



Ansiedad y Depresión en Mujeres Gestantes usuarias del servicio Gineco obstetra

Jennifer Algarín Estrada

Cod: 20251917921

Mónica Venera Meza

20251911440

Universidad Antonio Nariño

Programa de Psicología modalidad distancia

Facultad de Psicología

Riohacha, Colombia

2023

Ansiedad y Depresión en Mujeres Gestantes usuarias del servicio Gineco obstetra

Jenifer Algarín E

Mónica Venera M

**Proyecto de grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Psicólogo**

Director (a):

Mg. en Proyectos Educativos mediados por TIC, Edgar G. Pulido

Línea de Investigación:

Esperanza y vida categoría B del ministerio de ciencia

Universidad Antonio Nariño

Programa de Psicología modalidad distancia

Facultad de Psicología

Riohacha, Colombia

2023

NOTA DE ACEPTACIÓN

El trabajo de grado titulado

_____.

Cumple con los requisitos para optar

Al título de _____.

Firma del Tutor

Firma Jurado

Firma Jurado

Riohacha, Noviembre, 2023.

Contenido

	Pág.
Preliminares.....	XI
Resumen.....	13
Abstract.....	14
Introducción	15
Planteamiento del problema	17
Descripción de problema	17
Objetivos	25
Objetivo General	25
Objetivos Específicos.....	25
Justificación.....	26
Ubicación en una línea de la investigación de la facultad.....	28
Marco teórico	30
Ciclos vitales del desarrollo humano	32
Concepto de ciclo vital.....	32
Ciclo de la adultez.....	32
Cambios Fisiológicos.....	34
Cambios Cognitivos.....	35
Cambios Psicosociales	36

Desarrollo de Personalidad	36
Desarrollo Moral	36
Relaciones Interpersonales.....	37
Sexualidad	37
Embarazo	38
Etapas de la gestación	38
Complicaciones de salud en el embarazo	40
Ansiedad	43
Clasificación de la ansiedad.....	45
Teorías psicológicas de la ansiedad.....	46
Enfoque psicodinámico	46
Enfoque cognitivo conductual	47
La perspectiva biológica.....	47
Depresión.....	47
Causas de la depresión	49
Teorías psicológicas.....	50
Teorías conductuales de la depresión	50
El modelo de Nezu	50
Teorías cognitivas	50
La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación.....	51
Teorías biológicas de la depresión	51
Depresión en el embarazo.....	52
Marco contextual	54

Método	57
Tipo de Estudio.....	57
Fuente de información	57
Fuente primaria:.....	57
Población.....	57
Muestra.....	58
Muestreo	58
Instrumento.....	58
Aspectos Éticos	59
Hipótesis	60
Procedimiento	60
Resultados	63
Análisis descriptivo	63
Análisis bivariado	70
Discusión	73
Conclusiones	76
Recomendaciones	77
Referencias Bibliográficas.....	79
Apéndice.....	90

Lista de Figuras

	Pág.
Figura 1 <i>Mapa- Marco Teórico</i>	30
Figura 2 <i>Organigrama</i>	56
Figura 3 <i>Distribución porcentual de la muestra por edad</i>	63
Figura 4 <i>Distribución porcentual del estado civil</i>	64
Figura 5. <i>Distribución porcentual del último nivel de escolaridad</i>	64
Figura 6 <i>Distribución porcentual de la profesión</i>	65
Figura 7 <i>Distribución porcentual sobre la planificación de su embarazo</i>	65
Figura 8 <i>Distribución porcentual sobre está trabajando actualmente</i>	66
Figura 9 <i>Distribución porcentual sobre el municipio o ciudad de residencia</i>	66
Figura 10 <i>Distribución porcentual sobre el tipo de vivienda</i>	67
Figura 11 <i>Distribución porcentual sobre el número de embarazos</i>	67
Figura 12 <i>Distribución porcentual sobre la asistencia de los controles prenatales</i>	68
Figura 13 <i>Distribución porcentual sobre el diagnóstico de la ansiedad</i>	68
Figura 14 <i>Distribución porcentual sobre los cambios del estado de animo</i>	69
Figura 15 <i>Distribución porcentual sobre el nivel de ansiedad</i>	69
Figura 16 <i>Distribución porcentual sobre el nivel de depresión</i>	70

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 1 <i>Cambios fisiológicos principales durante la adultez</i>	35
Tabla 2 <i>Etapas de la gestación</i>	39
Tabla 3 <i>Complicaciones durante el embarazo</i>	40
Tabla 4 <i>Clasificación de los tipos de ansiedad</i>	45
Tabla 5 <i>Prueba de normalidad de las variables</i>	71
Tabla 6 <i>Matriz de correlación de Pearson</i>	71

Preliminares

(Dedicatoria)

Dedicamos este trabajo a Dios fuente de sabiduría, por guiarme en mi diario caminar, dándome fortaleza y que, a pesar de obstáculos, nos permitió culminar con éxito este proyecto profesional.

A nuestros padres que son ejemplos de inspiración, valentía, esfuerzos, perseverancia y amor incondicional que sin ellos no hubiese sido posible llegar a este momento.

Así mismo, dedico este proyecto a cada una de las personas que han estado en esta lucha, llenas de lágrimas, risas, angustia, así como también aquellos amigos que se convirtieron hermanos gracias por su apoyo incondicional, mil y mil gracias...Mónica Venera y Jennifer Algarín

Agradecimientos

Agradezco a Dios todos los días de mi vida, por la gran oportunidad que nos dio de culminar aquel sueño, que parecía imposible, a la Universidad Antonio Nariño por abrir sus puertas y permitirnos ser parte de la familia de esta institución, la cual nos concedió la oportunidad de estudiar nuestra carrera profesional, así como también a los diferentes docentes que nos brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Agradecemos también a nuestro asesor de tesis el psicólogo Edgar Guillermo Pulido por habernos brindado la oportunidad de guiar y contribuir con su capacidad y conocimiento científico nuestra investigación. Ya para finalizar también agradecemos a todos los que fueron nuestros compañeros, amigos y amigos que se convirtieron hermanos durante nuestra formación en la universidad ya que gracias al compañerismo, amistad y apoyo moral han aportado a las ganas de seguir adelante en este sueño profesional.

Resumen

La ansiedad y la depresión es considerado uno de los trastornos de gran relevancia para la salud mental y que crece con más frecuencia día tras día, el objetivo general del presente estudio fue determinar la relación entre síntomas de ansiedad y depresión en mujeres adultas gestantes atendidas en el servicio gineco/obstetra en la sociedad médica clínica Maicao en el año 2023. Por consiguiente, se midieron las variables de ansiedad y depresión, con un estudio de tipo cuantitativo y de corte trasversal así mismo corresponde a un diseño no experimental y de un alcance correlacional, con una población de 72 gestantes y una muestra de 61 participantes. El instrumento utilizado para la recolección de datos fue la Escala Hospitalaria de Ansiedad Depresión HAD, además se realizó un análisis estadístico mediante el coeficiente r Pearson, a través del programa PSPP versión 1.6.2. Dentro los principales hallazgos encontrados se evidencio que las mujeres gestantes independiente de la edad, estado civil, escolaridad, profesión, si trabaja actualmente, la planificación de su embarazo, el número de hijos y el control prenatal mostraron un alto nivel de ansiedad y un moderado de depresión, lo cual muestra que el nivel de significancia fue poco en mujeres embarazadas depresivas. Y por ello se recomienda el establecimiento de asesoramiento psicológico y espiritual permanente en hospitales e instituciones hospitalarias obstétricas y ginecológicas de nuestro país e implementar vigilancia epidemiológica de la salud mental de las mujeres embarazadas.

Palabras claves: ansiedad, depresión, mujeres gestantes, servicio Gineco obstetra.

Abstract

Anxiety and depression is considered one of the disorders of great relevance to mental health and that grows more frequently day after day. The general objective of the present study was to determine the relationship between symptoms of anxiety and depression in adult pregnant women treated in the gynecological/obstetrician service in the Maicao clinical medical society in the year 2023. Consequently, the variables of anxiety and depression were measured, with a quantitative and cross-sectional study, which also corresponds to a non-experimental design and a scope correlational, with a population of 72 pregnant women and a sample of 61 participants. The instrument used for data collection was the HAD Hospital Anxiety Depression Scale; a statistical analysis was also carried out using the Pearson r coefficient, through the PSPP version 1.6.2 program. Among the main findings found, it was evident that pregnant women, regardless of age, marital status, education, profession, whether they currently work, planning their pregnancy, number of children and prenatal control, showed a high level of anxiety and a moderate of depression, which shows that the level of significance was low in depressed pregnant women. And for this reason, it is recommended to establish permanent psychological and spiritual counseling in hospitals and obstetric and gynecological hospital institutions in our country and implement epidemiological surveillance of the mental health of pregnant women.

Keywords: anxiety, depression, pregnant women, obstetrician-gynecologist servic

Introducción

Las mujeres embarazadas con depresión y ansiedad dicho por (Mojica-Perilla et al., 2019) consiguen presentar inconvenientes en su trabajo social, encierro emocional y una enorme intranquilidad por su destreza en un futuro para practicar la maternidad. De igual modo indicios de ansiedad y depresión en gestantes puede traer un sinfín de consecuencias tanto físicas como psicológicas.

Por otro lado, la ansiedad es observada como una incomodidad, un malestar o tensión, y la depresión consiste en la disminución del estado de ánimo de la persona o como un grado de pérdida de interés en establecer cualquier placer de las actividades tradicionales, y que las mismas pueden estar acompañadas de diversos síntomas tanto psicológicos como físicos, argumentados por (Beck, 2001).

En tal sentido, la presente investigación se desarrolla debido a que estas variables de ansiedad y depresión frente al embarazo en mujeres adultas en ciertas partes del mundo se encuentran relacionadas a una serie de factores de riesgos que inciden y que dichas variables pueden afectar de forma negativa a la salud materno-infantil, como también se ha vista como una de las principales causas de discapacidad de las mujeres gestantes.

Por su parte, el determinar los síntomas de la ansiedad y depresión frente al embarazo de las mujeres adultas atendidas en el servicio Gineco\obstetra en la clínica Maicao en el año 2023, se requiere obtener estadísticas significativas actuales y evidenciar la asociación de dichos síntomas a trastornos, así como también conocer si se presentan diferencias en estos síntomas durante su etapa de gestación, con el fin de que los profesionales atienden a estas pacientes puedan observar los cambios fisiológicos propios de la gestación y poder establecer un diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

De igual modo, en referencia a la diversidad de estudios sobre los síntomas de estas variables de ansiedad y depresión en mujeres embarazadas, se evidencia debido a la búsqueda exhaustiva que existe un mayor porcentaje de las mujeres a nivel mundial son asociados a otros factores como socioculturales, entorno, nutrición y edades.

Por último, la presente investigación se estructura de la siguiente manera: En el capítulo I, se aborda lo relacionado al problema en estudio, formulación del problema, objetivos, justificación, y delimitación. El capítulo II, está conformado por la fundamentación teórica que sirvió de sustento a la investigación, detallando los antecedentes, fundamentos teóricos y marco contextual. En el capítulo III se trata lo referente a los aspectos metodológicos utilizados para realizar el proyecto, partiendo del tipo y diseño de la investigación, población y muestra, líneas e instrumentos para recolectar datos, técnica de análisis de datos, entre otros y por último, en el capítulo IV se evidencia el análisis de los resultados, lo cual genera conclusiones y recomendaciones.

Planteamiento del problema

Descripción de problema

A nivel mundial, las mujeres en estado de embarazo presentan diferentes tipos de trastornos, tales como, cambios físicos y emocionales, síntomas que deben ser tratados a tiempo ya que pueden generar efectos en la salud mental de gran importancia.

Teniendo en cuenta esto la Organización mundial de la salud (OMS) (2013) definió la depresión como es un malestar muy común en el mundo, donde según estudios afecta a un 3,8% de la población, y según las estadísticas a nivel mundial, 280 millones de personas sufren trastorno de depresión, considerando que esta es una enfermedad de diferentes cambios de humor, en la cual presenta dificultades en el diario vivir y donde ya es un problema de salud mental, ocupando entre las escalas más altas de los trastornos más significativo en la mujer entre el 10 y 15% con países sud-desarrollados entre 20 y 40% tienen depresión durante el embarazo o después del parto.

Inclusive para OMS (2019) otros de los trastornos de salud durante el embarazo es la ansiedad, ya que se definen como un miedo y una preocupación persistente generando trastornos del comportamiento. Partiendo de estos conceptos definimos por CDC (2022) que la depresión y la ansiedad en embarazadas, es una etapa donde trae cambios físicos y emocionales, pero a su vez experimentan otros tipos de sentimientos como la tristeza que pueden ser temporales ocasionado traumas en la vida cotidiana.

Asimismo, la OMS (2015) reporto en América Latina, que Brasil tiene un alto índice de depresión, con 5,8%, Cuba, 5,5% Paraguay, 5,24% Chile, Uruguay con el 5% Perú, 4,8% así mismo Argentina, Costa Rica y República Dominicana con cifras iguales a Colombia, a un 4,7%.

En Colombia estos tipos de trastornos como la ansiedad según Posada et al. (2006) tiene una prevalencia del 19.3% entre 18-65 años de edad, donde manifiestan haber tenido algún tipo de trastorno de ansiedad y los más comunes en las embarazadas con un (21.8%). Refiriendo que solo el 1.9% de la población realiza tratamiento con psiquiatra y el 5.6% al médico general. Y el otro 3.9% tratamientos naturales.

Seguidamente, para (OMS, 2015) la depresión es un trastorno que afecta al 4,4 % ubicada en Colombia por encima de los valores a nivel mundial generando un alto grado de preocupación, no obstante, en los últimos datos estadísticos la OMS de Colombia se evidencio un avance significativo.

Por otra parte, en América Latina el Espectador (2022) Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), mostro cifras de depresión durante los embarazos en Colombia evidenciando un alto índice con una prevalencia del 19,4% entre el 2020 y el 2021, en decir 144 en ascenso durante el 2020.

En la revista Med UNAB presentada por Mojica et al. (2019) se realizó un estudio en la ciudad de Floridablanca en Medellín mostrando una cifra de depresión en mujeres en estado de gestación con 24.6%, IC 95% y una ansiedad con un 25.8%, IC 95%. Concluyendo que los problemas mentales estarían asociados a la depresión, ansiedad y el extracto socio económico.

Asimismo, un estudio por Quintana (2021) demostró que los trastornos depresivos en las embarazadas migrantes de Venezuela que viven en La Guajira y en la ciudad del atlántico, 2018 – 2019 es de un 58.6% y en La Guajira fue del 33.7%, concluyendo así que hay una tendencia de problemas de salud mental en mujeres gestantes y que es debe

considerarse un factor de riesgo donde el sistema de salud debe tomar medidas de prevención.

En consecuencia, de las evidencias encontradas se hace una breve descripción de los resultados encontrados a nivel internacionales, nacionales y departamentales que abordaron la hipótesis de las causas de la depresión y ansiedad en mujeres en estado de embarazo.

En China en un estudio realizado por Durankuş y Aksu (2022) cuyo objetivo fue investigar las consecuencias del COVID-19 en mujeres embarazadas referente a estos trastornos psicológicos, con una población de 318 mujeres gestante y una muestra de 260, que participaron, se les aplicó una encuesta anónima, con unos instrumentos para medir Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), un inventario de Beck (BDI) y el Inventario de Beck (BAI). Entre los encuestados, el 35,4% se observó un puntaje de 13 en la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo, por ende, se concluye que los efectos de la pandemia de COVID-19 en la depresión y niveles de ansiedad en las gestantes muestra una problemática que se es necesario un apoyo psicosocial y así proteger a la madre durante el embarazo.

Por otra parte a nivel de Latinoamérica en México por Sainz et al. (2013) donde se buscó estimar las cifras de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos donde se ejecutó estudio descriptivo, trasversal y observacional, con una población de 5124 en cinta donde se tomó una muestra de 94 pacientes, se realizaron dos cuestionario donde se analizó la ansiedad y depresión (Goldberg) y factores socioculturales en gestante de la consulta externa de la Unidad de Medicina de México,

realizando un cálculo mediante la función `statcalc` del paquete de estadístico `epifon`, versión se obtuvo como resultado de manera generalizada que la ansiedad en 50.5% y depresión en 67%. Por grupos etarios, Se hizo un recuento donde se comprobó que el grupo más vulnerable en edades para la ansiedad fue de 30–34 años ($p = 0.11$) y para depresión de 12–19 años con una estadística ($p = 0.006$). Concluyendo así un nivel alto índice de estos trastornos.

Por consiguiente, en lima, Perú otras de los grades aportes en la investigación fue por Uriarte, (2020) fue establecer el grado de correlación entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes del Puesto de Salud en San Juan de Miraflores 2019, donde se plasmó una investigación de tipo cuantitativa y explicativa, y un diseño transversal correlacional, cuya población fue de 55 gestantes, con una muestra de 48 embarazadas, donde se les aplico una encuesta y dos cuestionarios de inventario.

Los resultados concluyeron que existe una relación alta de Pearson 0.877 entre depresión y ansiedad en pacientes gestantes, del mismo modo se constató que la depresión incide en las alteraciones físicas $r=0.832$, alteraciones psíquicas y mentales $r=0.822$ de las pacientes gestantes observadas, así mismo la ansiedad incluye en la afectividad $r=0.645$, la motivación $r=0.775$, los síntomas $r=0.719$, la conducta $r=0.620$ y la conectividad $r=0.851$, dando como resultado la hipótesis de investigación con nivel de significancia de 5%.

Por otra parte unas de las investigaciones donde el COVID -19 genero problema de salud en las gestantes fue en lima, Perú donde Roque (2021) cuyo propósito fue estimar el nivel de depresión, ansiedad y estrés en gestantes con COVID-19 en el Instituto Materno Infantil Montenor, donde escogió una muestra de 49 gestantes en periodo de gestación en donde se lea aplico unas encuestas de recolección de datos sociodemográficos

que median depresión y ansiedad, y donde el método utilizado fue estudios no experimental, descriptivo, cuantitativo prospectivo de corte transversal, en cuanto a los resultados arrojado se estimó que la depresión leve (41%) en cuanto los niveles de ansiedad comprobó fue muy leve con 39% durante el COVID 19.

