y oportuna.

3.2. Metodología

La metodología empleada en la presente investigación, sobre la ansiedad en gestantes primigestas será de tipo cuantitativa, porque se utilizarán los datos de la aplicación de la prueba a aplicar, así como la estadística descriptiva, el diseño no experimental y descriptiva, porque no se manipularán la variable de estudio, se realizará en un solo momento y descriptiva, porque se describirá los niveles. Igualmente, se empleará, de igual manera, para la recopilación de información se utilizará un instrumento estandarizado: la escala de autoevaluación de Zung, la cual cuenta con validez teórica y semántica adaptada al contexto peruano desde el año 2019, además de una confiabilidad respectiva para medir los niveles de ansiedad

3.1.1. Tipo de diagnóstico

El diagnóstico en gestantes primigestas en el presente estudio es clínico, se evaluarán los niveles diagnósticos de ansiedad utilizando criterios establecidos en

la prueba de ZUNG con lo que se confirmará los indicadores marcados de ansiedad correspondiendo esto a un tipo descriptivo, considerando que se tendrá en cuenta la aplicación de la referida escala corroborando la información de la apreciación diagnóstica registrada en la historia clínica médica psicológica

3.1.2. Actores involucrados

En este estudio sobre ansiedad durante el embarazo en un hospital de Moquegua, están involucrados diversos actores quienes desempeñan roles cruciales lo que podemos citar en el presente cuadro:

3.1.3. Tabla 1

Actores involucrados

Actor	Rol	Responsabilidades	Nivel de influencia	Participación esperada
Los profesionales de la salud, ginecólogos, obstetras y psicólogos.	Contribuirán en la detección de pacientes gestantes con problemas de salud materna.	- Detectar gestantes con signos y síntomas de ansiedad - Gestantes con problemas de salud materna.	Alto	- Participar activamente en la detección de gestantes hospitalizadas con problemas de salud materna.
Equipo de investigadores.	Quienes contribuyen significativamente en la valoración, control y evaluación de todas las etapas y proceso de investigación.	- Presentación del estudio de investigación a actores involucrados. - Aplicación de instrumentos de estudio - Monitoreo en el desarrollo de cada fase de la investigación teniendo en cuenta los actores involucrados.	Alto	- Diseñar y realizar capacitaciones respecto a la investigación a los actores involucrados - Monitorear los avances, de la investigación - Presentación de resultados - Diseño y aplicación de programas de recuperación dirigido a gestantes con episodios de ansiedad.

Director y funcionarios Hospital de Moquegua, como institución.	Quien facilitara la realización de la investigación y al término del mismo proporcionara los recursos necesarios que faciliten la implementación de programas de atención prenatal adecuados.	Autoriza los permisos respectivos para llevar a cabo la investigación. - Facilitar la disponibilidad de profesionales quienes intervendrán en el estudio - Facilitaran la intervención en pacientes gestantes hospitalizadas - Implementarán programas de recuperación en gestantes con problemas de salud materna.	Alto	Compromiso para la ejecución en todas las etapas de la investigación.
Gestantes primigestas.	Actoras principales en el presente estudio, receptoras de la intervención.	- Consentimiento para la entrevista y aplicación de la prueba en el presente estudio.	Alto	Colaboración y compromiso para la ejecución de las diversas etapas del estudio.
Familiares de gestantes con problemas de salud materna.	Redes de apoyo al ofrecer soporte emocional a la gestante durante el embarazo.	Establecer factores protectores a la gestante.	Medio	Participación en el proceso de intervención y recuperación de gestantes con niveles diagnósticos de ansiedad moderados.

Fuente: Elaboración propia

3.1.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para la obtención de datos será la entrevista, herramienta que facilitará la recopilación de información válida y relevante para el estudio. A través de ella, se podrá acceder a datos clínicos sobre el estado de salud de las gestantes

hospitalizadas, así como a información demográfica que aportará al desarrollo del proceso investigativo.

Para el análisis de los niveles diagnósticos se utilizará como instrumento, la Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung, la cual consiste en un cuestionario compuesto por 20 ítems, cada uno relacionado con signos o síntomas típicos de esta condición, lo que va a contribuir a confirmar los niveles de ansiedad que se encuentran registradas en las historias clínicas psicológicas.

