



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Asociación entre ansiedad y parto pretérmino en gestantes,  
Pacasmayo-La Libertad

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Médico Cirujano**

**AUTORES:**

Saavedra Ezaine, Maria Pia Anghelina (orcid.org/0000-0002-1927-7777)

Tapia Apolo, Bryan Adams (orcid.org/0009-0007-7631-7679)

**ASESOR:**

Mg. Alvarado Sánchez, Orlando Martín (orcid.org/0000-0001-9975-2605)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Materna

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

**TRUJILLO– PERÚ**

**2023**

## **Dedicatoria**

A mis amados padres Hugo Saavedra y Soledad Ezaine, quienes con su sacrificio constante han sido mi roca, inspiración y mi guía a lo largo de este viaje académico, les dedico este logro que hoy culmina en mi tesis. A mis hermanos Nakya, Hugo y Vicky que fueron cómplices en risas y consuelo en lágrimas, les agradezco por compartir este trayecto conmigo ya que cada desafío superado y triunfo celebrado ha fortalecido nuestra unión. A mi querido sobrino Luchito, un angelito que iluminó mi vida con su presencia fugaz y que seguirá siendo mi fuente de amor y fortaleza. Este logro no solo es mío, sino un reflejo de aquellos que creyeron en mí y de aquel, que, desde el cielo, sigue siendo mi motivación

Con amor y gratitud infinitos,

**SAAVEDRA EZAINE MARIA PIA ANGHELINA**

Este presente trabajo se lo dedico especialmente a Dios y a mis padres, quienes confiaron en mí e inculcaron valores en mi persona, ellos son el motivo de mis más grandes deseos de superación en la vida, a su comprensión y además al apoyo constantes e incondicional a lo largo de mi formación y también a todas las personas que de cierta manera me apoyaron para la ejecución de este presente trabajo.

Por ellos todo mi esfuerzo y dedicación

**TAPIA APOLO BRYAN ADAMS**

## **Agradecimiento**

### **A DIOS**

Agradecemos a Dios, fuente de fortaleza y sabiduría, por guiar cada paso de nuestra tesis. Su gracia ha sido nuestra inspiración, su luz ha iluminado nuestro camino académico. En humildad, reconocemos su inquebrantable apoyo en este logro.

### **ASESOR**

Expresamos nuestro profundo agradecimiento a nuestro asesor el Dr. Orlando Martín Alvarado Sánchez por su invaluable orientación y dedicación. Su experiencia y sabiduría han sido fundamentales para el éxito de este proyecto.

### **UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

Queremos expresar nuestro profundo agradecimiento a nuestra universidad por ser el escenario donde floreció esta tesis. Apreciamos la calidad educativa, los recursos y el apoyo constante del cuerpo docente. Esta institución ha sido la piedra angular de nuestro crecimiento académico, y estamos agradecidos por la plataforma que nos ha permitido alcanzar este logro significativo.

### **HOSPITAL DE APOYO TOMAS LAFORA**

Agradecemos sinceramente al hospital por ser el escenario clave para llevar a cabo esta tesis. La colaboración y apoyo del personal médico y administrativo fueron fundamentales. La experiencia adquirida en este entorno ha sido invaluable, contribuyendo de manera significativa a nuestra formación académica y profesional.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento .....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas .....	v
Índice de gráficos y figuras .....	vi
Resumen .....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	4
III. METODOLOGÍA.....	11
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	11
3.2. Variables y operacionalización.....	11
3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis.....	11
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	13
3.5. Procedimientos.....	13
3.6. Método de análisis de datos .....	13
3.7. Aspectos éticos .....	14
IV. RESULTADOS .....	15
V. DISCUSIÓN .....	20
VI. CONCLUSIONES .....	23
VII. RECOMENDACIONES.....	24
REFERENCIAS.....	25
ANEXOS	

## Índice de tablas

<b>Tabla N° 01.</b> Características de las gestantes atendidas en Pacasmayo – La Libertad periodo Julio - octubre 2023 .....	23
<b>Tabla N° 02:</b> Frecuencia de ansiedad en gestantes con parto pretérmino en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio - octubre 2023 .....	24
<b>Tabla N° 03:</b> Frecuencia de ansiedad en gestantes sin parto pretérmino en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio- octubre 2023 .....	25
<b>Tabla N° 04:</b> Ansiedad como factor asociado a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio- octubre 2023 .....	27

## Índice de gráficos y figuras

<b>Gráfico N1:</b> Frecuencia de ansiedad en gestantes con parto pretérmino en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio - octubre 2023 .....	25
<b>Gráfico N° 02:</b> Frecuencia de ansiedad en gestantes sin parto pretérmino en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio- octubre 2023 .....	26
<b>Gráfico N° 03:</b> Ansiedad como factor asociado a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio- octubre 2023 .....	28

## Resumen

**Objetivo:** Precisar si existe asociación entre ansiedad y parto pretérmino en gestantes de Pacasmayo – La Libertad periodo 2023.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo seccional transversal en el que se incluyeron a 138 gestantes, según criterios de selección los cuales se dividieron en 2 grupos: con o sin parto pretérmino; calculándose la razón de prevalencias y la prueba estadística de chi cuadrado.

**Resultados:** Las frecuencias de preeclampsia y obesidad fueron significativamente mayores entre las gestantes con parto pretérmino respecto a las gestantes a término ( $p < 0.05$ ); la frecuencia de ansiedad en gestantes con parto pretérmino fue de 71%; la frecuencia de ansiedad en gestantes con parto a término fue de 21%; la ansiedad es factor asociado a parto pretérmino en gestantes con una razón de prevalencias de 6.33 el cual fue significativo ( $p < 0.05$ ).

**Conclusión:** existe asociación entre ansiedad y parto pretérmino en gestantes de Pacasmayo – La Libertad periodo 2023.

**Palabras clave:** Factor asociado, ansiedad, parto pretérmino.

## **Abstract**

**Objective:** To specify if there is an association between anxiety and preterm birth in pregnant women from Pacasmayo – La Libertad period 2023.

**Material and methods:** A retrospective cross-sectional study was carried out in which 138 pregnant women were included, according to selection criteria which were divided into 2 groups: with or without preterm birth; calculating the prevalence ratio and the chi square statistical test.

**Results:** The frequencies of preeclampsia and obesity were significantly higher among pregnant women with preterm delivery compared to term pregnant women ( $p < 0.05$ ); the frequency of anxiety in pregnant women with preterm birth was 71%; the frequency of anxiety in pregnant women with full-term delivery was 21%; anxiety is a factor associated with preterm birth in pregnant women with a prevalence ratio of 6.33 which was significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** there is an association between anxiety and preterm birth in pregnant women from Pacasmayo – La Libertad period 2023.

**Keywords:** associated factor, anxiety, preterm birth.



## I. INTRODUCCIÓN

El parto pretérmino, definido como nacimiento menor de 37 semanas de embarazo, es un fenómeno mundial de prevalencia creciente<sup>1</sup>. Uno de cada diez neonatos en Norteamérica nace antes de las 37 semanas de gestación, lo que representa más de 380 000 nacimientos pretérmino cada año; esta condición es un contribuyente significativo a la mortalidad infantil, como resultado de ello más de 20 000 niños mueren cada año en Norteamérica antes de cumplir un año, y casi el 70 % de esas muertes se atribuyen al parto pretérmino, siendo un contexto poblacional con tasas de aproximadamente 10% más elevadas que el de otras naciones desarrolladas<sup>2</sup>.

En Brasil se ha observado que los partos prematuros aumentaron del 5,8 % al 13,8 %, las tendencias mundiales indican que la prevalencia estimada de partos prematuros varía del 9,6 % al 11,1 %, y mayor parte de la carga recae en países de escasos ingresos; el aumento de las tasas de parto prematuro se atribuye tanto al aumento de las indicaciones médicas como de las gestaciones artificiales, que han aumentado la tasa de partos prematuros electivos. En Latinoamérica estiman que cerca del 9,6% de la mortalidad perinatal a nivel global llegan a pertenecer a los partos pretérmino; en Latino América y el Caribe la incidencia es de 8,1%; y en Colombia es del 10% - 12%; en Perú se ha encontrado asociación con las edades extremas ( $p < 0.05$ )<sup>4</sup>.

