

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES
DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19 EN AREQUIPA, MAYO 2021**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Guzmán de la Torre, Melannie del Rosario

Vásquez Laime, Alejandra Mariapia

Para optar el Título Profesional de:

Médico-Cirujana

Asesor:

Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

Arequipa – Perú

2021

INFORME FINAL DE TESIS DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 23 de Mayo del 2021

Dictamen: 003739-C-EPMH-2021

Visto el borrador del expediente 003739, presentado por:

2014801662 - VASQUEZ LAIME ALEJANDRA MARIPIA

2014220762 - GUZMAN DE LA TORRE MELANNIE DEL ROSARIO

Titulado:

**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED
EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN AREQUIPA, MAYO 2021**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1147 - MEDINA VASQUEZ MANUEL EDWIN
DICTAMINADOR**



**1335 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO
DICTAMINADOR**



**2244 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL
DICTAMINADOR**



DEDICATORIA

Este trabajo le dedico con todo el corazón a mis padres, quienes estuvieron apoyándome todos estos años y gracias a ellos soy quien soy ahora, muchos de mis logros se los debo a ustedes, me motivaron constantemente para conseguir mis metas.

Melannie

El siguiente trabajo y toda mi carrera se la dedico a mis padres, por ser el apoyo incondicional que tuve al largo de estos 7 años, gracias por animarme y por apoyarme en cada decisión y proyecto emprendido.

Mariapia

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a dios y a la vida por permitirme estar con mi familia y que permita disfrutar mis éxitos con ellos.

Agradezco a dios por darnos salud y unión en estas circunstancias tan difíciles.

Agradezco a mi padre, Crossover, por apoyarme y haberme brindado la posibilidad de haber estudiado esta maravillosa carrera, por sus consejos, por sus regaños y su amor incondicional hacia mí. Te quiero mucho papito renegón.

Agradezco a mi madre, Teresa, por haberme dado ese amor infinito y el apoyo incondicional, con su paciencia y sus regaños, me enseñaron que la vida es una jungla, en la que tú eliges luchar o correr para siempre. Te quiero mucha mamita.

Agradezco al amor incondicional de mis abuelitas, sobre todo tu, mi viejita linda, que ansiabas verme en esta etapa de mi vida y sé que lo estas celebrando en el cielo.

Agradezco a mis hermanos y amigos que están incondicionalmente dándome su apoyo.

Agradezco a mi frentón por su amor, paciencia y apoyo incondicional.

Agradezco a Mapi, por su gran y sincera amistad, locuras, y metas que con absoluta seguridad, las cumpliremos.

Melannie

Agradezco a Dios por cuidar tanto a mi familia y permitirme estar a su lado todo este tiempo. A mis padres, gracias por animarme siempre, por su confianza y por apoyarme en cada decisión y proyecto emprendido. Gracias por todo el amor y la paciencia durante este largo camino.

Agradezco a mi mamá Lourdes, por siempre estar a mi lado, por cada uno de sus consejos y por sus palabras de aliento para no decaer, seguir adelante y darme fuerzas para alcanzar mis metas.

Agradezco a mi papá Jorge, por siempre desear lo mejor para mí, por tus consejos, por forjar en mi buenos valores y principios.

Agradezco a todos los miembros de mi familia, hermano, tíos, tías y primos cercanos por sus sabios consejos.

Agradezco a mi compañera de tesis Melannie, por la gran amistad forjada durante estos años, por el mutuo apoyo brindado y por su esfuerzo al realizar esta tesis.

Mariapia

Agradecemos a aquellas personas que hicieron posible la realización de esta tesis.

A nuestros asesores, supervisores y jurados que nos guiaron durante este proceso, cuyas correcciones nos guiaron por el camino correcto.

Al personal de la MicroRed Edificadores Misti, que nos brindaron su apoyo durante la ejecución de este proyecto.

¡A todos ustedes muchas gracias!

Melannie y Mariapia





EPÍGRAFE

“No tienes que herir para enseñar, y no tienes que ser herido para aprender” - Gangaji

RESUMEN

OBJETIVO: Identificar los factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por Covid-19 en Arequipa, mayo 2021.

METODOS: Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, descriptivo – analítico, correlacional de corte transversal. La población de estudio comprendió 175 gestantes que son atendidas en la Microred Edificadores Misti que cumplieron con los criterios de selección. Para determinar la relación entre las variables se aplicó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

RESULTADOS: El 63.13% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 presentaron ansiedad, de las cuales el 32.0% presentaron niveles moderados/graves, el 31.43% niveles leves y un 36.57% no presentaron ansiedad. En cuanto a la percepción de miedo al coronavirus, el 40.00% de las gestantes presentaron niveles moderados de miedo al coronavirus, seguido del 37.14% con niveles altos de miedo percibidos. En cuanto a las características de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti se encontró que la edad promedio fue de 28 años, el 63.43% fueron convivientes, el 87.43% fueron peruanas, el 51.43% contaban con instrucción superior, el 53.71% presentaban un ingreso mensual menor al básico, mientras que el 78.29% no tenían empleo. El 57.71% y 86.86% contaban con apoyo familiar y de la pareja respectivamente, el 64.0% no planificaron su embarazo, el 10.29% de gestantes refieren haber sufrido de violencia doméstica, mientras que el 53.14% tienen algún familiar que se contagió de COVID-19%. A si mismo el 34.29% de las gestantes fueron multíparas, el 41.71% se encontraban en su II trimestre de embarazo, el 22,86% tuvo amenaza de aborto, mientras que el 20.57% presentaba alguna comorbilidad como asma, depresión, hipertensión arterial, obesidad y enfermedad tiroidea. Según los resultados obtenidos, se presenta una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre los niveles de ansiedad y miedo y los factores sociodemográficos a excepción de la edad; de igual manera los factores psicosociales y clínicos como apoyo familiar, el tener algún familiar con COVID-19, el embarazo no planificado, la paridad y presentar alguna comorbilidad, se relacionó con los niveles de ansiedad y miedo.

CONCLUSIONES: A través del presente estudio se comprobó que los niveles de ansiedad y miedo están asociados a los factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos en las gestantes de la MicroRed Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19.

PALABRAS CLAVE: Ansiedad, miedo, gestantes, COVID-19.



ABSTRACT

OBJECTIVE: To recognize the factors associated with the level of anxiety and fear in pregnant women who belong to the Edificadores Misti Micro Red during the COVID-19 pandemic in Arequipa, May 2021. **METHODS:** A cross-sectional, descriptive-analytical, correlational quantitative research work was carried out. The study population included 175 pregnant women who belong to the Edificadores Misti Micro Red who met the selection criteria. To determine the relationship between the variables, the chi-square test was applied with a significance level of 5%. **RESULTS:** During the COVID-19 pandemic, 63.13% of the pregnant women of the Edificadores Misti Micro Red presented anxiety, of which 32.0% presented moderate / severe levels, 31.43% mild levels and 36.57% did not present anxiety. Regarding the perception of fear of the coronavirus, 40.00% of pregnant women presented moderate levels of fear of the coronavirus, followed by 37.14% with high levels of perceived fear. Regarding the characteristics of the pregnant women who belong to the Micro Red Edificadores Misti, it was found that the average age was 28 years, 63.43% were cohabiting, 87.43% were Peruvian, 51.43% had higher education, 53.71% had a monthly income less than the basic one, while 78.29% did not have a job. 57.71% and 86.86% had family and partner support respectively, 64.0% had an unintended pregnancy, 10.29% of pregnant women report domestic violence, while 53.14% have a family member who was infected with COVID- 19%. In itself, 34.29% of the pregnant women were multiparous, 41.71% were in their second trimester of pregnancy, 22.86% had threatened abortion, while 20.57% had some comorbidity such as asthma, depression, arterial hypertension, obesity and thyroid disease. According to the results obtained, there is a statistically significant relationship ($p < 0.05$) between anxiety and fear levels and sociodemographic factors, except for age; Similarly, psychosocial and clinical factors such as family support, having a family member with COVID-19, unintended pregnancy, parity and presenting some comorbidity, were related to levels of anxiety and fear. **CONCLUSIONS:** Through this study it was found that anxiety and fear levels are associated with sociodemographic, psychosocial and clinical factors in pregnant women from the Edificadores Misti Micro Red during the COVID-19 pandemic.

KEY WORDS: Anxiety, fear, pregnant women, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

Actualmente nos encontramos frente a una pandemia provocada por el virus Sars-CoV-2, que genera la enfermedad COVID-19, que, con su reciente aparición, su clínica heterogénea, su alta contagiosidad, y la falta de un tratamiento específico, ha obligado a muchas naciones implementar medidas de control para evitar su diseminación, aislando físicamente a comunidades, familias y amigos; que junto con la incertidumbre económica ha generado un gran impacto en la salud mental en nuestra sociedad. Se ha demostrado en trabajos previos que los brotes de enfermedades infecciosas aumentan los síntomas de depresión y ansiedad, especialmente en mujeres, siendo las gestantes uno de los grupos más susceptibles (1).

La ansiedad y el miedo son experiencias comunes en cada persona. Aparecen en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Generalmente son emociones transitorias y percibidas como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si estas se hacen constantes, aumentan de intensidad y con respuestas desproporcionadas a los estímulos que las causan, afectando la calidad de vida del individuo con conductas evitativas o de retraimiento, se considera patológica con el alto riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico (2,3).

Durante el embarazo, la mujer sufre cambios fisiológicos necesarios para el correcto desarrollo del feto, estos cambios son tanto a nivel físico como psicológico, que generan un estado de estrés fisiológico indispensable para cumplir con los requerimientos que precisa el feto, por lo tanto, hace que la gestación sea un evento vulnerable en la mujer, donde está propensa a cambios emocionales (4,5). Por tal motivo muchas mujeres presentan constantemente cambios de humor pudiendo presentar niveles elevados de ansiedad y miedo. Varios estudios han demostrado como los niveles de ansiedad en el embarazo han incrementado debido al miedo percibido hacia la pandemia provocada por el COVID-19 (6,7), por tal motivo muchas no continúan un seguimiento oportuno de su embarazo, produciendo un ausentismo en los centros de salud de atención primaria que cuenta con personal de salud capacitado. Es muy común durante este periodo encontrarse pensamientos relacionados con el miedo al parto, miedo a que él bebe porte una minusvalía y una constante preocupación por su apariencia física (8).

Cabe destacar que la ansiedad y el miedo en las gestantes pueden estar influenciadas por factores psicosociales y sociodemográficos, tales como: el grado de instrucción, los ingresos económicos, la situación laboral, el apoyo familiar y de la pareja; sumado a una carga añadida como los cuidados de familiares de edad o como la preocupación de un familiar infectado por COVID-19 (9). Es importante considerar los antecedentes patológicos, como las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus, hipertensión arterial o incluso un trastorno psiquiátrico como la depresión, ya que en esta población aumentan significativamente los niveles de ansiedad. Los antecedentes obstétricos cobran gran relevancia, una mujer embarazada con abortos previos, o que la actual gestación no haya sido un embarazo planificado, origina una susceptibilidad de la madre hacia la ansiedad (10,11).

Identificar la ansiedad y el miedo durante el embarazo es de vital importancia; ya que ambas predisponen a numerosas complicaciones tanto para la madre como para el feto, como amenaza de aborto, alteración en el desarrollo fetal, partos pretérminos, bajo peso del recién nacido y Apgar bajo al nacer. Estas variaciones a largo plazo están asociadas a alteraciones del comportamiento y del desarrollo cognitivo, como también riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en los infantes y adolescentes; es importante que el personal de salud identifique los problemas mencionados, para un diagnóstico y tratamiento oportuno, en vías de mejorar la calidad de vida de la madre e hijo (12,13,14).

También es importante buscar factores de resiliencia potenciales que pueden ayudar a proteger contra el estrés prenatal alto, como el apoyo familiar y social, u otras actividades saludables como realizar actividad física, mitigando así los síntomas de ansiedad (15).

ÍNDICE GENERAL

INFORME FINAL DE TESIS DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN	vii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1. Determinación del problema.....	2
1.2. Enunciado del problema	2
1.3. Descripción del problema	2
1.4. Justificación del problema:	5
2. OBJETIVOS	6
2.1. Objetivo general:.....	6
2.2. Objetivos específicos:.....	6
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. Conceptos básicos	8
3.2. Revisión de antecedentes investigativos.....	28
4. HIPÓTESIS	33
CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	34
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	35
1.1. Técnica	35
1.2. Instrumentos	35
1.3. Materiales de verificación.....	35
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	35
2.1. Ámbito.....	35
2.2. Unidades de estudio	36
2.3. Temporalidad.....	37
2.4. Ubicación espacial	37
2.5. Tipo de investigación	37
2.6. Nivel de investigación	37
2.7. Diseño de investigación.....	37
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	37
3.1. Organización.....	37
3.2. Recursos	40
3.3. Validación de los instrumentos	40
3.4. Criterios para manejo de resultados.....	42
CAPÍTULO III RESULTADOS	44

DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES.....	76
RECOMENDACIONES.....	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79
ANEXOS	87
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	88
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	95
ANEXO 3: MATRIZ DE DATOS	97
ANEXO 4: PROYECTO DE TESIS	109



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 NIVELES DE ANSIEDAD EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	45
TABLA N° 2 NIVELES DE MIEDO AL COVID-19 PERCIBIDOS POR LAS GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	46
TABLA N° 3 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	47
TABLA N° 4 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	49
TABLA N° 5 RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	50
TABLA N° 6 RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	51
TABLA N° 7 RELACIÓN ENTRE LA NACIONALIDAD Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	52
TABLA N° 8 RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE INSTRUCCIÓN Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	53
TABLA N° 9 RELACIÓN ENTRE EL INGRESO ECONÓMICO Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	54
TABLA N° 10 RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN LABORAL Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	55
TABLA N° 11 FACTORES PSICOSOCIALES EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	56

TABLA N°. 12 RELACIÓN ENTRE EL APOYO FAMILIAR Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	57
TABLA N°. 13 RELACIÓN ENTRE LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	58
TABLA N°. 14 RELACIÓN ENTRE EL APOYO DE LA PAREJA Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	59
TABLA N°. 15 RELACIÓN ENTRE LA VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	60
TABLA N° 16 RELACIÓN ENTRE TENER ALGÚN FAMILIAR CON COVID Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	61
TABLA N°. 17 FACTORES CLÍNICOS EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	62
TABLA N°. 18 RELACIÓN ENTRE LA PARIDAD Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	63
TABLA N°. 19 RELACIÓN ENTRE LA AMENAZA DE ABORTO Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	64
TABLA N° 20 RELACIÓN ENTRE ETAPAS DEL EMBARAZO Y ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	65
TABLA N°. 21 RELACIÓN ENTRE LAS COMORBILIDADES EL NIVEL DE ANSIEDAD EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	66
TABLA N°. 22 RELACIÓN ENTRE LAS COMORBILIDADES EL NIVEL DE MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	68

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N°1 NIVELES DE ANSIEDAD EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	45
GRÁFICO N°2 NIVELES DE MIEDO AL COVID-19 PERCIBIDOS POR LAS GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	46
GRÁFICO N°3 RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD Y MIEDO AL CORONAVIRUS EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	48
GRÁFICO N°4 RELACIÓN ENTRE NIVELES DE ANSIEDAD Y COMORBILIDADES AL CORONAVIRUS EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021.....	67
GRÁFICO N°5 RELACIÓN ENTRE NIVELES DE MIEDO AL CORONAVIRUS Y COMORBILIDADES EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN LA CIUDAD DE AREQUIPA EN EL MES DE MAYO DEL 2021	69



1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la micro red edificadores misti durante la pandemia por COVID-19 en Arequipa, mayo 2021.

1.2. Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área Específica: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Ansiedad

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLES	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORIA	ESCALA	
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Factores sociodemográficos	Edad	Años	Cuantitativa	
	Estado Civil	Soltero		Cualitativa
		Conviviente		Cualitativa
		Casado		Cualitativa
		Viudo/Divorciado		Cualitativa
	Grado de Instrucción	Sin instrucción		Cualitativa
		Primaria		Cualitativa
		Secundaria		Cualitativa
		Superior		Cualitativa
	Situación Laboral	Sin empleo		Cualitativa
		Con empleo		Cualitativa
	Ingresos económicos	Mas de lo básico		Cualitativa
		Lo básico		Cualitativa
		Menos de lo básico		Cualitativa
Nacionalidad	Peruana		Cualitativa	
	Extranjero		Cualitativa	
Factores psicosociales	Apoyo familiar	SI/NO	Cualitativa	
	Embarazo no planificado	SI/NO	Cualitativa	
	Apoyo de la pareja	SI/NO	Cualitativa	
	Violencia domestica	SI/NO	Cualitativa	
	Familiar con COVID-19	SI/NO	Cualitativa	
Factores clínicos	Paridad	Primípara	Cualitativa	
		Secundípara		
		Multípara		

	Amenaza de aborto en gestación actual	SI/NO	Cualitativa
	Etapas del embarazo	I trimestre	Cualitativa
		II trimestre	Cualitativa
		III trimestre	Cualitativa
	Comorbilidades	Obesidad	Cualitativa
		Diabetes Mellitus	Cualitativa
		HTA	Cualitativa
		Depresión	Cualitativa
		Otros (especifique)	Cualitativa
	VARIABLES DEPENDIENTES		
Ansiedad	Escala de Ansiedad de Hamilton	Nunca	Cualitativa
		Algunas veces	Cualitativa
		Bastante	Cualitativa
		Casi siempre	Cualitativa
		Siempre	Cualitativa
Miedo al COVID-19	Escala de Miedo al COVID-19	Totalmente en desacuerdo	Cualitativa
		En desacuerdo	Cualitativa
		Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Cualitativa
		De acuerdo	Cualitativa
		Totalmente de acuerdo	Cualitativa

1.3.3. Interrogantes básicas

- a) ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?
- b) ¿Cuáles son los niveles de miedo al COVID-19 percibidos por las gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?

- c) ¿Existe asociación entre los niveles de ansiedad y niveles de miedo en las gestantes Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?
- d) ¿Qué factores sociodemográficos están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?
- e) ¿Qué factores psicosociales están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?
- f) ¿Qué factores clínicos están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?

1.3.4. Tipo de investigación

El presente trabajo se trata de un estudio de campo.

1.3.5. Diseño de investigación

Correlacional de corte transversal.

1.3.6. Nivel de investigación

Descriptivo-Analítico.

1.4. Justificación del problema:Justificación científica:

Actualmente en el Perú se cuenta con pocos trabajos de investigación orientados a la salud mental de la gestante y el efecto psicológico que ha producido la pandemia por COVID-19 en esta pequeña población. Es importante ver la relación de ansiedad a causa del confinamiento en el que han estado sometidas, ya que está interfiriendo con el normal funcionamiento psicológico y social del binomio madre-niño; por tales razones el presente trabajo de investigación pretende dar a conocer estos factores.

1.4.2. Justificación social:

Al identificar qué factores están asociados a la ansiedad y el miedo en las gestantes durante la pandemia por COVID-19, se puede implementar medidas para su prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, y así evitar

complicaciones que lleguen a afectar la calidad de vida de la madre y el desarrollo del feto.

1.4.3. Factibilidad:

La realización del siguiente trabajo de investigación es factible, ya que se cuenta con una muestra adecuada de gestantes atendidas en la Micro Red Edificadores Misti, además de que se realizara la medición de ansiedad y miedo al COVID-19 con escalas validadas tanto a nivel nacional e internacional.

1.4.4. Justificación personal:

Las gestantes con las que hemos tenido contacto a través de nuestras practicas hospitalarias en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19 a lo largo de este último año, nos ha permitido observar que existe un grupo de pacientes que presenta síntomas y signos de ansiedad, muchas de ellas justifican que es a causa del miedo a contraer la enfermedad COVID-19, es por eso que a través de este trabajo deseamos reconocer el perfil de la gestante con mayor riesgo de desarrollar un nivel alto de ansiedad y miedo, marcando un precedente y así poder llamar la atención de las autoridades para poder implementar a futuro, actividades promocionales y preventivas para detectarlas y poder brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno, mejorando la calidad de vida de la gestante y el futuro ser.

2. OBJETIVOS

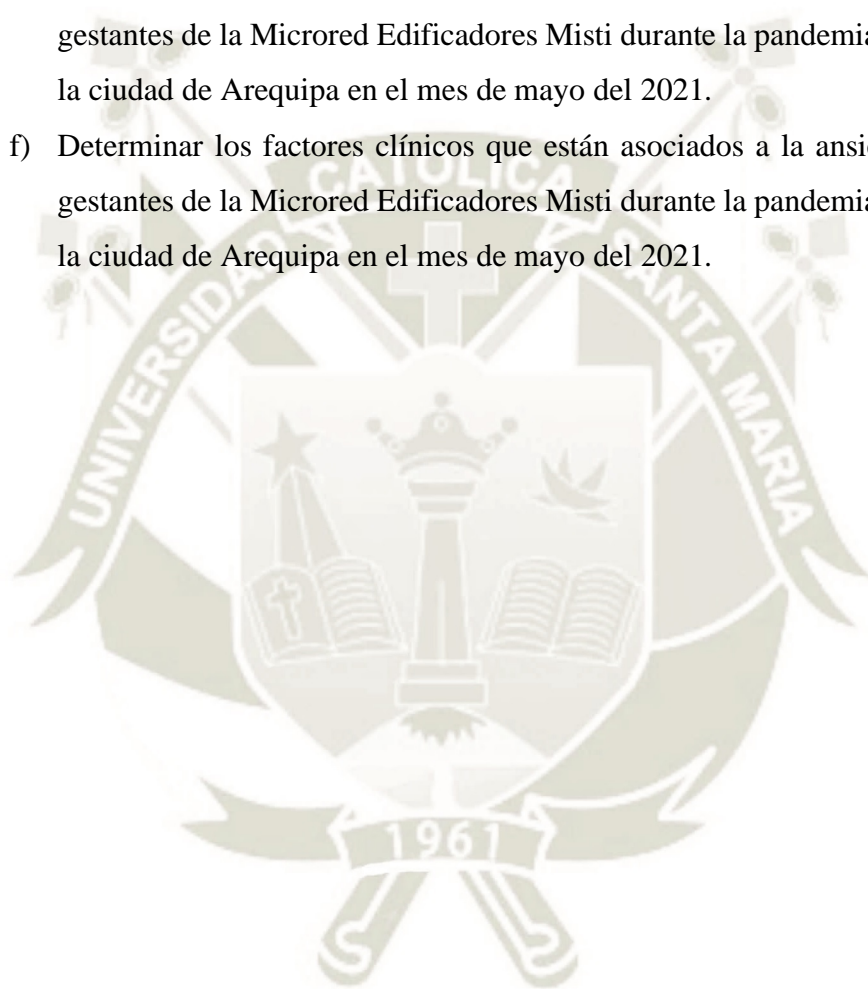
2.1. Objetivo general:

Identificar los factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en Arequipa, mayo 2021

2.2. Objetivos específicos:

- a) Determinar los niveles de ansiedad en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- b) Determinar los niveles de miedo al COVID-19 percibidos por las gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.

- c) Determinar la asociación entre los niveles de ansiedad y niveles de miedo en las gestantes Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- d) Determinar los factores sociodemográficos están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- e) Determinar los factores psicosociales están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- f) Determinar los factores clínicos que están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Emociones

Se define a las emociones como modelos propios de la conducta expresiva que surge como mecanismo adaptativo fisiológico frente a situaciones consideradas peligrosas, amenazantes, excitantes o novedosas, que a su vez vienen condicionadas por la cultura y experiencias del individuo, con consecuencias favorables o desfavorables.

Las emociones son importantes debido a que anticipan al individuo y lo preparan frente a las exigencias del medio externo sirviendo como medidas adaptativas para su supervivencia. Las emociones básicas las podemos dividir entre aquellas positivas como la alegría o negativas como el miedo, la ansiedad, la ira. Si alguna de estas emociones aumenta en frecuencia, a lo largo del tiempo y afecta la calidad de vida del individuo, se convierte en patológica con el riesgo inminente de desarrollar un trastorno psiquiátrico, en el caso del miedo y la ansiedad, su expresión patológica corresponda a los Trastornos de Ansiedad, con gran morbilidad en aquellos que la sufren (5).

3.1.2. Ansiedad

3.1.2.1. Definición

Definición de ansiedad: según la DMS V “Es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura”. “La ansiedad es un estado emocional estresante y displacentero que provoca un sentimiento de nerviosismo y desasosiego, y sus causas no están claras. La ansiedad está menos vinculada al momento exacto en el que se produce la amenaza y puede ser anticipatoria, antes de la amenaza, persistir cuando ya ha pasado u ocurrir sin una amenaza identificable. A menudo, la ansiedad se acompaña de cambios físicos y conductuales similares a los que provoca el miedo” (6).

3.1.2.2. Epidemiología

Las estimaciones de prevalencia a nivel mundial sobre la ansiedad basado en estudios a gran escala a nivel mundial son entre el 10% y el 14%, que cumplen con los criterios del DMS-V para el trastorno de ansiedad, evidenciándose una tasa alta entre 18 y 25 años. Los trastornos de ansiedad posiblemente

pueden predecir relaciones inestables y consecuencias negativas en el trabajo (16).