Asimismo se investigó en Ica -Perú por Arroyo et al. (2016) cuyo objetivo fue inferir si el embarazo es un factor determinante de la Ansiedad y Depresión en las embarazadas citadas en Hospital Augusto Hernández Mendoza, Se hizo un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal, y un cuestionario de 21 preguntas de las escalas de ansiedad Zung y Beck, con una población de 300 mujeres en embarazo y una muestra de 95, donde se utilizó el método inductivo para analizar variables, dentro de los primeros resultados se identifica que no presentan un 65.26% ningún tipo de trastorno, así mismo 37.89% presentan ansiedad severa ,como conclusión se obtiene que la depresión no incluye a todas las gestantes, mientras que la ansiedad si está presente debido a su estado.

Se suma otra investigación en Perú por Chávez (2021) cuya necesidad fue abordar cuales fueron los factores asociados al embarazo, como la depresión y ansiedad acudidos al Centro de Salud, donde realizaron un análisis no experimental, de corte transversal, descriptivo y correlacional; con una población de 370 gestantes, y se escogió una muestra de 189 pacientes, se ejecutó una recolección de datos la Escala de depresión de Zung y escala de ansiedad.

Los resultados obtenidos fueron con riesgo de depresión moderada (32,3%) con ansiedad leve (42,3%), referentes a las causas obstétricos asociados a la depresión son ($p=0,016$), de ansiedad ($p=0,022$) finiquitando así que no hay relación entre los factores sociales y obstétricos con riesgo de depresión y ansiedad en embarazadas ($p > 0,05$).

A su vez, en Centroamérica por Verbeek et al. (2015), el objetivo de este primer estudio exploratorio fue investigar la prevalencia y gravedad de ansiedad y depresión durante el embarazo en Nicaragua, país centroamericano en desarrollo, así como la disponibilidad de atención de salud mental y compararla con un país desarrollado. Se comparó una cohorte poblacional de mujeres embarazadas en Nicaragua (N = 98) con una cohorte en los Países Bajos (N = 4725) sobre síntomas de ansiedad (Spielberger State Trait Anxiety Inventory) y depresión (Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo) y se evaluó mediante análisis de regresión lineal multivariable.

Los resultados obtenidos en las puntuaciones STAI y EPDS estaban moderadamente correlacionadas (r de Pearson = 0,33, IC 95 % = 0,14 – 0,52, p = 0,001) en Nicaragua y altamente correlacionado en los Países Bajos. (r de Pearson = 0,73, IC 95 % = 0,71 – 0,75, p < 0,001). Y concluyeron que, en Nicaragua, tanto la prevalencia como la gravedad de los síntomas de ansiedad y depresión prenatal son sustancialmente mayor que en los países desarrollados. Sin embargo, la disponibilidad de ayuda psicológica es muy limitada para Mujeres nicaragüenses embarazadas. Estos hallazgos indican que es necesario realizar más investigaciones y apoyar estas mujeres, para evitar consecuencias negativas tanto para la madre como para el niño.

Por otro lado, en Perú por Gonzales et al. (2019), donde su objetivo fue determinar la relación que existe entre la ansiedad y la depresión en gestantes, en relación a los materiales y métodos, el estudio correlacional de corte transversal, con una muestra de 45 gestantes adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante los meses de mayo y junio del 2017, en quienes se aplicaron la Escala de Depresión de Edimburgo y el Cuestionario de autoevaluación de Ansiedad de Ostrosky.

Sus resultados, el 82,8% de estas gestantes presentaba depresión y el 68,9% un alto nivel de ansiedad. Se encontró una relación inversa entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de Pearson de $-0,748$ ($p=0,000$). Las dimensiones de la ansiedad (manifestaciones físicas, manifestaciones cognitivas y quejas somáticas) también presentaron correlación inversa y significativa, con coeficientes de Pearson entre $-0,612$ y $-0,691$ ($p=0,000$), concluyendo que los puntajes de depresión tienen una correlación inversa con la ansiedad en embarazadas.

Por consiguiente, se realizó en Venezuela por Díaz et al. (2013) donde se buscó identificar los valores de depresión y ansiedad en gestantes que asistieron a la cita de perinatología, con un estudio correlacional, transversal y no experimental, y muestra de 236 embarazadas, aplicándoles un Test de Hamilton para la depresión y ansiedad, donde se concluyó que un 67,3% tuvo algún nivel de ansiedad y el 66,1% algún nivel de depresión. Entonces se concluye que las mujeres embarazadas sin pareja tienen un 8,5% mayor de presentar ansiedad y un 6,5 de depresión, por lo tanto, se concluye según las estadísticas que hay una alta tasa de niveles de depresión y ansiedad en las gestantes sin parejas.

Ahora bien a nivel nacional encontramos una serie de investigaciones con un buen aporte frente a nuestra problemática, en Medellín, se realizó estudios relevantes escritos por (Ramírez et al., 2015) donde determinó los factores asociados a la depresión y ansiedad, de tomo una muestra de 189 gestantes, posteriormente se realizó un estudio de tipo transversal, donde se utilizó los inventarios de Depresión de Beck y de Ansiedad de Beck, analizando variables demográficas, reproductivas, educativos y enfermedades asociadas al embarazo e historiales con un IC 95 %, demostrando que un 61,4% depresión y un 61,4 % para la ansiedad. Se evidencia entonces un 40,7% de riesgos de depresión y

ansiedad en las embarazadas donde se fue de 40,7 %, donde se evidencia significativamente el alto riesgo depresión y ansiedad en las gestantes con embarazos, donde se indica una persecución y control de dichos síntomas.

Conviene destacar un alto índice de efectos psicológicos con la ansiedad y depresión durante el embarazo, en Medellín Bohórquez (2020) donde se buscó evaluar los trastorno de ansiedad y depresión y las características asociadas en el embarazo gestantes entre los 14 y los 40 años, se obtuvo una muestra de 41 mujeres en estados de gestación ,donde se les invito a realizar unas encuestas y dos cuestionarios que midieron dichos trastornos, utilizando un diseño de tipo descriptivo correlacional, obteniendo como resultado un índice de ansiedad del 26.8% y de depresión del 56.1% en Las embarazadas, relacionado que estos trastornos van ligada a variables dentro de su entorno afectando su salud mental se requiere de seguimiento y alertas a estos síntomas.

Por otra parte encontramos factores psicológicos que afectan de manera importante a las mujeres durante la gestación, en Bucaramanga y Floridablanca Santander, Zambrano et al. (2019) destacó la relación entre depresión y ansiedad gestacional, así como las variables asociadas en mujeres, con una muestra de 244 gestantes, se implementó una metodología de estudio de tipo descriptivo transversal, se realizaron unas encuesta y las escalas de Depresión, obteniendo como resultado un 24.6 %, gestantes en depresión y de ansiedad del 25.8 % determinado que estos problemas están ligados, a dificultades familiares.

Para finalizar se estima que en la Guajira la tasa es de 33.7% de embarazos siendo una cifra muy elevada, entendiendo que es una población con mayor demanda de pobreza extrema.

Cabe resaltar que esta investigación realizada en la clínica Maicao nace de la necesidad de brindar estos acompañamientos psicológicos durante las mujeres en estado de gestación, ya que se evidencio una baja consulta en los programas de psicología, así como también no encontró un programa en la clínica, donde muestre las cifras depresión y ansiedad en mujeres gestantes, por lo tanto, no es posible anotar estos datos.

Ya con estos datos relevantes, nos surge una pregunta ¿Cuál es nivel de prevalencia de ansiedad y depresión en las mujeres gestantes en el servicio Gineco/obstetra en clínica Maicao?

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación entre síntomas de ansiedad y depresión en mujeres adultas gestantes atendidas en el servicio Gineco\obstetra en la clínica Maicao en el año 2022.

Objetivos Específicos

Describir los síntomas de ansiedad en mujeres gestantes atendidas en la consulta externa en la sociedad médica clínica Maicao.

Identificar los síntomas de depresión en mujeres gestantes atendidas en la consulta externa en sociedad médica clínica Maicao.

Corroborar la significación y nivel de la correlación entre depresión y la ansiedad en mujeres adultas gestantes atendidas en el servicio Gineco\obstetra en la clínica Maicao en el año 2022.

Justificación

Esta propuesta de investigación desde el ámbito social es relevante, ya que puede permitir conocer qué tanto afecta en las mujeres gestantes la ansiedad y depresión y cuáles son los índices reportados en la salud mental que afecta cada día más a la población.

Dicho de esta manera por Mojica et al. (2019) las mujeres en estado de gestación con trastornos de depresión y ansiedad tiene prevalencia de padecer altas preocupaciones a nivel familiar, social y económico.

Ahora bien nuestro proyecto investigativo se genera a partir de la necesidad de relacionar y demostrar la correlación y prevalencia entre ansiedad y depresión durante el embarazo en las pacientes en etapa de gestación del Servicio Gineco Obstetra de la Sociedad Médica Clínica Maicao, en este sentido se pretende abordar que tan recurrente es este tipo de trastornos en las gestantes, teniendo en cuenta que un alto número de mujeres en estado de embarazo tratando de llegar a unas cifras en las que se puedan demostrar dichos trastornos.

Se puede decir, que, con los antecedentes mencionados, la depresión y la ansiedad puede ser especialmente intensa durante el embarazo, causado por el aumento de los niveles de hormonas en el cuerpo, causando mal humor, trastorno del sueño, energía y el apetito.

La ansiedad también puede ser una respuesta normal al cambio físico y a las preocupaciones sobre el embarazo, el parto y la maternidad, ya que muchas mujeres sienten ansiedad acerca de si estarán listas para ser madres, mientras que otras pueden sentirse ansiosas porque no pueden controlar lo que sucederá durante o después del parto, como también a los cambios físicos y emocionales que ocurrirán después del embarazo.

De este modo la ansiedad y la depresión son problemas comunes durante el embarazo y puede estar afectando su bienestar y el de su bebé, con frecuencia, las mujeres embarazadas no buscan atención médica porque creen que la ansiedad y la depresión son parte del embarazo , además temen que se les diagnostique un trastorno mental o que se les recete medicamentos durante el embarazo, muchas mujeres no buscan ayuda porque no saben cómo encontrarla o temen lo que pueda pasar si lo hacen y otras por desconocimiento.

Actualmente, existen estudios internacionales y nacionales sobre ansiedad y depresión con el objetivo de analizar variables, su prevalencia y si influye los factores sociodemográficos. por ello, al inspeccionar el contexto de la investigación, los autores no encontraron datos bibliográficos para estos estudios en el contexto clínico ejecutado en el municipio de Maicao, La Guajira. Acorde a lo anterior, se parte el camino para metodología de esta investigación.

Por otro lado, es significativo aludir que el estudio en el contexto clínico, se debe poner en claro todas las posibles variables que contribuyen a estos síntomas. Este consta de aportes hipotéticos de varios autores, así como de datos estadísticos, enriquecidos como la aplicación del cuestionario a las mujeres en estado de gestación propensas a presentar estos síntomas de ansiedad y depresión.

En el ámbito académico, esta investigación tiene como objetivo establecer la relación entre ansiedad y depresión apoyando así al desarrollo de la salud mental, dada la importancia existe un precedente para la definición de estrategias de suspicacia en el campo.

Desde el rol psicológico, la presente investigación permite a los autores aplicar los conocimientos adquiridos, durante su formación profesional, así como también ayudar en las habilidades y necesidades los casos que se les presente.

En el contexto institucional, tuvieron una aceptación positiva por parte de gerencia y área asistencial con respecto a este estudio, debido a que es la primera vez que se realiza dicha investigación en la institución, lo cual se justificó debido a la necesidad de analizar los síntomas de ansiedad y depresión en gestantes que visitan la consulta externa, se espera causar un impacto que genere conciencia y alerta y a su vez, interés por conocer más acerca del tema.

Para concluir con este proyecto investigativo, es pertinente lograr los objetivos, que es generar conciencia y además demostrar la prevalencia de estos trastornos que a nivel psicológico está afectando nuestra salud mental, así pues que las entidades pertinentes tomen control en cada una de las instituciones donde asistan mujeres gestantes y activar una ruta donde puedan monitorear cualquier tipo de señales que nos indiquen estos trastornos psicológicos como la depresión y ansiedad, la idea es que se logre demostrar con estadísticas la problemática en nuestro municipio y a nivel departamental y lograr así que, las personas profesionales en el tema actúen con eficacia y datos que correlacionen estos trastornos.

Ubicación en una línea de la investigación de la facultad

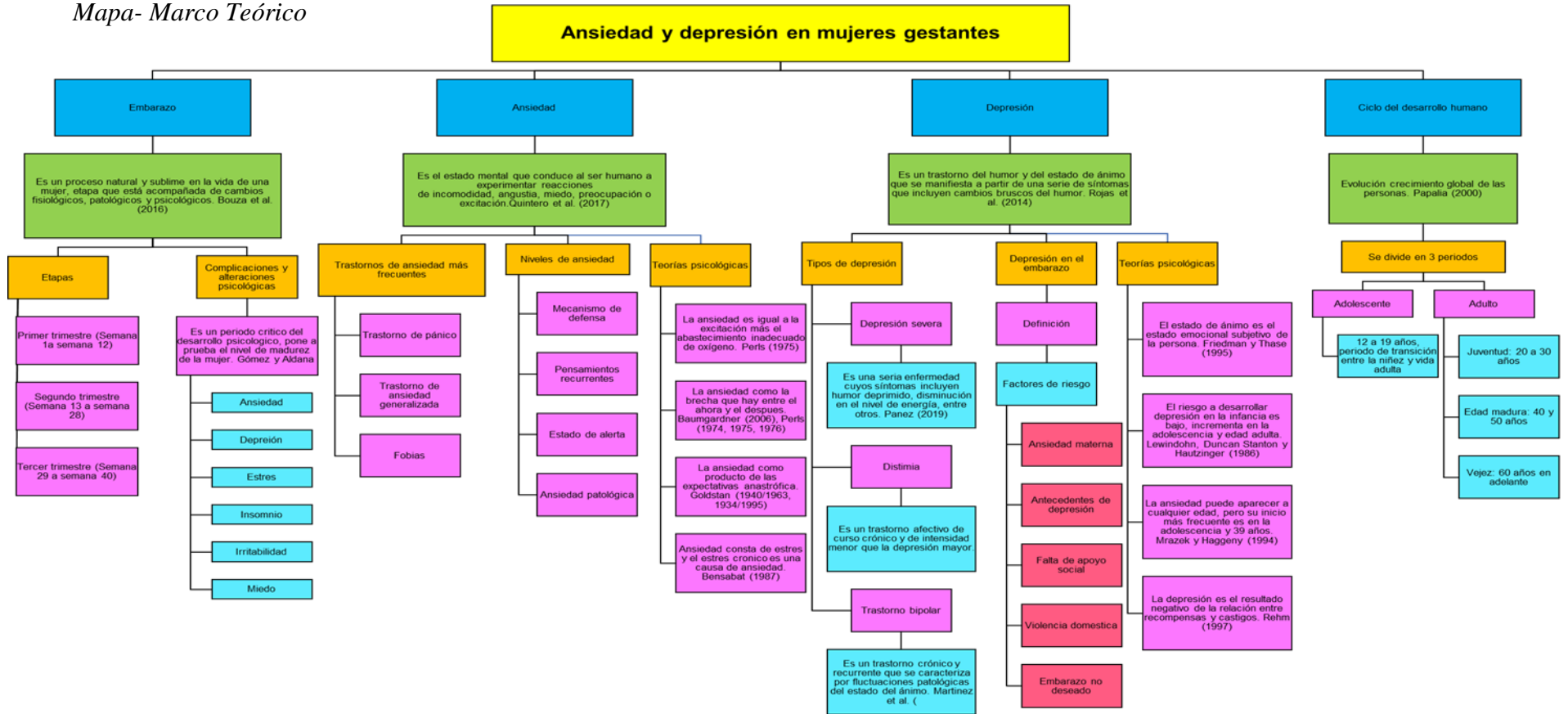
La presente propuesta está enmarcada dentro de la línea investigación psicología clínica, perteneciente al grupo de investigación llamado Esperanza y Vida categoría B del Ministerio de Ciencias, perteneciente al grupo de psicología de la Universidad Antonio Nariño.

Esta propuesta de investigación ha sido enfocada a buscar datos estadísticos sobre la depresión y ansiedad en mujeres gestantes, ya que es una de las problemáticas que tienen el potencial de causar gran afectación en la etapa del embarazo. Es relevante mencionar que estos trastornos mentales día a día están afectando la salud mental, es por eso que la propuesta va encaminada a buscar los síntomas que suceden en esos trastornos, dada la posible vulnerabilidad de la mujer en esta etapa; según Flores (2013) la O.M.S ha evidenciado que gran parte de estas enfermedades van relacionadas a situaciones de origen sentimental, familiar y social.

Marco teórico

Figura 1

Mapa- Marco Teórico



Nota: Elaboración propia basado en las siguientes citas: Bouza Vera et al., (2016), Gómez, López & Aldana, Calvas, (2007), Casado, Morales, Quintero et al., (2017), Ceballos, Montalvo, (2017), (Vázquez & Muñoz, 2000b), Ticlla Ilatoma (2019), Muslow (2008), Philip Rice, (1997), (Vives & Santos, 2019), Palacios, (2017), Hernández et al., (2019), OMS, (2019), Ministerio de salud (2014), Posada-Villa et al., (2006).

