



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

**FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PERINATAL EN PUÉRPERAS
DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA EN EL AÑO 2020**

MODALIDAD DE OBTENCIÓN:

SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL

Para optar el título profesional de Médico(a) Cirujano(a)

AUTOR

Rivera Morales, Mariana Alexandra (0000-0001-5721-9909)

ASESOR

MC. Quiñones Laveriano, Dante Manuel (0000-0002-1129-1427)

Lima, 2022

Metadatos Complementarios

Datos de autor

AUTOR Rivera Morales, Mariana Alexandra

Tipo de documento de identidad del AUTOR DNI

Número de documento de identidad del AUTOR 71814207

Datos de asesor

ASESOR Quiñones Laveriano, Dante Manuel

Tipo de documento de identidad del ASESOR DNI

Número de documento de identidad del ASESOR 46174499

Datos del jurado

PRESIDENTE Arango Ochante, Pedro Mariano, 09807139, 0000-0002-3267-1904

MIEMBRO Luna Muñoz, Consuelo del Rocio, 29480561, 0000-0001-9205-2745

MIEMBRO Chanduví Puicón, Willer David, 10313840, 0000-0001-7163-6856

Datos de la investigación

Campo del conocimiento OCDE: 3.02.02

Código del Programa: 912646

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, quisiera agradecer a mi asesor, quien me guió en cada etapa del proyecto con su conocimiento y apoyo para lograr los resultados que esperaba.

También quisiera agradecer al Centro de Salud Delicias por brindarme todos los recursos y herramientas necesarios para llevar a cabo el proceso de investigación. Sin su ayuda incondicional, no podría haber obtenido estos resultados.

Finalmente, quiero agradecer a mis padres, ellos han estado aquí para darme algunos abrazos de apoyo y consuelo para recuperar mi energía.

Gracias a todos.

DEDICATORIA

*A mis padres, por todo el sacrificio realizado para cumplir nuestro
sueño.*

*A mis abuelos, que con su apoyo y amor incondicional me daban
fuerza para seguir adelante,*

*A mis docentes, que con sus conocimientos me dieron el impulso
en estos años de carrera.*

RESUMEN

Introducción: El puerperio es un evento biológico natural, pero durante este período experiencias conflictivas. Es un período de severa vulnerabilidad emocional. Esta es fase de transición, que significa reorganización, ajuste y reajuste en todos los aspectos, especialmente en términos de cambios de identidad y nuevas definiciones de roles.

Objetivos: Identificar los factores asociados a ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de análisis, estudio cuantitativo, transversal, analítico y observacional. Un estudio representativo de 87 mujeres atendidas en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Centro de Salud Delicias de Villa ubicada en el distrito de Chorrillos en Lima, Perú en 2020. La investigación se basa en un cuestionario que cubren características demográficas, sociales y obstétricas. Utilice la Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS) para medir la ansiedad perinatal. Para el análisis estadístico, se utilizan la prueba de chi-cuadrado y la regresión logística. La asociación estadística se consideró $p < 0,05$ utilizando el programa estadístico Stata-14.

Resultados: La prevalencia de ansiedad perinatal en puérperas atendidas fue de 17,24%. La nacionalidad, residencia y gravidez son factores asociados a la ansiedad perinatal 2020 ($p < 0,05$). Encontrado en análisis bivariado, ser extranjera (RP=38,95, IC 5,36- 283,12, P 0,000), residir en asentamiento (RP=8,14, IC 1,11-59,76 P0, 039) y ser primípara (RP=15, IC2,03-110,41, P 0,008) se consideran factores asociados de ansiedad perinatal.

Conclusión: El ser extranjera, residir en asentamiento y ser primípara están relacionados con el trastorno de ansiedad durante el puerperio puede utilizar eficazmente los recursos del sistema de salud para promover la formulación de estrategias, de manera que se oriente a la población vulnerable que más necesita intervención.

Palabras clave: (DeCS) Ansiedad, postparto, pandemia

ABSTRACT

Introduction: The puerperium is a natural biological event, but during this period, there are conflicting experiences. It is a period of severe emotional vulnerability. This transition phase, which means reorganization, adjustment and readjustment in all aspects, especially in terms of identity changes and new role definitions.

Object: Identify the factors associated with perinatal anxiety in puerperal women at the Delicias de Villa Health Center in 2020.

Materials and methods: An analytical, cross-sectional and observational study was carried out, a representative study of 87 women attended in the Department of Gynecology and Obstetrics of the Delicias de Villa Health Center located in the district of Chorrillos in Lima, Peru in 2020. The research is based on a questionnaire covering demographic, social and obstetric characteristics. Use the Perinatal Anxiety Screening Scale (PASS) to measure perinatal anxiety. For statistical analysis, the chi-square test and logistic regression are used. The statistical association was considered $p < 0.05$ using the SPSS 14.0 statistical program.

Results: The prevalence of perinatal anxiety in treated puerperal women was 17.24%. Nationality, residence and pregnancy are factors associated with perinatal anxiety 2020 ($p < 0.05$). Found in bivariate analysis, being a foreigner (RP=38,95, IC 5,36- 283,12, P 0,000), residing in a settlement (RP=8,14, IC 1,11-59,76 P0, 039) and being primiparous (RP=15, IC2,03-110,41, P 0,008) they are considered associated factors of perinatal anxiety.

Conclusion: Being a foreigner, residing in a settlement and being primipara are related to anxiety disorder during the puerperium can effectively use the resources of the health system to promote the formulation of strategies, in order to target the most needy vulnerable population intervention.

Keywords: (MESH) Anxiety, postpartum, pandemics

INDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	10
1.1 Descripción de la realidad problemática: PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA ...	10
1.2 Formulación del problema	11
1.3 Línea de Investigación nacional y de la URP vinculada	11
1.4 Justificación del Estudio	11
1.5 Delimitación.....	13
1.6 Objetivos.....	13
1.6.1 General:.....	13
1.6.2 Específico.....	13
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	15
2.1 Antecedentes de la Investigación	15
2.2 Bases teóricas.....	22
2.3 Definiciones conceptuales	28
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS.....	30
3.1 Hipótesis general, específicas	30
3.2 Variables principales de investigación	30
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.....	31
4.1 Tipo y Diseño de estudio	31
4.2 Población y muestra	31
4.3 Operacionalización de variables	35
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	36
4.5 Recolección de datos	36
4.6 Procesamiento de datos y plan de análisis.....	37
4.7 Aspectos éticos	37
CAPÍTULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	39
5.1. RESULTADOS.....	39
5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	41
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
6.1 conclusiones:.....	44
6.2. RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
ANEXOS.....	50
ANEXO 01: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS FIRMADO POR ASESOR Y DIRECTOR DE LA TESIS.	50
ANEXO 02: CARTA DE COMPROMISO EL ASESOR DE TESIS:	51
ANEXO 03: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA	52
ANEXO 04: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN.....	52
ANEXO 05: ACTA DE APROBACIÓN DEL BOORADOR DE TESIS	54
ANEXO 06: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN	55
ANEXO 7: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER	

ANEXO 08: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	57
ANEXO 09 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	58
ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS O INSTRUMENTOS UTILIZADOS.....	60
ANEXO11: BASE DE DATOS EXCEL.....	63

INTRODUCCIÓN

El puerperio es un evento biológico natural, pero durante este período, hay experiencias conflictivas. Es un período de severa vulnerabilidad emocional. Esta es una fase de transición, que significa reorganización, ajuste y reajuste en todos los aspectos, especialmente en términos de cambios de identidad y nuevas definiciones de roles. Estos cambios generalmente comienzan con la confirmación del embarazo y puede durar un período de tiempo después del parto, según la experiencia de cada mujer.

A nivel psicológico y emocional de la mujer, el embarazo varía según la personalidad y/o situación. Algunas mujeres embarazadas pueden mostrar ansiedad perinatal y miedo antes de dar a luz. Algunos autores lo asocian con malos resultados obstétricos y neonatales.

Los síntomas de ansiedad perinatal son comunes durante el embarazo y hasta un tercio de las mujeres pueden experimentar síntomas de ansiedad.

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Al menos el 8 a 12% de las 4 millones de parturientas en los Estados Unidos (EE. UU). Cada año sufren de trastorno de ansiedad en postparto, siendo el trastorno de “ansiedad” generalizada (TAG) y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) los más comunes; se han reportado tasas similares en Canadá y Alemania. En los países en desarrollo, las tasas de ansiedad posparto parece ser como la de los países industrializados.¹

El 10% de las mujeres en posparto desarrollan “ansiedad” a nivel mundial. ². El nivel de ansiedad en el segundo trimestre fue de 11,99 (6,2%) para las madres, según España representate de Europa³. Según estudios del Ministerio de Salud(“MINSA”), el 7% poblacional padece ansiedad generalmente, con regiones más grande prevalencia como Lima Metropolitana.⁴ El 41.54% de la población de gestantes, esto muestra claramente qué represente un estado de ansiedad perinatal en Cusco como un departamento representante de la Sierra del Perú. ⁵

A medida que la nueva pandemia de “coronavirus” se desarrolla en todo el país y en todo el mundo, decenas de miles de mujeres se convertirán en madres en las próximas semanas, en medio de la incertidumbre y los temores que pueden afectar su salud. Hasta el momento, los desafíos que enfrentan las madres en la pandemia son diferentes a cuando no había pandemia. Por lo que es necesario considerar la preparación emocional en esta etapa específica del COVID-19. Las mujeres embarazadas están llenas de emociones sobre la llegada de sus bebés, pero al mismo tiempo tienen miedo de infectarse. La inquietud siempre está presente, lo que puede generar ansiedad e incertidumbre, y llevar a chequeos periódicos en línea y otros exámenes médicos para buscar controlarlo todo el MINSA ha informado que entre el 16 de marzo y el 27 de abril en Perú nacieron más de 53 840 bebés en el marco de la crisis de salud que desencadenó el COVID-19.⁶

En el Perú, los estudios acerca de ansiedad perinatal, fueron hechos hace tres de años atrás⁷, sin embargo, las circunstancias actuales inducidas por la pandemia que atraviesa nuestro país, podría influir negativamente sobre esta condición, por lo que se hace necesaria su investigación.

1.2 Formulación del problema

Por todo lo anteriormente mencionado, planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados a ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020?

1.3 Línea de Investigación nacional y de la URP vinculada

Las líneas de investigación de la Universidad Ricardo Palma, según Consejo Universitario N 50613 2016, a las que se adhiere el presente trabajo siguiente:

Área de conocimiento: Medicina Humana y Enfermería.

1. Clínicas médicas, clínico quirúrgico y sus especialidades.

En Conformidad a las prioridades de investigación del Instituto Nacional de Salud proyectada 2019-2023 esta investigación se enmarca dentro de los problemas 1 qué es salud materna, perinatal y neonatal y 4 qué es salud mental de los 11 problemas sanitarios de nuestro país.