En el caso del Perú, según los estudios epidemiológicos de Salud Mental del año 2018, se observó que las enfermedades psiquiátricas representan un 17,5% del total de carga de enfermedad, produciendo una gran pérdida de años de vida saludable. Además, el 20,7% de los ciudadanos mayores de 12 años padece algún tipo de trastorno mental, siendo los principales: depresión, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias, dependencia de alcohol. También se observó que las poblaciones urbanas en las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa son las que presentan prevalencias muy elevadas; a diferencia de las poblaciones rurales cuya prevalencia es del 10,4%, reflejándose una mayor parte en la región rural de Lima. En el caso de Arequipa la prevalencia trastornos mentales es del 18.8%. En el contexto de la pandemia por COVID-19, se aperturó una línea telefónica para realizar consultas y apoyo en lo referente a salud mental, donde se obtuvo que un 12.68% de las consultas fueron por síntomas ansiosos/depresivos, frente a un 82.35% de las consultas que fueron por síntomas de estrés (17).

3.1.2.3. Etiología

Antiguamente se creía erróneamente que los trastornos de ansiedad eran relacionados con problemas psíquicos, sin embargo, se sabe que participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y sobre todo de aprendizaje. Cabe destacar que muchos de estos trastornos están influenciados genéticamente, además de experiencias vividas y conductas aprendidas. Dentro de la predisposición genética, se evidencia una vulnerabilidad biológica y con mayor contundencia se da en los trastornos de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social. Dentro de los factores psicosociales, cumplen un papel importante en las dificultades académicas y laborales, necesidades económicas y sociales y finalmente relaciones interpersonales. Las experiencias vividas como sucesos traumáticos que involucren accidentes, desastres, asaltos, inducen un trastorno biológico cerebral que se asocia a síntomas graves de ansiedad. La ansiedad genera una señal de alarma provocando que el “yo” adopte medidas defensivas, si esta

tiene éxito, desaparece; pero si se contiene, pueden presentar síntomas de fobia, disociación y obsesivos compulsivos. Se ha demostrado que patrones cognitivos distorsionados desencadenan un comportamiento desadaptado y trastornos emocionales. Es importante mencionar que se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás, como de nuestros progenitores, que a futuro desencadenan episodios parecidos a los aprendidos. En este contexto es particularmente relevante la asociación entre estrés como estado psicobiológico del organismo ante la presencia de eventos amenazantes o demandantes, que modifica de manera definida el estado inmunológico, y la proclividad a diversos padecimientos, y más aún cuando se trata de estados de estrés repetidos o crónicos. Se ha establecido que características personales como el optimismo, autoeficacia, resiliencia, autoestima, bienestar, se constituyen en factores generales o específicos protectores de algunos problemas y enfermedades (18).

3.1.2.4. Factores de riesgo

Se entiende como factor de riesgo, toda forma específica de hacer o desarrollarse en la vida o una característica ambiental o personal de vincularse con ella, por lo que su manejo y sobre todo su prevención son importantes, dentro de ellos tenemos:

- Género femenino
- Edad más joven (25 a 34 años)
- Nivel de educación más bajo
- Viviendo solo
- Desempleo
- Historia psiquiátrica de los padres
- Trauma infantil (19).

3.1.2.5. Fisiopatología

Hay una alta tasa de probabilidad de heredabilidad de estos trastornos, debido a ello se requiere un registro de los antecedentes familiares, para determinar si hay una posible agregación familiar al realizar el diagnóstico.

El sistema neuronal tiene un sinnúmero de funciones, responsable de preservar la vida ante diferentes situaciones adversas que acontecen el día a día, como

situaciones de lucha, huida, alimentación, y actividad sexual, vinculadas a emociones. La localización de las emociones estaría en el sistema límbico, comprendida por varias estructuras como la amígdala, el hipotálamo, y el hipocampo. Para el correcto funcionamiento de estas estructuras están implicados tres neurotransmisores en el mecanismo de la ansiedad: la noradrenalina, la serotonina, y el ácido gamma- aminobutírico.

La noradrenalina es una sustancia que actúa como neurotransmisor, simulando el sistema nervioso simpático; sus cuerpos neuronales están ubicados en locus ceruleus, una estimulación de esta produce una respuesta de miedo y su ablación inhibe esta respuesta (20).

La serotonina es un neurotransmisor muy importante en la fisiopatología de los trastornos de la ansiedad. Se encarga de regular el bienestar y la estabilidad psicológica, sin embargo, unos niveles elevados de esta sustancia, está asociada a trastornos de ansiedad social o fobia, pero una serotonina extremadamente baja, produce un trastorno de ansiedad generalizada, llegando a la conclusión que un desequilibrio de esta sustancia produce estados mentales de agitación y nerviosismo, ya sea por exceso o carencia. El GABA (el ácido gamma-aminobutírico) es el neurotransmisor inhibitorio más importante en el SNC. El GABA controla el estado de excitabilidad en todas las áreas del cerebro (21).

3.1.2.6. Manifestaciones clínicas

Dentro de las manifestaciones clínicas de la ansiedad tenemos las siguientes:

Síntomas emocionales de ansiedad:

- Preocupación excesiva
- Hiperactividad autónoma
- Respuesta de sobresalto exagerada
- Irritabilidad
- Anticipar lo peor
- Centrarse en los problemas

- Problemas de concentración

Síntomas físicos de ansiedad:

- Palpitaciones
- Sudoración
- Dolor estomacal o mareos
- Aumento de la diuresis
- Diarrea
- Sensación de falta de aire
- Temblor de manos
- Tensión muscular
- Cefaleas
- Fatiga
- Insomnio (22,23).

3.1.2.7. Diagnóstico

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad implica que el profesional de la salud reconozca que estos problemas son muy frecuentes. Y deben reconocerse sobre todo en atención primaria; los pacientes con ansiedad somatizan y acuden al consultorio con síntomas como dolor de espalda, de cabeza, abdominal, dificultad para conciliar el sueño, preocupación excesiva (24).

Para realizar un buen diagnóstico es fundamental seguir una secuencia de pasos tales como: escuchar (concediéndole al paciente expresar los síntomas que presenta), preguntar (permitiendo al examinador obtener más información), evaluar (examinar la forma en la que se expresa, como se comporta, su nerviosismo), explorar (realizar un examen físico buscando alguna enfermedad coexistente), informar (explicar y aclarar la enfermedad que presenta) y concluir. Dentro de los criterios diagnósticos de la DMS-V, tenemos los siguientes:

A. Ansiedad y preocupación excesivas, que ocurren más días de los que no lo hacen durante al menos seis meses, acerca de una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el desempeño escolar).

B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días que no durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de excitación o nerviosismo
2. Se fatiga con facilidad
3. Dificultad para concentrarse o la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño inquieto o insatisfactorio)

D. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (24).

3.1.2.8. Miedo

3.1.2.8.1. Definición

El miedo es una emoción negativa, fisiológica y conductual transitoria, frente a aquello considerado como amenaza o peligro inminente para el sujeto, que lo alerta e induce una respuesta específica hacia el objeto o situación, produciendo una conducta evitativa, huida o agresión hacia el estímulo (25,26).

El miedo a diferencia de la ansiedad es de duración breve, el peligro es identificable y este disminuye cuando se aleja el peligro. La ansiedad es persistente, prolongada y el peligro es desconocido (27).

3.1.2.8.2. Etiología

En cuanto a la etiología del miedo, existen muchas teorías, una de las más aceptadas es el condicionamiento del miedo según la teoría conductista de

Pavlov, conocido como miedo pelviano. Este se basa en dos estímulos, uno es el estímulo neutro o también llamado estímulo condicionado (ejem. la luz o un tono), y el otro un estímulo aversivo o dañino llamado estímulo incondicionado (ejem. una descarga eléctrica), que asociados generan que el estímulo neutro, adquiera propiedades aversivas, provocando una respuesta conductual típica. Este tipo de respuestas genera cambios fisiológicos que son regulados por el sistema nervioso y que está basado en un aprendizaje asociativo (28).

3.1.2.8.3. Fisiopatología

Son múltiples las estructuras cerebrales que participan en la percepción del miedo, en ellas tenemos tanto a la corteza cerebral, como aquellas estructuras subcorticales: la amígdala, el sistema mesolímbico y el hipotálamo principalmente (29). El circuito implicado en el condicionamiento del miedo inicia en el núcleo lateral de la amígdala, en el cual tanto el estímulo neutro como el estímulo aversivo, son recibidos por la amígdala de manera independiente activando débilmente las neuronas, sin embargo, cuando estos dos estímulos se asocian, la activación del núcleo lateral aumenta (30).

La amígdala, contienen densas concentraciones de receptores de serotonina, neurotransmisor importante en la generación del condicionamiento del miedo. El sistema de serotonina es bastante complejo, teniendo efectos diferenciales bajo diferentes conductas que ejerce el ser humano y a la región del cerebro que se dirige. Los cuerpos celulares de la serotonina se encuentran en los núcleos del rafe medio del cerebro, enviando proyecciones por todo el cerebro. Este sistema de serotonina está conformado por diferentes receptores distribuidos en diferentes partes del cerebro, entre los receptores más importantes tenemos el receptor 5-HT_{2A}, capaz de modular el aprendizaje, mejorando una respuesta adecuada frente al miedo (31).

Entonces la amígdala es la estructura que percibe el miedo, mientras que la corteza cerebral relaciona esta emoción como algo negativo; y este miedo queda en la memoria del individuo gracias a la amígdala e hipocampo que reúnen la información de las experiencias vinculadas al

evento que genere miedo, al final todas estas regiones se vinculan y transmiten a la corteza cingulada media anterior que da las instrucciones finales que influirán en acciones posteriores.

Como se vio anteriormente, el miedo y la ansiedad son emociones fisiológicas, transitorias y comunes a todo ser humano, que permite su adaptación y desarrollo neurocognitivo, se sabe que cuando estas son desproporcionadas a su estímulo y persisten en el tiempo tiene gran riesgo de transformarse en Trastornos de ansiedad, cuya principal característica en todos ellos es la generalización excesiva del miedo, esto produce que el individuo anticipe el peligro muchas veces sin estímulo, lo que crea un estado de hipervigilancia, afectando las áreas anteriormente relacionadas produciendo un desequilibrio que afectara el rendimiento cognitivo del individuo (32).

3.1.2.8.4. Manifestaciones clínicas

El miedo corresponde pues a un mecanismo básico de defensa, que pone en marcha diferentes manifestaciones tanto cognitivas como físicas:

- Manifestaciones cognitivas:
 - Preocupación
 - Pensamientos sobre una amenaza concreta
 - Deseos de huir, aislarse o luchar
- Manifestaciones físicas:

Se muestran como una descarga simpaticomimética que preparan al individuo para la eventual respuesta hacia el estímulo:

- Taquicardia
- Aumento de la ventilación
- Pilo erección
- Sudoración
- Mucosas secas (33).

3.1.3. COVID-19

3.1.3.1. Definición

La organización mundial de la Salud en febrero del 2020 designa el COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019), es causada por el virus SARS-COV-2 (síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2), extendiéndose rápidamente por todo el mundo. El COVID-19 es un beta coronavirus ARN de cadena positiva del subgrupo de coronavirus causantes del síndrome respiratorio agudo severo (SARS). La similitud de la secuencia de ARN es similar al del coronavirus del murciélago, por tal motivo se propone que sea la fuente principal (34).

3.1.3.2. Epidemiología y transmisión

El brote ocurrido en la ciudad de Wuhan en diciembre del 2019 tuvo su origen en un mercado de mariscos, se relaciona a una zoonosis, siendo probablemente el coronavirus del murciélago sea el causante, aunque aún no está determinado de manera definitiva el huésped original de este virus.

El SARS-COV-2 tiene características epidemiológicas evidentes como lo son su alta contagiosidad por su transmisión directa de persona a persona a través de partículas respiratorias, su rápida colonización de la vía área superior e infectividad, su periodo de incubación y periodo de diseminación extensos, todo esto sumado a la globalización en la cual actualmente vivimos, hizo posible que el virus se diseminara rápidamente y llegara a muchos países del mundo. Actualmente el número de países afectados es de 192 con más de tres millones de víctimas mortales y más de 151 millones de casos confirmados de COVID-19 a nivel mundial hasta el momento (35). En cuanto al Perú, a través de la sala situacional otorgada por el MINSA contamos con más de 1.5 millones de casos de COVID-19 confirmados y más de 61 mil casos mortales. En el caso de Arequipa, actualmente contamos con más de 72 mil casos confirmados de COVID-19 y más de dos mil fallecidos hasta la fecha (36).

En cuanto a la vía de transmisión del virus esta es principalmente a través de partículas respiratorias, que se transmiten de persona a persona por contacto estrecho menor a 2 metros, otra vía de contagio alterna es a través de inhalación de partículas que permanecen en el aire sobre todo en espacios

cerrados y con mala ventilación; incluir además la probable transmisión a través de fómites y objetos inanimados. El virus también ha sido aislado en heces, orina, sangre, saliva, semen, leche materna, pero aun es incierto el rol de estos en la transmisión del virus. No se ha podido demostrar el riesgo de transmisión vertical, ni tampoco en epidemias previas. No hay presencia de SARS-COV-2 en leche materna en mujeres infectadas, muchas sociedades están a favor de la lactancia materna (37).

Acerca del periodo de contagio se sabe que una persona sintomática puede transmitir el virus dos días antes del inicio de los síntomas, siendo el riesgo de transmisión alto durante los primeros días del inicio de la enfermedad y luego va disminuyendo hasta aproximadamente 7-10 días del inicio de los síntomas. En caso estemos frente a un caso de COVID-19 grave, el periodo de contagio se extiende hasta aproximadamente los 21 días desde el inicio de los síntomas (34).

3.1.3.3. Clasificación

Según el Instituto nacional de la Salud, ha categorizado los grados de gravedad de la enfermedad, de la siguiente forma:

- **Infección asintomática o presintomática:** prueba positiva para SARS-CoV-2 pero sin síntomas.
- **Enfermedad leve:** cualquier signo y síntoma sin dificultad para respirar, disnea o imágenes anormales del tórax.
- **Enfermedad moderada:** evidencia de enfermedad de las vías respiratorias inferiores mediante evaluación clínica o imágenes y una saturación de oxígeno (Sat pO₂) ≥ 94 por ciento en el aire ambiente al nivel del mar.
- **Enfermedad grave:** frecuencia respiratoria > 30 respiraciones por minuto, SaO₂ < 94 por ciento en el aire ambiente al nivel del mar, relación entre la presión parcial arterial de oxígeno y la fracción de oxígeno inspirado (PaO₂ / FiO₂) < 300 , o infiltrados pulmonares > 50 por ciento.
- **Enfermedad crítica:** insuficiencia respiratoria, shock séptico y / o disfunción multiorgánica (38,39).

3.1.3.4. Diagnóstico

El cuadro clínico inicial se caracteriza por ser un proceso respiratorio viral alto, caracterizado por presentar fiebre y síntomas concomitantes como tos, rinorrea, mialgias, dolor de garganta, alteración en el olfato o gusto, entre otros; si la infección no es controlada o existe una desregulación de la respuesta del sistema inmune se puede desarrollar la manifestación más grave de esta enfermedad que es la neumonía, caracterizada por presentar signos y síntomas como fiebre, tos, disnea, disminución en la saturación de oxígeno. Con la ayuda de pruebas de imágenes como la radiografía de tórax donde se observa un infiltrado bilateral, o la tomografía de tórax, teniendo una clasificación más agudizada para saber con exactitud el grado de compromiso de ambos pulmones, es de ayuda diagnóstica; en caso de que la enfermedad progrese puede provocar un Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo que pone en grave peligro la vida del pacientes, siendo necesario en muchos casos el internamiento en UCI, y medidas invasivas como la ventilación mecánica (40).

En cuanto a métodos diagnósticos, actualmente las más usadas son las siguientes:

- a. Prueba de ampliación de ácido nucleico: Que se realiza a través de la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) de una muestra de la vía aérea superior, de esta manera se detecta el ARN del SARS-COV2.
- b. Prueba antigénica: Detecta el antígeno de SARS-COV-2, es una prueba sencilla de realizar, obteniendo resultados en menor tiempo que con la RT-PCR, teniendo en cuenta que la sensibilidad es menor.
- c. Pruebas serológicas: Este tipo de pruebas detectan los anticuerpos tanto IgM como IgG contra el SARS-COV-2 a través de una muestra sanguínea, cuya utilidad es sobre todo para detectar pacientes que tuvieron la enfermedad o que actualmente cursan con ella por más de una semana (40).

3.1.3.5. Variantes

Ya en diciembre del 2020, han sido identificadas varias variantes que han preocupado a la comunidad científica, sin embargo, no hay estudios de estas

nuevas cepas en embarazadas, un estudio, que hace falta en la comunidad científica. Dentro de las cepas más preocupantes en el sistema sanitario a nivel mundial, tenemos las siguientes:

- **B.1.1.7 linaje:** conocida como variante preocupante, ha sido identificada por primera vez en Reino Unido a fines del 2020, esta contiene más de una docena de mutaciones, y una mayor transmisibilidad a diferencia de otras. Algunos estudios sugieren puede estar asociada con una mayor gravedad de la enfermedad.
- **B.1.351 linaje:** esta variante fue identificada en Sudáfrica a finales del 2020 (41).

3.1.4. Salud mental en la gestación

3.1.4.1. Introducción

La OMS indica que la salud es la perfecta combinación de bienestar físico, mental y social, en la cual la salud mental se caracteriza por la capacidad que le da al individuo afrontar tensiones, realizar un trabajo productivo, y sobre todo una contribución a la comunidad, permitiéndoles conducir una vida plena, capaz de formar y mantener relaciones interpersonales para desarrollar diferentes actividades en la vida, como estudiar y trabajar (42). La perturbación del bienestar psicológico de la persona puede afectar la capacidad para las decisiones que tome, comprometiendo no solo su funcionamiento individual sino afectando el bienestar del hogar y eventualmente de la sociedad (43).

Al hablar de salud mental, tenemos que tomar en cuenta a las enfermedades mentales, estas se asocian con una carga significativa de morbilidad y discapacidad.

Las tasas de trastornos psiquiátricos se ven marcadamente diferenciados entre mujeres y hombres, es así que el género, es un determinante crítico de salud y de las enfermedades mentales; siendo más prevalentes en el sexo femenino, principalmente en la depresión, ansiedad y estrés. A esto se le suma el hecho de que usualmente estas enfermedades mentales son infradiagnosticadas por el personal de salud, además de que los pacientes se muestran reacios a buscar ayuda profesional, siendo pocos los que lo hacen, por tales razones es

importante promover la formulación e implementación de políticas en salud mental, para que estas enfermedades mentales sean prevenibles, y en caso ocurran, sean diagnosticadas a tiempo y así mejorar la calidad de vida de la persona.

Durante el embarazo la mujer sufre cambios fisiológicos necesarios para el correcto desarrollo del feto, estos cambios son tanto psicológicos como físicos, los cuales generan un estado de estrés fisiológico esperable que es indispensable para crear un ambiente propicio para cumplir con todos los requerimientos que necesita el feto (4).

Como médicos generales es indispensable reconocer hasta donde el cambio fisiológico se torna patológico; un diagnóstico y tratamiento oportuno, evitara desenlaces que pongan en riesgo tanto a la madre como al hijo, promoviendo un embarazo saludable. Dentro de aquellas patologías que debemos identificar de manera precoz se encuentran los trastornos mentales.

La relación del miedo y la ansiedad con el embarazo es poco reconocida pero predecible ya que la transición de ser mujer a ser madre es un proceso con una gran carga emocional y de mucha responsabilidad. En la mayoría de casos es un estado temporal que conforme avanza la gestación va disminuyendo su intensidad, pero en algunas gestantes pueden persistir e incluso incrementar, produciendo que se activen mecanismos de defensa en la madre, que pueden ser perjudiciales tanto para la madre como para el producto, pues según múltiples estudios los altos niveles de ansiedad se ha correlacionado con amenaza de aborto en el I trimestre, partos por cesárea, parto pretérmino, bajo peso al nacer, puntajes bajos de Apgar al nacimiento, y complicaciones a futuro como alteraciones del comportamiento, alteración en el desarrollo cognitivo, riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en los infantes y adolescentes que afecta la calidad de vida y el correcto desarrollo del niño/a (44,12,13,45).

Durante la gestación uno de los trastornos psiquiátricos más frecuente es la ansiedad, puesto que la mujer debe afrontar una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social, esto produce que exista un aumento en el cortisol tanto materno como fetal, aumento de citocinas proinflamatorias, que pueden acarrear efectos en el embarazo y en el feto (46). En el caso de la gestante, la

ansiedad se considera como precursor de otros trastornos depresivos como la depresión postparto y también complicaciones a lo largo de la gestación (14,45). Las consecuencias que acarrea al feto son el incremento de la actividad motora intrauterina, taquicardia fetal, riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer, y alteraciones en el comportamiento del niño a futuro, como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), alteraciones en la conducta y disminución de la densidad de la materia gris cerebral (12,13,47,11). A esto le sumamos la aparición de la pandemia por COVID-19 que, por las medidas implementadas por los gobiernos de realizar aislamiento y cuarentena, pueden precipitar nuevos síntomas psiquiátricos en personas sin enfermedades mentales o agravar las ya existentes.

En el Perú se cuenta con pocas guías que se enfaticen en la salud mental de la gestante, las pocas guías que contamos se enfocan en la psicoprofilaxis, que consiste en un proceso educativo para preparar a la gestante para afrontar de la mejor manera el embarazo. Es importante actualizarlas, ya que nuestra sociedad está sometida a muchos cambios desde que la pandemia llegó a nuestro país (11).

3.1.4.2. COVID-19 y gestación

Se tiene como antecedentes a dos enfermedades previas con características similares a COVID-19 como son el Síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en los cuales incluyeron a la gestante como población de riesgo para desarrollar un cuadro grave por esta infección. Actualmente aún es desconocido hasta qué grado el SARS-COV-2 puede influir en el embarazo, que alteraciones puede causar tanto al momento de la implantación, desarrollo y maduración del feto, y las consecuencias a futuro para el recién nacido, sin embargo, está demostrado que las mujeres embarazadas tienen un alto riesgo de sufrir graves complicaciones y severidad de la enfermedad, incluido el SARS y el MERS, por tal motivo la Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomendó suspender la gran parte de controles de rutina y ser cambiadas con consultas por video o teléfono (48).

Como se explicó anteriormente, la mujer gestante sufre una serie de cambios a lo largo de su embarazo, para poder albergar y satisfacer las demandas del

producto, uno de estos cambios es a nivel del sistema inmunológico, donde se produce una tolerancia inmunológica, ocasionando una disminución de la inmunidad celular, para evitar el rechazo del producto, y a consecuencia el aumento de la inmunidad humoral. La infección con el SARS-COV-2 depende del sistema inmunológico del huésped, si este elimina de manera eficaz al virus, se desarrolla una enfermedad asintomática o leve, en caso contrario, puede ocasionar una enfermedad grave con riesgo de vida. Tras una infección viral, el sistema inmunológico reacciona principalmente a través de la inmunidad celular, de tal manera que, tras la inflamación provocada por el virus, las células Th1 CD4+ acuden y eliminan a las células infectadas evitando su propagación y replicación viral, autolimitando la infección (49).

Durante el embarazo la inmunidad celular dada por las células Th1 y los linfocitos T citotóxicos bajos, induce a su vez a una disminución en los niveles de interleucina-2 (IL-2), interferón gamma, alteración de células dendríticas, y factor de necrosis tumoral, generando alteraciones en la respuesta inmunológica, como en infecciones virales, provocando que no se elimine adecuadamente las células infectadas; pero aun el rol de la tolerancia inmunológica a lo largo del embarazo es incierto con respecto al COVID-19 (49,50).

Otro cambio se da a nivel pulmonar, desde un aumento del volumen tidal, hasta una disminución del volumen residual, con la consiguiente disminución de la capacidad pulmonar residual, y capacidad pulmonar total, sumado a la dificultad para la eliminación de secreciones pueden contribuir a una enfermedad respiratoria de mayor riesgo (5).

Como siguiente punto importante es el estado protrombótico que se desarrolla durante la gestación, ya que existe un aumento de todos los factores de coagulación, a excepción del factor XI y XIII, también incrementan los niveles de fibrinógeno hasta en un 50%, dichos cambios aumentan el riesgo de eventos tromboembólicos en las gestantes. En cuanto al COVID-19 es ya conocida las complicaciones tromboembólicas asociadas por activación de diferentes vías protrombóticas. Por lo anterior es factible deducir que ambos combinados aumentan el riesgo de eventos embólicos mortales, causando una enfermedad grave por COVID-19.

Dentro de las manifestaciones clínicas evidenciadas en gestantes es la tos, con un 50,3% en frecuencia, seguido de dolor de cabeza, dolores musculares, fiebre y dolor de garganta. Muchas embarazadas presentan cuadros asintomáticos, sin embargo, no está claro cuánto es la frecuencia (51).

