



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**NIVEL DE ANSIEDAD RELACIONADA AL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO
EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS, CENTRO MATERNO
INFANTIL JUAN PABLO II, LOS OLIVOS, 2016**

TESIS PRESENTADO POR:

KATHERINE AMPARO TORRES HERNÁNDEZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
OBSTETRICIA**

SETIEMBRE 2016

ÍNDICE

CARÁTULA	I	
PÁGINAS PRELIMINARES	II	
RESUMEN	III	
ABSTRACT	IV	
	Pág.	
INTRODUCCIÓN		
CAPÍTULO I	PLANEAMIENTO METODOLÓGICO	
1.1	Descripción de la Realidad Problemática	2
1.2	Delimitación de la investigación	4
1.3	Formulación del Problema	5
	1.3.1 Problema principal	5
	1.3.2 Problemas secundarios	5
1.4	Objetivos de la investigación	5
	1.4.1 Objetivo general	5
	1.4.2 Objetivos específicos	6
1.5	Hipótesis	6
	1.5.1 Hipótesis general	6
	1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores	7
1.6	Diseño de la Investigación	9
	1.6.1 Tipo de investigación	9
	1.6.2 Nivel de la investigación	9
	1.6.3 Método	9
1.7	Población y muestra	9
	1.7.1 Población	9
	1.7.2 Muestra	10
1.8	Técnicas e instrumentos	10
	1.8.1 Técnicas	10
	1.8.2 Instrumentos	12
1.9	Justificación	13

CAPÍTULO II		MARCO TEÓRICO	
2.1	Fundamentos teóricos de la Investigación		15
2.1.1	Antecedentes		15
2.1.2	Bases teóricas		23
2.1.3	Definición de términos		39
CAPÍTULO III.		PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN ANÁLISIS Y	
DISCUSIÓN DE RESULTADOS			
3.1	Presentación de resultados		41
3.2	Interpretación, análisis y discusión de resultados		61
CAPÍTULO IV.		CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1	Conclusiones		65
4.2	Recomendaciones		67
	FUENTES DE INFORMACIÓN		69
	ANEXOS		
	Matriz de consistencia		75
	Instrumentos de recolección de datos		76
	Juicio de expertos		79
	Autorización Institucional donde se ha realizado el estudio		82

Dedico a:

Dios, por guiar mi camino y darme fortaleza en todo momento.

Mis padres, Pedro y Elizabeth, que con sus ejemplos, lograron que me convirtiera en una persona de bien, que me apoyaron en todo momento sin limitación alguna, siempre aconsejándome e impulsándome a seguir.

A mi esposo, por su apoyo incondicional y la confianza que siempre tuvo en mí, los amo.

Agradezco a:

La Mg. Flor de María Escalante Celis, directora actual de la Escuela Profesional de Obstetricia, por ser una docente excelente en mi etapa de pre-grado, incentivando siempre el estudio incondicional en cada clase otorgada.

Las asesoras y docentes que tuve a lo largo de esta investigación, por apoyarme en los momentos en que yo flaqueaba, haciendo posible que pueda concluir con este proyecto, por compartir su conocimiento conmigo y darme las fuerzas para siempre mirar hacia adelante.

Al personal administrativo de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, por el hecho de haber apoyado en esta etapa ya consolidada, siempre guiándome por el camino correcto en cuanto a su trabajo correspondía.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar la relación entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas, Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, en el periodo de enero a mayo del 2016.

Material y Métodos: el estudio fue correlacional, prospectivo y de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 36 madres adolescentes primíparas, cuyo parto atendido fue en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II desde enero a mayo del 2016. La técnica utilizada fueron las visitas domiciliarias. El instrumento utilizado fue una encuesta elaborada por la autora del estudio y validado por el juicio de expertos y el test de Hamilton modificado; donde se registra la información consignada sobre la relación entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas del Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Resultados: El porcentaje de madres adolescentes primíparas que presentan nivel de ansiedad leve a moderado es significativo (75 %), cuyas madres adolescentes primíparas que no tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido tienen 10 veces más riesgo de presentar una ansiedad de nivel moderado que las madres adolescentes primíparas que si tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido.

La **Conclusión** a la que se llegó fue que existe una relación significativa entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el centro Materno Infantil Juan Pablo II.

Palabras clave: nivel de ansiedad, adolescente, primípara, cuidado del recién nacido.

ABSTRACT

The present study it was raised by the aim to determine the relation between the level of anxiety and the care of the newborn child in teen mothers primiparas, Mother Infantile Center Juan Paul II, The Olive trees, in the period from January to May, 2016.

Methods: the study is to correlate, market and of transverse court. The sample was constituted by 36 teen mothers primiparas, which attended childbirth went in the Mother Infantile Center Juan Paul II from January to May, 2016. The technology that was in use was the domiciliary visits. The used instrument was a survey elaborated by the authoress of the study and validated by the experts' judgment and Hamilton's test modified; where Juan Paul II registers the information recorded about the relation between the level of anxiety and the care of the newborn child in teen mothers primiparas of the Mother Infantile Center.

Results: The percentage of teen mothers primiparas that present level of slight anxiety to moderate is significant (75 %), whose teen mothers primiparas that do not have the knowledge and / or conditions adapted for the care of the newborn child have 10 times more risk of presenting an anxiety of moderate level that the teen mothers primiparas that if they have the knowledge and / or conditions adapted for the care of the newborn child.

The conclusions: to which it came near a significant relation was that it exists between the level of anxiety and the care of the newborn child in teen mothers primiparas attended in the Mother Infantile center Juan Paul II.

Keywords: level of anxiety, teenager, primipara, care of the newborn child.

INTRODUCCIÓN

La maternidad en la adolescencia es un problema de salud pública creciente en el Perú, cuyos factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo con las características socioculturales; por ejemplo, existen poblaciones en las que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado y, por el contrario, su no ocurrencia es rechazada; esta situación, que se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas, no va a incidir negativamente en la salud mental de la adolescente; sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en poblaciones como la de Lima-Perú, por su componente religioso y conservador, lo cual condiciona a que las madres adolescentes presenten una crisis situacional y, como consecuencia, manifestaciones emocionales negativas. La situación psicológica de la madre adolescente es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo, la inquietud de un futuro incierto, la perturbación por las decisiones que se han de tomar, el vacío afectivo y otras reacciones muy frecuentes, tales como rechazo hacia el bebé, culpabilidad, pérdida de autoestima, anorexia, tristeza, depresión, inseguridad y miedo al rechazo social. Este conjunto de emociones van a producir ansiedad en estas madres primerizas. Una de las consecuencias más importantes es que los hijos puedan tener un trastorno de esta naturaleza. Diversos estudios concluyen que la maternidad adolescente afecta significativamente el desarrollo educacional, psicológico y afectivo de las adolescentes, debido a que se dificulta la continuación de sus estudios y, como resultado, ellas obtienen bajos niveles de educación, en comparación con sus pares que postergan el inicio de la reproducción. Al tener un bajo nivel educativo, las madres adolescentes no se encuentran preparadas para atender al recién nacido, sobre todo si se considera que en la atención se debe priorizar la intervención maternal en cuanto a control, atención, flexibilidad, lenguaje

verbal, efecto de estimulación, higiene, nutrición y prevención de las enfermedades, entre otros. En estas circunstancias, los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas a largo plazo en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza y las enfermedades físicas o mentales. Así también, las madres adolescentes corren el riesgo de tener los mismos problemas.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La ansiedad es un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer, y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto, se trata por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno.¹ En respuesta al peligro que enfrenta, probablemente elegirá moverse, retraerse o expresarse con vehemencia, antes de hablar y explicar esas sensaciones, por ello la ansiedad tiene muchos nombres y disfraces.²

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA) en el 2013, en los países industrializados se registran 680,000 nacimientos anuales de adolescentes, más de la mitad en Estados Unidos es decir que una adolescente de cada cinco se convierte en madre, mientras tanto en el país de Níger de África Occidental se eleva a una de cada dos adolescentes.

En países como Bangladesh, Guinea, Mali, Mozambique, Níger y Chad una joven de cada diez es madre antes de los 15 años, en el Sureste

Asiático 17,4 millones de mujeres tuvieron su primer hijo antes de los 18 años, a diferencia de los 10,1 millones en África Subsahariana y 4,5 millones en América Latina y el Caribe.³

Según la ENDES 2015 En el Perú en los últimos cuatro años, la fecundidad de adolescente se ha incrementado en 1,1 puntos porcentuales. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, el 10,6% ya eran madres y el 2,9% estaban gestando por primera vez. Los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas por primera vez se presentan en las adolescentes con educación primaria (37,9 %) porcentaje que baja a 12,6 % entre las adolescentes con educación secundaria y a 6,1 % entre las jóvenes con educación superior.⁴

En el Perú según el Centro de Estudios Especialista en Trastornos de Ansiedad (CEETA), menciona que la maternidad puede causar en algunas mujeres severos trastornos de ansiedad, como el trastorno de pánico, que puede resultar incapacitante para la persona que lo sufre. Asimismo el nacimiento de un hijo implica un alto grado de estrés, sobre todo en el caso de una madre primeriza, cuyo estrés puede llegar a elevarse en mujeres que tienen una predisposición a sufrir ataques de ansiedad, tornándose esta situación en un problema porque la persona puede quedar incapacitada para realizar distintas actividades de su vida cotidiana.⁵

El convertirse en madre siempre implica cambios, en el caso de las adolescentes estos cambios son más drásticos, ya que suelen conllevar el abandono de los estudios y una importante ruptura no solamente con los padres sino con sus pares generacionales. Por otro lado, y en el caso de que continúen las relaciones con el padre, suelen producirse matrimonios precipitados caracterizados por ofrecer poco apoyo entre los cónyuges y escasa estabilidad. Cuando no continúan

las relaciones con el padre, hecho frecuente puesto que se trata generalmente de embarazos no deseados, algunas afrontan su maternidad solas. Todo esto contribuye a que se produzca una importante ruptura con la trayectoria de vida previa y que, en términos generales, las adolescentes que se convierten en madre experimenten profundos cambios tanto a nivel personal como interpersonal. En definitiva, si convertirse en madre es siempre un acontecimiento significativo, convertirse en madre durante la adolescencia es una experiencia especialmente impactante y difícil; entre otras cosas, porque obliga a adoptar un rol típicamente adulto sin contar, a veces, con la madurez psicológica necesaria.⁶

Según la Norma Técnica de Salud 034-2012 estipula que se debe aplicar la ficha de tamizaje de ansiedad y depresión a las y a los adolescentes, se debe realizar visitas domiciliarias para realizar la captación, seguimiento y fortalecimiento a las y los adolescentes en riesgo físico, psicosocial o de salud sexual y reproductiva.⁷

Así mismo la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna indica que se debe realizar la búsqueda activa de gestantes y puérperas adolescentes y que se debe aplicar la ficha de tamizaje de depresión en las visitas domiciliarias.⁸

Sin embargo en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II de los Olivos no se presentan un continuo seguimiento a la población de madres adolescentes, desconociendo así los diferentes niveles de ansiedad que pueda presentar la madre adolescente frente al cuidado de su recién nacido, por ello vi la necesidad de realizar la siguiente investigación.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Delimitación espacial

El presente estudio se realizó en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Institución de Nivel 1-4, pertenece a la Red de Salud Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos, ubicado además en el distrito Los Olivos.

Delimitación temporal

La investigación se realizó durante los meses de enero a mayo 2016.

Delimitación social

La población sujeto de estudio son las madres adolescentes primíparas entrevistadas en su domicilio.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 Problema Principal

¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas, Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, en el periodo de enero a mayo del 2016?

1.3.2 Problemas Secundarios

¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad frente al baño del recién nacido?

¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad frente a la lactancia materna?

¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad frente al llanto del recién nacido?

¿Cuáles son los síntomas somáticos de ansiedad más comunes en madres adolescente primíparas frente al cuidado del recién nacido?

¿Cuáles son los síntomas psíquicos más comunes en madres adolescente primíparas frente al cuidado del recién nacido?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas, Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, en el periodo de enero a mayo del 2016.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación entre el nivel de ansiedad frente al baño del recién nacido.
- Determinar la relación entre el nivel de ansiedad frente a la lactancia materna.
- Determinar la relación entre el nivel de ansiedad frente al llanto del recién nacido.
- Identificar los síntomas somáticos de ansiedad más comunes en madres adolescente primíparas frente al cuidado del recién nacido.
- Identificar los síntomas psíquicos más comunes en madres adolescente primíparas frente al cuidado del recién nacido.

1.5 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

Existe una relación significativa entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2016.

1.5.2 Identificación y Clasificación de Variables e Indicadores

Variable Independiente: Cuidado del recién nacido

Variable dependiente: Nivel de ansiedad

VARIABLE	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
	Datos generales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Estado civil ✓ Grado de instrucción ✓ Ocupación
VARIABLE INDEPENDIENTE	Baño del recién nacido	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ambiente adecuado ✓ Temperatura del agua ✓ Artículos de baño ✓ Aseo de los ojos ✓ Aseo de los genitales ✓ Aseo del cordón umbilical ✓ Posición adecuada del recién nacido para el baño ✓ Cuantas veces se debe bañar al recién nacido en una semana ✓ Como mantener al recién nacido caliente después del baño ✓ Tiene apoyo de alguna persona para el baño del recién nacido
Cuidado del recién nacido		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Posición adecuada ✓ Técnica adecuada para la lactancia materna

	Lactancia materna	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Suficiente producción de leche materna ✓ Formación de pezones ✓ Cada que tiempo debe dar de lactar durante el día ✓ Grietas en los pezones ✓ Tiene apoyo de alguna persona cuando da de lactar
	Llanto del recién Nacido	<ul style="list-style-type: none"> ✓ En qué momento llora ✓ Como calma el llanto ✓ Reconoce porque llora el recién nacido ✓ Tiene apoyo de alguna persona para calmar el llanto del recién nacido
VARIABLE DEPENDIENTE Ansiedad		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nivel de ansiedad
	Síntomas Somáticos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dolores y molestias musculares por la posición en que baña al recién nacido ✓ tendencia a sudar cuando baña al recién nacido ✓ Dolores y molestias musculares por la posición en que brinda lactancia materna ✓ Sensación de debilidad cuando brinda lactancia materna ✓ Sensación de hormigueo en las manos cuando brinda lactancia materna ✓ Zumbido de oídos por el tono del llanto del recién nacido ✓ palpitaciones cuando escucha el llanto del recién nacido ✓ Cefaleas cuando escucha el llanto del recién nacido ✓ Piloereccion (pelos de punta) cuando escucha el llanto del recién nacido
	Síntomas Psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ sensación de tensión en el momento que baña la cabeza del recién nacido ✓ temblores en las manos cuando enjabona al recién nacido ✓ temor de que se resbale el recién nacido ✓ temor de mojar el cordón umbilical ✓ dolores y molestias musculares por la posición en que baña al recién nacido ✓ imposibilidad de relajarse cuando baña al recién nacido ✓ perdida de interés en el baño del recién nacido por falta de ayuda ✓ Imposibilidad de relajarse por no tener un espacio adecuado para brindar lactancia materna ✓ Sensación de tensión para encontrar la postura correcta para brindar lactancia materna

		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dificultad para dormirse después de brindar lactancia materna ✓ Sueño interrumpido por brindar lactancia materna en horario nocturno ✓ sensación de tensión cuando no puede calmar el llanto ✓ llanto fácil cuando ve llorar al recién nacido ✓ Irritabilidad por el tono del llanto del recién nacido ✓ Cambios de humor cuando escucha el llanto del recién nacido durante el día
--	--	--

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 Tipo de Investigación

El presente estudio es correlacional porque mide el grado de relación que existe entre dos variables, prospectivo porque se cuenta con datos actuales y de corte transversal porque se recolectó los datos en un determinado tiempo.

1.6.2 Nivel de Investigación

Aplicativo porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, de carácter netamente utilitarios

1.6.3 Método

Cuantitativo porque se valió de los números para examinar datos e información. Con un determinado nivel de error y nivel de confianza.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 Población

En el año 2015 se atendieron 86 gestantes adolescentes lo cual representan el 14.42 % de la población total de gestantes.

En el presente año se registraron 36 madres adolescentes primíparas, cuyo parto atendido fue en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II desde enero a mayo del 2016.

1.7.2 Muestra

Se tomó el 100% de la población de madres adolescentes primíparas.

1.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.8.1 Técnicas

Revisión de historias clínicas para localizar el domicilio de las puérperas sujetas de estudio e entrevistarlas para aplicar dos encuestas previamente elaboradas. Para la revisión de las historias clínicas se solicitó autorización al jefe del Centro de Salud Materno Infantil Juan Pablo II.

Las variables están correlacionadas a través del chi-cuadrado y se considerará el valor de $p < 0.05$ para evaluar la relación entre las variables categóricas y establecer asociación entre estas, después de la recolección de los datos, se procedió a la codificación y elaboración de la tabla matriz, utilizando la

informática (Excel 2007 y SPSS 22), permitiendo así la presentación de tablas y gráficos estadísticos que reflejen los resultados.