1.4 Justificación del Estudio

La “ansiedad” causa pérdidas de un billón de dólares a la economía mundial cada año. Debemos encontrar formas de garantizar que las gestantes, independientemente de dónde se encuentren, tengan acceso a los servicios de salud mental. Sin embargo, la inversión actual en servicios de salud mental está muy por debajo del nivel necesario. Según el Atlas de salud mental de la OMS de 2014, los gobiernos gastan un promedio del 3% de su presupuesto de salud en salud mental, que va desde menos del 1% en los países de bajos ingresos como

Perú al 5% entre los de altos ingresos. Este no es solo un problema de salud pública, sino también un problema de desarrollo.⁸

El trastorno de ansiedad es una enfermedad común en obstetricia, pero desafortunadamente no está completamente diagnosticada. Se relaciona con la aparición de consecuencias adversas para la madre y el recién nacido.

El propósito de este estudio es determinar el nivel de ansiedad que existe en las mujeres embarazadas en el entorno. No existen investigaciones actuales en nuestro medio, en este contexto de pandemia, para evaluar el estado mental de las mujeres embarazadas, las mujeres embarazadas están más inclinadas al estado de ansiedad, depresión u otros estados mentales y más aún en tiempos de pandemia.

El posparto pertenece a los instantes más vulnerables emocionalmente para una dama, y la soledad que obliga la cuarentena puede empeorar el caso. Las madres actuales requieren, además de la pareja, la compañía y ayuda de otras madres expertas: nuestra madre, las tías o abuelas, y las amigas, en especial con hijos pequeños. La carencia de una red de sostén puede dificultarlo todo, en especial para las primerizas, que acostumbran tener muchas más dudas y requieren apoyo extra en el principio de la lactación. La soledad es un componente de peligro para la depresión materna en el posparto, un rato en el cual la dama debería estar bien acompañada.⁹

La supervisión de salud es una probabilidad privilegiada para acompañar a las nuevas familias en su transición a la parentalidad. Este período trae importantes desafíos para la madre, y en ocasiones la demanda puede superar los recursos emocionales del núcleo familiar; este desbalance puede favorecer que madres presenten sintomatología mental.¹⁰ En lo económico, 82,9 millones de nuevos soles son para atención a nivel nacional a 191 799 madres gestantes, mediante la atención perinatal reenfocada y de casos con complicaciones, atenciones

obstétricas incluido la salud mental, UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) e ingreso al sistema de referencia institucional. ¹¹ La mejora a la atención a las madres y familias durante el embarazo, parto y posparto mediante la formación a los profesionales, y así favorecer el desarrollo de programas de ayuda y de equipos multidisciplinares capaces de detectar, atender de manera correcta o derivar a las madres que presentan problemas a un especialista, sin que ello implique dividir a madres y bebés o suspender una lactancia materna deseada, se debe contribuir a difundir información científica actualizada con una visión de la perinatalidad integradora y promotora de salud, que tengan presente las causas y pongan el énfasis en los cuidados, la prevención, la comprensión y satisfacción de las auténticas necesidades de las madres, bebés y familias en la etapa perinatal.¹²

1.5 Delimitación

Lugar de ejecución:

Puerperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el distrito Chorrillos en el periodo del año 2020.

1.1 Viabilidad

El estudio es viable ya que se contó con el permiso de la institución, se realizó a puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa, con la ejecución de esta investigación no se alterará ni causará algún daño; por contrario, se pretende coadyuvar con la calidad de vida de la población estudiada, pues determinó la asociación entre factores y ansiedad; también fue evaluado por el comité de ética.

1.6Objetivos

1.6.1General: Identificar los factores asociados a ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020

1.6.2 Específico

Determinar la prevalencia de ansiedad perinatal en puérperas.

Determinar si la edad, estado civil, nivel de educación y ocupación es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas.

Determinar si la nacionalidad es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas.

Determinar si el sector residencial es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas.

Determinar si la paridad es un factor asociado para ansiedad perinatal en puérperas.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la Investigación

Antecedentes Internacionales

Un estudio titulado "Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic" realizado en Polonia y China, por Kajdy A et al., en el año 2020, fue un estudio de tipo transversal, su objetivo fue evaluar el factor de riesgo para ansiedad y depresión en mujeres gestantes durante el COVID-19. El tamaño de muestra estimado es 500 para cada país. Los resultados según la encuesta de trastorno de ansiedad general-7 (GAD-7) para la población general varían entre 4,75 ($\pm 4,76$) a 5,7 ($\pm 4,9$). Para PHQ-9, las puntuaciones varían de 3,0 ($\pm 4,3$; para la población de 30 a 39 años) a 5,2 ($\pm 5,06$)¹³.

Un estudio titulado "Asociación de ansiedad prenatal con parto prematuro y bajo peso al nacer: evidencia de un estudio de cohorte de nacimiento" realizado en China por Lu M et al, en el año 2020 fue un estudio de tipo de cohorte en Se reclutó a mujeres en las primeras etapas del embarazo para seguimiento, se evaluó la "ansiedad" prenatal en tres trimestres mediante la escala de autoevaluación de ansiedad y la puntuación ≥ 50 se consideró ansiedad. Las tasas de ansiedad en el primer, segundo y tercer trimestre del embarazo fueron del 12,5%, 3,7% y 7,4% respectivamente. La ansiedad en el tercer trimestre se asoció con una mayor probabilidad de parto prematuro (OR = 3,55, IC del 95%: 1,62-7,82). Las asociaciones entre la ansiedad en los tres trimestres y el bajo peso al nacer no fueron significativas. La ansiedad de nueva aparición en el tercer trimestre se asoció con un aumento significativo del riesgo de parto prematuro (OR = 5,20, IC del 95%: 1,84-14,70) y bajo peso al nacer (OR = 6,93, IC del 95%: 2,42-19,88)..¹⁴

Un estudio titulado "Intergenerational transmission of emotion dysregulation: Part I. Psychopathology, self-injury, and parasympathetic responsivity among pregnant women" realizado en E.E.U.U por Lin B et al, en el año 2020, fue un estudio de tipo transversal Los participantes incluyeron 162 embarazadas reclutadas para reflejar

un rango de desregulación emocional. Las mujeres tenían una media de 29 años (rango 18-40). El 54% de las mujeres identificadas como blanca no hispano, 9% como asiática, 6% multirracial, y menos del 4% de cada uno de indias americanas / nativas de Alaska, Nativa hawaiana / isleña del Pacífico y negra / afroamericana. Además, el 27% de las mujeres identificadas como hispanas / latinas. Las mujeres estaban con un pareja (91,4% conviviendo; 75,9% casada). Mujer tenían una buena educación: el 96,9% había terminado la escuela secundaria; 32,1% alguna universidad, técnica o una Universidad de 2 años; 32,1% una universidad de 4 años; y el 19,5% se había graduado. El ingreso familiar anual medio fue \$ 50,000-79,999, y varió desde menos de \$ 9,000 (4.4%) a \$ 100,000 o más (15%). Nueve mujeres no estaban seguras de su ingresos familiares anuales y 2 se negaron a responder. Las embarazadas eran deseadas y concebido sin ayuda de tratamiento de fertilidad (90,7%). Las mujeres nunca habían sido diagnosticadas. Con problemas físicos relacionados con el embarazo (89%), y la mayoría no experimentó complicaciones (93,2%). Sesenta y tres mujeres (38,9%) informaron que actualmente toman uno o más medicamentos recetados; 2 mujeres se negaron a responder. Psicólogos universitarios estudiantes de psicología ($M = 80.19$, $SD = 26.79$ en la muestra actual, en comparación con $M = 77,99$, $SD = 20,72$ en la muestra de validación). Correlacionado positivamente con todos los tipos de estrés (r s osciló entre 0.28 a 0.40) y angustia (r s varió de 0.41 a 0.72),¹⁵

Un estudio titulado "Prevalence and determinants of antepartum depressive and anxiety symptoms in expectant mothers and fathers: results from a perinatal psychiatric morbidity cohort study in the east and west coasts of Malaysia" realizado en Malasia por Nasreen H et al, en el año 2018 fue un estudio de tipo transversales de un estudio de cohorte prospectivo de 911 mujeres embarazadas y 587 mujeres embarazadas. Los análisis identificaron los determinantes de los síntomas de ansiedad y depresión antes del parto (ADS y AAS). La prevalencia de ADS fue de 12.2% en embarazadas y 8.4% en futuros padres, mientras que AAS fue de 28.8% en embarazadas y 13,3% en padres embarazadas, y los síntomas significativos concurrentes fue del 8,0% en mujeres embarazadas madres y 4.0%

en futuros padres. Las mujeres embarazadas y los padres que habían percibido apoyo social/familiar fueron menos, Es probable que sufra ADS. Violencia, mala relación con los maridos, depresión vivir en una casa alquilada, preferencia de sexo por el feto, estres y la depresión de la esposa en el embarazo asoció a ADS. ¹⁶

Un estudio titulado “Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy” realizado en Singapur por Zhu C et al, en el año 2018 fue un estudio de tipo transversal. Reclutamos a 121 mujeres y 68 parejas que enfrentan amenazas de aborto, y 241 mujeres y 180 parejas que experimentan embarazos sin complicaciones de una maternidad terciaria hospital en Singapur. Todos los participantes completaron un Cuestionario de información y el Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS (depresivos: 33,1% vs 17,0%, $p=0,008$; ansiedad: 48,8% vs 23,7%, $p <0,0001$). Las parejas (depresivo: 10,3% frente a 7,2%, $p = 0,439$; ansiedad: 23,5% vs.18, 9%, $p = 0,478$). Aborto permaneció significativamente asociado con la sintomatología depresiva (OR 2,70; IC del 95%: 1,55, 4,71; $p <0,0001$) pero no entre sus parejas (OR 1,47; IC del 95%: 0,56; 3,87; $p = 0,430$). ¹⁷

Un estudio titulado “Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors” realizado en Brazil por Silva M et al, en el año 2017 fue un estudio de tipo descriptivo, correlacional, transversal. Se recopilaron datos de enero a mayo de 2013 utilizando la subescala de ansiedad hospitalaria y un formulario compuesto por caracterización socioeconómica; anamnesis gestacional; hábitos y eventos que cambian la vida; condiciones preexistentes y relaciones interpersonales. Un total de 209 embarazadas mujeres de un municipio del sur de Minas Gerais, Brasil. La ansiedad estuvo presente en el 26,8% de las gestantes, tercer trimestre (42,9%). Ocupación ($p = 0,04$), complicaciones en embarazos previos($p = 0,00$), antecedentes de riesgo de aborto espontáneo de parto prematuro ($p = 0,05$), deseo materno ($p = 0,01$), abortos ($p = 0,02$), cigarrillos fumados diario ($p = 0,00$) y drogas ($p = 0,01$) se asociaron estadísticamente con la aparición de ansiedad.¹⁸