Ciclos vitales del desarrollo humano

Concepto de ciclo vital

Desde la perspectiva de los investigadores describe Papalia et al. (2012) que el desarrollo humano hace parte del ciclo vital, que va desde la niñez hasta ancianidad, ellos estudiaron los cambios físicos tales como: la evolución del cerebro y cuerpo, en lo psicosocial las relaciones interpersonales, la personalidad y su entorno por último el desarrollo cognoscitivo como lo es la creatividad, lenguaje, atención, memoria, pensamiento y razonamiento.

Dicho de otro modo, lo cognoscitivo está ligado a los cambios físicos, sociales y emocionales, ya que repercute significativamente en el desarrollo de la persona, si una persona tiene discapacidades físicas es posible que a nivel psicosocial también repercuta en su vida, sintiéndose desmotivado y con baja autoestima. Por ende, es necesario hablar de etapas del ciclo vital donde se cree que es una construcción y evolución para el ser humano.

Ciclo de la adultez

La adultez se refiere Cañoto et al. (2006) que es la etapa de la vida, donde se es responsable de sus actos y sus gastos económicos, se espera que a su vez tenga buenos hábitos alimenticios, su crecimiento y desarrollo se haya cumplido a cabalidad, así como también se prevé cambios psicológicos, físicos y emocionales, esto varía según la edad, se estima que es la etapa más larga del desarrollo humano, donde se considera que hace una construcción completa de su independencia y madurez.

Durante la adultez Morris (2011) es menos irresponsable, más asertivos. la vida de la adultez es totalmente diferente, trae consigo cambios, experiencias totalmente contrarias a la niñez que de una manera u otra manera con experiencias en la vida y que son necesarios para su crecimiento personal.

- **Adulthood temprana**

La adulthood temprana según Feldman (2007) inicia relativamente alrededor de los 20 a 40 años de edad, donde ocurren cambios significativos como físicos y cognoscitivos ya que esta se ve representada por sus capacidades y actitudes. La mayoría se encuentra en la cúspide de sus capacidades físicas y actitudes, a la adulthood temprana se entiende que la persona es más vigoroso, saludable, con más energía para la realización de sus actividades.

Durante la adulthood según Morris (2011) es menos irresponsable, más asertivos. La vida de la adulthood es totalmente diferente, trae consigo cambios, experiencias totalmente contrarias a la niñez que de una manera u otra manera con experiencias en la vida y que son necesarios para su crecimiento personal.

Adulthood media

En la adulthood media descrita por Cañoto & Peña (2018) transcurre entre las edades comprendida entre los 40 y 60 años, etapa donde se percibe cambios a nivel intelectual, disposición y desempeño tanto motor y físicas son más visibles, así mismo por Amorín (2007) implica tener aún más responsabilidades de lo que se hace, como afrontar la paternidad, actividad laborales, relaciones de pareja entre otras, colocando a la familia y la estabilidad económica como mayor prioridad, ya que esto conlleva mayor satisfacción y goce de la etapa que vivieron anteriormente.

Es importante mencionar que tanto la en la mujer como en el hombre tiende a ser menos vigorosos, el deterioro en su salud es cada vez notable y su ritmo en las actividades y destreza es muy bajo, en esta etapa es más enriquecedora llena de experiencia y satisfactorias ya los problemas se enfrentan con más madurez y pensando en el bienestar y tranquilidad para su vida.

- **Adulthood**

Para Cañoto & Peña (2018) la adulthood se refiere al concepto de acceptance and self-security, as well as accepting death as part of life, with respect to their motor skills and physical dexterity declining significantly, their memory undergoes significant changes according to their quality of life. The late adult is subject to living certain events, such as loss, such as employment, independence, decision-making and physical strength to perform any activity that requires it, as well as also to face loneliness, emotional attachments, frustrations of goals that perhaps they could have reached, leading to circumstances that affect their physical and mental health.

Physiological Changes

As can be seen in Gerrig & Zimbardo (2005) refers that, one of the main changes at the physiological level that occur during adulthood is the physical aspect, such as the skin, it becomes more flaccid and wrinkles, you lose muscle mass, and at the same time the person becomes weaker, they begin to lose hair, the hair becomes thinner and in some cases leads to baldness, their height decreases a little, their senses decrease, it is important to mention that these changes are not sudden.

In the same way, they come progressively with age, however many studies add that, if accompanied by a good diet, an active life with exercises would help to have a healthier old age. It is pertinent to mention some of the most significant physical changes of adult age.

Tabla 1*Cambios fisiológicos principales durante la adultez*

Cambio	Descripción
Vista	Se estima que las personas mayores de edad, experimentan alguna complicación a nivel visual, debido a que, el cristal de la vista se debilita provocando dificultad para ver de lejos o de cerca.
Audición	La audición también es un problema muy común entre los adultos, ya que con la edad se le dificulta escuchar a cierto volumen, esto sucede de manera muy gradual y muy fácil de notar.
Funciones reproductivas y sexuales	En la adultez la sexualidad disminuye, ya que a los 50 años las mujeres experimentan la menopausia dejando de menstruar y de ovular, y en los hombres la cantidad de líquido seminal es escaso. Es importante señalar que estos cambios físicos no limitan el sexo siendo esto unos de los placeres de la vida, que si se hace de manera responsable puede promover una ancianidad exitosa.

Nota. Tomado por Gerrig & Zimbardo (2005) página 323

Cambios Cognitivos

Los cambios cognoscitivos en la edad adulta hacen parte de naturaleza humana según Aimar et al. (2012) donde se evidencia que inteligencia y la memoria se alteran con la edad y se modifican dependiendo de su entorno cultural y experiencias obtenidas, estos adultos presentan básicamente dificultades en retener o recordar cosas llamándolos memoria de corto plazo, investigaciones afirman que estos cambios cognoscitivos varían con la edad, ellos muestran incapacidad para procesamiento y análisis de información, se concluye pues que hace parte de la involución propia de la vejez y que para sus causas es normal. Es apropiado afirmar que los

cambios cognoscitivos han sido expuestos desde la psicología evolutiva mostrando que son transformaciones a nivel cualitativo y cuantitativo que transcurre en la edad adulta.

Cambios Psicosociales

El desarrollo psicosocial en la edad adulta según Papalia (2012) son básicamente cambios de la personalidad emociones y relaciones interpersonales, ya que supone estabilidad y crecimiento para la persona, ellos se caracterizan por la buena relación con su familia, en su ambiente laboral y club de amigos. Esta etapa establece una buena relación con el yo, a través de los resultados del individuo y su entorno su calidad se establece en orientar y formar la nueva generación.

Desarrollo de Personalidad

Según Cornachione (2006) los estudios realizados acerca de la adultez y la personalidad son aquellos cambios que se mantienen unos con otros y que se transforman con el fin de modificar algunas conductas de adaptación, donde se verán reajustadas tales como su identidad, autoestima, y autoconcepto teniendo en cuenta la presentación de la mujer y el hombre que tan parecidos son y en que varían. Así mismo, se afirma que los cambios en la adultez se dan, pese a las discrepancias de extracto económico, cultural, y social, esto va formar su yo interno.

Asimismo, Allport (1975) sostiene que la personalidad se refiere a la integración de todos los rasgos y características de un individuo que determinan su forma de comportarse, es decir, que la personalidad se forma a partir del desarrollo del individuo, influenciado por factores ambientales, biológicos y sociales que explican, modulan y mantienen su comportamiento.

Desarrollo Moral

La moral esta descrita bajo unos conceptos por Gerrig & Zimbardo (2005) de juicios, valores y creencias de lo que está malo o bueno en la vida del ser humano, se requiere una

sociedad con adultos que desde niño le hallan adoptados conductas apropiados para vivir en sociedad, Kohlberg explica la teoría del desarrollo moral como aquella que estudio el juicios y razonamiento del ser humano de lo que está mal o no, esta teoría fue aceptada por lo que afirmaba Piaget quien trato de vincular la moralidad con el desarrollo cognoscitivo.

Relaciones Interpersonales

Las relaciones interpersonales según Cornachione, Larrinaga (2006) son esenciales para el desarrollo en la vida del ser humano, por consiguiente se vive de diferentes etapas, en la adultez se busca mantener relaciones más estables, duraderas y con calidez humana, vinculada a los lazos afectivos de la familia, que inicia en la niñez y se afianza en la adultez.

Es importante mencionar que, para mantener una buena relación interpersonal en la edad adulta equivale a tener una comunicación asertiva, ser perteneciente a un grupo en la sociedad ya que esta influye significativamente y mitigara estar expuesto a una soledad no deseada, es decir a esa edad las condiciones físicas y emocionales son más vulnerables, por ende, ellos buscan compañía y afecto.

Sexualidad

Cuando hablamos de sexualidad en la edad adulta hacemos referencia según Llanes Betancourt (2013) que es un ciclo de la vida, que hace parte del ser humano donde ocurren cambios y alteraciones sociales, psicológicas, físicas, funcionales y biológicas que hacen parte de la vejez y que aparecen de forma gradual, nefasta y de manera intrínseco producto de la genética de cada ser humano.

Es importante definir que la sexualidad en la edad adulta va acompañada de calidad y no de cantidad, ella va enmarcada por relaciones basadas en la confianza, expresiones de amor, momentos compartidos y placeres con o sin sexo.

Embarazo

El embarazo, gravidez o gestación en la mujer, según Peralta de la Peña & Robles de Aguila (2021) es el ciclo que va desde la implantación del ovulo dentro del útero fecundado hasta su desarrollo y formación de embrión a feto en el la barriga de la mujer. Estos van acompañados de cambios metabólicos, morfológicos y fisiológicos que permiten un buen desarrollo de del feto.

Cambios físicos y psicológicos

Un embarazo descrito por Carrillo-Mora et al (2021) está enmarcado en un sin números de cambios físicos y psicológicos de toda mujer, cambios que vienen acompañados de ajustes y prioridades para el desarrollo de una nueva vida dentro de su cuerpo, estas transformaciones van poco a poco hasta completar el tiempo de la gestación, y varían de acuerdo a los años que tenga la mujer, si ha tenido o no embarazos anteriores, su condición nutricional y físicas tales como el aumento de peso, el tamaños de senos, y el tamaño del abdomen ya que crecerá gradualmente. Lo que afecta el metabólicos la parte emocional y conductual. De este modo todas estas modificaciones en el embarazo hacen parte de una etapa que solo durara alrededor de 40 semana de gestación.

Etapas de la gestación

Según Coll (2022) las etapas de la gestación se dividen en tres trimestres, cada uno con sus características en el desarrollo fetal y materno. Estas son explicadas en la Tabla 2.

Tabla 2*Etapas de la gestación*

Etapa	Cambios físicos	Emociones
Primer trimestre (semanas 1 a 12)	Durante esta etapa, el óvulo fertilizado se instaure en el revestimiento del útero e inicia a desarrollarse ágilmente, se forman los principales órganos del feto, como el corazón, el sistema nervioso central, las extremidades, los ojos y los oídos. La mujer embarazada puede experimentar síntomas tempranos del embarazo, como náuseas, fatiga, cambios en los senos y la necesidad de orinar seguido.	Ya es evidente los cambios hormonales, la fatiga, las náuseas acompañadas de signo de irritabilidad y ansiedad por los cambios en el cuerpo, experimentado cambios de humor.
Segundo trimestre (semanas 14 a 27)	Durante esta fase el feto sigue creciendo y formándose, los órganos y sistemas del feto continúan madurando, y se pueden sentir los primeros movimientos del feto. El abdomen comienza crecer por que en algunas puede generar acidez, estreñimiento indigestión, calambres y dolor en la espalda y hasta en la pelvis.	Los vómitos o náuseas disminuyen, realiza una adaptación y aceptación de su estado, está más enérgica y feliz de estar formando una vida en su vientre.
Tercer trimestre (semanas 28 a 40 o hasta el parto)	En esta etapa, el feto gana peso y crece rápidamente, los órganos y sistemas del feto continúan madurando. La mujer a su vez genera un aumento de peso aproximadamente de 9 a 15 kilos, los movimientos fetales más frecuentes, así como también los síntomas como la	Es normal que para etapa surjan miedos, y preocupaciones sobre el bienestar del bebe, la futura madre se prepara psicológicamente para en nacimiento de hijo, donde

acidez estomacal, dificultad para dormir, edema en las extremidades y contracciones uterinas de Braxton Hicks, que son contracciones falsas en preparación para el parto. Al final del tercer trimestre, el parto puede ocurrir, lo que marca el final de la gestación.

saldrán sentimientos de alegría, emoción, e ilusión de conocerlo.

Nota: tomado de Coll, (2022) página 93

Complicaciones de salud en el embarazo

Lugones (2018) indica que la gestación, o embarazo, es un periodo en el que la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos y hormonales para sostener el desarrollo del feto. Sin embargo, también puede haber complicaciones de salud que pueden afectar tanto a la madre como al feto. Algunas de las complicaciones de salud más comunes durante la gestación explicadas en la tabla 3.

Tabla 3

Complicaciones durante el embarazo

Patologías	Concepto
Hipertensión gestacional	Osorio, Isaza et al (2001) describe la hipertensión en el embarazo como una de las complicaciones más frecuentes, durante esta etapa, caracterizada por fuertes dolores de cabeza, edema y presiones elevadas cuyos valores están por encima de 140/90mm/hg considerándose alta, si la presión diastólica es mayor a 110mmHg, estos síntomas podrían aparecer durante las 20 semanas de gestación

y repercuten de manera considerable en la salud de la madre y el feto estas se clasifican en preclamsia y eclampsia descritas a continuación

- Preclamsia Es una de las principales complicaciones, propia de la mujer en estado de gestación, caracterizado por presión arterial elevada, edemas y proteinurias elevadas.
- Eclampsia Definida con una de las complicaciones más graves, precedente de la preclamsia y de las presiones arteriales elevadas, en ellas aparecen las convulsiones y exceso de proteínas en cuerpo.

Diabetes gestacional

Medina-Pérez (2017) define la diabetes gestacional, es una afección que puede aparecer durante el embarazo, producto de la intolerancia de la glucosa, estere los factores predisponentes tenemos el sobre peso, multíparas, madres añosas entre otros.

Aborto

El aborto espontaneo es otra de las complicaciones durante el embarazo antes de las 20 semanas de gestación, según Enrique & Andrés (1997) son causados por enfermedades desarrolladas durante la formación del feto,

una pérdida como esta genera en la mujer tristeza depresión y duelo

Infecciones

Durante el embarazo, la mujer puede ser más susceptible a infecciones, como infecciones del tracto urinario, infecciones vaginales, infecciones respiratorias, entre otras. Algunas de estas infecciones pueden tener efectos negativos en el desarrollo fetal y aumentar el riesgo de parto prematuro.

Sangrado vaginal

El sangrado vaginal durante el embarazo puede ser causado por varias razones, como implantación del embrión, placenta previa, desprendimiento de placenta, entre otros. El sangrado vaginal puede ser una señal de complicaciones y requiere atención médica adecuada.

Amenaza de parto prematuro

Es cuando la mujer experimenta contracciones uterinas regulares antes de las 37 semanas de gestación, lo cual puede poner en riesgo la salud del feto y aumentar el riesgo de parto prematuro, que puede tener complicaciones para el desarrollo del feto.

Malformaciones congénitas

Son anomalías o defectos de nacimiento que pueden afectar a los órganos o sistemas del feto. Algunas malformaciones congénitas pueden ser diagnosticadas durante el embarazo a través de pruebas de diagnóstico prenatal

Complicaciones emocionales y mentales

El embarazo también puede ser un periodo emocionalmente desafiante para algunas mujeres, y pueden experimentar ansiedad, depresión, cambios de humor y otras complicaciones emocionales y mentales que pueden afectar su bienestar y el del feto.

Nota: tomado de Lugones (2018).

Ansiedad

Para González & Astudillo (2023) la ansiedad tiene su origen en la activación del sistema nervioso, ya sea debido a estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral. Esta activación se manifiesta a través de síntomas periféricos derivados del sistema nervioso vegetativo, como aumento del tono simpático, y del sistema endocrino, con la liberación de hormonas suprarrenales, que provocan los síntomas físicos de la ansiedad. Además, los síntomas también pueden deberse a la estimulación del sistema límbico y de la corteza cerebral, lo que se traduce en síntomas psicológicos de ansiedad.

Por otra parte, Sarason & Sarason (2006) define la ansiedad como aquella genera opresión, miedo, pensamientos negativos, preocupación, frustraciones que por lo general son de forma innatas e involuntarias y de forma automáticas propios de individuo frente a situaciones que lo desestabilizan, una persona con ansiedad vive en constante preocupación de peligros a futuro, es muy común que presenten estos síntomas tales como taquicardia, náuseas, mareos, sudoración, inapetencia. Es importante recalcar que una persona ansiosa no es consciente de sus temores y de aquellos problemas que se desencadena con estos síntomas.

Para Calloapaza (2015) la ansiedad durante el embarazo se atribuye principalmente a la inestabilidad emocional causada por los cambios hormonales propios de esta etapa. Además, se deben tener en cuenta los cambios que implica la maternidad, la preocupación por el desarrollo del bebé, la carga afectiva que acompaña al embarazo y el deseo de preparar el hogar para la llegada del recién nacido, son algunos de los factores que pueden causar ansiedad en las mujeres durante el proceso de gestación.

Además, Nieto (2019) considera la ansiedad como una reacción emocional normal que tiene un propósito importante en la supervivencia humana. Sin embargo, en algunas ocasiones, los niveles de ansiedad pueden volverse demasiado altos, lo que puede causar desequilibrios emocionales e incluso manifestarse en síntomas físicos negativos. En otras palabras, las alteraciones o anomalías en el pensamiento pueden tener efectos físicos en el individuo, generando problemas en su salud y bienestar.

Para Esparcia (2006) define la ansiedad como complemento importante para la Psicopatología y se encuentra presente en cualquier paciente que consulte con algún trastorno psicológico y que por consiguiente se puede detectar en tres áreas que impliquen la ansiedad en las personas tales como el área cognitiva, conductual, y somática.

1) Área cognitiva nos afecta la concentración, estar atentos, mantiene sentimientos irracionales preocupados de que pueda pasar al malo, Temor, pesimistas entre otras.