Actualmente se reconoce cada vez más que el embarazo puede predisponer a algunas mujeres a una mayor vulnerabilidad para la ansiedad, esta forma distinta de ansiedad es contextualizada por el embarazo y puede ocurrir en un nivel grave en hasta el 22% de las mujeres embarazadas, aquellos con niveles severos de ansiedad relacionados con el embarazo corren un mayor riesgo de efectos adversos maternos, obstétricos y neonatales<sup>5</sup>. En Norteamérica se estima que la ansiedad durante el embarazo afecta entre un 15 y un 23% de las mujeres y se relaciona con un riesgo elevado en la variedad de resultados

negativos para la madre y el niño, esto ha llevado a una creciente atención en la investigación y las guías clínicas en los últimos años<sup>6</sup>.

Una revisión sistemática reciente realizada en Reino Unido encontró que la ansiedad auto informada durante el embarazo tiene una prevalencia agrupada del 22,9% entre trimestres, siendo la prevalencia global fue del 15,2%, las tasas de prevalencia se informaron en una serie de estudios que muestran que los síntomas de ansiedad problemática afectan aproximadamente al 15% de mujeres, tanto en el embarazo temprano como en etapas posteriores<sup>7</sup>. En Perú, con una muestra de 350 gestantes a nivel hospitalario y en el área de ginecoobstetricia, predominó el nivel de ansiedad moderado con 76,3% (n=267)<sup>8</sup>.

En este contexto, trazamos nuestro problema de investigación:

¿Existe asociación entre ansiedad y parto pretérmino en gestantes de Pacasmayo – La Libertad periodo 2023?

Se plantea como hipótesis: Existe asociación entre ansiedad y parto pretérmino en gestantes de Pacasmayo – La Libertad periodo 2023

Se propone como:

Objetivo general:

Precisar si existe asociación entre ansiedad y parto pretérmino en gestantes de Pacasmayo – La Libertad periodo 2023

Objetivos específicos:

- Determinar la frecuencia de ansiedad en gestantes con parto pretérmino
- Determinar la frecuencia de ansiedad en gestantes con parto a término
- Comparar la frecuencia de ansiedad entre las gestantes con parto pretérmino y las gestantes con parto a término

- Comparar las variables intervinientes entre las gestantes con parto pretérmino y las gestantes con parto a término.

La ansiedad es un trastorno registrado con frecuencia en la población de gestantes en general, constituye un desorden afectivo que demuestra un impacto adverso en términos de calidad de vida y también de costo sanitario, tomando en cuenta que en el contexto del embarazo, existe la predisposición a desarrollar temores y preocupaciones relacionadas con el bienestar materno fetal; esta alteración es por otra parte frecuentemente subdiagnosticada por la ausencia de estrategias de tamizaje oportuno para el enfoque diagnóstico y terapéutico efectivo. Recientemente se ha publicado evidencia que identifica al grado de ansiedad patológico como un elemento que contribuye a incrementar los componentes de la morbilidad obstétrica y particularmente en la incidencia de parto pretérmino, por tanto consideramos pertinente valorar la asociación entre estas variables, a pesar de que la ansiedad materna durante el embarazo a veces se considera un mecanismo normal para combatir la ansiedad de la madre por tener un hijo, lo que podría preparar a la madre para el embarazo y sus cambios asociados, sin embargo, puede convertirse en una condición patológica y se vuelven tan graves que pueden afectar la salud mental, Algunas consecuencias de la ansiedad durante el embarazo y después del parto están relacionadas con la salud materna infantil; al no haber identificado estudios parecidos en nuestro entorno sanitario.

## II. MARCO TEÓRICO

Grigoriadis S, et al (Grecia, 2019); realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre la relación entre la ansiedad prenatal materna y una variedad de resultados perinatales, se incluyeron los resultados perinatales de mujeres con y sin ansiedad (diagnosticados o autoinformados mediante una escala validada) derivados del idioma inglés, datos recopilados prospectivamente. Se revisaron 1458 resúmenes, se recuperaron 306 artículos y se incluyeron 29 artículos. La ansiedad prenatal se unió con mayores probabilidades de parto prematuro (odds ratio [OR] combinado = 1,54; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,39 a 1,70, 16 estudios) y parto prematuro espontáneo (OR = 1,41; IC del 95 %, 1,13 a 1,75), menor peso medio al nacer (diferencia de medias = -55,96 g; IC del 95 %, -93,62 a -18,31 g), mayor probabilidad de bajo peso al nacer (OR = 1,80; IC del 95 %, 1,48 a 2,18), concluyendo que la ansiedad prenatal se relaciona con resultados adversos<sup>9</sup>.

Suparno A, et al (India, 2021); estimaron la magnitud del efecto de la ansiedad durante la gestación sobre el parto prematuro y el bajo peso al nacer en un metaanálisis y una revisión sistemática realizada con diagramas de flujo PRISMA; los criterios de inclusión fueron textos completos con diseño de estudio de cohortes, artículos en inglés, análisis utilizado multivariado con razón de probabilidad ajustada. Se identificaron 10 estudios observacionales que mostraron que la ansiedad durante la gestación aumentó la probabilidad de parto prematuro en 1,49 veces en comparación con la ausencia de ansiedad (aOR=1,49; IC 95% 1,33 a 1,66; p<0,001); un metaanálisis de 7 estudios observacionales mostró que la ansiedad durante el embarazo aumentaba el riesgo de bajo peso al nacer en 1,55 veces en comparación con la ausencia de ansiedad (aOR=1,55; IC del 95 %: 1,26 a 1,91; p<0,001); concluyendo que la ansiedad durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer<sup>10</sup>.

Bekkhush M, et al (Reino Unido, 2021); examinaron el efecto de la ansiedad materna prenatal sobre el peso al nacer y la edad gestacional, controlando la confusión familiar compartida mediante un diseño de comparación entre hermanos, se usaron los datos de 77,970 madres y sus 91,165 hijos, las asociaciones entre la ansiedad materna prenatal (medida entre las semanas 17 y 30) y los resultados del nacimiento (peso al nacer y edad gestacional) se examinaron mediante regresión lineal con ajuste para la confusión de familia compartida en un diseño de comparación de hermanos. En el análisis a nivel de población, la puntuación de ansiedad materna durante el embarazo se asoció inversamente con la edad gestacional (Beta = -1,52, IC del 95 %: -2,15, -0,89) después del ajuste por varias covariables; concluyendo que existe una asociación entre la ansiedad materna prenatal en la semana 30 solo con la edad gestacional, lo que sugiere un efecto de tiempo para la ansiedad materna en el tercer trimestre<sup>11</sup>.

Dunkel C, et al (Norte América, 2022); examinaron la covarianza entre cuatro medidas de ansiedad o angustia en dos momentos del embarazo y los efectos conjuntos e individuales sobre la duración de la gestación, en 196 mujeres en el primer y tercer trimestre utilizando un filtro clínico de gravedad/deterioro de la ansiedad, dos instrumentos que miden la ansiedad del embarazo y uno sobre la angustia prenatal. Los resultados del nacimiento y los factores de riesgo médico se obtuvieron de los registros médicos después del nacimiento. El factor latente de ansiedad del embarazo en el tercer trimestre predijo una duración gestacional más corta ajustando la edad de la madre, la educación, la paridad y el riesgo obstétrico ( $p < 0.05$ ); concluyendo que estos resultados respaldan la evidencia existente que indica que la ansiedad por el embarazo es un factor de riesgo confiable para un parto prematuro<sup>12</sup>.

Tomfohr L, et al (Norte América, 2019); evaluaron si la ansiedad durante la gestación está asociado con un mayor riesgo de parto prematuro, en un estudio transversal donde la muestra estuvo conformada por 290 embarazadas que fueron evaluadas en 2 momentos del embarazo; la

ansiedad del embarazo se evaluó con la Escala de Ansiedad Relacionada con el Embarazo; después del ajuste por covariables relevantes, los niveles de ansiedad por el embarazo se asociaron con una duración gestacional más corta y un mayor riesgo de parto pretérmino ( $p < 0.05$ ); concluyendo que la ansiedad del embarazo interactuó con la duración del sueño de tal manera que la ansiedad del embarazo se asoció significativamente con una duración gestacional más corta<sup>13</sup>.