En cuanto a la transmisión vertical, si ocurre o no, aún es desconocido, existe una serie de casos de infecciones congénitas, donde se ha hallado anticuerpos tanto IgM e IgG en el recién nacido, se ignora en qué momento se adquiere la infección, pudo haber sido intrauterino, en el momento del parto o a través del contacto del recién nacido con la madre o personal de salud que lo atiende.

3.1.4.3. COVID-19 y salud mental en el embarazo

La aparición del COVID-19 y su rápida transmisión, ha llevado a la comunidad científica a una constante preocupación por los efectos negativos que está trayendo esta pandemia en la salud mental de la población. Esta pandemia está cambiando las prioridades de nuestra población, desafiando la práctica clínica habitual de nuestros profesionales de la salud, produciendo un aumento de ayuda psiquiátrica, comportándose como un estresor traumático (52). La prevalencia de los trastornos psicológicos es más alta de lo que se pensaba anteriormente, y están en aumento significativo durante la pandemia por COVID-19.

Nos encontramos en una sociedad mediática, en la que estamos al alcance de diferentes noticias a nivel mundial, regional y nacional como el número de contagios, muertes y el colapso de diferentes sistemas de salud; a consecuencia, ha conllevado preocupación, ansiedad, angustia, impotencia y miedo en la gente; sin darnos cuenta el mundo al que conocíamos, ha cambiado radicalmente (53). El miedo, ansiedad y el pánico ha sido utilizado como excusa, o probablemente de manera involuntaria, a adoptar comportamientos de discriminación como la estigmatización o la compra excesiva de suministros (54).

Se ha evidenciado que, durante todo este tiempo desde la aparición de la pandemia, estuvo circulando diferente tipo de información de salud y que a causa de esto ha contribuido a la incertidumbre, la ansiedad y el miedo en diferentes familias. Es probable que las personas con un mayor grado de

alfabetización sanitaria, es decir con una mejor percepción de la información sanitaria, tengan un factor de protección para la salud mental (55).

La mayor parte de la población se ha visto afectada, sin embargo, el impacto ha sido mayor en ciertos grupos vulnerables como ancianos con múltiples enfermedades, mujeres gestantes confinadas en casa y que además sufren violencia doméstica, personas con problemas mentales preexistentes y trabajadores de la salud que están batallando en primera línea (56). En el presente trabajo nos enfocamos principalmente en la salud mental de la gestante por los escasos trabajos de investigación en el país que relacionan al COVID-19 con la salud mental en el embarazo. En este grupo vulnerable es vital la detección, diagnóstico y tratamiento oportunos, lamentablemente todo esto se ve en serio peligro tras la llegada del COVID-19, ya que, por salvaguardar la salud de la gestante y el personal de salud a través del aislamiento social y restricción del libre tránsito, muchas de las atenciones médicas, tanto en lo que es promoción y prevención han sido relegadas a un segundo plano y en el caso de las gestantes ha obligado, a no realizarse los controles prenatales pertinentes, por el miedo al contagio, esto afecta tanto la salud física como mental de las gestantes, por este motivo es de vital importancia reconocer el daño a la salud mental como secuela indirecta del COVID-19 (57).

3.1.5. Escala de Hamilton para la ansiedad modificada

3.1.5.1. Definición

La escala de ansiedad de Hamilton cuya versión original fue creada en el año 1959 (58), presentaba en un inicio 15 ítems, y a lo largo de los años tuvo variaciones, primero unieron 4 ítems en uno solo obteniendo 13 ítems y posteriormente dividieron un ítem en dos obteniendo finalmente la escala de 14 ítems, que es la más usada actualmente. En el año 1986 se validó la versión española, hecha por Carrobbles y colaboradores (59).

Esta escala heteroadministrada funciona como una entrevista semiestandarizada, en donde el entrevistado responde a 14 preguntas en forma personal. Se basa principalmente en tres aspectos: los psíquicos, físicos

y somáticos de la ansiedad. El objetivo principal de esta escala es identificar el grado de ansiedad que presenta el sujeto de estudio.

En cuanto a la estructura de la escala: Para cada ítem, presenta 4 opciones con diferente puntaje tales como: 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (casi siempre) y 4 (siempre) y en la cual se responden las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas somáticos a nivel cardiovascular, respiratorio, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos.

Con la suma del puntaje de los 14 ítems, se obtiene un puntaje final de 0 a 56 puntos, indicando que a mayor puntaje hay una mayor intensidad en la ansiedad, con los siguientes puntos de corte:

- 0 – 5: no ansiedad.
- 6 – 14: ansiedad leve.
- \geq - 15: ansiedad moderada/grave.

Esta escala es uno de los instrumentos que ha sido utilizado con mayor frecuencia para el estudio de la ansiedad, esta escala valora la severidad de la ansiedad de manera global, cuya versión original presenta buenas propiedades psicométricas (58).

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Bastante	3 Casi siempre	4 Siempre
1. Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.				0 1 2 3 4
2. Tengo sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.				0 1 2 3 4
3. Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.				0 1 2 3 4
4. Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme). Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.				0 1 2 3 4
5. Tengo mala memoria. Me cuesta concentrarme.				0 1 2 3 4
6. No tengo interés por lo que me rodea. Las distracciones no me producen placer. Me siento triste. Me despierto temprano y no puedo volver a conciliar el sueño. Me adormezco durante el día y no puedo dormir por la noche.				0 1 2 3 4

7. Siento dolores y molestias musculares (espasmos, calambres, contraccio-nes, rigidez). Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.	0 1 2 3 4
8. Tengo zumbidos en los oídos. Visión borrosa. Siento oleadas de calor o de frío. Tengo picores y sensación de debilidad.	0 1 2 3 4
9. Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpita-ciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.	0 1 2 3 4
10. Tengo sensación de ahogo y de falta de aire. Necesito suspirar. Siento en el pecho una opresión o pena.	0 1 2 3 4
11. Tengo dificultad al tragar. Siento ardores o pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Creo que he perdido peso. Tengo dolores abdominales. Hago deposiciones blandas o estoy estreñado. Tengo ruidos en las tripas.	0 1 2 3 4
12. Necesito imperiosamente orinar muchas veces al día, echando poca cantidad de orina. No tengo interés por el sexo. No siento nada en mis relaciones sexuales. He perdido potencia sexual.	0 1 2 3 4
13. Siento la boca seca; me ruborizo y palidezco con facilidad; sudo abundante-mente. Noto que me mareo y que las cosas me dan vueltas; tengo un dolor sordo permanente en la cabeza. Se me ponen los pelos de punta.	0 1 2 3 4
14. Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído, con temblores, con dificultad al respirar, con necesidad de tragar saliva, con sudoración en las manos y con el pulso acelerado al contestar estas preguntas.	0 1 2 3 4

Fuente: Hamilton, (1959)

3.1.6. Escala de miedo al COVID-19

3.1.6.1. Definición

La escala de miedo al COVID-19 (Fear of COVID-19 (FCV-19S) fue creada por Ahorsu y colaboradores para medir el miedo al COVID-19 en la población de Irán, donde se observó propiedades psicométricas aceptables (60). Esta escala ha sido adaptada en diferentes idiomas y utilizado en varios países (6,61,7,62), es así como para el presente trabajo de investigación se usará la versión en español peruana del FCV-19S, ya que al igual que la original presenta buenas propiedades psicométricas y presenta evidencia de validez y confiabilidad (7).

El instrumento consta de 7 ítems, cuyas respuestas se evalúan a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde 1 (muy en desacuerdo), hasta el 5 (muy de acuerdo), para así poder evaluar el grado de miedo al COVID-19 en la población en general. La puntuación total se calcula tras la suma de la puntuación obtenida en cada ítem, alcanzando como mínimo 7 y como máximo 35 puntos, indicando que a mayor cantidad de puntos, mayor es el miedo hacia el COVID-19 (60).

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
1	2	3	4	5	
1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
2. Me pone incomodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)	1	2	3	4	5
6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)	1	2	3	4	5

Fuente: Huarcaya-Victoria, Villareal Zegarra, et. al. (2020)

3.1.7. Plataforma web WAWARED

3.1.7.1. Definición

La plataforma web Wawared es un aplicativo de uso a Nivel Nacional, que integra toda la información obtenida en cada control prenatal de las gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud del MINSA. Esta red se creó debido a que anteriormente la información obtenida en cada atención prenatal solo estaba disponible en el establecimiento de salud donde se atendía la

gestante, para posteriormente ser enviada a la red central, esto requería tiempo y muchas veces la información obtenida era incompleta o se encontraba duplicada por las atenciones de la gestante en diferentes establecimientos de salud, sin haber una homogeneidad en la información, además que no se podía hacer un adecuado seguimiento de cada gestante. Es así como en el año 2015 la Universidad Peruana Cayetano Heredia crea un aplicativo informático en línea WawaRed y a través de la resolución Ministerial N° 021-2017/MINSA se aprueba el uso de la plataforma Web Wawared en todos los establecimientos de salud del Perú (62).

A través de esta plataforma virtual se realiza una Historia Clínica Electrónica, donde cada atención prenatal es registrada, por lo tanto al ser un sistema integrado a nivel nacional, se puede hacer un seguimiento e identificar rápidamente a aquellas gestantes con signos de alarma, y así actuar de manera oportuna, salvaguardando la vida de la gestante y su futuro hijo/a; además la plataforma presenta un sistema de envío de mensajes de texto con información personalizada para cada gestante, esto ha llevado a incrementar la adherencia de las pacientes a llevar un buen control de su embarazo, donde se les otorga datos importantes para su gestación, así como recordarles cuando deben acudir a su centro de salud para sus controles (63).

3.2. Revisión de antecedentes investigativos

3.2.1. A nivel local

Autor: Pacheco Vilca Verónica Asunta

Título: Factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014

Resumen:

Objetivos. Determinar los factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de asociación simple. El estudio considero 200 gestantes que fueron atendidas durante el mes de diciembre del 2014 en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital

Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, a quienes se les aplicó un cuestionario de datos socio demográficos y el Inventario de Ansiedad de Beck, para determinar el nivel de ansiedad. La relación entre las variables de estudio mediante la prueba de X² y $P < 0.05$. El tiempo para la aplicación de la prueba fue de 10 minutos aproximadamente.

Resultados. El 46.0% de gestantes presentaron Ansiedad Moderada. El 84.5% de las gestantes tuvieron una edad comprendida de 18 a 35 años, 44.5% de ellas fue su primera gestación. El grado de instrucción que presentaron es nivel de secundaria incompleta de 33.5%, convivientes en su mayoría 57%. La relación que mantienen con su pareja es estable con un 79%, la mayoría vive con su pareja y mantienen una buena relación con sus padres. El 56.5% de la población estudiada son ama de casa y el 56.5% son de Arequipa.

Conclusiones. Los factores sociodemográficos: nivel de instrucción secundaria incompleta, relación con la pareja inestable, abuso físico por parte de la pareja, la relación con los padres regular y la ocupación como trabajo inestable, presento asociación estadística significativa con un nivel de Ansiedad Moderado (64).

3.2.2. A nivel nacional:

Autor: Nacarino Sánchez, Janeth Elizabeth

Título: Ansiedad en gestantes durante la pandemia del COVID-19

Resumen:

El mundo ha sufrido una serie de cambios en los últimos meses debido una pandemia viral denominada COVID-19; esta enfermedad ha originado una emergencia de salud pública y la cantidad de información inadecuada en internet pondría aumentar la ansiedad y generar estrés extremo en gestantes, provocando problemas perinatales. El objetivo es revisar el tema y conocer sí en el ámbito de la pandemia por covid19, la ansiedad de las gestantes se ve alterada y en segundo lugar analizar la repercusión que genera la mala calidad de la información sobre esta emergencia de salud pública.

Material y método: Se utilizó la base de datos PUBMED, MEDLINE, Scielo, publicados en inglés, español y portugués, entre 2017-2020 que utilizan palabras claves como “ansiedad en el embarazo” “pandemia” “covid-19 y gestación”. Se

escogieron los de acceso completo y los que incluyeron en su título y resúmenes, conceptos asociados al covid-19. Resultados: Se encontraron 65 artículos, se descartaron los duplicados y solo se seleccionaron 12 que cumplieron los criterios de inclusión.

Conclusiones: La ansiedad en el embarazo es una atribución normalizada dentro de los síntomas pero que se ve agravada por el contexto del COVID-19 y la mala filtración e interpretación de información dada por los medios de comunicación.

Palabras Claves: ansiedad en el embarazo, pandemia, covid-19 y gestación, fisiología del embarazo, ansiedad producida por covid-19, covid-19 e información social (65).

3.2.3. A nivel internacional:

Autor: Catherine L, Anna MacKinnon, Mercedes Bagshawe, Lianne Tomfohr-Madsenb, Gerald Giesbrecht.

Título: Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic

Resumen:

Antecedentes

Los síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo suelen afectar entre el 10 y el 25% de las embarazadas. Los síntomas elevados de depresión y ansiedad se asocian con un mayor riesgo de parto prematuro, depresión posparto y dificultades de comportamiento en los niños. La pandemia actual de COVID-19 es un factor de estrés único con consecuencias potencialmente de amplio alcance para el embarazo y más allá.

Métodos

Evaluamos los síntomas de ansiedad y depresión entre las embarazadas durante la actual pandemia de COVID-19 y determinamos los factores asociados con la angustia psicológica. 1987 participantes embarazadas en Canadá fueron encuestadas en abril de 2020. La evaluación incluyó preguntas sobre el estrés relacionado con COVID-19 y medidas estandarizadas de depresión, ansiedad, ansiedad relacionada con el embarazo y apoyo social.

Resultados

Encontramos síntomas de ansiedad y depresión sustancialmente elevados en comparación con cohortes similares de embarazos pre-pandémicos; el 37% informó síntomas de depresión clínicamente relevantes y el 57% informó síntomas de ansiedad clínicamente relevantes. Los síntomas más altos de depresión y ansiedad se asociaron con una mayor preocupación por las amenazas del COVID-19 a la vida de la madre y el bebé, así como por no recibir la atención prenatal necesaria, tensión en las relaciones y aislamiento social debido al COVID-19. pandemia. Los niveles más altos de apoyo social percibido y la eficacia del apoyo, así como una mayor actividad física, se asociaron con síntomas psicológicos más bajos (66).

Autor: Anna Stepowicz, BarbaraWencka, Jan Bienkiewicz, Wojciech

Título: Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic

Resumen:

El objetivo de este estudio fue analizar los niveles de estrés y ansiedad experimentados por mujeres embarazadas y postparto durante la pandemia de COVID-19, así como indicar los factores sociales y médicos que podrían contribuir al estrés y la ansiedad. Se inscribieron en el estudio un total de 210 pacientes.

Se aplicaron dos herramientas de prueba bien establecidas: Inventario de ansiedad rasgo de estado (STAI) y Escala de estrés percibido (PSS-10). El estudio reveló que los niveles de estrés y ansiedad experimentados por los pacientes encuestados eran de moderados a altos. Demostramos que las mujeres con antecedentes de tratamiento mental, las que se encuentran en el primer trimestre de embarazo y las que están solteras o en una relación informal tienden a experimentar niveles más altos de angustia psicológica y ansiedad. Factores como la edad, la educación, la paridad, la historia obstétrica accidentada, las comorbilidades y el número de estancias hospitalarias resultaron ser estadísticamente insignificantes en el análisis. Nuestros hallazgos podrían usarse para identificar a los pacientes con mayor riesgo de experimentar efectos mentales adversos y para proporcionarles una información psicológica adecuada (67).

Autor: Reyhan Ayaz, Meryem Hocaoğlu, Taner Günay, Oğuz devrim Yardımcı, Abdulkadir Turgut and Ateş Karateke

Título: Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic

Resumen:

Objetivos: Con la experiencia clínica de infecciones anteriores por coronavirus, las medidas de salud pública y el miedo a la infección pueden tener efectos psicológicos negativos en las mujeres embarazadas. Este estudio tuvo como objetivo comparar el nivel de ansiedad y depresión en las mismas mujeres embarazadas antes y durante la pandemia de COVID-19.

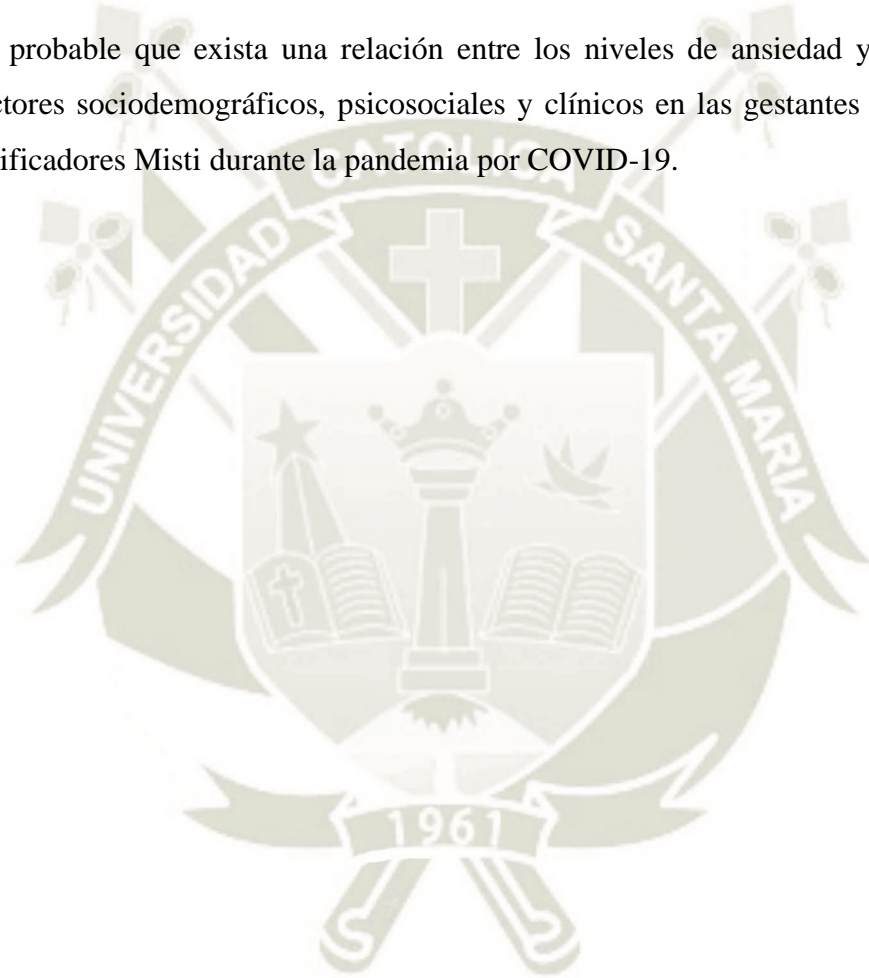
Métodos: Las mujeres embarazadas que continuaban con el embarazo que participaron en el primer estudio que se llevó a cabo para esclarecer los factores asociados con la salud mental de las mujeres embarazadas antes de la pandemia de COVID-19, fueron incluidas para el estudio actual durante el brote. Los síntomas de ansiedad y depresión de las mismas mujeres embarazadas se evaluaron utilizando el Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad II y el Inventario de Ansiedad de Beck dos veces antes y durante la pandemia.

Resultados: Un total de 63 mujeres embarazadas completaron cuestionarios. La edad media de las mujeres y la edad gestacional media fue $30,35 \pm 5,27$ años y $32,5 \pm 7$ semanas, respectivamente. Se encontró que la puntuación total media de IDAS II aumentó de $184,78 \pm 49,67$ (mínimo: 109, máximo: 308) a $202,57 \pm 52,90$ (mínimo: 104, máximo: 329) antes y durante la pandemia de SARS-CoV-2. Según las puntuaciones de BAI, el número de pacientes sin ansiedad (de 10 a 6) y con ansiedad leve (de 31 a 24) disminuyó y los pacientes con ansiedad moderada (de 20 a 25) y severa (de 2 a 8) aumentaron después del SARS. - Infección por CoV-2. Lineal multivariante (68).

4. HIPÓTESIS

Dado que durante el embarazo se producen cambios físicos y psicológicos en la mujer necesarios para adaptarse a las nuevas exigencias que implica el desarrollo del nuevo ser, y que asociados a determinados factores, junto con la reciente aparición del COVID-19, su rápida transmisión y las medidas impuestas por el gobierno, pueden producir un desequilibrio emocional con el riesgo de desarrollar estados de ansiedad y miedo, predisponiendo al daño de la salud mental en las gestantes.

Es probable que exista una relación entre los niveles de ansiedad y miedo con los factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos en las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19.





CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

En el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta.

1.2. Instrumentos

Los instrumentos utilizados para el presente estudio consistieron en un cuestionario de características sociodemográficos, psicosociales y clínicos (Anexo 1), la Escala de ansiedad de Hamilton modificada (Anexo 2) y la Escala de Miedo al COVID-19 (Anexo 3).

El cuestionario de características sociodemográficas incluyó ítems de edad, estado civil, grado de instrucción, situación laboral, ingreso económico y nacionalidad; entre las características psicosociales se incluyó el apoyo familiar, embarazo no planificado, el apoyo de la pareja, violencia doméstica y familiar con COVID-19; y finalmente las características clínicas incluyeron paridad, amenaza de aborto en la gestación actual, etapa del embarazo y comorbilidades.

1.3. Materiales de verificación

- Teléfono celular con aplicativo WhatsApp
- Plataforma Web Wawared
- Encuestas a través de aplicativo Google Forms
- Material de escritorio
- Computadora con acceso a Internet
- Programa Microsoft Excel
- Programa SPSS para análisis estadístico de los datos obtenidos

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en la Micro Red Edificadores Misti y sus cinco establecimientos de salud: C.S. Edificadores Misti, C.S. Miraflores, Mateo Pumacahua, P.S. Tomasa T. Comdemayta, P.S. Porvenir Miraflores, ubicados en el distrito de Miraflores en la ciudad de Arequipa.

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Universo:

Conformado por todas las gestantes atendidas en los cinco establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Edificadores Misti, registradas desde su primer control prenatal en la plataforma virtual Wawared, siendo un total de 233 gestantes.

2.2.1.1. Criterios de inclusión

- Gestantes en el I-II-III trimestre de embarazo que pertenecen a la Microred de Edificadores Misti inscritas en la plataforma Wawa Red.
- Gestantes con acceso a un teléfono móvil con internet que cuenten con el aplicativo WhatsApp.
- Gestantes sin COVID-19 .

2.2.1.2. Criterios de exclusión:

- Gestantes que no deseen participar en el trabajo de investigación.
- Gestantes que desertan del seguimiento de controles prenatales en el establecimiento de salud respectivo.
- Gestantes que durante el curso del embarazo este no fue viable.
- Gestantes que no cuenten con un número telefónico en la plataforma virtual Wawared.
- Gestantes menores de edad.
- Gestantes analfabetas
- Gestantes que se encuentran hospitalizadas por alguna complicación.

2.2.2. Tamaño de la Muestra:

La Micro Red Edificadores Misti a través de su plataforma virtual WawaRed cuenta con una población de 233 gestantes. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión se reclutaron finalmente 175 gestantes.

2.3. Temporalidad

El presente estudio se llevó a cabo en el mes de mayo del 2021 en el distrito de Miraflores, en la provincia de Arequipa.

2.4. Ubicación espacial

El estudio se realizó de manera virtual a gestantes pertenecientes a la Micro-Red Edificadores Misti del distrito de Miraflores en Arequipa a través de mensajería telefónica por el aplicativo WhatsApp.

La micro-Red Edificadores Misti, está conformado por 5 establecimientos de Salud que son:

- C.S. Edificadores Misti
- C.S. Miraflores
- P.S. Mateo Pumacahua
- P.S. Tomasa T. Comdemayta
- P.S. Porvenir Miraflores

2.5. Tipo de investigación

El presente trabajo se trata de un estudio de campo.

2.6. Nivel de investigación

Descriptivo-Analítico.

2.7. Diseño de investigación

Correlacional de corte transversal.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

o Se solicitaron los permisos correspondientes para la realización del trabajo de investigación al Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Católica de Santa María. Una vez que los jurados dictaminadores aprobaron el proyecto de tesis, se solicitó la autorización para la ejecución del trabajo de investigación al Decano de la Facultad de Medicina Humana y posteriormente a la Jefatura de la Micro Red Edificadores Misti.