En la encuesta relacionada al cuidado del recién nacido se determinó la siguiente puntuación: puntaje 1 para la respuesta SI y puntaje 2 para la respuesta NO, por lo tanto se construyó una tabla donde se agrupan las dimensiones del cuidados del recién nacido en 3 niveles (Poco, Moderado, Mucho) para cada uno de los 3 ámbitos: Baño del recién nacido, lactancia materna y llanto del recién nacido. Y también se creó la variable final que totaliza los 3 ámbitos en una sola dimensión pero con 3 niveles de categorización interna (Poco, Moderado, Mucho).

DIMENSIONES	POCO	MODERADO	MUCHO
CUIDADO TOTAL	de 0-10 de las 21 preg	de 11-16 de las 21 preg	de 17-21 de las 21 preg
PUNTUACION	32-42	26-31	21-25
BAÑO	de 0-4 de las 10 preg	de 5-8 de las 10 preg	de 9-10 de las 10 preg
PUNTUACION	16-20	12-15	10-11
LACTANCIA	de 0-3 de las 7 preg	de 4-5 de las 7 preg	de 6-7 de las 7 preg
PUNTUACION	11-14	9-10	7-8
LLANTO	de 0-1 de las 4 preg	de 2-3 de las 4 preg	de 4 de las 4 preg
PUNTUACION	7-8	5-6	4

Para determinar el nivel de ansiedad se utilizó la escala de ansiedad de Hamilton, la cual determina tres niveles de ansiedad (ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad severa) en respuesta a la presentación de síntomas somáticos y psíquicos que manifieste la madre adolescente, dando como puntaje a la respuesta nunca (0), algunas veces (1), casi siempre (2) y

siempre (3). Además se determinó los síntomas somáticos (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8) y psíquicos (ítems 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16) más comunes en las madres adolescentes primíparas.

NIVELES	ANSIEDAD LEVE	ANSIEDAD MODERADA	ANSIEDAD SEVERA
PUNTUACION	0-17	18-24	25-30

1.8.2 Instrumentos

Para la realización de la presente investigación se utilizó una encuesta elaborada por la autora del estudio que fue validada por el juicio de expertos y la escala de ansiedad de Hamilton, donde se registró la información consignada sobre la relación entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, los instrumentos tuvieron las siguientes características, la primera encuesta estuvo conformada por datos generales y datos específicos relacionados al cuidado del recién nacido, los aspectos generales están conformados por 4 preguntas y los datos específicos consta de 21 preguntas, de las cuales 10 preguntas están relacionadas al baño del recién nacido, 7 preguntas relacionadas a la lactancia materna y 4 preguntas relacionados al llanto del recién nacido.

La escala de ansiedad de Hamilton consta de 8 preguntas (síntomas somáticos) y 8 preguntas (síntomas psíquicos).

1.9 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) según la Organización Mundial de la Salud clasifica la ansiedad y a la depresión como un trastorno mixto ansioso-depresivo.

La organización mundial de la salud indica que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a unos 350 millones de personas y es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Cada año se suicidan más de 800 000 personas, y el suicidio es la segunda causa de muerte en el grupo etario de 15 a 29 años.

Según El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” en un estudio epidemiológico de salud mental en adolescentes de Lima metropolitana determinaron que las prevalencias actuales de diversos trastornos clínicos según los criterios de investigación de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El trastorno clínico más frecuente en los adolescentes encuestados fue el episodio depresivo (7,0%), mayor en el sexo femenino (11,0%).

Además indican que el 25,9% de la población adolescente alguna vez en su vida ha sentido deseos de morir y el porcentaje de adolescentes que intentó quitarse la vida una vez fue de 54,0%, seguido del que representa a los que lo intentaron dos veces (18,5%), tres veces (13,1%), cuatro veces (3,6%), cinco veces (7,7%) o diez veces (3,1%). Las cifras de prevalencia de vida de deseos de morir y de intento suicida son significativamente más elevadas en el grupo de adolescentes de 15

a 17 años. Un tercio de la población adolescente que intentó alguna vez quitarse la vida considera todavía el suicidio como una posibilidad de solución a sus problemas.

El convertirse en madre durante la etapa de la adolescencia obliga a la adolescente enfrentarse a procesos de cambio que pueden afectar su estado anímico y hacerla proclive a ideas pesimistas acerca de su futuro y muchas veces pueden llegar al suicidio como escape a sus problemas, como también atentar contra la vida de su recién nacido a través de la asfixia mecánica.

Es por ello que los resultados de la presente investigación permitirán al profesional de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II mejorar la calidad de atención a las adolescente para que se identifique oportunamente los signos de ansiedad que puedan presentar la adolescente antes o durante el embarazo, después del parto y frente al cuidado de su recién nacido para brindar el soporte psicológico y así evitar futuras consecuencias, además aportará evidencias que servirán para profundizar más en la área psicológica de la población adolescente, así mismo incentivar la creación de programas educativos para disminuir la ansiedad en las madres adolescentes, donde incluya a la familia y pareja como soporte emocional, fortaleciendo así a sus redes de apoyo, además ayudara a concientizar a los profesionales de la salud a que se brinde la orientación oportuna sobre los cuidados del recién nacido, como también lograr la sexualidad responsable de las y los adolescentes del Centro Materno Infantil Juan Pablo II.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1 FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES

Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J en su trabajo, “Depresión y ansiedad en embarazadas” del Hospital Materno Infantil de Venezuela “Dr. José María Vargas”, 2012, con el **Objetivo:** Analizar los niveles de depresión y ansiedad en embarazadas que acudieron a la consulta de Perinatología y Medicina Materno-Fetal del Hospital Materno Infantil de Venezuela “Dr. José María Vargas”, 2012. **Material y Método:** estudio correlacional, de corte transversal y no experimental, donde la población la integraron todas las embarazadas atendidas en la consulta de Perinatología – Medicina Materno Fetal del Hospital Materno Infantil “Dr. José María Vargas”, cuya técnica utilizada fue la entrevista que se hizo efectiva a través de una encuesta en la cual se utilizaron dos instrumentos que corresponden al test de Hamilton para la ansiedad y el test de Hamilton para la depresión, obteniendo como **Resultados:** 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, siendo este porcentaje significativamente superior al 33,9% de mujeres sin

dicha patología, llegando a la **Conclusión:** Que existe 8,5 veces mayor riesgo de padecer ansiedad y 6,5 veces de padecer depresión cuando las embarazadas tienen una relación de pareja inestable. El 67,3% de las pacientes presentó algún nivel de ansiedad (menor o mayor) según la Escala de Hamilton y 66,1% algún nivel de depresión, siendo alarmante que 19,4% de estas últimas presentaron un cuadro de depresión severa o muy severa, lo cual refleja una tendencia al deterioro de la salud mental de las gestantes estudiadas.⁹

Sharmila S, Kumiko A, M. A. Petrini en su trabajo, “Factores asociados con la ansiedad posnatal entre madres primíparas en Nepal”, 2014, con el **Objetivo:** de examinar la asociación entre las variables socio demográficas y la ansiedad posnatal entre madres primíparas en Nepal. **Material y método:** El estudio se diseñó como un estudio de correlaciones. La muestra incluyó a 216 madres primíparas, a las que se hizo un seguimiento durante 5-6 semanas después del parto. Se utilizaron tres instrumentos para la recopilación de datos: Un cuestionario de información demográfica, el Cuestionario de Conocimientos de Atención al Recién Nacido y el Inventario de Estado-Rasgos de Ansiedad para Adultos, obteniendo como **Resultados:** El conocimiento de las madres sobre la atención al recién nacido, el nivel educativo general y los ingresos estuvieron inversamente relacionados con la ansiedad materna, es decir, las madres con menor nivel educativo y estatus socio económico inferior demostraron un nivel más alto de ansiedad posnatal. Las relaciones deterioradas con los esposos o las suegras y el bajo apoyo social presentaron un potencial para la aparición de la ansiedad y la depresión durante el período de posparto, llegando a la **Conclusión:** La educación materna, el nivel socio económico y el conocimiento sobre la atención al recién

nacido fueron los principales factores de la ansiedad posnatal. Por otro lado, las mujeres con bajos ingresos y educación, las relaciones deterioradas con sus esposos o suegras y el apoyo social insuficiente son vulnerables al desarrollo de la ansiedad de moderada a grave.¹⁰

Dr. Gorrita Pérez R, Dr. Bárcenas Bellót Y, Dra. Gorrita Pérez Y, Dra. Brito Herrera B en su trabajo, “Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna” del Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima”, de San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba, 2013, con el **Objetivo:** de identificar en las madres, los niveles de vulnerabilidad al estrés y de ansiedad como estado, y su relación con el éxito de la lactancia materna del Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima”, de San José de las Lajas, Mayabeque, Cuba, 2013. **Material y método:** estudio prospectivo y descriptivo, donde se estudiaron 101 madres y sus hijos de 13 consultorios del Policlínico "Luis Augusto Turcios Lima", de San José de las Lajas, Mayabeque, entre el 1ro de febrero de 2012 y el 30 de enero de 2013, para ello Se aplicó dos instrumentos: Para el estudio de vulnerabilidad al estrés se aplicó: Lista de Indicadores de Vulnerabilidad al estrés y para el estudio de la ansiedad se aplicó: Inventario de Ansiedad Rasgo Estado, de Spielberger, obteniendo como **Resultado:** el 76,2% de madres estaba en el rango de 20 a 35 años, 89,8% tenían pareja estable, el 50,5% nivel preuniversitario y el 41,4% de ellas padecían de asma bronquial. La vulnerabilidad al estrés y la ansiedad como estado se encontraban al final del tercer trimestre en el 46,5 y 56,4% respectivamente. El 49,5% de las madres ofreció lactancia materna exclusiva por 4 o 5 meses, y el 27,7% hasta los 6 meses. Lograron mejores índices de lactancia materna exclusiva a los 4, 5 y 6 meses aquellas con menores niveles de vulnerabilidad al estrés y de estado de ansiedad, llegando a la **Conclusión:** que se evidenció que existe

una estrecha relación entre los niveles de estrés y ansiedad y el éxito de la lactancia materna.¹¹

Lezma Andía Y en su trabajo, “Nivel de ansiedad de las madres con recién nacido prematuro sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal”, Lima, 2012, con el **Objetivo:** determinar el nivel de ansiedad estado de las madres con recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, 2012. **Material y métodos:** estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, cuya población estuvo constituida por todas las madres de los recién nacidos prematuros que son sometidos a ventilación mecánica en el INMP del servicio de UCIN, que hacen un total de 60 (100%), durante los meses de agosto 2011 a enero del 2012. Se utilizó como técnica la entrevista – encuesta y como instrumento se aplicó el test de autoevaluación de Spielberger STAI, ansiedad estado, obteniendo como **Resultado:** en el nivel de ansiedad estado que presentan las madres con recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica, se evidencia que del total 100% (60), el 46,7% (28) madres se presentan un nivel moderado, seguido del 33,3% (20) madres presentan un nivel de ansiedad severa y sólo el 20% (12) madres un nivel leve. En el nivel estado negativo que presentan las madres de recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica tenemos que en el área de animación y satisfacción el 76.6% (46) presentan un nivel de ansiedad leve; mientras que en el área de bienestar el 33.4% (20) y en el área de confianza 40% (24) presentan un nivel moderado. En relación a nivel estado positivo que presentan las madres de recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica, se evidencia que dentro del área de nerviosismo el 50% (30) y tensión 46.6% (28) presentan nivel moderado; en el área de intranquilidad el 40%

(24) y preocupación el 63.3% (38) presentan un nivel leve, llegando a la **Conclusión:** que 46,7% de las madres presentan un nivel de ansiedad estado moderada, significando esto que su campo de percepción se encuentra disminuido, pero si la madre se propone puede mantener la concentración necesaria sobre la salud de su recién nacido prematuro, es preciso mencionar que el rol de la enfermera es vital para la madre que se encuentra en este punto pueda ser capaz de sobrellevar toda la carga emocional a la que se enfrenta, brindándole las herramientas necesarias para que su estancia en la unidad de cuidados intensivos neonatales sea más llevadera y con ello mejorar la relación madre – hijo y evitar que pase al siguiente nivel de ansiedad que es la severa. Las madres de recién nacidos prematuros sometidos a ventilación mecánica tienen un nivel de ansiedad estado negativo moderado manifestado por bienestar 33.4% y confianza 40%, generando en ellas la confianza necesaria que su bebé está siendo atendido por un personal altamente capacitado, pero sin crear falsas ilusiones en la mejora rápida de sus bebé, pues todo toma un tiempo en la unidad de cuidados intensivos neonatales y cada paciente es individual. Las manifestaciones emocionales positivas de la ansiedad estado de las madres que tienen a sus recién nacidos prematuros en ventilación mecánica son el nerviosismo 50% y la tensión 46.6% lo cual no le permite a las madres establecer un vínculo emocional con sus bebés.²

Goicochea Mendoza L, Rivera Tejada H en su trabajo, “Eficacia del programa educativo en ansiedad y apoyo de padres en el cuidado del niño hospitalizado” del Servicio de Pediatría del Hospital Belén, Trujillo, 2013, con el **Objetivo:** determinar la eficacia de un programa educativo en el nivel de ansiedad y apoyo familiar que brindan los padres en el cuidado del niño hospitalizado en el Servicio de Pediatría del Hospital Belén, Trujillo, 2013.

Material y métodos: estudio cuantitativo, nivel aplicativo, pre-experimental, se utilizaron los fundamentos de Orem, Watson, Pender y las Teorías del Aprendizaje de Jean Piaget, cuya muestra estuvo conformada por 54 padres de familia a quienes se les aplicó el Programa Educativo, la cual se utilizó la técnica de la entrevista personalizada, previo consentimiento informado, teniendo como instrumento el cuestionario de ansiedad de Spielberger y la lista de cotejo para evaluar el tipo de apoyo familiar en el cuidado del niño hospitalizado. Los datos recolectados fueron procesados y analizados empleando el software SPSS versión 20, obteniendo como **Resultado:** El nivel de ansiedad descendió en el post test, observándose que un 52% de casos disminuyeron a nivel de ansiedad baja, el 26% descendieron a nivel de ansiedad muy baja y sólo un 7% y 4% mantuvieron sus niveles de ansiedad alta y muy alta, respectivamente. El tipo de apoyo familiar de los padres en el cuidado del niño hospitalizado, después de la intervención educativa, evidenció un incremento de 81% en el apoyo familiar activo, 19 % en apoyo familiar pasivo, mientras que el tipo de apoyo indiferente disminuyó a 0%. A través de la prueba estadística T de student se probó, con un nivel de significancia de 5%, que el Programa Educativo fue eficaz disminuyendo el nivel de ansiedad e incrementando el apoyo social de los padres del niño hospitalizado, llegando a la **Conclusión:** Antes de la aplicación del Programa Educativo propuesto, la mayoría de los padres presentaron un nivel de ansiedad alta y muy alta, con un 41% y un 26%, respectivamente. Después de la aplicación del programa, se observó que el nivel de ansiedad alta disminuyó notablemente a un nivel de ansiedad baja y muy baja con un 7% y 4%, respectivamente. El apoyo familiar de los padres en el cuidado del niño hospitalizado, antes de la intervención educativa, era un tipo de apoyo familiar pasivo (72%), mientras que el 9% obtuvieron un apoyo familiar activo y el 19% un apoyo indiferente; en tanto que en

el post test el tipo de apoyo familiar se incrementó en un 81% para el apoyo familiar activo y el apoyo familiar pasivo cayó a un 19%. El Programa Educativo propuesto fue eficaz de manera significativa, disminuyendo el nivel de ansiedad e incrementando el apoyo familiar de los padres en el cuidado del niño hospitalizado.¹²

Díaz Cervantes I, Mauricio Vidal F en su trabajo, “Niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido en puérperas adolescentes”, Lima, Noviembre 2011, con el **Objetivo:** evaluar los niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido en puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional, Lima, Noviembre 2011. **Material y métodos:** estudio descriptivo, de corte transversal, cuya muestra estuvo conformada por 65 puérperas adolescentes de 14 a 19 años atendidas en un hospital nacional de Lima, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión. La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta; y el instrumento, un cuestionario que contenía datos generales y la escala autoaplicada de ansiedad del doctor Zung (adaptada), obteniendo como **Resultado:** que el 75 % de las puérperas adolescentes no presentan ansiedad y que el 25 % de ellas presentan ansiedad leve a moderada. Se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad según clasificación de la edad de la adolescente, es decir, las adolescentes de etapa media (14-16 años) tenían niveles más altos de ansiedad que las adolescentes de etapa tardía (17 a 19 años). No se encontraron diferencias significativas según el estado civil y el grado de instrucción. Los síntomas afectivos de ansiedad más resaltantes fueron la ansiedad y la aprensión. Los síntomas somáticos más resaltantes fueron disnea, transpiración, rubor facial, insomnio y pesadilla, llegando a la **Conclusión:** El porcentaje de puérperas adolescentes que presentan ansiedad leve a moderada es mínimo y representa una de cada cuatro puérperas;

pero, a pesar de ello, este resultado debe considerarse como significativo y fundamental para incentivar el respaldo emocional de la familia y pareja.¹³