2) Área conductual son aquellas conductas inestabilidad emocional, pleitos, Irritabilidad familiar ambiente disfuncional etc.

3) Área somática. Enfermedades clínicas como las alergias, el estrés, taquicardia, gastritis migrañas etc.

Estas tres áreas no se accionan de la misma forma en todas las personas, cada sujeto responde dependiendo al tipo de ansiedad por la que este presentando, es allí donde se identifica que tipo de tratamiento se debe brindar frente a este trastorno.

Clasificación de la ansiedad

Sarason & Sarason (2006) hace una breve revisión de los principales trastornos de ansiedad según en el DSM-IV-TR descritos en la tabla 4.

Tabla 4 *Clasificación de los tipos de ansiedad*

Trastorno de ansiedad generalizada	Por lo general hay una alta preocupación constante e involuntaria sobre eventos o actividades a futuras.
Trastorno de angustia	El pánico son ataques de ansiedad que llegan de repente y que pueden ser muy perturbadores, normalmente las personas con trastorno de angustias, tiene un alto grado de ansiedad.
Trastornos fóbicos	Es un temor grave, donde se evitan situaciones por miedo a ser avergonzados, y expuestos a la humillación.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Estos trastornos son caracterizados por Pensamientos irracionales y obsesiones ya que estos provocan comportamientos impulsivos y tener conductas repetitivas.
Trastorno por estrés postraumático	En este tipo de trastorno se establece la Reexperimentación y la angustia por no vivir o recordar aquel evento vivido que les genere ansiedad y estrés.

Nota. Sarason & Sarason (2006).

El desarrollo moral es el proceso de construcción de valores y pautas de conducta referentes a la consideración de las demás personas como real o potencialmente iguales a nosotros, más o menos necesitadas de nuestra ayuda según su situación, más o menos dignas de valoración según sus comportamientos y de quienes se puede exigir más o menos según sus capacidades y posesiones personales. (García, 2015).

Asimismo, Seifert & Sutton (2009) comenta que el desarrollo moral se refiere a cambios en las creencias morales a medida que una persona envejece y gana madurez. Las creencias morales están relacionadas con, pero no idénticas con, el *comportamiento* moral: es posible conocer lo correcto que hay que hacer, pero en realidad no hacerlo. Tampoco es lo mismo que el conocimiento de *las convenciones sociales*, que son costumbres arbitrarias necesarias para el buen funcionamiento de la sociedad. Las convenciones sociales pueden tener un elemento moral, pero tienen un propósito primordialmente práctico.

Teorías psicológicas de la ansiedad

Según Sarason & Sarason (2006) explica las siguientes teorías psicológicas dan respuesta a los trastornos, esto ayudo significativamente a los investigadores y en la pericia clínica, donde se describen a continuación:

Enfoque psicodinámico

En relación al enfoque psicodinámico, Sarason & Sarason (2006), las teorías psicodinámicas son unas de los principales componentes de los trastornos de ansiedad, ya que reacciona ante un peligro, y que se alarman ante presiones sociales, divorcio, abandono, etc. Estas teorías psicodinámicas surgen de unas posibles causas, de las cuales obstruyen la capacidad de afrontar situaciones en la vida tales como el fracaso en el amor, miedo, abandono, pérdida de red de apoyo o conductas inaceptables.

Enfoque cognitivo conductual

En el enfoque cognitivo conductual según Vincel (2011) desarrollan modelos conductuales donde observaron que las personas ansiosas desvían sus emociones, a una representación interna negativa como elevada presión arterial, sudoración, taquicardia. No obstante, la teoría de comprender los síntomas subyacentes, se cree que se puede aplicar en la conformidad de las conductas como los trastornos que son modeladas desde la infancia tales como el condicionamiento y reforzamiento, donde básicamente la terapia cognitiva conductual reforzara aquellas variables con el fin de sosegar altamente las emociones.

La perspectiva biológica

Es importante mencionar que según estudios realizados hay un indicio que la genética es un factor importante para que existan trastorno de ansiedad, ya que estos van direccionados a aspectos neuroquímicos, actividad cerebral y el consumo de sustancias. Sierra et al. (2003). De igual modo, en relación a las teorías de la ansiedad, Sierra et al. (2003), comentan que existen tres teorías las cuales son ansiedad, angustia y estrés, a fin de delimitar el solapamiento entre los mismos (especialmente entre ansiedad y angustia, por una parte, y ansiedad y estrés, por otra); también, se pretende identificar aspectos que hacen posible la diferenciación de estos conceptos.

Depresión

La depresión descrita por Retamal (1998) como una forma de trastorno del estado de ánimo, caracterizada por la disminución del mismo y una pérdida variable del interés o la capacidad de experimentar placer en las actividades cotidianas. La depresión se acompaña de diversos síntomas tanto psicológicos, como tristeza, dificultades de concentración y de memoria, como físicos, como la disminución del deseo sexual, la anorexia o la hiperfagia.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por un sentimiento de tristeza, falta de energía o una disminución de la capacidad para disfrutar o sentir placer

(anhedonia). Esta condición afecta la vida de la persona durante la mayor parte del día, por un mínimo de dos semanas Alarcón (2015).

Los trastornos depresivos se definen por una sensación de tristeza, una disminución en el interés o placer en actividades, sentimientos de culpa o baja autoestima, cambios en el sueño o apetito, fatiga y dificultad para concentrarse. La depresión puede ser de larga duración o recurrente, lo que afecta significativamente la capacidad de la persona para funcionar en su trabajo, estudios o vida cotidiana Organización Mundial de la Salud (2017).

La depresión es una enfermedad que tiende a ser recurrente y a menudo crónica, lo que significa que requiere un tratamiento prolongado. Sin embargo, su diagnóstico sigue siendo un desafío tanto en términos conceptuales como clínicos Botto (2014). El término depresión es comúnmente utilizado en nuestro lenguaje para referirse a un empeoramiento en la situación funcional diaria.

Sin embargo, Botto (2019) en el campo de la salud mental, es importante distinguir que la depresión puede ser entendida de diferentes maneras: como un síntoma que se manifiesta con un estado de ánimo bajo, como una reacción emocional ante un problema, como una condición médica que incluye diferentes trastornos con distintos niveles de gravedad, tales como el trastorno depresivo mayor, la distimia y los trastornos de adaptación. De igual modo, la depresión se clasifica dentro de los "trastornos afectivos" debido a que una de sus características es la alteración de la capacidad emocional, según Rivera (2007) no sólo manifestándose en tristeza, sino también en la incapacidad de experimentar y recibir afecto de las personas que nos rodean.

La depresión, también conocida como trastorno depresivo mayor, es una enfermedad médica prevalente y seria que tiene un impacto negativo en el estado de ánimo, el pensamiento y la conducta de la persona que la padece. Sin embargo, es importante destacar que es tratable. Los síntomas de la depresión pueden incluir sentimientos de tristeza, pérdida de interés en actividades

que antes se disfrutaban, así como problemas emocionales y físicos que afectan la capacidad de la persona para funcionar en el trabajo y en el hogar American Psychiatric Association (2023).

Causas de la depresión

La depresión se produce cuando el individuo se enfrenta a un estrés continuo y no logra adaptarse a él de manera efectiva. El estrés crónico provoca una alteración en el eje hipotálamo-pituitaria-adrenal, que a su vez conduce a una disminución en la liberación de neurotransmisores que regulan el estado de ánimo, como la serotonina Nemeroff (2007).

La depresión puede afectar a cualquiera, incluso a aquellos que aparentemente tienen una vida ideal, la causa exacta de la depresión es multifactorial e involucra factores biológicos, genéticos, de personalidad y ambientales. Se cree que las diferencias en ciertas sustancias químicas del cerebro pueden contribuir a los síntomas depresivos, y la depresión también puede tener una base genética, as personas con baja autoestima, propensas al estrés y al pesimismo parecen tener más probabilidades de experimentar depresión. American Psychiatric Association (2023).

La depresión es causada por una combinación compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales, la exposición a eventos de vida estresantes, como el abuso en la infancia, la pérdida y el desempleo, puede desempeñar un papel en el desarrollo de la depresión y actuar como un catalizador para su aparición World Health Organización (2022).

El trastorno depresivo mayor tiene una etiología compleja en la que intervienen factores genéticos y ambientales, mientras que existe una mayor probabilidad de desarrollar depresión en personas con antecedentes familiares de primer grado de la enfermedad, la depresión también puede presentarse en individuos sin dichos antecedentes. Algunos factores biológicos de riesgo para la depresión en la vejez incluyen enfermedades neurodegenerativas, accidentes cerebrovasculares, esclerosis múltiple, entre otras. Nemeroff (2007).

Teorías psicológicas

Teorías conductuales de la depresión

La depresión unipolar es principalmente el resultado de un aprendizaje, relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno, como relaciones sociales problemáticas o escasa gratificación. Estas interacciones pueden influir y ser influidas por las cogniciones, conductas y emociones, en un proceso que se considera recíproco. Se utilizan estrategias conductuales para modificar patrones poco adaptativos de conducta, pensamiento y emoción Vázquez & Muñoz (2000).

La depresión surge cuando una persona experimenta una disminución en los refuerzos positivos que antes estaban asociados con su comportamiento en áreas importantes de su vida. Esta falta de refuerzo conduce a dos características principales de la psicopatología de la depresión: un estado de ánimo deprimido y una disminución en la frecuencia de la conducta. Esta reducción en la actividad conduce a otros síntomas de la depresión, como la baja autoestima y la falta de esperanza Lewinsohn (1975).

El modelo de Nezu

Las personas que carecen de las habilidades requeridas para abordar los problemas por sí mismas tienen una mayor probabilidad de desarrollar depresión cuando se enfrentan a situaciones adversas en comparación con aquellas que resuelven eficazmente sus problemas Areán (2000). Asimismo, el enfoque de la depresión se enfoca en cómo las experiencias negativas, los pequeños eventos negativos cotidianos, las reacciones depresivas a corto y largo plazo y las habilidades de afrontamiento y resolución de problemas interactúan entre sí de modo recíproca Nezu (1986).

Teorías cognitivas

Los modelos de diátesis-estrés son ampliamente utilizados para explicar cómo se desarrolla la depresión. Estos modelos sugieren que ciertos factores de vulnerabilidad psicológica

(diátesis) están presentes en los individuos, pero permanecen inactivos hasta que interactúan con eventos estresantes o negativos, aumentando así la probabilidad de que se desarrolle o se mantenga el trastorno. Las personas que presentan una mayor cantidad e intensidad de factores de vulnerabilidad tienen una mayor probabilidad de experimentar depresión ante las mismas situaciones negativas Vázquez & Muñoz (2000).

El estrés generado por eventos vitales negativos puede ser un factor de riesgo para la depresión en personas que carecen de habilidades adecuadas para manejarlos y superarlos. La terapia conductual para la depresión se enfoca en modificar las situaciones que mantienen el estado de ánimo deprimido, ya que es común que el paciente no reciba suficiente reforzamiento positivo del ambiente en sus tareas y relaciones interpersonales. Dahab (2002).

La teoría de la indefensión aprendida y su reformulación

La depresión ocurre cuando una persona es incapaz de percibir la relación entre su comportamiento y las consecuencias que lo siguen, ya sean positivas o negativas. Esto puede llevar a un estado de indefensión aprendida, en el que el individuo se vuelve pasivo y adopta actitudes desmotivadas debido a la falta de contingencia entre su comportamiento y sus resultados Seligman (1972).

Teorías biológicas de la depresión

Abramson (1997) sostiene que las personas con tendencias cognitivas negativas (llamadas vulnerabilidad cognitiva) tienen una mayor probabilidad de desarrollar síntomas depresivos, especialmente aquellos relacionados con la "depresión por desesperanza", cuando enfrentan eventos estresantes en comparación con aquellos que no tienen tales tendencias.

La depresión no solo afecta la salud mental, sino que también tiene implicaciones en la salud física y puede dar lugar a mecanismos patológicos que la convierten en una enfermedad

física con el riesgo de desarrollar otras enfermedades médicas y aumentar la mortalidad

Benavides (2017).

Depresión en el embarazo

La depresión es un trastorno frecuente durante el embarazo y es más probable en mujeres que son primerizas, consumen alcohol, toman medicamentos diariamente, tienen antecedentes de problemas de salud mental, han experimentado eventos estresantes recientes y han sufrido violencia doméstica. Conocer los factores que están relacionados con el desarrollo de la depresión en el embarazo puede ayudar a tomar medidas preventivas tempranas para monitorear la salud mental de las mujeres y prevenir este y otros trastornos durante esta etapa crucial Silva (2016).

La depresión es un trastorno psiquiátrico muy frecuente durante el embarazo, que afecta a más del 13% de las mujeres gestantes, a menudo no se diagnostica porque sus síntomas pueden confundirse con los cambios propios del embarazo. Se puede decir que, para diagnosticarla, se utilizan los criterios establecidos por el DSM-5 y se aplican escalas validadas, como la Edinburgh Postnatal Depression Scale Martínez & Jácome (2019).

La depresión durante según O'Keane & Marsh (2007) el embarazo es una preocupación común y, es poco probable que se resuelva sin un manejo activo. Si no se trata, la depresión durante el embarazo se ha relacionado con un menor seguimiento de las prácticas de salud materna y peores resultados obstétricos.

Por lo tanto, los médicos deben incluir preguntas sobre síntomas depresivos en la atención prenatal de rutina. Si es necesario, las mujeres deben recibir tratamiento psicoterapéutico o farmacológico, dependiendo de sus síntomas y riesgos individuales, aquellas mujeres con un historial establecido de trastornos del estado de ánimo deben ser remitidas a servicios psiquiátricos especializados.

La depresión perinatal, que engloba tanto episodios depresivos mayores como menores que ocurren durante el embarazo o en los primeros 12 meses después del parto, es una de las complicaciones médicas más frecuentes en esta etapa, afectando a alrededor de una de cada siete mujeres. Es esencial detectar y diagnosticar la depresión perinatal y otros trastornos del estado de ánimo en mujeres embarazadas y en el período posparto, ya que el no tratamiento de estos trastornos puede tener graves consecuencias The American College Of Obstetricians and Gynecologists (2018).

Por otro lado, Diaz et al. (2013), donde señalan en su investigación titulada Depresión y Ansiedad en Embarazadas que de las pacientes 32,6% no presentó ningún nivel de ansiedad, mientras que 39,8% presentó ansiedad menor y 27,5% ansiedad mayor, lo cual traduce que 67,3% de las embarazadas tuvo algún nivel de ansiedad (menor o mayor) según la escala de Hamilton. Con respecto a la depresión, 33,9% no se encontraban deprimidas, 29,7% presentó depresión ligera o menor, 16,9% depresión moderada y 19,4% presentó un cuadro de depresión severa o muy severa según la escala aplicada; asimismo, 66,1% tuvo algún nivel de depresión. Y estos resultados muestran controversias con lo planteada por Lee et al. (2007), investigadores que refieren que la ansiedad prenatal y la depresión son problemas frecuentes y graves en el curso del embarazo.

De igual modo, Linares (2000), comenta que las mujeres embarazadas con depresión estarían en el espacio de las deprivaciones, tanto en su historia como en su contexto relacional actual, por lo cual sería recomendable trabajar la intervención desde el fortalecimiento y reequilibrio de la vinculación sana con su hijo, integrando su historia para poder reformularse el devenir de madre.

Marco contextual

La Sociedad Médica Clínica Maicao S.A es una organización consagrada a la prestación de asistencia en salud donde Clínica Maicao (2000), Abre sus puertas a la población, el día 15 de marzo del año 2000, mediante una sociedad LTDA, ubicada calle 16 # 6-41 en el municipio de Maicao, la Guajira. Conformada por 15 socios, todos competitivos en el área de la salud. Con la intención de favorecer, optimar, salvaguardar la salud, formar desarrollo y progreso del bienestar de la población Guajira. En este momento cuenta con un amplio portafolio de servicio tales como: Internación, quirúrgico, consulta externa, apoyo diagnóstico y complementación terapéutica, atención inmediata. La sociedad médica clínica Maicao cuenta con una visión y misión descrita a continuación.