Un estudio titulado "Factores asociados al nivel de ansiedad y desconocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas" realizado en España por Gancedo-García A et al, en el año 2017 fue un estudio de tipo transversal: Participantes en siete centros médicos de la Zona V (Asturias): Las embarazadas por primera vez completaron cursos prenatales desde el 1 de junio de 2015 hasta el 31 de octubre de 2015, pero excluyendo embarazo múltiple, embarazo de alto riesgo. Cuestionario de ansiedad STAI y 23 preguntas sobre crianza y lactancia. Se Realizó un análisis descriptivo y coeficientes de regresión lineal múltiple (programa R). 104 mujeres embarazadas con una edad promedio de 34,2 años (desviación estándar: 4,5 años). Los hispanos representaron el 94.2%, los estudiantes universitarios representaron el 61.5%, los fumadores que fumaron durante el embarazo representaron el 17.3% y las precauciones de enfermedades mentales representaron el 23.1%, 88,4% planea tomar LM. El estado promedio de STAI (STAI-E) fue 18,1 (DE: 7,4) y su puntuación promedio fue de 4,5 (DE: 2,3). Las preguntas más infructuosas son la causa de la fiebre (56,7%), el valor medido de la fiebre (54,8%) y las heces fisiológicas (55,7%). El análisis multivariado entre conocimiento y archivos muestra que las estadísticas relacionadas con extranjeros y universitarios son significativas. ¹⁹

Un estudio titulado "Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea" realizado en Colombia por Quintana-Guardo F, et al, en el año 2020. Fue un estudio de tipo transversal de mujeres embarazadas a término con o sin actividad uterina con complicaciones médicas, quirúrgicas u obstétricas realizadas antes de la cesárea el Curso electivo en Cartagena, Colombia. Escala de Información y Ansiedad Preoperatoria de Ámsterdam (APAIS). Estimar el coeficiente de correlación entre las puntuaciones de las dos subescalas APAIS Y variables cuantitativas. Estudio 326 mujeres embarazadas, edad $28,5 \pm 6,4$ años, 7,9% de adolescentes; El primer embarazo representó el 24,2%, la cesárea anterior el 81,9% y ninguna otra operación supuso el 70,8%. El 45% dijo que no le importa en absoluto la cirugía o la anestesia, mientras que el

7,8% espera información. Frecuencia de AP más información de cirugía o anestesia es 9.2% familiares, la sala de espera se correlacionó negativamente con AP, rho: -0,127 [IC 95%: -0,232-0,019]. Información sobre la cirugía o la anestesia relacionada con una mayor incidencia de AP, o: 10,9 [IC del 95%: 4,54-26,36]. Lo mismo ocurre con el estado civil: en lo que respecta al matrimonio, matrimonio libre y matrimonio separado: o: 3,7 [IC 95%: 1,5-9,2] y: 4,4 [IC 95%: 1,0-19,3]..²⁰

Un estudio titulado "Relación entre la ansiedad prenatal y la ansiedad intraparto". Realizado en España por Mira M, en el año 2019. Fue un estudio de tipo observacional prospectivo se realiza en dos fases. Entre las 38 a 40 semanas después del nacimiento (primera etapa) y el segundo día después del parto, utilice los cuestionarios autocompletados de la escala de ansiedad Stait and Trait para medir la ansiedad, que se refiere a la ansiedad que se siente durante el parto (segunda etapa). Desde octubre de 2013 a febrero de 2016, hubo 4 hospitales públicos en el este de España. La muestra de conveniencia de 155 embarazadas de 19 a 46 años con riesgo medio o bajo de embarazo, y el período de parto fue de 36 a 42 semanas. T de Student entre las puntuaciones de parto y embarazo, la diferencia promedio fue de 6.28 puntos (DE 11.44, p <0.001), que fue estadísticamente significativa.²¹

Un estudio titulado "Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors" realizado en Africa por Madhavanprabhakaran G et al, en el año 2015. Determinar la prevalencia de ansiedad específica del embarazo (PSA) y sus factores asociados entre las mujeres embarazadas durante los tres trimestres del embarazo. Se realizó una encuesta exploratoria prospectiva entre 500 mujeres embarazadas indias de bajo riesgo de 18 a 35 años. Un importante hospital de maternidad del gobierno en el estado sureño de Kerala, India.

Muestra conveniente 500 mujeres embarazadas de bajo riesgo que acudieron al hospital principal de maternidad del gobierno durante el período de junio de 2004 a julio de 2005. Para el estudio se adoptó un diseño de investigación exploratorio con un enfoque de cohorte prospectivo. Se utilizaron el Inventario de ansiedad

rasgo estatal (STAI) y el Inventario de ansiedad específica del embarazo (PSAI) para recopilar los datos. La mayor prevalencia de ansiedad específica del embarazo (PSA) se informó durante el tercer trimestre.

Las nulíparas más de PSA que las multiparas ($M = 134,40$, $M = 116,8$). joven, estado de nulípara y la naturaleza de la familia son factores de riesgo de ansiedad.²²

Un estudio titulado "Prevalence and Risk Factors of Maternal Anxiety in Late Pregnancy in China" realizado por Kang Y, en el año 2016.

Se realizó un estudio transversal en el Changchun Hospital de Ginecología y Obstetricia de enero de 2015 a marzo de 2015, con 467 participantes de al inscrito como mínimo 38 semanas de gestación. La ansiedad prenatal se midió mediante la autoevaluación de la ansiedad Escala (SAS). Entre los 467 participantes, la prevalencia de predominio la ansiedad fue del 20,6% (96 de 467). Las características sociodemográficas (por ejemplo, área, edad, ingresos del hogar), el análisis la ansiedad mostró una relación significativa con la educación inferior a la escuela media $p = 0.007$ 0.349 (0.162–0.750) parto natural esperado 0.003 0.450 (0.265–0.762), anemia $p = 0.017$ 2.387 (1.17–4.878), Hipertensión $p = 0.001$ 6.173 (2.427–15.615), falta de armonía en la relación $p = 0.003$ 0.391 (0.211–0.724) y satisfacción $p = 0.001$ 0.175(0.093-0.328).²³

Antecedentes Nacionales

Un estudio titulado "Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú" realizado en Perú por Serrano-Villa S et al, en el año 2016. Fue un estudio de tipo cohorte prospectivo. El parto prematuro en 2016 se definió como 37 semanas. Incluidos pocos estudios realizados en Perú, la relación con el sujeto, realizado en un hospital público de Lima, Perú, incluidas 247 embarazadas (enero de 2014 a enero de 2015). Embarazadas entre 28 y 35 semanas de embarazo, los datos prenatales y perinatales se obtienen de los libros de nacimiento y del historial médico. La herramienta es la encuesta Inventario Nacional de Ansiedad Rasgo (STAI). STATA para el análisis de datos Versión 11.1. La mediana de edad de fue

de 27 años, el 68,1% eran en convivencia, el 58% completó la secundaria. Incidencia 11,6% parto prematuro. En el análisis multivariado, el riesgo relativo de ansiedad es 1,23 (IC del 95%: 0,57-2,65). El rasgo de ansiedad es 0,97 (IC del 95%: 0,45 a 2,06).⁷

Un estudio titulado "Factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes realizado en Perú" por Espinoza D, en el año 2016. Fue un estudio de tipo transversal y observacional se realizó en una muestra de 138 gestantes del tercer trimestre que se desempeñaron en el departamento de obstetricia y ginecología del Hospital Belén de Trujillo entre enero y febrero de 2016. La investigación se basa en cuestionarios que abarcan lo sociodemográficos. Se utilizó la Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS). La prevalencia de ansiedad en terceros trimestres atendidos fue de 52%. Violencia, no planeados, complicaciones, baja educación, ama de casa, soltera, edad materna extrema, primer matrimonio, falta de económica y falta de apoyo. En el análisis multivariado, se encontró que la edad fue menor de 20 años y mayor de 34 años (OR = 3,22, IC 95% 1,15-9,02, p 0,02), nivel de educación secundaria o inferior (OR = 3,08, 95% IC 1,21-7,84, p 0,01), las complicaciones (OR = 2,91, IC 95% 1,1-7,67, p 0,03) y no planificado (OR = 4,43, IC 95% 1,73-11,33, p 0,00) se consideraron ansiedad.²⁴

Un estudio titulado "Antecedente de eventos obstétricos adversos como factor asociado a "ansiedad" en la gestante del Hospital de apoyo Chepén, octubre-diciembre 2016" realizado en Perú por Moscal K, en el año 2017. Fue un estudio observacional, de corte transversal, descriptivo, se realizó una muestra representativa de 200. La distribución de la ansiedad es baja (22%), media (61%) y alta (17%). En comparación con las mujeres embarazadas con ansiedad baja, la edad promedio de las mujeres embarazadas con ansiedad moderada / alta fue de $28,15 \pm 6,04$ vs. $30,16 \pm 3,93$; $p < 0,05$; el precio medio fue $2,19 \pm 0,92$ vs $2,51 \pm 0,63$; $p < 0,05$. La proporción de estado civil casado es del 80% al 95,56%; $p < 0,05$, el nivel de educación superior es del 40% al 57,78%; $p < 0,05$. La incidencia de antecedentes médicos obstétricos adversos (AEOA) fue del 23,23%, mientras que

el 62,22% en el mismo período; $p < 0,001$; con respecto al tipo de AEOA, la proporción de abortos fue del 9,68% vs 24,44%; $p < 0,001$, el parto prematuro representó el 7,10%, mientras que el mismo período 28,89%; tipo AEOA $p < 0,001$. En un análisis multivariado, el nivel de estudios ($ORa = 2,41$) y el historial de eventos obstétricos adversos (AEOA) ($ORa = 5,93$)²⁵

Un estudio titulado "Factores psicosociales que influyen en los trastornos del estado de ánimo de las puérperas atendidas en el Centro de Salud Simón Bolívar. Cajamarca. 2017" realizado por Portal E, en Perú en el año 2017, El estado de ánimo de las madres atendidas por el Centro de Salud Simón Bolívar Cajamarca. 2017 ", correspondiente a un estudio transversal descriptivo, no experimental El análisis de correlación se realizó en una muestra de 136 mujeres a medio plazo. Datos maternos básicos y dos pruebas: "Escala de ansiedad y depresión Goldberg (EADG) y cuestionario psiquiátrico posparto. Entre las 136 mujeres embarazadas, el 58,1% mostró ansiedad representa el 63,2% La depresión y la psicosis se presentaron en el 4,4%. Los factores psicosociales que influyen en la ansiedad 20 a 29 años (22,8%) $p: 0.004$, conviviente (41,2%) $p: 0.029$ y violencia (52,2%) $p: 0.037$. Inmediatamente Enfermedad mental posparto, edad menor o igual a 19 años (3,7%), soltera (3,7%), educación primaria (4,4%) y apoyo familiar (2,9%).²⁶