Los ítems de la escala deben ser evaluados por el profesional durante una entrevista con el paciente, combinando sus observaciones clínicas con la información proporcionada por este. Las preguntas están formuladas para referirse a experiencias ocurridas en la semana previa. El lenguaje utilizado en el cuestionario fue cuidadosamente seleccionado para ser comprensible por la mayoría de los participantes, utilizando expresiones cercanas a su forma habitual de comunicación. Esta escala cuenta con validación y confiabilidad en el contexto peruano, según el estudio realizado por Astocondor (2001), titulado Estudio Exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas, en el que participaron 100 personas de ambos sexos. Las respuestas se registran en una escala de cuatro niveles (de 1 a 4), según la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. La herramienta se organiza en dos dimensiones: síntomas somáticos (ítems del 1 al 12) y síntomas afectivos (ítems del 13 al 20).

Para la evaluación de los resultados, se tomó en cuenta la validación realizada en Perú en el año 2019 por el Dr. Erick Russell Nina Bonifacio, quien desarrolló un estudio sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, durante los meses de mayo a junio de ese año.

La fórmula utilizada para determinar el índice de ansiedad autoevaluado (IAA) fue: $IAA = (\text{puntaje total} \times 100) / 80$. Según este índice, se establecen los siguientes rangos clínicos: menos de 45 indica ansiedad dentro de los niveles normales; entre 45 y 59 corresponde a ansiedad leve o moderada; de 60 a 74 se interpreta como ansiedad moderada a severa; y un puntaje de 75 o más refleja ansiedad severa. Referencia Hospital de Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de mayo a junio del 2019. Dr. Nina Bonifacio, Erick Russell

Esta clasificación se basa en los criterios de W. Zung (1971) y cuenta con respaldo en estudios realizados en el contexto peruano, como el de Astocondor (2001).

3.1.5. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico

Para el análisis de los datos, así como para conocer que indicadores de diagnóstico se han presentado en la muestra de estudio se crearán una base de datos, las mismas que serán transferidos al paquete estadístico de ciencias sociales SPSS versión 2025. Datos que confirmaran los indicadores que se observaron durante la entrevista y observación los mismos que se encuentran registradas en las historias clínicas psicológicas correspondientes a cada gestantes que son la muestra de estudio.

Se realizará el análisis descriptivo de la variable de estudio y sus dimensiones. Finalmente se presentarán los resultados en tablas y figuras.

3.2. Brechas identificadas

En la presente investigación sobre la ansiedad en gestantes, se han identificado varias brechas importantes que afectan el alcance y la efectividad de los estudios. Siendo una de las principales la falta de diversidad en las muestras, ya que muchas investigaciones no incluyen a mujeres de diferentes contextos socioeconómicos o culturales

Se observa una escasez de intervenciones preventivas tempranas, lo que significa que muchas mujeres solo reciben tratamiento una vez que los síntomas de ansiedad son graves, siendo relevante buscar disminuir el estado ansioso de las gestantes primigestas a través de un plan de acción e intervención interdisciplinaria para llevar un embarazo sin complicaciones.

Falta de un enfoque integral para el diagnóstico y tratamiento, ya que los enfoques farmacológicos y psicológicos, rara vez se combinan a pesar de que los estudios muestran que un tratamiento combinado puede ser más efectivo, siendo necesario un enfoque bio-psico-social en la intervención de la gestante primegesta para la reducción de su estado de ansiedad moderado.

Falta de interés y participación y poco compromiso de los programas de control prenatal de la gestante, con el presente plan de acción se redujeron los problemas de ansiedad, siendo que la gestante se encuentre en mejores condiciones

emocionales al momento del parto y por consiguiente mejora en el afronte post natal.

La estigmatización de la salud mental durante el embarazo sigue siendo un obstáculo importante, lo que impide que muchas mujeres busquen la ayuda necesaria, con la aplicación del plan de acción se mejoran el estado afectivo en las gestantes, ello como producto de un adecuado manejo de emociones.

3.3. Conclusiones del diagnóstico

Primera: Que, se identificó que las mujeres primigestas atendidas en un hospital de Moquegua durante el año 2025 presentan un nivel de ansiedad clasificado como moderado.

Segunda: Que, se evidenció en el año 2025, las gestantes primigestas atendidas en un hospital de Moquegua presentaron un nivel moderado de ansiedad específicamente en la dimensional relacionada con los síntomas afectivos.

Tercera: Que, se observó que las mujeres primigestas atendidas en el hospital de Moquegua durante el año 2025 presentaron un grado moderado de ansiedad en lo correspondiente a la dimensión de síntomas somáticos.

