



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Psicología

Unidad de Posgrado

**Ansiedad y afrontamiento en gestantes adolescentes y  
añosas con riesgo reproductivo**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con  
mención en Psicología Clínica y de la Salud

**AUTOR**

Angelica Dora CACERES MARI

**ASESOR**

Dra. Ana Gloria DÍAZ ACOSTA

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Caceres, A. (2023). *Ansiedad y afrontamiento en gestantes adolescentes y añosas con riesgo reproductivo*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Psicología, Unidad de Posgrado]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Angelica Dora Caceres Mari
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	09928481
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0001-5679-4151">https://orcid.org/0000-0001-5679-4151</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Ana Gloria Díaz Acosta
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	07940596
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-2720-0195">https://orcid.org/0000-0003-2720-0195</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Mildred Teresa Paredes Tarazona
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06211840
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Víctor Eusebio Montero López
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06744095
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	María Luisa Matalinares Calvet
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07669021
<b>Miembro del jurado 3</b>	
Nombres y apellidos	Ana Cecilia Pareja Fernández

Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	07735674
<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	Psicología clínica y de la salud
Grupo de investigación	INNOVA SALUD
Agencia de financiamiento	No tiene financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Lima - Perú
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022
URL de disciplinas OCDE	Psicología <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#5.01.00</a>



# UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

(Universidad del Perú, DÉCANA DE AMÉRICA)

## FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Av. Germán Amézaga n.º 375—Ciudad Universitaria—Teléfono: 6197000-3208

### ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA

Siendo las 12:00 horas del día lunes 27 de noviembre de 2023, en el Auditorio "Raúl González Moreyra" de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (Ciudad Universitaria, Av. Germán Amézaga n.º 375 Lima), el Jurado Examinador de Tesis presidido por la Dra. Mildred Teresa Paredes Tarazona e integrado por:

Dra. Mildred Teresa Paredes Tarazona	(Presidente)
Dra. Ana Gloria Díaz Acosta	(Asesora)
Dr. Víctor Eusebio Montero López	(Miembro)
Dra. María Luisa Matalinares Calvet	(Informante)
Dra. Ana Cecilia Pareja Fernández	(Informante)

Se reunió para la sustentación pública para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud de la Bachiller **ANGELICA DORA CACERES MARI** quien procedió a la exposición de la Tesis titulada **ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO EN GESTANTES ADOLESCENTES Y AÑOSAS CON RIESGO REPRODUCTIVO**, con el fin de optar el Grado Académico de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA** con mención en Psicología Clínica y de la Salud.

Concluida la exposición, se procedió a la calificación correspondiente, de acuerdo con la Escala de Calificación que aparece en el artículo 8.º del Reglamento para el otorgamiento del Grado Académico de Magíster, obteniendo la siguiente calificación.

Dieciseis (16) Bueno

A continuación el Presidente del Jurado Examinador recomienda que la Facultad de Psicología acuerde otorgar el Grado Académico de:

Magíster en Psicología con mención  
en Psicología Clínica y de la Salud

Se extiende la presente ACTA a las 13:40 del 27 de noviembre de 2023.

Mildred  
Dra. Mildred Teresa Paredes Tarazona  
Presidente

Ana Gloria Díaz Acosta  
Dra. Ana Gloria Díaz Acosta  
Asesora

Víctor Eusebio Montero López  
Dr. Víctor Eusebio Montero López  
Miembro

María Luisa Matalinares Calvet  
Dra. María Luisa Matalinares Calvet  
Informante

Ana Cecilia Pareja Fernández  
Dra. Ana Cecilia Pareja Fernández  
Informante



## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo Ana Gloria Díaz Acosta en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N°000562-D-FPSI de la tesis, cuyo título es Ansiedad y Afrontamiento en mujeres adolescentes y añosas gestantes, presentado por la bachiller Angélica Dora Cáceres Mari, para optar el grado de Magister en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de 09% de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional.**

Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del grado/ título/ especialidad correspondiente.

Firma del Asesor Ana Gloria Díaz Acosta

DNI: 07940596

Nombres y apellidos del asesor: Ana Gloria Díaz Acosta



UNMSM

Firmado digitalmente por NIÑO  
MONTERO José Segundo FAU  
20148092282 hard  
Motivo: Doy V° B°  
Fecha: 16.02.2023 19:20:06 -05:00

## **Dedicatoria**

A Dios, quien me guía en cada momento de mi vida dándome  
salud y sabiduría.

A mis padres, Emilia y Método por darme la vida y apoyarme en  
mi formación personal.

•



## **Agradecimientos**

A la UNMSM, mi alma Mater, y a mis docentes por el conocimiento brindado en mi formación profesional.

A mi asesora, por su dedicación y tiempo para el desarrollo y culminación de esta tesis.

## Índice de contenido

<b>Dedicatoria</b> .....	<b>ii</b>
<b>Agradecimientos</b> .....	<b>iii</b>
<b>Índice de contenido</b> .....	<b>iv</b>
<b>Lista de Tablas</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lista de Figuras</b> .....	<b>viii</b>
<b>Resumen</b> .....	<b>ix</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>x</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>xi</b>
<b>CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>14</b>
1.1. Situación problemática.....	14
1.2. Formulación del problema .....	18
1.3. Justificación teórica.....	18
1.4. Justificación práctica.....	19
1.5. Objetivos .....	19
1.5.1. <i>Objetivo general</i> .....	19
1.5.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	19
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>21</b>
2.1. Marco epistemológico y filosófico de la investigación.....	21
2.2. Antecedentes de la investigación .....	23

2.2.1. Internacionales.....	23
2.2.2. Nacionales.....	26
2.3. Bases teóricas.....	28
2.3.1. Ansiedad.....	28
2.3.2. Afrontamiento.....	31
2.3.3. Gestación.....	34
2.4. Hipótesis.....	41
2.4.1. Hipótesis general.....	41
2.4.2. Hipótesis específicas.....	41
2.5. Glosario.....	42
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA.....</b>	<b>45</b>
3.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	45
3.2. Unidad de análisis.....	46
3.3. Población de estudio.....	46
3.4. Tamaño de muestra.....	46
3.5. Selección de muestra.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
3.6. Variables de estudio.....	47
3.6.1. Variables relacionadas.....	48
3.6.2. Variables de control.....	48
3.7. Técnicas de recolección de datos.....	48
3.8. Análisis e interpretación de la información.....	50
3.9. Aspectos éticos.....	51

<b>CAPÍTULO 4: RESULTADOS .....</b>	<b>52</b>
4.1. Análisis, interpretación de resultados .....	52
4.1.1. <i>Características de la muestra</i> .....	52
4.1.2. <i>Análisis descriptivo</i> .....	53
4.1.2.1. <i>Variable estilos de afrontamiento</i> .....	53
4.1.2.2. <i>Variable Ansiedad</i> .....	54
4.1.3. <i>Análisis inferencial</i> .....	59
<b>CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN .....</b>	<b>61</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>64</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>65</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>66</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>83</b>
ANEXO A. Cargas Factoriales y Fiabilidad .....	83
ANEXO B. Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés – forma disposicional.....	84
ANEXO C. Cuestionario de ansiedad estado (INDARE).....	86
ANEXO D. Consentimiento Informado.....	88
ANEXO E. Matriz de operacionalización.....	92

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1</b>	<i>Distribución de estado civil y nivel de instrucción según grupo etario.....</i>	53
<b>Tabla 2</b>	<i>Estadísticos descriptivos de las variables.....</i>	57
<b>Tabla 3</b>	<i>Estadísticos descriptivos de las variables por tipo de gestante.....</i>	57
<b>Tabla 4</b>	<i>Correlación entre ansiedad y estilos de afrontamiento.....</i>	60

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> <i>Tipo de estudio</i> .....	46
<b>Figura 2</b> <i>Participantes según grupo etario</i> .....	52

## Resumen

Durante el periodo de gestación hay constantes cambios físicos y psicológicos que interactúan entre sí y requieren ajustes para preservar la salud de la futura madre y el feto. El objetivo de este estudio es determinar la relación entre ansiedad y afrontamiento en gestantes adolescentes y gestantes añosas con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico de Salud. El estudio es de tipo correlacional y no experimental. La cantidad de participantes fueron 128 gestantes adolescentes y gestantes añosas en un Policlínico de Salud, 36% mujeres gestantes adolescentes (edad media=16.26 años, DS=.999) y 64% mujeres gestantes añosas (edad media=38.71 años, DS=2.134). Las pruebas usadas fueron Cuestionario de afrontamiento (COPE), y Cuestionario de Ansiedad (IDARE). Entre los hallazgos más importantes destaca la presencia de asociación directa entre la ansiedad y los estilos afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y otros estilos de afrontamiento. Se concluye que ante una mayor presencia de ansiedad en gestantes adolescentes y gestantes añosas hay un mayor uso de estilos de afrontamiento.

**Palabras claves:** Ansiedad, estilos de afrontamiento, gestante, riesgo reproductivo.

## **Abstract**

During the gestation period there are constant physical and psychological changes that interact with each other and require adjustments to preserve the health of the mother-to-be and the fetus. The objective of this study is to determine the relationship between anxiety and coping in adolescent pregnant women and elderly pregnant women with reproductive risk who are attended at a health polyclinic. The study is correlational and non-experimental. The number of participants was 128 adolescent and elderly pregnant women in a health polyclinic, 36% adolescent pregnant women (mean age=16.26 years, SD=.999) and 64% elderly pregnant women (mean age=38.71 years, SD=2.134). The tests used were the Coping Questionnaire (COPE) and the Anxiety Questionnaire (IDARE). Among the most important findings was the presence of a direct association between anxiety and problem-focused coping, emotion-focused coping and other coping styles. It is concluded that in the presence of a greater presence of anxiety in adolescent and older pregnant women, there is a greater use of coping styles.

**Keywords:** Anxiety, coping styles, pregnant, productive risk.



## INTRODUCCIÓN

La gestación es un proceso singular que ejerce un impacto significativo en la vida de una mujer, ya que implica una serie de ajustes y modificaciones constantes tanto físicas como socioemocionales (Neren *et al.*, 2013). Durante el embarazo, las gestantes experimentan cambios hormonales marcados, adaptaciones en su figura corporal y la emoción de dar vida a un nuevo ser, enfrentando desafíos adicionales como la pobreza, la exposición a situaciones de violencia y la falta de apoyo psicosocial (Neren *et al.*, 2013; Molina Fernández *et al.*, 2015). Estos factores pueden afectar el estado de salud física y mental de las gestantes, contribuyendo a la depresión perinatal y posparto.

Investigaciones previas han destacado que las situaciones estresantes experimentadas durante el periodo de gestación incrementan la probabilidad que el neonato presente altos niveles de alerta, irritabilidad, alteraciones del sueño y de la alimentación, problemas en el sistema digestivo, baja masa corporal al nacer y frecuente llanto (Neren *et al.*, 2013; Molina Fernández *et al.*, 2015). Ante estas circunstancias, resulta fundamental explorar y comprender los factores personales y socioculturales que generan situaciones estresantes de ansiedad, tensión e inestabilidad emocional en las gestantes.

El afrontamiento, según Williams y McGillincuddy (2011), se refiere al conjunto de respuestas cognitivas y psicosociales que una persona utiliza para hacer frente a situaciones problemáticas y reducir las tensiones que generan. Es una herramienta clave para contrarrestar los estados estresantes y minimizar sus efectos adversos. En el contexto de la gestación, comprender cómo las adolescentes gestantes y las gestantes

de edad avanzada afrontan la ansiedad producida por su embarazo resulta de vital importancia.

En este contexto, la investigación sobre los factores personales y socioculturales que generan situaciones estresantes de ansiedad, tensión e inestabilidad emocional en las gestantes es de suma importancia para comprender y abordar los desafíos psicológicos asociados con el embarazo. Esta investigación tiene el potencial de mejorar la atención prenatal, reducir los riesgos para la salud materno-infantil y promover el bienestar integral de las gestantes.

Este trabajo de investigación se propone abordar esta problemática a través de un estudio exhaustivo. Para ello, se ha estructurado en cuatro capítulos. En el primer capítulo se describe la situación problemática, estableciendo el problema general y los problemas específicos que serán abordados. Además, se presentan los objetivos que se pretenden alcanzar con esta investigación. En el segundo capítulo, se desarrolla el marco teórico, en el cual se exponen conceptos y teorías que sustentan las variables estudiadas y sus componentes específicos. Aquí se analizan los factores personales y socioculturales que influyen en la generación de ansiedad en las gestantes, así como las estrategias de afrontamiento que pueden utilizarse para enfrentarla. En el tercer capítulo, se brinda una visión general de la metodología utilizada, incluyendo el tipo y diseño de la investigación, la población y el tamaño de la muestra, así como las técnicas de recolección de datos y el análisis e interpretación de la información obtenida. En el cuarto capítulo, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos recopilados. Para una mejor comprensión, se incluyen tablas estadísticas descriptivas e inferenciales que evidencian los hallazgos encontrados. Asimismo, se presentan las conclusiones y las recomendaciones derivadas de los resultados obtenidos. Se extraen conclusiones significativas en base a los hallazgos y

los objetivos planteados. Además, se brindan recomendaciones prácticas y orientadas a la acción, con el propósito de ofrecer pautas que contribuyan a mejorar el afrontamiento de la ansiedad en las gestantes, tanto adolescentes como añosas.

Finalmente, se incluyen las referencias bibliográficas utilizadas en el desarrollo de la investigación, así como los anexos que complementan y respaldan la información presentada. Este trabajo de investigación se realiza con la finalidad de generar conocimiento acerca de cómo las adolescentes gestantes y las gestantes añosas enfrentan la ansiedad relacionada con su embarazo, con el objetivo de brindar información valiosa que contribuya a mejorar la atención y el bienestar de estas mujeres durante esta etapa tan importante de sus vidas.

## **CAPÍTULO 1: PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN**

El capítulo de Planteamiento del Problema de investigación se enfoca en identificar y abordar una situación problemática específica en un área de estudio. En este caso, el planteamiento del problema tiene como objetivo destacar la necesidad de investigar y comprender la relación entre la ansiedad y los estilos de afrontamiento en gestantes adolescentes y gestantes añosas. Estas gestantes se encuentran en edades extremas, lo que conlleva desafíos y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio. En las siguientes líneas, se abordará más a fondo.

### **1.1. Situación problemática**

La ciencia psicológica de la reproducción humana se enfoca en comprender y abordar la dolencia de naturaleza psicológica asociadas al ciclo reproductivo, que abarca desde la pubertad hasta la adultez intermedia (Challine *et al.*, 2023). Es importante destacar que la edad reproductiva de la mujer abarca aproximadamente desde los 12 hasta los 45 años, siendo evidente una disminución de la fertilidad, especialmente después de los 35 años. Dentro de este amplio rango de edad, las mujeres menores de 20 años y mayores de 35 años constituyen grupos de gestantes en edades extremas que presentan un mayor riesgo en términos reproductivos. Estas mujeres enfrentan desafíos y complicaciones durante el embarazo, el parto y el puerperio, que pueden estar asociados a eventos críticos como muerte materna, intraparto o muerte del producto. Es importante destacar que el embarazo representa un hito crucial en el ciclo reproductivo femenino en el cual pueden surgir afectaciones socioemocionales significativas (Moreno *et al.*, 2009).

Según estimaciones a nivel mundial, casi un 20% de los embarazos resultan ser de alto riesgo (Donoso & Oyarzún, 2012). En estos casos, la muerte es el resultado más grave y, adicional a ello, la Organización Mundial de Salud (OMS) menciona que

cada día mueren más de 830 mujeres por problemas durante el embarazo, el parto o después del parto, casos en los que casi la totalidad de dichas muertes pudieron haber sido evitadas (Alkema *et al.*, 2015). En Perú, aunque la mortalidad materna ha disminuido a 68 mujeres por cada 100 000 nacidos vivos (Ministerio de Salud del Perú, 2019), aún se considera que existe una alta prevalencia de condiciones que predisponen a un embarazo con alto riesgo reproductivo de morbilidad para la madre y el nacido (Gutiérrez & Velásquez, 2017; Guevara, 2016).

El proceso de la gestación para la mujer, es un evento que impacta significativamente en su vida porque implica un conjunto de cambios constantes en los diferentes estadios del embarazo. Corporalmente la mujer está bajo diversos procesos adicionales: incremento de la presión arterial, aumento del esfuerzo muscular, cambios en la estructura ósea (ampliación de la zona pélvica), incremento de masa corporal, entre otros. Sumado a estas modificaciones físicas, e interactuando con ellas, se encuentran los cambios socioemocionales, que afectan directamente el estado de ánimo de la mujer (Neren *et al.*, 2013).