Chupillòn Pérez L en su trabajo, “Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo” del Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2013, con el **Objetivo:** describir y analizar la adaptación al rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo, en el Servicio de Neonatología del Hospital Regional Docente Las Mercedes, Chiclayo, 2013. **Material y método:** estudio cualitativo, de abordaje metodológico estudio de caso, los sujetos de investigación fueron las madres adolescentes primíparas entre 12-19 años de edad que tuvieron sus hijos hospitalizados en el servicio de neonatología, la técnica empleada para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada a profundidad. Esta investigación estuvo respaldada por los principios bioéticos de Sgreccia (1986), y los criterios de rigor científico de Lincoln YS, Guba (1985), obteniendo como **Resultado:** del análisis temático surgieron 3 categorías y subcategorías: Aceptando la maternidad con responsabilidad frente al vínculo afectivo. Estableciendo el vínculo afectivo con su recién nacido: Desarrollo del apego madre – recién nacido. Sentimientos frente al primer encuentro madre – recién nacido. Obstáculos en el desarrollo del vínculo afectivo: Retraso en el desarrollo del vínculo afectivo y Tiempo insuficiente para el desarrollo del vínculo afectivo con su recién nacido, llegando a la **Conclusión:** los recién nacidos que establecen un buen vínculo afectivo con su madre, serán más cooperativos, empáticos, competentes socialmente, más interesados en aprender, explorar y más seguros de aquellos que tenían un vínculo inseguro con sus madres.¹⁴

2.1.2 BASES TEÓRICAS

ANSIEDAD

La ansiedad puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.¹⁵

TIPOS DE ANSIEDAD

a) Ansiedad normal

Mecanismo de defensa frente a amenazas de la vida diaria, su intensidad suele ser leve, con duración limitada. Básicamente responde frente a un estímulo o situación estresante claramente detectable. No interfiere con la vida cotidiana de las personas.

b) Ansiedad patológica

Se presenta reiteradamente, su intensidad es elevada y de prolongada duración. Consiste en una reacción desproporcionada frente a un estímulo o situación estresante, e interfiere significativamente con la vida de quien la padece, incapacitándolo cada vez más, por lo cual requiere tratamiento específico.¹⁶

NIVELES DE ANSIEDAD

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad: leve, moderado y grave. Cada uno de ellos presenta unas manifestaciones diferentes que varían en intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona, en sus diferentes dimensiones (fisiológica, cognitiva y comportamental).

a) Nivel de ansiedad leve

Se caracteriza principalmente por un estado de alerta en el que la percepción y la atención de la persona están incrementadas. Sin embargo, la persona conserva la capacidad para afrontar y resolver situaciones problemáticas. A nivel fisiológico, una ansiedad leve puede provocar insomnio y sensación de malestar y agotamiento físico.

b) Nivel de ansiedad moderada

Provoca una disminución de la atención y de la percepción, dificultades de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva. A nivel fisiológico, la ansiedad moderada se manifiesta a través de un aumento

de la frecuencia cardíaca y respiratoria, pudiendo producirse además temblores y estremecimientos.

c) Nivel de ansiedad severa

Se caracteriza principalmente por la incapacidad de la persona para concentrarse y por una percepción muy reducida de la realidad. A nivel fisiológico, la persona puede presentar taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas.¹⁷

SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD

a) Físicos

- Tensión: fatiga, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud y/o falta de relajación.
- Sueño: dificultad para conciliarlo, sueño interrumpido con sensación de fatiga o malestar al despertar y/o pesadillas, temores nocturnos, sensación de no haber descansado al levantarse.
- Síntomas somáticos musculares: espasmos en los músculos o calambres, tics, voz vacilante, flacidez en los músculos faciales, dolores musculares, rigidez muscular y rechine de los dientes.
- Síntomas somáticos sensoriales: cambios de temperatura en el cuerpo, sensaciones cambiantes de frío/calor, sensación de debilidad, visión borrosa o nebulosa, zumbido de oídos y sensaciones parestésicas como pinchazos, picazón u hormigueos.
- Síntomas cardiovasculares: arritmias, taquicardia, elevación de la frecuencia cardíaca, palpitaciones inesperadas, dolor

precordial (pecho), sensación de baja presión o desmayo y pulsaciones vasculares pronunciadas.

- Síntomas respiratorios: sensación de ahogo, suspiros, disnea y opresión en el tórax.
- Síntomas gastrointestinales: heces blandas, heces más claras tono arcilla dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor estomacal, náuseas, vómitos, pérdida de peso inesperada, constipación sin sentido aparente y pesadez abdominal.
- Síntomas genitourinarios: micción urgente, micciones más frecuente de lo normal, amenorrea, menorragia, pérdida de libido, eyaculación precoz, frigidez e impotencia sexual.
- Síntomas del sistema nervioso autónomo: cefaleas por tensión, bello erecto instantáneo (piel de gallina), sudación extrema y repentina sin sentido aparente, boca seca, enrojecimiento instantáneo sin razón alguna, sensación de atragantamiento, irritación de la piel, parálisis del cuerpo, palidez y vértigos.
- Conducta al pensar en los síntomas: deglución de saliva, temblor de manos, tensión facial causada por la preocupación, suspiros y respiración rápida.¹⁸

b) Mentales

- Estado: preocupaciones exhaustivas, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad, sensación de estar fuera de uno mismo (fuera del cuerpo), colapsar la mente de pensamientos fuertes (el por qué profundo de las cosas), estar seguro mentalmente de que la mente va a enloquecer en décimas de segundo, visiones mentales de imágenes fuertes de muerte o daño en seres cercanos o uno mismo,

sensación de irrealidad o de estar separado de sí mismo, búsqueda de sentido irreal y/o pensar en cosas sin sentido.

- Temores o miedo: a los desconocidos, a la oscuridad, a quedarse solo, a estar rodeado de la gente a la que se quiere por temor a hacer daño, a los animales, al tráfico o a las multitudes. Miedo a sufrir un infarto repentino, a morir, al atragantamiento, a la deglución extrema o nula de saliva, a no tener control sobre uno mismo, a que ocurra algo verdaderamente malo, a vomitar, a respirar más o menos de lo normal, a estar en sitios pequeños y sin salida rápida como pueden ser los ascensores, o a los sitios grandes, a estar solo o con gente, a viajar fuera del lugar de residencia, o subir a un medio de transporte, a cosas concretas, a tener crisis de ansiedad, a ver sangre o inyecciones, a volverse loco, a perder la cabeza. También se generan preocupaciones y vueltas de cabeza irrazonables sobre cosas con y sin trascendencia en la vida, e incluso imágenes o pensamientos horribles que aparecen de repente y que son difíciles de evitar.
- Intelectualidad (funciones cognitivas): falta de concentración, sensación de mente en blanco, aturdimiento, escasa memoria y/o dificultad de concentración, fallo de la memoria repentino, despistes continuos, susceptibilidad, malinterpretaciones, sensación de confusión, incremento de dudas en todo aspecto, negatividad.
- Humor depresivo: pérdida de interés, falta de placer en cualquier pasatiempo o cosa, depresión, despertarse más a menudo por la noche y antes de tiempo por la mañana y/o variaciones anímicas a lo largo del día.
- Sensación al pensar en los síntomas: inquietud, impaciencia e intranquilidad.¹⁸

CAUSAS DE LA ANSIEDAD

Las causas de la ansiedad se pueden encontrar tanto en comportamientos internos o propios de la persona como en su entorno social y ambiental.

a) Factores personales

Podemos citar como principales los vinculados a sentimientos y deseos de la persona (baja autoestima y auto concepto, necesidad de ser perfecto, necesidad de dominar a los demás, necesidad de ser amado por todo el mundo, etc.) y factores vinculados a situaciones personales de pérdida, cambio y crisis (enfermedad, hospitalización, matrimonio, separación, nacimiento de un hijo, muerte de un ser querido, etc.).

b) Factores familiares

Incluyen cambios en los roles familiares (un miembro de la familia enfermo, un miembro de la familia en paro), demandas familiares (celebraciones, reuniones, visitas a la familia) y dificultades en la dinámica familiar (falta de comunicación, incorporación o pérdida de un miembro de la familia, enfermedad, etc.).

c) Factores sociales

Podemos clasificarlos en elementos estresantes interpersonales, que derivan de las relaciones con los demás (amigos, vecinos, etc.); elementos estresantes económicos (paro, desempleo, pagos imprevistos, cambios bruscos de ingresos, etc.); elementos estresantes laborales (exceso de

trabajo, presiones por parte de superiores, etc.), y elementos estresantes ambientales (ruidos, tráfico, contaminación, etc.).¹⁷

RESPUESTAS A LA ANSIEDAD

Las formas de responder a las situaciones y eventos que causan ansiedad son múltiples y específicas para cada persona o situación. Sin embargo, podemos señalar dos grandes categorías de respuestas:

- a) Respuestas defensivas empleando mecanismos de defensa:** Son modos de comportamiento inconscientes que la persona utiliza para hacer frente a situaciones o eventos que le provocan ansiedad. Estos mecanismos los utilizan todas las personas en mayor o menor medida, considerándolos respuestas adaptativas favorecedoras siempre que no se haga un uso excesivo (en el tiempo de duración y en la intensidad y forma con la que se utilicen), pasando a convertirse en patrones típicos de la conducta de la persona. Los principales mecanismos de defensa que pueden darse son la proyección, el desplazamiento, la negación, la represión, la racionalización, la intelectualización, la agresión y la hostilidad, entre otros. Varios mecanismos pueden estar presentes en un mismo comportamiento o aparecer de forma aislada.

- b) Respuestas ofensivas empleando procesos de afrontamiento activo:** Son comportamientos dirigidos a solucionar el problema o a hacer frente de forma activa a la situación que desencadena o causa ansiedad. Para poder

responder de forma activa a la ansiedad, es necesario tomar conciencia de la misma e identificarla como tal, vinculándola a la situación o estímulo problemático desencadenante. Esta toma de conciencia es el paso previo para desarrollar y aplicar estrategias que permitan a la persona afrontar y manejar eficazmente la ansiedad en su vida. Las estrategias para reducir, eliminar o manejar la ansiedad pueden ir dirigidas a provocar cambios en el medio ansioso o bien a modificar la forma en que la persona percibe la situación. Existen numerosas técnicas y procedimientos para el manejo y control de la ansiedad. En su selección hay que considerar tanto las características de las personas implicadas como las de la situación en la que deben aplicarse. De entre las más utilizadas podemos citar las técnicas de relajación, masaje, asertividad, reestructuración cognitiva, resolución de problemas, biofeedback, meditación, control de estímulos, etc., todas ellas dirigidas a fomentar la independencia y el autocontrol de la persona sobre sí misma y sobre la situación.¹⁷

CLASIFICACIONES

Existen unos criterios universales para determinar si el comportamiento de una persona cabe diagnosticarlo como un trastorno de ansiedad. Estos criterios están recogidos en las dos clasificaciones de trastornos mentales (o psicopatológicos) más importantes:

- DSM-IV- TR (Asociación de Psiquiatras Americanos, APA).
- CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, OMS).

La DSM-IV-TR enumera doce trastornos de ansiedad y en la CIE-10 los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos.¹⁵

DSM-IV-TR	CIE-10
	Trastorno de ansiedad fóbica
Fobia social	Fobias sociales
Fobia simple	Fobias específicas
Agorafobia de crisis de angustia	Agorafobia
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno de angustia con agorafobia	Trastorno de angustia
Trastorno de angustia son agorafobia	
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
	Trastorno mixto ansioso-depresivo
	Otro trastorno mixto de ansiedad
	Otros trastornos de ansiedad
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
	Reacciones de estrés y trastorno de adaptación
Trastorno por estrés postraumático	Trastorno por estrés postraumático
Trastorno por estrés agudo	Reacción de estrés agudo
	Trastorno de adaptación
	Trastorno disociativos
Trastorno de ansiedad debido a una enfermedad medica	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
	Trastorno somatomorfos
Trastorno de ansiedad no especificado	Otros trastornos neuróticos

ESCALA DE CALIFICACION DE ANSIEDAD DE HAMILTON

La Escala de calificación de ansiedad de Hamilton (HAM-A), es un cuestionario psicológico usado para calificar la severidad de la ansiedad de un paciente. La escala está destinada para adultos, jóvenes, y niños, y debiera tomar aproximadamente diez a quince minutos para administrarse. Fue originalmente publicada por Max Hamilton, en 1959. La escala es un documento público. Desde que está en el dominio público, está ampliamente disponible para su administración.¹⁹

a) Estructura

La escala de calificación de ansiedad de Hamilton, está compuesta de catorce ítems. En la escala, cada ítem está presentado en un formato específico, con una descripción breve de los criterios, Esta descripción, está en la forma de una frase corta, que elabora sobre el ítem. Cada criterio en la escala, es un sentimiento independiente, que es relacionado a la ansiedad. La colaboración de cada uno, de aquellos criterios de calificaciones independientes, son significantes para evaluar la severidad de la ansiedad del paciente.

- Humor ansioso: preocupación, anticipación de lo peor, anticipación temerosa, irritabilidad.
- Tensión: sentimientos de tensión, fatigabilidad, respuesta en alarma, (movido a) llorar fácilmente, temblores, sentimientos de intranquilidad, incapacidad para relajarse.
- Miedos: a la oscuridad, a los extraños, a ser dejado/a solo/a, a los animales, al tráfico (tránsito), a la/las multitud/es.

- Insomnio: dificultad para quedarse dormido, interrupción de sueño, sueño no satisfactorio y fatiga al despertar, sueños, pesadillas, terrores nocturnos.
- Intelectual: dificultad para concentración, memoria pobre.
- Humor depresivo: pérdida de interés, falta de placer en hobbies, depresión, temprano despertar, oscilación diurna.
- Somático (muscular): dolores y sufrimientos, crispaciones, rigideces, apretar de dientes, voz inestable, tono muscular incrementado.
- Somático (sensorial): tinnitus, visión borrosa, rubores en frío y calor, sentimientos de debilidad, sensación de hormigueo.
- Síntomas cardiovasculares: taquicardia, palpitaciones, dolor en pecho, palpitación de vasos, sentimiento de desvanecimiento, latidos perdidos.
- Síntomas respiratorios: presión o constricción en pecho, sentimientos de ahogo, suspiros, disnea.
- Síntomas gastrointestinales: Dificultad para tragar, dolor por flatulencia abdominal, sensaciones de ardor, plenitud abdominal, náuseas, vómitos, relajación intestinal, pérdida de peso, constipación.
- Síntomas genitourinarios: micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, desarrollo de frigidez, eyaculación prematura, pérdida de libido, impotencia.
- Síntomas autonómicos: boca seca, enrojecimiento, palidez, tendencia a sudar, mareos, dolor de cabeza por tensión, tomarse el pelo,
- Conducta en entrevista: jugueteo, intranquilidad ó estimulación, temblor en manos, ceño fruncido, cara tensa, suspiros o respiración rápida, palidez facial, tragar (repetidamente).¹⁹

b) Puntuación

Esta puntuación está basada sobre la calificación compuesta de catorce criterios individualmente evaluados.

Cada ítem, es puntuado independientemente, basado una escala proporcional de cinco puntos. Una calificación de "0", indica que el sentimiento no está presente en el paciente. Una calificación de "1", indica leve prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "2", indica moderada prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "3", indica severa prevalencia del sentimiento en el paciente. Una calificación de "4", indica muy severa prevalencia del sentimiento en el paciente. Sobre la terminación de la evaluación, el médico compila un total, puntaje compuesto basado en la suma de cada uno de los 14 ítems, individualmente calificados. Este cálculo rendirá una puntuación exhaustiva en el rango de 0 a 56. Ha sido predeterminado que los resultados de la evaluación, pueden ser interpretados como siguen. Una puntuación de 17 o menos, indica leve severidad de ansiedad. Una puntuación entre 18 y 24, indica leve a moderada severidad de ansiedad. Finalmente, una puntuación de 25 a 30, indica severidad de moderada a severa.