3.3.1. Tabla 2

Cronograma de actividades

CAPITULOS	ACTIVIDADES	FECHA											
		E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
CAPITULOS I Y II	Definiciones fundamentales de investigación	X											
	Planteamiento del problema de investigación	X											
	Formulación del Marco teórico e hipótesis de investigación		X										
	Determinación del Marco metodológico de investigación y aspectos administrativos		X										
CAPITULOS III Y IV	Elaboración de instrumentos de recolección de datos			X									
	Validación de instrumentos de recolección de datos			X									
	Recolección de datos de investigación				X								
	Análisis de resultados de investigación				X								
	Plan de acción				X	X	X	X	X	X	X	X	X

Fuente: Elaboración propia

Capítulo IV: Plan de Acción

4.1. Objetivo del plan de acción

En la presente investigación sobre los niveles de ansiedad en gestantes en un hospital de Moquegua es "Reducir el nivel de ansiedad en un 20% en las gestantes participantes objeto de estudio, para ello se realizarán intervenciones psicológicas específicas, en un periodo de tres meses, con una medición del progreso en su recuperación mensual, para mejorar su bienestar emocional y su salud mental durante el embarazo."

Desglose del objetivo SMART:

- S (Específico): Reducir los niveles de ansiedad en las gestantes.
- M (Medible): En un 20%.
- A (Alcanzable): Con intervenciones psicológicas personalizadas.
- R (Relevante): Para mejorar el bienestar emocional y la salud mental durante el embarazo.
- T (Tiempo): En un periodo de tres meses, con medición mensual del progreso.

4.2. Actividades específicas

El plan de acción sobre la ansiedad en gestantes a llevarse a cabo en el presente estudio incluyen actividades para gestionar los niveles de ansiedad y promover la salud mental de la mujer durante el embarazo, entre estas actividades, planificadas se indican las siguientes: La evaluación temprana de los síntomas de ansiedad a través de herramientas estandarizadas, la implementación de terapias psicológicas, la educación a familiares de gestantes sobre los efectos de la ansiedad y las estrategias para gestionarla, y la promoción de prácticas alimenticias saludables resulta fundamental para un manejo adecuado y control efectivo, a continuación detallamos las actividades principales del plan de acción:

4.1.1. Tabla 3

Actividades del plan de acción sobre la ansiedad en gestantes

Actividades	Descripción detallada	Responsable	Tiempo de ejecución	Recursos necesarios	Indicadores de éxito
Evaluación de los síntomas somáticos y afectivos de ansiedad.	Aplicación de una escala para medir Los síntomas de ansiedad a nivel somático y afectivo en gestantes primigestas hospitalizadas.	Equipo de investigación	Marzo - abril del 2025	Prueba de Zung estandarizada.	100% de gestantes con problemas de salud materna evaluadas
Reducción Síntomas somáticos, (dolores, fatiga, tensión) mediante La TCC efectiva para trabajar tanto con los pensamientos como con los comportamientos que perpetúan la ansiedad y sus manifestaciones físicas. (TIP). son altamente efectivas para tratar la ansiedad y los síntomas físicos, y son adecuadas para las gestantes, dado que son enfoques no invasivos, prácticos y seguros durante el embarazo.	Primeramente, trabajar en identificar los pensamientos automáticos y las creencias disfuncionales que generan ansiedad y malestar físico. Enseñar a las gestantes a practicar ejercicios de respiración profunda y la técnica de relajación muscular progresiva para liberar la tensión de los músculos para reducir la tensión muscular y controlar la ansiedad. Se abordará la ansiedad relacionada con los cambios en las relaciones, como las expectativas familiares o de pareja, y se trabajará para mejorar la comunicación y el apoyo social. Reducir los sentimientos de soledad o aislamiento, lo cual puede aliviar los síntomas somáticos, como la tensión muscular y el agotamiento físico.	Equipo de psicólogos	Mayo-agosto del 2025.	Psicólogos o terapeutas especializados en salud mental perinatal. Material educativo, Folletos, guías o videos informativos. Espacios cómodos y tranquilos.	80% de gestantes con procesos de gestación saludable.

Reducción de los síntomas afectivos mediante: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), La TCC es eficaz y ayuda a identificar y modificar los pensamientos negativos y distorsionados, de la gestante. La Psicoterapia Focalizada en las Emociones (TFE) Es útil para abordar problemas emocionales relacionados con el embarazo tales como la maternidad miedo y la culpa.	En el proceso terapéutico ayudar a las gestantes a reconocer los pensamientos automáticos negativos sobre el embarazo, el parto y la maternidad y a reemplazarlos por pensamientos más realistas y positivos. Entrenar a las gestantes a identificar las emociones que están detrás de sus reacciones, como el miedo al cambio o las dudas sobre su capacidad para ser madre; trabajar en la validación emocional y la expresión de sentimientos, para que la gestante pueda liberar emociones reprimidas de una manera saludable.	Equipo de psicólogos	Mayo - agosto del 2025	Psicólogos o terapeutas especializados en salud mental perinatal. Obstetras capacitadas en salud mental perinatal.	80% de familiares con conocimiento sobre ansiedad y principales cambios emocionales y psicológicos en gestantes.
Monitoreo y evaluación de las estrategias implementadas	Seguimiento de aplicación de estrategias implementadas. Medición de ansiedad en gestantes objeto de investigación.	Equipo de psicólogos. Equipo de investigación	Setiembre-diciembre del 2025	Escala de Zung estandarizadas y cuestionario.	100% de gestantes con objeto del estudio con monitoreo realizado.