La gestante experimenta estados de tensión que no solo están relacionados con factores individuales, sino también con condiciones socioculturales. La evidencia al respecto es amplia y respaldada por informes como el de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011), que destaca cómo las condiciones de pobreza, la exposición a situaciones de violencia y la falta de apoyo psicosocial impactan negativamente en la salud física y mental de la mujer gestante. Además, se ha observado que la exposición prolongada a situaciones estresantes durante la gestación incrementa la probabilidad de que el neonato presente altos niveles de alerta, irritabilidad y trastornos en su ciclo de sueño y alimentación. Asimismo, se han registrado movimientos hiperestáticos en el sistema digestivo, reducida masa corporal

al nacer, llanto frecuente y una mayor necesidad de ser sostenido en los brazos maternos (Molina-Fernández *et al.*, 2015; Arranz *et al.*, 2017; Aguilar-Aguilar *et al.*, 2020).

La ansiedad se define como un conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas que son activadas ante la presencia de sucesos percibidos como fuera de control y potencialmente dañinos para la persona, de acuerdo con Clark y Beck (2012). Por una parte, estos autores postulan que esta ansiedad es explicada desde dos procesos: una valoración primaria de amenaza que es automática y que sobredimensiona el peligro, y una reevaluación secundaria que requiere de procesos estratégicos, controlados y elaborativos. Por otra parte, Cattell y Sheier (1961) plantearon la existencia de una ansiedad-estado concebida como temporal, mientras que, por su parte, la ansiedad-rasgo es comprendida más como una tendencia relativamente estable en la persona. Tomando estos conceptos, Spielberger (1966) cuestionó la supuesta independencia entre estos dos tipos de ansiedad y, por el contrario, afirmó la interrelación entre ambas. Situación que no es ajena a la mujer en gestación dado que las experiencias pasadas de episodios de ansiedad pueden tener estrecha relación con su experiencia de ansiedad actual.

A nivel mundial, la prevalencia de la ansiedad se incrementó notablemente producto de la pandemia por COVID-19, en específico, las tasas aumentaron un 25% según reportes de OPS (2022). Por otro lado, en nuestro país, el Instituto Nacional de Salud (2022) sostiene que cerca de un 30% a un 40% de la población en el Perú padeció de síntomas de ansiedad durante la época de pandemia.

La literatura existente sobre la ansiedad en gestantes destaca diversos factores que pueden influir en niveles más altos de ansiedad. Entre estos factores se encuentra la gestación no planificada y no deseada, así como el consumo de alcohol por parte de

la madre y la disfuncionalidad familiar (Osma-Zambrano *et al.*, 2019). Además, durante la pandemia de Covid-19, el temor al contagio y el hecho de tener más de un hijo también se han asociado con niveles más elevados de ansiedad en las gestantes. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar múltiples factores que pueden contribuir a la experiencia de ansiedad durante el embarazo (Awad-Sirhan *et al.* 2022).

En cuanto al afrontamiento, este considera al estado afectivo, cognitivo y comportamental de una gestante y que ella adopta para poder regular los eventos estresantes producto del embarazo, con el propósito de reducirlos o eliminarlos. De acuerdo con la perspectiva de Lazarus y Folkman (1986), no serían los eventos que se viven los que producen una respuesta emocional, más bien serían las interpretaciones que se realizan de dichos eventos. En este sentido, este estudio enfatiza la importancia de analizar los eventos que son percibidos como activadores de la ansiedad que, prolongado en el tiempo, desencadenarían la tensión, labilidad emocional, la capacidad y los recursos disponibles por la gestante para un afronte exitoso (Casullo, 2000). En el caso de las adolescentes y mujeres jóvenes en gestación hay una mayor probabilidad de afrontar con eficacia sus problemas; sin embargo, su comportamiento disfuncional tendría efectos nocivos en sus estilos de vida y de su entorno familiar. Lamentablemente, son pocas las ocasiones donde logran disponer de recursos adecuados para hacer frente a situaciones consideradas como estresantes.

La investigación en gestantes ha revelado la importancia del afrontamiento adaptativo durante el embarazo. Se ha observado que el uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas se asocia con la desconfianza en las propias capacidades de las gestantes, lo que puede tener repercusiones negativas tanto en el parto como en el cuidado del neonato (López-Mayorga *et al.*, 2019). Por otro lado, se ha encontrado que la implementación de intervenciones destinadas a promover estrategias de

afrontamiento adaptativas ha demostrado aumentar el bienestar emocional de las gestantes (Prado-Juscamaita y Reves-Huapaya, 2018). Estos hallazgos resaltan la importancia de brindar apoyo y herramientas adecuadas a las gestantes para manejar el estrés y las demandas emocionales durante este periodo crucial.

La situación particular que tiene las gestantes con edad superior a los 35 años, denominadas en este estudio como añosas, y las gestantes adolescentes; ambas, comparten diversas patologías asociadas a la gestación como diabetes gestacional, amenazas de aborto prematuro y defectos en el nacimiento del recién nacido (Cárdenas *et al.*, 2019). Un estudio realizado con población de embarazadas añosas y embarazadas adolescentes del Instituto Nacional Materno Perinatal, determinó que los problemas más usuales en embarazadas añosas fueron preeclampsia, anemia y RPM (ruptura prematura de la membrana amniótica); mientras que las gestantes adolescentes presentaron con mayor incidencia RPM, anemia y preeclampsia (Ayala-Peralta *et al.*, 2017). Lo anteriormente descrito destaca un incremento del riesgo reproductivo tanto en la salud tanto de la gestante como la del feto.

## **1.2. Formulación del problema**

Tomando en cuanto lo detallado anteriormente, surge la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación entre la ansiedad estado y el afrontamiento en gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden de un Policlínico de Salud?

## **1.3. Justificación teórica**

Si bien hay amplios estudios de gestantes a nivel internacional, a nivel local aún son limitados pese a que el Ministerio de Salud del Perú (2018) reporta como Prioridades de Investigación en Salud 2019-2023 a la salud materna, perinatal y



neonatal. Precisándose que sean identificadas las causas, determinantes e impacto de la morbilidad y mortalidad neonatal, siendo la ansiedad y el afrontamiento en las gestantes dos variables psicológicas relevantes para la comunidad científica.

#### **1.4. Justificación práctica**

Se considera relevante realizar el presente estudio por las consecuencias negativas que genera el estrés en las gestantes y el recién nacido (Aguilar-Aguilar *et al.*, 2020), ya que ésta repercute en la recuperación física, psicológica y en la manera de afrontar el periodo del post-parto.

Todo esto genera mayores gastos en el sistema de salud, los cuales pueden disminuir, en un alto porcentaje, con un adecuado programa de afrontamiento. Por lo que es importante contar con información actualizada y de corte psicológico que permita realizar mejoras en el sistema de salud en favor de las gestantes adolescentes y gestantes añosas.

#### **1.5. Objetivos**

##### ***1.5.1. Objetivo general***

Determinar la relación entre la ansiedad estado y el afrontamiento en gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico de Salud.

##### ***1.5.2. Objetivos específicos***

Determinar la relación entre la ansiedad estado y el afrontamiento centrado en el problema en gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico de Salud.

Determinar la relación entre la ansiedad estado y el afrontamiento centrado en la emoción en gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico de Salud.

Determinar la relación entre la ansiedad estado y otros estilos de afrontamiento en gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico de Salud.

Describir la relación entre la ansiedad estado y el afrontamiento según edad, estado civil e instrucción en gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico de Salud.

## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO**

El capítulo del Marco Teórico presenta una revisión de los fundamentos epistemológicos y filosóficos de la investigación, así como los antecedentes previos relacionados con el tema de estudio. Se exploran las bases teóricas relevantes, centrándose en los conceptos de ansiedad, afrontamiento y gestación. Se examinan los diferentes enfoques teóricos y modelos explicativos en cada una de estas áreas. A partir de esta revisión, se construye el marco conceptual, que establece las definiciones y relaciones conceptuales clave para la investigación. En adelante, se desarrollarán los puntos mencionados.

### **2.1. Marco epistemológico y filosófico de la investigación**

El inicio de esta investigación sobre la ansiedad se fundamenta en los estudios pioneros realizados por Cattell y Sheier (1961), los cuales sentaron las bases para comprender y medir la ansiedad. Posteriormente, Spielberger (1966) retomó este trabajo y desarrolló una amplia investigación sobre la ansiedad, proporcionando un marco teórico sólido y herramientas de medición válidas.

En cuanto a la variable afrontamiento al estrés, esta se aborda desde la perspectiva teórica propuesta por Lazarus y Folkman (1986). Estos autores han realizado investigaciones exhaustivas y han elaborado teorías que explican cómo las personas se enfrentan y se adaptan a las situaciones estresantes.

Es importante destacar que tanto Cattell y Sheier como Spielberger, Lazarus y Folkman han respaldado sus investigaciones con análisis estadísticos rigurosos. Utilizando principios probabilísticos, han proporcionado evidencia empírica que respalda sus teorías y modelos conceptuales. Este enfoque estadístico permite unificar

el enfoque deductivo e inductivo en la investigación, ya que se utilizan principios probabilísticos para generar y probar hipótesis.

En línea con el enfoque científico, se aplicará el método falsacionista propuesto por Popper (1992), uno de los epistemólogos más influyentes del siglo pasado. Este método consiste en validar y refinar las teorías existentes a través de la contrastación empírica de las hipótesis planteadas. En este estudio, se utilizará una muestra de investigación para poner a prueba la vigencia de las teorías de Spielberger (1966) y Lazarus y Folkman (1986), aportando así evidencia empírica que respalde o modifique dichas teorías.

La filosofía de la salud se ocupa de analizar y reflexionar sobre las concepciones filosóficas de la salud y su relación con diferentes aspectos de la vida, entre los que se incluye el embarazo (Silenzi, 2020). Ahora bien, pasando al contexto de la atención de la salud durante el embarazo, la filosofía examina diversos modelos filosóficos como el de la salud integral. Este se basa en la idea de que la salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social como señala Nietzsche (1996[1886]). De esta forma, en el contexto de la gestación, es importante reconocer la importancia de abordar no solo las necesidades médicas de la mujer embarazada, sino también su bienestar emocional, su apoyo social y su entorno físico. Por lo anterior, en este estudio se promueve una atención integral que tenga en cuenta todos estos aspectos y que busque mejorar la experiencia y los resultados de salud tanto para la madre como para el feto.

La filosofía ética de Aristóteles se ocupa de analizar y reflexionar sobre los fundamentos morales y los principios que guían las acciones humanas (Majumdar, 1996). Considerando ello, el presente estudio se posiciona filosóficamente en la ética del embarazo, aplicando la ética de la virtud al caso de las gestantes adolescentes y

gestantes ańosas a fin de asegurar los derechos a la salud materna y fetal, promoviendo igualmente la toma de decisiones informadas.

La fenomenología de la maternidad es un enfoque filosófico que se centra en comprender las experiencias y vivencias subjetivas de las mujeres, tanto durante el embarazo como durante el proceso de la maternidad (Eicher, 1996). En el actual estudio, a través de este enfoque, se reconoce la importancia de conocer la forma en que las gestantes responden cuando se enfrentan situaciones difíciles o estresantes como es el caso del embarazo de riesgo.

Al integrar estos enfoques teóricos, analíticos, metodológicos y filosóficos, se busca generar conocimiento sólido y riguroso sobre la ansiedad y el afrontamiento al estrés en el contexto de la gestación, contribuyendo así al avance de la investigación en este campo y proporcionando herramientas prácticas para la atención y el apoyo de las gestantes.

## **2.2. Antecedentes de la investigación**

Los documentos revisados fueron hallados en bases de datos de acceso libre Latindex, Redalyc, Scielo, o con acceso institucional (p.e., Scopus), además de repositorios institucionales de universidades peruanas y extranjeras. Los términos de búsqueda fueron ansiedad, afrontamiento, gestante adolescente, gestante ańosa, y en inglés anxiety, coping, adolescent pregnant woman, elderly pregnant woman. Para fines del estudio se incluyeron estudios que abordaran una muestra de gestante adolescente o de gestante ańosa o puérpera.

### ***2.2.1. Internacionales***

Awad-Sirhan (2022), en su estudio hecho en España cuyo objetivo fue la descripción del nivel de estrés prenatal y ansiedad estado en mujeres gestantes bajo el

contexto de pandemia por Covid-19. En ese sentido, se planteó un marco metodológico correlacional, transversal. Participaron 695 mujeres gestantes con edades de 21 a 47 años, 57.8% casadas, 37% conviviente y el resto soltera o divorciada. Fue administrado el Cuestionario de Preocupaciones Prenatales (PDQ) y el Inventario de Ansiedad Estado (STAI-S). Los hallazgos destacan el nivel medio de estrés prenatal, a la vez que un nivel elevado de ansiedad. Además, el factor de riesgo más común fue estar a cargo más de un hijo y el factor protector consistió en disponer de acceso a una atención sanitaria.

Hassanzadeh et al. (2020) llevaron a cabo un estudio para comparar el miedo al parto, la ansiedad y la depresión en mujeres embarazadas primerizas que no asistían, asistían irregularmente o asistían regularmente a clases de preparación al parto. Se seleccionó una muestra de 204 mujeres embarazadas primerizas de centros de salud en Tabriz, Irán, y se completaron cuestionarios de miedo al parto, ansiedad por el embarazo y depresión a través de entrevistas. Utilizando el modelo lineal general, encontraron que los puntajes de miedo al parto, ansiedad y depresión fueron significativamente menores en el grupo de gestantes que asistían regularmente a las clases en comparación con el grupo que no asistía. No se observaron diferencias significativas entre los grupos asistentes regulares e irregulares en miedo al parto, ansiedad y depresión. Este estudio resalta la importancia del entrenamiento prenatal para reducir el miedo y mejorar la salud materna en mujeres primerizas.

Osma-Zambrano *et al.* (2019), abordó la incidencia de la depresión y ansiedad gestacional en embarazadas de Bucaramanga y Floridablanca, Colombia. Se trató de un estudio descriptivo transversal que trabajó con 244 gestantes de edad media de 24.8 años de edad, y se les administró los test de Depresión Posnatal de Edimburgo, Autoevaluación de Ansiedad de Zung, APGAR familiar y Cuestionario de Apoyo

Social Percibido. Detectó una incidencia del 24.6% en depresión y 25.8% en ansiedad. La presencia de ansiedad se asoció con antecedentes familiares. Un factor protector más prevalente en las gestantes fue el contar con dos fuentes de ingresos (pareja y familia). La ansiedad se asoció con depresión, violencia psicológica, y desconfianza hacia la pareja.

López-Mayorga (2019), en un estudio transversal-observacional, analizaron estilos de afronte y niveles de estrés en 80 madres adolescentes mexicanas con recién nacidos hospitalizados. Se administró un cuestionario para datos sociodemográficos, a la vez que la escala de afrontamiento para adolescentes, así como la escala de estrés parental. Entre lo hallado destaca que las adolescentes tuvieron en mayor frecuencia un estilo improductivo, la estrategia autoinculparse. Con niveles altos de estrés percibido en la relación con el recién nacido y el rol materno, y niveles medios de estrés en la apariencia y conducta del recién nacido. El estudio concluye que las madres adolescentes tienden a la desconfianza en sus capacidades.

Zambrano-Plata *et al.* (2012), desarrollaron un estudio en Colombia cuyo objeto fue conocer la asociación del funcionamiento familiar con las estrategias de afronte en adolescentes gestantes. En ese sentido, se planteó un marco metodológico descriptivo-correlacional con 150 adolescentes con edades de 17 a 19 años. Las pruebas aplicadas fueron la escala de afrontamiento adolescente, y la escala de Funcionalidad Familiar. El resultado más destacable fue la asociación positiva del funcionamiento familiar con las estrategias de afrontamiento, con presencia al 54% de un sistema familiar disfuncional. Mientras que las estrategias de afronte más usadas fueron resolver el problema (22%), preocuparse (21%), centrarse en lo positivo (21%), y fantasear con 16% (expectativas asociadas a “todo saldrá bien”).

### **2.2.2. Nacionales**

En el trabajo realizado por Alfaro (2022), se buscó determinar la relación entre la ansiedad y el estrés en gestantes atendidas durante la pandemia por COVID-19 en un centro de salud en Concepción. Se empleó una metodología aplicada y de nivel correlacional, utilizando un diseño no experimental transversal correlacional. La muestra consistió en 117 gestantes atendidas entre marzo y diciembre de 2020. Se utilizaron encuestas y se aplicaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo y la Escala de estrés durante el embarazo relacionado con la pandemia. Los resultados mostraron una relación inversa entre la ansiedad y el estrés, especialmente con niveles severos de ambas condiciones durante el embarazo en tiempos de pandemia.