- o Los investigadores identificaron a la población de estudio, acudiendo a los 5 establecimientos de salud que conforman la Micro Red Edificadores Misti, coordinando con el personal de salud de cada uno de ellos, para identificar la población exacta de gestantes atendidas en cada establecimiento y corroborar que todas se encuentren inscritas en la plataforma Wawared.
- o Se procedió a recolectar la información de cada gestante inscrita en la plataforma Wawared, de los 5 establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red, obteniendo así los números telefónicos de cada gestante.
- o Se estableció la muestra de estudio, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión, y se procedió a enviar las encuestas realizadas con el aplicativo Google Forms, a las gestantes que pertenecen a la Microred Edificadores Misti, solicitándoles su colaboración con por llamada telefónica y, posteriormente se envió el link de la encuesta por mensaje de texto a través del aplicativo WhatsApp.
- o Previo a las preguntas de investigación se realizó el consentimiento informado a las participantes, en el que autorizan que las investigadoras procesen la información obtenida.
- o Los datos obtenidos fueron recolectados en una base de datos y luego tabulados en el programa Microsoft Excel.
- o Posteriormente se procedió a realizar el análisis estadístico de la base de datos a través del programa SPSS versión 25 aplicando la prueba estadística chi cuadrado de Pearson con un intervalo de confianza de 95% , se obtuvieron los resultados y correlación de datos, con el estadístico especialista.
- o Concluido los resultados del trabajo se elaboró un informe final de la investigación.

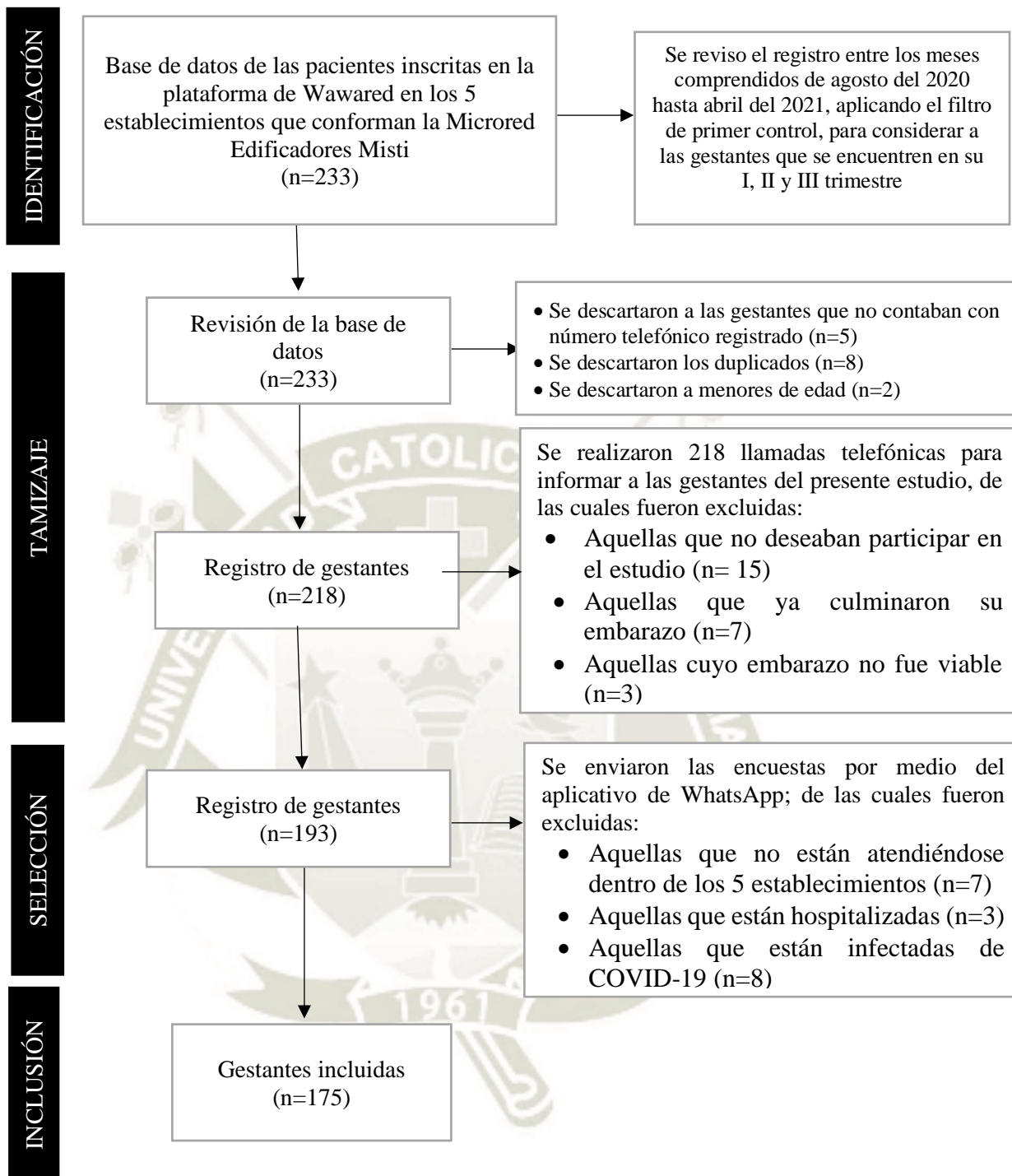


Gráfico 1: Flujograma de identificación e inclusión de gestantes encuestadas

3.1.1. Aspectos éticos

Este trabajo de investigación fue aprobado por Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santa María, que, según su normativa, el riesgo del estudio es mínimo. Cada encuesta que resolvieron las

participantes del estudio conto con el consentimiento informado. Se protegió la confidencialidad y el respeto de la data brindada.

3.2. Recursos

3.2.1. Humanos

3.2.1.1. Investigadoras:

- Melannie del Rosario Guzmán de la Torre
- Alejandra Mariapia Vásquez Laime

3.2.1.2. Asesora:

- Dra. Elisa Gloria Llaza Loayza

3.2.2. Materiales

- Teléfono celular con aplicativo WhatsApp
- Plataforma Web WawaRed
- Encuestas a través de aplicativo Google Forms
- Material de escritorio
- Computadora con acceso a Internet
- Programa Microsoft Excel 365
- Programa SPSS para análisis estadístico de los datos obtenidos
- Estadístico

3.2.3. Financieros

Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

3.3.1. Escala de Ansiedad de Hamilton

La escala de ansiedad de Hamilton cuya versión original fue creada en el año 1959 (58), presentaba en un inicio 15 ítems, y a lo largo de los años tuvo variaciones, primero unieron 4 ítems en uno solo obteniendo 13 ítems y posteriormente dividieron un ítem en dos obteniendo finalmente la escala de 14 ítems, que es la más usada actualmente. En el año 1986 se validó la versión española, hecha por Carroble y colaboradores (59).

Esta escala heteroadministrada funciona como una entrevista semiestandarizada, en donde el entrevistado responde a 14 preguntas en forma personal. Se basa

principalmente en tres aspectos: los psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. El objetivo principal de esta escala es identificar el grado de ansiedad que presenta el sujeto de estudio.

En cuanto a la estructura de la escala: Para cada ítem, presenta 4 opciones con diferente puntaje tales como: 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (casi siempre) y 4 (siempre) y en la cual se responden las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas somáticos a nivel cardiovascular, respiratorio, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos.

Con la suma del puntaje de los 14 ítems, se obtiene un puntaje final de 0 a 56 puntos, indicando que a mayor puntaje hay una mayor intensidad en la ansiedad, con los siguientes puntos de corte:

- 0 – 5: no ansiedad.
- 6 – 14: ansiedad leve.
- \geq - 15: ansiedad moderada/grave.

Esta escala es uno de los instrumentos que ha sido utilizado con mayor frecuencia para el estudio de la ansiedad, esta escala valora la severidad de la ansiedad de manera global, cuya versión original presenta buenas propiedades psicométricas (58).

3.3.2. Escala de Miedo al COVID-19

La escala de miedo al COVID-19 (Fear of COVID-19 (FCV-19S) fue creada por Ahorsu y colaboradores para medir el miedo al COVID-19 en la población de Irán, donde se observó propiedades psicométricas aceptables (60). Esta escala ha sido adaptada en diferentes idiomas y utilizado en varios países (6,61,62,7), es así como para el presente trabajo de investigación se usará la versión en español peruana del FCV-19S, ya que al igual que la original presenta buenas propiedades psicométricas y presenta evidencia de validez y confiabilidad (7).

El instrumento consta de 7 ítems, cuyas respuestas se evalúan a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde 1 (muy en desacuerdo), hasta el 5 (muy de acuerdo), para así poder evaluar el grado de miedo al COVID-19 en la población en general. La puntuación total se calcula tras la suma de la

puntuación obtenida en cada ítem, alcanzando como mínimo 7 y como máximo 35 puntos, indicando que a mayor cantidad de puntos, mayor es el miedo hacia el COVID-19.

La validez de esta escala, se evaluó mediante el análisis de confiabilidad del instrumento con el Alfa de Cronbach, arrojando un valor del estadígrafo de 0,832, demostrando que este instrumento tiene una buena confiabilidad y por lo tanto puede ser aplicado para recoger los datos y proceder con el análisis estadístico (60).

3.4. Criterios para manejo de resultados

3.4.1. Plan de Recolección de datos

La recolección de datos se realizó previa aprobación de las autoridades para la aplicación del instrumento (58).

3.4.2. Plan de Procesamiento de datos

Los datos recolectados de las encuestas se encuentran en el Anexo 1, estos se obtuvieron del aplicativo Google Forms, los cuales fueron tabulados a través del programa Microsoft Excel 365, para su posterior codificación, análisis e interpretación (58).

3.4.3. Plan de Clasificación de datos

Se empleó una matriz de sistematización de datos en la que se traspasaron los datos obtenidos de cada encuesta para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Microsoft Excel 365)

3.4.4. Plan de Codificación de datos

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos en el programa SPSS versión 24.0.

3.4.5. Plan de Recuento de datos

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz trazada en la hoja de cálculo Microsoft Excel 365.

3.4.6. Plan de análisis

Con los resultados obtenidos se empleó estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas. Se empleó estadística inferencial mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson para variables cualitativas con un nivel de significancia del 5%. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Microsoft Excel 365 con su complemento analítico y el paquete SPSS versión 25.0 (58).





PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Tabla N° 1

Niveles de ansiedad en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

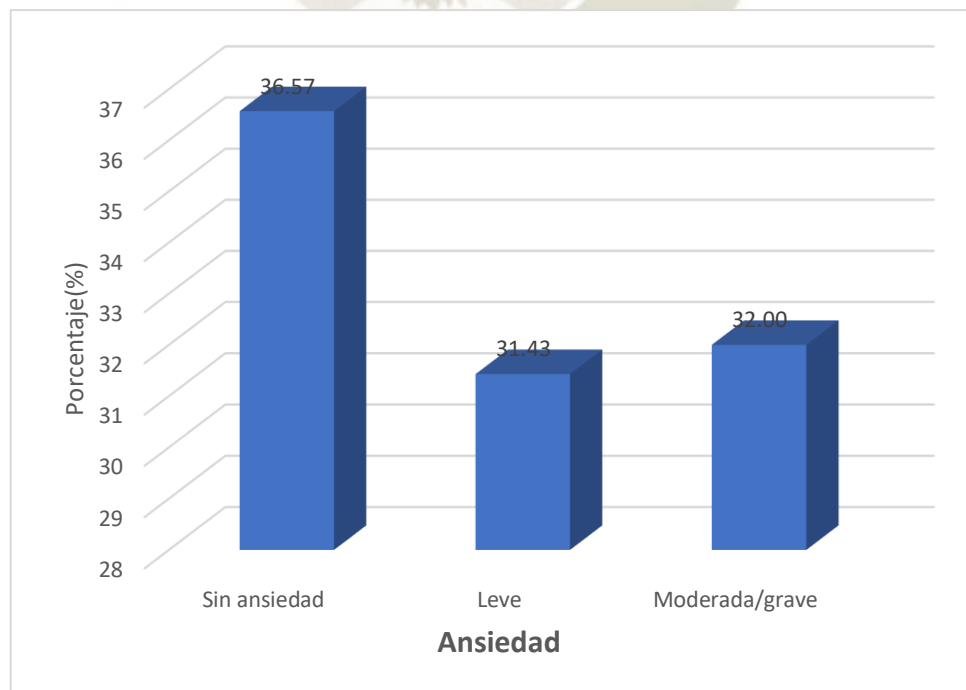
Ansiedad	N°.	%
Sin ansiedad	64	36,57
Leve	55	31,43
Moderada/grave	56	32,00
TOTAL	175	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 1 muestra que el 63.13% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 presentaron ansiedad, de las cuales un 32.0% de gestantes presentaron un nivel de ansiedad moderada/ grave, el 31.43% tuvieron ansiedad leve; mientras que un 36,57% de las gestantes no presentan niveles de ansiedad.

Gráfico N°1

Niveles de ansiedad en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021



Fuente: Elaboración Propia

Tabla N°. 2

Niveles de miedo al COVID-19 percibidos por las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

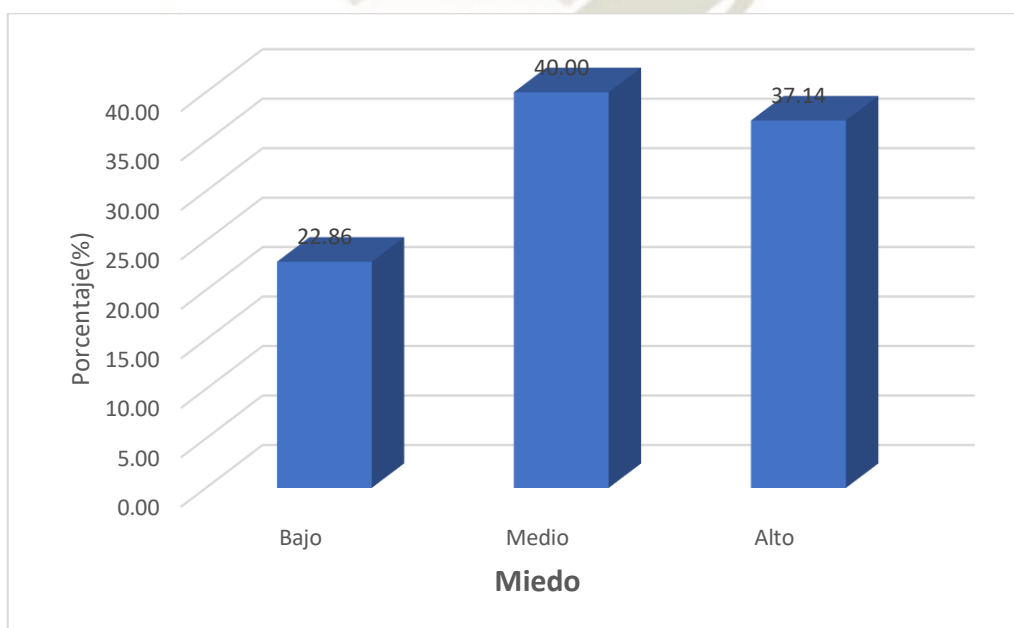
Miedo	N°	%
Bajo	40	22,86
Regular	70	40,00
Alto	65	37,14
TOTAL	175	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 2 muestra la intensidad del miedo al coronavirus entre las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19, donde el 40.00% de las gestantes presentaron niveles de miedo moderados, seguido del 37.14% que mostro niveles altos de miedo, mientras que solo el 22.86% de gestantes tuvieron niveles bajos de miedo al coronavirus.

Gráfico N°2

Niveles de miedo al COVID-19 percibidos por las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021



Fuente: Elaboración Propia

Tabla N°. 3

Relación entre el nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

Miedo	Ansiedad						TOTAL	
	Sin ansiedad		Leve		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Bajo	23	13,14	10	5,71	7	4,00	40	22,86
Medio	28	16,00	30	17,14	12	6,86	70	40,00
Alto	13	7,43	15	8,57	37	21,14	65	37,14
TOTAL	64	36,57	55	31,43	56	32,00	175	100

Fuente: Elaboración Propia.

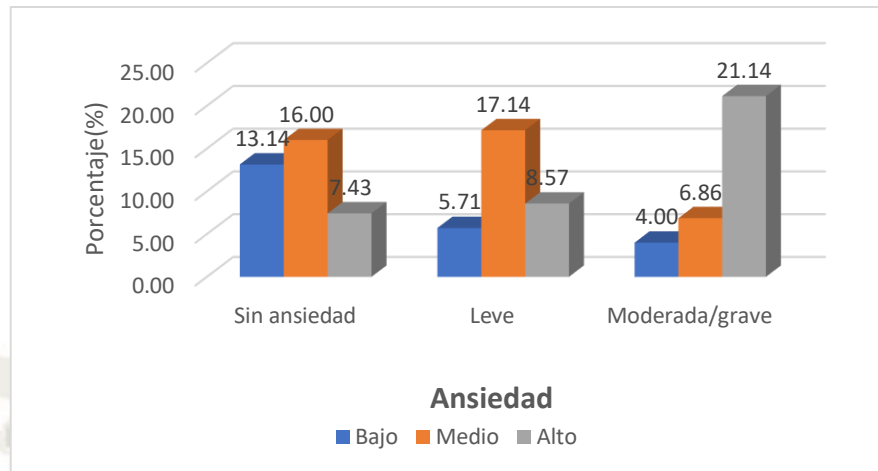
$$X^2=34.84 \quad P<0.05P=0.00$$

La Tabla N°. 3 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=34.84$) muestra que los niveles de ansiedad y miedo al coronavirus presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 21.14% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti con niveles de ansiedad moderada/grave se correlaciona con altos niveles de miedo al coronavirus, mientras que el 13.14% de gestantes sin ansiedad tienen bajos niveles de miedo al coronavirus.

Gráfico N°3

Relación entre niveles de ansiedad y miedo al coronavirus en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021



Fuente: Elaboración Propia

Tabla N°. 4

Factores sociodemográficos en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

Sociodemográficos	N°.	%
Edad		
18 a 23	26	14,86
24 a 29	84	48,00
30 a 36	54	30,86
37 a 43	11	6,29
Estado civil		
Casada	29	16,57
Conviviente	111	63,43
Soltera	35	20,00
Nacionalidad		
Extranjera	22	12,57
Peruana	153	87,43
Grado de instrucción		
Primaria	5	2,86
Secundaria	80	45,71
Superior	90	51,43
Ingreso económico		
Menos del básico	94	53,71
Lo básico	65	37,14
Más de lo básico	16	9,14
Situación laboral		
Con empleo	38	21,71
Sin empleo	137	78,29
TOTAL	175	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 4 muestra que de las 175 gestantes de la Micro Red Edificadores Misti que participaron del estudio, el 48.00% tienen entre 24 a 29 años, siendo 28 años el promedio de edad, además el 63.43% son convivientes, el 87.43% de las gestantes son peruanas, el 51.43% tienen instrucción superior, el 53.71% tienen un ingreso mensual menor al básico, mientras que el 78.29% no tienen empleo.

Tabla N°. 5

Relación entre la edad y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Edad								X ²
	18 a 23		24 a 29		30 a 36		37 a 43		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Miedo									
Bajo	6	3,43	21	12,00	12	6,86	1	0,57	4.42 P=0.62
Moderado	9	5,14	35	20,00	19	10,86	7	4,00	
Alto	11	6,29	28	16,00	23	13,14	3	1,71	
Ansiedad									
Sin ansiedad	12	6,86	34	19,43	14	8,00	4	2,29	9.11 P=0.16
Leve	7	4,00	30	17,14	15	8,57	3	1,71	
Moderada/grave	7	4,00	20	11,43	25	14,29	4	2,29	
TOTAL	26	14,86	84	48,00	54	30,86	11	6,29	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 5 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de miedo y ansiedad no presentan relación estadística significativa con la edad ($P > 0.05$).

Asimismo se observa que el 20.00% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti entre 24 a 29 años presentaron durante la pandemia por COVID-19 miedo regular, mientras que el 14.29% de gestantes entre 30 a 36 años tuvieron ansiedad moderada/grave.

Tabla N°. 6

Relación entre el estado civil y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Estado civil						X ²
	Casada		Conviviente		Soltera		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Miedo							
Bajo	12	6,86	21	12,00	7	4,00	8.48 P=0.07
Medio	6	3,43	49	28,00	15	8,57	
Alto	11	6,29	41	23,43	13	7,43	
Ansiedad							
Sin ansiedad	10	5,71	40	22,86	14	8,00	9.13 P=0.05
Leve	4	2,29	37	21,14	14	8,00	
Moderada/grave	15	8,57	34	19,43	7	4,00	
TOTAL	29	16,57	111	63,43	35	20,00	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.13$) muestra que los niveles de ansiedad y el estado civil presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que la mayor proporción de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti son convivientes (63,43%) presentando ellas la mayor prevalencia de ansiedad (40,57%) y miedo al coronavirus (53,43%), de las cuales el 19,43% presenta niveles moderados/graves de ansiedad, y el 23,43% niveles altos de miedo al coronavirus.

Tabla N°. 7

Relación entre la nacionalidad y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Nacionalidad				X ²
	Extranjera		Perú		
	N°.	%	N°.	%	
Miedo					
Bajo	4	2,29	36	20,57	7.99 P=0.01
Regular	4	2,29	66	37,71	
Alto	14	8,00	51	29,14	
Ansiedad					
Sin ansiedad	6	3,43	58	33,14	8.90 P=0.01
Leve	3	1,71	52	29,71	
Moderada/grave	13	7,43	43	24,57	
TOTAL	22	12,57	153	87,43	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 7 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de miedo y ansiedad y la nacionalidad presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Asimismo se observa que el 37.71% de las gestantes peruanas de la Microred Edificadores Misti presentaron en su mayoría niveles moderados de miedo al coronavirus durante la pandemia por COVID-19, mientras que el 8.00% de gestantes extranjeras presentan alto niveles.

Tabla N°. 8

Relación entre el grado de instrucción y ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Grado de instrucción						X ²
	Primaria		Secundaria		Superior		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Miedo							
Bajo	0	0,00	12	6,86	28	16,00	16.42
Medio	0	0,00	33	18,86	37	21,14	P=0.00
Alto	5	2,86	35	20,00	25	14,29	
Ansiedad							
Sin ansiedad	0	0,00	26	14,86	38	21,71	9.13
Leve	0	0,00	32	18,29	23	13,14	P=0.05
Moderada/grave	5	2,86	22	12,57	29	16,57	
TOTAL	5	2,86	80	45,71	90	51,43	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N° 8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=16.42$) muestra que los niveles de ansiedad y miedo presentan relación estadística significativa ($P<0.05$) con el grado de instrucción.

Asimismo se observa que la mayoría de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti presentan estudios secundarios (45,71%), siendo este grupo el que presenta mayor prevalencia de ansiedad (30,86%) y mayor prevalencia de miedo al coronavirus (38.86%).

Tabla N°. 9

Relación entre el ingreso económico y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Ingreso económico						X ²
	Básico		Más de lo básico		Menos de lo básico		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Miedo							
Bajo	15	8,57	8	4,57	17	9,71	12.79 P=0.01
Medio	32	18,29	4	2,29	34	19,43	
Alto	18	10,29	4	2,29	43	24,57	
Ansiedad							
Sin ansiedad	29	16,57	6	3,43	29	16,57	3.67 P=0.45
Leve	18	10,29	6	3,43	31	17,71	
Moderada/grave	18	10,29	4	2,29	34	19,43	
TOTAL	65	37,14	16	9,14	94	53,71	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=12.79$) muestra que los niveles de miedo y el ingreso económico presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 24.57% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti que perciben un ingreso económico menor a 930 soles presentan niveles altos de miedo al coronavirus durante la pandemia, mientras que el 4.57% de gestantes con ingreso económico mayor a 930 soles presentan niveles de miedo bajos.

Tabla N°. 10

Relación entre la situación laboral y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Situación laboral				X ²
	Con empleo		Sin empleo		
	N°.	%	N°.	%	
Miedo					
Bajo	8	4,57	32	18,29	0.45
Medio	17	9,71	53	30,29	P=0.79
Alto	13	7,43	52	29,71	
Ansiedad					
Sin ansiedad	13	7,43	51	29,14	3.92
Leve	12	6,86	43	24,57	P=0.14
Moderada/grave	13	7,43	43	24,57	
TOTAL	38	21,71	137	78,29	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.92$) muestra que los niveles de miedo y ansiedad no presentan relación estadística significativa ($P<0.05$) con la situación laboral.

Asimismo, se observa que el 24.57% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti sin empleo presentan nivel de ansiedad moderado/grave, mientras que el 7.43% de gestantes con empleo no tienen ansiedad.

Tabla N°. 11

Factores psicosociales en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

F. psicosociales	N°.	%
Apoyo familiar		
No	74	42,29
Sí	101	57,71
Embarazo planificado		
No	112	64,00
Sí	63	36,00
Apoyo de la pareja		
No	23	13,14
Sí	152	86,86
Violencia domestica		
No	157	89,71
Sí	18	10,29
Familiar con COVID-19		
No	82	46,86
Sí	93	53,14
TOTAL	175	100

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 11 muestra que el 57.71% de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti reciben apoyo familiar, el 64.0% no planificaron su embarazo, el 86.86% reciben apoyo de su pareja, seguido del 10.29% de gestantes que refieren haber sufrido de violencia doméstica, mientras que el 53.14% tienen algún familiar que se contagió de COVID-19.