2.2 Bases teóricas

Ansiedad Perinatal

En el campo de la salud, la ansiedad de la mujer los síntomas son comunes en el período del posparto. Una revisión reciente de la literatura informó que la ansiedad generalizada trastorno, el trastorno de pánico (EP) , trastorno obsesivo compulsivo (TOC) y el trastorno de estrés postraumático (TEP) se diagnostica con frecuencia en mujeres posparto. Por lo tanto, la EP es más común en mujeres posparto que en la población general. La EP se caracteriza tanto por ataques de pánico recurrentes e inesperados, con al menos uno de los ataques ha sido seguido por 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes: (a) persistente preocupación por

tener ataques adicionales; (b) preocuparse por las implicaciones del ataque o sus consecuencias (p. ej. perder el control, sufrir un infarto, “volverse loco”); (c) un cambio significativo en el comportamiento relacionado con los ataques. Se diagnostica a menudo (pero no siempre) junto con la agorafobia.²⁷

Epidemiología

Específicamente, la prevalencia de ansiedad clínicamente significativa, que es la condición mental más común durante el posparto período, se ha observado a una tasa del 10-20% en el desarrollo países y aproximadamente el 30% en desarrollo países. Además, las tasas de prevalencia de la EP en el la población general oscila entre el 1,5 y el 3,5%; media mientras que, aunque utilizando una pequeña muestra, un estudio previo mostró que el 11% de las mujeres posparto tienen EP.²⁷

Fisiopatología

El embarazo, nacimiento y la lactancia, producen alteraciones fisiológicas marcadas que contienen cambios múltiples hormonales, y en el sistema de neurotransmisores, que podrían estar involucrados con los síntomas de “ansiedad”. Otras causas encontradas son los agonistas B adrenérgicos como la terbutalina que se utiliza en el parto prematuro, precipita ataques de pánico y síntomas de ansiedad. El hipertiroidismo que se tiene que considerar como un diferencial.²⁸

Factores de riesgo

Los factores más relevantes asociados con la ansiedad prenatal fueron: falta de pareja o de apoyo social; historial de abuso o violencia doméstica; historia personal de enfermedad mental; embarazo no planeado o no deseado; eventos adversos en la vida y alta percepción estrés; complicaciones del embarazo presente/pasado; y pérdida del embarazo. Los resultados muestran la compleja etiología de la ansiedad prenatales. La administración de una herramienta de

detección para identificar a las mujeres en riesgo de ansiedad durante el embarazo debe ser una práctica universal para promover el bienestar a largo plazo de madres y bebés, y el conocimiento de factores de riesgo puede ayudar a crear tales herramientas de detección dirigida a mujeres con riesgo²⁹

Signos y Sintomas

La ansiedad perinatal puede incluir preocupaciones y miedos extremos, a menudo relacionados con la salud y la seguridad del bebé. Algunas mujeres tienen ataques de pánico y pueden sentir disnea, dolor de pecho, mareos, sensación de pérdida de control, entumecimiento y hormigueo.³⁰

Tratamiento

La terapia dialéctica conductual (TDC) es un tratamiento innovador, basado en principios e integral se originó a partir de la terapia cognitivo-conductual, que integra principios dialécticos y prácticas de atención TDC consta de cuatro módulos, a saber, atención plena habilidades, tolerancia a la angustia, regulación de las emociones e eficacia interpersonal. Inicialmente fue desarrollado por Linehan para adultos con personalidad límite trastorno para mejorar su tolerancia a la angustia y la emoción habilidades de regulación de la acción. Más tarde, los profesionales y la investigación- Encontraron que TDC también era útil para trastornos de "ansiedad" y para el caso actual, propusimos una base TDC intervención psicológica que implica el entrenamiento de la atención plena ejercicio de relajación para regular las emociones negativas, habilidades de tolerancia a la angustia, así como interpersonales, habilidades para compartir la angustia y obtener apoyo. Evidencia empírica apoyó la utilidad de estas tecnologías TDC. Por ejemplo, los participantes que ejercieron la mente habilidades de plenitud informaron una reducción significativamente mayor en cuestionarios de ansiedad en comparación con los controles. El entrenamiento en regulación de las emociones resultó en síntomas depresivos y de ansiedad en una muestra de

estudiantes universitarios adquisición de habilidades de tolerancia al estrés de manera significativa mejoró el bienestar psicológico y redujo reactividad emocional entre los participantes con trastorno bipolar. Un TDC similar informado programa psicológico disminuyó significativamente los síntomas de desesperanza, depresión, ansiedad y persecución niveles de sufrimiento percibidos en una muestra de participantes. A pesar de una gran cantidad de literatura que informa papel de TDC en los trastornos mentales crónicos, su efecto, la capacidad de intervención en crisis carece de investigación. El presente informe describió el uso de una sesión de tres intervención psicológica basada en TDC para un paciente en embarazo tardío y posparto temprano, y examinado su eficacia para aliviar la ansiedad.³¹

El valor actual de los costos totales de por vida de la ansiedad es alto por mujer con condición. Si se aplicarán estimaciones de prevalencia, el costo respectivo de la “ansiedad” perinatal fue de aproximadamente de 8500 por mujer que dio a luz; para el Reino Unido, el los costes globales fueron de 6.600 millones. La mayoría de los costos relacionados con impactos adversos en los niños y casi una quinta parte corrió a cargo del sector público. Los hallazgos sugieren la necesidad de asignar más recursos para apoyar a las mujeres con problemas perinatales, como enfermedad mental. Se requiere más investigación para comprender el tipo de intervenciones que pueden reducir la efectos negativos a largo plazo tanto para la madre como para la descendencia.³²

Es importante el uso de terapia cognitivo-conductuales (TCC) para el TOC, EP y la fobia específica, tanto en embarazo y posparto. Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) condujeron a un TOC y una EP importantes mejora tanto en el embarazo como en el posparto sin efectos secundarios para los bebés. En la clínica más grande muestra hasta la fecha, el 65% de las pacientes posparto que ingresaron al ensayo de etiqueta abierta de fluvoxamina (hasta 300 mg/día) experimentaron una disminución del 30% o más en el puntaje total de Yale – Brown Obsessive–Escala compulsiva (Y-BOCS). Durante el embarazo, los ISRS

y los antidepresivos tricíclicos (ATC) condujeron a la remisión de síntomas de pánico y resultados saludables para los bebés. Teniendo en cuenta la escasez y heterogeneidad de la literatura disponible, las mejores. La interpretación de la evidencia disponible parece ser que la TCC debería ser el primer tratamiento ofrecido a mujeres embarazadas y lactantes con ATC. Sin embargo, los ISRS pueden representar un tratamiento de primera línea estrategia, y no exclusivamente en los casos en que ATC es refractario a la TCC.³³

Los principales factores de riesgo identificados son previos a la “ansiedad”; los efectos negativos sobre la salud infantil incluyen restricción del crecimiento fetal, bajo peso al nacer, parto prematuro y parto futuro con problemas emocionales y de comportamiento de los niños. Las estrategias de acción incluyen diseñar guías y protocolos de atención clínica para identificar a las mujeres. Los grupos de alto riesgo son aquellos que han desarrollado síntomas moderados o graves.³⁴

El puerperio es la vida de una mujer después de dar a luz. Después se extiende a la recuperación anatómica y fisiológica de la mujer. Este es un período de transición de duración variable, aproximadamente de 6 a 8 semanas, en el que Iniciar y desarrollar el complejo proceso de lactancia y adaptación entre madres y madres. Los niños y su entorno. Clínicamente, el puerperio se puede dividir en tres períodos consecutivos:

- * Inmediatamente después del parto: las primeras 24 horas después del parto.
- * Posparto temprano: incluida la primera semana después del parto.
- * Posparto: incluido el tiempo necesario para la ablación completa del órgano los genitales y las mujeres vuelven a su estado anterior al embarazo.³⁵

Durante este período, la salud de la mujer es una prioridad para lo sanitario. Por tanto, se han desarrollado estrategias a escala global, especialmente diseñado para cuidar a la mujer durante el puerperio. Según diferentes datos, las características del puerperio son Las complicaciones de la madre y el recién nacido pueden ocurrir en esta vez, incluso en estos países, la causa más común de

muerte materna desarrollado. En República Dominicana, según el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), la principal causa de muerte materna es el embarazo, parto y puerperio o hipertensión de la toxemia. Las infecciones puerperales y las complicaciones causadas por el embarazo terminan después de un aborto espontáneo. Según los datos, esto representa una gran proporción de las muertes maternas. La mayoría de estos factores se pueden prevenir. El Ministerio de Salud Pública (MSP) está desarrollando un plan de contención que incluye captar, monitorear y acompañar a las embarazadas en las primeras etapas del parto y posparto, detectando las complicaciones a tiempo y evitando la muerte de madres y recién nacidos, que es una de ellas los enormes desafíos sanitarios del país.³⁶

Ya en 1858, Louis-Vicotor Marcé estimó que había entre 1 y 2 mujeres de cada mil mujeres sufrirán reposo psicótico durante el puerperio, actualmente este porcentaje es conservador. A pesar de que la investigación sobre los trastornos mentales en el puerperio es más precisa. En cuanto a la psicosis posparto, no es reciente y actualmente no existe información sobre su etiología o la teoría al respecto. A través de este artículo, esperamos realizar una revisión histórica y clínica de los siguientes debates Una descripción general del diagnóstico, la etiología y las diferentes explicaciones de la esquizofrenia desencadenada por el posparto para poder brindar una descripción general patología de creciente interés en psiquiatría, psicología y obstetricia.³⁷

Después del parto se han producido una serie de cambios físicos y psicológicos que hacen de esta etapa una el momento en que las mujeres son más vulnerables a los problemas de salud. Uno de estos cambios es la calidad y la cantidad de sueño por la noche, que traerá fatiga posparto. En todos los estudios, las características de la fatiga posparto típica está asociada con una enfermedad mental, por lo que la relación entre ellos no es visible el estado de salud de la mujer durante este período. El estudio muestra que entre el 60% y el 65% de las mujeres en el posparto duermen poco tiempo, el sueño dura menos de 6 horas y la fatiga

se considera uno de los síntomas más graves después del parto. Varios estudios han confirmado la relación entre la fatiga y la depresión posparto, algunos incluso enfatizaron que existe una relación bidireccional entre los dos, en la que la fatiga predice síntomas mentales y viceversa. La fatiga también está relacionado con los cambios en las funciones de la mujer durante el día, el peso materno y la estructura del bebé. Esta revisión reitera la necesidad de realizar más investigaciones. La fatiga posparto afectará la salud de la madre, por lo tanto, se deben tomar intervenciones para mejorar la salud mental de manera positiva después del parto.³⁸

La ansiedad es una experiencia emocional con la que todos estamos familiarizados. Pero no es tan fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal y puede causar el autoconocimiento que moviliza las acciones de defensa del organismo es la base del aprendizaje, estimulando el desarrollo de la personalidad, motivando el logro. Objetivos y contribuir a mantener un alto nivel de trabajo y comportamiento extra. La ansiedad es dañina, desadaptativa, perjudica la eficacia y conduce a enfermedad. En el uso diario, la ansiedad se refiere al nerviosismo a corto plazo. (Sentimiento), que refleja la conciencia del peligro (miedo), fuerte deseo (deseo), respuesta fisiológica a necesidades (estrés) y estados dolorosos (trastorno de ansiedad). En el campo de la psiquiatría, la psicopatología de la palabra ansiedad es un sentimiento, síntoma, síndrome y enfermedad.³⁹

Clasificación: Los trastornos de ansiedad son aquellos síndromes en donde los síntomas de ansiedad, físicos y mentales, son importantes y persistentes, y no son secundarios a ningún otro trastorno. Pánico con agorafobia en la Diagnostic and Statitital Manual of Mental Disorders(DSM) y agorafobia con pánico en la Comité Internacional de Enfermedades(CIE).⁴⁰

2.3 Definiciones conceptuales operacionales

Trastorno de ansiedad perinatal: Señal de alerta involuntaria del organismo frente a estímulos en el periodo perinatal.