Núñez (2021) realizó una investigación cuantitativa y descriptiva para identificar el nivel de ansiedad estado en primigestas que acudieron a un centro de salud en Iquitos durante 2020. La muestra consistió en 30 primigestas y se utilizó el inventario de ansiedad estado. Los resultados mostraron que un porcentaje significativo de las primigestas presentaba niveles elevados de ansiedad estado, y también se identificaron factores psicológicos relacionados, como el apoyo familiar y la dependencia emocional de la pareja. Se sugirió la implementación de intervenciones psicológicas para disminuir la ansiedad en gestantes adolescentes y adultas.

En el estudio realizado por Livaque (2021), se buscó determinar la relación entre el grado de funcionamiento familiar y el nivel de ansiedad en adolescentes primigestas atendidas en un centro de salud en Jaén. El trabajo fue de tipo correlacional y de corte transversal, con una muestra de 30 adolescentes primigestas. Se utilizaron el instrumento APGAR para medir el funcionamiento familiar y el test de GADI para evaluar la ansiedad. Los resultados mostraron una relación estadísticamente



significativa entre el grado de funcionamiento familiar y el nivel de ansiedad de las adolescentes primigestas atendidas en el centro de salud.

Vega et al. (2019) se enfocaron en la relación entre la ansiedad y la depresión en gestantes adolescentes. El estudio de corte transversal contó con una muestra de 45 gestantes adolescentes atendidas en un hospital durante mayo y junio de 2017. Se aplicaron la Escala de Depresión de Edimburgo y el Cuestionario de autoevaluación de Ansiedad de Ostrosky. Se encontró una relación inversa significativa entre ambas variables, con puntajes altos de depresión correlacionados con niveles severos de ansiedad en las gestantes adolescentes.

Ardiles (2018) desarrolló un estudio que tuvo como objetivo conocer la relación entre la ansiedad estado-rasgo y los estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas pertenecientes a un centro de Salud de Lima. La metodología aplicada fue no experimental, con un diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por 100 mujeres embarazadas, y para ello, se utilizó los instrumentos de Ansiedad Estado-Rasgo (IDARE) y Afrontamiento al Estrés (CAE). Los resultados puntualizaron una relación directa entre las variables, concluyendo que la ansiedad lleva a evidenciar estilos de afrontamiento en embarazadas.

Prado-Juscamaita y Reves-Huapaya (2018) aplicaron un programa de intervención enfocada en el desarrollo de estrategias de afronte que promuevan el bienestar emocional en 58 adolescentes gestantes con edades entre 10 a 19 años. En ese sentido, se planteó un marco metodológico experimental con grupo control (29) y grupo experimental (29), a quienes se aplicó pruebas estandarizadas y validadas localmente sobre las variables de estudio. Los estudios revelaron que posterior al programa los niveles de bienestar emocional fueron más altos para el grupo experimental, además las diferencias en las estrategias de afronte tuvieron diferencias

significativas (grupo experimental > grupo control), con mejores estrategias de resolución de problemas con los demás y menores afronte de tipo improductivo dentro del grupo experimental.

## **2.3. Bases teóricas**

### **2.3.1. Ansiedad**

Es entendida como una emoción compleja y no placentera que se expresa como un malestar emocional acompañado de síntomas somáticos (Suárez, 1995; citado en Sierra, 2003). En general, puede ser entendida como el conjunto de distintas respuestas físicas y mentales sin un evento desencadenante real, sino que son respuestas persistentes y difusas frente a situaciones inesperadas o interpretadas como peligrosas.

Es importante diferenciar la ansiedad del miedo, mientras este último revelaría la presencia de un malestar que es expresada frente a ciertos estímulos del entorno inmediato, la ansiedad está asociada con anticiparse a un peligro futuro, indefinible e imprevisible (Marks, 1986; citado en Sierra, 2003). Sin embargo, la ansiedad y el miedo cuentan con expresiones físicas y psicosociales similares; y, en ambos, hay presencia de ideas sobre un peligro, sensaciones de aprensión, respuestas somáticas y conductas motrices; de este modo, algunos autores usan los dos términos de forma indistinta (Sierra, 2003). Aunque, la característica básica de la ansiedad, a diferencia del miedo, será su carácter anticipatorio.

De acuerdo a la Psicología de la Personalidad, particularmente la perspectiva teórica de Cattell y Scheier (1961; citado en Peñaloza *et al.*, 2016), la conducta ansiosa es clasificada como una ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. La última de ellas es un cambio emocional inmediato y modulado por eventos de contexto y temporales; en contraste, la ansiedad-rasgo hace alusión a las variaciones interindividuales de

ansiedad relativamente permanentes en el tiempo y los contextos donde el individuo se relaciona; así, la ansiedad no se evalúa como parte de la conducta de un solo evento sino como la respuesta asociada a múltiples eventos (Spielberger, 1972; citado en Peñaloza *et al.*, 2016).

Además, la ansiedad puede manifestarse en forma de ataques de pánico, caracterizados por episodios repentinos e intensos de miedo y malestar, acompañados de síntomas físicos como dificultad para respirar, palpitaciones, sensación de ahogo y miedo a perder el control o sufrir un ataque al corazón. Es fundamental reconocer que la ansiedad es una experiencia subjetiva y que su manifestación puede ser única para cada individuo. Comprender las diferentes formas en que se manifiesta la ansiedad nos permite abordarla de manera más precisa y adaptada a las necesidades de cada persona (Spielberger *et al.*, 1984).

Cabe precisar que la *ansiedad-rasgo* representa una tendencia individual a comportarse ansiosamente, esto es, que tiende a interpretar los eventos y estímulos peligrosos o amenazantes, teniendo como respuesta, ante la misma, una conducta ansiosa. Hay una gran variedad de características interindividuales que dan origen a rasgos de ansiedad, en gran parte afectadas por aspectos biológicos y educativos. De tal modo que algunas personas se orientan a percibir muchos de los eventos como amenazantes, realizando posteriormente reacciones ansiosas, en contraste hay quienes le otorgan dicho nivel de peligro.

De otra parte, la *ansiedad-estado* es concebida como aquella donde la experiencia es asimilada a una etapa emocional de carácter temporal y que varía en intensidad (Stepowicz *et al.*, 2020). Dicha ansiedad es experimentada por la persona como disfuncional ante situaciones particulares, caracterizada por una activación del sistema autónomo y somático, además de percibir conscientemente la tensión subjetiva (Awad-

Sirhan *et al.*, 2022). Mientras las situaciones sean valoradas como peligrosas por el individuo, la intensidad emocional irá en aumento, indistintamente de la amenaza real; en contraste cuando estas son percibidas como no peligrosas, la intensidad emocional irá disminuyendo, pese a que exista un peligro real (Chinchilla-Ochoa *et al.*, 2019).

Ambos tipos de ansiedad están asociadas a mayor presencia de un rasgo de ansiedad coexistirá una mayor probabilidad de experimentar alto niveles de ansiedad situacionales. Así también, existe un nivel normal de ansiedad que resulta adaptativa para la persona, sin embargo, cuando los niveles de ansiedad son intensos en cortos lapsos de tiempo o bien se mantienen elevados niveles por un tiempo prolongado se denomina ansiedad patológica. De acuerdo a Spielberger *et al.* (1984), hay diferencias cuantitativas entre una ansiedad normal o adaptativa de la patológica o disfuncional.

Por último, es importante tener en cuenta que la ansiedad puede manifestarse de diferentes formas y en diferentes grados de intensidad. Algunas personas pueden experimentar ansiedad de forma ocasional y en situaciones específicas, como antes de presentar una exposición pública o en momentos de estrés agudo. En estos casos, la ansiedad puede manifestarse como una sensación de nerviosismo, inquietud y preocupación intensa, acompañada de síntomas somáticos como sudoración, así como también temblores e incluso el aumento de la frecuencia cardíaca (Kotabagi *et al.*, 2020).

Por otro lado, hay personas que experimentan ansiedad de manera más crónica y generalizada, lo que se conoce como trastorno de ansiedad generalizada (De Mello *et al.*, 2021). En este caso, la ansiedad se presenta de forma persistente y abarca múltiples áreas de la vida de la persona, generando una preocupación excesiva y dificultades para controlar los pensamientos ansiosos (Uguz, 2020). Los síntomas

físicos pueden incluir tensión muscular, a la vez que problemas para conciliar el sueño, así como también irritabilidad y dificultad para concentrarse (Kotabagi *et al.*, 2020).

### **2.3.2. Afrontamiento**

Es definido desde la perspectiva cognitivo-conductual como aquel esfuerzo cognitivo-conductual realizado con el objetivo de manejar las situaciones internas y/o externas que son percibidos como amenazas potenciales y que superan las capacidades psicológicas del individuo (Lazarus & Folkman, 1986). De esta forma, desde dicha perspectiva se entiende al afrontamiento como un proceso constante y moldeable dentro del ser humano.

Cabe precisar que frente a eventos percibidos como estresantes, consecuentemente habrá una respuesta emocional en la persona como es el miedo, tristeza, etc., acompañada con pensamientos y acciones (Frydenberg, 2008). Desde la perspectiva cognitivo-conductual puede presentarse un afrontamiento adaptativo o funcional y un afrontamiento desadaptativo o disfuncional, dependiendo cada afrontamiento al contexto sobre el que realice la persona, es decir, un afrontamiento puede ser adaptativo para un determinado contexto, mientras que en otro podría resultar desadaptativo (Eisenberg *et al.*, 1997).

Una diferencia importante a tomar en cuenta es entre las estrategias de afronte y estilos de afronte. En primer lugar, los estilos comprenden un conjunto de predisposiciones personales para enfrentar eventos y están asociados con la utilización preferente de ciertas estrategias de afronte para cada persona; en contraste, las estrategias serían procesos más circunstanciales realizados en un evento en particular y pueden sufrir cambios dependiendo de las condiciones de cada evento. Es resumen,

un estilo es estable en el tiempo e inespecífico a un evento y una estrategia sería cambiante en el tiempo y específico a un evento (Fernández-Abascal, 1997).

Para fines de esta investigación se abordará la variable afrontamiento desde los estilos de afrontamiento por permitir establecer una visión conjunta de dos grupos etarios: gestantes adolescentes y gestantes añosas. Además, el estudio de Casuso (1996), validación del Cuestionario de Estimación del Afrontamiento (COPE), reveló que la identificación del modelo de estilos de afrontamiento (centrado en el problema, en la emoción y otros estilos de afrontamiento), contaba con adecuados indicadores de validez y confiabilidad con respecto a la estructura factorial de las estrategias de afrontamiento.

En 1985, Folkman y Lazarus plantearon la presencia de dos estilos de afrontamiento: enfocado en el problema o la tarea (modificando la situación problemática para hacerla menos estresante) y enfocado en la emoción (disminución de la tensión, activación somática y respuesta emocional). En años posteriores Frydenberg y Lewis (1996), incorporan el estilo improductivo, que se caracteriza por ser menos efectivo para manejar el estrés. Este estilo improductivo incluye respuestas evitativas, como la negación, la evitación de los problemas o el uso de mecanismos de afrontamiento no saludables, como el consumo excesivo de alcohol o drogas (López *et al.*, 2019).

#### *A. Estilo centrado en el problema*

Están referidas al uso que realiza la persona de sus recursos psicológicos orientados a solucionar el evento problemático en sí, además implica el manejo de eventos demandantes internos y externos que son percibidas como peligrosas haciendo uso de las capacidades psicológicas que permitan reducir los efectos nocivos de los eventos estresantes (Folkman & Lazarus, 1995). Las estrategias que forman parte de este estilo buscan identificar, delimitar y definir el evento problemático, buscan

alternativas de solución y permitirían elegir la más adecuada según los recursos psicológicos disponibles y las demandas del evento problemático (Folkman & Lazarus, 1995). De acuerdo con Carver *et al.* (1989), las estrategias serían mantenerse activo, así como tener una cierta planificación, suprimir la realización de actividades a solo las más competentes, a la vez que la postergación del afrontamiento, y búsqueda de soporte social.

### *B. Estilo centrado en la emoción*

Folkman y Lazarus (1995), definen al estilo enfocado sobre la emoción como aquel donde la persona busca manejar la tensión emocional provocada por el evento estresante. Si los recursos psicológicos empleados por la persona no le permiten lidiar con su tensión emocional, podrá realizar acciones para reducirla, disminuyendo el impacto sobre la persona. Frydenberg y Lewis (1996), denominan a este segundo estilo “afrontamiento en relación con los demás”, y Cassaretto y Chau (2016), “afrontamiento socio-emocional”. De acuerdo con Carver *et al.* (1989), las estrategias serían buscar un cierto apoyo social, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional.

### *C. Otros estilos de afrontamiento*

Como antes fue indicado, Frydenberg y Lewis (1996), proponen el estilo improductivo en tanto los estilos productivos serían los estilos enfocados sobre el problema y socioemocional; y dentro del estudio de Carver *et al.* (1989), el estilo improductivo fue renombrado como evitativo. Dentro de este estilo, la persona no puede implementar alternativas de solución funcionales al evento estresante quedándose sin dar solución al problema y manejar o reducir su malestar emocional. De acuerdo con Carver *et al.* (1989), las estrategias que contiene son negación, desentendimiento mental y desentendimiento conductual.

### **2.3.3. Gestación**

La gestación se refiere al proceso fisiológico y emocional en el cual una mujer lleva a cabo el desarrollo de un nuevo ser humano en su útero, desde la fecundación hasta el nacimiento. Este periodo tiene una duración promedio de 280 días o 40 semanas, tiempo en el cual producen una serie de cambios en el cuerpo de la mujer con el fin de proporcionar un ambiente adecuado para el crecimiento y desarrollo del feto (Groome *et al.*, 1995).

Durante la gestación, se producen cambios hormonales significativos que son responsables de mantener el embarazo y regular el desarrollo fetal. Hormonas como el estrógeno y la progesterona juegan un papel crucial en la preparación del útero, la estimulación del crecimiento del feto y la preparación de las glándulas mamarias para la lactancia (Berham, 2020).

Además de los cambios hormonales, la gestación también implica transformaciones físicas en el cuerpo de la mujer. El útero se expande a medida que el feto crece, lo que puede llevar a un aumento del tamaño del abdomen. También se producen cambios en los senos, la piel y el cabello, así como en el sistema cardiovascular y respiratorio para adaptarse a las necesidades del feto en desarrollo (Berham, 2020).

A nivel emocional, la gestación puede generar una variedad de sentimientos en la mujer, que van desde la alegría y la emoción por la llegada de un nuevo miembro a la familia, hasta la ansiedad y la preocupación por la salud y el bienestar del bebé, así como por los cambios que se producen en su propio cuerpo y en su vida (Sieber *et al.*, 2006).



La gestación es una experiencia de gran significado en la vida de una mujer y, en muchos casos, se considera como una realización plena en sí misma. Es importante tomarse un momento para reflexionar sobre el estilo de vida que se ha llevado, ya que los hábitos inapropiados pueden tener efectos perjudiciales para la salud tanto de la mujer como del futuro hijo (Alcolea & Mohamed, 2011).

#### *A. Riesgo reproductivo en la gestación*

El riesgo reproductivo es definido como el riesgo de contar con un estado de bienestar físico, mental y social en lo referente a su salud reproductiva, sea varón o mujer, un ejemplo representativo vendría a ser el no lograr una vida sexual segura (Connor *et al.*, 2012; Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], s.f.). El riesgo reproductivo es una situación potencial del estado de una mujer, al margen de su condición de estar embarazada o no.

Dentro del proceso de embarazo, el riesgo reproductivo alude a diferentes problemáticas según el grupo poblacional de alta prioridad. Diversos autores separan al riesgo reproductivo referido al embarazo en 3 etapas: riesgo pre-concepcional (que es el riesgo que la mujer sufra daño en el proceso reproductivo), riesgo obstétrico (está referido a la presencia de factores de riesgo que pueden originar un accidente perinatal, como son aquellas condiciones o anomalías que aparecen o empeoran durante el embarazo) y riesgo perinatal (que se refiere a los riesgos que la mujer o su producto sufran daño durante el trabajo de parto, nacimiento y la etapa neonatal inmediato (Herrear *et al.*, 2006; Cabrera *et al.*, 2005). Asimismo, también es usual encontrar el término riesgo prenatal, para referirse a los factores de riesgo presentes antes del parto (Varona *et al.*, 2010) o gestación de alto riesgo, donde la probabilidad de daño antes para la madre, durante o después del parto es mayor que lo habitual (McCain & Deatrck, 1994).