Khalesi Z, et al (Nigeria, 2018); determinar la relación entre la ansiedad específica del embarazo y el parto prematuro en mujeres embarazadas, por medio de un estudio de cohorte prospectivo que se realizó en 208 mujeres embarazadas, en un diseño transversal, las herramientas utilizadas para recopilar datos fueron un cuestionario de características demográficas y una escala de ansiedad específica del embarazo. Los hallazgos del estudio demostraron que los cambios en la ansiedad específica estaban relacionados con parto pretérmino ( $p < 0.05$ ); concluyendo que la ansiedad específica del embarazo en el tercer trimestre se asoció con el parto prematuro<sup>14</sup>.

Staneva A, et al (Croacia, 2017); evaluaron la evidencia sobre el riesgo de parto prematuro asociado con depresión prenatal, ansiedad y estrés; se realizaron cuatro búsquedas en bases de datos digitales para determinar los datos cuantitativos basados en la población, estudios de cohortes multicéntricos y estudios de ensayos controlados aleatorios; de 1469 artículos recuperados electrónicamente, 39 estudios revisados por pares cumplieron con la selección final y se incluyeron en esta revisión siguiendo las pautas de revisión PRISMA y MOOSE. Se obtuvo información sobre los aspectos del estudio; depresión, ansiedad y estrés percibido fueron examinadas como exposiciones separadas y combinadas, corroborando que estas variables aumentan la probabilidad de parto prematuro ( $p < 0.05$ ); concluyendo que existen caminos complejos de interacciones significativas entre depresión, ansiedad y el parto prematuro<sup>15</sup>.

Serrano S, et al (Perú, 2019); en cuanto a la relación ansiedad y parto pretérmino, Se encontró que el riesgo relativo era 1,23 (IC del 95%: 0,57–2,65) para el estado de ansiedad y 0,97 (IC del 95%: 0,45–2,06) para ansiedad de rasgo<sup>16</sup>.

El parto pretérmino se define como un nacimiento vivo que ocurrió Antes de las 37 semanas de embarazo o menos de 259 días desde el primer día del último período menstrual normal y en menores de cinco años después de la neumonía, es la segunda causa más frecuente de muerte, además de ser la mayor causa directa de mortalidad neonatal<sup>17</sup>.

Se han identificado varios factores de riesgo para el parto prematuro, esto incluye preeclampsia, ruptura prematura de membranas, hemorragia ante parto, ingresos bajos, número de familia numerosa, nivel educativo y residencia en zona rural, otros factores que aumentan el riesgo de parto prematuro incluye edad materna <20 años, antecedentes de muerte fetal, antecedentes de aborto, antecedentes de parto prematuro, falta de visita de atención prenatal, espacio corto para el parto, anemia, malformaciones, trabajo de parto inducido y enfermedad crónica<sup>18</sup>.

Los neonatos pretérmino, se ven afectados por complicaciones a largo o corto plazo, como dificultad para respiración, problemas de alimentación, parálisis cerebral, el efecto sobre el desarrollo del cerebro más adelante en la vida, deficiencia auditiva y visual, mal pronóstico<sup>19</sup>. La tasa de supervivencia de los neonatos prematuros en los países desarrollados es mayor en comparación con los países en desarrollo, más del 90% de los neonatos extremadamente prematuros (< 28 semanas) nacidos en países en desarrollo mueren dentro de los primeros días de vida; pero <10% de los neonatos extremadamente prematuros mueren en los países desarrollados, la diferencia puede ser debido a una mejor configuración de la atención neonatal y la baja desigualdad psicosocial en los países de ingresos más altos que en los países en desarrollo<sup>20</sup>.

La prematuridad puede ser asociada con trabajo de parto espontáneo a una edad gestacional temprana debido a varios factores, como las

características maternas, estilo de vida, anatomía uterina e infección, o puede ser causado por trabajo de parto iatrogénico, en circunstancias clínicas específicas, a una edad gestacional temprana. También se ha informado un patrón de estacionalidad en el parto prematuro, con picos de nacimientos prematuros que ocurren en los meses de verano o invierno, otros resultados de morbilidad y mortalidad varían significativamente; en particular, la supervivencia de la prematuridad extrema esta significativamente relacionada con la edad gestacional<sup>21</sup>.

La etiología precisa sigue siendo desconocida en un gran número de casos, siempre que sea factible, es importante evaluar e identificar a las madres con factores de riesgo de parto prematuro en el nivel de atención primaria y proporcionar intervenciones correctivas oportunas, como dejar de fumar, asesoramiento, uso de progestágenos, cerclaje cervical, etc. Una mejor comprensión de las causas y los mecanismos del parto prematuro permite desarrollar soluciones para prevenir el parto prematuro, la información confiable sobre los predictores de parto prematuro es fundamental para diseñar estrategias de intervención preventiva efectivas en la India y en todo el mundo; la identificación temprana de embarazos en riesgo con la derivación oportuna para atención obstétrica especializada puede ayudar a identificar a las mujeres en riesgo de parto prematuro y reducir la prematuridad extrema, disminuyendo así la tasa de morbilidad y mortalidad<sup>22</sup>.

A pesar de los avances científicos en los problemas físicos durante el embarazo, la salud mental durante el embarazo sigue siendo un tema importante en la salud de las mujeres embarazadas; la ansiedad se encuentra entre las respuestas emocionales más comunes en las mujeres durante el período fértil, especialmente durante el embarazo, incluidas las preocupaciones, las preocupaciones mentales, el miedo al embarazo, el parto, la salud infantil y la crianza del futuro hijo<sup>23</sup>.

La ansiedad materna durante el embarazo a veces se considera un mecanismo normal para combatir la ansiedad de la madre por convertirse en madre y tener un hijo, lo que podría preparar a la madre para el



embarazo y sus cambios asociados, sin embargo, puede convertirse en una condición patológica y se vuelven tan graves que pueden afectar la salud mental de la madre, la ansiedad durante el embarazo y después del parto se asocia con algunas consecuencias para la salud de la madre y el niño; se han informado consecuencias graves en dichas madres, que incluyen aborto espontáneo, preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer; además, la ansiedad provoca falta de atención al cuidado del embarazo, nutrición inadecuada y abuso de drogas y es uno de los factores predictivos de la depresión prenatal<sup>24</sup>.

Además aumenta el riesgo de depresión posparto y la discapacidad percibida con respecto a las limitaciones de la actividad diaria y las restricciones de participación, es un predictor de vínculos materno-fetales deficientes y atención de enfermería materna deficiente, lo que incluye una menor probabilidad de amamantar y un menor cumplimiento de los calendarios de vacunación, lo que a su vez da como resultado una restricción del crecimiento infantil, desnutrición grave y diarrea; también tiene un impacto a largo plazo en el desarrollo emocional, cognitivo y conductual<sup>25</sup>.

El riesgo de ansiedad durante el embarazo es alto en mujeres con antecedentes de afecciones psiquiátricas, eventos estresantes, eventos sociales traumáticos, antecedentes de aborto, muerte fetal y parto prematuro; muchos factores predictivos como el nivel educativo de las mujeres, las complicaciones del embarazo, el apoyo social, la violencia de la pareja íntima y los factores de la pareja pueden identificarse durante la atención prenatal de rutina<sup>26</sup>. Tener una buena comprensión de la prevalencia y los factores asociados ayuda a elaborar un cuidado prenatal preventivo para prevenirla mediante formas simples y modificadas, como la creación de conciencia, el asesoramiento a la pareja y el soporte educativo<sup>27</sup>.