Además se pueden obtener dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

En su versión original, esta escala ha demostrado poseer unas buenas propiedades psicométricas y es ampliamente utilizada en la evaluación clínica del trastorno de ansiedad.¹⁹

ADOLESCENCIA

La organización mundial de la salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose tres fases: la adolescencia temprana (10 a 13 años), la adolescencia media (14 a 16 años) y la adolescencia tardía (17 a 19 años).²⁰

En el Perú el ministerio de salud define la adolescencia como la etapa que transcurre desde los 12 años hasta los 17 años 11 meses y 29 días.⁷

FASES DE LA ADOLESCENCIA

a) Adolescencia temprana

Abarca desde los 10 años hasta los 13 años, es aquí donde se enfrenta a los cambios propios de la pubertad: crecimiento rápido, caracteres sexuales secundarios y capacidad reproductiva. Inicia la adaptación al cuerpo nuevo, imagen corporal. Comienza la separación de la familia, interacción con pares del mismo sexo, atracción por el sexo opuesto, primeros enamoramientos, en relación al entorno Familiar existe una ambivalencia (afecto y rechazo; dependencia y autonomía), primeros conflictos y peleas, rebeldía y obstinación. Impulsividad. Cambios de humor y Pensamiento concreto aún.²⁰

b) Adolescencia media

Abarca desde los 14 años hasta los 16 años. En esta etapa se completan cambios puberales. Existe una intensa preocupación por la apariencia física. Búsqueda de la propia identidad: diferente a la del adulto (lenguaje, ropa). Aumenta distanciamiento con la familia. Grupo de amigos: mixtos. Amistad con mayor intimidad y grupos de pertenencia (positivos o negativos). Proceso de Identidad de la

personalidad y definición de la orientación sexual. Primeros enamoramientos. Aparición de conductas nuevas. Fluctuaciones emocionales extremas. Mayores conflictos con los padres y otros adultos: “caída de los ídolos”. Cuestionamiento de las conductas y valores. Hipercríticos de los adultos. Pensamiento más abstracto e hipotético deductivo. Desarrollo cognitivo: aumenta la capacidad de razonamiento y las exigencias escolares. Aparición de las conductas de riesgo. Egocentrismo. Necesidad de mayor autonomía: Distanciamiento (libertad) vs. Acompañamiento (límites y contención).²⁰

c) Adolescencia tardía

Abarca desde los 17 años hasta los 19 años. Se da la maduración biológica completa. Aceptación de la imagen corporal. Consolidación de la identidad: ¿quién soy? ¿qué haré con mi vida?. Definición de la vocación y lo necesario para lograrlo. Relaciones de pareja más estables. Mayor capacidad de intimar en sus relaciones interpersonales: relaciones más maduras, los amigos influyen menos. Identidad sexual estructurada. Nivel de pensamiento adulto. Familia: vuelven relaciones con los padres más cercanas, menos conflictos. Formación escala de valores propios, desarrollo moral consolidado.²⁰

NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD EN LA ETAPA DE VIDA ADOLESCENTE

La Atención Integral de Salud de las y los Adolescentes comprende la provisión continua, integrada y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud de las y los adolescentes,

en el contexto de su vida en familia, institución educativa y en la comunidad.⁷

La Evaluación Integral de Salud de las y los Adolescentes comprende la evaluación nutricional, la evaluación del desarrollo psicosocial, la evaluación del desarrollo sexual según Tanner, la evaluación de riesgo cardiovascular, la evaluación de la agudeza visual y auditiva, la evaluación odontológica, la evaluación físico postural evaluación clínica orientada a la búsqueda de patologías, el tamizaje de violencia, adicciones, depresión, ansiedad y la aplicación del cuestionario de habilidades sociales. Todas estas evaluaciones se realizan al momento de elaborar el Plan de Atención Integral de Salud de las y los Adolescentes.⁷

- a) Finalidad:** Contribuir a la Atención Integral de Salud de calidad para las y los Adolescentes, con enfoque de derechos, género, diversidad, interculturalidad, prevención de riesgo, igualdad de oportunidades, equidad e intergeneracionalidad.

- b) Objetivo:** Establecer los criterios técnicos y administrativos para la atención integral de las y los adolescentes residentes en el Perú cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en la Familia y Comunidad.⁷

CUIDADOS DEL RECIÉN NACIDO

a) Cuidado: es el conjunto de actividades y el uso de recursos para lograr que la vida de cada persona, esté basada en la vigencia de los derechos humanos. Prioritariamente, el derecho a la vida en primera persona.²²

b) Recién nacido: Es la etapa del ciclo vital que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida. En este período se completan los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina. Los cuidados que brinda la madre adolescente están dirigidos a promover el bienestar de su recién nacido.²³

c) Alimentación del recién nacido

La leche materna (de pecho) es el único alimento que el recién nacido necesita durante los primeros seis meses de vida. No son necesarios agua, agua azucarada, jugo ni bebidas con electrolitos. No se debe ofrecer leches enlatadas, ya que estas son ricas en proteínas y sales y son más difíciles de digerir. Además, estas leches no contienen muchas de las vitaminas y minerales que el bebé necesita. Son especialmente bajas en ácido fólico y vitamina B12, nutriente que ayudan a prevenir la anemia y deficiencia de hierro.²⁴

La lactancia materna es la forma ideal de aportar a los niños pequeños los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables. Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información y del apoyo de su familia y del sistema de atención de salud. La OMS recomienda la lactancia materna

exclusiva durante seis meses, la introducción de alimentos apropiados para la edad y seguros a partir de entonces, y el mantenimiento de la lactancia materna hasta los 2 años o más.²⁵

Ventajas de la lactancia materna

La lactancia materna protege la salud de las madres de muchas maneras y puede beneficiar a toda la familia emocional y económicamente.

Las ventajas de que el recién nacido reciba leche materna son las siguientes:

- La leche materna contiene exactamente los nutrientes que el recién nacido necesita.
- La leche materna se digiere fácilmente y el cuerpo del recién nacido la utiliza eficazmente.
- La leche materna protege al recién nacido contra las infecciones.
- Cuesta menos que la alimentación artificial.
- Ayuda a la madre y a su recién nacido a establecer un buen vínculo afectivo, es decir, a desarrollar una relación de cariño muy estrecha entre ellos.
- Ayuda al desarrollo del recién nacido.
- Puede ayudar a retrasar un nuevo embarazo.
- Protege la salud de la madre: Ayuda al útero a recobrar su tamaño previo. Esto contribuye a reducir el sangrado posterior al parto y puede contribuir a prevenir la anemia. La lactancia también reduce el riesgo de sufrir de cáncer de ovario y posiblemente de cáncer de mama.²⁶

d) El baño

Durante el primer año de vida, sólo es necesario bañar al recién nacido cada 2 o 3 días. Hay varias maneras adecuadas de bañar al recién nacido; sin embargo, se deben seguir ciertas pautas básicas:

- Bañar al recién nacido en un medio ambiente cálido y sin corrientes de aire.
- Tener listos los artículos de baño antes de comenzar el baño.
- Mantener la temperatura del agua confortablemente tibia, no caliente. Antes de sumergirlo en el agua, pruebe la temperatura con el codo.
- Lavar primero la cara del recién nacido con agua y una toallita. Lavar sus ojos partiendo de la esquina interior a la exterior, utilizando diferentes partes de la toallita para cada ojo.
- Lavar el resto del cuerpo del recién nacido con un jabón ligero sin desodorante y una toallita suave, trabajando hacia abajo, hacia los pies del recién nacido. Prestar atención especial a los pliegues de la piel.
- Al lavarle los genitales, siempre se debe limpiar a las niñas de adelante hacia atrás. Si es niño y no le han hecho la circuncisión, nunca jale el prepucio del pene hacia atrás con fuerza.
- Para evitar la pérdida de calor, lave al último el cabello del recién nacido.
- cúbrale la cabeza con una toalla seca para ayudar a mantener caliente al recién nacido después del baño.
- Sólo utilice lociones sin fragancia y sin alcohol.²⁴

e) Cuidado del cordón umbilical

El cordón umbilical del recién nacido no requiere cuidados especiales, a excepción de mantenerlo limpio y seco. Si el cordón se llegara a ensuciar (por ejemplo, si hay una pequeña cantidad de secreción en el cordón, o alrededor de él), se debe limpiar con una gasa y alcohol, y dejar que se seque. Puesto que no hay terminaciones nerviosas en el cordón umbilical, no es necesario preocuparse de lastimar al recién nacido. Si dobla el pañal del bebé debajo del cordón, mejorará la circulación de aire, ayudando a mantener seco el cordón. Después de que se caiga el cordón, por lo general entre 12 y 14 días después del nacimiento, es posible que note un poco de supuración y un leve sangrado. Esto es normal; sólo limpie cuidadosamente el sitio del cordón hasta que cese la secreción. Sin embargo, si la piel alrededor del cordón umbilical se torna roja, firme y/o tiene pus o mal olor, acérquese al establecimiento de salud, ya que podría tratarse de una infección.²⁴

f) Cuidado perianal

Las primeras evacuaciones del recién nacido consisten en un material pegajoso negro o café verdoso, llamado meconio. Al cuarto día de edad, las evacuaciones deben tornarse del color amarillo característico de una dieta de leche. El color, consistencia y cantidad de evacuaciones varía. Un recién nacido alimentado con leche materna tiende a tener evacuaciones blandas de color amarillento o mostaza cuyo olor no es muy fuerte. Las fórmulas de leche producen evacuaciones pastosas y formadas, de color entre amarillo claro y marrón, con un fuerte olor a leche agria. Son normales algunas variaciones en el color y la textura,

siempre y cuando el recién nacido parezca estar saludable.
Es común que, al defecar, parezca estar pujando.²⁴

2.1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Ansiedad:** puede definirse como una anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza. Es importante entender la ansiedad como una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Así, cierto grado de ansiedad es incluso deseable para el manejo normal de las exigencias del día a día. Tan sólo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando malestar significativo con síntomas que afectan tanto al plano físico, como al psicológico y conductual.¹⁵
- **Adolescencia:** La organización mundial de la salud define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose tres fases: la adolescencia temprana (10 a 13 años), la adolescencia media (14 a 16 años) y la adolescencia tardía (17 a 19 años).²⁰

El Ministerio de Salud determina la etapa de adolescencia entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días.⁷

- **Recién Nacido:** Es la etapa del ciclo vital que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida. En este período se completan los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina.²²
- **Primípara:** mujer que pare por primera vez.²⁶

CAPÍTULO III PRESENTACIÓN, INTERPRETACIÓN, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el presente capítulo se muestran los resultados obtenidos del estudio.

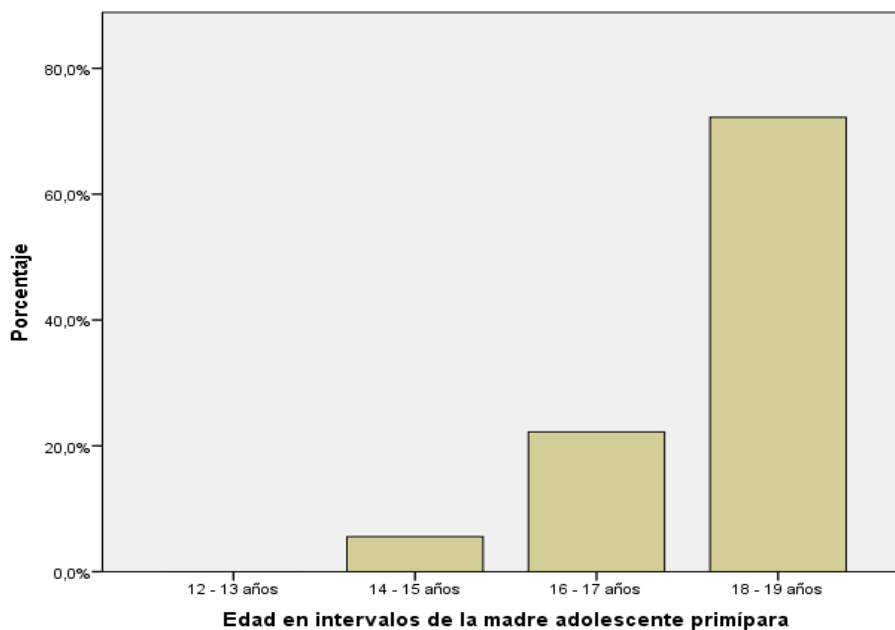
Para el proceso y análisis estadístico se utilizó el programa SPSS versión 22, donde se analizaron los datos obtenidos del instrumento. Para mejorar la presentación de las tablas y gráficos se usó el programa de Excel 2013 para darle mejor formato y presentación.

**TABLA N°1: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
SEGÚN EDAD**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
Validos				
14 - 15 años	2	5,6	5,6	5,6
16 - 17 años	8	22,2	22,2	27,8
18 - 19 años	26	72,2	72,2	100,0
Total	36	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

**GRÁFICO N° 1: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES
PRIMÍPARAS SEGÚN EDAD**



FUENTE: Elaboración propia

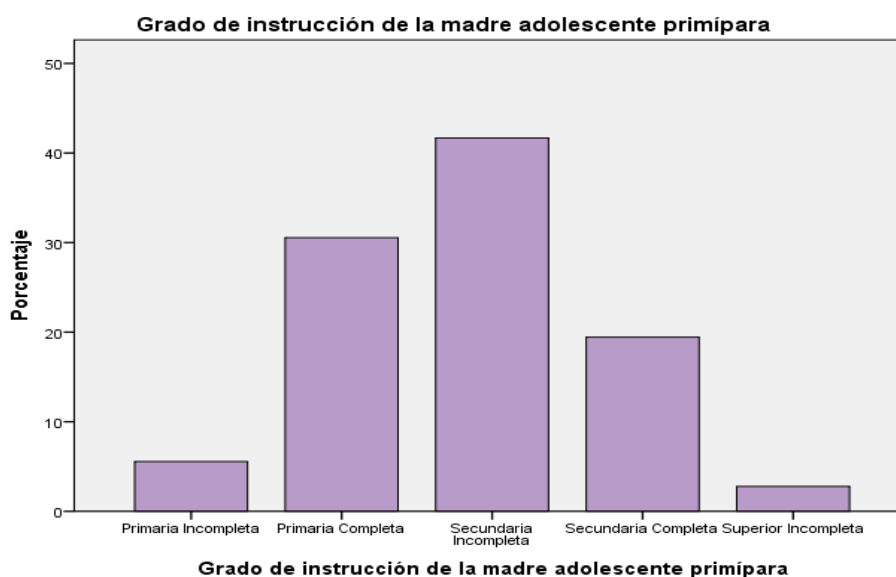
Interpretación: Se puede observar que para la variable cualitativa Edad (en intervalos) el 72,2 % corresponden a adolescentes de entre 18 y 19 años de edad, el 22,2% corresponde a las adolescentes de 16-17 años y el 5,6 % corresponde a las adolescentes de 14-15 años.

**TABLA N°2: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Primaria Incompleta	2	5,6	5,6	5,6
Primaria Completa	11	30,6	30,6	36,1
Secundaria Incompleta	15	41,7	41,7	77,8
Secundaria Completa	7	19,4	19,4	97,2
Superior Incompleta	1	2,8	2,8	100,0
Total	36	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

**GRÁFICO N°2: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN**



FUENTE: Elaboración propia

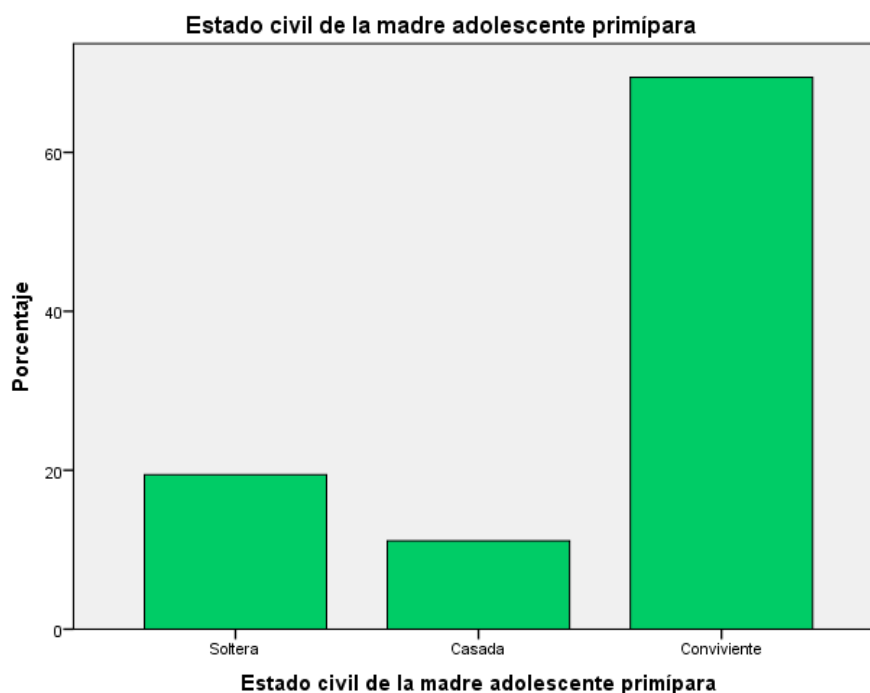
Interpretación: Del total de mujeres en la muestra (36), se aprecia que la gran mayoría un 97,2 % llegó solo a estudiar primaria y secundaria. Así se distribuyen de la siguiente manera: un 30,6 % solo llegó a estudiar primaria, un 22,3 % solo llegó a estudiar en secundaria y solo un 2,8 % llegó a tener educación superior pero incompleta. Se observa que hay más porcentaje de deserción en la secundaria incompleta que cualquier otro grado de instrucción.