En general se alude al riesgo reproductivo en el embarazo cuando hay presencia de una o más circunstancias (enfermedades o condiciones) que suponen un riesgo para el embarazo y que pueden influir de forma negativa a la madre y feto como es la enfermedad, muerte, entre otros (Ministerio de Salud del Gobierno de El Salvador, 2016; Comisión Nacional de Arbitraje Médico [CONAMED], 2004). Es decir, se incluye un conjunto de factores internos o externos a la futura madre, que puedan potencialmente producir alguna complicación durante la concepción, la gestación, el parto, el puerperio o que pudiesen afectar el desarrollo o supervivencia del bebé. Estos factores no solo se limitan a enfermedades previas al embarazo, sino que pueden ser tanto de carácter biológico, como psicológico y social; y además una misma condición puede no repercutir de forma igual en todas las gestantes, por lo que se debe realizar un enfoque individualizado.

#### *B. Riesgo reproductivo en adolescentes*

Se sabe que las edades extremas de una gestante son de por sí factores de riesgo asociados a peores resultados perinatales. Así, la mujer adolescente embarazada es considerada una situación de alto riesgo no solo por su inmadurez física que condiciona a problemas biológicos sino además por las consecuencias sociales y psicológicas a las que está sometida. Esto condiciona a una alta incidencia de complicaciones y a un mayor riesgo de morbi-mortalidad (OMS, 2019; Rodríguez, 2008).

Según la OMS, se clasifica la adolescencia en tres fases: adolescencia temprana de 10 a 13 años, adolescencia intermedia de 14 a 16 años y adolescencia tardía de 17 a 19 años (OMS, s.f.). La gestación durante cualquiera de estos estadios implica un riesgo, especialmente mientras menor sea la edad de la mujer (Balestena y Balestena, 2005), se ha observado que las gestantes menores de 16 años tienen un riesgo cuatro

veces mayor de fallecer en comparación con las mujeres gestantes de 20 a 30 años. Además, sus neonatos también enfrentan un riesgo aproximadamente un 50% mayor de mortalidad (OMS, 2019).

La inmadurez física en la adolescencia tiene un rol importante. Si bien la menarquia marca el inicio donde una mujer es capaz de reproducirse, esto no quiere decir que su cuerpo esté preparado para ser madre. Anteriores investigaciones con cohortes encuentran que la incidencia de complicaciones durante la gestación aumenta mientras menor sea la edad materna, independientemente de otros factores de confusión (Chen *et al.*, 2007; de Vienne *et al.*, 2009). La inmadurez uterina de la adolescente es probablemente una causa importante de placentación profunda defectuosa lo que provocará problemas de hipertensión, preeclamsia, restricción del crecimiento fetal, aborto y nacimiento pretérmino (Brosens *et al.*, 2019).

Asimismo, debido a que la propia mujer se encuentra en un estado de crecimiento, el embarazo puede aumentar las concentraciones de hormonas como leptina, lo que aumentará la utilización de energía de la madre para mantener su peso y una menor energía disponible para el crecimiento fetal, resultando un menor peso del bebé al nacer, anemia, predisposición de trastornos del desarrollo y malformaciones. Igualmente, el embarazo también puede traer consecuencias para la adolescente luego del parto produciendo una soldadura precoz de los cartílagos, infecciones y una desmineralización ósea al dar de lacta (Merino, 2014; Vivanti *et al.*, 2020).

Los datos anteriores sugieren que, a menor edad, mayor es el riesgo, ya que el cuerpo de las adolescentes se encuentra en proceso de formación y no ha alcanzado la madurez física ni emocional necesaria. Estos factores pueden afectar su bienestar psicológico y social, lo que a su vez puede tener un impacto negativo en su entorno familiar. Estos hallazgos han sido respaldados por la Organización Mundial de la Salud

(OMS, 2019), resaltando la importancia de brindar un cuidado especializado y atención adecuada a las gestantes adolescentes para reducir los riesgos asociados con su edad.

Además de los riesgos médicos, las gestantes también enfrentan desafíos psicológicos y sociales derivados de diversos factores ambientales, económicos, familiares e individuales (Fernandes *et al.*, 2015). En muchos casos, el embarazo puede ser resultado de un evento no deseado o no planificado, lo que puede generar situaciones de estrés para la mujer. Además, es posible que la gestante no cuente con una relación sólida con su pareja, lo que puede generar inseguridad y preocupación adicional. Estas circunstancias pueden llevar a que la mujer abandone sus estudios o se enfrente a dificultades sociales, lo que aumenta el riesgo de experimentar ansiedad y depresión durante el embarazo.

Es importante reconocer que estos aspectos psicológicos y sociales también influyen en la experiencia de la gestante y requieren una atención integral para asegurar su bienestar emocional y social durante este periodo crucial. Han sido reportadas las conductas antisociales como asociadas al embarazo adolescente como, por ejemplo, el abuso de sustancias (drogas y alcohol), el rechazo a su condición de gestante, y sentimientos de abandono y soledad. El embarazo en la adolescencia surge como resultado de numerosas dificultades y de un abordaje insuficiente en lo que respecta a la información sobre sexualidad y anticoncepción en las instituciones educativas y los establecimientos de salud (Mora-Cancino y Hernández-Valencia, 2015).

Estos factores de riesgo pueden tener consecuencias graves tanto para la madre como para el neonato. Las complicaciones asociadas al embarazo adolescente incluyen toxemias del embarazo, hemorragias posparto, mayor riesgo de prematuridad y bajo

peso al nacer (López *et al.*, 2005; Fogel, 1993). Estas patologías representan un riesgo significativo para la salud y el bienestar de los neonatos nacidos de madres adolescentes.

### *C. Riesgo reproductivo en mujeres añosas*

La gestación en mujeres de edad avanzada, o añosas, también es catalogada como gestación de alto riesgo reproductivo. En la práctica, la “edad materna avanzada” es definida para aquellas mujeres gestantes de igual o mayor de 35 años (Ayala-Peralta *et al.*, 2016). Esto es debido a que se ha demostrado que luego de los 35 años, el embarazo se vuelve a asociar con un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad materna-fetal un aumento de la frecuencia de complicaciones de enfermedades o malformaciones (Huang *et al.*, 2008).

Actualmente a nivel mundial el número de mujeres que presentan una gestación durante una edad avanzada está aumentando drásticamente. Esto se debe a que desde hace algunas décadas se ha empezado a posponer la maternidad para lograr un mayor desarrollo personal, académico y profesional (Kulkarni *et al.*, 2017). Aunque es importante destacar que los riesgos asociados con el embarazo aumentan a medida que se envejece y existe un mayor riesgo de abortos, gestaciones ectópicas, malformaciones, anomalías cromosómicas, complicaciones posparto, recién nacido con bajo peso, prematuros, desarrollo de enfermedades entre otros (Ayala-Peralta *et al.*, 2016).

Los mecanismos biológicos del aumento de estas complicaciones se asocian a diversos factores. Principalmente se postula que, durante el embarazo, este grupo de mujeres presentarían una baja perfusión de sangre uteroplacentaria debido a que la vasculatura hacia el útero en mujeres mayores disminuye (Naeye, 1983). Esto llevaría a una mayor probabilidad de presentar abortos espontáneos, hemorragias obstétricas,

restricción del crecimiento intrauterino, parto pretérmino, bajo peso al nacer del producto, entre otros.

La literatura también plantea que a mayor edad existe más mutaciones en el ADN mitocondrial en el ovocito y cuando este se fecunda podría determinar defectos de fosforilación y defectos en la mitosis que llevarían a alteraciones cromosómicas como el síndrome de Down y el síndrome de Turner (Valdez *et al.*, 2017).

Asimismo, debido a que a mayor edad hay un incremento del riesgo de tener afecciones crónicas como hipertensión y diabetes, esto se agravará por los cambios fisiológicos del embarazo trayendo a flote enfermedades como la hipertensión producida por la gestación o la diabetes gestacional (Naeye, 1983).

Respecto a los riesgos psicosociales, se esperaría que, debido a la estabilidad económica, profesional y a una mayor madurez para asumir la responsabilidad del embarazo, los riesgos psicosociales sean menores. Sin embargo, la literatura presenta resultados divergentes, algunos estudios encuentran que la prevalencia de depresión no es diferente a otras edades (Aasheim *et al.*, 2012), y otros estudios reportan una mayor prevalencia en gestantes con edad avanzada posiblemente por las diferentes complicaciones que experimentan (Spence, 2008; Carlson, 2011).

#### *D. Ansiedad en el embarazo con riesgo reproductivo*

La ansiedad durante el embarazo se refiere a un estado emocional relacionado a preocupaciones específicas de la gestación sobre la salud del bebé, de la gestante y del parto (Dunkel, 2011; Fairbrother *et al.*, 2017). Se sabe que existe un mayor riesgo de aparición de un desorden de ansiedad de al menos 5 veces mayor en mujeres con una gestación de alto riesgo en comparación de las que experimentan una gestación sin riesgos (Fairbrother *et al.*, 2017; Abrar *et al.*, 2019).

Aun así, existen pocos estudios que han evaluado la incidencia de los desórdenes de ansiedad en la gestación de alto riesgo alcanzando en un estudio de Colombia a un 40.7% de gestantes con alto riesgo obstétrico (Ricardo-Ramirez *et al.*, 2017). Según Dunkel y Tanner, 2012, aún no está claro por qué la ansiedad se asocia a tantos efectos durante el embarazo en las madres y en los bebés.

En el embarazo se reporta que la ansiedad está asociada robustamente a presentar un nacimiento pretérmino (Roesch *et al.*, 2004), e incluso postulan una predicción lineal entre niveles de ansiedad y el momento del parto (Dunkel & Tanner, 2012). Asimismo, se sugiere que los trastornos de ansiedad de la madre podrían influir en el desarrollo del sistema nervioso del feto mediante el condicionamiento del eje hipotalámico-suprarrenal del feto y también durante el inicio del parto mediante el intercambio de hormonal (Dunkel & Tanner, 2012).

## **2.4. Hipótesis**

### ***2.4.1. Hipótesis general***

Existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y el afrontamiento en gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico..

### ***2.4.2. Hipótesis específicas***

Existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y el afrontamiento centrado en el problema de las gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico de Salud.

Existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y el afrontamiento en la emoción de las gestantes adolescentes y gestantes añosas que se atienden, con riesgo reproductivo en un Policlínico de Salud.

Existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad estado y en otros estilos de afrontamiento de las gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo que se atienden en un Policlínico de Salud.

## **2.5. Glosario**

Adolescente:

Se refiere a una persona en el grupo de edad comprendido entre los 11 y 19 años, una etapa crucial en la vida en la que se adquiere la capacidad reproductiva y se experimenta una transición gradual de los patrones de pensamiento y comportamiento propios de la niñez hacia los propios de la adultez. Es un período de desarrollo y crecimiento en el que se exploran la identidad, la autonomía y se establecen las bases para la vida adulta (OMS, 2009).

Afrontamiento:

Se refiere a un conjunto de estrategias y recursos utilizados por una persona para hacer frente y manejar situaciones estresantes, con el objetivo de prevenir, eliminar o reducir el impacto negativo del acontecimiento estresante (Pérez-Aranibar, 2002). En el contexto de esta investigación, los factores estresantes afrontados por las adolescentes primigestas y las primigestas añosas serían las particularidades y desafíos asociados a su condición de embarazo en estas etapas de la vida. Mediante el afrontamiento, se busca adaptarse emocional y cognitivamente a las circunstancias del embarazo y enfrentar los desafíos que este conlleva, permitiendo así una mejor gestión del estrés y una promoción del bienestar físico y emocional (adaptado para esta investigación).

Ansiedad:



La ansiedad estado se refiere a una respuesta emocional transitoria y fluctuante en el tiempo, que surge ante la percepción de una situación amenazante o peligrosa y se manifiesta a través de una serie de reacciones tanto a nivel emocional como somático, es una manifestación natural del organismo ante situaciones estresantes y pueden variar en intensidad y duración según cada individuo (Bekker *et al.*, 2003).

#### Embarazo:

Se refiere al período de tiempo que abarca desde la fecundación hasta el momento del parto, durante el cual tiene lugar el crecimiento y desarrollo del feto en el útero materno, junto con una serie de cambios físicos, psicológicos y hormonales en la mujer gestante (Groome *et al.*, 1995). Es un periodo de gran importancia en la vida de la mujer, donde se establece una conexión especial entre ella y el ser en desarrollo. La duración promedio de un embarazo humano es de aproximadamente 40 semanas, aunque puede variar ligeramente de una mujer a otra.

#### Estrategias de afrontamiento:

Conjunto de enfoques cognitivos y conductuales que una persona emplea de manera dinámica para hacer frente a situaciones específicas, ya sean demandas externas o internas, que son percibidas como superiores o más intensas que los recursos disponibles del individuo (Lazarus y Folkman, 1986). Estas estrategias pueden variar y adaptarse constantemente según la naturaleza de la situación estresante, permitiendo al individuo hacer frente de manera efectiva a los desafíos que enfrenta en su entorno y en su vida interna.

#### Edad materna avanzada:

Se refiere a mujeres que tienen 35 años o más al momento de quedar embarazadas; aunque en la actualidad algunos autores amplían este rango y consideran que la edad materna avanzada puede comenzar a partir de los 40 años e incluso a partir

de los 45 años de edad (Baranda-Nájera *et al.*, 2014). Esto se debe a que existen ciertos riesgos y consideraciones adicionales asociados a la maternidad en edades más avanzadas, como una mayor probabilidad de complicaciones durante el embarazo y el parto, así como un mayor riesgo de ciertas condiciones médicas tanto para la madre como para el bebé (FIGO, 1958).

**Embarazo precoz:**

Se refiere al embarazo que ocurre en mujeres durante su etapa de pubertad, usualmente entre los 10 y los 19 años de edad (Gul *et al.*, 2019).

**Primigesta:**

Se utiliza para describir a una mujer que está embarazada por primera vez (Simmermeyer, 2010).

**Primigesta adolescente:**

Hace referencia a una mujer menor de 20 años que se encuentra embarazada por primera vez (Loh *et al.*, 2017).

**Primigesta añosa:**

Se refiere a una mujer mayor de 35 años que se embaraza por primera vez (Sutta & Valencia, 2017).

**Riesgo reproductivo:**

Probabilidad de experimentar daño, lesiones o pérdida de vidas durante el proceso de reproducción, aplicable a mujeres en el rango de edad reproductiva, es decir, entre los 15 y 49 años (Figueredo *et al.*, 2019).

## **CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA**

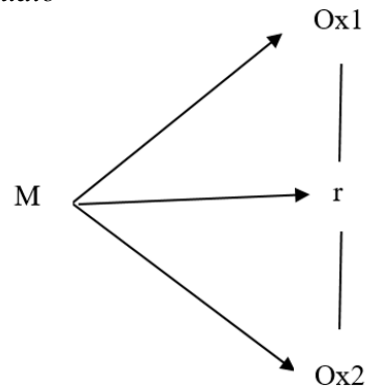
El capítulo de Metodología proporciona una guía detallada de cómo se llevó a cabo el estudio y los procedimientos utilizados para obtener los datos necesarios para responder a las preguntas de investigación planteadas. En adelante, se tocarán los puntos pertinentes.

### **3.1. Tipo y Diseño de Investigación**

El diseño de investigación fue no experimental, dada la ausencia de manipulación de las variables por parte de la investigadora, además, es transversal en tanto la recolección de los datos se ha realizado en un solo momento y de manera simultánea, (Hernández *et al.* 2014). Según estos autores, este estudio estaría enmarcado dentro de la tipología descriptiva correlacional, ya que tiene el propósito de medir la relación que existe entre las variables de estudio y presentar información descriptiva de las mismas y la correlación entre ellas según el objetivo general propuesto dentro de este trabajo. Los diseños correlacionales pueden limitarse a establecer relaciones entre variables sin precisar sentido de causalidad o pueden pretender analizar relaciones de causalidad

El mismo que se grafica de la siguiente manera:

**Figura 1**  
*Tipo de estudio*



**Donde:**

- M = Muestra de la investigación
- Ox1 = Ansiedad
- Ox2 = Afrontamiento
- r = Coeficiente de correlación

### 3.2. Unidad de análisis

Mujer gestante adolescente / añosa en riesgo reproductivo de un Policlínico de Salud.

### 3.3. Población de estudio

La población de este estudio estuvo conformada por 190 entre mujeres gestantes, adolescentes entre 12 a 19 años y gestantes añosas a partir de los 35 años a más, hospitalizadas en los meses de junio a agosto del 2022, de un Policlínico de Salud.

### 3.4. Tamaño de muestra

Para el tamaño muestral se usó la fórmula indicada líneas abajo para obtener el número de gestantes adolescentes y gestantes añosas en riesgo reproductivo.