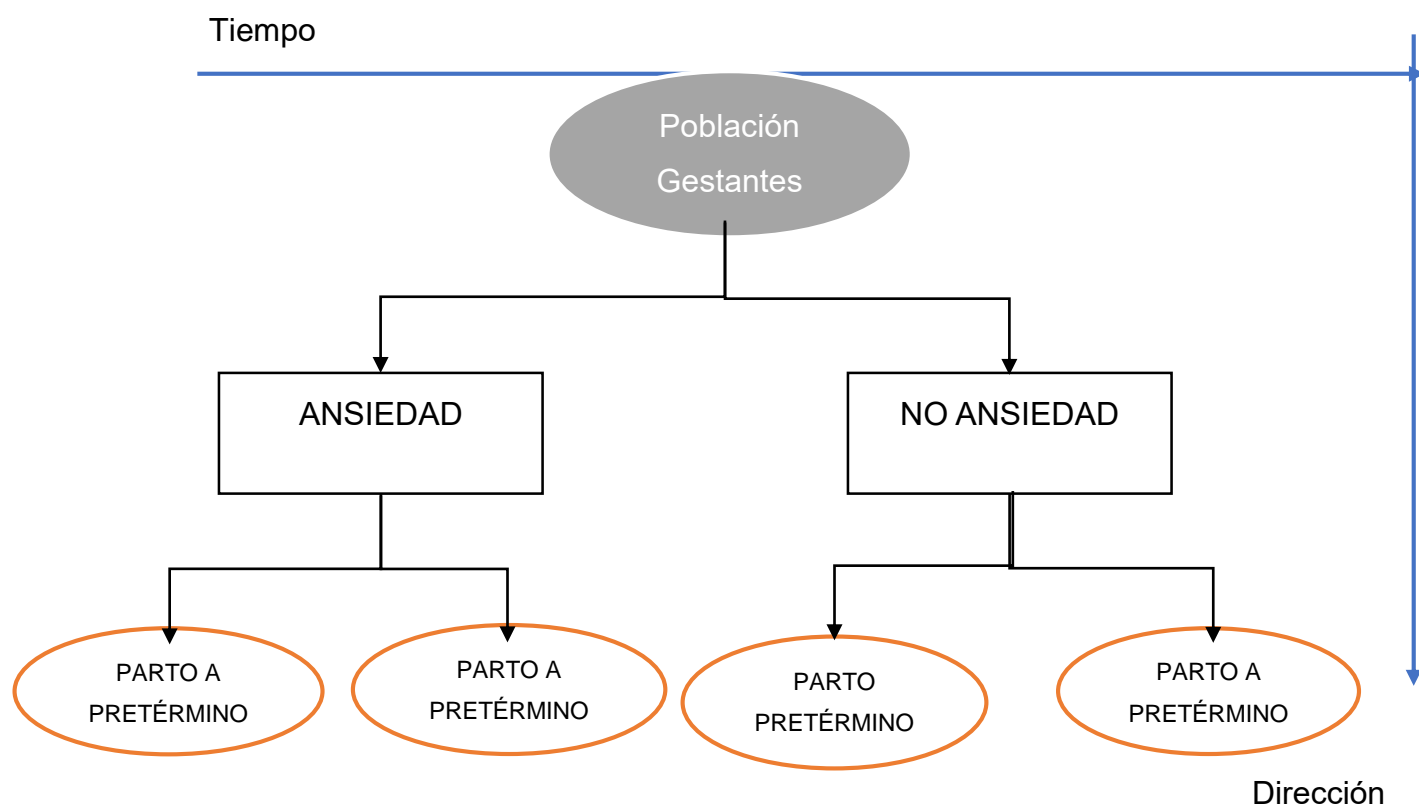
En Perú en el año 2018, el Ministerio de Salud (MINSA), dio a conocer que con base en la Encuesta de Población y Salud Familiar - ENDES 2017, el 21,8% de 480.483 recién nacidos nacieron prematuramente, de

los cuales el 6,4% fueron extremadamente prematuros. Según el distrito de residencia, la tasa de parto prematuro fue de 24,4% en el área urbana y de 12,1% en el área rural. Según información del MINSA (2019), la tasa de parto prematuro en La Libertad es de 6,85%.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

- Tipo de investigación: Cuantitativa
- Diseño de investigación: Estudio descriptivo de tipo transversal.



#### 3.2. Variables y operacionalización

**Exposición:** Ansiedad

**Resultados:** Parto pretérmino

**Operacionalización de variables:** Se muestra en el *Anexo N.º 1*

#### 3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

**Población:** Gestantes atendidas en Pacasmayo – La Libertad periodo Julio -octubre 2023.

**Criterios de inclusión:**

- Gestantes entre 20 a 35 años
- Gestación única

- Gestantes con datos clínicos completos

### **Criterios de exclusión**

- Gestantes con esquizofrenia
- Gestantes con infección de tracto urinario
- Gestantes con antecedente de parto pretérmino

### **Muestra:**

Se utilizó la siguiente fórmula<sup>28</sup>:

$$n = \frac{Z^2 pq}{E^2}$$

Donde:

**n:** Tamaño inicial de muestra.

**Z:** 1.96

**p:** Prevalencia de parto pretérmino en gestantes con ansiedad: 0.10 (10%)<sup>16</sup>

**q=** 1-p

**E:** Error absoluto o precisión. 0.05 (5%).

OBTENEMOS:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.87) (0.13)}{(0.05)^2}$$

n= 138 pacientes.

### **Muestreo:**

En la presente investigación para efectos de seleccionar la muestra se empleó el muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, que significó que se tomaron las historias clínicas de los pacientes al azar, para su revisión.

### **Unidad de análisis:**

Pacientes que intervienen en el estudio.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

**Técnica:** Se efectuó la inspección de las historias clínicas.

**Instrumento:** Se diseñó una ficha con información de las variables: variable exposición (ansiedad); variable resultado (parto pretérmino); y variables intervinientes (preeclampsia, diabetes gestacional, obesidad, edad).

La ficha de recolección de datos fue valorada en relación a su suficiencia por la técnica de valoración por juicio de expertos. (Anexo N° 3)

Se utilizó el Cuestionario de Ansiedad de Hamilton; un instrumento que contiene 14 ítems; cuyo puntaje oscila entre 0 a 16 puntos; se consideró ansiedad cuando el puntaje sea mayor a 18 puntos; este instrumento fue validado por Paredes S, en Perú en el 2021, con un alfa de Cronbach de: 0.79 (Anexo 2).

### **3.5. Procedimientos**

Se hizo la solicitud para el permiso del Hospital, mediante el cual se realizó lo siguiente:

1. Revisión de los expedientes clínicos de las gestantes para identificar la condición de parto pretérmino, teniendo en cuenta la edad gestacional de las pacientes, por técnica de muestreo aleatorio simple.
2. Ejecutar la entrevista de la gestante, para poder aplicar el formulario de Ansiedad de Hamilton para definir la variable ansiedad, de igual forma se obtuvo información asociado con las variables intervinientes.
3. Continuar hasta completar el tamaño muestral requerido (Ver anexo 1).

### **3.6. Método de análisis de datos**

Los datos fueron procesados en el sistema SPSS Vr. 26. Se determinó las frecuencias de las variables descriptivas; se realizó el cálculo del chi cuadrado, la prueba T de student y la razón de prevalencias, así como el intervalo de confianza al 95%.

### **3.7. Aspectos éticos**

Se solicitó la autorización por el comité de ética del Hospital y de la Universidad Cesar Vallejo; además se protegió la confidencialidad de las pacientes, para lo cual se mantuvo en reserva la identidad del paciente omitiendo la información de datos personales en la ficha de recolección; tomando en cuenta la declaración de Helsinki II<sup>29</sup> y la ley general de salud<sup>30</sup>.

#### IV. RESULTADOS

**Tabla N° 01: Características de las gestantes atendidas en Pacasmayo – La Libertad periodo Julio- Octubre 2023:**

Variables intervinientes	Parto pretérmino (n=21)	Parto a término (n=117)	RP (IC 95%)	Valor p
<b>Edad (promedio):</b>	26.52 +/- 4.17	27.51 +/- 3.91	NA	0.67
<b>Preeclampsia:</b>				
● Si	8 (38.09%)	12 (10.2%)	RP: 3.63	0.033
● No	13 (61.9%)	105 (89.7%)	(IC 95% 1.2 – 6.8)	
<b>Diabetes gestacional:</b>				
● Si	2 (9.52%)	6 (5.12%)	RP: 1.78	0.24
● No	19 (90.4%)	111 (94.8%)	(IC 95% 0.7 – 3.4)	
<b>Obesidad:</b>				
● Si	9 (42.8%)	15 (12.8%)	RP: 3.57	0.028
● No	12 (57.1%)	102 (87.1%)	(IC 95% 1.2 – 6.2)	

**FUENTE: Hospital de Pacasmayo–Fichas de recolección: 2023.**

**Interpretación:** De las gestantes atendidas en el Pacasmayo, el 15.22% (21/138) es nuestra población con partos pretérmino, mientras que el 84.78% (117/138) es la correspondiente a partos a término.