Edad: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.

Estado civil: El estado civil de la mujer embarazada en el momento de la encuesta.

Nivel educativo: Grado académico máximo.

Ocupación: El tipo de trabajo que realizan las mujeres embarazadas.

Nacionalidad: Es el estado al que pertenece una persona que ha nacido en una nación determinada.

Sector Residencia: La persona vive en el momento, y en el que además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo.

Paridad: Número total de embarazos.

CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis General, específicas

Existe asociación entre los factores evaluados y la ansiedad perinatal en puérperas del centro de salud delicias de villa en el año 2020.

La prevalencia esta asociado ansiedad perinatal en puérperas.

La edad, estado civil, nivel de educación y ocupación están asociados con la ansiedad perinatal en puérperas.

La nacionalidad está asociado con la ansiedad perinatal en puérperas.

El sector residencial esta asociado con la ansiedad perinatal en puérperas.

La paridad esta asociado para ansiedad perinatal en puérperas.

3.2 Variables principales de investigación

Trastorno de ansiedad perinatal

Edad

Estado civil

Nivel educativo

Ocupación

Nacionalidad

Residencia

Paridad

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipo y Diseño de estudio

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal, analítico y observacional.

Es observacional porque no se realizará intervención alguna ni se manipulará las variables; descriptivo, porque presentaremos los datos obtenidos con su respectiva del padrón.

4.2 Población y muestra

Puérperas del centro de salud delicias de villa en el año 2020. Esta población se caracteriza por puérperas de bajo nivel socioeconomico. Se trabajó con 87 puerperas que fueron atendidas en el “Centro de Salud Delicias De Villa” durante el año 2020. No se realizo ningún muestreo, ya qué se trabajo con toda la población.

Criterios de inclusión:

- Gestantes de entre 28 semanas de gestación y puérperas de hasta el séptimo día después del parto de vida, del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020.

Criterios de exclusión.

- Historia familiar de enfermedad mental.
- Eventos traumáticos en los últimos 12 meses como violencia familiar o doméstica.
- Negarse a participar.
- Pacientes controlados en otros hospitales o sin control prenatal.

No se calculo tamaño de muestra porque se trabajo con toda la poblacion debido a esto para poder objetivo planteado se encontro por la doctora Espinoza : Espinoza Chocano D. Factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes [tesis]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2016. que encontro factores asociado ansiedad perinatal encontrandose con un nivel de confianza 95% y potencia estadistica de Paridad 90,5%
Estado civil 94,9%
Nivel educativo 84,1%
Ocupación 86,9%
Nacionalidad 100%

Sector de residencia 85%

Primipara con datos como antecedentes de la doctora Espinoza

Datos:

Proporción esperada en:
Población 1: 74,000%
Población 2: 39,000%
Razón entre tamaños muestrales: 0,58
Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Tamaño de la muestra*	Potencia (%)
87	90,5

Estado civil con antecedente de la doctora Espinoza

Datos:

Proporción esperada en:
Población 1: 79,000%
Población 2: 40,000%
Razón entre tamaños muestrales: 0,45
Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Tamaño de la muestra*	Potencia (%)
87	94,9

Nivel educativo con antecedente de la doctora Espinoza

Datos:

Proporción esperada en:
Población 1: 65,000%
Población 2: 33,000%
Razón entre tamaños muestrales: 1,42
Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Tamaño de la muestra*	Potencia (%)
87	84,1

Ocupacion con antecedente de la doctora Espinoza

Datos:

Proporción esperada en:
Población 1: 66,000%
Población 2: 33,000%
Razón entre tamaños muestrales: 1,30
Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Tamaño de la muestra*	Potencia (%)
87	86,9

Nacionalidad

Datos:

Proporción esperada en:

Población 1: 60,000%

Población 2: 1,000%

Razón entre tamaños muestrales: 0,35

Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Tamaño de la muestra*	Potencia (%)
87	100,0

Activar Windows

Ir a Configuración de PC para activar Winc

Sector de residencia**Datos:**

Proporción esperada en:

Población 1: 25,000%

Población 2: 3,000%

Razón entre tamaños muestrales: 1,71

Nivel de confianza: 95,0%

Resultados:

Tamaño de la muestra*	Potencia (%)
87	85,0

Activar Windows

Ir a Configuración de PC para activa

4.3Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Número de años indicado en el padron	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Estado civil	El estado civil de la mujer embarazada en el momento de la encuesta.	Situación de las personas determinada por sus relaciones	Nominal	Independiente Cualitativa	Soltera:1
					Casada o conviviente:0
Nivel educativo	Grado academico maximo	Grado de instrucción indicado en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Primaria:2
					Secundaria:1
					Superior:0
Ocupación	El tipo de trabajo que realizan las mujeres embarazadas	Ocupación indicado en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Ocupación cumplida
Ansiedad perinatal	Señal de alerta involuntaria del organismo frente a estímulos en el periodo perinatal	El resultado obtenido por la prueba de detección del trastorno de ansiedad perinatal (PASS) es mayor o igual a 26 puntos.	Nominal	Independiente Cualitativa	Si (≥ 26 puntos) :1.No < 26

Nacionalidad	Es el estado al que pertenece una persona que ha nacido en una nación determinada.	Nacionalidad indicada en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Extranjera:1, Peruana:0
Sector de Residencia	La persona vive en el momento, y en el que además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo.	Sector de Residencia indicada en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Asentamiento:1, Asociación:0
Paridad	Número total de embarazos	Paridad indicada en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Primípara:1, Multípara:0

4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada fue la encuesta y la herramienta de recolección incluye un cuestionario sobre los factores estudiados: como edad, estado civil, nivel educativo, ocupación, nacionalidad, sector de residencia y paridad. La línea crítica es de 26 puntos para distinguir la presencia o ausencia de ansiedad perinatal. Previa autorización del Jefe de salud se obtuvo el padrón de pacientes, se obtuvo el número telefónico se les contacto por WhatsApp para el llenado online de manera confidencial, al final del llenado se le brindó información sobre el tema.⁴¹

4.5 Recolección de datos

El cuestionario está diseñado en un lenguaje de fácil acceso y se marca una respuesta. Además, la Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS) es

aplicable a cada participante. En 2014, Sommerville S y otros en Australia verificaron esta escala; calculando un alfa de Cronbach mayor a 0.96 para observar el grado de consistencia interna. Este es un instrumento de 31 piezas diseñado para detectar la ansiedad de las mujeres antes y después del parto. Establece cuatro métricas relacionadas con síntomas específicos de ansiedad perinatal, que incluyen: 1) ansiedad excesiva y miedos específicos; 2) perfeccionismo, control y trauma; 3) trastorno de ansiedad social; 4) ansiedad aguda síntomas e indicaciones. Los encuestados autoevaluaron cada uno de los cuatro grupos de síntomas de ansiedad, indicando la frecuencia de los síntomas en el último mes. El rango de puntuaciones es de 0 ("nunca") a 3 ("siempre"). La puntuación total para aprobar se puede obtener sumando todo. Esta encuesta no fue validado en trujillo pero si realizada en Trujillo un departamento del Perú por la doctora Daniela Espinoza Chocano en su tesis realizado en el año 2016.⁴²

4.6 Técnica de procesamiento y análisis de datos

Los datos se digitaron en Excel 2010 y luego se analizaron con el programa estadístico Stata-14. Las variables categóricas se expresarán mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). En cuanto a las variables numéricas se expresaron mediante medidas de tendencia central y dispersión, de acuerdo a su distribución. En particular, si es de distribución no normal se utilizó la mediana y el rango intercuartílico; y si es de distribución normal, se utilizó la media y la desviación estándar.

Para determinar la asociación entre dos variables cualitativas en el análisis bivariado, se utilizó la prueba de Chi cuadrado, y en caso se presenten frecuencias pequeñas se usó la Exacta de Fisher. En relación al análisis multivariado, se utilizó la regresión logística para razón de prevalencia con sus respectivos intervalos de confianza al 95%, con varianzas robustas.

4.7 Aspectos éticos

Esta encuesta se rige por los principios básicos de bioética y ética, además, la privacidad y los datos personales generados por la encuesta están garantizados y

mantenidos en estricta confidencialidad en el consentimiento informado y paso por el comité de ética por el cual fue aprobado. Esta encuesta por los principios básicos de bioética y ética en investigación de la Universidad Ricardo Palma.

Limitaciones de la investigación

En el presente estudio se halló limitación en la poca población, no hubo obstáculos o restricción (internas y/o externas), el consentimiento de las puerperas para la encuesta favoreció a la realización de la tesis.

CAPITULO V: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. RESULTADOS

1. ANÁLISIS DESCRIPTIVO, tabla descriptiva

Tabla 1. Características generales de las puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020

	Frecuencia	Porcentaje
Estado Civil		
En una relación o casada	25	28.7%
Soltera	62	71.3 %
Edad (años)*	27	± 6.2
Nivel Educativo		
Hasta Secundario	62	71.3%
Superior	25	28.7%
Ocupación		
Ama de casa	67	77%
Otros	20	23%
Nacionalidad		
Peruana	64	73,6%
Extranjera	23	26,4%
Paridad		
Primípara	42	48,2%
Múltipara	45	51,8%
Sector de Residencia		
Asentamiento	55	63,2%
Asociación	32	36,8%

*Media y desviación estándar.