**TABLA N°3: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
SEGÚN ESTADO CIVIL**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Soltera	7	19,4	19,4
	Casada	4	11,1	30,6
	Conviviente	25	69,4	100,0
	Total	36	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia

**GRÁFICO N°3: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
SEGÚN ESTADO CIVIL**



FUENTE: Elaboración propia

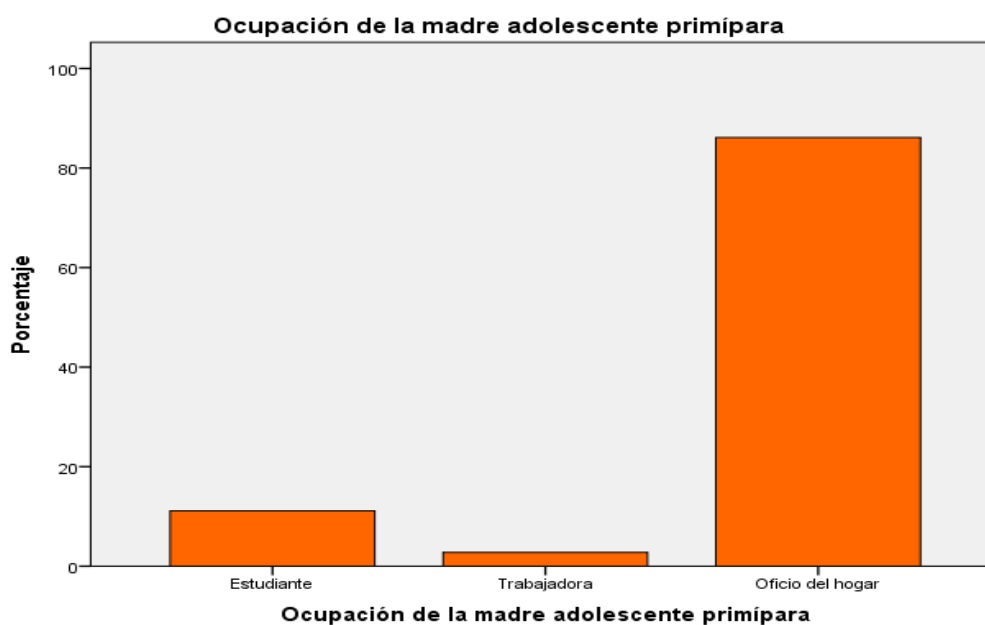
Interpretación: Del total de madres adolescentes primíparas se aprecia que el 69,4 % son convivientes, un 11,1 % casadas y un 19,4 % solteras. Es decir un 80,5 % tienen la presencia de una pareja en su hogar, el restante 19,4 % no la tiene como tal.

**TABLA N° 4: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS
SEGÚN OCUPACION**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Estudiante	4	11,1	11,1
	Trabajadora	1	2,8	13,9
	Oficio del hogar	31	86,1	100,0
	Total	36	100,0	100,0

FUENTE: Elaboración propia

**GRÁFICO N°4: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES
PRIMÍPARAS SEGÚN OCUPACION**



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Del total de madres adolescentes primíparas se aprecia que el 86,1 % tiene como ocupación el ser ama de casa (oficio del hogar), un 11,1 % es estudiante y solo un 2,8 % trabaja (es decir trabajo fuera de casa).

ELABORACIÓN DE TABLAS

CASO 1: variables totales con 3 categorías internas

Se crearon las variables finales que agrupan las dimensiones del cuidado del recién nacido en 3 niveles (Poco, Moderado y Mucho) para cada uno de los 3 ámbitos: Baño del recién nacido, lactancia materna y llanto del recién nacido.

También se creó la variable final que totaliza los 3 aspectos anteriores en una sola dimensión pero con 3 niveles de categorización interna.

TABLA Nº 5: CUIDADO DEL RECIEN NACIDO

DIMENSIONES	POCO	MODERADO	MUCHO
CUIDADO TOTAL	de 0-10 de las 21 preg	de 11-16 de las 21 preg	de 17-21 de las 21 preg
PUNTUACION	32-42	26-31	21-25
BAÑO	de 0-4 de las 10 preg	de 5-8 de las 10 preg	de 9-10 de las 10 preg
PUNTUACION	16-20	12-15	10-11
LACTANCIA	de 0-3 de las 7 preg	de 4-5 de las 7 preg	de 6-7 de las 7 preg
PUNTUACION	11-14	9-10	7-8
LLANTO	de 0-1 de las 4 preg	de 2-3 de las 4 preg	de 4 de las 4 preg
PUNTUACION	7-8	5-6	4

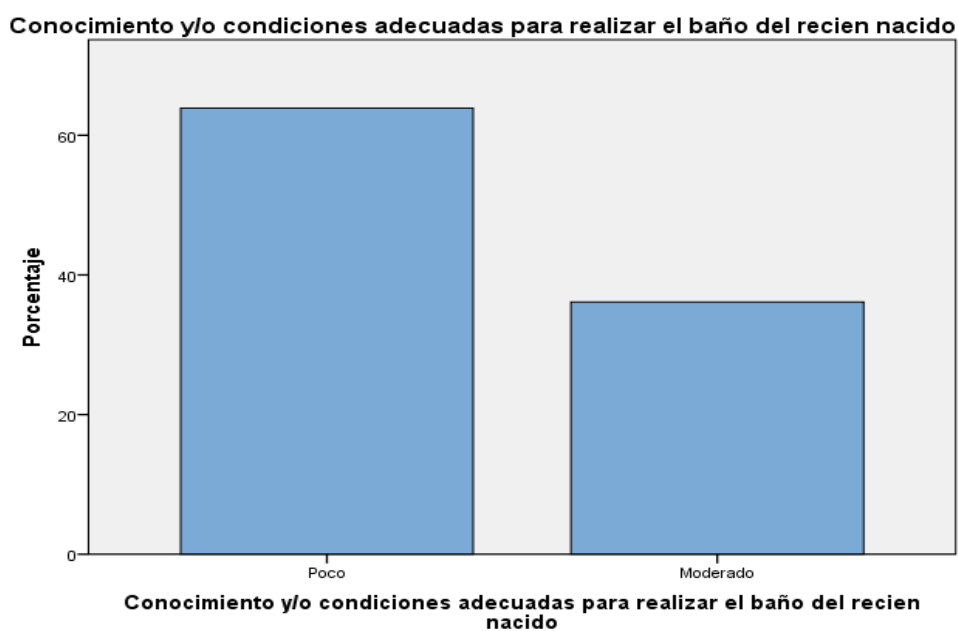
FUENTE: Elaboración propia

TABLA Nº 6: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA REALIZAR EL BAÑO DEL RECIÉN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poco	23	63,9	63,9	63,9
Válidos Moderado	13	36,1	36,1	100,0
Total	36	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO Nº 6: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA REALIZAR EL BAÑO DEL RECIÉN NACIDO



FUENTE: Elaboración propia

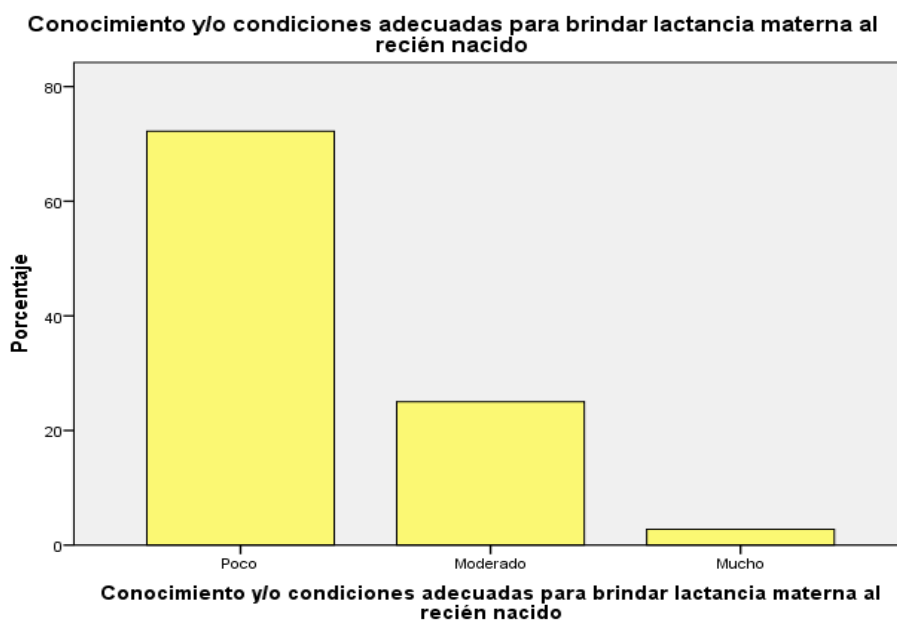
Interpretación: Se observa que el 63,9 % de madres adolescentes primíparas tiene poco conocimiento y/o condiciones adecuadas para realizar el baño de su recién nacido, a diferencia del 36,1 % que tiene un moderado conocimiento y/o condiciones adecuadas para realizar el baño de su recién nacido.

TABLA Nº 7: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA BRINDAR LACTANCIA MATERNA AL RECIÉN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poco	26	72,2	72,2	72,2
Válidos Moderado	9	25,0	25,0	97,2
Mucho	1	2,8	2,8	100,0
Total	36	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO Nº 7: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA BRINDAR LACTANCIA MATERNA AL RECIÉN NACIDO



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Del total de madres adolescentes primíparas se aprecia que el 72,2 % tiene poco conocimiento y/o condiciones adecuadas para brindar lactancia materna a su recién nacido, el 25 % tiene moderado conocimiento y/o condiciones adecuadas para brindar lactancia materna a su recién nacido y

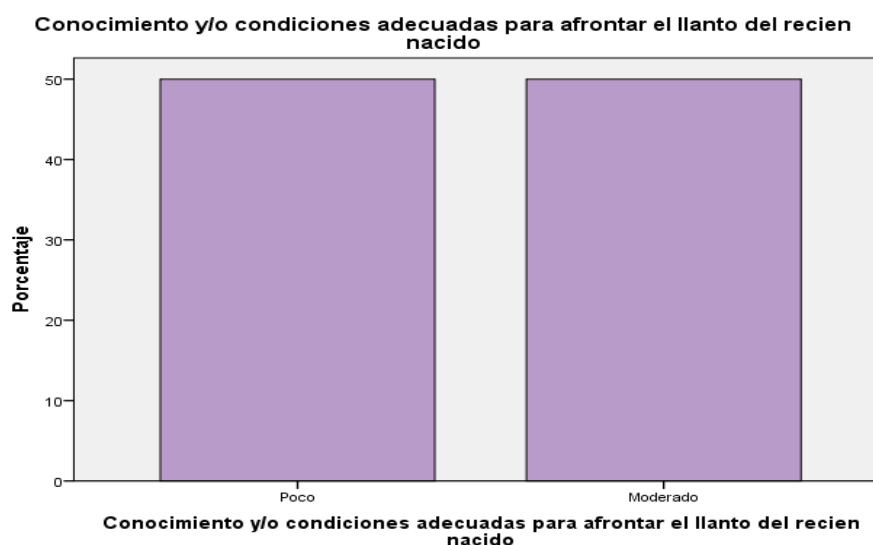
solo el 2,8 % tiene mucho conocimiento y/o condiciones adecuadas para brindar lactancia materna a su recién nacido.

TABLA Nº 8: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA AFRONTAR EL LLANTO DEL RECIÉN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poco	18	50,0	50,0	50,0
Válidos Moderado	18	50,0	50,0	100,0
Total	36	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO Nº 8: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA AFRONTAR EL LLANTO DEL RECIÉN NACIDO



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Del total de madres adolescentes primíparas se aprecia que el 50 % tiene poco conocimiento y/o condiciones adecuadas para afrontar el llanto de su recién nacido y el 50 % tiene moderado conocimiento y/o condiciones adecuadas para afrontar el llanto de su recién nacido.

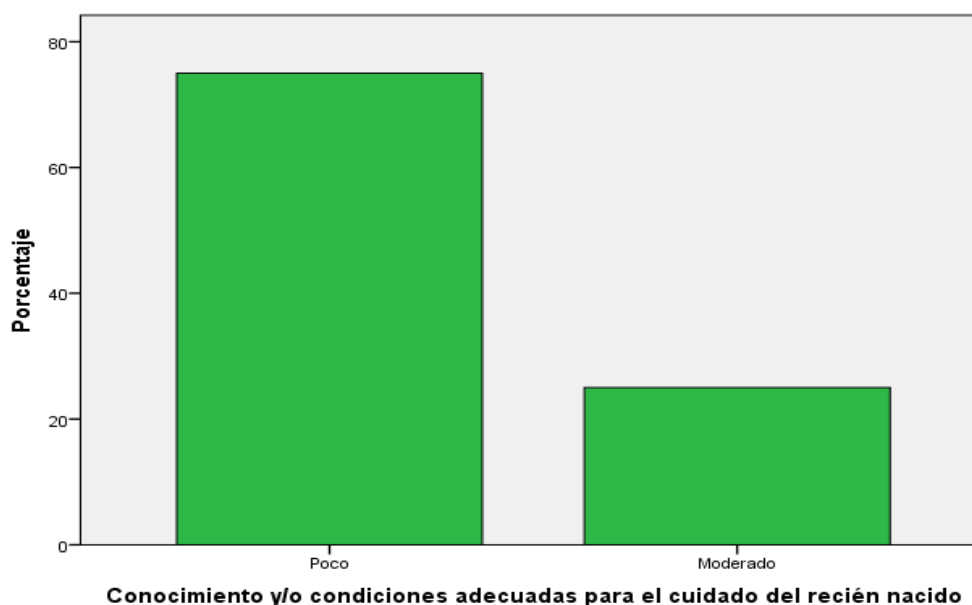
TABLA Nº 9: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Poco	27	75,0	75,0	75,0
Válidos Moderado	9	25,0	25,0	100,0
Total	36	100,0	100,0	

FUENTE: Elaboración propia

GRÁFICO Nº 9: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO

Conocimiento y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Del total de madres adolescentes primíparas se aprecia que el 75 % tiene poco conocimiento y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido en sus tres ámbitos (baño, lactancia materna y llanto del recién nacido) y el 25 % tiene moderado conocimiento y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido en sus tres ámbitos (baño, lactancia materna y llanto del recién nacido).

ESTADÍSTICA INFERENCIAL

Prueba Chi-Cuadrado para Independencia

Planteamiento de la hipótesis

Ho: No existe una relación significativa entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2016.

H1: Existe una relación significativa entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2016

Nivel de significancia: $\alpha=0.05$

Estadístico de Prueba o contraste: Chi cuadrada para Independencia

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,400 ^a	1	,020		
Corrección por continuidad ^b	3,750	1	,053		
Razón de verosimilitudes	6,086	1	,014		
Estadístico exacto de Fisher				,026	,023
Asociación lineal por lineal	5,250	1	,022		
N de casos válidos	36				

- a. 1 casillas (25.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4.00.
- b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Regla de Decisión:

Si $p\text{-valor} < \alpha=0.05$, entonces se rechaza la Hipótesis Nula H_0

Si $p\text{-valor} \geq \alpha=0.05$, entonces no se rechaza la Hipótesis Nula H_0

Decisión:

Usando un nivel de significancia de $\alpha=0.05$ y debido a que el $p\text{-valor}=0.020 < \alpha=0.05$ ($p\text{-valor}=0.020$ es menor que el $\alpha=0.05$) entonces se rechaza la hipótesis nula de Independencia con lo cual se prueba que: El nivel de ansiedad no es independiente del cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas; es decir están relacionados entre sí.

ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO

En un análisis de factores de riesgo solo es posible la construcción o cálculo de los ODDS RATIO (OR) y de los RIESGOS RELATIVOS (RR) según sea el caso, solo usando variables cualitativas dicotómicas y con información en cada una de las 2 categorías de ambas variables a analizar simultáneamente.

CASO 2: variables totales con 2 categorías internas

Para realizar el análisis de factores de riesgo se crearon las variables finales que agrupan las dimensiones del cuidado del recién nacido en 2 niveles (Si, No) para cada uno de los 3 ámbitos: Baño del recién nacido, lactancia materna, llanto del recién nacido.