Por otro lado, 38% de las gestantes en parto pretérmino presentan preeclampsia, y el 62% no presenta esta condición. Además, el 10% de las gestantes de parto pretérmino presentan preeclampsia, y el 90% no lo presenta. Al evaluar la relación entre la preeclampsia y la condición de parto, vemos que el valor P es menor que 0.05, por lo que podemos decir que si existe relación entre estas variables.

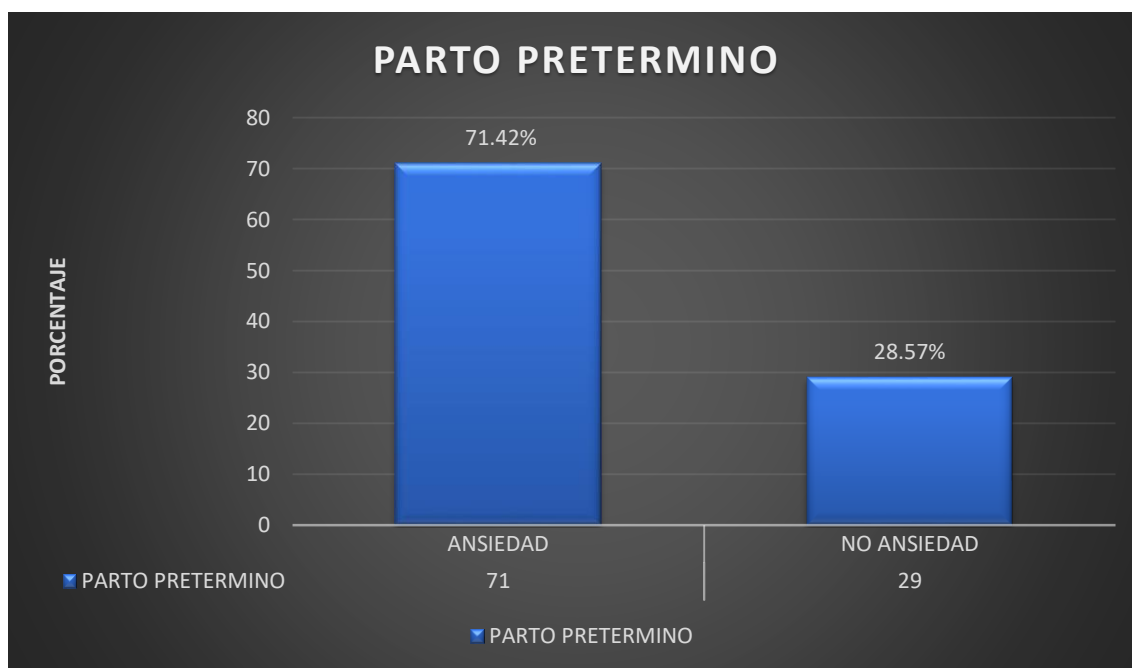
**Tabla N° 02: Frecuencia de ansiedad en gestantes con parto pretérmino en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio-Octubre 2023:**

Parto pretérmino	Ansiedad		Total
	Si	No	
Si	15 (71.42%)	6 (28.57%)	21 (100%)

**FUENTE: Hospital de Pacasmayo–Fichas de recolección: 2023.**

**Interpretación:** De las pacientes con parto pretérmino tenemos que el 71.42% tienen diagnóstico de ansiedad según la encuesta aplicada durante la investigación (Cuestionario de Hamilton), mientras que el 28.57% no sufrió de esta patología.

**Gráfico N° 01: Frecuencia de ansiedad en gestantes con parto pretérmino en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio-Octubre 2023:**



**Interpretación:** Podemos observar que de nuestras 21 pacientes que tuvieron un parto pretérmino, el 71.54%% sufrió de ansiedad según la encuesta aplicada en la investigación (Hamilton).



**Tabla N° 03: Frecuencia de ansiedad en gestantes sin parto pretérmino en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio-Octubre 2023:**

Parto a término	Ansiedad		Total
	Si	No	
Si	25 (21.36%)	92 (78.63%)	117 (100%)

**FUENTE: Hospital de Pacasmayo–Fichas de recolección: 2023.**

**Interpretación:** Las pacientes que llegaron a tener un parto a término no sufrieron de ansiedad en un total del 78.63%, mientras que solo un 21.36% llegaron a sufrir de esta patología.

**Gráfico N° 02: Frecuencia de ansiedad en gestantes sin parto pretérmino en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio-octubre 2023:**



**Interpretación:** El 78.63% de los pacientes con parto a término no llegaron a un puntaje > de 18 para ser diagnosticados como gestantes ansiosas, mientras que el 21.36% si llegaron a ser diagnosticadas con esta patología.

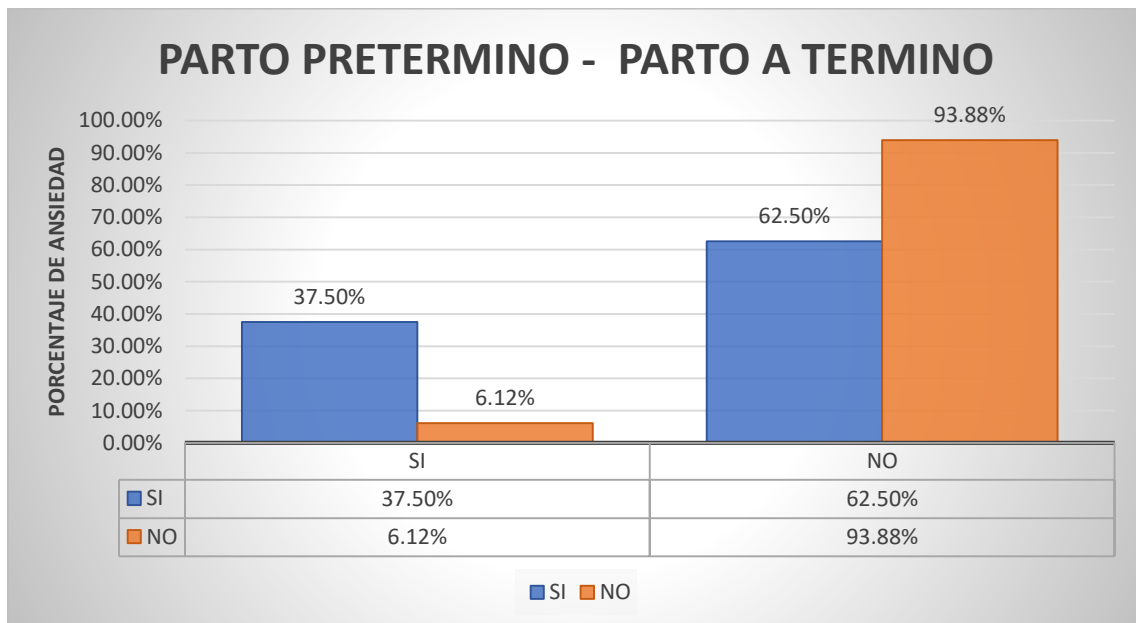
**Tabla N° 04: Ansiedad como factor asociado a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio- Octubre 2023:**

Ansiedad	Parto pretérmino		Total
	Si	No	
<b>Si</b>	15 (37.5%)	25 (62.5%)	<b>40 (100%)</b>
<b>No</b>	6 (6.12%)	92 (93.8%)	<b>98 (100%)</b>
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>117</b>	<b>138</b>

- Chi cuadrado: 23.6
- $p < 0.05$  ( $p = 0.001$ )
- Razón de prevalencias = 6.33
- IC 95% = (2.3 – 11.6)

**Interpretación:** Se puede observar que las pacientes con parto pretérmino obtuvimos a 15 participantes (37.55) que sufrieron de ansiedad mientras solo 6 de este grupo (6.12%) no fueron diagnosticadas con la misma. Por otro lado, las pacientes con parto a término, solo 25 de ellas (62.5%) llegaron a obtener puntajes  $> 18$  en el cuestionario de Hamilton y diagnosticándolas con ansiedad, mientras que 92 pacientes (93.8%) no fueron diagnosticadas con dicha patología.