Fuente: Elaboración propia

4.2. Cronograma

El cronograma del plan de acción en la presente investigación sobre ansiedad en gestantes primigestas proporciona una estructura clara y organizada y se estructurara de la siguiente manera:

4.2.1. Tabla 4

Cronograma del plan de acción

Actividad	Duración	Meses de ejecución	Hitos importantes
Evaluación de los síntomas somáticos y afectivos de ansiedad.	2 meses	Marzo-abril	Recolección de Datos, por medio de la aplicación de pruebas en marzo. Redacción de Resultados, en abril. Presentación de Conclusiones, en abril.
Reducción Síntomas somáticos, (dolores, fatiga, tensión) mediante La TCC efectiva para trabajar tanto con los pensamientos como con los comportamientos que perpetúan la ansiedad y sus manifestaciones físicas. (TIP). Son altamente efectivas para tratar la ansiedad y los síntomas físicos, y son adecuadas para las gestantes, dado que son enfoques no invasivos, prácticos y seguros durante el embarazo.	4 meses	Mayo-agosto	Fase de Preparación para la intervención Inicio de proceso terapéutico. Evaluación intermedia, del progreso. Evaluación final de las condiciones de afronte ante los episodios de ansiedad.
Reducción de los síntomas afectivos mediante: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), La TCC es eficaz y ayuda a identificar y modificar los pensamientos negativos y distorsionados, de la gestante. La Psicoterapia Focalizada en las Emociones (TFE) Es útil para abordar problemas emocionales relacionados con el embarazo tales como la maternidad miedo y la culpa.	4 meses	Mayo-agosto	Fase de preparación de los grupos, en junio. Presentación y desarrollo de las sesiones, mayo y agosto. Evaluación final agosto.
Monitoreo y evaluación de las estrategias implementadas.	10 meses	Mayo -diciembre	Valoración continua de la ansiedad en gestantes. Seguimiento de la implementación de estrategias. Revisión de la salud emocional y el bienestar general. Retroalimentación y ajustes a las intervenciones Evaluación de la satisfacción de la gestante con el plan de acción. De setiembre a diciembre.

Fuente: Elaboración propia

4.3. Riesgos y medidas de mitigación Principio del formulario

En el presente plan de acción dirigido a gestantes primigestas con ansiedad, se deben identificar y gestionar varios riesgos para garantizar la efectividad del tratamiento. A continuación, se detallan algunos riesgos comunes asociados, así como las medidas de mitigación que se pueden implementar:

4.3.1. Tabla 5

Riesgos y medidas de mitigación del plan de acción

Riesgo	Impacto potencial	Probabilidad	Medidas de mitigación
Resistencia al tratamiento	Empeoramiento de los síntomas de ansiedad lo que afecta el bienestar físico como emocional de la gestante, generando posibles repercusiones en el desarrollo del bebé.	Moderada	Educación y sensibilización, personalización del tratamiento, apoyo emocional y redes de apoyo, seguimiento frecuente, enfoque multidisciplinario, garantizar accesibilidad a recursos.
Falta de adherencia al plan de acción.	Empeoramiento de la ansiedad, problemas de salud materna, reducción de la salud mental materna, efectos negativos en el vínculo materno-infantil.	Moderada.	Seguimiento personalizado con las participantes para evaluar el progreso y realizar las modificaciones necesarias en el plan de intervención fomentando adherencia.
Aumento de ansiedad en ciertos casos.	Empeoramiento de la ansiedad, complicaciones de salud materna, deterioro de la salud mental materna, afectación en el vínculo materno-infantil.	Moderada	Ajuste gradual de intervenciones, gestión de expectativas, acompañamiento emocional constante, monitoreo cercano de la ansiedad, intervenciones adicionales si es necesario, fomento del autocuidado, reevaluación del tratamiento.
Falta de confidencialidad	Genera desconfianza en el tratamiento, aumento de ansiedad, reducción de adherencia al tratamiento, consecuencias legales y éticas.	Baja	Garantizar confidencialidad, mediante protocolos estrictos de confidencialidad y anonimato para asegurar que las participantes se sientan seguras y respetadas.