Tabla N°. 12

Relación entre el apoyo familiar y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Apoyo familiar				X ²
	No		Si		
	N°.	%	N°.	%	
Miedo					
Bajo	7	4,00	33	18,86	22.34
Medio	26	14,86	44	25,14	P=0.00
Alto	41	23,43	24	13,71	
Ansiedad					
Sin ansiedad	23	13,14	41	23,43	7.47
Leve	19	10,86	36	20,57	P=0.02
Moderada/grave	32	18,29	24	13,71	
TOTAL	74	42,29	101	57,71	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 12 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de miedo y ansiedad presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$) con el apoyo familiar recibido.

Asimismo, se observa que el 25.14% de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti que reciben apoyo familiar tienen niveles moderados de miedo al coronavirus, mientras que el 18.29% de gestantes que no reciben apoyo familiar presentan ansiedad moderada/grave.

Tabla N°. 13

Relación entre la planificación del embarazo y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Embarazo planificado				X ²
	No		Si		
	N°.	%	N°.	%	
Miedo					
Bajo	23	13,14	17	9,71	1.54
Moderado	44	25,14	26	14,86	P=0.46
Alto	45	25,71	20	11,43	
Ansiedad					
Sin ansiedad	32	18,29	32	18,29	9.45
Leve	42	24,00	13	7,43	P=0.00
Moderada/grave	38	21,71	18	10,29	
TOTAL	112	64,00	63	36,00	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.45$) muestra que los niveles de ansiedad y la planificación del embarazo presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 45.71% de gestantes que no planearon el embarazo presentan ansiedad, del cual el 10.29% presentan niveles moderados/graves.

Tabla N°. 14

Relación entre el apoyo de la pareja y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Apoyo de la pareja				X ²
	No		Si		
	N°.	%	N°.	%	
Miedo					
Bajo	3	1,71	37	21,14	1.93
Moderado	9	5,14	61	34,86	P=0.38
Alto	11	6,29	54	30,86	
Ansiedad					
Sin ansiedad	5	2,86	59	33,71	2.51
Leve	9	5,14	46	26,29	P=0.28
Moderada/grave	9	5,14	47	26,86	
TOTAL	23	13,14	152	86,86	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 14 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de miedo y ansiedad no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$) con el apoyo de la pareja.

Asimismo, se observa que el 34.86% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti que reciben apoyo de su pareja tienen nivel de miedo moderado, mientras que el 33.71% de gestantes que reciben apoyo de la pareja no tienen ansiedad.

Tabla N°. 15

Relación entre la violencia física y psicológica y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Violencia física/psicológica				X ²
	No		Si		
	N°.	%	N°.	%	
Miedo					
Bajo	32	18,29	8	4,57	5.51 P=0.06
Moderado	64	36,57	6	3,43	
Alto	61	34,86	4	2,29	
Ansiedad					
Sin ansiedad	60	34,29	4	2,29	5.15 P=0.07
Leve	51	29,14	4	2,29	
Moderada/grave	46	26,29	10	5,71	
TOTAL	157	89,71	18	10,29	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 15 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de miedo y ansiedad no presentan relación estadística significativa ($P > 0.05$) con la violencia física y psicológica.

Asimismo, se observa que el 2.29% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti que son víctimas de violencia física o psicológica tienen alto grado de miedo durante la pandemia por COVID-19, mientras que el 34.29% de gestantes que no son víctimas de violencia no tienen ansiedad

Tabla N° 16

Relación entre tener algún familiar con COVID y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Familiar con COVID				X ²
	No		Si		
	N°.	%	N°.	%	
Miedo					
Bajo	21	12,00	19	10,86	7.13
Regular	39	22,29	31	17,71	P=0.02
Alto	22	12,57	43	24,57	
Ansiedad					
Sin ansiedad	38	21,71	26	14,86	6.44
Leve	21	12,00	34	19,43	P=0.04
Moderada/grave	23	13,14	33	18,86	
TOTAL	82	46,86	93	53,14	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 16 según la prueba de chi cuadrado muestra que los niveles de miedo y ansiedad y el tener algún familiar con COVID-19 presentan relación estadística significativa ($P < 0.05$).

Asimismo, se observa que el 21.71% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti que no han tenido ningún familiar con COVID-19 no presentan ansiedad, mientras que el 19,43% y 18.86% de gestantes con familiares con COVID-19 tienen niveles de ansiedad leves y moderados/graves respectivamente.

En relación con el miedo al coronavirus, las gestantes que tuvieron un familiar con COVID-19, presentan niveles más altos de miedo percibido (24, 57%).

Tabla N°. 17

Factores clínicos en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

F. clínicos	N°.	%
Paridad		
Primípara	59	33,71
Secundípara	56	32,00
Múltipara	60	34,29
Amenaza de aborto		
No	135	77,14
Sí	40	22,86
Trimestre		
I trimestre	35	20,00
II trimestre	67	38,29
III trimestre	73	41,71
Comorbilidades		
Asma	1	0,57
Depresión	12	6,86
HTA	1	0,57
Obesidad	18	10,29
Tiroides	4	2,29
Ninguna	139	79,43
TOTAL	175	100

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 17 muestra que el 34.29% de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti son múltiparas, el 41.71% se encontraban en su II trimestre de embarazo, el 22,86% tuvieron amenaza de aborto, mientras que el 20.57% presentaba alguna comorbilidad como asma, depresión, hipertensión arterial, obesidad y enfermedad tiroidea.

Tabla N°. 18

Relación entre la paridad y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Paridad						X ²
	Primípara		Secundípara		Multípara		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Miedo							
Bajo	19	10,86	12	6,86	9	5,14	10.32 P=0.03
Regular	18	10,29	29	16,57	23	13,14	
Alto	22	12,57	15	8,57	28	16,00	
Ansiedad							
Sin ansiedad	24	13,71	23	13,14	17	9,71	3.83 P=0.42
Leve	16	9,14	19	10,86	20	11,43	
Moderada/grave	19	10,86	14	8,00	23	13,14	
TOTAL	59	33,71	56	32,00	60	34,29	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 18 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.32$) muestra que los niveles de miedo al coronavirus y la paridad presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 16.00% de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti multíparas tienen niveles altos de miedo al coronavirus, mientras que el 10.86% de gestantes primíparas presentan niveles bajos de miedo.

Tabla N°. 19

Relación entre la amenaza de aborto y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Amenaza de aborto				X ²
	No		Si		
	N°.	%	N°.	%	
Miedo					
Bajo	32	18,29	8	4,57	5.50
Medio	59	33,71	11	6,29	P=0.06
Alto	44	25,14	21	12,00	
Ansiedad					
Sin ansiedad	59	33,71	5	2,86	21.17
Leve	44	25,14	11	6,29	P=0.00
Moderada/grave	32	18,29	24	13,71	
TOTAL	135	77,14	40	22,86	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N°. 19 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=21.17$) muestra que los niveles de ansiedad y la amenaza de aborto presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 33.71% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti que no han tenido amenaza de aborto no presentan ansiedad, mientras que el 6,29% y el 13.71% de gestantes con amenaza de aborto tienen ansiedad leve y moderada/grave respectivamente.

Tabla N° 20

Relación entre etapas del embarazo y ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

V. dependiente	Trimestre						X ²
	I		II		III		
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	
Miedo							
Bajo	5	2,86	17	9,71	18	10,29	2.44 P=0.65
Medio	17	9,71	24	13,71	29	16,57	
Alto	13	7,43	26	14,86	26	14,86	
Ansiedad							
Sin ansiedad	7	4,00	20	11,43	37	21,14	15.86 P=0.00
Leve	18	10,29	20	11,43	17	9,71	
Moderada/grave	10	5,71	27	15,43	19	10,86	
TOTAL	35	20,00	67	38,29	73	41,71	

Fuente: Elaboración Propia.

La Tabla N° 20 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=15.86$) muestra que los niveles de ansiedad y la etapa del embarazo presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 21.14% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti que se encuentran en el tercer trimestre de gestación no presentan ansiedad, mientras que el 15.43% de gestantes que se encuentran en el segundo trimestre tienen ansiedad moderada/grave.

Tabla N°. 21

Relación entre las comorbilidades el nivel de ansiedad en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

Comorbilidades	Ansiedad						TOTAL	
	Sin ansiedad		Leve		Moderada/grave		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Asma	1	0,57	0	0,00	0	0,00	1	0,57
Depresión	0	0,00	3	1,71	9	5,14	12	6,86
HTA	0	0,00	0	0,00	1	0,57	1	0,57
Obesidad	5	2,86	2	1,14	11	6,29	18	10,29
Tiroides	0	0,00	2	1,14	2	1,14	4	2,29
Ninguna	58	33,14	48	27,43	33	18,86	139	79,43
TOTAL	64	36,57	55	31,43	56	32,00	175	100

Fuente: Elaboración Propia.

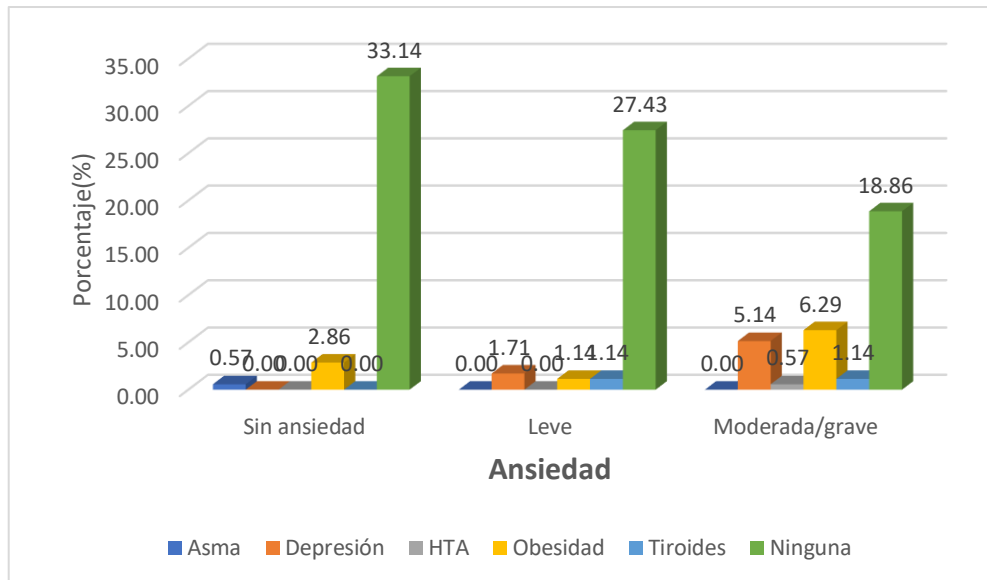
$$X^2=29.55 \quad P<0.05P=0.00$$

La Tabla N°. 21 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=29.55$) muestra que los niveles de ansiedad y las comorbilidades presentan relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo, se observa que el 33.14% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti sin ansiedad no tienen ninguna comorbilidad, sin embargo, se evidencia que las gestantes que no tienen ninguna morbilidad presentan un nivel de ansiedad leve de 27,43%, y de 18.86% de ansiedad moderada/grave. Un 6,85% de las gestantes que sufrieron de depresión, presentaron un nivel de ansiedad moderada/grave.

Gráfico N°4

Relación entre niveles de ansiedad y comorbilidades al coronavirus en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021



Fuente: Elaboración Propia.

Tabla N° 22

Relación entre las comorbilidades el nivel de miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021

Comorbilidades	Miedo						TOTAL	
	Bajo		Medio		Alto		N°.	%
	N°.	%	N°.	%	N°.	%		
Asma	0	0,00	1	0,57	0	0,00	1	0,57
Depresión	0	0,00	5	2,86	7	4,00	12	6,86
HTA	0	0,00	0	0,00	1	0,57	1	0,57
Obesidad	3	1,71	6	3,43	9	5,14	18	10,29
Tiroides	0	0,00	2	1,14	2	1,14	4	2,29
Ninguna	37	21,14	56	32,00	46	26,29	139	79,43
TOTAL	40	22,86	70	40,00	65	37,14	175	100

Fuente: Elaboración Propia.

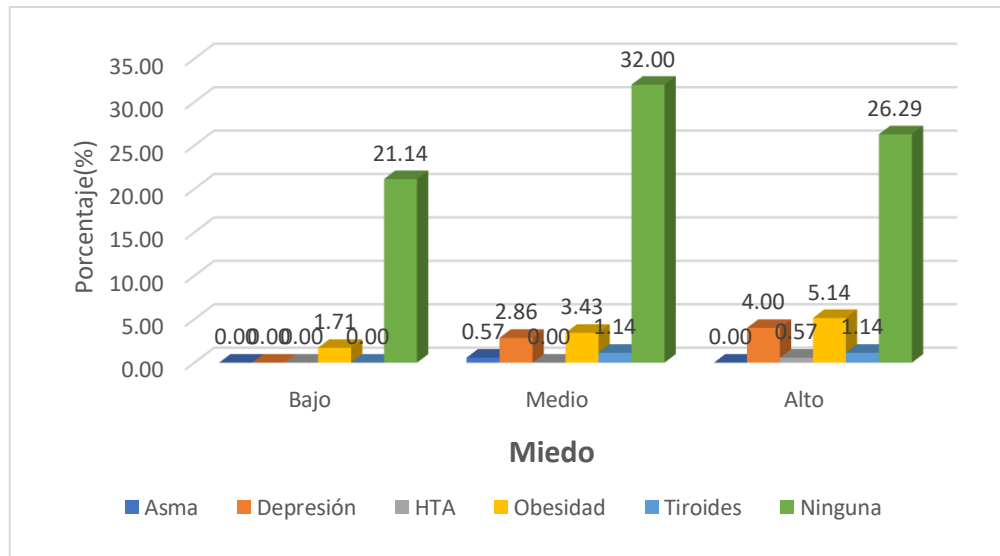
$$X^2=11.36 \quad P>0.05P=0.33$$

La Tabla N° 22 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=11.36$) muestra que los niveles de miedo y las comorbilidades no presentan relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo, se observa que el 32.0% de las gestantes de la Microred Edificadores Misti, que no tienen ninguna comorbilidad, presentaron niveles de miedo moderados. Las gestantes que tienen depresión presentaron en un 2,86% y 4%, niveles de miedo moderados y altos al coronavirus respectivamente.

Gráfico N°5

Relación entre niveles de miedo al coronavirus y comorbilidades en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021



Fuente: Elaboración Propia.



DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de identificar los factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en Arequipa, mayo 2021. Se realizó la presente investigación para generar nuevos conocimientos y dar una importante contribución académica que servirán de fundamento para el desarrollo de estudios posteriores.

Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que tanto la ansiedad y el miedo percibido al COVID-19, tiene un impacto negativo en la salud mental de las gestantes de la Micro Red de Edificadores Misti, estos resultados se comparan con otras epidemias como el MERS-CoV, en donde se demostró la alta prevalencia de emociones negativas, tales como miedo, estrés y ansiedad al igual que esta (69).

En la Tabla y Gráfico N° 1 del presente estudio se evidencia que la prevalencia de la ansiedad en las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti fue de 63.13%; siendo estos valores mayores a la prevalencia pre-pandémica que presentaron las gestantes del estudio PROMIS en la ciudad de Lima, 2019; donde un 32.2% de estas presentaron ansiedad (1); también fue mayor a la prevalencia de ansiedad del trabajo presentado por Anita Nath, donde un 55,7% de las gestantes tenían ansiedad durante el embarazo (2). Esta alta prevalencia nos indicaría que la pandemia por COVID-19 ha tenido un impacto negativo en la salud mental de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti como se muestra en otros estudio (60).

En la Tabla y Gráfico N° 2 encontramos que las gestantes presentaron predominantemente niveles moderados de miedo al coronavirus (40,00%), contrastando estos resultados con el trabajo realizado por Sidra Nausheen et.al en Pakistán en donde las gestantes presentaron predominantemente niveles altos de miedo al coronavirus (60%) y niveles moderados de miedo en un 30% (61). Estas diferencias pueden deberse a que ambos estudios fueron llevados a cabo en diferentes etapas de la pandemia, también que se tratan de comunidades con factores culturales y socioeconómico distintos; en ambos casos el hecho de presentar niveles de miedo al coronavirus por encima del promedio nos induce a pensar que la sobrecarga de información errónea por internet acerca de la pandemia puede ser un factor contribuyente, ya que aún no se cuenta con información científica verídica sobre este nuevo virus.

En la Tabla y Gráfico N° 3, se observa que la percepción de miedo al coronavirus se asocia significativamente al nivel de ansiedad en las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti

durante la pandemia por COVID-19, estos resultados se relacionan con lo estimado por Marco Colizzi et. al y por Nausheen et al. en el cual indican que el miedo al virus puede aumentar el riesgo de desarrollar estados graves de ansiedad e inclusive empeorar aquellos trastornos mentales preexistentes (70,61).

En referencia a nuestros factores sociodemográficos como se analiza en la Tabla N° 5, podemos ver que la edad no es un factor asociado a los niveles de miedo y ansiedad, sin embargo, las gestantes entre los 24 y 29 años presento algún grado de ansiedad en un 28,57%, esto se debe a que las gestantes en esta etapa de su vida, están entablando relaciones más estables, enfrentando diferentes problemas económicos y sociales, además de la falta de apoyo económico de la familia y problemas en el hogar (71). Cabe mencionar que también este grupo de gestantes entre los 24 y 29 años presentaron niveles moderados de miedo al coronavirus en un 20%, a diferencia del estudio de Reznik et al donde evidenciaron que la población que presento más miedo al coronavirus tuvo una edad media de 20 años (6).

En la Tabla N° 6 se pretendió analizar los datos de ansiedad y miedo al coronavirus con el estado civil de la gestante, encontrando que ambas condiciones presentan una elevada frecuencia de gestantes convivientes (63,43%) y solteras (20,00%). En las gestantes convivientes presentaron mayores niveles de ansiedad, estos datos confirman los resultados de otros trabajos, en los cuales la unión no estable de la pareja se considera como factor negativo para la salud mental materna (72,73).

En la tabla N°7 observamos que existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad y miedo con la nacionalidad, donde las mayores puntuaciones de ansiedad y miedo al coronavirus estuvieron presentes en las mujeres extranjeras, esto puede deberse que al encontrarse lejos de su país, en un entorno desconocido, lejos de su familia, viviendo muchas veces en condiciones precarias, con un trabajo inestable y además de las medidas impuestas por el gobierno para evitar la propagación del virus, las hace propensas a sufrir niveles elevados de ansiedad (74).

En la Tabla N° 8 se observa que el grado de instrucción es un factor asociado a los niveles de miedo y ansiedad en las gestantes encuestadas. Se han encontrado altos niveles de miedo en gestantes que tuvieron un grado de instrucción secundaria (20,00%), esto también se evidencio en las mujeres embarazadas de Pakistán, que presentaron niveles altos de miedo al coronavirus en un 32,83 % (61), en contraste con un estudio israelí donde se evidencio un mayor nivel de miedo en personas que tuvieron educación superior (40,8%) (61). En cuanto a la ansiedad, se evidenció mayores niveles en gestantes que cuentan con educación

secundaria (30,86%), al igual que en el estudio realizado en Mina Gerais, Brasil en 2015 (60).

En la tabla N°9 podemos observar que el ingreso económico es un factor asociado de miedo al COVID-19. En esta tabla se muestra que las mujeres gestantes con un ingreso económico menos de lo básico, presentan un alto nivel de miedo en un 24,57%, esto puede ser explicado por el hecho de que el ingreso económico familiar es menor al básico acarreando menor posibilidad de conseguir implementos de bioseguridad como lo son las mascarillas, protectores faciales, alcohol y su recambio constante, condicionando un mayor temor hacia el virus, por sentirse desprotegidos y más expuestos. Esto se comprueba con un estudio realizado en Israel, en el que el 45,6% presentaron un ingreso económico menos de lo básico presentando también niveles elevado de miedo al coronavirus (62).

En referencia a los factores psicosociales en la Tabla N°12 se observa que aquellas mujeres que no cuentan con apoyo familiar presentan en un 18.29% niveles moderados/graves de ansiedad, esto se debe a que durante el embarazo la mujer sufre cambios tanto físicos como psicológicos que pueden restringir su actividad diaria, para el cual el apoyo familiar sería un factor protector contra la ansiedad y miedo.

En la Tabla N°13 se observa que el embarazo no planificado se relaciona con presentar ansiedad durante la gestación. Esto se correlaciona con el estudio realizado por Stapelton et.al donde observaron que aquellas gestantes con embarazos no deseados, además de presentar niveles socioeconómicos bajos, se enteraban tardíamente de que estaban embarazadas y acudían mucho tiempo después a realizarse su primer control prenatal, al no estar preparadas para un embarazo producía un incremento del riesgo de desarrollar ansiedad grave (15).

En la Tabla N° 14 del presente trabajo podemos ver que el apoyo de la pareja no se relaciona con los niveles de ansiedad y miedo en la gestante a diferencia del estudio presentado por Stapleton et.al en cual el apoyo dado por la pareja si se mostró como un factor protector para disminuir la prevalencia de ansiedad y miedo, deduciendo que una mejor calidad de la relación pareja-gestante contribuye al bienestar mental de la madre (15,75).

En la tabla N° 15 se evidencia que la violencia doméstica física/psicológica no presenta relación estadísticamente significativa con los niveles de ansiedad ($p=0.07$) y miedo al coronavirus ($p=0.06$) en las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti; sin embargo, se observa que un bajo porcentaje de gestantes que sufren de violencia doméstica (2.29%)

tienen niveles elevados de ansiedad y miedo. En diversos estudios se observa que las gestantes víctimas de violencia física y/o psicológica tiene riesgo de sufrir trastornos ansiosos, y que estos se relacionan con la duración y la gravedad de la violencia a la que han estado sometidas, intensificando los niveles de ansiedad y miedo (76). Es importante recalcar que mientras más tiempo de exposición a la violencia, aumenta la probabilidad de cuadros depresivos mayores, ideación suicida y autolesiones (77).

En base a la Tabla N°16 frente a los valores evidenciados y la presencia de un familiar con COVID-19, este sería considerado como un factor de riesgo para presentar niveles de miedo altos. El miedo frecuentemente está asociado a una ineficiente manera racional de reaccionar frente al COVID-19, por experiencias anteriormente vividas, por un encierro y una cuarentena masiva (60).

Las medidas implementadas en nuestro país como parte de las medidas de prevención para reducir el número de contagios han podido mitigar de cierta forma el miedo al COVID-19, pues en otros estudios se observó que las personas confinadas en sus hogares sienten una mayor seguridad y protección (53); esto se correlaciona con nuestro trabajo, evidenciándose que las gestantes independientemente de haber tenido o no familiares con COVID-19, presentan niveles de miedo bajo (22,86%). Es por ello que en esta pequeña población, se debe tener mucho cuidado, ya que al presentar niveles bajos de miedo al COVID-19, motive a que no cumpla con las medidas de restricción impuestas por el gobierno exponiéndose y exponiendo a otros que están en su entorno (77).

A sí mismo en la tabla N° 16 el tener un familiar con COVID-19, presenta una relación estadísticamente significativa con los niveles de ansiedad leves a graves (38,29%) en las gestantes del presente estudio, esto puede deberse al riesgo percibido de infectarse y de infectar a su bebe, generando sentimientos negativos y ansiedad. En estudios se ha demostrado que estos trastornos ansiosos se asocian a un mayor nivel de aceptación hacia las restricciones impuestas por el gobierno, esto puede ser considerado como una fortaleza, en tanto caos (27).

Según la Tabla N° 18 la paridad se muestra como un factor asociado a los niveles de miedo al coronavirus, evidenciándose claramente que el grupo de gestantes múltiparas presentan un nivel de miedo al coronavirus alto (16.00%), pues a medida que aumenta el número de embarazos en la mujer esta va a manifestar un mayor miedo, esto se debe a que este grupo de gestantes que ya ha dado a luz anteriormente, están acostumbradas a un sistema sanitario presencial, con controles prenatales rutinarios y supervisados por el personal de salud del

establecimiento al cual acudían, esto al no estar disponible en el embarazo actual, ha desencadenado estrés y temor, debido a que están sometidas a un nuevo sistema sanitario, transformado por las circunstancias que ha provocado la pandemia en nuestro país. Además el miedo al coronavirus, ha producido incertidumbre, por la constante preocupación de las gestantes de que sus bebés se vean afectados; sumado a esto están las fuentes de información insuficientes y no certeras proporcionada por los diferentes medios de comunicación y la dificultad de poder comunicarse con su médico y/o obstetra (4).

Según los resultados de la Tabla N° 19, se deduce que la amenaza de aborto en la gestación actual es un factor estadísticamente asociado a los niveles de ansiedad. En un grupo de 121 mujeres de un hospital de maternidad en Singapur, se evidenció que los niveles de ansiedad y la sintomatología fueron significativamente mayores en mujeres embarazadas que presentaron amenaza de aborto a comparación de gestantes que no la presentaron (23,5% frente a 18,9%). La amenaza de aborto está definida como un sangrado vaginal, sin pérdida fetal, complicación más frecuente en el primer trimestre del embarazo. Una amenaza de aborto tiene un impacto negativo en el bienestar materno, pues este delicado diagnóstico deja a las gestantes preocupadas por el destino dudoso del feto, posiblemente esto se debe a que el cortisol liberado por la presencia de ansiedad puede mediar un círculo vicioso, donde los síntomas de ansiedad ejercen efectos desestabilizadores, ocasionando un mayor deterioro de la salud mental (12).