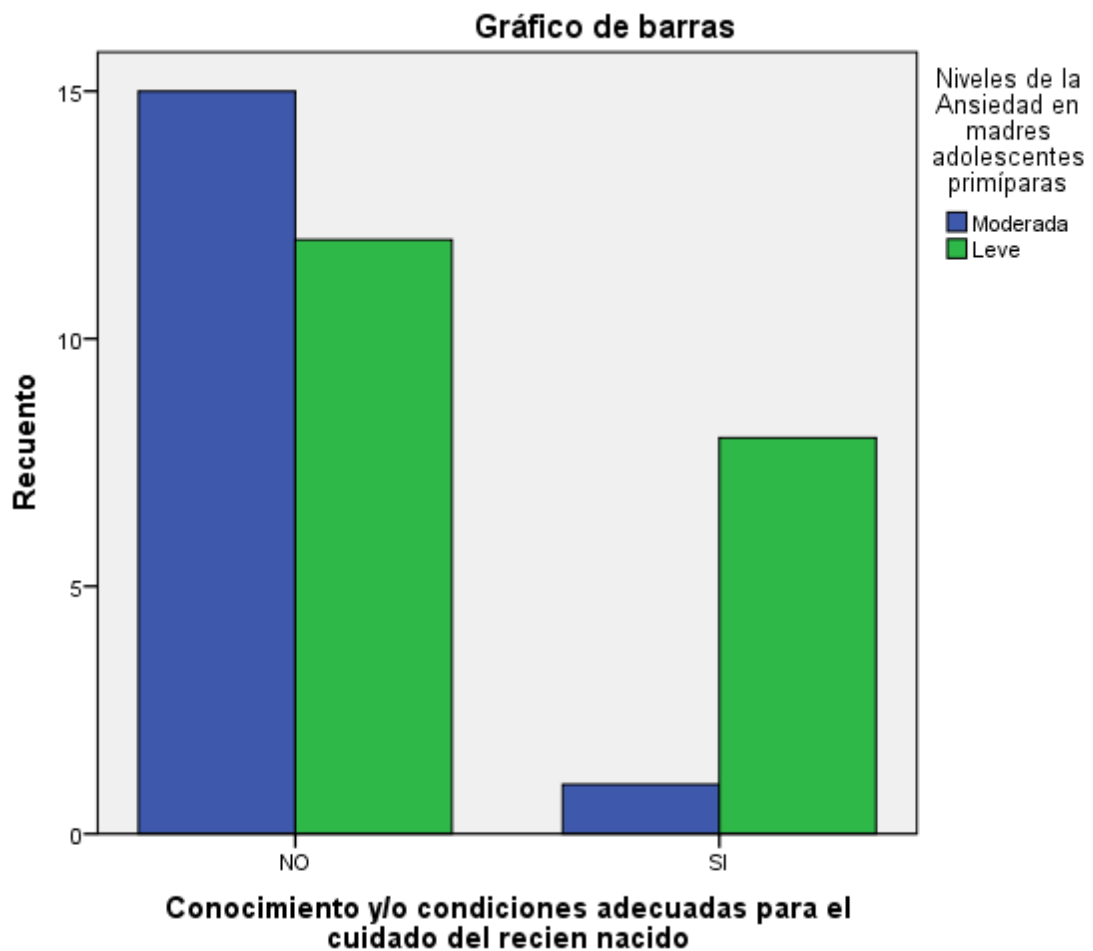
También se creó la variable final que totaliza los 3 ámbitos anteriores en una sola dimensión pero con 2 niveles de categorización interna (Si, No).

TABLA N° 10

		ADECUADAS	NO ADECUADAS
CUIDADO TOTAL	PUNTUACION	[21 - 31]	[32 - 42]
BAÑO	PUNTUACIÓN	[10 - 14]	[15 - 20]
LACTANCIA	PUNTUACION	[7 - 10]	[11 - 14]
LLANTO	PUNTUACION	[4 - 5]	[6 - 8]

FUENTE: Elaboración propia

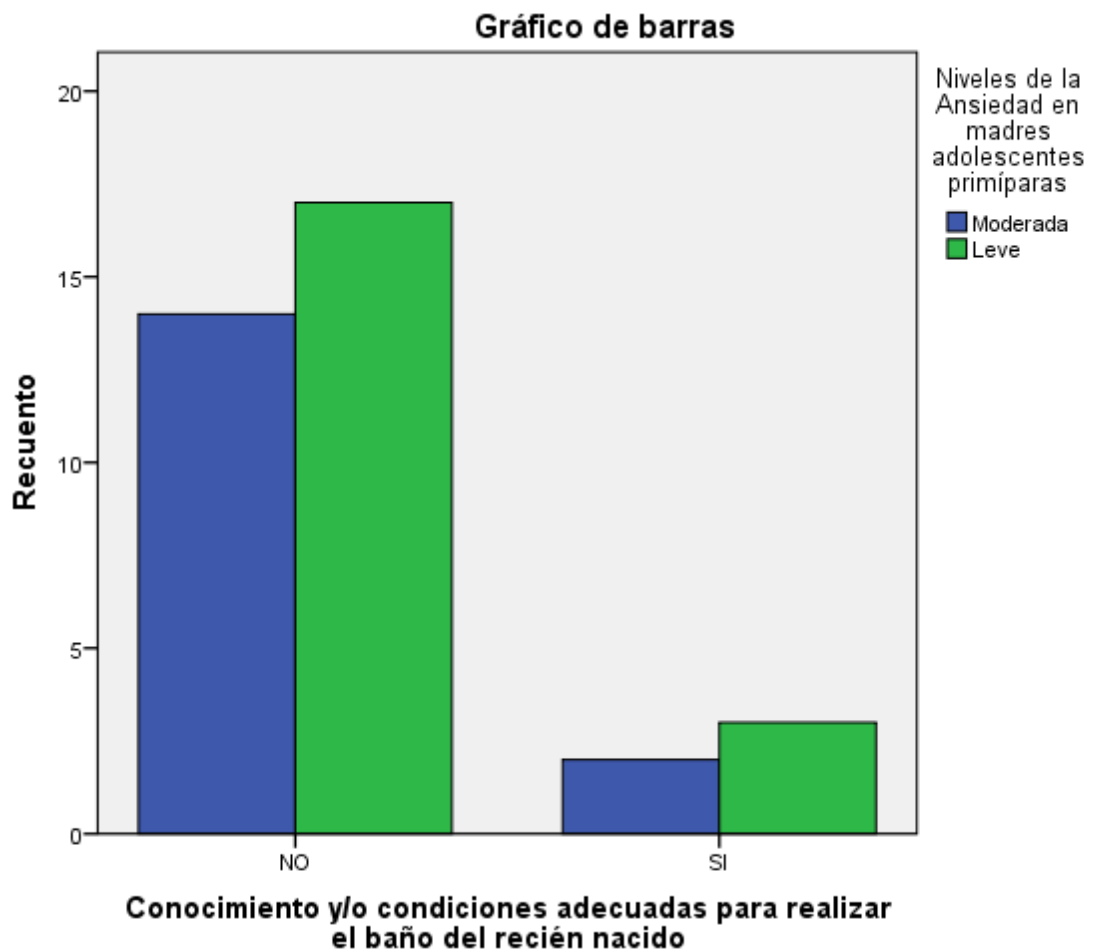
ANÁLISIS N°1: GRÁFICO N° 10: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA EL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO * NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS.



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Se demuestra gráficamente que cuando no se tiene el conocimiento y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido los niveles de ansiedad se disparan en cantidades de frecuencia, como se evidencia en las barras de color azul que aumentan de tamaño cuando pasan de un SI hacia un NO.

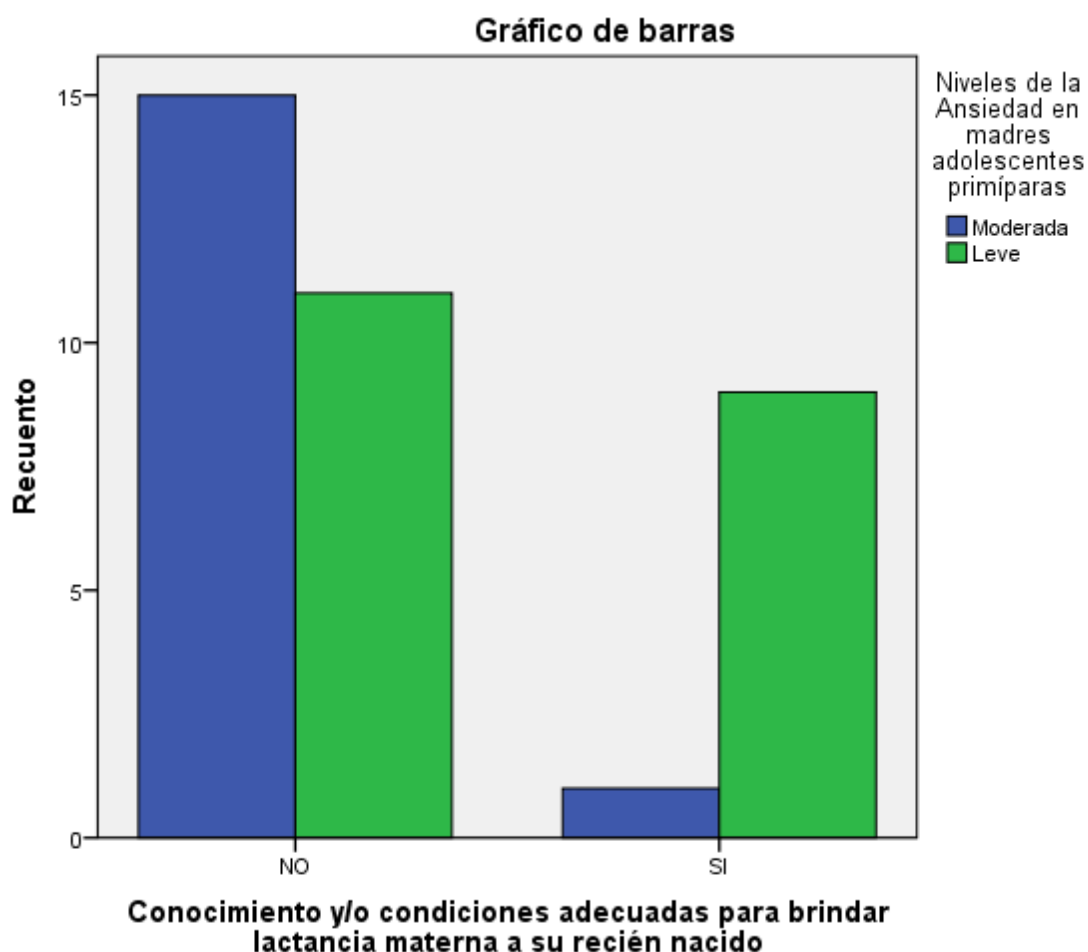
ANÁLISIS N°2: GRÁFICO N° 11: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA REALIZAR EL BAÑO DEL RECIÉN NACIDO * NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS.



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Gráficamente se demuestra que del total de madres adolescentes primíparas el 86 % que NO tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para realizar el baño del recién nacido presentan un mayor nivel de ansiedad, a diferencia de las madres adolescentes primíparas (14 %) que SI tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para realizar el baño del recién nacido.

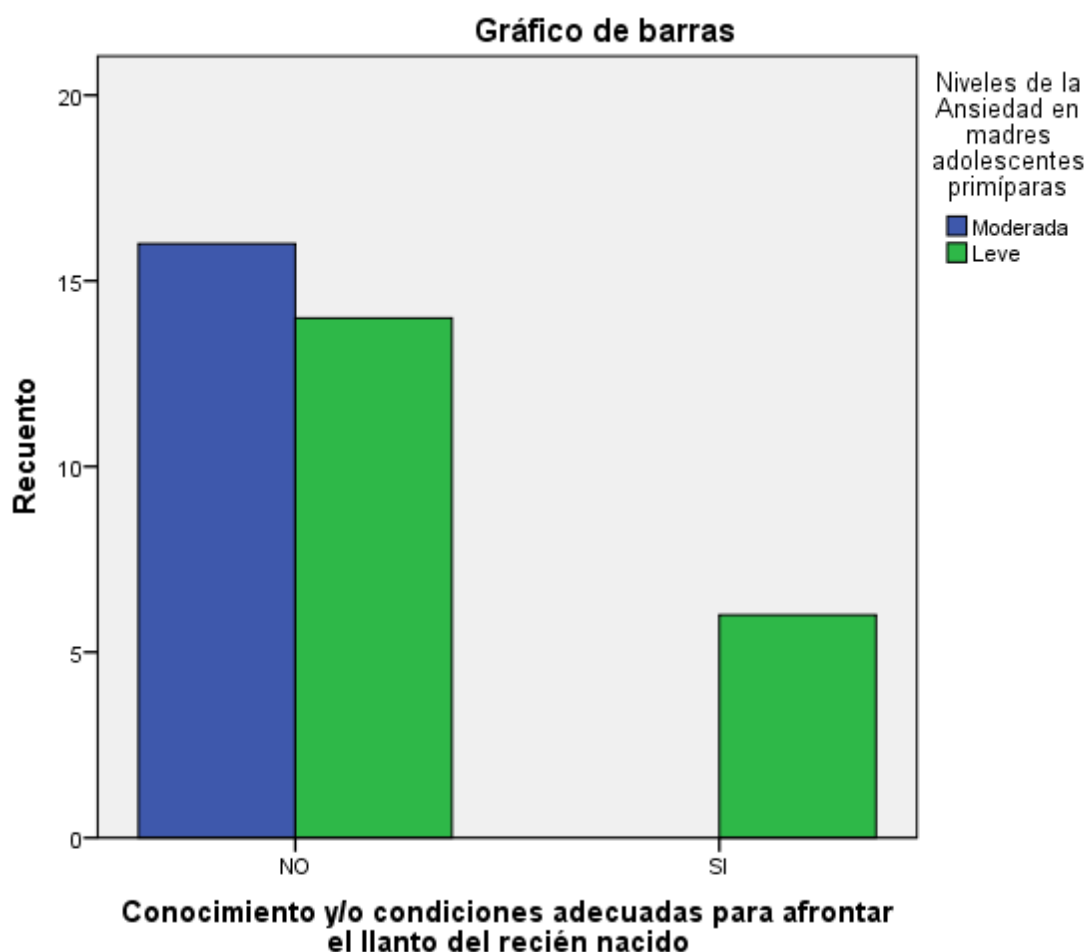
ANÁLISIS N°3: GRAFICO N° 12: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA BRINDAR LACTANCIA MATERNA A SU RECIÉN NACIDO * NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS.



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Gráficamente se demuestra que del total de madres adolescentes primíparas el 72 % que NO tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para brindar lactancia materna a su recién nacido presentan un mayor nivel de ansiedad, a diferencia de las madres adolescentes primíparas (28 %) que SI tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para brindar lactancia materna a su recién nacido.

ANÁLISIS N°4: GRÁFICO N° 13: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO Y/O CONDICIONES ADECUADAS PARA AFRONTAR EL LLANTO DEL RECIÉN NACIDO * NIVELES DE ANSIEDAD EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS.



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Gráficamente se demuestra que del total de madres adolescentes primíparas el 83 % que NO tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para afrontar el llanto de su recién nacido presentan un mayor nivel de ansiedad, a diferencia de las madres adolescentes primíparas (17 %) que SI tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para afrontar el llanto de su recién nacido.

Cálculo de los ODDS RATIO y de los RIESGOS RELATIVOS

Estimación de riesgo

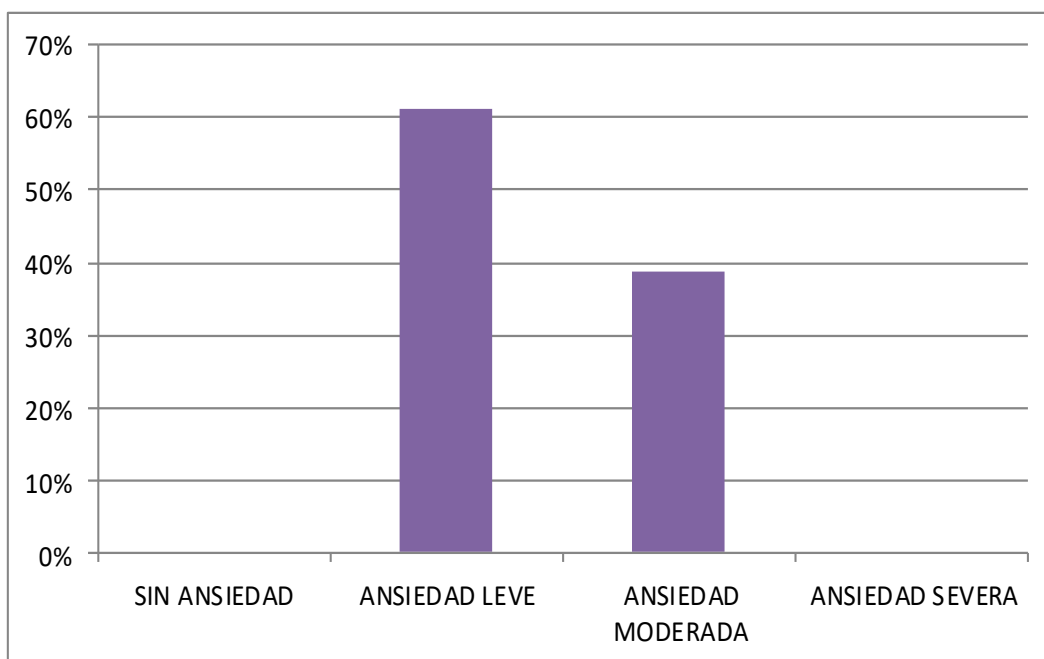
	Valor	Intervalo de confianza al 95%	
		Inferior	Superior
Razón de las ventajas para conocimiento y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido (NO / SI)	10,000	1,094	91,441
Para la cohorte Niveles de la Ansiedad en madres primíparas adolescentes = Moderada	5,000	,764	32,716
Para la cohorte Niveles de la Ansiedad en madres primíparas adolescentes = Leve	,500	,309	,809
N de casos válidos	36		

Vemos que como el Intervalo de confianza no contiene a la unidad entonces el OR=10 es significativo. Como no es un estudio de casos y controles entonces solo debe verse el OR y no el RR. Conclusión la variable denominada conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido si es un factor de Riesgo para la ansiedad en las madres adolescentes primíparas.