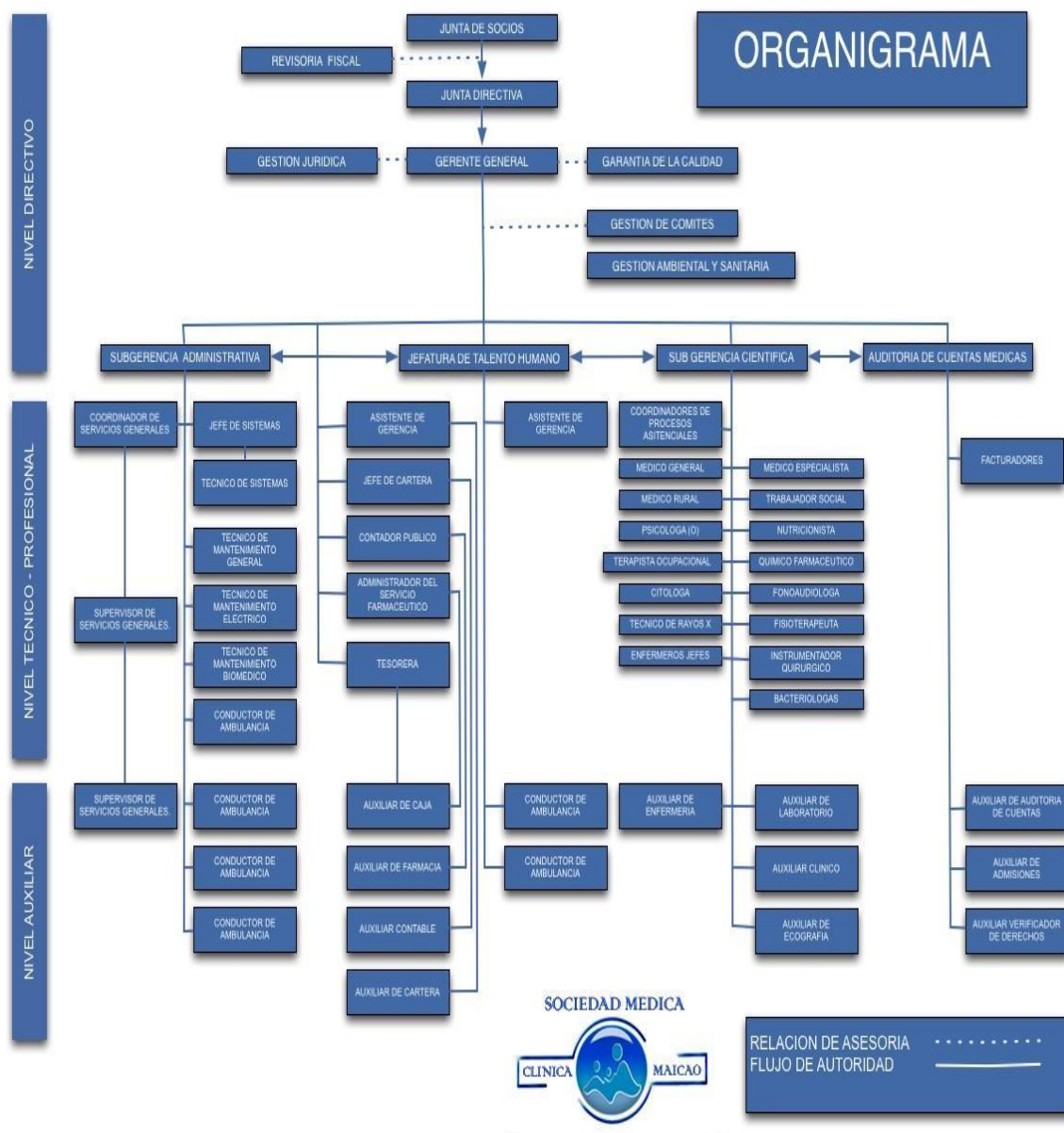
- Misión: somos una institución comprometida con el cuidado de la vida, basados en calidad y calidez con infraestructura y tecnología biomédica avanzada, que genera valor en la experiencia de servicio; fortaleciendo la formación académica orientada en la investigación e innovación, para satisfacer las necesidades del usuario, la familia y el entorno.
- Visión: para el 2024 será la primera institución de salud en la Guajira en proveer servicios de certificados de mediana y alta complejidad, generando valor, bienestar, formación del talento humano en salud conocimiento e innovación comprometido con el medio ambiente y el mejoramiento continuo del estado de la salud de la población.

La clínica Maicao, se ha posesionado como una de las mejores a nivel internacional y nacional con unos estándares de calidad y un personal idóneo, completo y capacitado, buscando la excelentísimo que certifique a los pacientes un diagnóstico veraz e información de confidencial de su estado de salud, el respeto de sus derechos y la satisfacción de sus necesidades y posibilidades de una buena prestación en salud.

Actualmente la entidad cuenta con una extensa prestación de especializaciones, subespecialidades nombradas a continuación: Anestesia, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica y estética, cirugía de urología y pediatría, dermatología, optometría, otorrinolaringología, pediátrica, psicología terapia de lenguaje, terapia ocupacional, oftalmología, nutrición y dietista, fisioterapia, gineco-obstetricia, ortopedia y traumatología, gastroenterología, medicina interna, cardiología pediátrica, cirugía pediátrica, cirugía de mano cirugía de tórax, urología, vacunación, curación, cirugía de neurológica.

Así pues, el servicio gineco-obstetra cuenta con unos ginecólogos especializados en el cuidado de la salud en mujeres gestantes y órganos femenino reproductores, esta área está conformada por un cubilo, camilla, un ecógrafo, un Doppler, monitor de signos vitales todo para una correcta intervención y cita médica, folleto suministrado por la entidad (2023).

Figura 2
Organigrama



Método

Tipo de Estudio

La propuesta corresponde a un estudio de tipo cuantitativo y de corte transversal que se caracteriza por Vigil y Pérez, Cabrera (2018) en recoger datos en un solo momento. Su propósito se centra en describir variables y analizar su comportamiento en un momento dado. Asimismo, corresponde a un diseño no experimental definido por Mousalli (2015) donde básicamente se encargan de recoger datos sin modificar las variables de modo que se presente los acontecimientos de forma natural sin modificar nada. De igual forma el estudio es de alcance correlacional, se caracteriza por agrupar datos del momento, su objetivo es describir ese fenómeno a través de las variables Mousalli (2015).

Fuente de información

Fuente primaria:

La fuente primaria es definida por Delgado (2006) como la fuente de información más importante en un acontecimiento o documentaciones, el objetivo de este es que sea seguro y confiable. A continuación, se define los conceptos de población, muestra y muestreo en relación a los participantes de las cuales se les aplicara los instrumentos.

Población

La población está definida por López (2004) como un conjunto de personas u objetos con una característica en común. La población escogida fue 72 mujeres gestantes en edad adulta, atendidas en el mes de octubre del año 2023, del servicio de la consulta externa de la clínica Maicao.

Muestra

La muestra está definida por Carrillo (2015) como aquella parte, o subconjunto de la población a estudiar con el fin de conocer las características más representativas de la población, se utilizó el siguiente link para hallar la muestra. <https://es.surveymonkey.com/mp/sample-size-calculator/>

Dónde:

N: población = 72

Z: nivel de significancia 95% = 1.96

Margen de error 5%

El tamaño de la muestra es de = 61 siendo esta la muestra para dicho estudio.

Muestreo

Es el método del muestreo definido por López (2004) es utilizado para seleccionar miembros o subconjunto de la población, y a partir de ellas calcular las características de misma, este tipo de técnica permite realizar el estudio en menor tiempo, los gastos se reducen, se realizar un análisis de las variables más eficaz.

Instrumento

A continuación, se detallará la información relacionada a la validez y confiabilidad del instrumento con el que se realizará la obtención de datos de la presente investigación.

Cuestionario de Ansiedad y Depresión (had)

Dicho por (Restrepo & Molina, 2005) es un instrumento estandarizado y validado en España con 14 ítem, fue creada por Zigmond A.S. y Snaith R.P. (1983). Este evalúa el estado de ansiedad y depresión. Utiliza una escala likert de 4 opciones siempre, casi siempre, a veces, nunca (0, 1, 2, 3). Se califica: entre 0-7 normal, 8 -10 dudoso y 11 se califica como clínico para

cada una de los estados de ansiedad y depresión. La validación realizada en Colombia demostró que esta versión del cuestionario tiene una consistencia interna adecuada y validez, el coeficiente alfa de Cronbach obtenido fue de 0.85, lo cual indica una buena fiabilidad de los ítems y su capacidad para medir de manera precisa los constructos de ansiedad y depresión en el contexto hospitalario colombiano Moreno et al., (2015.)

Cuestionario de Ansiedad y Depresión Cuestionario estandarizado y validado para medir los niveles de ansiedad y depresión en mujeres gestantes, incluye la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD). En ellas se toman los datos demográficos y clínicos generales de los pacientes que aceptaron participar. La HAD fue entregada a cada paciente, solicitándoles contestar a cada pregunta de acuerdo a la forma en la que se habían sentido en los últimos 7 días incluyendo el día de la aplicación del instrumento. Los ítems se califican en una escala de frecuencia Likert de 4 puntos (0-3) con un puntaje total que varía de 0 a 21 en cada subescala, en donde un mayor puntaje es indicativo de mayor gravedad de los síntomas.

Aspectos Éticos

Los Principios bioéticos descritos por (Acevedo Pérez, 2002) son estudio que debe regirse por los principios establecidos en la Ley 1090, que garantiza el ejercicio ético de las profesiones relacionadas con la salud, estos principios incluyen el respeto a la dignidad y autonomía de las participantes, la no maleficencia (evitar daño), la beneficencia (promover el bienestar), la justicia y la veracidad en la información.

Dado que el estudio es de tipo cuantitativo y de corte transversal, en el cual no se realiza ninguna intervención o manipulación de variables, se puede considerar que presenta un bajo riesgo para las participantes. Sin embargo, se deben tomar todas las precauciones necesarias para garantizar la confidencialidad y el anonimato de los datos recopilados, así como el cuidado y la

contención emocional en caso de que las participantes expresen malestar o necesidad de apoyo adicional.

Consentimiento informado

El consentimiento informado (Armando Ortiz & Patricio Burdiles, 2010) es un proceso en el cual se proporciona a las participantes información detallada sobre el propósito del estudio, los procedimientos involucrados, los posibles riesgos y beneficios, la confidencialidad de los datos y su derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias negativas. Las participantes deben tener la capacidad de comprender la información y tomar una decisión voluntaria sobre su participación, el consentimiento informado debe ser obtenido por escrito y puede requerir la firma o una manifestación de acuerdo por parte de las participantes.

Hipótesis

Se establecen dos hipótesis para el presente estudio, que se muestran a continuación:

H1: Existe relación entre los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión en las mujeres gestantes.

H2: Existe correlación entre los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión en las mujeres gestantes.

H0: No existe relación entre los síntomas de ansiedad y los síntomas de depresión en las mujeres gestantes.

Procedimiento

Para la presente investigación, se llevó a cabo seis etapas que permitieron la ejecución paso a paso del estudio a realizar, tales como:

Fase I: Elaboración de la propuesta de investigación

Para empezar, iniciamos con una serie de interrogantes e ideas que permitió identificar la problemática a estudiar, así como una investigación bibliográfica sobre estudios y antecedentes existentes. Es decir, se logró plantear un título que encabezará el proyecto, así como unos objetivos a alcanzar con dicha investigación; dado que, se trazó un marco metodológico que permitiese darle mayor sentido y claridad a la propuesta a estudiar, terminando entonces, en una aproximación con el contexto y la población objeto de estudio.

Fase II: Acercamiento y recolección de información

El siguiente paso fue el acercamiento a la Sociedad Médica Clínica Maicao, a exponer la propuesta, mirar la viabilidad de su ejecución y gestionar los permisos necesarios, para desarrollar dicho estudio con la población seleccionada perteneciente a la Clínica Maicao.

En efecto, la Sociedad Médica Clínica Maicao en cabeza de la jefa de talento humano, la Dra. Darlis Navarro después escuchar la propuesta, nos da la autorización y pone a nuestra disposición las instalaciones para el desarrollo de tal proyecto.

Fase III: Diagnóstico situacional y aplicación de instrumentos

Después de la aplicación del instrumentó a las pacientes adultas en estado de gestación, de la consulta externa de la clínica Maicao, se logró identificar la problemática existente en la población objeto de estudio, para lo cual, se validó un plan de acción que ayudase a encontrar la relación entre las variables estudiadas ansiedad y depresión con las gestantes de la consulta externa.

Para la aplicación de dicho estudio, se consideró como instrumentos de medición, la Batería Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD), Zigmond A.S. y Snaith R.P. (1983) los cuales servirían como herramientas para medir el grado de correlación de las variables y cumplir con el objetivo establecido con dicha investigación. Este instrumento será aplicado a una

muestra de 61 encuestadas, ya que es considerada una cifra manejable de mujeres gestantes, en la sociedad Medica Clínica Maicao, a través de un formato manual.

Fase IV: Análisis de datos

En cuanto al análisis de los datos, se realizará un estudio de tipo cuantitativo y de corte transversal que se caracteriza por Vigil y Pérez, Cabrera (2018) en recoger datos en un solo momento, así como también se llevará a cabo el uso de estadístico PSPP a partir de las preguntas sociodemográficas del cuestionario y variables, para consecutivamente ejecutar un análisis descriptivo de los datos introducidos en esa matriz de datos.

Por otra parte, se realiza la correlación entre las variables mediante un análisis bivariado. Inicialmente se utilizará para la demostración de la prueba de normalidad en la distribución de las variables. En caso de que no haya normalidad, se usará para la correlación Rho de Spearman, que en palabras de (Mondragón Barrera, 2014), es utilizado como método de estudio estadístico no paramétrico, que procura observar la similitud entre dos o más variables cuantitativas. En caso contrario, si hay normalidad, se usará r de Pearson, que según (Martínez Ortega et al., 2009), es una prueba que sirve para computar la correlación estadística entre dos variables métricas.

Fase V: Interpretación y discusión de la información recolectada

En esta fase se demuestran los datos alcanzados en la (fase IV) de modo cuantitativa, facilitando los hallazgos encontrados en la aplicación del instrumento de la muestra seleccionada, para así determinar y dar veracidad al objetivo general de esta investigación.

Fase VI: Resultados, conclusiones y recomendaciones

Después de haber culminado con cada una de las fases, se puede evidenciar los resultados obtenidos y posteriormente establecer las conclusiones y recomendaciones, alcanzadas a través del trabajo de investigación, completo y detallado. Así como contemplar el informe final sustentación ante el jurado.

Resultados

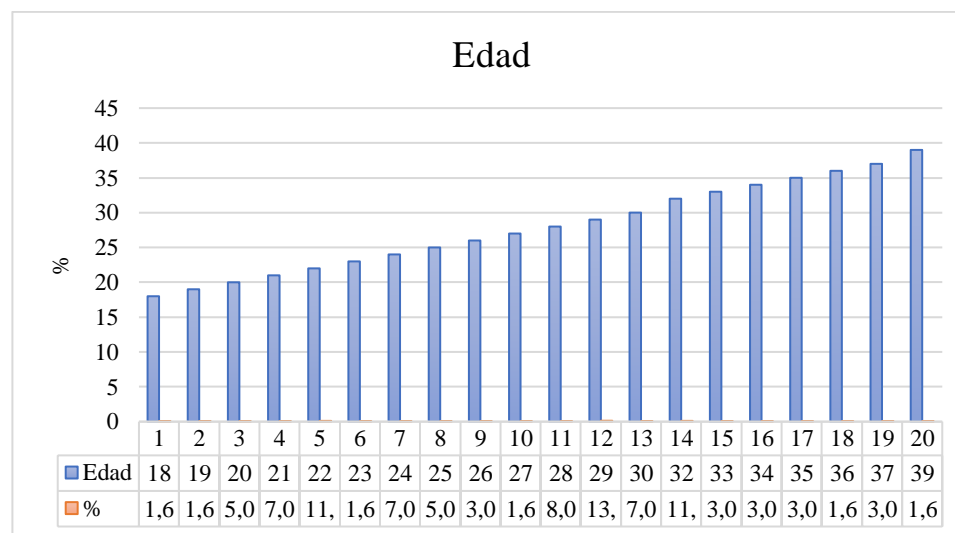
A continuación, se describe la información obtenida de las mujeres en estado de gestación atendidas en la consulta externa de sociedad médica clínica Maicao, luego de la aplicación de la batería de Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), donde se busca determinar la relación de ansiedad y depresión en mujeres gestantes y en qué nivel o promedio se encuentran cada una de ellas, así como también se obtienen resultados correlacionales que especifican el cálculo de las similitudes obtenidas en los hallazgos encontrados.

Análisis descriptivo

La Figura 3 muestra la distribución porcentual de la muestra según la edad, donde se evidencia que el grupo de 29 años con la mayor frecuencia de 13%, y el grupo de 22 y 32 años con el 11%, luego de los mínimos porcentajes el resto de las edades.

Figura 3

Distribución porcentual de la muestra por edad

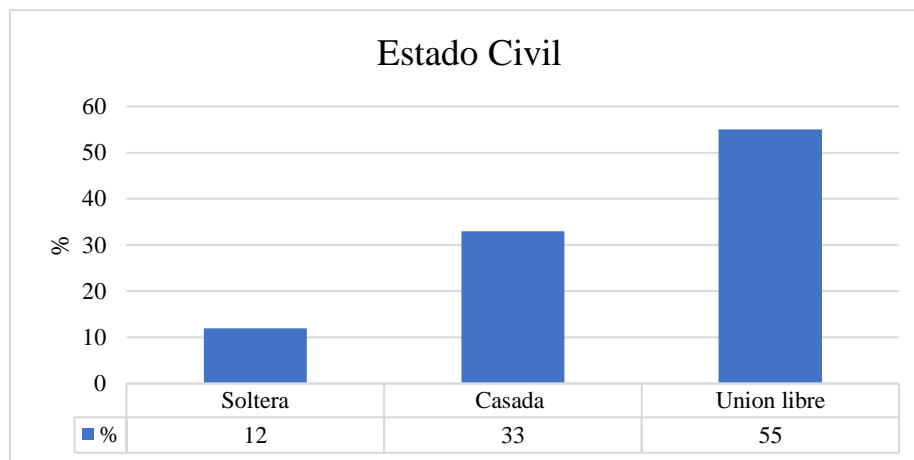


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

La Figura 4 muestra la distribución por el estado civil, manifestando que el 55% de unión libre, el 33% de casados y el 12% de solteros.

Figura 4

Distribución porcentual del estado civil

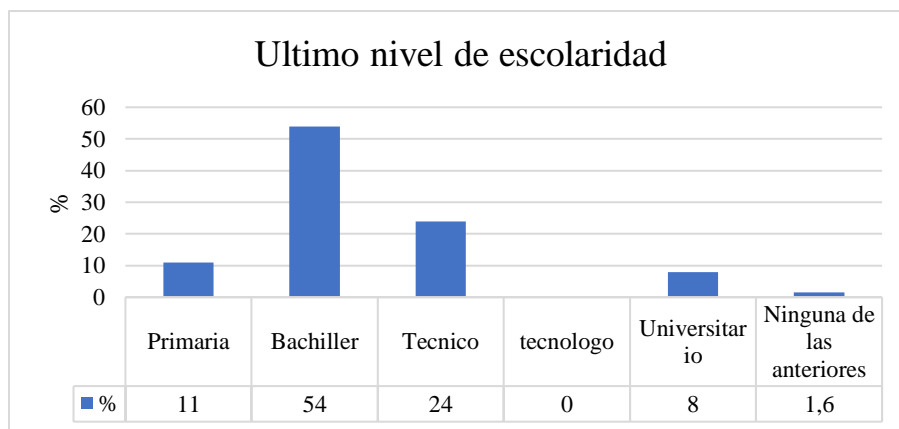


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

En la Figura 5 se evidencia porcentajes similares por el ultimo nivel de escolaridad, correspondiendo que el 54% es bachiller, el 24% es técnico, el 11% posee educación primaria, el 8% es universitario y el 1,6% ninguna de las anteriores

Figura 5.