Fuente: Elaboración propia

4.4. Resultados esperados

1. Reducción del 80% en los niveles de ansiedad medidos al final del estudio, en comparación con los niveles iniciales, como resultado de las intervenciones psicoterapéuticas aplicadas.
2. Lograr que un 80% de las gestantes involucradas experimenten una mejora notable en su estado emocional utilizando de manera constante las estrategias de manejo de la ansiedad recomendadas durante la implementación de terapias psicológicas.
3. Que al menos el 80% de familias tengan conocimiento sobre ansiedad y principales cambios emocionales y psicológicos en gestantes

4.5. Monitoreo y seguimiento

Es crucial para evaluar la efectividad de las intervenciones aplicadas y asegurar que las gestantes reciban el apoyo adecuado a lo largo de todo el proceso de intervención, lo cual se detalla continuación.

4.5.1. Tabla 6

Monitoreo y seguimiento

Actividad	Indicador de numero	Frecuencia	Responsable	Formato de evaluación
Evaluación de los síntomas somáticos y afectivos de ansiedad.	100% de gestantes con problemas de salud materna evaluadas.	Mensual	Equipo de psicólogos. Equipo de investigación.	Informe mensual
Reducción de los síntomas afectivos mediante: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), La TCC es eficaz y ayuda a identificar y modificar los pensamientos negativos y distorsionados, de la gestante. La Psicoterapia Focalizada en las Emociones (TFE) Es útil para abordar problemas emocionales relacionados con el embarazo tales como la maternidad miedo y la culpa.	80% de gestantes con procesos de gestación saludable.	Mensual	Equipo de psicólogos.	Observación. Informe mensual de evolución terapéutica.
Reducción de los síntomas afectivos mediante: la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), La TCC es eficaz y ayuda a identificar y modificar los pensamientos negativos y distorsionados, de la gestante. La Psicoterapia Focalizada en las Emociones (TFE) Es útil para abordar problemas emocionales relacionados con el embarazo tales como la maternidad miedo y la culpa.	80% de familiares capacitadas.	Mensual	Equipo de psicólogos.	Evaluación de ingreso y evaluación de salida.

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

Primera: Se espera la evaluación de los niveles de ansiedad en las gestantes primigestas de un hospital regional en Moquegua en 2025. Con proyección de la reducción del 80% en los niveles de ansiedad en gestantes primigestas medidos al final del estudio, en comparación con los niveles iniciales, como resultado de las intervenciones psicoterapéuticas aplicadas.

Segunda: Se realiza la evaluación de la totalidad de las gestantes para conocer el nivel de la dimensión síntomas afectivos de la ansiedad en gestantes primigestas en un hospital regional en Moquegua en 2025. Se proyecta que un 80% de las gestantes primigestas involucradas en el estudio manifiestan una reducción significativa en los síntomas afectivos.

Tercera: Se realiza la evaluación de la totalidad de las gestantes para conocer el nivel de la dimensión síntomas somáticos en las gestantes primigestas en un hospital regional en Moquegua en 2025. Se proyecta que al menos el 80% de las participantes primigestas presenten un control y manejo de los los síntomas somáticos.

.

RECOMENDACIONES

Primera: Que, se implemente y ejecute evaluación y programas de identificación, control y manejo de estados ansiosos en las gestantes primigestas de un hospital en Moquegua en 2025.

Segunda: Que, se planifique y ejecute intervenciones psicoterapéuticas focalizadas en el control y manejo de las emociones, tolerancia a la frustración el control de los impulsos para reducir los síntomas afectivos en gestantes primigestas de un hospital en Moquegua en 2025.

Tercera: Que, se diseñe programas de educación y sensibilización en técnicas cognitivo conductual a nivel de sistemas de creencias, motivación de madre, a fin ayudar al control y manejo los síntomas somáticos en las gestantes primigestas de un hospital en Moquegua en 2025.