**Gráfico N° 03: Ansiedad como factor asociado a parto pretérmino en gestantes atendidas en el Hospital de Pacasmayo durante el periodo Julio-Octubre:**



**Interpretación:** Ya que  $P < 0.05$ , entonces se rechaza que la ansiedad y condición de parto pretérmino no estén relacionadas.

## V. DISCUSIÓN

El nacimiento vivo que ocurrió antes de las 37 semanas completas de gestación o menos de 259 días desde el primer día del último periodo menstrual normal se denomina parto pretérmino y es la segunda causa más común de muerte en menores de cinco años después de la neumonía, además de ser la mayor causa directa de mortalidad neonatal<sup>17</sup>. Los neonatos pretérmino, se ven afectados por complicaciones a largo o corto plazo, como dificultad para respiración, problemas de alimentación, parálisis cerebral, el efecto sobre el desarrollo del cerebro más adelante en la vida, deficiencia auditiva y visual, mal pronóstico<sup>19</sup>. La prematuridad puede ser asociada con trabajo de parto espontáneo a una edad gestacional temprana debido a varios factores, como las características maternas, estilo de vida, anatomía uterina e infección, o puede ser causado por trabajo de parto iatrogénico, en circunstancias clínicas específicas, a una edad gestacional temprana. La salud mental durante el embarazo sigue siendo un tema importante en la salud de las mujeres embarazadas; la ansiedad se encuentra entre las respuestas emocionales más comunes en las mujeres durante el período fértil, especialmente durante el embarazo, incluidas las preocupaciones, las preocupaciones mentales, el miedo al embarazo, el parto, la salud infantil y la crianza del futuro hijo<sup>23</sup>. La ansiedad materna se considera un mecanismo normal para combatir la ansiedad de la madre por convertirse en madre y tener un hijo, lo que podría preparar a la madre para el embarazo y sus cambios asociados, sin embargo, puede convertirse en una condición patológica y se vuelven tan graves que puede afectar la salud mental de la madre, la ansiedad durante el embarazo y después del parto se asocia con algunas consecuencias para la salud de la madre y el niño<sup>24</sup>.

En la Tabla N.º 1 se comparan a las variables intervinientes como edad, preeclampsia, obesidad materna y diabetes gestacional, sin confirmar diferencias notables entre estas características. Estos hallazgos corroboran lo afirmado por; Superno A<sup>10</sup>, et al en India en el 2021 y Bekkhus M<sup>11</sup>, et al en Reino Unido en el 2021; quienes también registran diferencias respecto a la variable preeclampsia y obesidad entre las gestantes con parto pretérmino o a término.

En la Tabla N.º 2 muestra la frecuencia de ansiedad en el grupo de gestantes que tuvieron un parto anticipado, observando que el 71% de este grupo presentaron este trastorno del estado de ánimo. Por otro lado, en la Tabla 3 se describe la frecuencia ansiedad en el grupo de gestantes con parto a término, observando que el 21% de este grupo de gestantes presentaron este trastorno del estado de ánimo.

Estos hallazgos son concordantes con lo expuesto por Grigoriadis S, et al en Grecia en 2019, realizaron una revisión sistemática y metaanálisis sobre la relación entre la ansiedad prenatal materna y los resultados perinatales, en 1458 resúmenes, evaluando 306 artículos, se encontró que la ansiedad prenatal se unió con mayores probabilidades de parto prematuro (odds ratio [OR] combinado = 1,54; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 1,39 a 1,70, 16 estudios) y parto prematuro espontáneo (OR = 1,41; IC del 95 %, 1,13 a 1,75), concluyendo que la ansiedad prenatal se relaciona con resultados adversos<sup>9</sup>.

También podemos verificar hallazgos similares a lo reportado por Suparno A, et al en India en el 2021 quienes estimaron la magnitud del efecto de la ansiedad durante la gestación sobre el parto prematuro en una revisión sistemática realizada con diagramas de flujo PRISMA; en donde se identificaron 10 estudios observacionales que mostraron que la ansiedad durante la gestación aumentó la probabilidad de parto prematuro en 1,49 veces en comparación con la ausencia de ansiedad (OR=1,49; IC 95% 1,33 a 1,66;  $p < 0,001$ )<sup>10</sup>.

En la Tabla N.º 4 se realiza el análisis bivariado entre la ansiedad y el riesgo de parto pretérmino; verificando un efecto de riesgo significativo con una razón de prevalencias utilizando la prueba chi cuadrado fue de 6.33, con un amplio intervalo de confianza, lo que permite afirmar que la ansiedad está relacionada con el parto pretérmino en las gestantes.

En este caso podemos registrar coincidencia con lo reportado por Bekkhus M, et al en Reino Unido en el 2021 quienes examinaron el efecto de la ansiedad materna prenatal sobre la edad gestacional, mediante un diseño de comparación entre hermanos, se usaron los datos de 77,970 madres y sus 91,165 hijos, encontrando en el análisis a nivel de población, la puntuación de ansiedad

materna durante el embarazo se asoció inversamente con la edad gestacional (Beta = -1,52, IC del 95 %: -2,15, -0,89) después del ajuste por varias covariables<sup>11</sup>.

Observamos resultados similares a los del estudio de Tomfohr L, et al en Norte América en el 2019 quienes evaluaron si la ansiedad durante la gestación está relacionada a un mayor riesgo de parto pretérmino, en un estudio transversal en 290 embarazadas que fueron evaluadas en 2 momentos del embarazo; tras el ajuste por covariables relevantes, se encontró que los niveles de ansiedad por el embarazo se asociaron con una duración gestacional más corta y un mayor riesgo de parto pretérmino ( $p < 0.05$ )<sup>13</sup>.

Finalmente encontramos similitud con lo reportado por Khaledi Z, et al en Nigeria en el 2018 quienes determinaron la relación entre la ansiedad específica del embarazo y el parto prematuro en mujeres embarazadas, por medio de un estudio de cohorte prospectivo en 208 mujeres embarazadas, en un diseño transversal, observando que los cambios en la ansiedad específica estaban relacionados con parto pretérmino ( $p < 0.05$ ); concluyendo que la ansiedad específica del embarazo en el tercer trimestre se asoció con el parto prematuro<sup>14</sup>.

## VI. CONCLUSIONES

1. Las frecuencias de preeclampsia y obesidad fueron significativamente mayores entre las gestantes con parto pretérmino respecto a las gestantes a término ( $p < 0.05$ ).
2. La Frecuencia de ansiedad en gestantes con parto pretérmino fue de 71%
3. La frecuencia de ansiedad en gestantes con parto a término fue de 21%
4. La ansiedad es factor asociado a parto pretérmino en gestantes con una razón de prevalencias de 6.33 el cual fue significativo ( $p < 0.05$ ).

## **VII. RECOMENDACIONES**

1. Es conveniente considerar las tendencias encontrados en nuestro análisis para poder afinar y mejorar las estrategias de tamizaje y prevención primaria en el grupo de gestantes con riesgo de desarrollar parto pretérmino en nuestro entorno sanitario.
2. Es necesario realizar nuevas investigaciones prospectivas y multicéntricas para confirmar si las significancias descubiertas en nuestra muestra se pueden aplicar a toda la población de gestantes de nuestro ámbito local.
3. Evaluar el impacto de otras condiciones tales como características sociodemográficas, clínicas o analíticas es pertinente integrar esta información para anticipar el parto pretérmino en el grupo de gestantes de nuestro entorno sanitario.