**Dónde:**

- N (Población) = 190
- $Z_{\alpha}^2 = 1.96^2$  (a un 95% de confianza)
- p (proporción esperada) = .5 (50%)
- q = 1 - p (“1-.5” = .5)
- d (error muestral) = .05 (5%).

$$n = \frac{190 * .5 * .5 * 1.96 * 1.96}{190 * .05^2 + .5 * .5 * 1.96 * 1.96} = 128$$

De acuerdo a la fórmula, en este estudio participaron 128 gestantes adolescentes y gestantes añosas en riesgo reproductivo.

**3.5. Selección de muestra**

El método que se utilizó para seleccionar la muestra fue el muestreo intencional el cual consiste en la elección por métodos no aleatorios de una muestra, cuyas características sean similares a las de la población objetivo (Hernández *et al.*, 2014). En este muestreo la representatividad fue establecida por el diagnóstico de las pacientes gestantes adolescentes y añosas con riesgo reproductivo de un policlínico de salud. Para lo cual se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- i. Criterios de Inclusión
  - Encontrarse en el primer proceso gestacional
  - Adolescente de 12 a 19 años de edad
  - Mujer añosa desde los 35 años a más
  - Aceptar el consentimiento informado
  - Responder todos los ítems de los cuestionarios.

- ii. Criterios de Exclusión
  - Adolescente gestante con más de un hijo
  - Mujer añosa gestante con más de un hijo
  - No aceptar el consentimiento informado
  - No completar todos los ítems de las evaluaciones

### **3.6. Variables de estudio**

#### ***3.6.1. Variables relacionadas***

**Ansiedad:** Variable cuantitativa que será evaluada, por el Cuestionario de Ansiedad (IDARE), se definirá en una dimensión: Ansiedad estado (20 ítems)

**Afrontamiento:** Variable cuantitativa, que será evaluada por el Cuestionario de afrontamiento (COPE), se definirá en tres dimensiones: Afrontamiento centrado en el problema, Afrontamiento centrado en la emoción y Otros estilos de afrontamiento.

#### ***3.6.2. Variables de control***

**Edad Cronológica:** 12 a 19 años de edad, 35 años a más

**Estado Civil:** Soltera, casada

**Nivel de instrucción:** Primaria, Secundaria, Técnico, Universitario

### **3.7. Técnicas de recolección de datos**

La técnica usada fue la encuesta, dado que este método permite el uso de cuestionarios estandarizados con una aplicación individual o grupal (Buendía *et al.*, 1998). Las pruebas usadas fueron: Cuestionario de Ansiedad (IDARE) y Cuestionario de afrontamiento (COPE).

#### **Instrumentos de recolección de datos**

### **Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (IDARE)**

Autores: Spielberger, et al. (1970)

Adaptación: Bazán (2021)

Administración: Individual o colectiva

Aplicación: Adolescentes y adultos

Duración: 15 minutos

Objetivo: Evaluar la ansiedad en dos dimensiones (estado o rasgo)

Ítems: 40 ítems agrupados en 2 dimensiones

#### **Descripción del cuestionario**

El Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgos es una adaptación al español realizada por Spielberger, et al. (1975). Dicha escala se agrupa en dos dimensiones: ansiedad estado, que mide la ansiedad en el momento de la evaluación, y ansiedad rasgo, que mide cómo se siente la persona la mayor parte de su vida. Cada dimensión cuenta con 20 ítems, que se agrupan en ítems de escala Likert.

Las evidencias de validez de contenido señalan que la revisión de expertos demostró que los ítems mostraban ser claros, coherentes y relevantes. Asimismo, las evidencias de validez de estructura interna manifestaron adecuados índices de ajuste, luego de ligeras correcciones. Por otro lado, las evidencias de fiabilidad mostraron valores aceptables por encima de .70 para cada dimensión.

### **Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés (COPE)**

Autores: Carver, et al. (1989)

Adaptación: Salazar y Sanchez (1992); Casuso (1996)

Administración: Individual o colectiva

Aplicación: Personas mayores a 16 años

Duración: 10 minutos

Objetivo: Evaluar los niveles de los estilos de afrontamiento al estrés

Ítems: 52 ítems distribuidos en 13 factores que se agrupan en 3 dimensiones

### **Descripción del cuestionario**

El Cuestionario de Estilos de Afrontamiento al Estrés es una adaptación al español realizada por Sánchez y Salazar (1992). Dicha escala forma parte de 13 modos de respuesta que se agrupan en tres dimensiones: estilos de afrontamiento enfocados en el problema (afrontamiento activo, planificación, supresión de otras actividades, postergación del afrontamiento, búsqueda de apoyo social); estilos de afrontamiento enfocado en la emoción (búsqueda de soporte emocional, reinterpretación positiva y desarrollo personal, aceptación, acudir a la religión, análisis de las emociones) y otros estilos adicional de afrontamiento (negación, conductas inadecuadas, distracción).

Las evidencias de validez reportaron un procedimiento ítem-test mediante criterios de jueces. Posteriormente, se realizó los análisis de los ítems que corroboraron una correlación alta entre reactivos; además, mostró índices de ajuste adecuados que evidenciaron el modelo original. Respecto a las evidencias de confiabilidad, los índices de fiabilidad mostraron valores aceptables, teniendo como valor mínimo .55. En consecuencia, se considera que el instrumento es adecuado y confiable para su utilización en investigaciones similares.

### **3.8. Análisis e interpretación de la información**

La información fue transcrita a una base de datos del programa Excel, y luego procesada dentro del programa SPSS versión 28 (IBM Corp., 2021). Los análisis de inferencia estadística fueron desarrollados por medio de estadística no paramétrica en tanto las variables de investigación no tienen una aproximación con la distribución normal (ver Tabla 2, Capítulo 4). Dado que esta investigación tuvo un propósito



correlacional a nivel general y objetivos específicos también correlacionales se usaron los estadísticos *rho* de Spearman y en la estimación de la magnitud del efecto el coeficiente de determinación ( $r^2$ ), que se interpreta según Domínguez-Lara (2017): insignificante (menor a .01), pequeño (de .01 a .09), moderado (.09 a .25), y grande (.25 a más).

Para valorar la precisión de los instrumentos se usaron los estadísticos alfa y omega con valores aceptables entre .70 a .90 de acuerdo a Campo-Arias y Oviedo (2008).

### **3.9. Aspectos éticos**

El proceso de esta investigación considero relevante las pautas del Código de Ética de la APA (2017), y Colegio de Psicólogos del Perú (2017), destacando la originalidad del estudio usando para ello los reportes de Turnitin. Además, fue respetado el anonimato y confidencialidad de los participantes, aplicándose el consentimiento informado antes de sus participaciones, luego se procedió a entregarles los cuestionarios de IDARE y COPE para ser resuelto, cuyo promedio de tiempo fue de 30 minutos. Los resultados presentados dentro del presente documento son a nivel general, sin brindar alcances individuales de alguno de los participantes o grupo en particular.

## CAPÍTULO 4: RESULTADOS

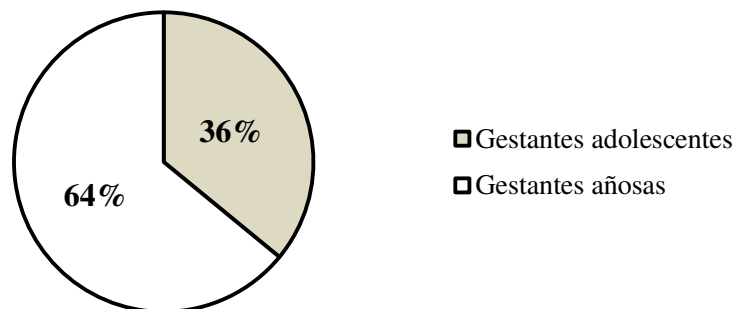
El capítulo de Resultados presenta los hallazgos obtenidos a partir del análisis e interpretación de los datos recopilados. Se proporciona una descripción detallada de los resultados en relación con las variables de estudio, incluyendo la ansiedad y los diferentes estilos de afrontamiento en las gestantes adolescentes y gestantes añosas. En adelante, se presentan los valores medios y las desviaciones estándar para cada variable, así como los resultados de los análisis estadísticos, interpretaciones y discusiones con la literatura existente.

### 4.1. Análisis, interpretación de resultados

#### 4.1.1. Características de la muestra

Los participantes de la investigación fueron 36% mujeres gestantes adolescentes (edad media=16.26 años, DS=.999), es decir, 46 adolescentes gestantes, y 64% mujeres gestantes añosas (edad media=38.71 años, DS=2.134), es decir, 82 gestantes añosas.

**Figura 2**  
*Participantes según grupo etario*



A su vez, como se observa en la Tabla 1, el mayor porcentaje fueron mujeres gestantes con estado civil soltera (59.4%), mientras las casadas representaban menos de la mitad (40.6%). Según grupo etario: las gestantes adolescentes evaluadas fueron solteras con el 36%), mientras que las gestantes añosas el 40.6% eran casadas y el 23,4% eran solteras

Respecto al nivel de instrucción, como se observa en la Tabla 1, el mayor porcentaje de mujeres gestantes tenía instrucción secundaria (51.6%), seguido por el nivel de instrucción técnico (25%), el nivel universitario (21.9%) y, el nivel primario (1.6%). Según grupo etario, la mayoría de las gestantes adolescentes tenían nivel secundario (32.8%), y a nivel técnico el (3.1.7%), ninguna participante tuvo nivel primario tampoco nivel universitario. Entre las gestantes añosas, hubo un empate entre el nivel técnico (21.9%) y el nivel universitario (21.9%) que tuvieron el mayor porcentaje, seguidos por nivel secundaria (18.8%) y nivel primario con el (1.6%).

**Tabla 1**  
*Distribución de estado civil y nivel de instrucción según grupo etario*

Estado civil	Adolescente		Añosa	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	46	36	30	23.4
Casada	---	---	52	40.6
<b>Nivel de instrucción</b>				
Primaria	---	---	2	1.6
Secundaria	42	32.8	24	18.8
Técnico	4	3.1	28	21.9
Universitario	---	---	28	21.9

*Fuente: Elaboración Propia*

#### **4.1.2. Análisis descriptivo**

##### **4.1.2.1. Variable estilos de afrontamiento**

**Tabla 2**

En esta tabla, dentro del conjunto de mujeres embarazadas, se muestra que el 14.10% opta por no emplear la estrategia del *Afrontamiento centrado en el problema*, mientras que un significativo 85.90% elige incorporar esta táctica en su enfoque.

En lo que concierne a la utilización del *Afrontamiento centrado en la emoción*, entre el conjunto de mujeres embarazadas, únicamente un modesto 4.69% opta por no implementarlo, mientras que un notable 95.31% decide emplear este enfoque

En relación a *Otros estilos de afrontamiento*, se observa que entre el conjunto de mujeres embarazadas, un considerable 85.94% opta por no emplear dicho enfoque, mientras que un 14.06% elige emplear éste modo de afrontamiento.

**Tabla 2**

*Porcentaje de empleo de estilos de afrontamiento en mujeres embarazadas*

	Empleo	No empleo
Afrontamiento centrado en el problema	85.90%	14.10%
Afrontamiento centrado en la emoción	95.31%	4.69%
Otros estilos de afrontamiento	14.06%	85.94%

*Fuente: Elaboración propia*

#### **4.1.2.2. Variable Ansiedad**

**Tabla 3**

Señala que la dimensión Ansiedad - Estado, dentro del grupo de mujeres embarazadas, muestra que el 40.63% reporta ausencia total de percepción o *nada de ansiedad*, un 48.44% experimenta *algo de ansiedad*, un 10.94% experimenta *bastante ansiedad*, y no se registra ningún porcentaje para la percepción de *mucha ansiedad* o una ansiedad intensa.

**Tabla 3**

*Porcentaje de prevalencia de ansiedad – estado en mujeres embarazadas*

	Porcentaje
Nada de ansiedad	40.63%
Algo de ansiedad	48.44%
Bastante ansiedad	10.94%
Mucha ansiedad	0%

Fuente: Elaboración propia

En la variable ansiedad, el estudio estuvo enfocado en la ansiedad – estado considerado como una variable situacional del individuo (Spielberger, 1966); dicha variable logro una media de 18.48 y desviación estándar de 8.17. Considerando el estadístico de Kolmogorov-Smirnov las puntuaciones de la variable no se aproximaron a una distribución normal (De Vellis; citado en García, 2005).

De otra parte, este trabajo de investigación se centró en el análisis de los estilos de afrontamiento, por lo que se tomó en cuenta la validación hecha por Casuso (1996), que identifica la presencia de tres estilos de afrontamiento: afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y otros estilos de afrontamiento. Los valores de la media para dichos estilos de afrontamiento fueron 40.74, 20.41 y 16.88, respectivamente. El análisis de normalidad reportado señalo la ausencia de aproximación a una distribución normal para dichos estilos de afrontamiento.

En la **Tabla 4** se reconocen datos estadísticos sobre las medias de diferentes variables relacionadas con la ansiedad estado y los estilos de afrontamiento utilizados. La media de ansiedad estado en este caso es de 18.48. La ansiedad estado se refiere a

la ansiedad experimentada en un momento específico, en respuesta a una situación o evento particular. Así mismo señala el nivel moderado de ansiedad en la muestra analizada. Por su parte, la media de este estilo de afrontamiento es de 40.74. El estilo de afrontamiento centrado en el problema implica abordar directamente los desafíos y problemas, buscando soluciones prácticas y adoptando un enfoque activo para resolver las dificultades. Una media de 40.74 sugiere que en promedio las gestantes en la muestra utilizan más este estilo de afrontamiento. A su vez, la media de este estilo de afrontamiento es de 20.41. El estilo de afrontamiento centrado en la emoción se centra en la gestión de las emociones asociadas al estrés, buscando apoyo social y utilizando estrategias para regular las respuestas emocionales. Una media de 20.41 indica que en promedio las gestantes en la muestra también utilizan este estilo de afrontamiento, aunque en menor medida que el estilo centrado en el problema. Por último, la media de este estilo de afrontamiento es de 16.88. Otros estilos de afrontamiento implican el uso de estrategias para evitar o escapar de las situaciones estresantes, como la negación o la evitación de los problemas. Una media de 16.88 indica que en promedio las gestantes en la muestra tienden a utilizar menos este estilo.

**Tabla 4**  
*Estadísticos descriptivos de las variables*

	Media	Mediana	Desviación estándar	LI	LS	K-S	Sig.
Ansiedad - estado	18.48	17.50	8.17	17.06	19.91	.088	.016
Afrontamiento centrado en el problema	40.74	41.00	3.72	40.09	41.39	.121	.001
Afrontamiento centrado en la emoción	20.41	21.00	2.66	19.95	20.88	.173	.000
Otros estilos de afrontamiento	16.88	16.00	2.58	16.43	17.33	.149	.000

*Nota:* LI = límite inferior; LS = límite superior; K-S = Kolmogorov-Smirnov; Sig = significancia.

Los datos estadísticos proporcionados en la **Tabla 5** incluyen desgloses por grupos demográficos, en este caso, los grupos de edad Adolescente y Añosa. Al respecto, sobre la ansiedad – estado, la media de ansiedad en el grupo de adolescentes es de 19.44, lo que indica un nivel moderado de ansiedad promedio entre las adolescentes analizadas. El grupo de gestantes añosas presenta una media de 17.95 en la ansiedad estado, lo que sugiere un nivel ligeramente menor de ansiedad promedio en comparación con los adolescentes. Por su parte, sobre el estilo de afrontamiento centrado en el problema, el grupo de adolescentes presenta una media de 40 en el estilo de afrontamiento centrado en el problema. Esto indica que en promedio los adolescentes utilizan este estilo de afrontamiento, abordando directamente los desafíos y buscando soluciones prácticas. El grupo de gestantes añosas presenta una media de 41.16 en el estilo de afrontamiento centrado en el problema, lo que sugiere que en promedio utilizan aún más este estilo que los adolescentes. A su vez, sobre el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, el grupo de adolescentes tiene una media de 21.28 en el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, indicando que en promedio

utilizan este estilo en mayor medida para gestionar las emociones asociadas al estrés y buscar apoyo social. El grupo de gestantes añosas presenta una media de 19.93 en el estilo de afrontamiento centrado en la emoción, lo que indica que también utilizan este estilo, aunque en menor medida que los adolescentes. Por último, en el caso de otros estilos de afrontamiento, el grupo de adolescentes tiene una media de 16.74 en otros estilos de afrontamiento, indicando que en promedio utilizan este estilo de forma limitada para evitar o escapar de las situaciones estresantes. El grupo de gestantes añosas presenta una media de 16.96 en otros estilos de afrontamiento, lo que sugiere que también utilizan este estilo en niveles similares a los adolescentes.