En la tabla N° 20 de nuestro estudio observamos que la mayor prevalencia (26,86%) y los niveles más altos de ansiedad se encuentran en las gestantes cursando su segundo trimestre de embarazo, presentando niveles moderados/graves de ansiedad (15,43%), a diferencia del trabajo presentado por Najmieh Saadati et.al que evaluó los niveles de ansiedad durante la pandemia por COVID-19 en Israel y encontró mayor prevalencia y niveles más altos de ansiedad en aquellas gestantes cursando su tercer trimestre del embarazo, esto se debe a que no encuentran las mismas facilidades pre-pandémicas para acceder a un establecimiento de salud confiable, con el posible riesgo de contagio de la madre y el bebé en el momento del parto (78).

En la Tabla N° 21 podemos evidenciar que las comorbilidades que presentaron las gestantes de la Micro Red tienen relación estadísticamente significativa con el aumento de los niveles de ansiedad, estos resultados se corroboran con el estudio realizado por Paulina Lopez et al (79). Sin embargo, en nuestro estudio también se puede evidenciar que el 43,29% de las gestantes encuestadas, que no tienen ninguna enfermedad, presentaron niveles ansiedad

leves a moderados, esto se debe, a que estas gestantes puedan estar expuestas a otros factores de riesgo que estén desencadenando esta ansiedad.

Por otra parte el 6,85% de las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti que tuvieron un cuadro depresivo, presentan ansiedad; esto se debe a que, a mayor ansiedad hay un aumento de los sentimientos negativos, que consecuentemente desencadena algún nivel de depresión. Es importante mencionar que la coexistencia de estos dos trastornos está asociados a una amplificación de los síntomas físicos durante el embarazo (6).

El 10% de las gestantes presentaron obesidad, de las cuales el 7,43% mostraron ansiedad, esto se debe a que la tensión emocional presente en las gestantes produce efectos negativos en el hábito nutricional. En un estudio de 174 gestantes que presentaban malos hábitos alimenticios, presentaron un 34,5% de ansiedad (61).

En la Tabla N° 22, podemos observar que, el 20,57% de las gestantes encuestadas de la Microred, que presentaron alguna comorbilidad, un 10,85% tuvieron niveles de miedo altos, sin embargo, no se evidencia que este sea un factor de riesgo para presentar miedo al coronavirus. A diferencia de la ansiedad, la presencia de comorbilidades desencadena aumento de los niveles de ansiedad. Debido a ellos es que se evidencia que solo el 26,29% de las gestantes sin comorbilidad, presento un nivel de miedo alto.

CONCLUSIONES

PRIMERA: El 63,43% de las gestantes encuestadas de la Micro Red de Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 presenta ansiedad. El 31,43% presenta una ansiedad leve, mientras que el 32,00% presenta una ansiedad moderada/ grave.

SEGUNDA: El 77,14% de las gestantes encuestadas de la Micro Red de Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 presentaron niveles moderados a altos en la escala del miedo al COVID-19, mientras que el 22,86% presento un nivel de miedo bajo.

TERCERA: Existe una correlación significativa entre los niveles de miedo y los niveles de ansiedad en las gestantes, pues el miedo al COVID-19 tiene un efecto directo aumentando los niveles de ansiedad en las gestantes. Siendo que los niveles de ansiedad pre-pandemicos fueron 32,2%, contrastado con nuestros resultados es de un 63,43%.

CUARTA: Los factores sociodemográficos asociados a la ansiedad que se evidenciaron en este trabajo de investigación fueron: la nacionalidad, el grado de instrucción y el estado civil. Los factores sociodemográficos asociados a los niveles de miedo fueron nacionalidad, grado de instrucción e ingreso económico ($P < 0.05$).

QUINTA: Los factores psicosociales asociados a los niveles de ansiedad fueron: el apoyo familiar, familiar con COVID-19, amenaza de aborto y etapas del embarazo. Dentro de los factores psicosociales asociado a los niveles de miedo fueron el apoyo familiar, familiar con COVID-19, embarazo no planificado y paridad ($P < 0.05$).

SEXTA: Los factores clínicos asociados significativamente a los niveles de ansiedad son amenaza de aborto, etapa del embarazo y comorbilidades. El único factor clínico asociado significativamente a los niveles de miedo es paridad ($P < 0.05$).

RECOMENDACIONES

1. Se sugiere al personal encargado del área de Psicología de la Micro Red Misti considerar esta investigación para desarrollar a futuro estrategias de promoción y prevención en salud mental, sobre todo en poblaciones vulnerables como lo son las gestantes y más aún durante esta emergencia sanitaria por COVID-19 que ha tenido gran impacto en la salud mental de la población, de esta manera poder disminuir las complicaciones desencadenadas por la ansiedad y el miedo.
2. Se recomienda al personal de Obstetricia de la Micro Red Edificadores Misti realizar un tamizaje de salud mental en el primer control prenatal para identificar de manera precoz a aquel grupo de gestantes con síntomas de ansiedad y miedo, con la posibilidad de proporcionar intervenciones que ayuden a reducir los niveles de ansiedad y el miedo causados por el coronavirus y las preocupaciones sobre el embarazo, como por ejemplo capacitaciones virtuales; influyendo de manera positiva en el embarazo, parto y desarrollo del nuevo ser.
3. Se recomienda al médico Jefe de la Micro Red Edificadores Misti mejorar la capacitación del personal de salud de los 5 establecimientos, para maximizar la efectividad en el uso de la plataforma Wawared, realizando una actualización constante y un correcto seguimiento de cada gestante, para así obtener una sólida base de datos evitando inconvenientes como datos duplicados, excluir a aquellas con cambio de domicilio, con gestación no viable y deserción en la atención, garantizando que la información obtenida sea la más confiable posible y permita la realización de más trabajos de investigación a futuro.

FORTALEZAS

Una de las principales fortalezas de este trabajo de investigación fue el muestreo y la recopilación de datos facilitados por los establecimientos de salud a través de la plataforma Wawared, datos que fueron obtenidos sin exponer ni a los investigadores ni los participantes al COVID-19.

LIMITACIONES

1. La recopilación de datos a través de la web, puede aumentar el riesgo de sesgos, debido a que las gestantes con un mejor nivel socioeconómico-cultural pudieron acceder a la encuesta, a diferencia de las gestantes que no contaban con celular ni acceso a internet.
2. El instrumento empleado en la ansiedad en gestantes, si bien es un instrumento válido y de muy amplio uso en diferentes investigaciones, no permite hacer un diagnóstico de trastorno ansioso.

TRASCENDENCIA

El personal sanitario puede hacer uso de los hallazgos obtenidos de este trabajo de investigación para poder identificar a aquellas mujeres embarazadas que tienen un mayor riesgo de sufrir ansiedad y miedo al coronavirus durante épocas de pandemia como la vivida actualmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020 Feb 22;395(10224):565–574.
2. Hernández G, Orellana G, Kimelman M, Nuñez C, Ibáñez C. [Anxiety disorders among patients hospitalized in a medical ward]. *Rev Med Chil*. 2005 Aug;133(8):895–902.
3. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al. Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2018 Sep 4;79(5).
4. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr*. 2016 Apr;27(2):89–94.
5. Wise RA, Polito AJ, Krishnan V. Respiratory physiologic changes in pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2006 Feb;26(1):1–12.
6. Reznik A, Gritsenko V, Konstantinov V, Khamenka N, Isralowitz R. COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. *Int J Ment Health Addict*. 2020 May 12;1–6.
7. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict*. 2020 Jun 22;1–14.
8. Hamzehgardeshi Z, Omidvar S, Amoli AA, Firouzbakht M. Pregnancy-related anxiety and its associated factors during COVID-19 pandemic in Iranian pregnant women: a web-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Mar 15;21(1):208.
9. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Rev Cari Psicol*. 2020 Jul 15;4(2):143–152.
10. Nath A, Venkatesh S, Balan S, Metgud CS, Krishna M, Murthy GVS. The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety amongst pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India. *Int J Womens Health*. 2019 Apr 10;11:241–248.

11. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat*. 2018 Mar;57(1):39–51.
12. Monk C, Myers MM, Sloan RP, Ellman LM, Fifer WP. Effects of women’s stress-elicited physiological activity and chronic anxiety on fetal heart rate. *J Dev Behav Pediatr*. 2003 Feb;24(1):32–38.
13. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):25–35.
14. Leff-Gelman P, Flores-Ramos M, Carrasco AEÁ, Martínez ML, Takashima MFS, Coronel FMC, et al. Cortisol and DHEA-S levels in pregnant women with severe anxiety. *BMC Psychiatry*. 2020 Aug 5;20(1):393.
15. Stapleton LRT, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ, et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *J Fam Psychol*. 2012 Jun;26(3):453–463.
16. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021 Mar 6;397(10277):914–927.
17. Ministerio de Salud del Perú. Plan de salud mental, Perú, 2020-2021 (En el contexto COVID-19) [Internet]. MINSa. 2020 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>.
18. Orozco, Wendy Navas; Baldares, María Jesús Vargas. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*. 2012, vol. 69, no 604, p. 497-507.
19. de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry*. 2002 Apr;159(4):620–629.
20. Ildelfonso C, Benita. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2017 Mar 21.
21. Nuss P. Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015 Jan 17;11:165–175.

22. Sanz J. Distinguiendo ansiedad y depresión: revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck | *Anales de Psicología / Annals of Psychology*. 1993.
23. Seligman MEP, Schulman P, Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther*. 2007 Jun;45(6):1111–1126.
24. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, 5. a edición. EDITORIAL medica-panamericana. 2018.
25. Rodríguez, José Antonio Piqueras, et al. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*. 2009, vol. 16, no 2, p. 85-112.
26. Fernández López O, Jiménez Hernández B, Alfonso Almirall R, Sabina Molina D, Cruz Navarro J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*. 2012 Oct.
27. Tomás-Sábado J. Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Rev Enferm Salud Ment*. 2020 Sep 1;(16):26–30.
28. Pavlov PI. Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *Ann Neurosci*. 1927;17(3):136–141.
29. Roza JA, Andrés Manuel Pérez Acosta. Condicionamiento clásico y cognición implícita. *Acta Colombiana de Psicología*. 2006.
30. Haubensak W, Kunwar PS, Cai H, Ciochi S, Wall NR, Ponnusamy R, et al. Genetic dissection of an amygdala microcircuit that gates conditioned fear. *Nature*. 2010 Nov 11;468(7321):270–276.
31. Bauer EP. Serotonin in fear conditioning processes. *Behav Brain Res*. 2015 Jan 15;277:68–77.
32. Zhuang Q, Wang L, Tang Y, Chen A. Translation of fear reflex into impaired cognitive function mediated by worry. *Sci Bull*. 2016 Dec;61(24):1841–1843.
33. Steimer T. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues Clin Neurosci*. 2002 Sep;4(3):231–249.
34. Kenneth McIntosh, MD. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>.

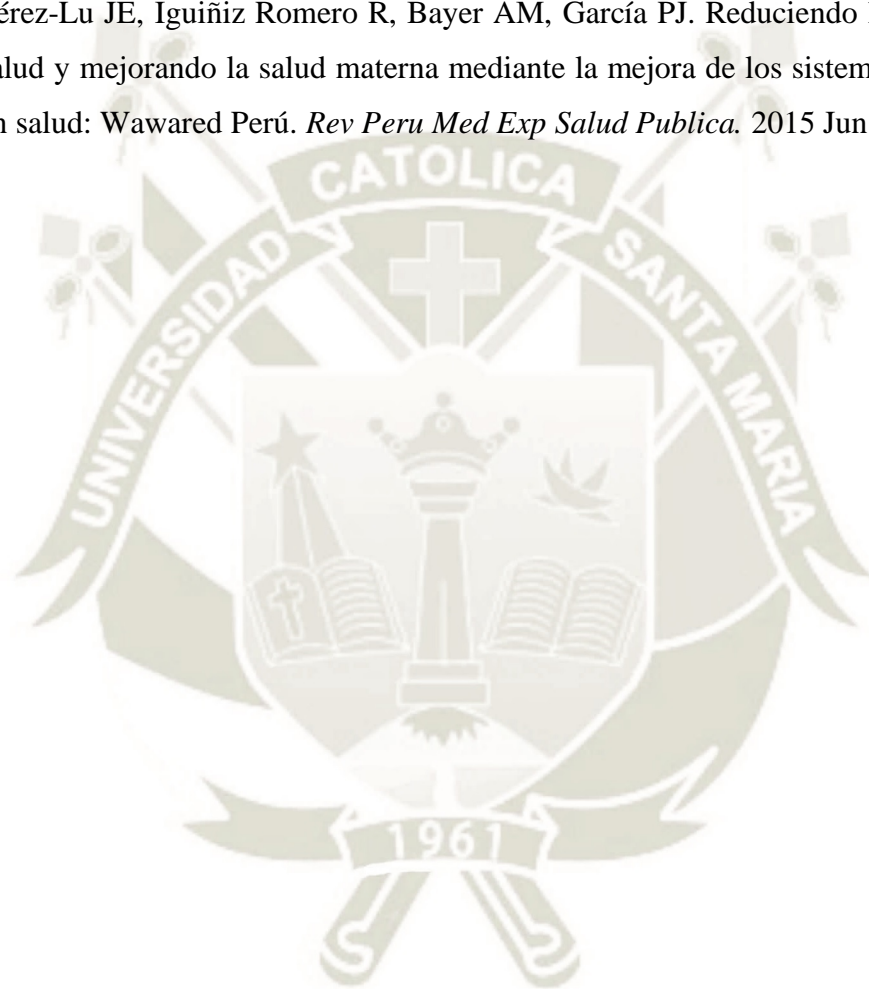
35. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering [Internet]. Coronavirus *Resource Center*. [cited 2021 Apr 28]. 2021. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
36. Ministerio de Salud. Sala Situacional, COVID-19 en el Perú [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. 2021. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
37. Valdés-Bango M, Meler E, Cobo T, Hernández S, Caballero A, García F, et al. [A clinical management protocol for COVID-19 infection in pregnant women]. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2020 Sep;47(3):118–127.
38. Wang C, Wang Z, Wang G, Lau JY-N, Zhang K, Li W. COVID-19 in early 2021: current status and looking forward. *Signal Transduct Target Ther*. 2021 Mar 8;6(1):114.
39. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China. 2019. *N Engl J Med*. 2020 Feb 20;382(8):727–733.
40. Caliendo, MD, PhD, Kimberly E Hanson, MD, MHS. COVID-19: Diagnosis [Internet]. 2021. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-diagnosis?search=covid>.
41. Walensky RP, Walke HT, Fauci AS. SARS-CoV-2 Variants of Concern in the United States-Challenges and Opportunities. *JAMA*. 2021 Mar 16;325(11):1037–1038.
42. Tane R, Masitoh S, Rustina Y. Factors influencing anxiety in mothers of low birth weight infants. *Pediatr Rep*. 2020 Jun 25;12(Suppl 1):8701.
43. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 2021 Feb 18.
44. Lozano LG. Salud Mental y Medicina Psicológica. *Salud mental*, 38. 2015;38(3):233–234.
45. Qu F, Wu Y, Zhu Y-H, Barry J, Ding T, Baio G, et al. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2017. May 11;7(1):1731.
46. Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 May 31;16(1):124.

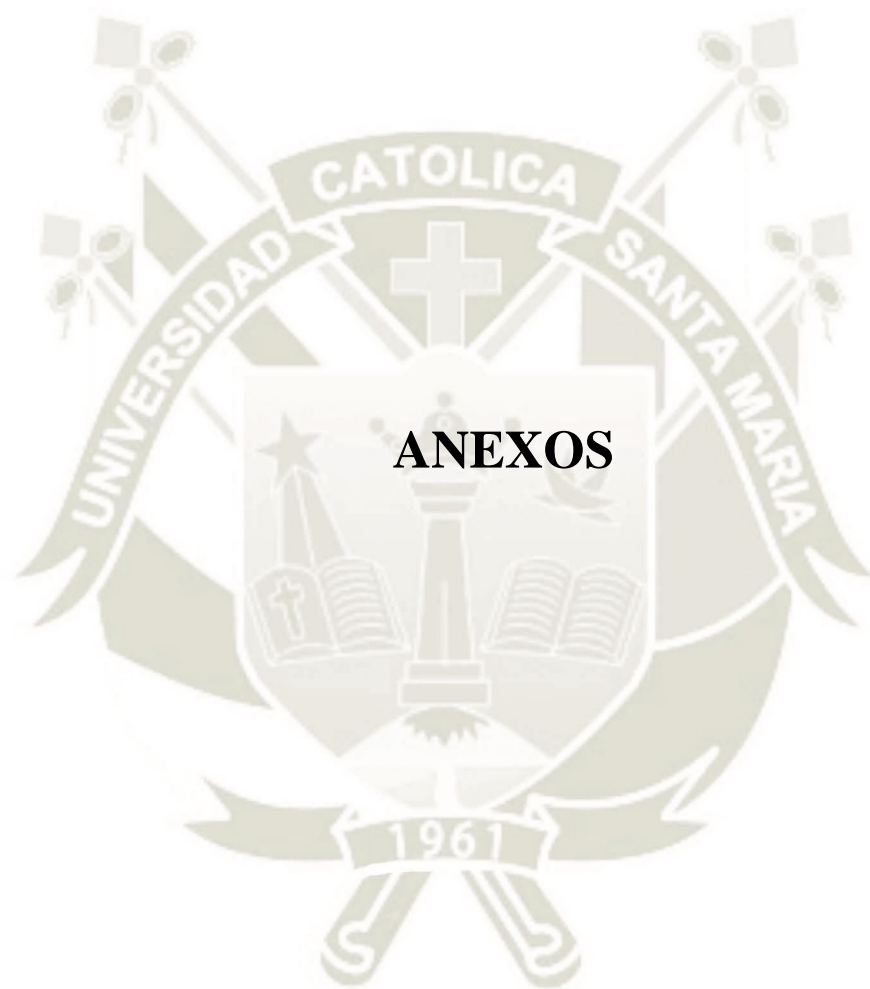
47. Ding X-X, Wu Y-L, Xu S-J, Zhu R-P, Jia X-M, Zhang S-F, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord.* 2014 Apr;159:103–110.
48. Wastnedge EAN, Reynolds RM, van Boeckel SR, Stock SJ, Denison FC, Maybin JA, et al. Pregnancy and COVID-19. *Physiol Rev.* 2021 Jan 1;101(1):303–318.
49. Cunningham FG. WILLIAMS OBSTETRICIA (Spanish Edition). 25a ed. McGraw-Hill Interamericana de España S.L. 2019.
50. Mor G, Aldo P, Alvero AB. The unique immunological and microbial aspects of pregnancy. *Nat Rev Immunol.* 2017 Aug;17(8):469–482.
51. Vincenzo Berghella, MDBrenna Hughes, MD, MSc. COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2021 Apr 13]. Available from: http://uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care?search=Pregnancy%20issues%20and%20antenatal%20care%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
52. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Mon MAÁ de, Quintero J. [Update on COVID-19 and mental health]. *Medicine.* 2020 Dec 24;13(23):1285–1296.
53. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* 2020 May 27;14(5):779–788.
54. Hisham IN, Townsend G, Gillard S, Debnath B, Sin J. COVID-19: the perfect vector for a mental health epidemic. *BJPsych Bulletin.* 2020 Jun 1;1–7.
55. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TTP, Pham KM, et al. People with Suspected COVID-19 Symptoms Were More Likely Depressed and Had Lower Health-Related Quality of Life: The Potential Benefit of Health Literacy. *J Clin Med.* 2020 Mar 31;9(4).
56. Raony Í, de Figueiredo CS, Pandolfo P, Giestal-de-Araujo E, Oliveira-Silva Bomfim P, Savino W. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. *Front Immunol.* 2020 May 27;11:1170.
57. Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020 Apr 9;4(5):e10–e11.

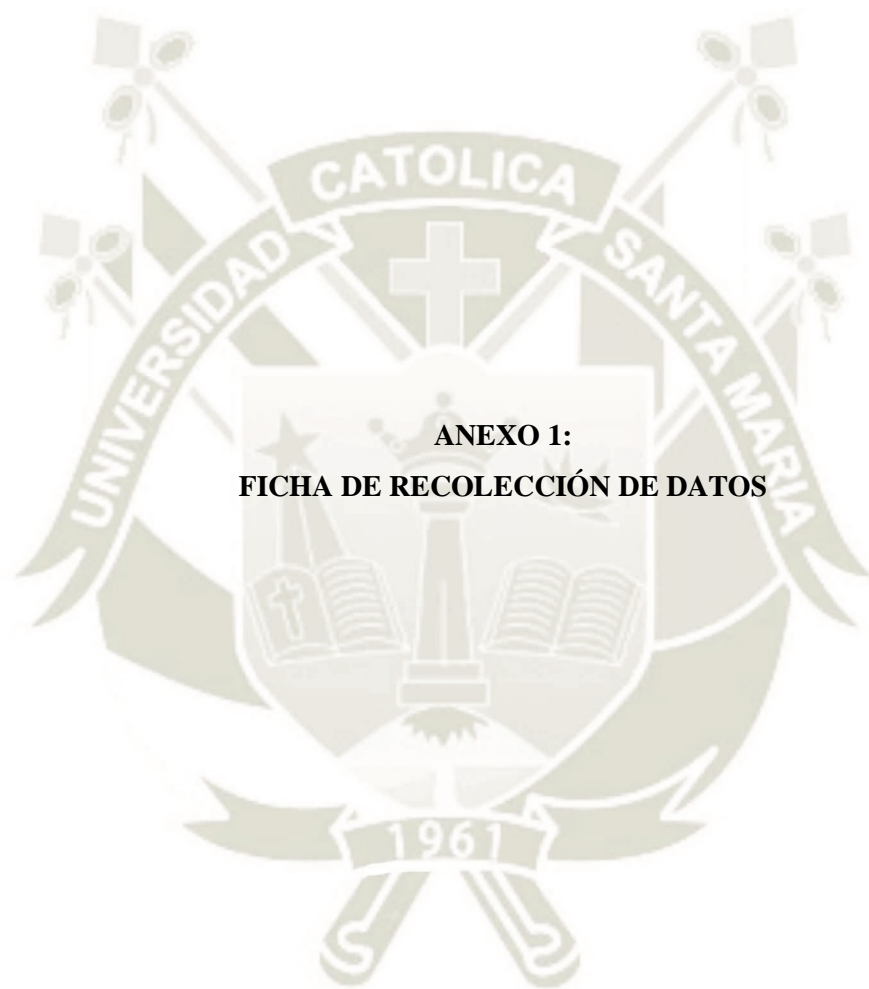
58. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959;32(1):50–55.
59. Carrobbles Isabel, Cabanillas MC, Teodoro del Ser Quijano, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta: teoría y método de aplicación para la práctica clínica [Internet]. Promolibro; 1987 [cited 2021 May 12]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=565993>.
60. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict.* 2020 Mar 27;1–9.
61. Nausheen S, Bhamani S, Makhdoom A, Sheikh L. Fear of COVID-19 among pregnant women in Pakistan: a cross-sectional study. *Int J Community Med Public Health.* 2020 Nov 25;7(12):4749.
62. Tzur Bitan D, Grossman-Giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shiffman N, Mendlovic S. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Res.* 2020 May 15;289:113100.
63. Wawared: Evaluación de la implementación de una historia clínica electrónica para el control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño [Internet]. [cited 2021 May 12]. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH_500fef894aa31812d3bce88e2ed1b628/Details.
64. Pacheco Vilca VA. Factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María. 2015. Available from: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3380>.
65. Nacarino Sanchez JE. Ansiedad en gestantes durante la pandemia del COVID-19. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO. 2020.
66. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Síntomas elevados de depresión y ansiedad entre embarazadas durante la pandemia de COVID-19. *J afectar el desorden.* 2020; 277: 5–13.