REFERENCIAS

- Bennett, H. A., et al. (2004). La relación entre la depresión materna, el apoyo social y la ansiedad prenatal. *Revista de Salud de la Mujer*, 13(4), 304-311.
- Berg, M., et al. (2018). *Ansiedad materna y resultados del embarazo: un metanálisis*. Revista de Trastornos de Ansiedad, 61, 37-43.
- Condori, R., y Mulato, E. (2022). Ansiedad pre y post parto en tiempos de COVID 19 en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Ascensión, Huancavelica – 2021 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Huancavelica]. https://repositorio.unh.edu.pe/items/85a74573-b414-4cbd-a18d-ac1a894efbc2?utm_source=chatgpt.com
- Czarnocka, J., et al. (2008). Tocofoobia: Una complicación inexplorada del embarazo. *Revista de Psicología Reproductiva e Infantil*, 26(1), 47-58.
- Dennis, C.-L., et al. (2007). El impacto del apoyo social en la salud mental de las mujeres durante el embarazo. *Revista de Enfermería Obstétrica, Ginecológica y Neonatal*, 36(3), 313-322.
- De La Cruz, V. (2022). Ansiedad en gestantes sin y con participación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica en el Centro Materno Infantil Ollantay, 2022 [Tesis de Maestría, Universidad Jose Carlos Mariátegui]. repositorio.unh.edu.pe+2Repositorio UJCM+2repositorio.unh.edu.pe+2
- Duncan, L. G., et al. (2022). Ansiedad y depresión en el embarazo: el impacto en la salud materna e infantil. *Archivos de Salud Mental de la Mujer*, 25(6), 953-961.
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psicología del embarazo: procesos biopsicosociales y nuevas líneas de investigación. *Revista Anueal de Psicología*. 62(1), 531-558.
- Farfán, M. (2020). Ansiedad y depression en mujeres en estado de gestación en un Centro de Salud de Cusco, Perú, 2020 [Tesis de Ssegunda Especialidad, Universidad Privada Telesup]. <https://repositorio.utelesup.edu.pe/handle/UTELESUP/1684>

- Field, T. (2017). Efectos, intervenciones e implicaciones de la ansiedad prenatal: una revisión. *Archivos de la Salud Mental de la Mujer*, 20(6), 555–562. <https://doi.org/10.1007/s00737-017-0758-7>
- Gálvez, L., et al. (2018). *Efectividad de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción del temor al parto*. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 83(3), 205-212. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262018000300205>
- Glover, V. (2011). El estrés prenatal y los orígenes de la psicopatología: una visión general. *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente*, 50(4), 344-355.
- Glover, V. (2014). *Depresión, ansiedad y estrés materno durante el embarazo y el resultado del niño*. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 55(4), 423–438. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12171>
- González, S., et al. (2020). *El impacto de la ansiedad en la gestación: Revisión de la literatura*. *Psicología en Salud*, 35(2), 103-110.
- Howard, L. M., et al. (2014). Trastornos mentales no psicóticos en el período perinatal. *The Lancet*, 384(9956), 1775–1788. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61276-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61276-9)
- Lázaro, E. (2022). *Ansiedad perinatal en mujeres gestantes de un Centro de Salud del Callao, Lima – 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes]. https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/5096?utm_source=chatgpt.com
- Ministerio de Salud (Perú o país correspondiente). *Guía Técnica para la atención de la salud mental perinatal*.
- Montesinos, S., et al. (2020). *Psicoprofilaxis obstétrica y ansiedad en primigestas: una intervención integradora*. *Revista de Psicología de la Salud*, 8(2), 80–89.
- Muzik, M., et al. (2013). Ansiedad y síntomas depresivos en mujeres embarazadas: un estudio longitudinal. *Revista de Salud de la Mujer*, 22(5), 381-389.

- Muzik, M., et al. (2013). El papel de la depresión y la ansiedad prenatales en el desarrollo de trastornos psiquiátricos perinatales. *Revista de Salud de la Mujer*, 22(6), 509-516.
- Murray, L., et al. (2010). Síntomas de estrés postraumático en mujeres después del parto. *Revista de Trastornos Afectivos*, 122(1-2), 67-72.
- O'Connor, T. G., et al. (2019). Ansiedad materna prenatal y el desarrollo del niño: una revisión de la literatura. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 60(3), 226-241.
- O'Connor, T. G., et al. (2002). La ansiedad prenatal y el desarrollo del niño: una revisión de la literatura. *Revista de Psicología y Psiquiatría Infantil*, 43(5), 681-696.
- Plaisier, I., et al. (2015). Ansiedad materna durante el embarazo y su impacto en la salud materno-infantil. *Revista Europea de Obstetricia y Ginecología y Biología Reproductiva*, 188, 58-63
- Reategui, N., Garate, K., y Torres, R. (2020). Niveles de ansiedad en gestantes primigestas y multigestas durante el estado de emergencia sanitario por infección del virus SARS-COV2 [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Martín]. <https://tesis.unsm.edu.pe/handle/11458/4005>
- Sandman, C. A., et al. (2019). *Ansiedad materna y desarrollo fetal: una revisión de la literatura*. *Psicobiología del desarrollo*, 61(6), 785-798.
- Van den Bergh, B. R. H., et al. (2017). El estrés prenatal y el desarrollo del niño. *Neurobiología del estrés*, 6, 39-51.
- Van den Bergh, B. R. H., et al. (2017). El estrés prenatal y el desarrollo del niño. *Neurobiología del estrés*, 6, 39-51.
- Vargas, D., et al. (2019). *Factores de riesgo y consecuencias de la ansiedad en mujeres embarazadas*. *Revista de Psicología Maternal*, 28(1), 14-21.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Salud mental de la mujer durante el embarazo y el puerperio*. Ginebra: OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241552390>