**Tabla 5**

*Estadísticos descriptivos de las variables por tipo de gestante*

	<b>Gestante</b>	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>K-S (p-valor)</b>
Ansiedad - estado	Adolescente	19.44	18	7.29	.154 ( <b>.008</b> )
	Añosa	17.95	16	8.61	.102 ( <b>.035</b> )
Afrontamiento centrado en el problema	Adolescente	40	41	4.46	.154 ( <b>.008</b> )
	Añosa	41.16	41.5	3.2	.116 ( <b>.008</b> )
Afrontamiento centrado en la emoción	Adolescente	21.28	21	1.79	.136 ( <b>.032</b> )
	Añosa	19.93	21	2.94	.191 (< <b>.001</b> )
Otros estilos de afrontamiento	Adolescente	16.74	17	2.12	.120 (< <b>.001</b> )
	Añosa	16.96	16	2.81	.171 (< <b>.001</b> )

*Nota:* K-S = Kolmogorov-Smirnov

Estos datos proporcionan información adicional sobre las diferencias en la ansiedad y los estilos de afrontamiento entre los grupos de edad Adolescente y Añosa.



Es importante tener en cuenta que estas medias son generales y puede haber variaciones individuales dentro de cada grupo.

#### ***4.1.3. Análisis inferencial***

Dado que la variable afrontamiento no posee un puntaje general que permita determinar una dimensión global, la hipótesis se comprueba mediante las tres dimensiones de estilos de afrontamiento, descritos a continuación.

Dado que el constructo afrontamiento se compone de tres estilos, y sin existir la posibilidad de obtener un puntaje global (Casaretto & Chau, 2016), se calculó la correlación en cada estilo con la ansiedad en gestantes adolescentes y en gestantes añosas.

Asimismo, se optó por el uso del coeficiente de correlación de Spearman, ya que las observaciones no seguían una tendencia lineal, por tanto, se encontraban dispersos. Además, el nivel de medición de las variables es intervalo.

En la **tabla 6**, se observa una correlación moderada y directa entre las estrategias centradas en el problema y la ansiedad estado, tanto en gestantes adolescentes (.484) como en gestantes añosas (.488); además, todas estas correlaciones fueron estadísticamente significativas. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula, indicando que hay un grado de relación pequeño o moderado e inverso entre la dimensión y la variable.

Por otro lado, se observa una correlación moderada y directa, y estadísticamente significativa, entre las estrategias centradas a la emoción y la ansiedad estado, en gestantes adolescente (.299). Asimismo, se aprecia una correlación pequeña y directa entre otros estilos de afrontamiento y la ansiedad estado en gestantes años (.1), sin embargo, esta relación no fue estadísticamente significativa.

Finalmente, se evidencia una correlación grande y directa entre otras estrategias y la ansiedad estado, tanto en gestante adolescentes (.654) como gestantes añosas (.614). De igual manera, estas relaciones fueron estadísticamente significativas. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula, indicando que hay un grado de relación pequeño o moderado e inverso entre la dimensión y la variable.

**Tabla 6**  
*Correlación entre ansiedad y estilos de afrontamiento*

Estilos de afrontamiento	Ansiedad			
	Adolescente		Añosa	
	r de Spearman	p - valor	r de Spearman	p - valor
Afrontamiento centrado en el problema	0.484	0.001	0.488	0
Afrontamiento centrado en la emoción	0.299	0.043	.1	0.372
Otros estilos de afrontamiento	0.654	0	0.614	0

*Fuente: elaboración propia*

## CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

El presente estudio de diseño no experimental y de tipo descriptivo - correlacional trabajo con una muestra de 128 gestantes adolescentes y gestantes añosas en riesgo reproductivo de un Policlínico de Salud.

La hipótesis general será discutida por medio de tres hipótesis específicas en tanto la variable afrontamiento al estrés no permite un puntaje global de la prueba Casaretto & Chau (2016).

La ansiedad estado experimentada por las gestantes se asocia con el afrontamiento centrado en el problema. Esta última entendida como el uso de recursos psicológicos orientados a solucionar el evento problemático en sí (Folkman & Lazarus, 1995), que para las gestantes representa el embarazo con riesgo reproductivo; puede inferirse que los niveles de ansiedad experimentados por las gestantes adolescentes y gestantes añosas parecen no sobrepasar sus recursos personales pudiendo desplegar acciones resolutivas a las demandas particulares de su embarazo. En ese sentido, el estudio de Awad-Sirhan (2022), señala un factor protector relevante es la atención en un nosocomio lo que tendría sentido al ser una muestra que viene siendo atendida en un hospital; además otro estudio (Osma-Zambrano *et al.*, 2019), destaco como otros factores protectores el tener fuentes de ingresos económicos y disponer de una relación de pareja estable. Cabe precisar que las estrategias de afronte del estilo centrado en el problema son susceptibles de ser modificadas y pueden incorporarse nuevas estrategias de afronte dependiendo de la exposición a actividades que promuevan su desarrollo, tal como se aprecia en el estudio de Prado-Juscamaita y Reves-Huapaya en 2018.

De otra parte, hay asociación positiva entre la ansiedad estado y el estilo de afrontamiento centrado en la emoción en gestantes adolescentes y gestantes añosas., lo cual indica que la gestante busca manejar la tensión emocional provocada por el evento estresante y pone en juego recursos psicológicos para lidiar con su tensión emocional con el propósito de reducirla y disminuir el impacto sobre su persona (Folkman & Lazarus, 1995). Las gestantes añosas y adolescentes se caracterizan por presentar problemas de salud física como preeclampsia, anemia e infecciones urinarias recurrentes (Ayala-Peralta *et al.*, 2017), lo que repercute en su salud psicológica y demandan de esfuerzos adicionales para manejar la tensión emocional. Al respecto, las gestantes adolescentes del presente estudio, con respecto a las gestantes añosas, quienes disponen de un mejor manejo socioemocional y perciben mayor ansiedad, lo que implica que la muestra de gestantes adolescentes han presentado eventualmente sensaciones de angustia, preocupaciones o estados de alerta constante, pero al parecer, las que cuentan con apoyo social, tienen herramientas necesarias para sobrellevar dichas experiencias durante el embarazo (Sierra *et al.*, 2003; Alcolea & Mohamed, 2011).

Respecto a la relación directa, positiva y altamente significativa entre la ansiedad y otros estilos de afrontamiento, lo que quiere decir que los eventos estresantes provocan una respuesta ansiógena en la gestante y al desbordar sus recursos personales recurren temporalmente a conductas no resolutivas a fin de reducir el malestar emocional, (Carver *et al.*, 1989), por ejemplo, la negación cumpliría un fin amortiguador para posteriormente hacer uso de conductas de afronte más funcionales. Este estilo de afronte es utilizada en tanto el riesgo reproductivo supone una constante amenaza a la integridad del feto y la futura madre (Ministerio de Salud del Gobierno de El Salvador, 2016; CONAMED, 2004), y las noticias repentinas repercuten en la

salud psicológica de la madre (Carlson, 2011; Chen *et al.*, 2007; de Vienne *et al.*, 2009; Spence, 2008). Cabe señalar que el estilo desadaptativo es utilizado por ambas gestantes con riesgo reproductivo; sin embargo prima en la gestante adolescente quien tiende a la desconfianza en sus propias capacidades, tal como lo señala López-Mayorga (2019).

En síntesis, los estilos de afronte cumplen un rol relevante en el proceso gestacional tanto de mujeres adolescentes y añosas, asociándose a estados de ansiedad experimentados en eventos estresantes. Esto implica que los estilos de afronte, requieren que una diferenciación con respecto a las estrategias empleadas que parecen ser más dinámicos bajo este contexto de embarazo con riesgo reproductivo y ameritarían futuros estudios que lo profundicen.

## CONCLUSIONES

En relación a los hallazgos encontrados en esta investigación, las gestantes adolescentes y gestantes añosas, con riesgo reproductivo, puede concluirse lo siguiente:

1. Las gestantes adolescente y añosas con riesgo reproductivo que presentaron mayor ansiedad estado hicieron mayormente uso del estilo de afrontamiento centrado en el problema, para abordar los desafíos, buscando soluciones prácticas y adoptando un enfoque activo para resolver sus dificultades
2. Las gestantes adolescentes utilizaron más otros estilos o estilo desadaptativos frente a la ansiedad, que las gestantes añosas, por su tendencia a la desconfianza en sus propias capacidades
3. El estilo de afrontamiento centrado en la emoción, las adolescentes gestantes en promedio utilizan este estilo en mayor medida para gestionar las emociones asociadas al estrés y buscan apoyo social; en relación a las gestantes añosas, quienes también utilizan este estilo, aunque en menor medida, que es explicada por la experiencia de vida que tienen y el soporte socioeconómico con el que cuentan.

## RECOMENDACIONES

El trabajo realizado se considera como un valioso aporte que puede sentar las bases para futuras investigaciones que amplíen y complementen los hallazgos obtenidos en este estudio. Considerando lo anterior, se sugiere.

- Realizar investigaciones adicionales que aborden de manera más detallada y amplia los factores que contribuyen a la ansiedad en gestantes adolescentes y gestantes añosas con riesgo reproductivo. Esto puede incluir la exploración de variables adicionales, como el apoyo social, el nivel educativo y socioeconómico, y las experiencias previas de salud reproductiva.
- Fomentar la colaboración interdisciplinaria entre profesionales de la salud: médicos, psicólogos, trabajadores sociales y enfermeras, que garantizaría la atención de enfoque holístico, es decir abordando tanto los aspectos físicos como emocionales de la salud durante el embarazo con riesgo reproductivo
- Así mismo, la educación en la salud reproductiva debería ser considerada como una política de salud pública brindada desde la adolescencia, con información oportuna respecto a la edad para la gestación y difundida en los centros de atención primaria dentro de los programas de prevención.
- Igualmente, la orientación también debería dirigirse a la familia para la prevención del embarazo en la adolescente y recomendaciones sobre el embarazo a la mujer añosa

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aasheim, V., Waldenström, U., Hjelmstedt, A., Rasmussen, S., Pettersson, H., & Schytt, E. (2012). Associations between advanced maternal age and psychological distress in primiparous women, from early pregnancy to 18 months postpartum. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *119*(9), 1108–1116. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03411.x>
- Abrar, A., Fairbrother, N., Smith, A. P., Skoll, A., & Albert, A. Y. K. (2019). Anxiety among women experiencing medically complicated pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Birth*, *47*(1), 13-20. <https://doi.org/10.1111/birt.12443>
- Aguilar-Aguilar, S., Barja-Ore, J., & Cerda-Sanchez, M. (2020). Estrés durante el embarazo como factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido. *Revista Cubana de Medicina Militar*, *49*(2), 287-299. <http://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/620/506>
- Alcolea, S. & Mohamed, D. (2011). Guía de cuidados en el embarazo: consejos de su matrona. Madrid: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Alfaro, K. (2022). *Ansiedad y estrés en gestantes atendidas en tiempos de Covid-19 en el Centro de Salud David Guerrero Duarte, Concepción* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional del Centro del Perú]. Repositorio UNCP. [https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/8695/T010\\_46763670\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/8695/T010_46763670_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Alkema, L., Chou, D., Hogan, D., Zhang, S., Moller, A. B., Gemmill, A., Ma Fat, D., Boerma, T., Temmerman, M., Mathers, C. & Say, L. (2015). Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015,



- with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*, 387(10017), 462–474. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00838-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00838-7)
- APA (2017). *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*. <https://www.apa.org/ethics/code>
- Ardiles, D. (2020). *Estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad en mujeres embarazadas de un centro de salud de Lima Metropolitana* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio UNMSM. [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15459/Ardiles\\_gd.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/15459/Ardiles_gd.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Arranz, Á., García, M., Montenegro, G., Camacho, A., Parés S., Goberna, J., Botet, F., & Gratacós, E. (2017). La influencia del estrés o ansiedad de la gestante en el peso fetal o neonatal: revisión bibliográfica. *Matronas Profesión*, 18(2), 69-77. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografica-estres-gestante-y-peso-fetal.pdf>
- Awad-Sirhan, N., Simó-Teufel, S., Molina-Muñoz, Y., Cajiao-Nieto, J., Izquierdo-Puchol, M.T. (2022). Factores asociados al estrés prenatal y la ansiedad en gestantes durante el COVID-19 en España. *Enfermería Clínica*, 32(1), S5-S13. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.006>
- Ayala, F. D., Guevara, E., Rodriguez, M. A., Ayala, R., Quiñones, L. A., Ayala, D., Mambret, A., Carranza, C., & Ochante, J. (2016). Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 5(5), 9–15. <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/60/61>

- Balestena, J., & Balestena, S. (2005). Impacto de la menarquía en los resultados maternos perinatales en la adolescencia. *Revista Cubana Obstetricia y Ginecología*, 31(1), 1-7. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v31n1/gin02105.pdf>
- Baranda-Nájera, N., Patiño-Rodríguez, D. M., Ramírez-Montiel, M. L., Rosales-Lucio, J., Martínez-Zúñiga, M. L., Prado-Alcázar, J. J., Contreras-Carreto, N. A. (2014). Edad materna avanzada y morbilidad obstétrica. *Evidencia Médica e Investigación en Salud*, 7(3). <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=56142>
- Bazán (2021). Adaptación, validez y fiabilidad del inventario ansiedad rasgo-estado para adultos de la ciudad de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*, 24(1), 101-116. <https://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20614>
- Berhan, Y. (2020). What immunological and hormonal protective factors lower the risk of COVID-19 related deaths in pregnant women?. *Journal of Reproductive Immunology*, 142(103180), 1-7. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165037820301017>
- Brosens, I., Muter, J., Ewington, L., Puttemans, P., Petraglia, F., Brosens, J. J., & Benagiano, G. (2019). Adolescent Preeclampsia: Pathological Drivers and Clinical Prevention. *Reproductive Sciences*, 26(2), 159–171. <https://doi.org/10.1177/1933719118804412>
- Buendía, L., Colás, P. & Hernández, F. (1998). *Métodos de Investigación en Psicopedagogía*. McGraw-Hill.
- Cabrera, Y., Ortega, M., Orbay, M. de la C., & Sanz, L. (2005). Riesgo reproductivo preconcepcional: análisis de su comportamiento en tres consultorios médicos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(3–4).

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252005000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300012)

- Campo-Arias, A., & Oviedo, H.C. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista de Salud Pública*, 10(5), 831-839. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42210515>
- Cárdenas, P., Gutiérrez, A., Jiménez, F., Ospina, L., Romero, M., Díaz, A., & Roca, A. (2019). Condiciones clínicas de gestantes añosas y perinatales: una revisión epidemiológica. *Revista Salud y Movimiento*, 11(1), 9-16. <https://core.ac.uk/download/pdf/304917826.pdf>
- Carlson, D. (2011). Explaining the curvilinear relationship between age at first birth and depression among women. *Social Science and Medicine*, 72(4), 494–503. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.001>
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cassaretto, M. & Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 42(2), 95–109. [https://doi.org/10.21865/RIDEP42\\_95](https://doi.org/10.21865/RIDEP42_95)
- Casullo, M. (2000). Psicología salugénica o positiva. Algunas reflexiones. *Anuario de Investigaciones*, 8, 340–346. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-758755>
- Casuso, L. (1996). Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima [Tesis de Licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio PUCP.

- Cattell, R., & Scheier, I. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. Ronald.
- Challine, A., Voron, T., O'connell, L., Chafai, N., Debove, C., Collard, M. K., Parc, Y. & Lefèvre, J. H. (2023). Does an Ileoanal Anastomosis Decrease the Rate of Successful Pregnancy Compared With an Ileorectal Anastomosis? A National Study of 1491 Patients. *Annals of Surgery*, 277(5), 806-812. [https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/2023/05000/Does\\_an\\_Ileoanal\\_Anastomosis\\_Decrease\\_the\\_Rate\\_of.14.aspx](https://journals.lww.com/annalsofsurgery/Fulltext/2023/05000/Does_an_Ileoanal_Anastomosis_Decrease_the_Rate_of.14.aspx)
- Chen, X., Wen, S. W., Fleming, N., Demissie, K., Rhoads, G. G., & Walker, M. (2007). Teenage pregnancy and adverse birth outcomes: a large population based retrospective cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 36(2), 368–373. <https://doi.org/10.1093/ije/dyl284>
- Chinchilla-Ochoa, D., Barriguete-Chávez Peón, P., Farfán-Labonne, B. E., Garza-Morales, S., Leff-Gelman, P., & Flores-Ramos, M. (2019). Depressive symptoms in pregnant women with high trait and state anxiety during pregnancy and postpartum. *International journal of women's health*, 11, 257-265. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2147/IJWH.S194021>
- Clark, D., & Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad: Ciencia y práctica*. Desclee de Brower.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). *Código de Ética y Deontología*. [https://www.cpsp.pe/documentos/marco\\_legal/codigo\\_de\\_etica\\_y\\_deontologia.pdf](https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf)
- CONAMED (2004). General recommendations for improving the obstetric care quality. *Ginecología y obstetricia de México*, 72(6), 295–331.