## REFERENCIAS

1. Vogel JP, Chawanpaiboon S, Moller AB, Watananirun K, Bonet M, Lumbiganon P. The global epidemiology of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2019; 52:3–12.
2. Chambers B. Using index of concentration at the extremes as indicators of structural racism to evaluate the association with preterm birth and infant mortality—California, 2011–2012. *Journal of Urban Health* 2019; 96(2), 159-170.
3. Silveira M. Low birthweight and preterm birth: Trends and inequalities in four population-based birth cohorts in Pelotas, Brazil, 1982–2015. *Int J Epidemiol.* 2019(48): i46-53.
4. Chavez R. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020. *Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal* 2023; 11(4): 19–26.
5. Brunton R, Simpson N, Dryer R. Pregnancy-Related Anxiety, Perceived Parental Self-Efficacy and the Influence of Parity and Age. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6709.
6. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2019; 210: 315–23.
7. Sinesi A, Maxwell M, O'Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open.* 2019;5(1).
8. Vara L. Evaluación de la ansiedad en gestantes en tiempos del COVID-19, en un Hospital del Callao. *Ágora Rev. Cient.* 2021; 08(01):17-22.
9. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, Dennis CL, Steiner M, Brown C, Cheung A, Dawson H, Rector NA, Guenette M, Richter M. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 2019;79(5):17r12011.
10. Suparno A, Budihastuti U, Murti B. Meta-Analysis: The Effect of Anxiety During Pregnancy on the Risk of Premature Birth and Low Birth Weight in Infants. *J Matern Child Health* 2021; 06(05): 580-591.

11. Bekkhus M. Maternal Anxiety and Infants Birthweight and Length of Gestation. A sibling design. *BMC Psychiatry* 2021; 21: 609.
12. Dunkel C. Anxiety in pregnancy and length of gestation: Findings from the healthy babies before birth study. *Health Psychol.* 2022;41(12):894-903.
13. Tomfohr L, Cameron EE, Dunkel Schetter C, Campbell T, O'Beirne M, Letourneau N, Giesbrecht GF. Pregnancy anxiety and preterm birth: The moderating role of sleep. *Health Psychol.* 2019;38(11):1025-1035.
14. Khaledi Z, Bokaie M. The association between pregnancy-specific anxiety and preterm birth: a cohort study. *Afr Health Sci.* 2018;18(3):569-575.
15. Staneva A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women Birth.* 2017;28(3):179-93.
16. Serrano S. Asociación entre la ansiedad materna y el parto pretérmino en Lima, Perú. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología.* 2019;42(3).
17. Chawanpaiboon S., et al., Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modeling analysis. *The Lancet Global Health*, 2019. 7(1): p. e37–e46.
18. Wagura P., et al., Prevalence and factors associated with preterm birth at Kenyatta national hospital. *BMC pregnancy and childbirth*, 2019; 18(1): p. 1–8.
19. Mekonen D.G., et al., The proportion of preterm birth and associated factors among mothers who gave birth in Debreabor town health institutions, Northwest, Ethiopia. *BMC Res Notes*, 2019. 12(1): p. 2.
20. Torchin H, Morgan AS, Ancel P-Y. International comparisons of neurodevelopmental outcomes in infants born very preterm. *Semin Fetal Neonatal Med* 2020; 25:101109.
21. Morgan AS, Zeitlin J, Kallen K, et al. Birth outcomes between 22-26 weeks' gestation in national population-based cohorts from Sweden, England and France. *Acta Paediatrica* 2021; 00:1-17.
22. Delnord J. Epidemiology of late preterm and early term births – An international perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2019; 24: 3 – 10.

23. Davis EP, Narayan AJ. Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Dev Psychopathol.* 2020;32(5):1625–39.
24. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive health.* 2021;18(1):1–23.
25. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J maternal-fetal neonatal Med.* 2022;17(2):205–11.
26. Araj S, Griffin A, Dixon L, Spencer SK, Peavie C, Wallace K. An overview of maternal anxiety during pregnancy and the post-partum period. *J Mental Health Clin Psychol.* 2020;30;4(4).
27. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord.* 2019; 253:292–302.
28. García J. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Investigación en educación médica* 2013; 2(8): 217-224.
29. Malik A. La Declaración revisada de Helsinki: ¿cambio cosmético o real? *Revista de la Real Sociedad de Medicina* 2018; 109 (5): 184-189.
30. Ley general de salud. N° 26842. Concordancias: D.S. N° 007-98-SA. Perú: 20 de julio de 2012.
31. Salas S. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS CON EL ESTRÉS Y LA ANSIEDAD DE GESTANTES EN TIEMPO DE COVID 19, LIMA, 2021. Universidad Privada del Norte. 2022.

## ANEXOS

### ANEXO 1: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
EXPOSICION Ansiedad	Sentimiento experimentado en situaciones donde el sujeto se siente amenazado por una amenaza externa o interna.	Cuestionario de Ansiedad de Hamilton > 15 (Anexo 2).	Cuestionario	Cualitativo Nominal
RESULTADO Parto pretérmino	Culminación de la gestación antes de cumplir el lapso recomendado de edad gestacional	culminación del parto antes de las 37 semanas	Edad gestacional	Cualitativo Nominal
INTERVINIENTES Preeclampsia	Trastorno hipertensivo de la gestación que inicia antes de las 20 semanas.	Presión arterial sistólica > 140 mmhg y/o diastólica > 90 mmhg más proteinuria > 300 mg/24 horas.	PAS > 140 PAD > 90 Proteinuria	Cualitativo Nominal
Diabetes gestacional	Alteración del metabolismo de los carbohidratos durante la gestación.	Corresponde a un test de O'Sullivan da un resultado igual o mayor a 140 mg/dl.	Prueba de tolerancia oral a glucosa	Cualitativo Nominal
Obesidad	Relación que existe entre el peso y la talla de la gestante.	Valor del índice de masa corporal mayor a 30.	IMC > 30	Cualitativo Nominal
Edad	Años al momento de nacimiento	Cálculo realizado entre la fecha de nacimiento y fecha actual.	Fecha de nacimiento	Cuantitativo Discreta

## ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Asociación entre ansiedad y parto pretérmino en gestantes del Hospital Tomas Lafora periodo 2023.

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha \_\_\_\_\_ N° DE H.C: \_\_\_\_\_

#### VARIABLE EXPOSICION:

Puntaje del Cuestionario de Ansiedad: \_\_\_\_\_

Ansiedad: Si ( ) No ( )

#### VARIABLE RESULTADO:

Parto pretérmino: Si ( ) No ( )

#### VARIABLES INTERVINIENTES:

Preeclampsia: Si ( ) No ( )

Diabetes gestacional: Si ( ) No ( )

Obesidad: Si ( ) No ( )

Edad: \_\_\_\_\_

**ANEXOS 3: VARIABLE DE EXPOSICIÓN – CUESTIONARIO  
DE ANSIEDAD**

<b>Elemento</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Punt.</b>	<b>Elemento</b>	<b>Síntomas</b>	<b>Punt.</b>
1. Ansioso	Preocupaciones, anticipación de lo peor, anticipación		9. Síntomas Cardiovasculares	Lagucardia, palpitaciones, pulso fuerte, sensación de	
2. Tensión	Sensación de tensión, fatiga, respuesta de alarma, llanto fácil, temblor.		10. Síntomas respiratorios	Presión o constricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
3. Miedos	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solos, a los animales, al tráfico, a las multitudes		11. Síntomas gastrointestinales	Dificultad para tragar, gases, dolor abdominal, ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómito.	
4. Insomnio	Dificultad para quedarse dormido, sueño fragmentado, sueño		12. Síntomas genitourinarios	Frecuencia de micción, urgencia miccional, amenorrea,	
5. Intelectual	Dificultades de concentración, memoria reducida		13. Síntomas autónomos	Boca seca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, mareos, cefalea tensional.	
6. Humor depresivo	Perdida de interés, ausencia de placer en las aficiones, depresión, despertar anticipado, variación en el día		14. Comportamiento durante la entrevista	Nerviosismo, inquieto o tranquilo, temblor de manos, ceño fruncido, tensión facial, suspiros o respiración acelerada, palidez, facial, tragar saliva, eructos.	
7. Somático (muscular)	Dolores, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar de			Puntuación total	
8. Somático (sensorial)	Tinnitus, visión borrosa, ráfagas de frío o calor, sensación				

**Puntaje: 0 a 56 puntos.**

**Ansiedad: > 18 puntos**

## ANEXO 4: EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA

### VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO DE EXPERTOS

EXPERTO: *José Amaya Parazamán*

#### ESTUDIANTES:

- SAAVEDRA EZAINA MARIA PIA ANGHELINA
- TAPIA APOLO BRYAN ADAMS

TITULO: "ASOCIACION ENTRE ANSIEDAD Y PARTO PRETERMINO EN GESTANTES, PACASMAYO – LA LIBERTAD"