67. Stepowicz A, Wencka B, Bieńkiewicz J, Horzelski W, Grzesiak M. Stress and anxiety levels in pregnant and post-partum women during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9450..
68. Ayaz R, Hocaoglu M, Günay T, Yardımcı OD, Turgut A, Karateke A. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med*. 2020;48(9):965–70..
69. Li S, Wang Y, Xue J, Zhao N, Zhu T. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. *Int J Environ Res Public Health*. 2020 Mar 19;17(6).
70. Colizzi M, Bortoletto R, Silvestri M, Mondini F, Puttini E, Cainelli C, et al. Medically unexplained symptoms in the times of COVID-19 pandemic: A case-report. *Brain Behav Immun Health*. 2020 May;5:100073.
71. Leach LS, Butterworth P. Depression and anxiety in early adulthood: consequences for finding a partner, and relationship support and conflict. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020 Jul 15;29:e141.
72. Salgado IV, Mendoza JLM, Zerón HM. Mexican pregnant women show higher depression and anxiety with rising age and in the case of being single. *Acta Med Litu*. 2019;26(4):227–236.
73. Tomfohr-Madsen LM, Racine N, Giesbrecht GF, Lebel C, Madigan S. Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Res*. 2021 Apr 1;300:113912.
74. Salehi L, Rahimzadeh M, Molaei E, Zaheri H, Esmaelzadeh-Saeieh S. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. *Brain Behav*. 2020 Sep 23;10(11):e01835.
75. Diaz M, Amato R, Chávez JG, Ramirez M, Rangel S, Rivera L, et al. Depresión y ansiedad en embarazadas. *Salus*. 2013 Aug.
76. Adams J, Mrug S, Knight DC. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl*. 2018 Oct 8;86:167–177.
77. Harper CA, Satchell LP, Fido D, Latzman RD. Functional Fear Predicts Public Health Compliance in the COVID-19 Pandemic. *Int J Ment Health Addict*. 2020 Apr 27;1–14.

78. Saadati N, Afshari P, Boostani H, Beheshtinasab M, Abedi P, Maraghi E. Health anxiety and related factors among pregnant women during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study from Iran. *BMC Psychiatry*. 2021 Feb 15;21(1):95.
79. López O. P, Pantoja M. L, Mella G. M, Utreras L. M, Vergara M. C. Revisión de los riesgos maternos y perinatales en tiempos de COVID-19. Desafíos para el rol de la Matronería. *Rev chil obstet ginecol*. 2020 Sep;85:S131–S147.
80. Pérez-Lu JE, Iguñiz Romero R, Bayer AM, García PJ. Reduciendo las inequidades en salud y mejorando la salud materna mediante la mejora de los sistemas de información en salud: Wawared Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015 Jun 19;32(2):373.







**ANEXO 1:
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. COMPLETE LOS SIGUIENTES DATOS

1. Edad:
2. Estado Civil
 - a. Soltera
 - b. Casada
 - c. Viuda/divorciada
 - d. Conviviente
3. ¿De qué nacionalidad es usted?
 - a. Peruana
 - b. Extranjera
4. ¿Qué grado de instrucción posee usted?
 - a. Sin instrucción
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior
5. Ingreso económico
 - a. Mas de lo básico (más de s/930)
 - b. Lo básico (s/.930)
 - c. Menos de lo básico (menos de s/930)
6. ¿En qué situación laboral se encuentra usted?
 - a. Empleado
 - b. Desempleado
7. ¿Este embarazo fue planificado?
 - a. SI
 - b. NO
8. ¿Recibe usted apoyo familiar?
 - a. SI
 - b. NO
9. ¿Recibe usted el apoyo de su pareja?
 - a. SI
 - b. NO
10. ¿Usted ha sufrido violencia física o psicológica en su hogar?

- a. SI
 - b. NO
11. ¿Tuvo algún familiar con COVID-19?
- a. SI
 - b. NO
12. ¿Cuántas veces usted ha estado embarazada?
- a. 0
 - b. 1
 - c. 2
 - d. 3 o más
13. ¿Cuántas semanas de embarazo tiene usted?
- a. I trimestre (1-13 semanas)
 - b. II trimestre (14-27 semanas)
 - c. III trimestre (28- 40 semanas)
14. ¿Tuvo amenaza de aborto en esta gestación?
- a. SI
 - b. NO
15. ¿Tiene algunas de estas enfermedades?
- a. No presento ninguna enfermedad
 - b. Obesidad
 - c. Diabetes mellitus
 - d. HTA
 - e. Depresión
 - f. Otros: especifique

II. ESCALA DE MIEDO AL CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) - Versión Peruana (Huarcaya-Victoria, Villareal Zegarra, et. Al. 2020)

¿Con que frecuencia has experimentado las siguientes actividades en las últimas dos semanas?

1. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
2. Me pone incomoda pensar en el coronavirus (COVID-19)
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
3. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en coronavirus (COVID-19)
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
4. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
5. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nerviosa o ansiosa
 - a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

- d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
6. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme de coronavirus (COVID-19)
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo
7. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme de coronavirus (COVID-19)
- a. Totalmente en desacuerdo
 - b. En desacuerdo
 - c. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - d. De acuerdo
 - e. Totalmente de acuerdo

Fuente: Huarcaya-Victoria, Villareal Zegarra, et. Al. (.2020)

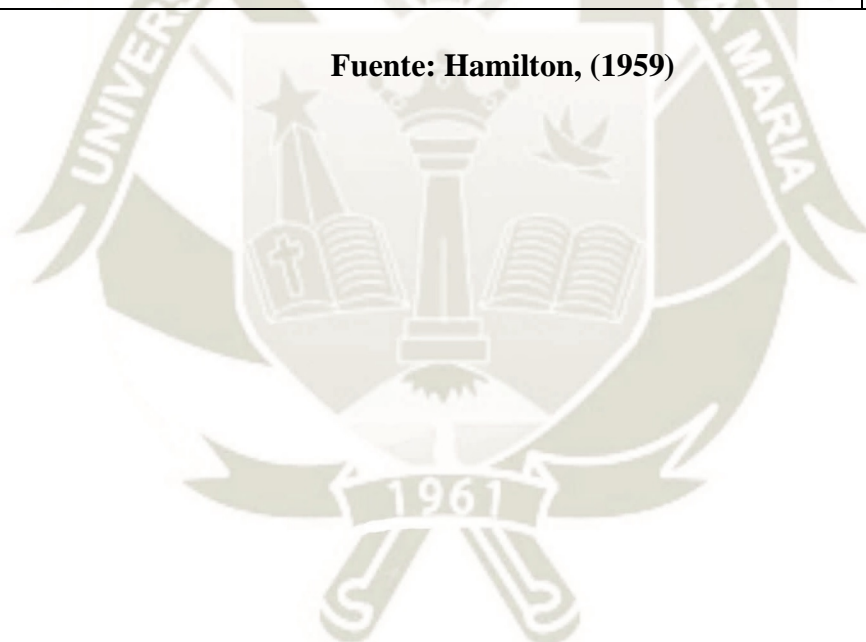
III. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

A continuación, se presentan 14 frases. Detrás de cada una de ellas rodee el número que mejor refleje su situación actual de acuerdo con la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nunca	Algunas veces	Bastante	Casi siempre	Siempre
1. Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.				0 1 2 3 4
2. Tengo sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.				0 1 2 3 4
3. Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.				0 1 2 3 4
4. Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme). Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.				0 1 2 3 4
5. Tengo mala memoria. Me cuesta concentrarme.				0 1 2 3 4
6. No tengo interés por lo que me rodea. Las distracciones no me producen placer. Me siento triste. Me despierto temprano y no puedo volver a conciliar el sueño. Me adormezco durante el día y no puedo dormir por la noche.				0 1 2 3 4
7. Siento dolores y molestias musculares (espasmos, calambres, contracciones, rigidez). Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.				0 1 2 3 4
8. Tengo zumbidos en los oídos. Visión borrosa. Siento oleadas de calor o de frío. Tengo picores y sensación de debilidad.				0 1 2 3 4
9. Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.				0 1 2 3 4
10. Tengo sensación de ahogo y de falta de aire. Necesito suspirar. Siento en el pecho una opresión o pena.				0 1 2 3 4
11. Tengo dificultad al tragar. Siento ardores o pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Creo que he perdido peso.				0 1 2 3 4

Tengo dolores abdominales. Hago deposiciones blandas o estoy estreñido. Tengo ruidos en las tripas.	
12. Necesito imperiosamente orinar muchas veces al día, echando poca cantidad de orina. No tengo interés por el sexo. No siento nada en mis relaciones sexuales. He perdido potencia sexual.	0 1 2 3 4
13. Siento la boca seca; me ruborizo y palidezco con facilidad; sudo abundante-mente. Noto que me mareo y que las cosas me dan vueltas; tengo un dolor sordo permanente en la cabeza. Se me ponen los pelos de punta.	0 1 2 3 4
14. Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído, con temblores, con dificultad al respirar, con necesidad de tragar saliva, con sudoración en las manos y con el pulso acelerado al contestar estas preguntas.	0 1 2 3 4

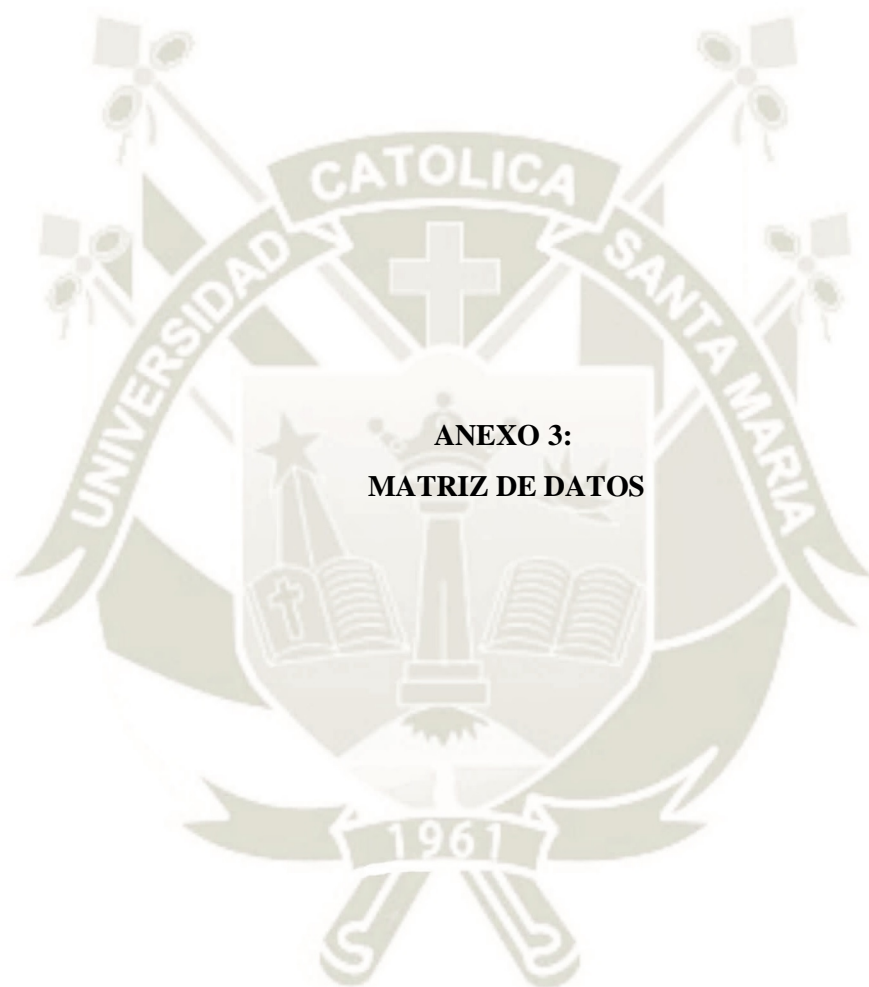
Fuente: Hamilton, (1959)





Título: “FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN AREQUIPA, MAYO 2021”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Pregunta General ¿Cuáles son los factores relacionados a complicaciones del síndrome obstructivo bronquial en pacientes menores de 2 años en el servicio de pediatría del hospital Goyeneche en el año 2019?</p>	<p>Objetivo General Identificar los factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por Covid-19 en Arequipa, mayo 2021</p>	<p>Hipótesis General Dado que durante el embarazo se producen cambios físicos y psicológicos en la mujer necesarios para adaptarse a las nuevas exigencias que implica el desarrollo del nuevo ser, y que asociados a determinados factores, junto con la reciente aparición del COVID-19, su rápida transmisión y las medidas impuestas por el gobierno, pueden producir un desequilibrio emocional con el riesgo de desarrollar estados de ansiedad y miedo, predisponiendo al daño de la salud mental en las gestantes. Es probable que exista una relación entre los niveles de ansiedad y miedo con los factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos en las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19.</p>	<p>Variables Independientes Edad, estado civil, grado de instrucción, situación laboral, ingresos económicos, nacionalidad, apoyo familiar, embarazo no planificado, apoyo de la pareja, violencia doméstica, familiar con COVID-19, paridad, amenaza de aborto, semanas de gestación, comorbilidades. Variables Dependientes Ansiedad y miedo al COVID-19.</p>	<p>Universo: Conformado por todas las gestantes atendidas en los cinco establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Edificadores Misti, registradas desde su primer control prenatal en la plataforma virtual Wawared, siendo un total de 233 gestantes. Tamaño de la Muestra: Corresponde a todas las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, siendo un total de 175 gestantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de investigación Descriptivo • Diseño de investigación Observacional de corte transversal • Nivel de investigación Descriptivo-Analítico 	<p>TÉCNICA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se uso la técnica de la encuesta <p>INSTRUMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos • (ANEXO 1) • Escala de Ansiedad de Hamilton • Escala de Miedo al COVID-19. <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Teléfono celular con aplicativo WhatsApp ○ Plataforma Web WawaRed ○ Encuestas a través de aplicativo Google Forms ○ Material de escritorio ○ Computadora con acceso a Internet ○ Programa Microsoft Excel ○ Programa SPSS para análisis estadístico de los datos obtenidos



ID	Edad	Rango	Estado Civil	Nacionalidad	Grado de instrucción	Ingreso económico	Situación Laboral	Embarazo Planificado	Apoyo Familiar	Apoyo de la pareja	Familiar con COVID-19	Violencia doméstica	Paridad	Amenaza de Aborto	Etapas del Embarazo	Comorbilidades	Miedo al COVID-19	Baremo	Ansiedad	Baremo
1	26	24 a 29	Conviviente	Extranjera	Superior	Lo básico (s/ 930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	Sí	Primí para	No	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	15	Bajo	15	Moderada/grave
2	25	24 a 29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Primí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	7	Bajo	1	Sin ansiedad
3	25	24 a 29	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Primí para	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	7	Bajo	2	Sin ansiedad
4	32	30 a 36	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Secundípara	No	I trimestre (1-13 semanas)	Depresión	23	Medio	11	Leve
5	29	24 a 29	Soltera	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	Sí	Múltiple para	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	19	Medio	6	Leve
6	27	24 a 29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundípara	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	23	Medio	11	Leve
7	31	30 a 36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Con empleo	No	No	Sí	No	No	Secundípara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	Tiroides	28	Alto	16	Moderada/grave
8	23	18 a 23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/ 930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Secundípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	Tiroides	16	Medio	6	Leve
9	30	30 a 36	Soltera	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Con empleo	No	No	Sí	Sí	No	Secundípara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	14	Bajo	20	Moderada/grave
10	19	18 a 23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	No	Primí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	27	Alto	9	Leve
11	34	30 a 36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundípara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	39	Moderada/grave
12	25	24 a 29	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltiple para	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	6	Leve
13	36	30 a 36	Casada	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Primí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	11	Leve
14	34	30 a 36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Con empleo	No	No	No	Sí	No	Secundípara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	Depresión	18	Medio	46	Moderada/grave
15	35	30 a 36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Múltiple para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	20	Medio	4	Sin ansiedad
16	40	37 a 43	Casada	Peruana	Superior	Más de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primí para	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	Depresión	34	Alto	19	Moderada/grave

17	30	30a36	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	Sí	Primí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	14	Bajo	4	Sin ansiedad
18	31	30a36	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	No	No	Sí	Secundí para	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	Depresión	33	Alto	19	Moderada/grave
19	18	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Primí para	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	3	Sin ansiedad
20	26	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Secundí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	Obesidad	18	Medio	2	Sin ansiedad
21	24	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	29	Alto	10	Leve
22	31	36	Casada	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundí para	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	12	Bajo	3	Sin ansiedad
23	28	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Con empleo	No	No	Sí	Sí	No	Secundí para	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	28	Alto	11	Leve
24	24	24a29	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	10	Bajo	3	Sin ansiedad
25	32	30a36	Soltera	Extranjera	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	No	Primí para	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	33	Alto	10	Leve
26	28	24a29	Soltera	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primí para	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	14	Bajo	8	Leve
27	28	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Primí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	11	Leve
28	26	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múlti para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	11	Bajo	14	Leve
29	29	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Secundí para	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	3	Sin ansiedad
30	25	24a29	Conviviente	Extranjera	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Con empleo	No	No	Sí	No	No	Primí para	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	21	Medio	30	Moderada/grave
31	36	30a36	Soltera	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	Sí	No	Secundí para	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	22	Medio	8	Leve
32	24	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	No	No	Primí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	34	Alto	17	Moderada/grave
33	27	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundí para	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	2	Sin ansiedad

34	21	18a23	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Primí para	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	13	Bajo	30	Moderada/grave
35	24	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primí para	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	22	Medio	5	Sin ansiedad
36	29	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundí para	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	7	Leve
37	37	37a43	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Multí para	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	22	Medio	3	Sin ansiedad
38	29	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Más de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Primí para	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	13	Bajo	2	Sin ansiedad
39	36	34a36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Multí para	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	27	Alto	7	Leve
40	36	30a36	Casada	Peruana	Primaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	No	No	Multí para	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	33	Alto	20	Moderada/grave
41	23	18a23	Soltera	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Primí para	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	17	Medio	4	Sin ansiedad
42	29	24a29	Conviviente	Extranjera	Primaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	Sí	No	Primí para	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	Depresión	29	Alto	20	Moderada/grave
43	43	37a43	Casada	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Multí para	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	16	Moderada/grave
44	23	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	Sí	Secundí para	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	10	Bajo	4	Sin ansiedad
45	36	30a36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primí para	No	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	26	Alto	23	Moderada/grave
46	29	24a29	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundí para	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	4	Sin ansiedad
47	29	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	No	No	Multí para	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	27	Alto	33	Moderada/grave
48	23	18a23	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primí para	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	30	Alto	33	Moderada/grave
49	43	37a43	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	Sí	Multí para	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	10	Leve
50	36	30a36	Casada	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Multí para	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	28	Alto	18	Moderada/grave

51	35	30a36	Casada	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	No	No	Múltipara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	25	Alto	34	Moderada/grave
52	23	18a23	Soltera	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Múltipara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	26	Alto	3	Sin ansiedad
53	26	24a29	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Primípara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	26	Alto	4	Sin ansiedad
54	27	24a29	Soltera	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	No	Secundípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	30	Alto	3	Sin ansiedad
55	33	30a36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	Sí	Múltipara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	24	Medio	24	Moderada/grave
56	31	30a36	Conviviente	Extranjera	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	30	Alto	4	Sin ansiedad
57	24	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Secundípara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	21	Medio	14	Leve
58	28	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múltipara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	Obesidad	28	Alto	23	Moderada/grave
59	24	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	7	Leve
60	25	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Primípara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	26	Alto	5	Sin ansiedad
61	28	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Múltipara	Sí	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	5	Sin ansiedad
62	31	30a36	Soltera	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	Sí	No	No	No	Primípara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	10	Leve
63	29	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Secundípara	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	2	Sin ansiedad
64	23	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Primípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	31	Alto	3	Sin ansiedad
65	20	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Primípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	16	Medio	4	Sin ansiedad
66	28	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	20	Medio	4	Sin ansiedad
67	27	24a29	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	22	Medio	4	Sin ansiedad

68	39	37a43	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	23	Medio	8	Leve
69	23	18a23	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Primaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	16	Medio	2	Sin ansiedad
70	29	24a29	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	21	Medio	3	Sin ansiedad
71	30	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	21	Medio	6	Leve
72	23	18a23	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primaria	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	21	Medio	13	Leve
73	36	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Primaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	11	Bajo	1	Sin ansiedad
74	29	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Múltiple	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	10	Leve
75	43	37a43	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Múltiple	No	III trimestre (28-40 semanas)	Obesidad	14	Bajo	4	Sin ansiedad
76	36	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Múltiple	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	20	Medio	2	Sin ansiedad
77	36	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Múltiple	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	9	Bajo	6	Leve
78	36	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Múltiple	Sí	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	33	Alto	19	Moderada/grave
79	23	18a23	Soltera	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Primaria	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	6	Leve
80	23	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múltiple	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	27	Alto	6	Leve
81	29	24a29	Soltera	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	No	No	No	Múltiple	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	12	Bajo	9	Leve
82	29	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltiple	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	35	Alto	43	Moderada/grave
83	36	30a36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Múltiple	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	16	Medio	7	Leve
84	23	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múltiple	No	I trimestre (1-13 semanas)	Obesidad	25	Alto	55	Moderada/grave

85	28	24a29	Soltera	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	No	Sí	No	No	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	21	Medio	4	Sin ansiedad
86	37	37a43	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	25	Alto	5	Sin ansiedad
87	26	24a29	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	III trimestre (28-40 semanas)	Depresión	28	Alto	19	Moderada/grave
88	32	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	19	Medio	5	Sin ansiedad
89	32	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	4	Sin ansiedad
90	26	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	23	Medio	10	Leve
91	28	24a29	Casada	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Primípara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	17	Medio	2	Sin ansiedad
92	29	24a29	Casada	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Secundaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	2	Sin ansiedad
93	33	30a36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Múltipara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	30	Alto	46	Moderada/grave
94	31	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	31	Alto	5	Sin ansiedad
95	26	24a29	Soltera	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Primípara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	32	Alto	18	Moderada/grave
96	24	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	29	Alto	23	Moderada/grave
97	28	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Secundaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	33	Alto	9	Leve
98	35	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Más de lo básico (más de s/930 soles)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	25	Alto	19	Moderada/grave
99	29	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Secundaria	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	13	Bajo	15	Moderada/grave
100	25	24a29	Conviviente	Extranjera	Primaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Primípara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	31	Alto	20	Moderada/grave
101	20	18a23	Casada	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	HTA	31	Alto	20	Moderada/grave

102	30	30a36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Múltipara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	20	Medio	20	Moderada/grave
103	302	30a36	Casada	Extranjera	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Secundípara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	27	Alto	15	Moderada/grave
104	27	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	No	Sí	Sí	No	No	Primípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	Depresión	16	Medio	7	Leve
105	24	24a29	Soltera	Extranjera	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	31	Alto	7	Leve
106	21	18a23	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	No	Sí	No	Múltipara	Sí	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	29	Alto	43	Moderada/grave
107	29	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	29	Alto	7	Leve
108	21	18a23	Conviviente	Extranjera	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	No	No	Primípara	No	I trimestre (1-13 semanas)	Asma	20	Medio	4	Sin ansiedad
109	24	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Secundípara	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	19	Medio	4	Sin ansiedad
110	25	24a29	Soltera	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Primípara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	19	Medio	50	Moderada/grave
111	25	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múltipara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	29	Alto	14	Leve
112	35	30a36	Casada	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Múltipara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	11	Bajo	4	Sin ansiedad
113	29	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	35	Alto	50	Moderada/grave
114	26	24a29	Conviviente	Extranjera	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	Sí	Primípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	15	Bajo	15	Moderada/grave
115	25	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Primípara	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	7	Bajo	1	Sin ansiedad
116	25	24a29	Casada	Extranjera	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Primípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	7	Bajo	2	Sin ansiedad
117	32	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Secundípara	No	I trimestre (1-13 semanas)	Depresión	23	Medio	11	Leve
118	29	24a29	Soltera	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	Sí	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	19	Medio	6	Leve