Se evaluó un total de 87 puerperas que fueron atendidas en el Centro de salud de Villa. La edad promedio fue de $27 \pm 6,2$ años. El 71,3% presentó un nivel educativo hasta secundaria, 77% manifestó ser ama de casa, peruanas 73,6%, múltiparidad 51,8%, viven en asentamientos 63,2%.

Tabla 2. Análisis bivariado de la ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias De Villa en el año 2020

	Ansiedad perinatal		RP(IC 95%)	Valor de p
	Si	No		
Estado civil				
En una relación o casada	4(16%)	21 (84%)	Ref.	Ref.
Soltera	11(17,7%)	51(82,3%)	1,11 (0,38-3,17)	0,847
Nivel Educativo				
Superior	4 (16%)	21 (84%)	Ref.	Ref.
Hasta Secundario	11(17,7%)	51 (82,3%)	1,10 (0,38-3,17)	0,847
Edad	29(23-34)	26(23-31)	1,02(0,95-1,10)	0,492

Ocupación				
Otros	2(10%)	18(90%)	Ref	Ref.
Ama de casa	13 (19,4%)	54 (80,6%)	1,94 (0,47-7,95)	0,357
Nacionalidad				
Peruana	1 (1,5%)	63 (98,4%)	Ref.	Ref.
Extranjera	14 (60,8%)	9 (39,13%)	38,95(5,36-283,12)	0,000
Sector de residencia				
Asociación	1(3.3%)	31(96,8)	Ref.	Ref.
Asentamiento	14(25,5%)	41 (74,5%)	8,14(1,11-59,76).	0.039
Paridad				
Múltipara	1(2.2%)	44(97,8%)	Ref.	Ref.
Primípara	14(33,3%)	28(66,7%)	15(2,03-110,41)	0.008

RP:Razón de prevalencia

De las características generales de las puerperas, Tabla 2, no se halló una asociación entre ansiedad ni con el estado civil ($p=0,846$) IC: 0,38-3,17 ni con el nivel educativo ($p=0,918$) IC: 0,31-2,85, edad ($p=0,492$) IC: 0,95-1,10 ni con ocupación ($p=0,357$) IC: 0,47-7,95; pero si se encontró asociación de “ansiedad” con nacionalidad. Sobre residencia, se encontró que tuvo una asociación significativa con la ansiedad perinatal ($p=0.039$) IC: 1,11-59,76, también se encontró asociación con la paridad ($p=0.008$) IC: 2,03-110,41

2. ANÁLISIS MULTIVARIADO

Tabla 3. Análisis multivariado de factores asociados a ansiedad perinatal en puerperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020

	RPa (IC 95%)	Valor p
Nacionalidad		
Peruana	Ref.	
Extranjera	14,38(2,34-88,14)	0.004
Sector de Residencia		
Asentamiento	Ref.	
Asociación	3,39(0,51-22,51)	0,205
Gravidez		
Primípara	Ref.4,91(0,96-24,96)	0,055
Múltipara		

*Nivel adecuado incluye a las categorías: nivel alto, nivel superior y mejor nivel.

RPa:Razón de prevalencia ajustada

Según la tabla 3, Hay dos variables independientes por análisis multivariado el ser extranjera si es una factor asociado significativamente a ansiedad perinatal ($p= 0.004$) y la paridad ($p=0,055$) al ser una población pequeña. No resultó ser un factor asociado de ansiedad perinatal atraviesa la unidad, el sector de residencia asentamiento ($p=0,205$).

5.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La ansiedad perinatal es una patología común, el personal médico generalmente no la nota y su aparición involucra una variedad de factores demográficos, sociales y obstétricos. En esta encuesta, el propósito fue confirmar la relación entre estos factores y la presencia de ansiedad perinatal en una muestra de 87 gestantes y puérperas.

En este estudio se encontró que la prevalencia de ansiedad perinatal en puérperas atendidas en el Centro de salud Delicias de Villa fue de 17,24%. Esta prevalencia es comparable a Matsumoto et al²⁷ de 10%. Estos estudios se realizaron en países en vía de desarrollo como el Perú, que tienen características demográficas, familiares y culturales comunes en cuanto a la respuesta emocional de las mujeres al embarazo.

Estos hallazgos son respaldados por Pawluski et al¹, en los países en desarrollo, las tasas de ansiedad posparto parece ser al menos tan alta como la de los países industrializados.

No se encontró relación de edad para ser factor de riesgo de ansiedad perinatal se contraponen al estudio elaborado por Kadjy que sí encontró relación en las edades que oscilan 30 a 39 años $\pm 4,3$ ¹³ la explicación puede deberse a que la muestra fue tomada de Europa y Asia, por lo que su genética es distinta, por lo cual se recomienda la comparación demográfica similar.

El trabajo presentado por Serrano⁴³ realizado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé que analizó que el 68,1% eran en convivencia que se a un estudio $p=0,750$ este estudio no encontró asociación con estado civil similar con nuestro estudio $p=0,846$ quien en su mayoría era soltera con un 71,3%, cabe acotar que el estudio del citado se hizo 5 años atrás donde prevalecía la unión familiar y también se hizo en un hospital de referencia, lo recomendable sería que se haga estudio en similar tipo de sanidad.

De igual manera, Serrano⁴³ también en el trabajo de Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé menciona 58% tenían secundaria el $p=0,165$ de igual manera nuestro trabajo con un (RP=0,94IC95%0,31-2,85 y un $p=0,918$) no asociado ambas a ansiedad

perinatal, ambos estudios hechos en Lima. Se recomendaría aumentar la muestra en los próximos estudios en dichos lugares.

En la provincia del norte del Perú, Hospital Belén de Trujillo la autora Espinoza⁴² que encontró como ocupación de ama de casa 72% como factor de riesgo y su valor $\chi^2=15,1$ $p=0,000$ (22) (RP=1,94 IC95%=0,47-7,95 $p=0,357$), la diferencia que en el hospital es otro tipo de muestra a comparación del Centro de Salud, sería ideal más estudios sobre sector familiar similares.

El factor asociado a ansiedad perinatal se halló asociación con nacionalidad extranjera cubre una población con fuerte migración, como variable luego de realizar el análisis multivariado ajustado RP=38,95 IC95%=5,36-283,12,11 $p=0,000$, Se contrasta con el estudio elaborado por Gancedo en la variable ser nacionalidad extranjero ($r=0,5$ $p=0,870$), se puede explicar a qué el estudio a comparación fue realizado en España, se recomendaría realizar en un mismo continente el estudio.

El embarazo no planificado (RP=4.43, 95%IC 1.73-11.33, $p=0.00$) del Hospital Belén de Trujillo elaborado por Serrano⁴³ se podría deducir al no planificar no se conoce los métodos anticonceptivos adecuados lo relacionaría con sector de residencia asentamiento ya que las puérperas tienen mal nivel socioeconómico por ende disminuye conocimiento de métodos anticonceptivos para su futura planificación con un (RP=8,14 IC95%=1,11-59,76 $p=0.039$), se consideran en este estudio predictor de la ansiedad perinatal. Se recomendaría dar el alcance necesario y que un estatus no sea impedimento para conocer el futuro pronto a llegar.

Se encontró una relación entre la primíparidad demostró mayor riesgo de ansiedad perinatal (RP=13,88 IC95%=1,27-151,02 $p=0,031$) pudo ser comprobado en el análisis multivariado. Esta última tiene similitud al estudio realizado por Espinoza⁴² $\chi^2=16,17$ $p=0,000$, se puede explicar ya que la primíparidad es todo un mundo nuevo para la puerperal, hay situaciones fisiológicas propias en el embarazo que al conocerla les puede causar ansiedad comprobada en ambos estudios científicos. Se recomendaría dar siempre pautas suficientes importantes a las que son madres por primera vez para que se sientan tranquilas a la incertidumbre del futuro.

Se puede resumir que los únicos factores que la literatura según el análisis bivariado menciona como riesgo de “ansiedad” perinatal, y que nuestro estudio los descartó fueron edad, estado civil, nivel de educación y ocupación, y esto debido a las limitaciones del estudio, la muestra al ser una población pequeña de por sí. En el presente estudio se halló limitación en la poca población, no hubo obstáculos o restricción (internas y/o externas), el consentimiento de las puérperas para la encuesta favoreció a la realización de la tesis.

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

General: El factor de riesgo es la nacionalidad está asociado a la ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020

Específico

- La prevalencia es de 17,24% de ansiedad perinatal en puérperas.
- La edad, estado civil, nivel de educación y ocupación no es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas.
- La nacionalidad extranjera es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas.
- El sector residencial asentamiento es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas.
- La primíparidad es un factor asociado para ansiedad perinatal en puérperas.

6.2. RECOMENDACIONES

Dado que esta investigación ha establecido que se utilice estrategias de rutina para la detección, la detección temprana y la derivación a los especialistas apropiados durante la atención prenatal para minimizar la aparición y progresión de la “ansiedad” perinatal.

Y en conclusión, implementar un plan de monitoreo epidemiológico sobre la salud mental de las puérperas.

Se proponer intervenir oportunamente en las condiciones cambiantes o controlables de las puérpera, el personal de salud a cargo de estas pacientes debe considerar reducir la incidencia de esta enfermedad.

Realizar un estudio multicéntrico en una muestra más grande para comprender el comportamiento de estos factores en una población más grande.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pawluski JL, Lonstein JS, Fleming AS. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. Trends Neurosci. febrero de 2017;40(2):106-20.
2. Postpartum and Antepartum Anxiety | Postpartum Support - PSI | Postpartum Support International (PSI) [Internet]. [citado 6 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.postpartum.net/learn-more/anxiety-during-pregnancy-postpartum/>
3. Bestilleiro Fernandez P. Ansiedad y depresión en mandres y madres durante el embarazo y puerperio .Efecto de un programa de intervención [Internet] [Tesis de doctorado]. [España]: Universidad de Oviedo; 2018. Disponible en: http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/50390/1/TD_PatriciaBestilleiroFernandez.pdf
4. Salud Mental: El 7 % de la población padece de ansiedad y alguna fobia en el Perú [Internet]. [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://elpopular.pe/actualidad-policiales/2018-05-07-salud-mental-7-poblacion-padece-ansiedad-fobia-peru>
5. Madai CP, Yulisa SL. Ansiedad y depresión asociados a partos prematuros en mujeres atendidas en el servicio de maternidad del Hospital Antonio Lorena del Cusco 2018 [Internet]. [Cusco]: Universidad Andina Del Cusco; 2019. Disponible en: http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/2757/1/Madai_Yulisa_Tesis_bachiller_2019.pdf
6. Coronavirus en Perú | ¿Cuáles son las recomendaciones que deben considerar las futuras madres durante la pandemia de la COVID-19? | RPP Noticias [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://rpp.pe/vital/vivir-bien/coronavirus-en-peru-cuales-son-las-recomendaciones-que-deben-considerar-las-futuras-madres-durante-la-pandemia-de-la-covid-19-noticia-1264490>
7. Serrano-Villa S, Campos-Gayturo PC, Carreazo NY. Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú. :12.
8. La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400% [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/detail/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>
9. Santiago L. Cómo afrontar el posparto en tiempos del coronavirus. El País [Internet]. 1 de mayo de 2020 [citado 11 de octubre de 2020]; Disponible en: https://elpais.com/elpais/2020/04/30/mamas_papas/1588256361_841096.html