[https://www.researchgate.net/publication/287008374\\_General\\_recommendations\\_for\\_improving\\_the\\_obstetric\\_care\\_quality](https://www.researchgate.net/publication/287008374_General_recommendations_for_improving_the_obstetric_care_quality)

- Connor, T. H., Lawson, C. C., Polovich, M., & McDiarmid, M. A. (2012). Reproductive Risks Associated with Hazardous Drug Exposures in Healthcare Workers and Recommendations for Reducing Exposures. *Current Intelligence Bulletin XX*, 1-62. <https://www.cdc.gov/niosh/docket/archive/pdfs/NIOSH-279/CIBXX-reporRisk-279.pdf>
- De Mello, D. B., Trettim, J. P., da Cunha, G. K., Rubin, B. B., Scholl, C. C., Ardais, A. P., Dos Santos, J., Nedel, F., Ghisleni, G., Tavares, K., Tavares, K., De Avila, L. & De Matos, M. B. (2021). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and the occurrence of stressors events in a probabilistic sample of pregnant women. *Psychiatric Quarterly*, 92, 123-133. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11126-020-09763-0>
- De Vienne, C. M., Creveuil, C., & Dreyfus, M. (2009). Does young maternal age increase the risk of adverse obstetric, fetal and neonatal outcomes: A cohort study. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 147(2), 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2009.08.006>
- Dominguez-Lara, S. (2017). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251-254. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Donoso, B., & Oyarzún, E. (2012). High-risk pregnancy. *Medware*, 12(5), 1-8. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.05.5429>
- Dunkel, C. (2011). Psychological Science on Pregnancy: Stress Processes, Biopsychosocial Models, and Emerging Research Issues. *Annual Review of Psychology*, 62(1), 531–558. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>

- Dunkel, C. & Tanner, L. (2012). Anxiety, Depression and Stress in Pregnancy: Implications for Mothers, Children, Research, and Practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 141-148. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503680>
- Eicher-Catt, D. L. (1996). *Searching for the sacrality of motherhood: A semiotic phenomenology of non-custodial mothers*. Southern Illinois University at Carbondale.  
<https://search.proquest.com/openview/d6dff99869c4c98e9958a1b03fcf1c3/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Guthrie, I. K. (1997). Coping with stress: The roles of regulation and development. In S. A. Wolchik & I. N. Sandler (Eds.), *Handbook of children's coping: Linking theory and intervention* (pp. 41–70). Plenum Press. [https://doi.org/10.1007/978-1-4757-2677-0\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4757-2677-0_2)
- Fairbrother, N., Young, A. H., Zhang, A., Janssen, P., & Antony, M. M. (2017). The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 20(2), 311–319. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0704-7>
- Fernandes, W., Baffi, M., Borges, E., Ricarte, L., & Braz, C. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo, Brazil)*, 13(4), 618-626. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082015RW3127>
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y Estrategias de Afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción*. Pirámide.
- FIGO. (1958). International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- Figueredo, M., Fernández, D., Hidalgo, M., Rodríguez, R., & Álvarez, T. (2019). Factores de riesgo asociados al riesgo reproductivo preconcepcional. *Niquero*.

*Granma. Multimed,* 23(5), 972-984.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-8182019000500972&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-8182019000500972&lng=es&tlng=es).

Fogel, C. I. (1993). Pregnant inmates: risk factors and pregnancy outcomes. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 22(1), 33-39.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1552-6909.1993.tb01780.x>

Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping: Advances in theory, research and practice (2nd ed.)*. Routledge/Taylor & Francis Group.

García, C. (2005). La medición en ciencias sociales y en la psicología, En *Estadística con SPSS y metodología de la investigación*, de Landeros, R. & González, M. (comp.), Trillas.

Groome, L. J., Swiber, M. J., Bentz, L. S., Holland, S. B., & Atterbury, J. L. (1995). Maternal anxiety during pregnancy: effect on fetal behavior at 38 to 40 weeks of gestation. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 16(6), 391-396.  
[https://journals.lww.com/jrnldb/abstract/1995/12000/maternal\\_anxiety\\_during\\_pregnancy\\_\\_effect\\_on\\_fetal.1.aspx](https://journals.lww.com/jrnldb/abstract/1995/12000/maternal_anxiety_during_pregnancy__effect_on_fetal.1.aspx)

Guevara, E. (2016). Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*, 5(2), 7-8.  
<https://doi.org/10.33421/inmp.2016155>

Gul, N., Babar, M., Niwaz, A., Alvi, S. M., Perveen, S., Amir, S., & Shah, S. A. (2019). Mental health during pregnancy among early and non-early married females. *Pakistan Journal of Physiology*, 15(2), 89-92.  
<http://www.pjp.pps.org.pk/index.php/PJP/article/view/1032>

- Gutiérrez, M., & Velásquez, E. (2017). Morbimortalidad materna. Publicaciones presentadas en la Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia en los 70 años de vida institucional de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(3), 449–454. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v63n3/a13v63n3.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta edición). McGRAW-HILL
- Herrear, D. V., Oliva, J., & Domínguez, F. (2006). Capítulo 11: Riesgo reproductivo. En *Ginecología* (113-120).
- Huang, L., Sauve, R., Birkett, N., Fergusson, D., & Van Walraven, C. (2008). Maternal age and risk of stillbirth: A systematic review. *Canadian Medical Association Journal*, 178(2), 165–172. <https://doi.org/10.1503/cmaj.070150>
- IBM Corp. (2020). *IBM SPSS Statistics for Windows, Armonk*. IBM Corp. <https://www.ibm.com/pe-es/analytics/spss-statistics-software>
- Instituto Nacional de Salud (18 de octubre del 2022). *Entre 40 y 30 % de jóvenes de 19 y 26 años en el Perú presentaron síntomas de ansiedad y depresión tras la llegada de la pandemia de la COVID-19*. <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/entre-40-y-30-de-jovenes-de-19-y-26-anos-en-el-peru-presentaron-sintomas-de-ansiedad#:~:text=Desde-,Entre%2040%20y%2030%20%25%20de%20j%C3%B3venes%20de%2019%20y%2026,pandemia%20de%20la%20COVID%2D19>
- Kotabagi, P., Fortune, L., Essien, S., Nauta, M. & Yoong, W. (2020). Anxiety and depression levels among pregnant women with COVID-19. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(7). <https://doi.org/10.1111/aogs.13928>



- Kulkarni, A. D., Adashi, E. Y., Jamieson, D. J., Crawford, S. B., Sunderam, S., & Kissin, D. M. (2017). Affordability of fertility treatments and multiple births in the United States. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, *31*(5), 438-448. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ppe.12383>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.
- Livaque, M. (2021). *Funcionamiento familiar y nivel de ansiedad en adolescentes primigestas*. Centro de salud Moro Solar-Jaén, 2019. [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio Universidad Nacional de Cajamarca. <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4292/TESIS%20ALUMNA%20MARLENY%20LIVAQUE%20V%c3%81SQUEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Loh, J., Harms, C., & Harman, B. (2017). Effects of parental stress, optimism, and health-promoting behaviors on the quality of life of primiparous and multiparous mothers. *Nursing Research*, *66*(3), 231-239. [https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2017/05000/Effects\\_of\\_Parental\\_Stress,\\_Optimism,\\_and.4.aspx](https://journals.lww.com/nursingresearchonline/fulltext/2017/05000/Effects_of_Parental_Stress,_Optimism,_and.4.aspx)
- López-Mayorga, B., Carmona, B., & Ponce, G. (2019). Estilos de afrontamiento y nivel de estrés de madres adolescentes con hijos hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos neonatales, Chiapas, México. *Revista de Enfermería Neurológica*, *18*(1), 41-51. <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/274/280>
- López, C. A., Díaz, J., & Gómez, J. E. (2005). Risk factors for *Toxoplasma gondii* infection in pregnant women in Armenia, Colombia. *Revista de Salud Pública*,

7(2), 180-190. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642005000200006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642005000200006&script=sci_abstract&tlng=pt)

McCain, G.C., & Deatrick, J. A. (1994). The Experience of High-Risk Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 23(5), 421–427. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1994.tb01899.x>

Merino, A.M. (2014). *Evaluación y seguimiento de la nutrición en la adolescente embarazada*. Instituto Nacional De Perinatología. <https://catalogoinsp.mx/files/tes/053579.pdf>

Majumdar, S. K. (1996). Aristotle's ethical theory and modern health care. *Bulletin of the Indian Institute of History of Medicine*, 26(1), 75-80. [http://ccras.nic.in/sites/default/files/viewpdf/jimh/BIIHM\\_1996/75%20to%2080.pdf](http://ccras.nic.in/sites/default/files/viewpdf/jimh/BIIHM_1996/75%20to%2080.pdf)

Ministerio de Salud del Gobierno de El Salvador (2016). *Lineamientos técnicos para la atención integral de las mujeres con alto riesgo reproductivo*. [http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos\\_tecnicos\\_atencion\\_mujeres\\_alto\\_riesgo\\_reproductivo.pdf](http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/lineamientos/lineamientos_tecnicos_atencion_mujeres_alto_riesgo_reproductivo.pdf)

Ministerio de Salud del Perú (2019). *Análisis de Situación de Salud del Perú 2019*. [https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis\\_peru19.pdf](https://www.dge.gob.pe/portal/docs/asis/Asis_peru19.pdf)

Molina-Fernández, I. de, Rubio-Rico, L., Roca-Biosca, A., Jimenez-Herrera, M., Flor-Lopez, M. de la & Sirgo, A. (2015). Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (13), 17-32.

Mora-Cancino, A.M., & Hernández-Valencia, M. (2015). Embarazo en la adolescencia. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83, 294–301.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=58228>

Moreno, C., Antequera, R., Jenaro, Cr., & Gómez, Y. (2009). La Psicología de la Reproducción: la Necesidad del Psicólogo en las Unidades de Reproducción Humana. *Clínica y Salud*, 20(1), 79-90.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180613880007>

Naeye, R. L. (1983). Maternal Age, obstetric complications, and the outcome of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 61(2), 210–226.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6823362/>

Nereu, B., Neves, J., & Casado, I. (2013). Estrategias de relajación durante el período de gestación. Beneficios para la salud. *Clínica y Salud*, 24(2), 77–83. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(13\)70009-4](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70009-4)

Nietzsche, F. (1996[1886]). *Human, All Too Human II*, Cambridge University Press, Cambridge 1996.

Nuñez, L. (2021). *Grado de ansiedad estado en gestantes primerizas adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos - 2020*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Científica del Perú]. Repositorio Universidad Científica del Perú.  
<http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/1406/LINA%20ROCIO%20MARITZA%20NU%c3%91EZ%20BOSMEDIANO%20-%20TSP.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nurfatimah, N., Mohamad, M. S., Entoh, C., & Ramadhan, K. (2020). Gambaran Faktor Risiko Kejadian Hipertensi dalam Kehamilan pada Ibu Hamil Trimester III: Overview of Risk Factors for Hypertension in Pregnancy among Third-

Trimester Pregnant Women. Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan, 14(1), 68-75.

<http://www.poltekkespalu.ac.id/jurnal/index.php/JIK/article/view/77>

Organización Mundial de la Salud (2009). Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. OMS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54210/boletinadolescentes\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/54210/boletinadolescentes_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Mundial de la Salud (2019). *Embarazo en adolescentes*. OMS. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Salud del adolescente*. OMS. [https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_2)

Organización Panamericana de la Salud (2011). *Salud mental perinatal*. Organización Panamericana de la Salud. OMS. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organización Panamericana de la Salud (2 de marzo del 2022). *La pandemia por COVID-19 provoca un aumento del 25% en la prevalencia de la ansiedad y depresión en todo el mundo*. OMS. [https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo#:~:text=%2D%20En%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de,de%20la%20Salud%20\(OMS\).](https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-depresion-todo#:~:text=%2D%20En%20el%20primer%20a%C3%B1o%20de,de%20la%20Salud%20(OMS).)

Osma-Zambrano, S.E., Lozano-Osma, M.D., Mojica-Perilla, M., Redondo-Rodriguez, S. (2019). Prevalencia de depresión y ansiedad y variables asociadas en gestantes de Bucaramanga y Floridablanca (Santander, Colombia). *MedUNAB*, 22(2), 171-185. <https://doi.org/10.29375/0123-7047.3586>

- Peñaloza, R., Jaenes, J. C., Méndez-Sánchez, M. del P., & Jaenes-Amarillo, P. (2016). El poder explicativo de la ansiedad en los estados de ánimo de deportistas españoles (The explanatory power of anxiety in the mood of Spanish athletes). *Retos*, 2041(30), 207–210. <https://doi.org/10.47197/retos.v0i30.50259>
- Pérez-Aranibar, C. C., Córdova, H. M., & Espinoza, M. W. (2002). Estilos de afrontamiento y estatus performance en un grupo de pacientes oncológicos hospitalizados. *Revista de Psicología*, 20(1), 93-131. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4630231.pdf>
- Piscoya, L. (1995). *Investigación científica y educacional. Un enfoque epistemológico*. Ediciones Amaru.
- Popper, K.R. (1992). *Conocimiento objetivo: un enfoque evolucionista*. Editorial Tecnos.
- Prado-Juscamaita, J., & Reves-Huapaya, E. (2019). El embarazo adolescente en Perú: estrategias de afrontamiento para el bienestar emocional y la inclusión educativa. *Investigación y Postgrado*, 33(2), 83-96. <http://www.revistas.upel.edu.ve/index.php/revinpost/article/view/7235>
- Resolución Ministerial N° 658-2019/MINSA. *Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en el Perú 2019-2023*. 19 de Julio del 2019. [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_\\_658-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__658-2019-MINSA.PDF)
- Ricardo-Ramírez, C., Álvarez-Gómez, M., Ocampo-Saldarriaga, M.V., & Tirado-Otálvaro, A.F. (2015). Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín, entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 66(2), 94-102. <https://doi.org/10.18597/rcog.11>

- Rodríguez, M. (2008). Factores de riesgo para embarazo adolescente. *Medicina UPB*, 27(1), 47–58.  
<https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/2259/2037>
- Roesch, S. C., Schetter, C. D., Woo, G., & Hobel, C. J. (2004). Modeling the types and timing of stress in pregnancy. *Anxiety, Stress & Coping*, 17(1), 87–102.  
<https://doi.org/10.1080/1061580031000123667>
- Sieber, S., Germann, N., Barbir, A., & Ehlert, U. (2006). Emotional well-being and predictors of birth-anxiety, self-efficacy, and psychosocial adaptation in healthy pregnant women. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 85(10), 1200-1207.  
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00016340600839742>
- Sierra, J., Ortega, V. y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividades*, 3(1), 23-41.  
<https://www.redalyc.org/pdf/271/27130102.pdf>
- Simmermeyer, E. M. (2010). *Long-term, reversible, progestogenic contraceptive use in adolescents: an evaluation of common hesitations* [University of Toledo].  
<https://core.ac.uk/download/pdf/10796810.pdf>
- Spence, N. J. (2008). The long-term consequences of childbearing: Physical and psychological well-being of mothers in later life. *Research on Aging*, 30(6), 722–751. <https://doi.org/10.1177/0164027508322575>
- Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. *Anxiety and behavior*. New York: Academic press.
- Spielberger C. D., Gorsuch R. L. & Lushene R. E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Polo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Spielberger, C. D., Pollans, C. H. & Wordan, T. J. (1984). Anxiety disorders. In S. M. Turner & M. Hersen (Eds.), *Adult psychopathology and diagnosis* (pp. 263-303). John Wiley and Sons.
- Stepowicz, A., Wencka, B., Bienkiewicz, J., Horzelski, W., & Grzesiak, M. (2020). Stress and anxiety levels in pregnant and post-partum women during the COVID-19 pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9450. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/24/9450>
- Sutta, L. E., & Valencia, B. (2017). Evolución materno perinatal en gestantes mayores de 35 años de edad atendidas en el Hospital Antonio Lorena Cusco 2016 [Tesis de Licenciatura, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio Universidad Andina del Cusco. <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/1161>
- Uguz, F. (2020). Cognitive-behavioral therapy in pregnant women with generalized anxiety disorder: a retrospective cohort study on therapeutic efficacy, gestational age and birth weight. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(1), 61-64. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0792>
- UNFPA (s.f.). *Salud sexual y reproductiva*. <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>
- Valdez, F. J., Sessarego, S., & Rubio, K. (2017). Aneuploidías en mujeres de edad avanzada, ¿cuál es el riesgo real?. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 63(3), 449-454. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v58n1/a04v58n1.pdf>
- Varona, F., Rodríguez, N., & Orive, N.M. (2010). Pesquisa de los riesgos preconcepcional y prenatal. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 36(4), 565-572. <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v36n4/gin10410.pdf>