Interpretación del valor del OR: Las madres adolescentes primíparas que no tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido tienen 10 veces más riesgo de presentar una ansiedad de nivel moderado (por encima del leve) que las madres adolescentes primíparas que si tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido.

ANÁLISIS DE LA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

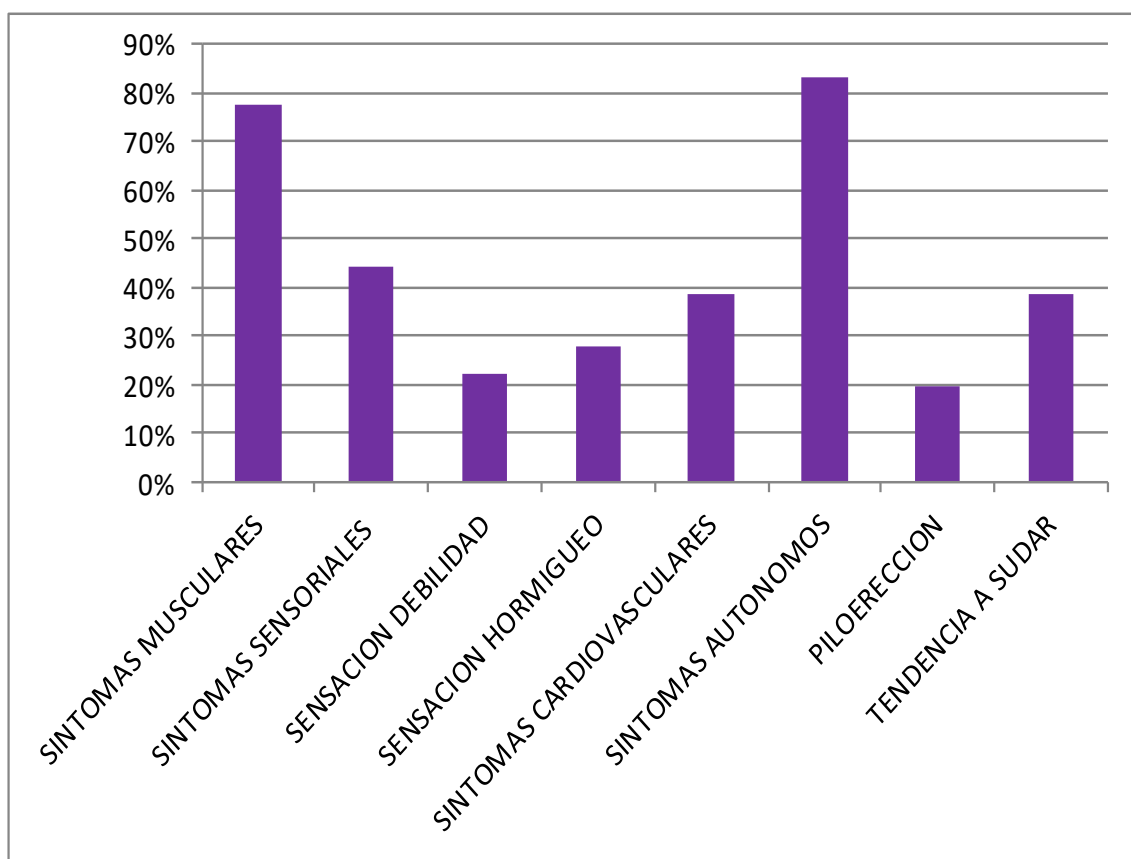
GRÁFICO N° 14: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE PRESENTAN ANSIEDAD



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: se demuestra que del total de madres adolescentes primíparas el 61 % (22 madres adolescentes primíparas) presentan un nivel de ansiedad leve y el 39 % (14 madres adolescentes primíparas) un nivel de ansiedad moderada.

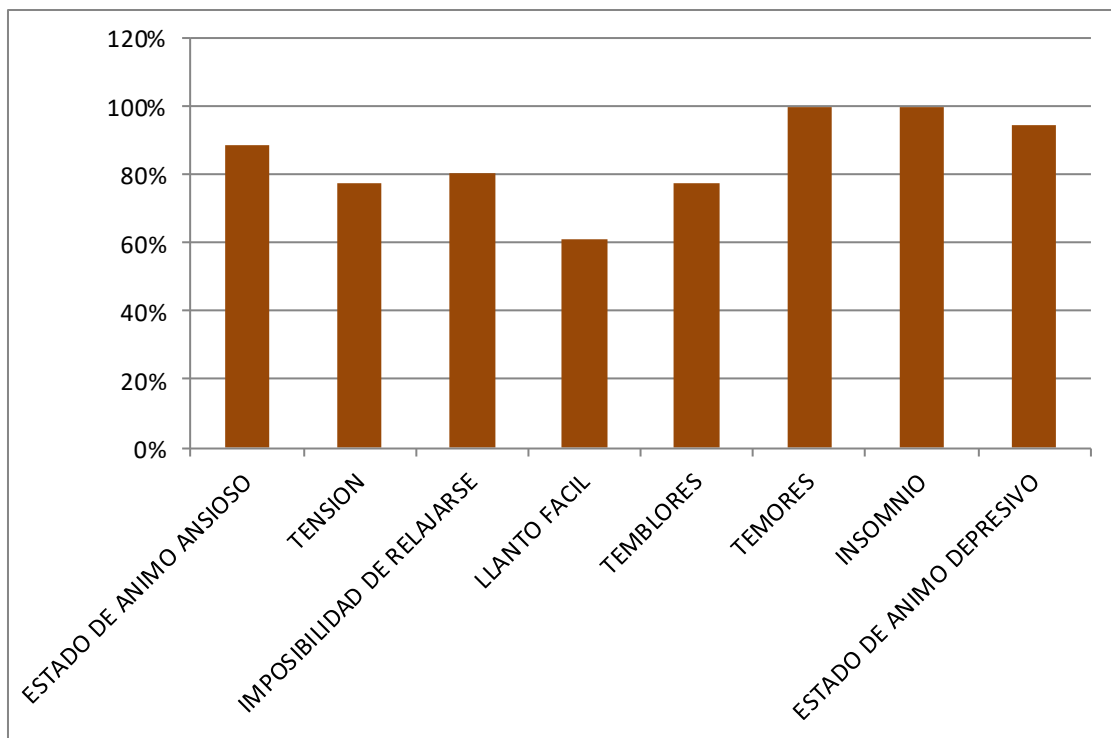
GRÁFICO N° 15: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE PRESENTAN SÍNTOMAS SOMÁTICOS.



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Del total de madres adolescentes primíparas el 83 % tienen síntomas autónomos (cefaleas de tensión), el 78 % presentan síntomas somáticos musculares (dolores y molestias musculares), el 44 % manifiestan síntomas sensoriales (zumbido de oídos), el 39 % presentan síntomas cardiovasculares (palpitaciones), el 28 % manifiestan sensación de hormigueo, el 22 % manifiestan sensación de debilidad, el 19 % tienen piloerección y el 39 % tiene tendencia a sudar.

GRÁFICO Nº 16: PORCENTAJE DE MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS QUE PRESENTAN SÍNTOMAS PSÍQUICOS.



FUENTE: Elaboración propia

Interpretación: Del total de madres adolescentes primíparas el 100 % presentan insomnio y temores, el 94 % tiene un estado de ánimo depresivo (perdida de interés y cambios de humor), el 89 % tiene un estado de ánimo ansioso (irritabilidad), el 81 % tiene dificultad para relajarse, el 78 % tiene sensación de tensión y temblores y el 61 % tiene llanto fácil.

3.2 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

1. La maternidad en la adolescencia constituye un hecho que conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar contra la salud física y mental de la madre y del hijo, es por ello que no debe ser considerado solamente en términos del presente sino también del futuro, prioritariamente por las complicaciones que acarrea. Además, es importante resaltar que en la adolescencia sobrevienen diversos y complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales. En definitiva, si convertirse en madre es siempre un acontecimiento significativo, convertirse en madre durante la adolescencia es una experiencia especialmente impactante y difícil; entre otras cosas, porque obliga a adoptar un rol típicamente adulto sin contar, a veces, con la madurez psicológica necesaria.⁵ En el trabajo de investigación realizado por Sharmila S, Kumiko A, M. A. Petrini, que estudiaron los Factores asociados con la ansiedad posnatal entre madres primíparas en Nepal de un Hospital de maternidad principal en Katmandú, Nepal, 2014, concluyeron que uno de los factores principales para desencadenar la ansiedad posnatal entre madres primíparas son la educación materna y el conocimiento sobre la atención al recién nacido. En este trabajo de investigación se demuestra que de la población de madres adolescentes primíparas que no tienen los conocimiento y/o las condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido (75 %) presentan un mayor nivel de ansiedad entre leve a moderado, y el porcentaje restante (25 %) que si tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido presentan un menor nivel de ansiedad, por lo tanto uno de los factores asociados a desencadenar la ansiedad en la madre adolescente primípara es el desconocer o no tener la información adecuada con respecto a los cuidados que implican tener frente al recién nacido, ya que la adolescente primípara afronta nuevos retos desconocidos y que para ella es aún más difícil de sobrellevar si no

cuenta con la orientación e información adecuada de alguien que sabe o que ha vivido esa experiencia.

2. En el trabajo de investigación realizado por Díaz Cervantes I, Mauricio Vidal F, que estudiaron los “Niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido en puérperas adolescentes” atendidas en un hospital nacional de Lima en el 2011, concluyeron que el porcentaje de puérperas adolescentes que presentan ansiedad leve a moderada es mínimo y representa una de cada cuatro puérperas, así mismo indican que los síntomas afectivos de ansiedad más resaltantes para la puérpera adolescente fueron la ansiedad y la aprensión y los síntomas somáticos más resaltantes fueron disnea, transpiración, rubor facial, insomnio y pesadilla; a diferencia de este trabajo de investigación que el porcentaje de madres adolescentes primíparas que presentan nivel de ansiedad leve a moderado es significativo, cuyas madres adolescentes primíparas que no tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido tienen 10 veces más riesgo de presentar una ansiedad de nivel moderado (por encima del leve) que las madres adolescentes primíparas que si tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido, así mismo los síntomas psíquicos más resaltantes que presentaron las madres adolescentes primíparas en este trabajo de investigación fueron: el insomnio con un 100 %, los temores con un 100 % y el 94 % tiene un estado de ánimo depresivo; y los síntomas somáticos más resaltantes en las madres adolescentes primíparas son los síntomas autónomos (cefaleas de tensión) 83 %, síntomas somáticos musculares (dolores y molestias musculares) 78 % y síntomas sensoriales (zumbido de oídos) 44 %.

3. En el trabajo de investigación realizado por Dr. Gorrita Pérez R, Bárcenas Bellot Y, Dra. Gorrita Pérez Y, Dra. Brito Herrera B, que estudiaron “Estrés y ansiedad maternos y su relación con el éxito de la lactancia materna” del Policlínico “Luis Augusto Turcios Lima” de Cuba del 2013, concluyeron que existe una estrecha relación entre los niveles de estrés y ansiedad y el éxito de la lactancia materna durante el puerperio, lo cual concuerda con este trabajo de investigación que demuestra que si existe relación entre los niveles de ansiedad frente a la lactancia materna y no solo en ese ámbito si no también frente al baño del recién nacido y el llanto del recién nacido; teniendo como porcentaje que el 86 % que NO tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para realizar el baño del recién nacido presentan un mayor nivel de ansiedad, a diferencia de las madres adolescentes primíparas (14 %) que SI tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para realizar el baño del recién nacido, el 72 % que NO tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para brindar lactancia materna a su recién nacido presentan un mayor nivel de ansiedad, a diferencia de las madres adolescentes primíparas (28 %) que SI tienen los conocimiento y/o condiciones adecuadas para brindar lactancia materna a su recién nacido y el 83 % que NO tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para afrontar el llanto de su recién nacido presentan un mayor nivel de ansiedad, a diferencia de las madres adolescentes primíparas (17 %) que SI tienen los conocimiento y/o condiciones adecuadas para afrontar el llanto de su recién nacido. Por ello es importante que se le brinde la orientación oportuna a la madre adolescente primípara acerca de los cuidados del recién nacido, responder sus dudas y apoyarla frente a los temores propios del momento, para que no solo pueda tener una lactancia materna exitosa si no también un cuidado exitoso en todos los ámbitos que implican cuidar a un recién nacido.

CONCLUSIONES

Luego de finalizar el estudio de investigación se concluye que:

1. Existe una relación significativa entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas atendidas en el centro Materno Infantil Juan Pablo II.
2. La variable denominada conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido si es un factor de riesgo para la ansiedad en las madres adolescentes primíparas, quiere decir que las madres adolescentes primíparas que no tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido tienen 10 veces más riesgo de presentar una ansiedad de nivel moderado que las madres adolescentes primíparas que si tienen los conocimientos y/o condiciones adecuadas para el cuidado del recién nacido.
3. Se demuestra que el nivel de ansiedad frente al baño del recién nacido tiene una relación inversa; quiere decir que mientras el conocimiento y/o las condiciones que tengan las madres adolescentes primíparas sean deficientes frente al baño del recién nacido el nivel de ansiedad será alto, por el contrario mientras más conocimiento y/o condiciones tengan las madres adolescentes primíparas frente al baño del recién nacido el nivel de ansiedad presentado será menor.
4. Se demuestra que el nivel de ansiedad frente a la lactancia materna tiene una relación inversa; quiere decir que mientras el conocimiento y/o las condiciones que tengan las madres adolescentes primíparas sean deficientes frente a la lactancia materna el nivel de ansiedad será alto, por el contrario mientras más conocimiento y mayores condiciones

tengan las madres adolescentes primíparas frente a la lactancia materna el nivel de ansiedad presentado será menor.

5. Se demuestra que el nivel de ansiedad frente al llanto del recién nacido tiene una relación inversa; quiere decir que mientras el conocimiento y/o las condiciones que tengan las madres adolescentes primíparas sean deficientes frente al llanto del recién nacido el nivel de ansiedad será alto, por el contrario mientras más conocimiento y/o condiciones tengan las madres adolescentes primíparas frente al llanto del recién nacido el nivel de ansiedad presentado será menor.
6. Se demuestra que del total de madres adolescentes primíparas el 61 % presentan un nivel de ansiedad leve y el 39 % un nivel de ansiedad moderada.
7. Los síntomas somáticos más resaltantes en madres adolescentes primíparas son los síntomas autónomos (cefaleas de tensión) 83 %, síntomas somáticos musculares (dolores y molestias musculares) 78 % y síntomas sensoriales (zumbido de oídos) 44 %.
8. Los síntomas psíquicos más resaltantes en madres adolescentes primíparas son el insomnio con un 100 %, los temores con un 100 % y el 94 % tiene un estado de ánimo depresivo.

RECOMENDACIONES

1. El Centro Materno Infantil Juan Pablo II debe tomar en cuenta los resultados del presente estudio para promover prácticas y generar entornos saludables que contribuyan a la mejora de la salud mental de los y las adolescentes como lo estipula la Norma Técnica de Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescentes, incluyendo a la población juvenil.
2. Como actividad preventiva en la salud mental y física de la madre adolescente y de su hijo, no se debe dejar de realizar la detección de los problemas y trastornos de salud mental, a través de la aplicación de la ficha de tamizaje (SRQ-18) ya que es una función dentro del paquete de atención integral de salud del adolescente.
3. Se debe realizar la captación a las 14 madres adolescentes que presentaron ansiedad moderada, para realizar la interconsulta con el especialista y hacer el uso del sistema de referencia de casos a niveles de mayor complejidad, según establecido por el Documento Técnico: Orientaciones para la Atención Integral de las y los Adolescentes en el I Nivel de Atención.
4. Se debe realizar el seguimiento y fortalecimiento a través de las visitas domiciliarias a las 36 madres adolescentes que presentaron ansiedad de nivel leve y moderado, ya que es una función dentro del paquete de atención integral de salud del adolescente y joven.
5. En los programas psicoeducativos y en el programa de psicoprofilaxis se debe fortalecer las redes de apoyo (padres de familia, pareja, círculo de amistades y/o familiares) desarrollándose temas relacionados con el manejo de ansiedad, cuidado del recién nacido, estilos de vida

saludables, proyectos de vida, autoestima, asertividad y toma de decisiones.