10. Pérez C F, Brahm M P. Depresión posparto en padres: ¿por qué también es importante? *Rev Chil Pediatría*. 2017;88(5):582-5.
11. Los efectos sobre el bebé del estrés en el embarazo disminuyen cuando hay un buen apoyo social [Internet]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. 2019 [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/2019/10/23/los-efectos-sobre-el-bebe-del-estres-en-el-embarazo-disminuyen-cuando-hay-un-buen-apoyo-social/>
12. Por qué es importante la Salud Mental Perinatal [Internet]. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. 2018 [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://saludmentalperinatal.es/2018/10/01/importante-la-salud-mental-perinatal/>
13. Kajdy A, Feduniw S, Ajdacka U, Modzelewski J, Baranowska B, Sys D, et al. Risk factors for anxiety and depression among pregnant women during the COVID-19 pandemic: A web-based cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)*. 24 de julio de 2020;99(30):e21279.
14. Lu MJ, Huang K, Yan SQ, Zhu BB, Shao SS, Zhu P, et al. [Association of antenatal anxiety with preterm birth and low birth weight: evidence from a birth cohort study]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi Zhonghua Liuxingbingxue Zazhi*. 10 de julio de 2020;41(7):1072-5.
15. Lin B, Kaliush PR, Conradt E, TeOrell S, Neff D, Allen AK, et al. Intergenerational transmission of emotion dysregulation: Part I. Psychopathology, self-injury, and parasympathetic responsivity among pregnant women. *Dev Psychopathol*. agosto de 2019;31(3):817-31.
16. Nasreen HE, Rahman JA, Rus RM, Kartiwi M, Sutan R, Edhborg M. Prevalence and determinants of antepartum depressive and anxiety symptoms in expectant mothers and fathers: results from a perinatal psychiatric morbidity cohort study in the east and west coasts of Malaysia. *BMC Psychiatry*. diciembre de 2018;18(1):195.
17. Zhu CS, Tan TC, Chen HY, Malhotra R, Allen JC, Østbye T. Threatened miscarriage and depressive and anxiety symptoms among women and partners in early pregnancy. *J Affect Disord*. septiembre de 2018;237:1-9.
18. Silva MM de J, Nogueira DA, Clapis MJ, Leite EPRC. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 28 de agosto de 2017 [citado 24 de septiembre de 2020];51(0). Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100444&lng=en&tlng=en
19. Gancedo-García A, Fuente-González P, Chudáčik M, Fernández-Fernández A, Suárez-Gil P, Suárez Martínez V. Factores asociados al nivel de ansiedad

y de conocimientos sobre puericultura y lactancia de embarazadas primerizas. Aten Primaria. mayo de 2019;51(5):285-93.

20. Quintana-Guardo F, MonteORosa-Castro Á, Beltrán-BaORios T. Frecuencia de ansiedad preoperatoria y factores asociados en gestantes programadas a cesárea. Iatreia. 20 de diciembre de 2019;33(1):5-16.
21. Mira Mira M. Relación entre la ansiedad prenatal y la ansiedad intraparto. Un estudio observacional prospectivo [Internet] [Tesis de master]. [España]: Universidad de Alicante; 2019. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/94408/1/Relacion_entre_la_ansiiedad_prenatal_y_la_ansiiedad_intraparto_Mira_Mira_Marta.pdf
22. Madhavanprabhakaran GK, D'Souza MS, Nairy KS. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. Int J Afr Nurs Sci. 2015;3:1-7.
23. Kang Y, Yao Y, Dou J, Guo X, Li S, Zhao C, et al. Prevalence and Risk Factors of Maternal Anxiety in Late Pregnancy in China. Int J Environ Res Public Health. 4 de mayo de 2016;13(5):468.
24. Espinoza Chocano D. Factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes [Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor OORego; 2016. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2192/1/RE_MED.HUMA_D ANIELA.ESPINOZA_FACTORES.ASOCIADOS.A.ANSIEDAD.PERINATAL.EN.GESTANTES_DATOS.pdf
25. Chávez KMM. Antecedente de eventos obstétricos adversos como factor asociado a ansiedad en la gestante del Hospital de apoyo Chepén, octubre-diciembre 2016. :51.
26. Jordán P. FACTORES PSICOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO DE LAS PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD SIMÓN BOLÍVAR. CAJAMARCA. 2017. [Cajamarca]: Universidad Nacional de Cajamarca;
27. Matsumoto K, Sato K, Hamatani S, Shirayama Y, Shimizu E. Cognitive behavioral therapy for postpartum panic disorder: a case series. BMC Psychol. diciembre de 2019;7(1):53.
28. HeORera KW. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. 2018;3:6.
29. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord. febrero de 2016;191:62-77.

30. Perinatal Mood & Anxiety Disorders [Internet]. MMHCVC. [citado 7 de octubre de 2020]. Disponible en:
<https://www.maternalmentalhealthventura.org/pmad>
31. Jw H, Xy Z, Sj L, Y X, Jb H, MI H, et al. Dialectical behavior therapy-based psychological intervention for woman in late pregnancy and early postpartum suffering from COVID-19: a case report [Internet]. Vol. 21, Journal of Zhejiang University. Science. B. J Zhejiang Univ Sci B; 2020 [citado 7 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32425005/>
32. Bauer A, Knapp M, Parsonage M. Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *J Affect Disord.* marzo de 2016;192:83-90.
33. Marchesi C, Ossola P, Amerio A, Daniel BD, Tonna M, De Panfilis C. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *J Affect Disord.* enero de 2016;190:543-50.
34. Mojica-Perilla M, Redondo-Rodriguez S, Osma-Zambrano SE. Depresión y ansiedad prenatal: una revisión de la literatura. *MedUNAB.* 26 de septiembre de 2019;22(2):200-12.
35. Peralta M O. Aspectos clínicos del puerperio [Internet]. Disponible en:
http://www.icmer.org/documentos/lactancia/puerperio_octavio.pdf
36. Domingo S. Protocolo de atención al puerperio de bajo riesgo [Internet]. Disponible en:
<https://repositorio.msp.gob.do/bitstream/handle/123456789/2009/9789945621150.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. González-Castro PJ, Hulak F, Sigales-Ruiz SR, Orozco-Guzmán M. Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatol Reprod Humana.* enero de 2016;30(1):24-30.
38. Rebolledo DA, Parada BV. Artículo de Revisión Fatiga postparto: revisión de la literatura. *REV CHIL OBSTET GINECOL.* :9.
39. Reyes-Ticas DJA. Trastornos de ansiedad guía practica para diagnostico y tratamiento [Internet]. Disponible en:
<http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
40. Hernandez M, Horga J, NavaORo F, Mira A. Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria [Internet]. Disponible en:
<http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf>
41. Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health.* octubre de 2014;17(5):443-54.

42. Espinoza Chocano D. Factores asociados a ansiedad perinatal en gestantes [Internet]. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor OOREgo; 2016. Disponible en:
http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2192/1/RE_MED.HUMA_DANIELA.ESPINOZA_FACTORES.ASOCIADOS.A.ANSIEDAD.PERINATAL.EN.GESTANTES_DATOS.pdf
43. Serrano-Villa S, Campos-Gayturo PC, Carreazo NY. Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú. :12.

ANEXOS

ANEXO 01: ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
Manuel Huamán Guerrero
Oficina de Grados y Títulos

ACTA DE APROBACIÓN DE PROYECTO DE TESIS

Los miembros que firman la presente acta en relación al Proyecto de Tesis "FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PERINATAL EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA EN EL AÑO 2020", que presenta la SRTA MARIANA ALEXANDRA RIVERA MORALES, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano, declaran que el referido proyecto cumple con los requisitos correspondientes, tanto en forma como en fondo; indicando que se proceda con la ejecución del mismo.

En fe de lo cual firman los siguientes docentes:

Dr. Dante Manuel Quinones Laveriano
ASESOR DE LA TESIS

Dr. Jhony A. De La Cruz Vargas
DIRECTOR DEL CURSO-TALLER

Lima, 12 de abril de 2021

ANEXO 02: CARTA DE COMPROMISO EL ASESOR DE TESIS:



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Manuel Huamán Guerrero

Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas

Oficina de Grados y Títulos

Formamos seres para una cultura de paz

Carta de Compromiso del Asesor de Tesis

Por la presente acepto el compromiso para desempeñarme como asesor de Tesis del estudiante de Medicina Humana, Srta. Mariana Alexandra Rivera Morales, de acuerdo a los siguientes principios:

1. Seguir los lineamientos y objetivos establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana, sobre el proyecto de tesis.
2. Respetar los lineamientos y políticas establecidos por la Facultad de Medicina Humana y el INICIB, así como al Jurado de Tesis, designado por ellos.
3. Propiciar el respeto entre el estudiante, Director de Tesis Asesores y Jurado de Tesis.
4. Considerar seis meses como tiempo máximo para concluir en su totalidad la tesis, motivando al estudiante a finalizar y sustentar oportunamente.
5. Cumplir los principios éticos que corresponden a un proyecto de investigación científica y con la tesis.
6. Guiar, supervisar y ayudar en el desarrollo del proyecto de tesis, brindando asesoramiento para superar los puntos críticos o no claros.
7. Revisar el trabajo escrito final del estudiante y que cumplan con la metodología establecida.
8. Asesorar al estudiante para la presentación de la defensa de la tesis (sustentación) ante el Jurado Examinador.
9. Atender de manera cordial y respetuosa a los alumnos.

Atentamente,

Dr. Dante Manuel Quiñones Lescano

Lima, 12 de abril de 2021

ANEXO 03: CARTA DE APROBACIÓN DEL PROYECTO DE TESIS, FIRMADO POR LA SECRETARÍA ACADÉMICA



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

LICENCIAMIENTO INSTITUCIONAL RESOLUCIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO N° 040-018-SUNEDUC/D

Facultad de Medicina Humana
Manuel Huamán Guerrero

Oficio N°1820-2020-FMH-D

Lima, 03 de octubre de 2020

Señorita
MARIANA ALEXANDRA RIVERA MORALES
Presente. -

ASUNTO: Aprobación del Proyecto de Tesis

De mi consideración:

Me dirijo a usted para hacer de su conocimiento que el Proyecto de Tesis "FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PERINATAL EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA EN EL AÑO 2020" presentando ante la Facultad de Medicina Humana para optar el Título Profesional de Médico Cirujano ha sido aprobado por el Consejo de Facultad en sesión de fecha jueves 29 de octubre de 2020.