- Vega-Gonzales, E., Guerrero-Rosa, A., Guzmán-Castillo, B., Huamaní-Morales, E., & Herrera-Chenett, G. (2019). Ansiedad y depresión en gestantes adolescentes en un Hospital de Lima, Perú. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*, 4(3), 3-7.  
<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/107/110>
- Vivanti, A. J., Monier, I., Salakos, E., Elie, C., Tsatsaris, V., Senat, M. V., Jani, J., Jouannic, M.J., Winer, N., Zeitlin, J., Mougneaud, C., Souberbielle, J.C., Courbebaisse, M. & Benachi, A. (2020). Vitamin D and pregnancy outcomes: Overall results of the FEPED study. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 49(8), 101883. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2468784720302348>
- Williams, K., y McGillicuddy, A. (1999). Coping Strategies in Adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 20(4), 537-549.
- Zambrano-Plata, G.E., Vera-Leon, S.F., & Flórez-Ortega, L.Y. (2012). Relación entre funcionalidad familiar y las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes embarazadas. *Revista Ciencia y Cuidado*, 9(2), 9-16.  
<https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/334>



## ANEXOS

### ANEXO A. Cargas Factoriales y Fiabilidad

**Tabla 5**

*Cargas Factoriales y Fiabilidad*

Factor/Ítem	Ansiedad estado ( $\lambda$ )	Factor/Ítem	Ansiedad rasgo ( $\lambda$ )
1	.83	21	.85
2	.79	22	.42
3	.71	23	.78
4	.75	24	.65
5	.87	25	.61
6	.81	26	.44
7	.75	27	.54
8	.84	28	.80
9	.82	29	.72
10	.88	30	.76
11	.74	31	.07
12	.82	32	.80
13	.70	33	.85
14	.85	34	.24
15	.72	35	.76
16	.77	36	.66
17	.76	37	.73
18	.77	38	.66
19	.83	39	.08
20	.90	40	.50
$\omega$	.96	$\omega$	.91

*Nota:  $\lambda$ , Carga factorial,  $\omega$ , coeficiente de confiabilidad omega.*

## ANEXO B. Cuestionario de modos de afrontamiento al estrés – forma disposicional

### Instrucciones

Nuestro interés es conocer cómo las personas responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito en el presente cuestionario se pide indicar qué hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en situaciones complicadas. Es seguro que ciertas situaciones puedan requerir varias repuestas, pero piense en aquellos QUE MÁS USA. No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

NUNCA (NO)  
SIEMPRE (SI)

Nº	ITEMS	NO	SI
1	Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema		
2	Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema		
3	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en el problema		
4	Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema		
5	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares sobre lo que hicieron		
6	Hablo con alguien sobre mis sentimientos		
7	Busco la ayuda de Dios.		
8	Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones		
9	Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido		
10	Dejo de lado mis metas		
11	Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente		
12	Dejo de lado mis metas		
13	Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema de mi mente		
14	Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema		
15	Elaboro un plan de acción		
16	Me dedico a enfrentar el problema, y si es necesario dejo de lado otras actividades		
17	Me mantengo alejado del problema sin hacer nada, hasta que la situación lo permita		
18	Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema		
19	Busco el apoyo emocional de amigos o familiares		
20	Trato de ver el problema en forma positiva		
21	Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado		
22	Deposito mi confianza en Dios		
23	Libero mis emociones		
24	Actúo como si el problema no hubiera sucedido realmente		
25	Dejo de perseguir mis metas		

26	Voy al cine o miro la TV, para pensar menos en el problema		
27	Hago paso a paso lo que tiene que hacerse		
28	Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema		
29	Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema		
30	Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto		
31	Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema		
32	Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo		
33	Aprendo algo de la experiencia		
34	Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido		
35	Trato de encontrar consuelo en mi religión		
36	Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros		
37	Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema		
38	Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado		
39	Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema		
40	Actúo directamente para controlar el problema		
41	Pienso en la mejor manera de controlar el problema		
42	Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema		
43	Me abstengo de hacer algo demasiado pronto		
44	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema		
45	Busco la simpatía y la comprensión de alguien		
46	Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia		
47	Acepto que el problema ha sucedido		
48	Rezo más de lo usual		
49	Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema		
50	Me digo a mí mismo: "Eso no es real"		
51	Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema		
52	Duermo más de lo usual		

## ANEXO C. Cuestionario de ansiedad estado (INDARE)

Apellidos y Nombre.....

Edad..... Sexo.....Curso/Puesto..... Estado civil.....

Otros datos.....

Fecha.....

[Ansiedad-Estado]

### INSTRUCCIONES

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

	Nada	Algo	Bastant	Mucho
1 Me siento calmado.....	0	1	2	3
2 Me siento seguro.....	0	1	2	3
3 Estoy tenso.....	0	1	2	3
4 Estoy contrariado.....	0	1	2	3
5 Me siento cómodo (estoy a gusto).....	0	1	2	3
6 Me siento alterado.....	0	1	2	3
7 Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8 Me siento descansado.....	0	1	2	3
9 Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10 Me siento confortable.....	0	1	2	3
11 Tengo confianza en <u>mi</u> mismo.....	0	1	2	3
12 Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13 Estoy desasosegado.....	0	1	2	3
14 Me siento muy atado (como oprimido).....	0	1	2	3
15 Estoy relajado.....	0	1	2	3
16 Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17 Estoy preocupado.....	0	1	2	3

18	Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19	Me siento alegre.....	0	1	2	3
20	En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

## **ANEXO D. Consentimiento Informado**

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

INFORMADO Título de estudio: “ANSIEDAD Y AFRONTAMIENTO DE GESTANTES ADOLESCENTES Y GESTANTES AÑOSAS CON RIESGO REPRODUCTIVO DEL POLICLINICO FIORI”

Yo.....con DNI..... con .... años de edad Por medio del presente documento acepto participar, de manera voluntaria en la presente investigación, facilitando información a través de la encuesta que se me aplicará, luego de ser informada de manera concisa y detallada sobre el objetivo del presente trabajo. Además, pongo mi confianza en que la investigación empleará los datos de manera confidencial.

Por lo tanto, acepto participar. Fecha y hora:

.....

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

\_\_\_\_\_  
Investigadora

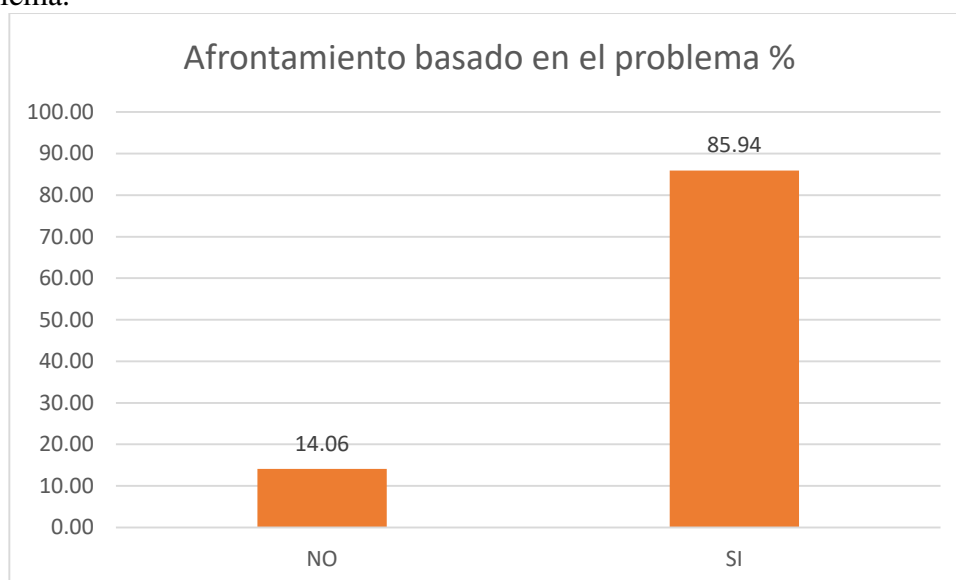
## ANEXO E *Análisis descriptivo*

Variable estilos de afrontamiento

Tabla  
Afrontamiento basado en el problema

AFRONTAMIENTO BASADO EN EL PROBLEMA	f	%
NO	18	14.06
SI	110	85.94
TOTAL	128	100.00

Figura 3. Porcentaje de mujeres gestantes que usan el Afrontamiento basado en el problema.

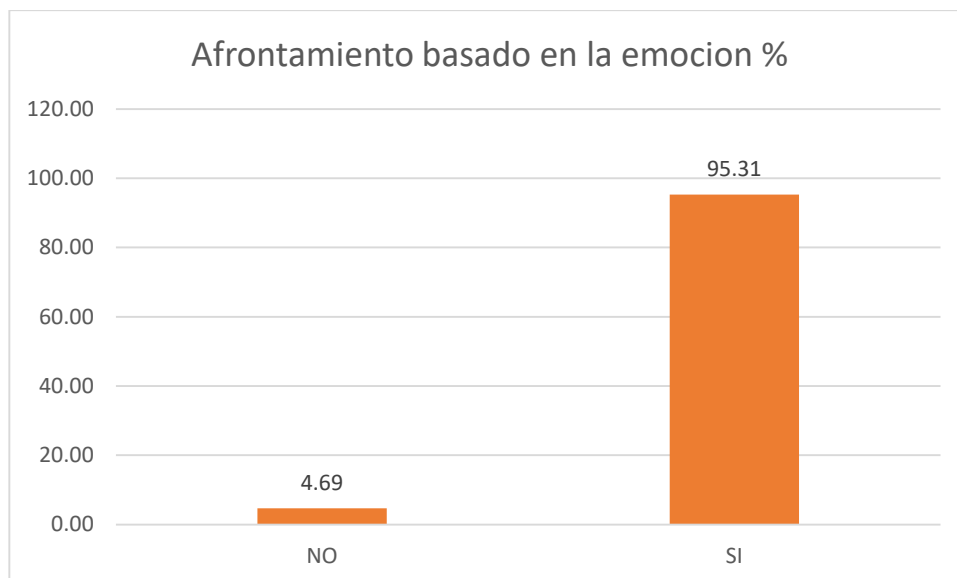


Del total de mujeres gestantes solo un 14.06% no adopta el AFRONTAMIENTO BASADO EN EL PROBLEMA y un 85.94% si lo hace.

Tabla  
Afrontamiento basado en la emoción

AFRONTAMIENTO BASADO EN LA EMOCION	f	%
NO	6	4.69
SI	122	95.31
TOTAL	128	100.00

Figura 4. Porcentaje de mujeres gestantes que usan el Afrontamiento basado en la emoción.

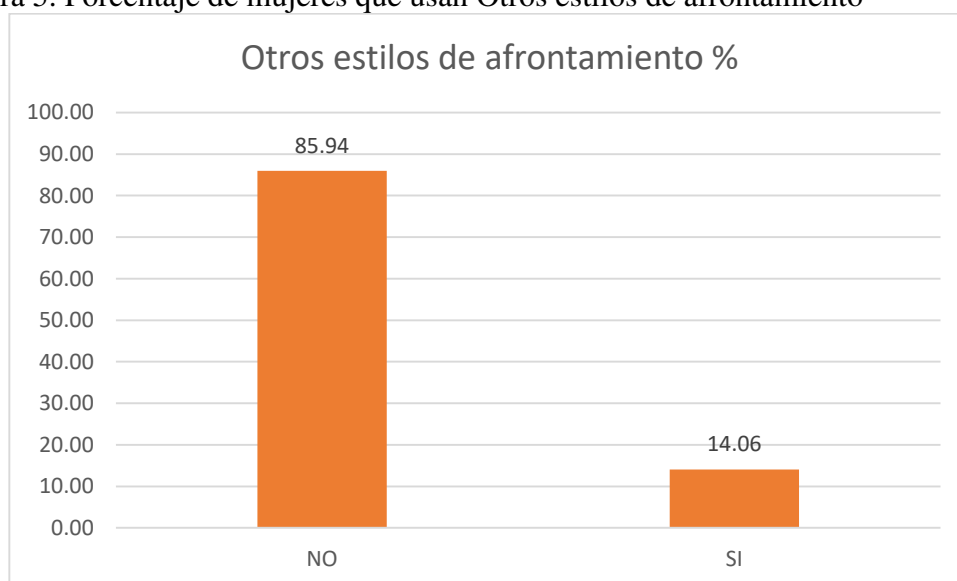


En el caso del AFRONTAMIENTO BASADO EN LA EMOCION del total de mujeres gestantes solo un 4.69% no lo aplica mientras que un 95.31% si.

Tabla  
Otros estilos de afrontamiento

OTROS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	f	%
NO	110	85.94
SI	18	14.06
TOTAL	128	100.00

Figura 5. Porcentaje de mujeres que usan Otros estilos de afrontamiento





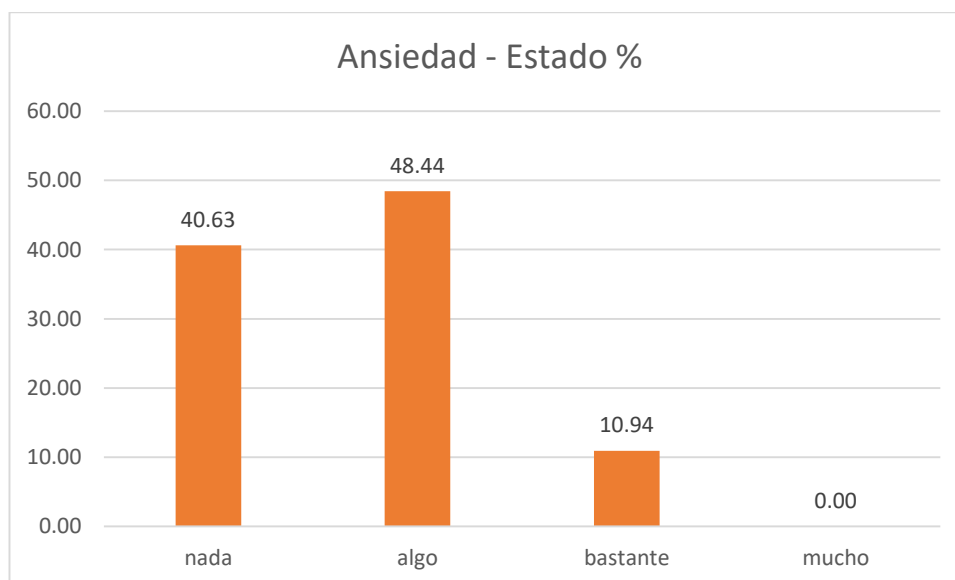
Para Otros estilos de afrontamiento del total de mujeres gestantes un 85.94% del total de mujeres gestantes no aplica otros estilos mientras que 14.06% si aplica otros estilos de afrontamiento.

Variable Ansiedad

Tabla  
Ansiedad - Estado

Ansiedad - Estado	f	%
nada	52	40.63
algo	62	48.44
bastante	14	10.94
mucho	0	0.00
total	128	100.00

Figura 6. Percepción de la ansiedad de las mujeres gestantes



Para la dimensión Ansiedad – Estado de Ansiedad un 40.63% de las mujeres gestantes no perciben nada, 48.44% siente algo de ansiedad, 10.94% siente bastante ansiedad y un 0% tiene una percepción de mucha ansiedad.

## ANEXO F. Matriz de operacionalización

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Opciones de respuesta	
<b>Afrontamiento</b>	Estilo de afrontamiento centrado en el problema	Afrontamiento activo	1, 14,27, 40	NUNCA (NO) SIEMPRE (SI)	
		Planificación	2, 15, 28, 41		
		Supresión de actividades competentes	3, 16, 29, 42		
		Postergación del afrontamiento	4, 17, 30, 43		
		Búsqueda de apoyo social por motivos instrumentales	7, 20, 33, 46		
		Búsqueda de apoyo social por motivos emocionales	8, 21, 34, 47		
	Estilo de afrontamiento centrado en la emoción	Reinterpretación positiva y Crecimiento	5, 18, 31, 44		
		Aceptación	6, 19, 32, 45		
		Enfocar / liberar emociones	10, 23, 36, 49		
		Otros estilos de afrontamiento	Negación		11, 24, 37, 50
			Desentendimiento conductual		12, 25, 38, 51
		<b>Ansiedad</b>	Ansiedad-estado		Ansiedad percibida ahora mismo