Distribución porcentual del último nivel de escolaridad

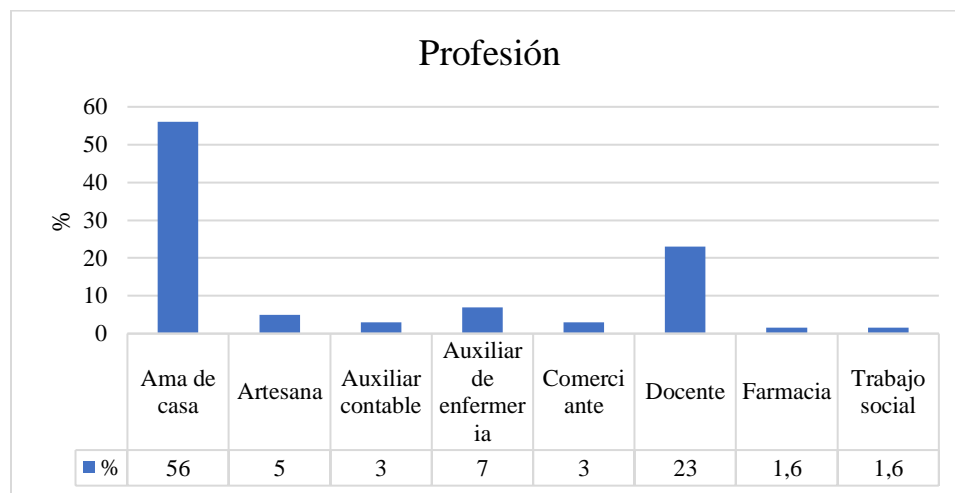


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

Seguidamente, en la Figura 4, muestra la profesión, donde se manifestó que el 56% es ama de casa, el 23% es docente, el 7% es auxiliar de enfermería, el 5% son artesanas, el 3% es auxiliar contable y comerciante y el 1,6% es farmacéutica y trabajadora social.

Figura 6

Distribución porcentual de la profesión

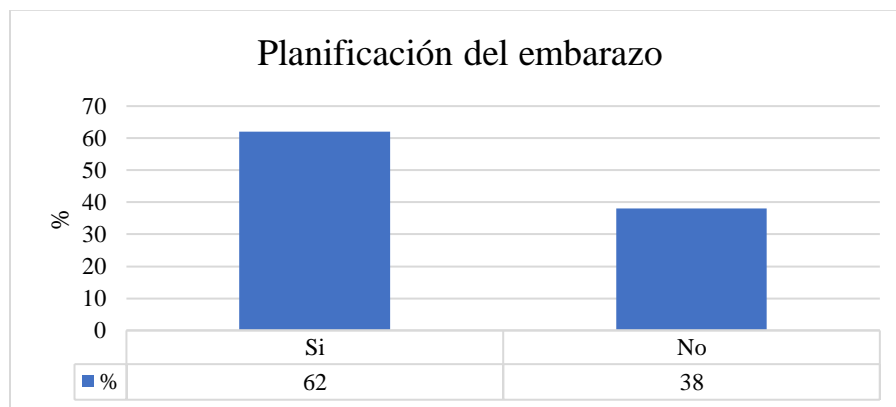


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

En la Figura 7 corresponde si el embarazo fue planificado, manifestaron que el 62% lo planificado, mientras el otro 38% no fue planificado.

Figura 7

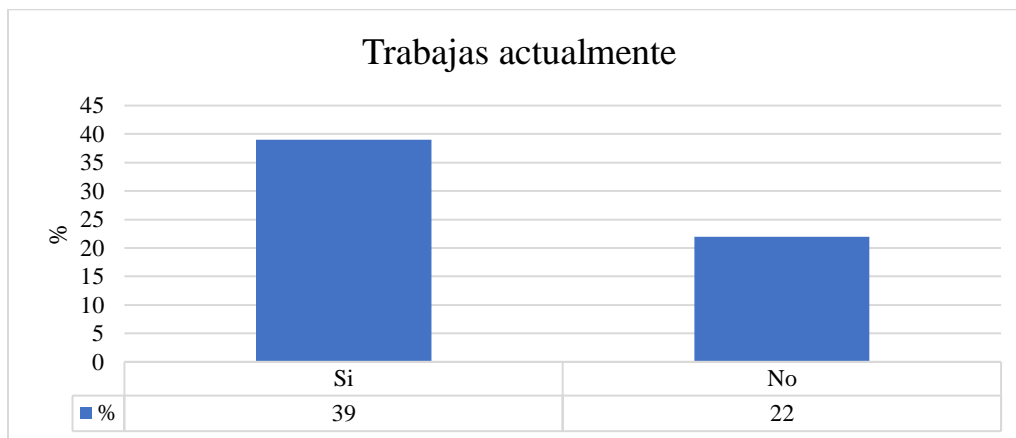
Distribución porcentual sobre la planificación de su embarazo



Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

La figura 8 se encuentra relacionada si trabaja actualmente, donde el 39% manifestó que si trabaja y el otro 22% que no.

Figura 8 *Distribución porcentual sobre está trabajando actualmente*

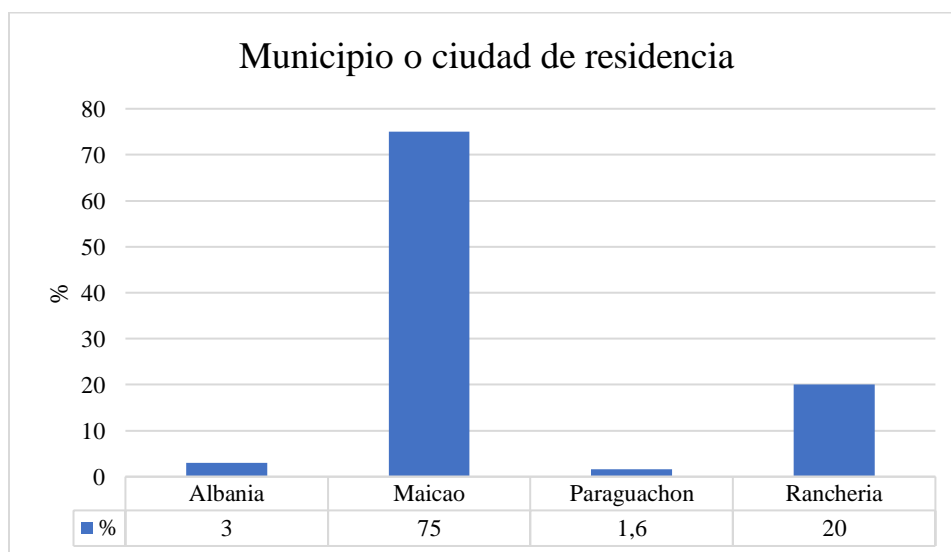


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

La Figura 9 muestra el municipio o ciudad de residencia, dado que 75% vive en Maicao, el 20% en Ranchería, el 3% en Albania y el 1,6% habita en Paraguachon.

Figura 9

Distribución porcentual sobre el municipio o ciudad de residencia

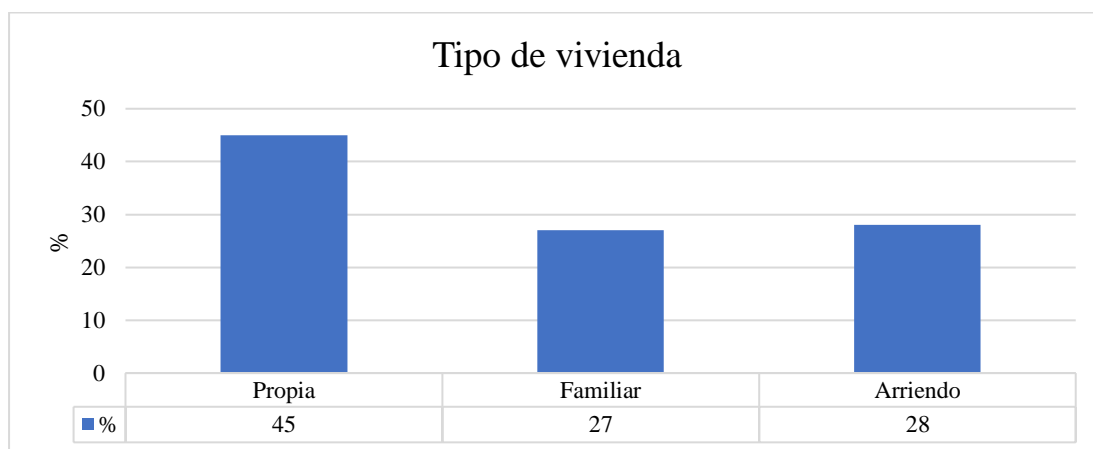


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

La Figura 10 hace referencia al tipo de vivienda, donde el 45% comenta que su vivienda es propia, el 27% es de un familiar y el 28% es arrendada.

Figura 10

Distribución porcentual sobre el tipo de vivienda

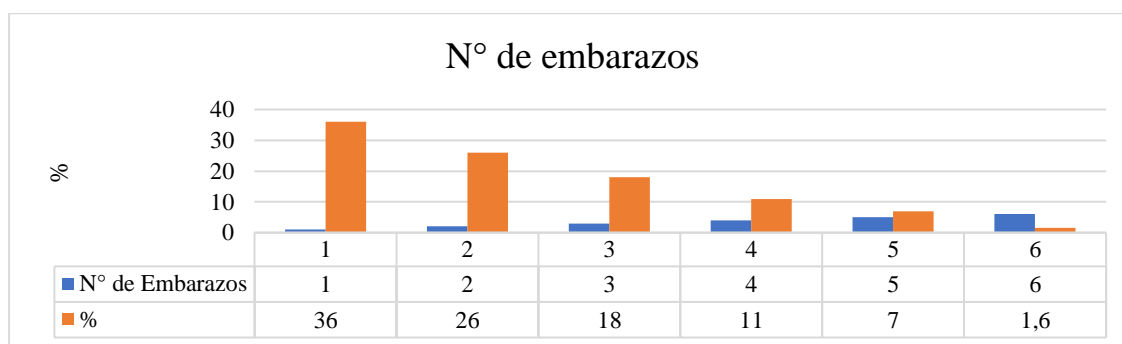


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

La figura 11 muestra el número de embarazos, manifestando que 36% solo tuvo un embarazo, el 26% tuvo 2, el 18% tuvo 3, el 11% tuvo 4, el 7% tuvo 5 y el 1,6% tuvo 6 embarazos

Figura 11

Distribución porcentual sobre el número de embarazos

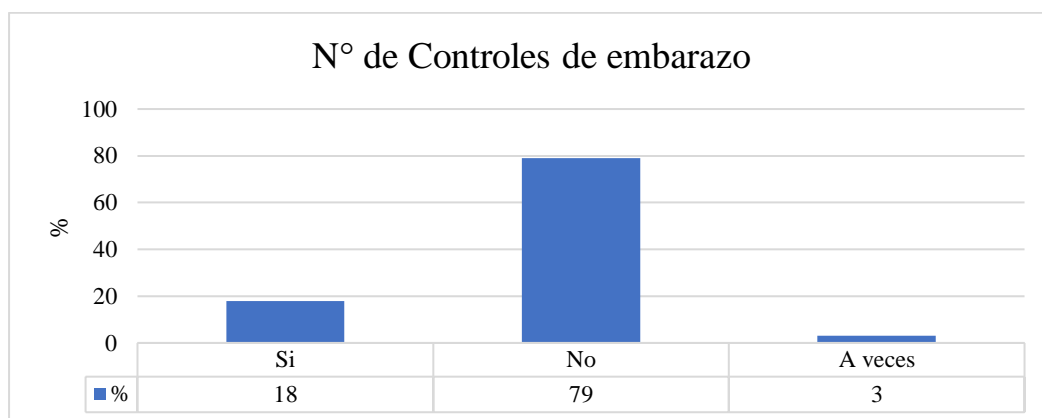


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

La Figura 12 corresponde a la asistencia de los controles prenatales, se evidenció que el 79% no obtuvo controles del embarazo, el 18% si los tenía y del 3% comenta que a veces tiene controles.

Figura 12

Distribución porcentual sobre la asistencia de los controles prenatales

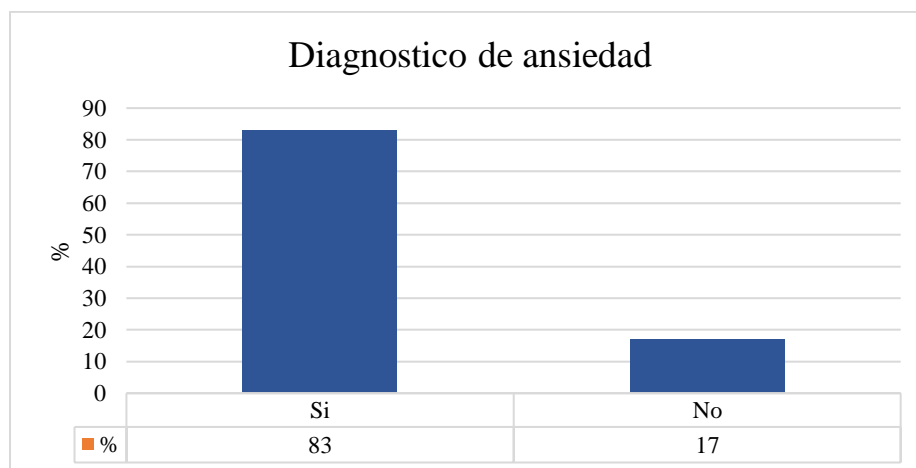


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

En la figura 13 señala si ha sido diagnosticada con ansiedad, encontrando un porcentaje del 83% y el 17% que no posee diagnóstico de ansiedad.

Figura 13

Distribución porcentual sobre el diagnóstico de la ansiedad

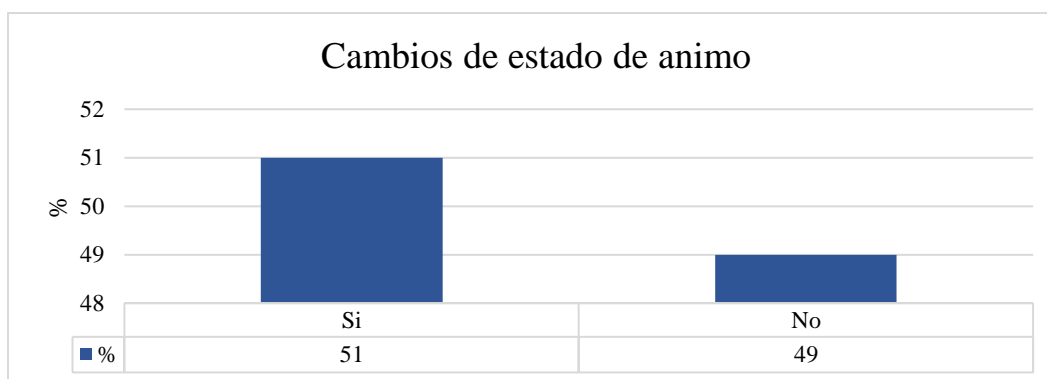


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

La Figura 14 hace referencia si has tenido cambios en el estado de ánimo, donde el 51% posee. cambios en su estado de ánimo y el otro 49% no lo posee.

Figura 14

Distribución porcentual sobre los cambios del estado de animo

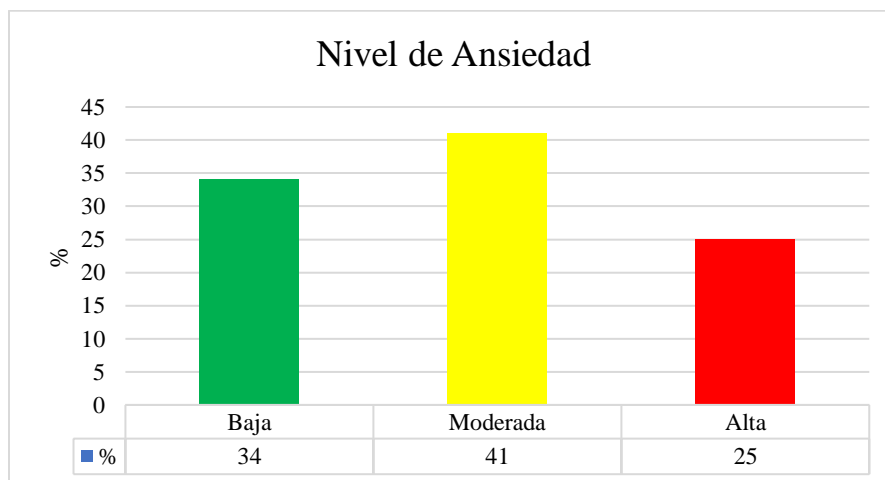


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

La Figura 15 se observa el nivel de ansiedad de la totalidad de la población, manifestando que el 25% de la población manifestó un nivel de ansiedad alto, el 41% moderado y el 34% bajo.