Por lo tanto, queda usted expedita con la finalidad de que prosiga con la ejecución del mismo, teniendo en cuenta el Reglamento de Grados y Títulos.

Sin otro particular,



Atentamente,

Hilda Jarupe Chico
Secretaría Académica

c.c.: Oficina de Grados y Títulos.

"Formamos seres humanos para una cultura de Paz"

ANEXO 04: CARTA DE ACEPTACIÓN DE EJECUCIÓN DE LA TESIS POR LA SEDE HOSPITALARIA CON APROBACION POR EL COMITÉ DE ETICA EN INVESTIGACIÓN

	MINISTERIO DE SALUD	DIRECCIÓN DE UNIDADES INTEGRADAS DE SALUD DELICIAS DE VILLA	CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA
--	---------------------	---	-----------------------------------

"Año de la Universalización de la Salud"

MEMORANDO N° 048 -2020-MINSA-DIRIS-L.S.-CSDV-J

DE : M.C. ROGER BURGA GUTIERREZ.
Médico Jefe C.S. Delicias de Villa (e).

A : Srta. MARIANA ALEXANDRA RIVERA MORALES.
Alumna de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

ASUNTO : Trabajo de Investigación: FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PERINATAL EN PUERPERAS DEL CS DELICIAS DE VILLA -2020.

FECHA : Delicias de Villa, 02 de Noviembre del 2020.

Mediante la presente, le informamos que de acuerdo a lo solicitado por Ud., para la realización de un Trabajo de Investigación sobre: **FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PERINATAL EN PUERPERAS DEL CS DELICIAS DE VILLA EN EL AÑO 2020**, esta Jefatura brinda la **AUTORIZACION Y ACCESIBILIDAD** para la realización de dicho Trabajo de Investigación siguiendo los criterios éticos respectivos.

Sin otro en particular.

Atentamente,

RBG/ban
C.C. Archivo

secretaria.csdv@gmail.com

Jr. Cañazazo S/N
Delicias de Villa - Chontillos
Teléfono N°: 256-5457
Celular N°: 94810824

ANEXO05: ACTA DE APROBACIÓN DEL BORRADOR DE TESIS

□

COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION

FACULTAD DE MEDICINA "MANUEL HUAMAN GUERRERO"

UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

CONSTANCIA

El Presidente del Comité de Etica de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma deja constancia de que el proyecto de investigación :

Título: "FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PERINATAL EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA EN EL AÑO 2020"

Investigadora:

MARIANA ALEXANDRA RIVERA MORALES

Código del Comité: **PG-33-2020**

Ha sido revisado y evaluado por los miembros del Comité que presido, concluyendo que le corresponde la categoría REVISION EXPEDITA por un período de 1 año.

El investigador podrá continuar con su proyecto de investigación, considerando completar el título de su proyecto con el hospital, la ciudad y el país donde se realizará el estudio y adjuntar resumen debiendo presentar un informe escrito a este Comité al finalizar el mismo. Así mismo, la publicación del presente proyecto quedará a criterio del investigador.

Lima, 29 de octubre del 2020



Dra. Sonia Indacochea Cáceda
Presidente del Comité de Etica de Investigación

ANEXO 06: REPORTE DE ORIGINALIDAD DEL TURNITIN

Tesis Rivera Morales

INFORME DE ORIGINALIDAD

12%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upao.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	www.psiquiatriapsicologia-dexeus.com Fuente de Internet	1%
4	saludmentalperinatal.es Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Fundación Universitaria del Area Andina Trabajo del estudiante	1%
8	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	www.elsevier.es Fuente de Internet	1%
		1%
10	www.journaltoocs.hw.ac.uk Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO07: CERTIFICADO DE ASISTENCIA AL CURSO TALLER



UNIVERSIDAD RICARDO PALMA

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

MANUEL HUAMÁN GUERRERO

VII CURSO TALLER PARA LA TITULACION POR TESIS
MODALIDAD VIRTUAL

CERTIFICADO

Por el presente se deja constancia que la Srta.

MARIANA ALEXANDRA RIVERA MORALES

Ha cumplido con los requisitos del CURSO-TALLER para la Titulación por Tesis Modalidad Virtual durante los meses de setiembre, octubre, noviembre, diciembre 2020 y enero 2021, con la finalidad de desarrollar el proyecto de Tesis, así como la culminación del mismo, siendo el título de la tesis:

FACTORES ASOCIADOS A ANSIEDAD PERINATAL EN PUÉRPERAS DEL CENTRO DE SALUD DELICIAS DE VILLA EN EL AÑO 2020.

Por lo tanto, se extiende el presente certificado con valor curricular y valido por 06 conferencias académicas para la sustentación de tesis respectiva de acuerdo a artículo 14° de Reglamento vigente de Grados y Títulos de Facultad de Medicina Humana aprobado mediante Acuerdo de Consejo Universitario N°2583-2018.

Lima, 12 de enero de 2021


Dr. Jhony De La Cruz Vargas
Director del Curso Taller


Dra. Maria del Socorro Alatriza Gutiérrez Vda. De Bambarén
Decana (e)

ANEXO 08: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Matriz de Consistencia					
Pregunta	Título	Objetivos (Generales y Específicos)	Hipótesis (Alternas y Nulas)	Diseño	Instrumento
¿Cuáles son los factores asociados a ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020?	Factores asociados a ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020	<p>Generales: Identificar los factores asociados a ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020</p> <p>Específico Determinar la prevalencia de ansiedad perinatal en puérperas. Determinar si la edad es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas. Determinar si el estado civil es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas. Determinar si el nivel de educación es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas. Determinar si la ocupación es un factor asociado para ansiedad perinatal en puérperas. Determinar si la nacionalidad es factor asociado con la ansiedad perinatal en puérperas. Determinar si el sector de residencia es factor</p>	<p>H1: Existe asociación factores evaluados y ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020.</p> <p>H0: No hay asociación entre factores asociados a ansiedad perinatal en puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020</p>	<p>Se realizó un estudio Cuantitativo , Transversal , Analítico y Observacional La Población son puérperas del Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2020 Tamaño muestral no se realizó ningun muestreo, ya que se trabajo con toda la población</p>	<p>La técnica utilizada es una encuesta y la herramienta de recolección incluye un cuestionario sobre los factores estudiados: como edad, estado civil, nivel educativo y ocupación. El cuestionario está diseñado en un lenguaje de fácil acceso y se marca una respuesta. Además, la Escala de detección de "ansiedad "perinatal (PASS) es aplicable a cada participante</p>

		asociado con la ansiedad perinatal en puérperas. Determinar si la paridad es un factor asociado para ansiedad perinatal en puérperas.			
--	--	--	--	--	--

ANEXO 09 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE RELACION Y NATURALEZA	CATEGORÍA O UNIDAD
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	Número de años indicado en el padrón	Razón Discreta	Independiente Cuantitativa	Años cumplidos
Estado civil	El estado civil de la mujer embarazada en el momento de la encuesta.	Situación de las personas determinada por sus relaciones	Nominal	Independiente Cualitativa	Soltera:1 Casada o conviviente:0
Nivel educativo	Grado academico maximo	Grado de instrucción indicado en el padron	Nominal	Independiente Cualitativa	Primaria:2 Secundaria:1 Superior:0
Ocupación	El tipo de trabajo que realizan las mujeres embarazadas	Ocupación indicado en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Ocupación cumplida

Ansiedad perinatal	Señal de alerta involuntaria del organismo frente a estímulos en el periodo perinatal	El resultado obtenido por la prueba de detección del trastorno de ansiedad perinatal (PASS) es mayor o igual a 26 puntos.	Nominal	Independiente Cualitativa	Si (≥ 26 puntos) :1.No<26
Nacionalidad	Es el estado al que pertenece una persona que ha nacido en una nación determinada.	Nacionalidad indicado en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Extranjera:1, Peruana:0
Sector de Residencia	La persona vive en el momento, y en el que además, ha estado y tiene la intención de permanecer por algún tiempo.	Sector de Residencia indicada en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Asentamiento:1, Asociación:0
Paridad	Número total de embarazos	Paridad indicada en el padrón	Nominal	Independiente Cualitativa	Primípara:1, Múltipara:0

ANEXO 10: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS O INSTRUMENTOS
UTILIZADOS

ESCALA DE “ANSIEDAD” PERINATAL

En el último mes, ¿qué tan seguido ha experimentado las siguientes situaciones? Por favor marque la alternativa más cercana a su experiencia para cada pregunta.

	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	
1. Preocupación por el bebé/el embarazo					
2. Temor de que algo malo le pasará al bebé					
3. Sensación de temor de que algo malo va a suceder					
4. Preocupación por muchas cosas					
5. Preocupación por el futuro					
6. Se siente abrumada					
7. Fuertes temores acerca de cosas como agujas, sangre, nacimiento, dolor, etc.					
8. Aumento repentinos de miedo extremo o malestar					
9. Pensamientos repetitivos que son difíciles de detener o controlar					TOTAL
10. Dificultad para dormir, incluso cuando tiene la oportunidad de dormir					

	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
11. Tener que hacer las cosas de una manera u orden determinado				
12. Querer que las cosas sean perfectas				
13. Necesidad de estar en control de las cosas				

14. Dificultad para dejar de revisar constantemente o hacer las cosas una y otra vez				
15. Sentirse nerviosa o sobresaltada fácilmente				

16. Preocupaciones acerca de pensamientos repetidos					
17. Estar 'en guardia' o la necesidad estar alerta					TOTAL
18. Molestia por recuerdos repetidos, sueños o pesadillas					

	NUNCA	A VECE S	CASI SIEMPR E	SIEMPRE	
19. Preocupación de avergonzarme frente a los demás					
20. Temor a ser juzgada negativamente					
21. Sentirse muy incómoda en las multitudes					
22. Evitar actividades sociales porque podría ponerse nerviosa					TOTAL
23. Evitar las cosas que le preocupan					

	NUNCA	A VECE S	CASI SIEMPR E	SIEMPRE	
24. Sentirse desconectada como si estuviera viéndose a sí misma en una película					
25. Perder la noción del tiempo y no poder recordar lo que sucedió					
26. Dificultad para adaptarse a cambios recientes					
27. Ansiedad se interpone en su capacidad de realizar sus cosas					
28. Pensamientos acelerados por lo que se le hace difícil concentrarse					
29. Miedo a perder el control					
30. Sentir pánico					TOTAL
31. Sentirse agitada					

PUNTAJE GLOBAL:

≥26 = ANSIEDAD PERINATAL

ANEXO11: BASE DE DATOS EXCEL

La base de datos en formato Excel será adjuntada en el correo junto a la tesis