6. Finalmente, se debe destacar el papel del equipo de salud del Centro Materno Infantil Juan Pablo II, en especial de las y los obstetras, como fuentes de apoyo emocional a las madres adolescentes primíparas, quienes deben ser sensibilizados frente a los resultados de la presente investigación.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Jarne Esparcia A, Talam Caparros A, Armayones Ruiz M, Horta i Faja E, Requena Varón E. Psicopatología Clínica. En: Manuel Andreu. Psicopatología. 1era ed. Barcelona: UOC; 2006. P. 51-254.
2. Lezma Andia Y. Nivel de ansiedad de las madres con RN prematuro sometidas a ventilación mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal del Instituto Nacional Materno Perinatal 2012. [Tesis para optar el título de especialista en Enfermería en Neonatología] Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012. [Fecha de acceso: 23 de octubre del 2015]. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3233/1/Lezma_Andia_Yesenia_Medaly_2013.pdf
3. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Adolescent Pregnancy: A review of the evidence. [Sitio en internet]. [Consultado: 23 de octubre del 2015]. Disponible en: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf
4. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015. [Sitio en internet]. [Consultado el 21 de setiembre del 2016]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/index.html
5. Centro de Estudios Especialista en Trastornos de Ansiedad. La maternidad puede ocasionar trastornos de ansiedad. [Sitio en internet]. [Consultado el 01 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.infobae.com/2008/09/25/405676-la-maternidad-puede-ocasionar-trastornos-ansiedad>.

6. Sánchez Hidalgo J, Hidalgo García M. Madres adultas y madres adolescentes. Un análisis comparativo de las interacciones que mantienen con sus bebés. COP [Internet]. 2013 [Consultado el 03 de noviembre del 2015]; 20(2):1-14. Disponible en: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol20_2_5.pdf
7. Norma Técnica Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente. 2012. [Consultado el 19 de setiembre del 2016]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/Norma%20Adolescente.pdf>
8. Norma Técnica de Salud: Atención Integral de Salud Materna. 2013 [consultado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2#Prevención para la Salud>
9. Díaz M, Amato R, Chávez J, Ramírez M, Rangel S, Rivera L, López J. Depresión y ansiedad en embarazadas. Salud Online [Internet]. 2013 [Consultado el 03 de noviembre del 2015]; 17(2):1-9. Disponible en: <http://www.salus-online.fcs.uc.edu.ve/salus2013/17-2/DEPRESION.pdf>
10. Sharmila S, Kumiko A, M. A. Petrini. Factores asociados con la ansiedad posnatal entre madres primíparas en Nepal. International nursing review en español [Internet]. 2014 [Consultado el 05 de noviembre del 2015]; 61(4):459-466. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4944077>
11. Gorrita Pérez R, Bárcenas Bellót Y, Gorrita Pérez Y, Brito Herrera B. Estrés y ansiedad materna y su relación con el éxito de la lactancia materna. Rev Cub de Ped. [Internet]. 2014 [Consultado el 07 de noviembre del 2015]; 86(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/ped/vol86_2_14/ped06214.htm

12. Goicochea Mendoza L, Rivera Tejada H. Eficacia de programa educativo en ansiedad y apoyo de padres en el cuidado del niño hospitalizado, Hospital Belén. Trujillo, 2013. Cientifi-k. [Internet]. 2014 [Consultado el 07 de noviembre del 2015]; 2(1):1-9. Disponible en: <http://ojs.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/284/175>
13. Díaz Cervantes I, Mauricio Vidal F. Niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido en puérperas adolescentes atendidas en un Hospital Nacional de Lima, noviembre 2011 [Tesis para optar el grado de Licenciada en enfermería] Lima, Perú. Universidad Wiener; 2011. [Consultado el 10 de noviembre del 2015]. Disponible en: <http://tesis.uwiener.edu.pe/Files/2014/TU201400058/011%20ENFERMERIA%20D%20C3%8DAZ%20&%20MAURICIO%20NIVELES%20DE%20ANSIEDAD...,%20rev.%20LB,%20finalizada.pdf>
14. Chupillón Pérez L. Rol materno en adolescentes primíparas y el desarrollo del vínculo afectivo. Servicio de neonatología. HRDLM, 2013 [Tesis para optar el grado de Licenciada en enfermería] Chiclayo, Perú. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013. [Consultado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/324/1/TL_Chupill%C3%B3n_P%C3%A9rez_LuzEliana.pdf
15. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria 2006. Ansiedad normal y patológica. [consultado el 12 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_compl.pdf
16. Navas Orozco W, Vargas Baldares M. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. Rev Med de Cos Ric Y Ctroamer Lxix. [Internet]. 2012 [Consultado el 23 de noviembre del 2015]; 11(604):497-507. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>

17. Ciencias Psicosociales. Aspectos psicosociales de los cuidados de enfermería 2012. [Consultado el 25 de noviembre del 2015]. Disponible en: https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2012/476/46212/1/Documento23.pdf
18. Burillo S. Ansiedad, que alguien me ayude. Sara Burillo Molinero. 2014 [Consultado el 30 de noviembre del 2015]. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=ycOuBAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
19. Escala de Ansiedad de Hamilton [Consultado el 30 de setiembre del 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf y http://enciclopedia.us.es/index.php/Escala_de_calificaci%C3%B3n_de_ansiedad_de_Hamilton
20. Organización Mundial de Salud [Consultado el 30 de noviembre del 2015]. Disponible en: http://www.mpfm.gob.pe/escuela/contenido/actividades/docs/3962_03ponce.pdf
21. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Los hombres y el cuidado de la salud. 2009. España. [Consultado el 05 de diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/hombresycuidado09.pdf>
22. Mongrut Steane A. Tratado de obstetricia normal y patológica. 5ta ed. Lima. Capitulo XXIV. 735

23. Intermountain Healthcare. Guía para el cuidado del recién nacido. 2012. [Consultado el 10 de diciembre del 2015]. Disponible en: <https://kr.ihc.com/ext/Dcmnt?ncid=51062839>
24. Organización Mundial de la Salud. Lactancia materna. [Consultado el 11 de diciembre del 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>
25. Organización Mundial de la Salud. Ventajas de la lactancia materna. [Consultado el 11 de diciembre del 2015]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/pdfs/bc_trainers_guide_es.pdf
26. Pacheco Romero J. Ginecología obstetricia y reproducción. 2da ed. Lima. 2007.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO DEL PROYECTO: NIVEL DE ANSIEDAD RELACIONADA AL CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMÍPARAS, CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, LOS OLIVOS, 2016

Problema	Objetivo	Hipótesis	Operacionalización			Método
			Variable	Dimensiones	Indicadores	
¿Cuál es la relación entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas, Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, en el periodo de enero a mayo del 2016?	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas, Centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, en el periodo de enero a mayo del 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECIFICOS: ✓ Determinar la relación entre el nivel de ansiedad frente al baño del recién nacido. ✓ Determinar la relación entre el nivel de ansiedad frente a la lactancia materna. ✓ Determinar la relación entre el nivel de ansiedad frente al llanto del recién nacido. ✓ Identificar los síntomas somáticos de ansiedad más comunes en madres adolescente primíparas frente al cuidado del recién nacido. ✓ Identificar los síntomas psíquicos más comunes en madres adolescente primíparas frente al cuidado del recién nacido.</p>	Existe una relación significativa entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes s primíparas atendidas en el centro Materno Infantil Juan Pablo II, Los Olivos, 2016.		Datos generales	✓ Edad, estado civil, grado de instrucción y ocupación.	Tipo de investigación:
			VARIABLE INDEPENDIENTE	Baño del recién nacido	✓ Ambiente adecuado, Temperatura del agua, Artículos de baño, Aseo de los ojos, Aseo de los genitales, Aseo del cordón umbilical, Posición adecuada del recién nacido para el baño, Cuantas veces debe bañar al recién nacido en una semana, Como mantener al recién nacido caliente después del baño, Tiene apoyo de alguna persona.	Correlacional, prospectivo de corte transversal
			Cuidados del recién nacido	Lactancia materna	✓ Posición adecuada, Técnica adecuada para la lactancia materna, Suficiente producción de leche materna, Formación de pezones, el tiempo que debe dar de lactar, Grietas en los pezones, Tiene apoyo de alguna persona.	Aplicativo
				Llanto del recién nacido	✓ En qué momento llora, Como calma el llanto, Reconoce porque llora el recién nacido, Tiene apoyo de alguna persona.	Método: Cuantitativo
					✓ Nivel de ansiedad	Técnica: visitas domiciliarias
			VARIABLE DEPENDIENTE	Síntomas Somáticos	✓ Dolores y molestias musculares por la posición en que baña al recién nacido, tendencia a sudar cuando baña al recién nacido, Dolores y molestias musculares por la posición en que brinda lactancia materna, Sensación de debilidad cuando brinda lactancia materna, Sensación de hormigueo en las manos cuando brinda lactancia materna, Zumbido de oídos por el tono del llanto del recién nacido, palpitaciones cuando escucha el llanto del recién nacido, Cefaleas cuando escucha el llanto del recién nacido, Piloereccion (pelos de punta) cuando escucha el llanto del recién nacido	Instrumento: encuesta elaborado por la autora de estudio y escala de ansiedad de Hamilton
			Ansiedad	Síntomas Psíquicos	✓ sensación de tensión en el momento que baña la cabeza del recién nacido, temblores en las manos cuando enjabona al recién nacido, temor de que se resbale el recién nacido, dolores y molestias musculares por la posición en que baña al recién nacido, imposibilidad de relajarse cuando baña al recién nacido, perdida de interés en el baño del recién nacido por falta de ayuda, Imposibilidad de relajarse por no tener un espacio adecuado para brindar lactancia materna, Sensación de tensión para encontrar la postura correcta para brindar lactancia materna, Dificultad para dormirse después de brindar lactancia materna, Sueño interrumpido por brindar lactancia materna en horario nocturno, temor de ahogar al recién nacido, sensación de tensión cuando no puede calmar el llanto, llanto fácil cuando ve llorar al recién nacido, Irritabilidad por el tono del llanto del recién nacido, Cambios de humor cuando escucha el llanto del recién nacido durante el día	POBLACIÓN Y MUESTRA Se trabajara con el total de la población atendida del mes de enero a mayo del 2016, por ser limitada.



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

Buenos días, soy Bachiller en Obstetricia, egresada de la Universidad Alas Peruanas. En esta oportunidad estoy realizando una investigación sobre: la relación entre el nivel de ansiedad y el cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas, por lo que solicito su colaboración, haciendo de su conocimiento que el presente instrumento es anónimo confidencial. Esperando obtener sus respuestas con veracidad, agradezco anticipadamente su valiosa participación.

I. INSTRUCCIONES

Lee detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se les presenta. Tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que crea correcta.

II. DATOS GENERALES

1. Edad

- a) 12 - 13
- b) 14 – 15
- c) 16 - 17
- d) 18 - 19

2. Grado de instrucción

- a) primaria: completa incompleta
- b) secundaria: completa incompleta
- c) superior: completa incompleta
- d) otro; especifique.....

3. Estado civil

- a) Soltera
- b) Casada
- c) Conviviente
- d) Viuda

4. Ocupación

- a) estudiante
- b) trabajadora
- c) oficio del hogar
- d) otro; especifique.....

III. DATOS ESPECÍFICOS

BAÑO DEL RECIÉN NACIDO	SI	NO
1. Usted tiene un ambiente adecuado, sin corrientes de aire		
2. usted sabe cómo probar la temperatura del agua		
3. usted tiene los artículos necesario de baño a su alcance		
4. usted sabe cómo asear los ojos de su bebe		
5. usted sabe cómo asear los genitales de su bebe		
6. usted sabe cómo asear el cordón umbilical de su bebe		
7. usted sabe la posición adecuada para bañar a su bebe		
8. usted sabe cuántas veces debe bañar a su bebe en una semana		
9. usted sabe cómo mantener caliente a su bebe después del baño		
10. usted tiene apoyo de alguna persona en el momento que baña a su bebe		
LACTANCIA MATERNA		
11. usted sabe las posiciones adecuadas para dar de lactar a su bebe		
12. usted sabe la técnica adecuada para dar de lactar a su bebe		
13. usted cree que tiene suficiente producción de leche materna		
14. usted tiene los pezones formados		
15. usted sabe cada que tiempo debe de lactar su bebe durante el día		
16. usted tiene heridas en los pezones		
17. usted tiene apoyo de alguna persona en el momento que da de lactar a su bebe		
LLANTO DEL RECIEN NACIDO		
18. usted sabe en qué momento llora su bebe		
19. usted sabe cómo calmar el llanto de su bebe		
20. usted reconoce porque llora su bebe		
21. usted tiene apoyo para calmar el llanto de su bebe		

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON	NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
SINTOMAS SOMATICOS				
1. Síntomas somáticos musculares: dolores y molestias musculares 2. Síntomas sensoriales: zumbido de oídos 3. sensación de debilidad 4. sensación de hormigueo 5. Síntomas cardiovasculares: palpitaciones 6. Síntomas autónomos: cefaleas de tensión 7. pilo erección 8. tendencia a sudar				
SINTOMAS PSIQUICOS				
9. estado de ánimo ansioso: irritabilidad 10. tensión: sensación de tensión 11. imposibilidad de relajarse 12. llanto fácil 13. temblores 14. temores 15. insomnio 16. estado de ánimo depresivo: pérdida de interés y cambios de humor				

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Edison Galvan Aliaga

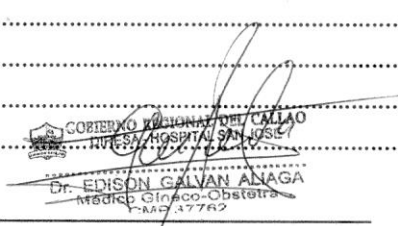
Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....


 GOBIERNO REGIONAL DE CALLAO
 HUESA HOSPITAL SAN JOSÉ
 Dr. EDISON GALVAN ANAGA
 Médico Gineco-Obstetra
 C.A.P. 47762

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Rosalinda Fernández Acopi

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. La estructura del instrumento es adecuado	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Los ítems son claros y entendibles	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....
.....


GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DIRECCIÓN HOSPITAL SAN JOSÉ
Rosalinda Fernández Acopi
OBSTETRICIA
C.O.P. 9617

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO

ESCALA DE CALIFICACIÓN

PARA EL JUEZ EXPERTO

Estimado juez experto (a): Silvia Rosa Martínez Sánchez

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	X		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	X		
3. La estructura del instrumento es adecuado	X		
4. Los ítems del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	X		
5. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	X		
6. Los ítems son claros y entendibles	X		
7. El número de ítems es adecuado para su aplicación	X		

SUGERENCIAS:

.....
.....
.....
.....
.....



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO
DURESA - HOSPITAL SAN JOSE
Lic. SILVIA MARTINEZ SANCHEZ
OBSTETRIZ
C.O.P. 15853

FIRMA DEL JUEZ EXPERTO



Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Obstetricia

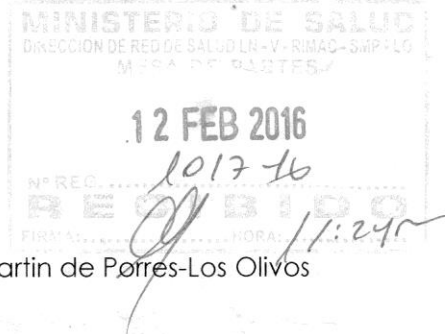
Pueblo Libre, 10 de Febrero del 2016

OFICIO Nº 1692 – 2016 - EPO – FMHyCS – UAP

Doctor:

Luis Enrique Ríos Olivós

Director Red de Salud Lima Norte V-Rímac-San Martín de Porres-Los Olivós



Presente.-

ASUNTO: PERMISO PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE TESIS

De mi mayor consideración;

Reciba el saludo cordial de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, por medio del presente solicito por favor su autorización para que la **TORRES HERNANDEZ KATHERINE AMPARO**; egresada de esta casa superior de estudios, pueda efectuar la aplicación de instrumento del proyecto de tesis en la Institución que usted dirige, con la finalidad de realizar su trabajo de investigación: **"NIVEL DE ANSIEDAD RELACIONADA AL CUIDADO DEL RECIEN NACIDO EN MADRES ADOLESCENTES PRIMIPARAS, CENTRO MATERNO INFANTIL JUAN PABLO II, LOS OLIVOS, 2016"**.

Sin otro en particular me despido de usted, no sin antes agradecerle la atención a la presente y al mismo tiempo expresarle mi respeto y estima personal.

Atentamente,




Mg. Flor de María Escalante Celis
Directora (e)
Escuela Profesional de Obstetricia

Adjunto:

- **Matriz de Consistencia**
- **Instrumento**
- **Juicio de expertos (03)**