Figura 15

Distribución porcentual sobre el nivel de ansiedad

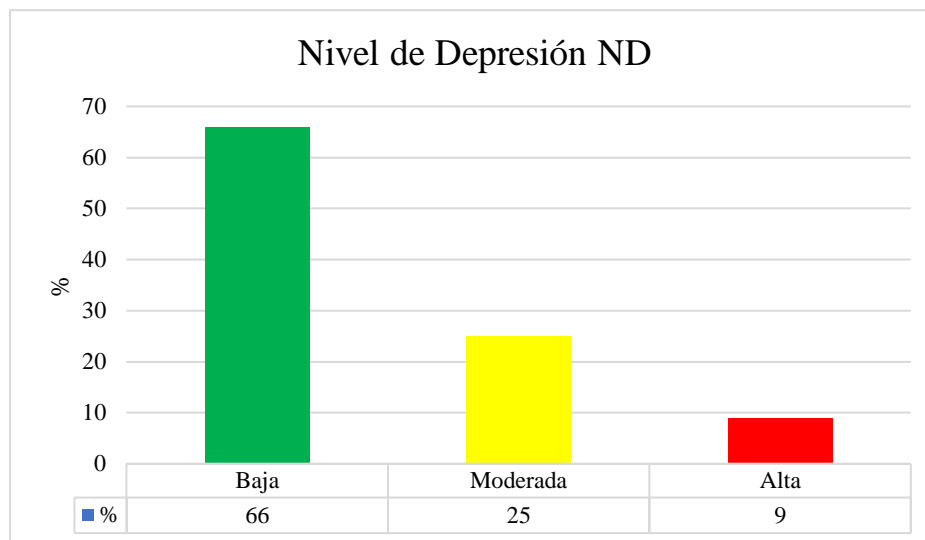


Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

En la Figura 16 se evidencia el nivel de depresión, donde se manifiesta que 66% de la población manifestó una depresión baja un 25% moderado y 9% alta.

Figura 16

Distribución porcentual sobre el nivel de depresión



Nota: Datos propios de la investigación, (2023). N=61.

Análisis bivariado

Previo a la realización de la prueba de normalidad, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para determinar si se debía usar estadística paramétrica o no paramétrica. En la Tabla 5 se muestran los resultados de esa prueba, donde se evidencia que únicamente las variables ansiedad y depresión en mujeres gestantes tuvieron una distribución normal al tener valor p mayor a .05. Las demás variables no tuvieron normalidad. Por ende, se debe usar estadística paramétrica y se escoge el estadígrafo pearson's r.

Tabla 5

Prueba de normalidad de las variables

		SA	SD
N		61	61
Parámetros Normal	Media	6,95	4,90
	Desviación Estándar	3,98	3,10
Diferencias Más Extremas	Absoluto	,12	,16
	Positivo	,12	,16
	Negativo	-,07	-,07
Z de Kolmogorov-Smirnov		,93	1,25
Sig. Asint. (2-colas)		,354	,072

Nota: El valor $p \leq 0.5$ en prueba de normalidad.

Tabla 6

Matriz de correlación de Pearson

Variable		SA	SD
1. SA	Pearson's r	—	—
	p-value	—	—
	Effect size (Fisher's z)	—	—
	SE Effect size	—	—
2. SD	Pearson's r	0.390	** —
	p-value	0.002	—
	Effect size (Fisher's z)	0.412	—
	SE Effect size	0.131	—

Nota. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$. SA=Subescala de ansiedad; SD=Subescala de depresión. El valor $p > .05$ en prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov.

Matriz de correlación de Pearson

Variable	SA	SD
-----------------	-----------	-----------

La Tabla 6 muestra los resultados del análisis de correlación mediante r de Pearson, donde se observa que el valor de p -value de 0,002 se rechaza la hipótesis nula, además hay una correlación es positiva de tamaño media – baja, por ende, la estimación de Fisher's z nos arroja un valor de 0,412, el cual es cercano al valor de Pearson's r y por ello existe correlación, y que se muestra que no afectó el resultado.

Discusión

Al terminar la fase de recolección, de la investigación, donde se realizó un análisis estadísticamente para si interpretar y comparar con los hallazgos de otros autores, a partir del instrumento aplicado para las variables de ansiedad y depresión como objeto de estudio en las mujeres gestantes de la sociedad médica clínica Maicao, se procedió la siguiente discusión.

Los resultados encontrados en el presente estudio muestran que casi una cuarta parte de participantes tienen niveles altos de ansiedad y cerca de la mitad tiene niveles intermedios. Es un resultado similar a lo encontrado en México por Sainz et al. (2013), donde un poco más de la mitad de las mujeres gestantes tenían síntomas importantes de ansiedad.

No obstante, hay otros estudios en los cuales el nivel de ansiedad no fue tan alto. Por ejemplo, en Perú, Roque (2021) muestra que la mayoría de las mujeres gestantes no tuvieron síntomas de ansiedad y solo una tercera parte mostró síntomas leves. A su vez, en Perú por Arroyo et al. (2016), manifestó que casi la mitad de las gestantes presentaron niveles de ansiedad severos.

Por otro lado, en Perú por Chávez (2021), encontraron resultados de nivel de ansiedad leve en mujeres gestantes. A su vez, en Venezuela por Díaz et al. (2013), mostró un poco más de la mitad de las mujeres gestantes presentaron síntomas de ansiedad. De igual modo, en Medellín, por Ramírez et al. (2015), quienes manifestaron que la mitad de las mujeres embarazadas presentaron síntomas de ansiedad.

Sumando al contexto, en Medellín por Bohórquez (2020), donde mostró que una cuarta parte de la población manifestó síntomas de ansiedad. Igualmente, en Bucaramanga

y Floridablanca Santander por Zambrano et al. (2019), quienes comentaron que una cuarta de la población presentó niveles de ansiedad.

En tal sentido, los resultados muestran que existe casi una cuarta parte de la población que poseen niveles moderados de depresión y una pequeña parte con niveles altos. Son resultados similares a lo hallado en México por Sainz et al. (2013), donde la mitad de las mujeres gestantes mostraban depresión. De igual modo, en Perú donde Roque (2021), manifestó que pocas gestantes se encontraban deprimidas.

Por otra parte, en Perú por Arroyo et al. (2016), más de la mitad de las mujeres gestantes no se encontraban deprimidas. También, en Perú por Chávez (2021), evidenció niveles de depresión moderados en mujeres embarazadas. Además, en Venezuela por Díaz et al. (2013), evidenció que un porcentaje de las mujeres gestantes se encontraban deprimidas. Finalmente, en Medellín, por Ramírez et al. (2015), los cuales observaron que un poco más de la mitad de las mujeres gestantes se encontraban con depresión.

Consecuentemente, en Medellín por Bohórquez (2020), evidenció que la mitad de las mujeres gestantes se encontraban con nivel de depresión. Asimismo, en Bucaramanga y Floridablanca Santander por Zambrano et al. (2019), los cuales hallaron una cuarta parte de las mujeres embarazadas deprimidas.

Por último, dado a los resultados correlativos, se evidenció que la investigación mostro una correlación positiva media – baja, con un Pearson's r de 0,390. Este resultado se muestra similar a lo encontrado en Perú por Uriarte (2020), quien comenta que se evidenció una correlación positiva entre depresión y ansiedad, pero con valores altos. Indistintamente en Centroamérica por Verbeek et al. (2015), quienes muestran que existe

una corrección moderada entre ansiedad y depresión en mujeres gestante con una muestra significativa de ($p < 0,001$).

De igual modo, en Perú por González et al. (2019), los cuales mostraron que hallaron una correlación Pearson's r significativa, pero con un valor un poco más de la mitad, es decir media – alta entre la ansiedad y depresión en mujeres embarazadas adolescentes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho durante los meses de mayo y junio del 2017.

Conclusiones

El presente estudio tuvo como finalidad Determinar la relación entre síntomas de ansiedad y depresión en mujeres adultas gestantes atendidas en el servicio Gineco\obstetra en la clínica Maicao en el año 2023, sobre esto, se evidencia que existe una correlación positiva entre ambas variables ansiedad y depresión en mujeres gestantes, es decir que durante el embarazo y sus ciclos ambas variables se localizan, pero en diferentes niveles.

En relación al primer objetivo Describir los síntomas de ansiedad en mujeres gestantes atendidas en la consulta externa en la sociedad médica clínica Maicao, se concluye que se hallaron una cuarta parte de la población con niveles altos de ansiedad, casi la mitad de las mujeres gestantes con niveles moderados y un poco más de una cuarta parte con niveles bajos, lo cual se indica durante el embarazo las mujeres pueden presentar ciertos síntomas de ansiedad.

De igual manera, en cuanto al segundo objetivo, Identificar los síntomas de depresión en mujeres gestantes atendidas en la consulta externa en sociedad médica clínica Maicao, se evidenció que solo una cuarta parte de las mujeres gestantes se encuentran deprimidas, lo cual muestra que el embarazo muy poco deprime a la mujer.

En cuanto al tercer objetivo, Corroborar la significación y nivel de la correlación entre depresión y la ansiedad en mujeres adultas gestantes atendidas en el servicio Gineco\obstetra en la clínica Maicao en el año 2023, se concluye en general, que se encontró una correlación positiva entre ambas variables ansiedad y depresión, pero en un nivel moderado, lo cual indica que una variable depende de la otra con un nivel medio – bajo en las mujeres gestantes.

Recomendaciones

Con base en los resultados obtenidos, se recomienda seguir estudiando la prevalencia de la ideación de la ansiedad y depresión en mujeres gestantes y, con referencia en los resultados, desarrollar habilidades específicas y dirigidas para reducir el número de casos. Se recomienda lo siguiente:

Establecimiento de asesoramiento psicológico y espiritual permanente en hospitales e instituciones hospitalarias obstétricas y ginecológicas de nuestro país.

Implementar vigilancia epidemiológica de la salud mental de las mujeres embarazadas.

Los pacientes con depresión y ansiedad durante y después del embarazo y sus hijos son seguidos en el período neonatal y durante toda la infancia para determinar el desarrollo de la condición y los efectos a largo plazo en la salud de ambos.

Finalmente, se anima a los estudiantes de psicología a continuar con dichas investigaciones e incluso desarrollar intervenciones que permitan el seguimiento de casos en instituciones de salud públicas y privadas, aunque las públicas parecen tener puntuaciones de tendencia más altas. Sin embargo, las gestantes de cualquier hospital o clínica corren riesgo y se necesitan esfuerzos concertados para reducir la ansiedad y la depresión en las mujeres embarazadas fortificando su salud mental.

Referencias Bibliográficas.

- Acevedo Pérez, I. (2002). Aspectos éticos en la investigación científica. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 15-18. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532002000100003>
- Aimar, A., Dominici, C. D., Torre, M., & Videla, N. (2012). *Desmitificando la vejez... Hacia una libertad situada: Una mirada crítica sobre la realidad del Adulto Mayor*. Eduvim.
- Amorín, D. (2007). *Adulter y masculinidad. La crisis después de los 40*. Psicolibros. <https://books.google.com.co/books?id=3Rs0BBslWjkC>
- Areán, P. A. (2000). *Terapia De Solución De Problemas Para La Depresión: Teoría, investigación y aplicaciones*. 8. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Arean_8-3oa-1.pdf
- Armando Ortiz, P., & Patricio Burdiles, P. (2010). Consentimiento informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(4), 644-652. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70582-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70582-4)
- Benavides, P. (2017). La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *revistapuce*. <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i0.119>
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-0000>
- Bohórquez, otalvaro, A., Sofia. (2020). Ansiedad, Depresion y cacteristicas demográficas asistidas en el Embarazo de mujeres entre 14 y los 40 de área metropolitana de valle de aburra. <http://hdl.handle.net/10784/25473>
- Botto, A., Acuña, J., & Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297-1305. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>

- Bouza Vera, M., Martínez Abreu, J., Carmenate Rodríguez, Y., Betancourt González, M., & García Nicieza, M. (2016). El embarazo y la salud bucal. *Revista Médica Electrónica*, 38(4), 628-634.
- Caballo, V. E., Salazar, I. C., Arias, B., Jesús, M., & Calderero, M. (2010). *Validación del "Cuestionario de Ansiedad Social para adultos" (caso-a30) en universitarios españoles: Similitudes y diferencias entre carreras Universitarias y Comunidades Autónomas*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3173232>
- Calloapaza salazar, Lizeth. (2015). *Frecuencia de la ansiedad y depresión entre gestantes adolescentes y no adolescentes atendidas en el Hospital de Apoyo Camaná* [Universidad Católica de Santa María]. <https://core.ac.uk/reader/198133220>
- Cano-Vincel, A., Dongil-Collado, E., Salguero, J. M., & Wood, C. M. (2011). Intervención cognitivo-conductual en los trastornos de ansiedad: Una actualización. *INFORMACION PSICOLOGICA*, 102, Article 102.
- Cañoto, Y., & Peña, G. (2018). *Una Introducción a la psicología* (<https://www.google.com/search?qkptab=editions&sa=X&ved=2ahUKEwjRyOfJ48r-AhWuQzABHYGZCI0QmBZ6BAGLEAc&q=inpublisher:%22Universidad+Catolica+Andres%22&tbm=bks>). Universidad Católica Andrés.
- Cañoto, Y., Peña, G., & Santalla, Z. (2006). *Una Introducción a la psicología*. Universidad Católica Andrés. <https://books.google.com.co/books?id=EmbcGNMuK5sC>
- Carrillo, flores, Ana Lilia. (2015). Población y Muestra. *universidad autónoma de estado de México*, 35.
- Carrillo-Mora, P., García-Franco, A., Soto-Lara, M., Rodríguez-Vásquez, G., Pérez-Villalobos, J., & Martínez-Torres, D. (2021). Cambios fisiológicos durante el embarazo normal.

Revista de la Facultad de Medicina, 64(1), 39-48.

<https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.1.07>

CDC. (2022, abril 29). *La depresión durante y después del embarazo*. Centers for Disease Control and Prevention.

<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/features/spanish/maternal-depression/index.html>

Ceballos, Montalvo, D. (2017). *Teorías de la ansiedad en la terapia Gestalt / Poiésis* [Revista].

<https://revistas.ucatolicaluisamigo.edu.co/index.php/poiesis/article/view/2495>

Chávez, Torrejón, Y. V. C. (s. f.). *PRESENTADA POR LA BACHILLER*: 98.

Clínica Maicao. (2000). *Sociedad médica clínica*. Clínica Maicao.

<https://www.clinicamaicao.com/qui% C3% A9nes-somos>

Coll, M. P. (2022). *Anatomía & estiramientos para el embarazo y el posparto (Color): Más de 25 vídeos tutoriales*. Paidotribo.

https://www.google.com.co/books/edition/Anatom% C3% ADa_estiramientos_para_el_embarazo/M9yXEAAAQBAJ?hl=es-419&gbpv=1&dq=inauthor:Mireia+Pati% C3% B1o+Coll&pg=PT130&printsec=frontcover

Cornachione, Larrinaga, M. (2006). *Psicología del Desarrollo. Aduldez*. Editorial Brujas.

<file:///C:/Users/pc/Downloads/Sarason%20y%20Sarason%20Psicopatologia%20undecima%20edicion.pdf>

Dahab, L. J. (2002). *La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual*.

Delgado, G. (2006). *Historia de México Vol. I*. Pearson Educación.

https://books.google.com.co/books?id=iCI0mjs4yGgC&pg=PA20&dq=QUE+ES+UNA+FUENTE+PRIMARIA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi1r7_ChLT7AhWbQjABHY5eBQE6AF6BAgLEAI#v=one

page&q=QUE%20ES%20UNA%20FUENTE%20PRIMARIA&f=falsehttps://books.google.com.co/books?id=iCI0mjS4yGgC&pg=PA20&dq=QUE+ES+UNA+FUENTE+PRIMARIA&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi1r7_ChLT7AhWbQjABHY5eBQEQ6AF6BAgLEAI#v=onepage&q=QUE%20ES%20UNA%20FUENTE%20PRIMARIA&f=false

- Díaz Brito, Y., Pérez Rivero, J. L., Báez Pupo, F., & Conde Martín, M. (2012). Generalidades sobre promoción y educación para la salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 28(3), 299-308.
- Díaz, M., Amato, R., Chávez, J. G., Ramírez, M., Rangel, S., Rivera, L., & López, J. (2013). *Depresión y ansiedad en embarazadas*. 9.
- Durankuş, F., & Aksu, E. (2022). Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: A preliminary study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(2), 205-211. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1763946>
- Enrique, O. E., Dr, & Andrés, P. L., Dr José. (1997). *Alto riesgo obstétrico: Segunda edición*. Ediciones UC.
- Espectador, E. (2022). *ELESPECTADOR.COM* [Text]. ELESPECTADOR.COM. <https://www.elespectador.com/salud/los-nacimientos-en-ninas-menores-de-14-anos-aumentaron-un-19-en-colombia-en-2021/>
- Feldman, R. S. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida*. <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/1406>
- Flores-Ramos, M. (2013). La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y reproducción humana*, 27(3), 143-144.
- Gerrig, R. J., & Zimbardo, P. G. (2005). *Psicología y vida*. Pearson Educación.