Yonkers, K. A., et al. (2001). Epidemiología de los trastornos de ansiedad en la mujer. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 62(5), 10-14.

ANEXOS

Apéndice 1

Instrumento de la investigación

FICHA TÉCNICA DEL TEST ZUNG

I. DATOS GENERALES

1.1. TITULO ORIGINAL DE LA PRUEBA: SELF-RATING ANXIETY SCALE

1.2. TITULO EN ESPAÑOL: ESCALA DE AUTOVALORACION W. ZUNG DE ANSIEDAD

1.3. AUTOR (ES): W. ZUNG

1.4. AÑO DE PUBLICACIÓN: 1971

1.5. PROCEDENCIA: BERLIN

1.6. AREA: Clínica.

1.8. OBJETIVO: Evaluar la intensidad de la ansiedad

1.6. VALIDACION PERU: Validez y Confiabilidad en Perú En nuestro país, Astocondor (2001), como parte de su tesis titulada "Estudio Exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas Aguarunas", realizo la adaptación y validez de la escala de autoevaluación de la ansiedad de Zung y de la Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung en una muestra de 100 pobladores de ambos sexos de 14 a 30 años, de siete comunidades nativas aguarunas del departamento de Amazonas.

II. ADMINISTRACION

2.1. EDADES DE APLICACION: Adultos

2.2. TIEMPO DE APLICACION: No determinado

2.3. ASPECTOS QUE EVALUA: Las dimensiones somática y emocional

2.4. MATERIAL: Cuestionario, lápiz, borrador.

III. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Validez: Disponemos de pocos estudios de validación de sus valores psicométricos. La correlación entre la puntuación de cada ítem y el total oscila entre 0.34 y 0.65.

Fiabilidad: Los coeficientes de correlación fueron estudiados por Zung. Entre ASI y SAS es de 0,66 y entre ASI y Taylor Mandest Anxiety Scale de 0,33.

IV. DESCRIPCION DE LA PRUEBA

La Escala de autovaloración de la Ansiedad comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntoma o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales. Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando tanto las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente. Las preguntas deben hacer referencia a un periodo anterior de una semana

Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerles accesibles a la gran mayoría de los pacientes, empleando su propio lenguaje.

V. NORMAS

Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el paciente no da información sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada.

La escala está estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad, y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativa. El índice de la EAA orienta sobre "cuál es el grado de ansiedad del paciente" en términos de una definición operacional, expresada en porcentaje.

VI. CALIFICACION

$$\text{IAA} = \frac{\text{Puntaje total}}{\text{Ptje max. 80}} \times 100$$

INDICE "EAA" IMPRESION GLOBAL DE EQUIVALENCIA CLINICA

Debajo de 45 Dentro de los límites normales. No hay ansiedad presente.

45 - 59: Presencia de ansiedad mínima moderada

60 - 74: Presencia de ansiedad marcada a severa.

75 ó más: Presencia de ansiedad en grado máximo.

VALIDACIÓN PERUANA 2019. Dr. NINA BONIFACIO, Erick Russell NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL PERIODO DE MAYO A JUNIO DEL 2019.

Indice EAA	Equivalencia Clínica
Menos de 45	ANSIEDAD NORMAL
45 – 59	ANSIEDAD MÍNIMA MODERADA
60 – 74	ANSIEDAD MODERADA SEVERA
75 a mas	ANSIEDAD EN GRADO MÁXIMO

REFERENCIA Hospital de Hipólito Unanue de Tacna durante el periodo de mayo a junio del 2019. Dr. NINA BONIFACIO, Erick Russell

VII. CLAVE DE RESPUESTA

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

Apéndice 2

FICHA DE EVALUACION

ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.

POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____ **Edad:** ____ **Sexo:** ____

Religión: _____ **Grado:** ____ **Sección:** ____

Fecha: ____/____/____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

Dirección: _____

Teléfono: _____

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	puntos
1	Me siento abatido y melancólico.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.					
4	Duermo mal.					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy mas irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

Apéndice 3

ANSIEDAD EN GESTANTES PRIMIGESTAS DE UN HOSPITAL REGIONAL

DE MOQUEGUA, 2025

N.º	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³	Sugerencias	Observaciones	
Variable 1: ANSIEDAD							
Dimensión 1: Síntomas somáticos		Sí	No	Sí	No	Sí	No
1.	Me siento abatido y melancólico.	X		X		X	
2.	Por las mañanas es cuando me siento mejor.	x		x		x	
3.	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	x		X		X	
4.	Duermo mal.	x		X		X	
5.	Tengo tanto apetito como antes.	x		X		X	
6.	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	x		X		X	
7.	Noto que estoy perdiendo peso.	x		X		X	
8.	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	X		X		X	
9.	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	X		X		X	
10.	Me canso sin motivo.	X		X		X	
11.	Tengo la mente tan clara como antes.	X		X		X	
12.	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	X		X		X	
Dimensión 2: Síntomas afectivos		Sí	No	Sí	No	Sí	No
13.	Me siento nervioso(a) y no puedo estar tranquilo.	X		X		X	
14.	Tengo esperanza en el futuro.	X		X		x	
15.	Estoy mas irritable que antes.	X		X		X	
16.	Me es fácil tomar decisiones.	X		X		X	
17.	Me siento útil y necesario.	X		X		X	
18.	Me satisface mi vida actual.	X		X		X	
19.	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	X		X		X	
20.	Disfruto de las mismas cosas que antes.	X		X		X	

¹ **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensiones específicas del constructo.

³ **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir

[] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.

DNI: 09946516

Especialidad del validador: Psicología clínica y de la Salud

...28...de...febrero... de... 2025...



Dr. Yreneo Eugenio Cruz Telada
Doctor en Psicología

ANSIEDAD EN GESTANTES PRIMIGESTAS DE UN HOSPITAL REGIONAL DE MOQUEGUA, 2025

N.ºDIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹	Relevancia ²	Claridad ³
------------------------	--------------------------	-------------------------	-----------------------

Variable 1: ANSIEDAD						
Dimensión 1: Síntomas somáticos	Sí	No	Sí	No	Sí	No
10. Me siento abatido y melancólico.	X		X		X	
11. Por las mañanas es cuando me siento mejor.	x		x		x	
12. Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.	x		X		X	
13. Duermo mal.	x		X		X	
14. Tengo tanto apetito como antes.	x		X		X	
15. Aún me atraen las personas de sexo opuesto.	x		X		X	
16. Noto que estoy perdiendo peso.	x		X		X	
17. Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.	X		X		X	
18. Me late el corazón más a prisa que de costumbre.	X		X		X	
10.Me canso sin motivo.	X		X		X	
11.Tengo la mente tan clara como antes.	X		X		X	
12.Hago las cosas con la misma facilidad que antes.	X		X		X	
Dimensión 2: Síntomas afectivos	Sí	No	Sí	No	Sí	No
21. Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.	X		X		X	
22. Tengo esperanza en el futuro.	X		X		x	
23. Estoy más irritable que antes.	X		X		X	
24. Me es fácil tomar decisiones.	X		X		X	
25. Me siento útil y necesario.	X		X		X	
26. Me satisface mi vida actual.	X		X		X	
27. Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.	X		X		X	
28. Disfruto de las mismas cosas que antes.	X		X		X	

¹ **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.

² **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³ **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

Observaciones (precisar si hay suficiencia):

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [X]

Aplicable después de corregir [] No

aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr./Mg.

Elida Estela Neira Vargas

DNI: 47000257

Especialidad del validador: Psicología clínica y de la Salud

...28...de...febrero... de... 2025...



Mg. Elida Estela Neira Vargas
Magister en Psicología
C.Ps.P 38022

Apéndice 4
PRESUPUESTO

PRESUPUESTO		
RUBRO	PARCIAL	TOTAL
A. RECURSOS HUMANOS		8,000.00
Asesor externo	2,000.00	
Evaluadores	2,500.00	
Digitadores	1,500.00	
Estadístico	2,000.00	
B. BIENES		4,100.00
Material de escritorio	500.00	
Material de impresión	500.00	
Laptop	2,500.00	
Adquisición de textos especializados	500.00	
USB	100.00	
C. SERVICIOS		3,700.00
Servicio de internet y llamadas telefónicas	400.00	
Transporte	1,500.00	
Tiños y fotocopias	300.00	
Viáticos	1,000.00	
Imprevistos	500.00	