#### INSTRUMENTO DE EVALUACION:

VARIABLE (ITEMS)	RESPUESTA POSITIVA (1 PTO)	RESPUESTA NEGATIVA (0 PTS)
1. El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación.	✓	
2. Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación.	✓	
3. Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento.	✓	
4. Los datos complementarios de la investigación son adecuados.	✓	
5. Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación.	✓	
6. Las formas de aplicación del instrumento son adecuados.	✓	
7. La estructura del instrumento es óptimo.	✓	
8. El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares.	✓	
9. El orden de las preguntas es adecuado.	✓	
10. El vocabulario es correcto.	✓	
11. El número de preguntas es suficiente o muy amplio.	✓	
12. Las preguntas tienen carácter de excluyentes.	✓	

*José Amaya Parazamán*  
Dr. José Amaya Parazamán  
Ginecólogo-Obstetra  
C.M. 30807-DNE 25825  
SELLO Y FIRMA DE EXPERTO

**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO DE EXPERTOS**

**EXPERTO:** Grace Margarina Castellanos.

**ESTUDIANTES:**

- SAAVEDRA EZAINE MARIA PIA ANGHELINA
- TAPIA APOLO BRYAN ADAMS

**TITULO:** "ASOCIACION ENTRE ANSIEDAD Y PARTO PRETERMINO EN GESTANTES, PACASMAYO – LA LIBERTAD"

**INSTRUMENTO DE EVALUACION:**

VARIABLE (ITEMS)	RESPUESTA POSITIVA (1 PTO)	RESPUESTA NEGATIVA (0 PTS)
1. El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación.	✓	
2. Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación.	✓	
3. Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento.	✓	
4. Los datos complementarios de la investigación son adecuados.	✓	
5. Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación.	✓	
6. Las formas de aplicación del instrumento son adecuados.	✓	
7. La estructura del instrumento es óptimo.		
8. El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares.	✓	
9. El orden de las preguntas es adecuado.	✓	
10. El vocabulario es correcto.	✓	
11. El número de preguntas es suficiente o muy amplio.	✓	
12. Las preguntas tienen carácter de excluyentes.	✓	

  
**SELO Y FIRMA DE EXPERTO**



**UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE MEDICINA**

**VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR EL JUICIO DE EXPERTOS**

**EXPERTO:** *Wilfredo Cruz Mendoza*

**ESTUDIANTES:**

- SAAVEDRA EZAINE MARIA PIA ANGHELINA
- TAPIA APOLO BRYAN ADAMS

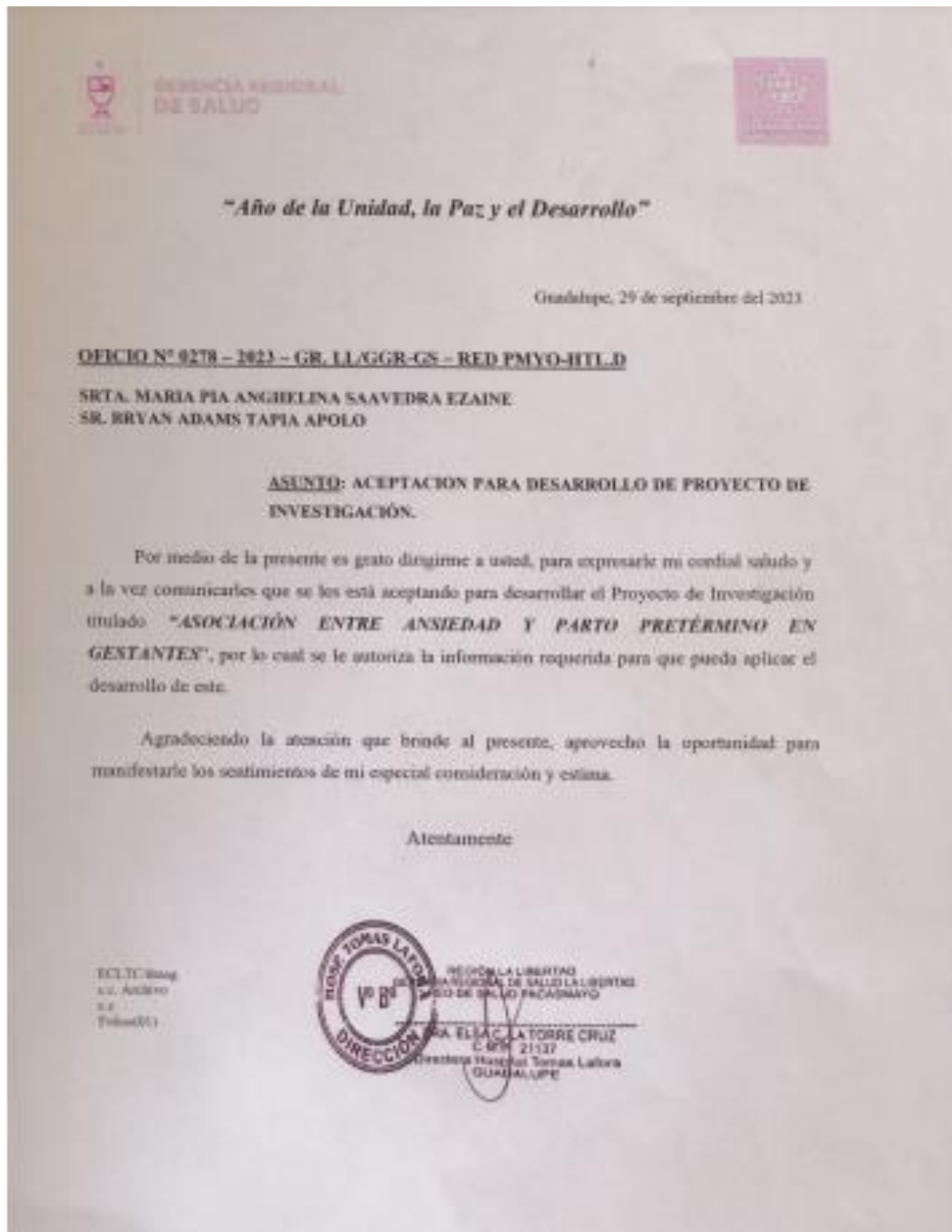
**TITULO:** "ASOCIACION ENTRE ANSIEDAD Y PARTO PRETERMINO EN GESTANTES, PACASMAYO – LA LIBERTAD"

**INSTRUMENTO DE EVALUACION:**

VARIABLE (ITEMS)	RESPUESTA POSITIVA (1 PTO)	RESPUESTA NEGATIVA (0 PTS)
1. El cuestionario permite cumplir con los objetivos de la investigación.	✓	
2. Existe congruencia entre el problema, el objetivo y la hipótesis de la investigación.	✓	
3. Las principales variables de la investigación están consideradas en el instrumento.	✓	
4. Los datos complementarios de la investigación son adecuados.	✓	
5. Están especificadas con claridad las preguntas relacionadas con la hipótesis de investigación.	✓	
6. Las formas de aplicación del instrumento son adecuados.	✓	
7. La estructura del instrumento es óptimo.	✓	
8. El cuestionario es posible aplicarlo a otros estudios similares.	✓	
9. El orden de las preguntas es adecuado.	✓	
10. El vocabulario es correcto.	✓	
11. El número de preguntas es suficiente o muy amplio.	✓	
12. Las preguntas tienen carácter de excluyentes.	✓	

*Wilfredo Cruz Mendoza*  
 Dr. Wilfredo Cruz Mendoza  
 GINECOLOGO - OBSTETRA  
 RNE 35331  
**SELLO Y FIRMA DE EXPERTO**

## ANEXO 5: PERMISO PARA APLICAR ESTUDIO Y REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS





**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, ALVARADO SÁNCHEZ ORLANDO MARTÍN, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Asociación entre ansiedad y parto pretérmino en gestantes, Pacasmayo-La Libertad", cuyos autores son SAAVEDRA EZAINE MARIA PIA ANGHELINA, TAPIA APOLO BRYAN ADAMS, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 18 de Diciembre del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
ALVARADO SÁNCHEZ ORLANDO MARTÍN <b>DNI:</b> 43697062 <b>ORCID:</b> 0000-0001-9975-2605	Firmado electrónicamente por: OALVARADOS el 18- 12-2023 18:29:33

Código documento Trilce: TRI - 0700200