- Gómez, López, M. E. G., & Aldana, Calvas, E. A. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud*, 17(1), Article 1.
<https://doi.org/10.25009/pys.v17i1.739>
- Hernández, D. O. M., Martínez, E. O. M., & Izquierdo, E. Y. B. (2019). *Trastorno Bipolar. Consideraciones clínicas y epidemiológicas*. 16.
- Jarne Esparcia, A., Talam Caparros, A., Armayones Ruiz, M., Horta Faja, E., & Requena Varon, E. (2006). *Psicopatología* (Eureca Media, SL). UOC.
<file:///C:/Users/pc/Downloads/Jarne%20et%20al%20Psicopatologia.pdf>
- Kaplan, E. A. (1998). *Las mujeres y el cine: A ambos lados de la cámara*. Universitat de València.
- Lewinsohn, P. M. (1975). Engagement in pleasant activities and depression level. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 729-731. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.84.6.729>
- Llanes Betancourt, C. (2013). La sexualidad en el adulto mayor. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 223-232.
- López, pedro luis. (2004). *Poblacion, muestra y muestreo*. 69-74.
- Lugones, M. L. (2018). *La importancia de la atención prenatal en la prevención y promoción de salud*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2018000100001
- Martínez Ortega, R. M., Tuya Pendás, L. C., Martínez Ortega, M., Pérez Abreu, A., & Cánovas, A. M. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2), 0-0.
- Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depression in pregnancy. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English Edition)*, 48(1), 58-65.
<https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.07.002>

- Medina-Pérez, E. A., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A. R., Martínez-López, M. A., Jiménez-Flores, C. N., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A. V., Islas-Cruz, D. N., Cruz-González, M., Medina-Pérez, E. A., Sánchez-Reyes, A., Hernández-Peredo, A. R., Martínez-López, M. A., Jiménez-Flores, C. N., Serrano-Ortiz, I., Maqueda-Pineda, A. V., Islas-Cruz, D. N., & Cruz-González, M. (2017). Diabetes gestacional. Diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. *Medicina interna de México*, 33(1), 91-98.
- Mercedes, A. J. M. (2016). *Ansiedad y Depresión en Gestantes atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del Hospital Augusto Hernandez Mendoza de salud ICA –2016*. 67.
- Ministerio de salud. (2014). Protocolo de detención de la depresión durante el embarazo y parto y apoyo del tratamiento. *marzo*, 30.
- Mojica-Perilla, M., Redondo-Rodríguez, S., & Osma-Zambrano, S. E. (2019). Depresión y ansiedad prenatal: Una revisión de la literatura. *MedUNAB*, 22(2), Article 2.
<https://doi.org/10.29375/01237047.2820>
- Mondragón Barrera, M. A. (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento Científico*, 8(1), 98-104.
- Mousalli, G. (2015). *Métodos y Diseños de Investigación Cuantitativa*.
<https://doi.org/10.13140/RG.2.1.2633.9446>
- Muslow, G. (2008). Desarrollo emocional, impacto e el desarrollo humano. *Revista científica de america latin el caribe, espanay portugal*. <https://www.redalyc.org/pdf/848/84806409.pdf>
- Nemeroff, C. B. (2007). The burden of severe depression: A review of diagnostic challenges and treatment alternatives. *Journal of Psychiatric Research*, 41(3), 189-206.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.05.008>

- Nezu, A., Nezu, C., Saraydarian, L., Kalmar, kathleen, & Ronan, G. (1986). *Social problem solving as a moderating variable between negative life stress and depressive symptoms* / SpringerLink. <https://link.springer.com/article/10.1007/bf01177813>
- O’Keane, V., & Marsh, M. S. (2007). Depression during pregnancy. *BMJ : British Medical Journal*, 334(7601), 1003-1005. <https://doi.org/10.1136/bmj.39189.662581.55>
- OMS. (2013). *Depresion*. Organizacion de mudial de la salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- OMS. (2015). *Depresión en Colombia es más alta que el promedio en el mundo – APS – Punto de Apoyo | Programa Intervenciones en Salud Mental PUHJ-HUSI*. <https://www.javeriana.edu.co/mentalpuntodeapoyo/?p=281>
- OMS. (2019). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Osma-Zambrano, S. E., Lozano-Osma, M. D., Mojica-Perilla, M., & Redondo-Rodríguez, 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/10.29375/01237047.3586>
- Osorio,Isaza, L. J., Ramirez,Pelaez, C., & Tejada,castro, J., Margarita. (2001). *Algunas complicaciones del embarazo y cuidados de enfermería atendidas en la unidad intermedia de salud de cuba y hospital universitario san Jorge* [Universidad Libre Seccional Pereira]. repositorio.unilibre.edu.co/bitstream/handle/10901/16023/ALGUNAS%20%20COMPLICACIONES%20DEL%20EMBARAZO%20.pdf?sequence=1

- Palacios, L. A. P. (2017). Temperamento y depresion en alumnos de 5to ano de secundaria de la institucion educativa gran mariscal ramon castilla. *tesis de posgrado de la universidad nacional hermilio valdizan*, 80.
- Papalia, D., Fedelman, R., & Martorell. (2012). *Desarrollo Humano*.
<https://drive.google.com/drive/search?q=desarrollo%20humano>
- Peralta de la peña, P., & Robles de Aguila, Z. (2021). *Complicaciones maternas en las gestantes con SARS CoV2 atendidas en el Hospital Ramiro Priale Priale*.
<https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/54fb9c8e-7b14-432d-a2ac-aa0bd22cb915/content>
- Philip Rice, F. (1997). *Desarrollo humano, estudio del ciclo vital: Vol. volomen 2* (en ingles).
<https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ZnHbCKUCtSUC&oi=fnd&pg=PA6&dq=definici%C3%B3n+del+ciclo+del+desarrollo+humano&ots=yBSx88B-6O&sig=mU89-eoId7DYbIEg1Ng42p5jnD0#v=onepage&q=definici%C3%B3n%20del%20ciclo%20del%20desarrollo%20humano&f=false>
- Posada-Villa, J., Buitrago-Bonilla, J., Medina-Barreto, Y., & Rodríguez-Ospina, M. (2006). Trastornos de ansiedad según distribución por edad, género, variaciones por regiones, edad de aparición, uso de servicios, estado civil y funcionamiento/discapacidad según el Estudio Nacional de Salud Mental-Colombia. *NOVA*, 4(6), Article 6.
<https://doi.org/10.22490/24629448.358>
- Quintana Guerrero, K. V. (2021). *Prevalencia de síntomas depresivos y factores asociados en gestantes migrantes venezolanas en La Guajira y Barranquilla 2018-2019*.
<https://manglar.uninorte.edu.co/handle/10584/10248>
- Quintero, A., Yasno, D., Rivero, O., Castillo, jeisson, & Borraez, B. (2017). *Ansiedad en el paciente prequirúrgico: Un problema que nos afecta a todos* [Revista colombiana de

cirugia]. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822017000200006

Ramírez, C., Álvarez-Gómez, M., Ocampo-Saldarriaga, M. V., & Tirado-Otálvaro, A. F. (2015a).

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>

Restrepo, M., & Molina, M. (2005). *Adaptación y Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (had) en una muestra de pacientes con cáncer del ins.*

<https://capsmanizales.com/files/1d.-Escala-hospitalaria-ansiedad-y-depresi%C3%B3n.pdf>

Retamal, P. (1998). *Depresion*. Editorial Universitaria.

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>

Rivera, M., Hernandez, H., & Rivera, J. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes

universitarios de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicología*, 10(1),

Article 1. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v10i1.3909>

Roque Vera, L. J. (2021). *Nivel de depresión, ansiedad y estrés en gestantes con COVID - 19 en el instituto materno infantil Montenor, Puente Piedra, 2021.*

<https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12990/10051>

- Sainz Aceves, K. G., Chávez Ureña, B. E., Díaz Contreras, M. E., Sandoval Magaña, M. A., & Robles Romero, M. A. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*, 20(1), 25-27. [https://doi.org/10.1016/S1405-8871\(16\)30082-7](https://doi.org/10.1016/S1405-8871(16)30082-7)
- Sarason, I. G., & Sarason, B. (2006). *Psicopatología Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. Pearson Educación.
<file:///C:/Users/pc/Downloads/Sarason%20y%20Sarason%20Psicopatologia%20undecima%20edicion.pdf>
- Seligman, M. E. P. (1972). Learned Helplessness. *Annual Review of Medicine*, 23(1), 407-412.
<https://doi.org/10.1146/annurev.me.23.020172.002203>
- Silva, M., Perez, E., Alves, D., & Clapis, M. J. (2016). *Depression in pregnancy. Prevalence and associated factors*. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v34n2a14>
- Tapia González, V. E. T., & Astudillo Román, K. I. A. (2023). *Aplicación de Habilidades Mindfulness en la naturaleza a estudiantes de turismo* [Universidad del Azuay].
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/12756>
- Ticlla Ilatoma, L. D. (2019). *Características sociodemográficas y ginecostétricas de las mujeres con diagnóstico de aborto*. [nacional de cajamarca].
<https://www.redalyc.org/pdf/848/84806409.pdf>
- Uriarte, Rumay, lizzete pamel. (2020). *Depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 17 y 40 años del puesto de salud Marianne Preuss de Stark, san juan de Miraflores, 2019*.
<https://repositorio.utelesup.edu.pe/handle/UTELESUP/1004>
- Vázquez, F. L., & Muñoz, R. F. (2000a). *Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y tratamiento a finales del siglo XX*. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa.pdf

Vázquez, F. L., & Muñoz, R. F. (2000b). Depresión, diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo xx. *universidad de santiago de compostela*, 33.

Vives, J. G., & Santos, P. M. (2019). Distimia. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(86), 5037-5040. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.011>

Apéndice

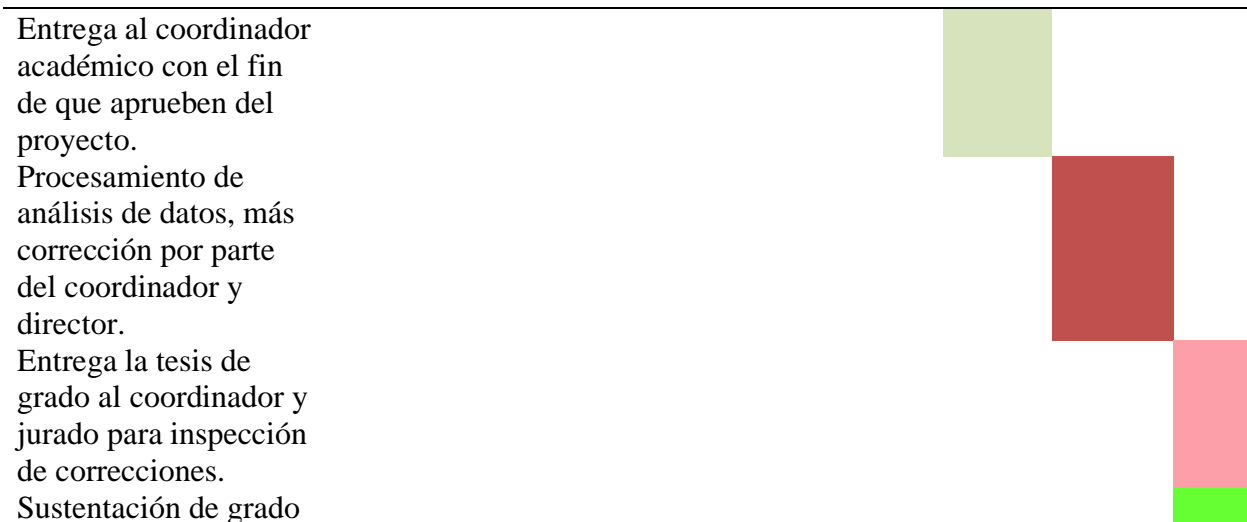
Cronograma y recursos

Las siguientes tablas se realizan con el fin de llevar un orden de las tareas asignadas que se irán desarrollando en nuestro proyecto de grado y así mismo ir llevando de forma organizada las actividades de la semanas y horas de trabajo.

Tabla 1.

Cronograma de actividades

Actividades	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Agosto	Sept	Oct	Nov
Revisión del documento anti plagio								
Entrega de la propuesta inicial de investigación a la coordinación académica del programa.								
Devolución de trabajo de grado y formato de correcciones.								
Realizar correcciones y ampliación del proyecto con base en guía de TG								
Entrega del trabajo de grado inicial de Investigación a la coordinación académica del programa.								
Devolución del trabajo de grado, revisión del jurado.								
Revisión del formato de evaluación de trabajo de grado noveno semestre.								
Recolección de datos.								



Nota: Fuente: información generada por el tutor Edgar Pulido.

Tabla 2

Recursos.

Estudiantes	Semanas	tiempo	Total, de horas	Gastos
Jennifer Algarín estrada	32 semanas	6 horas semanal		0
Mónica venera meza	32 semanas	1 hora semanal	15 horas	0
Docente tutor: Edgar Guillermo pulido				
Equipos	32 semanas		3 horas	2.500,000

Computador		6 horas semanal		
Internet	32 semanas	6 horas semanal	114 horas	400,000
transporte	32 semanas	6 horas semanal		350,000
Refrigerio	32 semanas	6 horas semanal		
Total, inversión				3.250.000

Nota: la presente tabla relaciona los nombres de los investigadores, herramienta, tiempo y costos durante la elaboración investigación de proyecto de grado.

BATERÍA DE EVALUACIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN MUJERES GESTANTES

Datos Generales

A continuación, encontrará preguntas sobre información general, Por favor escriba con letra clara y marque con **X** de manera clara.

1. Nombre Completo: _____

3. Edad: _____

4. Fecha de Nacimiento: _____

5. Estado Civil

Soltera	<input type="checkbox"/>	Casada	<input type="checkbox"/>	Unión libre	<input type="checkbox"/>	Separada	<input type="checkbox"/>	Divorciada	<input type="checkbox"/>	Madre Soltera	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	--------	--------------------------	-------------	--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	---------------	--------------------------

6. Último nivel de escolaridad:

Primaria		Bachiller		Técnico		Tecnólogo		Universitario		Ninguna	
----------	--	-----------	--	---------	--	-----------	--	---------------	--	---------	--

7. ¿Cuál es su profesión?

--

13. Número de embarazos

11	22	33	44	55	66
----	----	----	----	----	----

8. Trabajas actualmente

Si	
No	

15. Asistes a tus controles prenatales

SI		NO		A veces	
----	--	----	--	---------	--

9. Municipio o ciudad de residencia:

--

11. Tipo de vivienda

Propia		Familiar		En arriendo	
--------	--	----------	--	-------------	--

16. ¿Has sido diagnosticada con ansiedad?

SI		NO	
----	--	----	--

12. El embarazo fue planificado

Si	
No	

17. ¿has tenido cambios en el estado de ánimo?

SI		NO	
----	--	----	--

Validación de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD)

Este cuestionario se ha construido para ayudar a quien le trata a saber cómo se siente. Lea cada frase y marque la respuesta que más se ajusta a cómo se sintió usted durante la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde rápido sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió la semana pasada

Señale con una X la casilla que indique la frecuencia con la que se le han presentado los siguientes malestares en los últimos tres meses

1. Me siento tenso o nervioso

Todos los días
Muchas veces
A veces
Nunca

Sí, pero no es muy fuerte

Un poco, pero no me preocupa

Nada

2. Todavía disfruto con lo que me ha gustado hacer

Como siempre
No lo bastante
Sólo un poco
Nada

4. Puedo reírme y ver el lado positivo de las cosas

Al igual que siempre lo hice
No tanto ahora
Casi nunca
Nunca

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible fuera a suceder

Definitivamente y es muy fuerte

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones

La mayoría de las veces
Con bastante frecuencia
A veces, aunque no muy seguido
Sólo en ocasiones

6. Me siento alegre

- Nunca
- No muy seguido
- A veces
- Casi siempre

12. Me siento

con esperanzas respecto al futuro

7. Puedo estar sentado tranquilamente y sentirme relajado

- Siempre
- Por lo general
- No muy seguido
- Nunca

8. Siento como si yo cada día estuviera más lento

- Por lo general en todo momento
- Muy seguido
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como de aleteo o vacío en el estómago

- Nunca
- En ciertas ocasiones
- Con bastante frecuencia
- Muy seguido

10. He perdido el deseo de estar bien arreglado o presentado

- Totalmente
- No me preocupa como debiera
- Podría tener un poco más de cuidado
- Me preocupo al igual que siempre

11. Me siento inquieto, como si no pudiera parar de moverme

- Mucho
- Bastante
- No mucho
- Nada

Igual que siempre

Menos de lo que acostumbraba

Mucho menos de lo que acostumbraba

Nada

13. Presento una sensación de miedo muy intenso de un momento a otro

Muy frecuentemente

Bastante seguido

No muy seguido Nada

14. Me divierto con un buen libro, la radio o un programa de televisión

Seguido

A veces

No muy seguido

Rara vez



UAN
ANTONIO NARIÑO

VIGILADA MINEDUCACIÓN

Consentimiento Informado

Maicao, la Guajira ____ de _____ del 2023

Cordial saludo,

El objetivo de la investigación consiste en *Determinar cuál es índice de ansiedad y depresión en las mujeres gestantes*

A continuación, se describen las condiciones de participación en la investigación:

1. La participación es libre y voluntaria. Luego de iniciada la investigación, usted puede decidir retirarse y desistir cuando lo deseen.
2. La participación en la actividad no genera riesgo a la salud y bienestar
3. Sus datos y resultados individuales serán usados únicamente con fines académicos, descartando cualquier uso económico, laboral o cualquier otro; a la institución educativa solo se le será socializados los resultados generales y no los personales. En caso de tener dudas o reclamos al respecto, podrá comunicarse con el investigador (datos de contacto más adelante) y también podrá adelantar el debido proceso por medio de la Universidad Antonio Nariño, así como por el Colegio Colombiano de Psicólogos COLPSIC, según lo establece la Ley 1090 de 2006 para la profesión de psicología.
4. Los datos y resultados individuales serán usados de manera confidencial, según lo exige el artículo 2 numeral 5 de la Ley 1090 de 2006 al rol del psicólogo. La única excepción a esta condición sucede si alguna autoridad judicial competente (por ejemplo, fiscalía) solicita a los investigadores el acceso a la información, o si hay inminencia de riesgo al bienestar físico o mental del participante. En cualquier instante se puede acceder a la propia información, previa solicitud escrita firmada por usted.
5. Los investigadores tienen el derecho de realizar publicación en medios de comunicación académicos como revistas, seminarios, foros, etc., de los resultados obtenidos en la investigación.
6. Datos de contacto del Docente de Psicología de la UAN.

Guillermo Pulido – Docente de Psicología universidad Antonio Nariño sede Riohacha

Cel: 310779747410

Psicólogo. Registro Colpsicg 115671

Cel. 3013938623

Mail: epulido31@uan.edu.co

Estudiantes - Jennifer Julieth Algarin Estrada – Mónica Patricia Venera meza

Correo: Jalgarin20@uan.edu.co mvenera95@uan.edu.co

Decimo semestre de psicología

Yo _____, identificado con tipo de documento _____, número _____, certifico que me fue socializado el objetivo y fines de la investigación, así como de uso de los datos e información individual, y los riesgos asociados; de igual manera, certifico que la participación de mi representado sucede de manera libre y voluntaria.

Firma