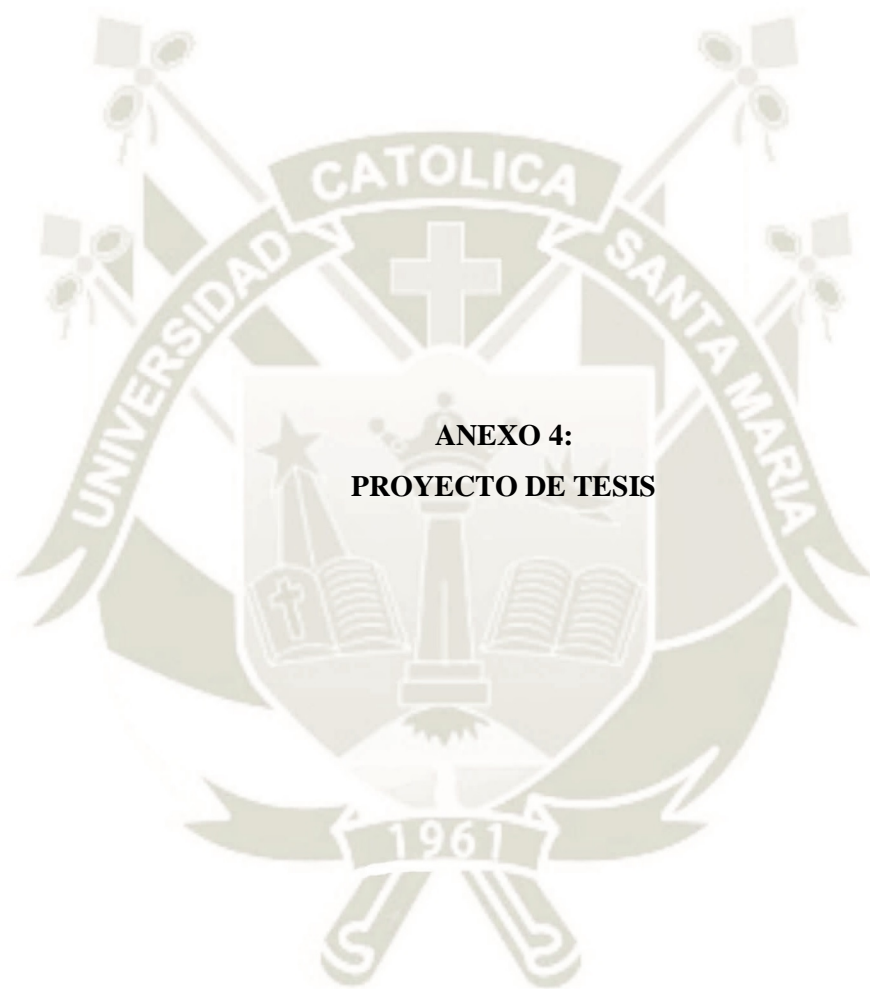
119	27	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	23	Medio	11	Leve
120	31	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	No	No	Sí	Sí	No	Secundaria	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	Tiroides	28	Alto	16	Moderada/grave
121	23	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Secundaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	Tiroides	16	Medio	6	Leve
122	30	30a36	Soltera	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	No	No	Sí	Sí	No	Secundaria	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	14	Bajo	20	Moderada/grave
123	18	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	No	Primaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	27	Alto	9	Leve
124	34	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	39	Moderada/grave
125	24	24a29	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltiple	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	6	Leve
126	30	30a36	Casada	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Primaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	11	Leve
127	34	30a36	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	No	No	No	Sí	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	Depresión	18	Medio	46	Moderada/grave
128	35	30a36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Múltiple	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	20	Medio	4	Sin ansiedad
129	40	37a43	Casada	Peruana	Superior	Más de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primaria	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	Depresión	34	Alto	19	Moderada/grave
130	30	30a36	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	Sí	Sí	Primaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	14	Bajo	4	Sin ansiedad
131	31	30a36	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Secundaria	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	Depresión	33	Alto	19	Moderada/grave
132	18	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Primaria	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	3	Sin ansiedad
133	24	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	Obesidad	18	Medio	2	Sin ansiedad
134	24	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	29	Alto	10	Leve
135	31	30a36	Casada	Peruana	Superior	Más de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	12	Bajo	3	Sin ansiedad

136	28	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Con empleo	No	No	Sí	Sí	No	Secundaria	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	28	Alto	11	Leve
137	24	24a29	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundaria	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	10	Bajo	3	Sin ansiedad
138	32	30a36	Soltera	Extranjera	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	No	Primaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	33	Alto	10	Leve
139	28	24a29	Soltera	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primaria	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	14	Bajo	8	Leve
140	28	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Primaria	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	11	Leve
141	26	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múltiple	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	11	Bajo	14	Leve
142	29	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	3	Sin ansiedad
143	25	24a29	Conviviente	Extranjera	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Con empleo	No	No	Sí	No	No	Primaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	21	Medio	30	Moderada/grave
144	36	30a36	Soltera	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	Sí	No	Secundaria	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	22	Medio	8	Leve
145	24	24a29	Conviviente	Extranjera	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Primaria	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	34	Alto	17	Moderada/grave
146	27	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundaria	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	2	Sin ansiedad
147	18	18a23	Casada	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Primaria	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	13	Bajo	30	Moderada/grave
148	24	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primaria	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	22	Medio	5	Sin ansiedad
149	29	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Secundaria	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	7	Leve
150	37	37a43	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/ 930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Múltiple	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	22	Medio	3	Sin ansiedad
151	29	24a29	Conviviente	Peruana	Superior	Mas de lo básico (más de s/930 soles)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Primaria	No	III trimestre (28- 40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	13	Bajo	2	Sin ansiedad
152	34	30a36	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Múltiple	Sí	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	27	Alto	7	Leve

153	33	30a36	Casada	Extrañera	Primaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	33	Alto	20	Moderada/grave
154	23	18a23	Soltera	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Primípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	17	Medio	4	Sin ansiedad
155	28	24a29	Conviviente	Extrañera	Primaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	Sí	No	Primípara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	Depresión	29	Alto	20	Moderada/grave
156	43	37a43	Casada	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Múltipara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	16	Moderada/grave
157	23	18a23	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	Sí	Secundípara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	10	Bajo	4	Sin ansiedad
158	34	30a36	Conviviente	Extrañera	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	26	Alto	23	Moderada/grave
159	26	24a29	Soltera	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Secundípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	4	Sin ansiedad
160	24	24a29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	No	No	Múltipara	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	27	Alto	33	Moderada/grave
161	19	18a23	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Primípara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	30	Alto	33	Moderada/grave
162	37	37a43	Conviviente	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	Sí	Múltipara	No	I trimestre (1-13 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	10	Leve
163	32	30a36	Casada	Extrañera	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múltipara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	28	Alto	18	Moderada/grave
164	35	30a36	Casada	Peruana	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	25	Alto	34	Moderada/grave
165	23	18a23	Soltera	Extrañera	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Múltipara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	26	Alto	3	Sin ansiedad
166	26	24a29	Soltera	Extrañera	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	Sí	No	Primípara	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	26	Alto	4	Sin ansiedad
167	27	24a29	Soltera	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	No	Secundípara	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	30	Alto	3	Sin ansiedad
168	33	30a36	Conviviente	Extrañera	Secundaria	Menos de lo básico (menos de s/930)	Sin empleo	No	No	No	No	Sí	Múltipara	Sí	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	24	Medio	24	Moderada/grave
169	31	30a36	Conviviente	Extrañera	Superior	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	No	Sí	Sí	No	Múltipara	No	II trimestre (14-27 semanas)	Obesidad	30	Alto	4	Sin ansiedad

170	24	29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	Sí	Sí	No	No	Secundaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	21	Medio	14	Leve
171	28	29	Conviviente	Peruana	Superior	Menos de lo básico (menos de s/930)	Con empleo	No	Sí	Sí	Sí	No	Múltiple	No	III trimestre (28-40 semanas)	Obesidad	28	Alto	23	Moderada/grave
172	24	29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Múltiple	No	II trimestre (14-27 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	15	Bajo	7	Leve
173	25	29	Conviviente	Peruana	Superior	Lo básico (s/930)	Sin empleo	No	No	Sí	No	No	Primaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	26	Alto	5	Sin ansiedad
174	28	29	Conviviente	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Sin empleo	Sí	Sí	Sí	No	No	Múltiple	Sí	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	18	Medio	5	Sin ansiedad
175	31	36	Soltera	Peruana	Secundaria	Lo básico (s/930)	Con empleo	Sí	Sí	No	No	No	Primaria	No	III trimestre (28-40 semanas)	No sufro de ninguna enfermedad	24	Medio	10	Leve





Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**FACTORES ASOCIADOS AL NIVEL DE ANSIEDAD Y MIEDO EN GESTANTES
DE LA MICRO RED EDIFICADORES MISTI DURANTE LA PANDEMIA POR
COVID-19 EN AREQUIPA, MAYO 2021**

Proyecto de tesis presentado por las

Bachilleres:

Guzmán de la Torre, Melannie del Rosario

Vásquez Laime, Alejandra Mariapia

Para optar el Título Profesional de:

Médico-Cirujana

Asesor:

Dra. Llaza Loayza, Elisa Gloria

Arequipa – Perú

2021

1. PREÁMBULO

Actualmente nos encontramos frente a una pandemia provocada por el virus Sars-CoV-2, que genera la enfermedad COVID-19, que, con su reciente aparición, su clínica heterogénea, su alta contagiosidad, y la falta de un tratamiento específico, ha obligado a muchas naciones implementar medidas de control, aislando físicamente a familias, amigos y comunidades; junto con la incertidumbre económica ha generado miedo, angustia y deterioro de la salud mental en nuestra sociedad. Se ha demostrado en trabajos previos que los brotes de enfermedades infecciosas aumentan los síntomas de depresión y ansiedad, especialmente en mujeres, siendo las gestantes uno de los grupos más susceptibles (1).

La ansiedad y el miedo son experiencias comunes en cada persona. Aparecen en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Generalmente son emociones transitorias y percibidas como nerviosismo y desasosiego; ocasionalmente como terror y pánico. Si estas se hacen constantes, aumentan de intensidad y se vuelven desproporcionadas a los estímulos que las causan, generando conductas evitativas o de retraimiento, se las incluye dentro de los trastornos mentales (2).

La gestación es un evento vulnerable en la mujer, este estado, está sujeto a cambios emocionales. Por tal motivo muchas mujeres son propensas a diferentes cambios de humor, fatiga, trastornos emocionales y de ansiedad. Varios estudios han demostrado como los niveles de ansiedad en el embarazo han incrementado debido al miedo percibido hacia la pandemia provocada por el COVID-19, por tal motivo muchas no continúan un seguimiento oportuno de su embarazo, produciendo un ausentismo en los centros de salud de atención primaria que cuenta con personal de salud capacitado. Es muy común durante este periodo encontrarse pensamientos relacionados con el miedo al parto, miedo a que él bebe porte una minusvalía y una constante preocupación por su apariencia física (3).

Cabe destacar que la ansiedad y el miedo en las gestantes puede estar influenciada a factores psicosociales y sociodemográficos, tales como: el grado de instrucción, los ingresos económicos, la situación laboral, el apoyo familiar y de la pareja; sumado a una carga añadida como los cuidados de familiares de edad o como la preocupación de un familiar infectado por COVID-19 (4). Es importante considerar los antecedentes patológicos, como las enfermedades crónicas, entre ellas la diabetes mellitus,

hipertensión arterial o incluso un trastorno psiquiátrico como la depresión. Los antecedentes obstétricos cobran gran relevancia, una mujer embarazada con abortos previos, o que la actual gestación no haya sido un embarazo planificado, origina una susceptibilidad de la madre hacia la ansiedad.

Identificar la ansiedad y el miedo durante el embarazo es de vital importancia; esta predispone a numerosas complicaciones tanto para la madre como para el feto, como amenaza de aborto, alteración en el desarrollo fetal, partos pretérminos, bajo peso del recién nacido y Apgar bajo al nacer. Estas variaciones a largo plazo están asociadas a alteraciones del comportamiento y del desarrollo cognitivo, riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en los infantes y adolescentes; es importante que el personal de salud identifique los problemas mencionados, para un diagnóstico y tratamiento oportuno, en vías de mejorar la calidad de vida de la madre e hijo (5).

También es importante buscar factores de resiliencia potenciales que pueden ayudar a proteger contra el estrés prenatal alto, como el apoyo familiar y social, u otras actividades saludables como realizar actividad física, mitigando así los síntomas de ansiedad.

2. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

2.1. Problema de Investigación

2.1.1. Enunciado del problema

¿Cuáles son los factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?

2.1.2. Descripción del problema

2.1.2.1. Área del conocimiento

Área general: Ciencias de la Salud

Área Específica: Medicina Humana

Especialidad: Psiquiatría

Línea: Ansiedad

2.1.3. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLES	INDICADOR	UNIDAD/ CATEGORIA	ESCALA
VARIABLES INDEPENDIENTES			
Factores sociodemográficos	Edad	Años	Cuantitativa
	Estado Civil	Soltero	Cualitativa
		Conviviente	Cualitativa
		Casado	Cualitativa
		Viudo/Divorciado	Cualitativa
	Grado de Instrucción	Sin instrucción	Cualitativa
		Primaria	Cualitativa
		Secundaria	Cualitativa
		Superior	Cualitativa
	Situación Laboral	Sin empleo	Cualitativa
		Con empleo	Cualitativa
	Ingresos económicos	Mas de lo básico	Cualitativa
		Lo básico	Cualitativa
		Menos de lo básico	Cualitativa
Nacionalidad	Peruana	Cualitativa	
	Extranjero	Cualitativa	
Factores psicosociales	Apoyo familiar	SI/NO	Cualitativa
	Embarazo no planificado	SI/NO	Cualitativa
	Apoyo de la pareja	SI/NO	Cualitativa
	Violencia domestica	SI/NO	Cualitativa
	Familiar con COVID-19	SI/NO	Cualitativa
Factores clínicos	Paridad	Primípara	Cualitativa
		Secundípara	
		Multípara	

	Amenaza de aborto en gestación actual	SI/NO	Cualitativa
	Etapas del embarazo	I trimestre	Cualitativa
		II trimestre	Cualitativa
		III trimestre	Cualitativa
	Comorbilidades	Obesidad	Cualitativa
		Diabetes Mellitus	Cualitativa
		HTA	Cualitativa
		Depresión	Cualitativa
		Otros (especifique)	Cualitativa
	VARIABLES DEPENDIENTES		
Ansiedad	Escala de Ansiedad de Hamilton	Nunca	Cualitativa
		Algunas veces	Cualitativa
		Bastante	Cualitativa
		Casi siempre	Cualitativa
		Siempre	Cualitativa
Miedo al COVID-19	Escala de Miedo al COVID-19	Totalmente en desacuerdo	Cualitativa
		En desacuerdo	Cualitativa
		Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Cualitativa
		De acuerdo	Cualitativa
		Totalmente de acuerdo	Cualitativa

2.2. Interrogantes básicas

- g) ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?
- h) ¿Cuáles son los niveles de miedo al COVID-19 percibidos por las gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?

- i) ¿Existe asociación entre los niveles de ansiedad y niveles de miedo en las gestantes Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?
- j) ¿Qué factores sociodemográficos están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?
- k) ¿Qué factores psicosociales están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?
- l) ¿Qué factores clínicos están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021?

2.2.1. Tipo de investigación

El presente trabajo se trata de un estudio de campo.

2.2.2. Diseño de investigación

Correlacional de corte transversal.

2.2.3. Nivel de investigación

Descriptivo-Analítico.

2.3. Justificación del problema:Justificación científica:

Actualmente en el Perú se cuenta con pocos trabajos de investigación orientados a la salud mental de la gestante y el efecto psicológico que ha producido la pandemia por COVID-19 en esta pequeña población. Es importante ver la relación de ansiedad a causa del confinamiento en el que han estado sometidas, ya que está interfiriendo con el normal funcionamiento psicológico y social del binomio madre-niño; por tales razones el presente trabajo de investigación pretende dar a conocer estos factores.

2.3.2. Justificación social:

Al identificar qué factores están asociados a la ansiedad y el miedo en las gestantes durante la pandemia por COVID-19, se puede implementar medidas para su prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno, y así evitar

complicaciones que lleguen a afectar la calidad de vida de la madre y el desarrollo del feto.

2.3.3. Factibilidad:

La realización del siguiente trabajo de investigación es factible, ya que se cuenta con una muestra adecuada de gestantes atendidas en la Micro Red Edificadores Misti, además de que se realizara la medición de ansiedad y miedo al COVID-19 con escalas validadas tanto a nivel nacional e internacional.

2.3.4. Justificación personal:

Las gestantes con las que hemos tenido contacto a través de nuestras practicas hospitalarias en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19 a lo largo de este último año, nos ha permitido observar que existe un grupo de pacientes que presenta síntomas y signos de ansiedad, muchas de ellas justifican que es a causa del miedo a contraer la enfermedad COVID-19, es por eso que a través de este trabajo deseamos reconocer el perfil de la gestante con mayor riesgo de desarrollar un nivel alto de ansiedad y miedo, marcando un precedente y así poder llamar la atención de las autoridades para poder implementar a futuro, actividades promocionales y preventivas para detectarlas y poder brindar un diagnóstico y tratamiento oportuno, mejorando la calidad de vida de la gestante y el futuro ser.

2.4. MARCO CONCEPTUAL

2.4.1. EMOCIONES

Se define a las emociones como modelos propios de la conducta expresiva que surge como mecanismo adaptativo fisiológico frente a situaciones consideradas peligrosas, amenazantes, excitantes o novedosas, que a su vez vienen condicionadas por la cultura y experiencias del individuo, con consecuencias favorables o desfavorables.

Las emociones son importantes debido a que anticipan al individuo y lo preparan frente a las exigencias del medio externo sirviendo como medidas adaptativas para su supervivencia. Las emociones básicas las podemos dividir entre aquellas positivas como la alegría o negativas como el miedo, la ansiedad, la ira. Si alguna de estas emociones aumenta en frecuencia, a lo largo del tiempo y afecta la calidad de vida del individuo, se convierte en patológica con el riesgo inminente

de desarrollar un trastorno psiquiátrico, en el caso del miedo y la ansiedad, su expresión patológica corresponda a los Trastornos de Ansiedad, con gran morbilidad en aquellos que la sufren (6).

2.4.2. ANSIEDAD

2.4.2.1. DEFINICIÓN

Definición de ansiedad: según la DMS V “Es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura”. “La ansiedad es un estado emocional estresante y displacentero que provoca un sentimiento de nerviosismo y desasosiego, y sus causas no están claras. La ansiedad está menos vinculada al momento exacto en el que se produce la amenaza y puede ser anticipatoria, antes de la amenaza, persistir cuando ya ha pasado u ocurrir sin una amenaza identificable. A menudo, la ansiedad se acompaña de cambios físicos y conductuales similares a los que provoca el miedo” (7).

2.4.2.2. EPIDEMIOLOGÍA

Las estimaciones de prevalencia a nivel mundial sobre la ansiedad basado en estudios a gran escala a nivel mundial son entre el 10% y el 14%, que cumplen con los criterios del DMS-V para el trastorno de ansiedad, evidenciándose una tasa alta entre 18 y 25 años. Los trastornos de ansiedad posiblemente pueden predecir relaciones inestables y consecuencias negativas en el trabajo (8).

En el caso del Perú, según los estudios epidemiológicos de Salud Mental del año 2018, se observó que las enfermedades psiquiátricas representan un 17,5% del total de carga de enfermedad, produciendo una gran pérdida de años de vida saludable. Además, el 20,7% de los ciudadanos mayores de 12 años padece algún tipo de trastorno mental, siendo los principales: depresión, trastornos de ansiedad, consumo de sustancias, dependencia de alcohol. También se observó que las poblaciones urbanas en las ciudades de Ayacucho, Puerto Maldonado, Iquitos, Tumbes, Puno y Pucallpa son las que presentan prevalencias muy elevadas; a diferencia de las poblaciones rurales cuya prevalencia es del 10,4%, reflejándose una mayor parte en la región rural de Lima. En el caso de Arequipa la prevalencia trastornos mentales es del 18.8%. En el contexto de la pandemia por COVID-19, se aperturó una línea

telefónica para realizar consultas y apoyo en lo referente a salud mental, donde se obtuvo que un 12.68% de las consultas fueron por síntomas ansiosos/depresivos, frente a un 82.35% de las consultas que fueron por síntomas de estrés (9).

2.4.2.3. ETIOLOGÍA

Antiguamente se creía erróneamente que los trastornos de ansiedad eran relacionados con problemas psíquicos, sin embargo, se sabe que participan factores biológicos, psicodinámicos, sociales, traumáticos y sobre todo de aprendizaje. Cabe destacar que muchos de estos trastornos están influenciados genéticamente, además de experiencias vividas y conductas aprendidas. Dentro de la predisposición genética, se evidencia una vulnerabilidad biológica y con mayor contundencia se da en los trastornos de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y fobia social. Dentro de los factores psicosociales, cumplen un papel importante en las dificultades académicas y laborales, necesidades económicas y sociales y finalmente relaciones interpersonales. Las experiencias vividas como sucesos traumáticos que involucren accidentes, desastres, asaltos, inducen un trastorno biológico cerebral que se asocia a síntomas graves de ansiedad. La ansiedad genera una señal de alarma provocando que el “yo” adopte medidas defensivas, si esta tiene éxito, desaparece; pero si se contiene, pueden presentar síntomas de fobia, disociación y obsesivos compulsivos. Se ha demostrado que patrones cognitivos distorsionados desencadenan un comportamiento desadaptado y trastornos emocionales. Es importante mencionar que se pueden aprender o imitar respuestas o conductas ansiosas de los demás, como de nuestros progenitores, que a futuro desencadenan episodios parecidos a los aprendidos. En este contexto es particularmente relevante la asociación entre estrés como estado psicobiológico del organismo ante la presencia de eventos amenazantes o demandantes, que modifica de manera definida el estado inmunológico, y la proclividad a diversos padecimientos, y más aún cuando se trata de estados de estrés repetidos o crónicos. Se ha establecido que características personales como el optimismo, autoeficacia, resiliencia, autoestima, bienestar, se constituyen en factores generales o específicos protectores de algunos problemas y enfermedades (10).

2.4.2.4. FACTORES DE RIESGO

Se entiende como factor de riesgo, toda forma específica de hacer o desarrollarse en la vida o una característica ambiental o personal de vincularse con ella, por lo que su manejo y sobre todo su prevención son importantes, dentro de ellos tenemos:

- Género femenino
- Edad más joven (25 a 34 años)
- Nivel de educación más bajo
- Viviendo solo
- Desempleo
- Historia psiquiátrica de los padres
- Trauma infantil (11).

2.4.2.5. FISIOPATOLOGÍA

Hay una alta tasa de probabilidad de heredabilidad de estos trastornos, debido a ello se requiere un registro de los antecedentes familiares, para determinar si hay una posible agregación familiar al realizar el diagnóstico.

El sistema neuronal tiene un sinnúmero de funciones, responsable de preservar la vida ante diferentes situaciones adversas que acontecen el día a día, como situaciones de lucha, huida, alimentación, y actividad sexual, vinculadas a emociones. La localización de las emociones estaría en el sistema límbico, comprendida por varias estructuras como la amígdala, el hipotálamo, y el hipocampo. Para el correcto funcionamiento de estas estructuras están implicados tres neurotransmisores en el mecanismo de la ansiedad: la noradrenalina, la serotonina, y el ácido gamma- aminobutírico.

La noradrenalina es una sustancia que actúa como neurotransmisor, simulando el sistema nervioso simpático; sus cuerpos neuronales están ubicados en locus ceruleus, una estimulación de esta produce una respuesta de miedo y su ablación inhibe esta respuesta (12).

La serotonina es un neurotransmisor muy importante en la fisiopatología de los trastornos de la ansiedad. Se encarga de regular el bienestar y la estabilidad psicológica, sin embargo, unos niveles elevados de esta sustancia, está asociada a trastornos de ansiedad social o fobia, pero una serotonina

extremadamente baja, produce un trastorno de ansiedad generalizada, llegando a la conclusión que un desequilibrio de esta sustancia produce estados mentales de agitación y nerviosismo, ya sea por exceso o carencia. El GABA (el ácido gamma-aminobutírico) es el neurotransmisor inhibitorio más importante en el SNC. El GABA controla el estado de excitabilidad en todas las áreas del cerebro (13).

2.4.2.6. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Dentro de las manifestaciones clínicas de la ansiedad tenemos las siguientes:

Síntomas emocionales de ansiedad:

- Preocupación excesiva
- Hiperactividad autónoma
- Respuesta de sobresalto exagerada
- Irritabilidad
- Anticipar lo peor
- Centrarse en los problemas
- Problemas de concentración

Síntomas físicos de ansiedad:

- Palpitaciones
- Sudoración
- Dolor estomacal o mareos
- Aumento de la diuresis
- Diarrea
- Sensación de falta de aire
- Temblor de manos
- Tensión muscular
- Cefaleas
- Fatiga
- Insomnio (14,15).

2.4.2.7. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad implica que el profesional de la salud reconozca que estos problemas son muy frecuentes. Y deben reconocerse sobre todo en atención primaria; los pacientes con ansiedad somatizan y acuden al consultorio con síntomas como dolor de espalda, de cabeza, abdominal, dificultad para conciliar el sueño, preocupación excesiva (16).

Para realizar un buen diagnóstico es fundamental seguir una secuencia de pasos tales como: escuchar (concediéndole al paciente expresar los síntomas que presenta), preguntar (permitiendo al examinador obtener más información), evaluar (examinar la forma en la que se expresa, como se comporta, su nerviosismo), explorar (realizar un examen físico buscando alguna enfermedad coexistente), informar (explicar y aclarar la enfermedad que presenta) y concluir. Dentro de los criterios diagnósticos de la DMS-V, tenemos los siguientes:

A. Ansiedad y preocupación excesivas, que ocurren más días de los que no lo hacen durante al menos seis meses, acerca de una serie de eventos o actividades (como el trabajo o el desempeño escolar).

B. Al individuo le resulta difícil controlar la preocupación.

C. La ansiedad y la preocupación están asociadas con tres (o más) de los siguientes seis síntomas (con al menos algunos síntomas que han estado presentes durante más días que no durante los últimos seis meses):

1. Inquietud o sensación de excitación o nerviosismo
2. Se fatiga con facilidad
3. Dificultad para concentrarse o la mente en blanco
4. Irritabilidad
5. Tensión muscular
6. Alteración del sueño (dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, o sueño inquieto o insatisfactorio)

D. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan angustia o deterioro clínicamente significativo en áreas sociales, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.

E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga de abuso, un medicamento) u otra condición médica (por ejemplo, hipertiroidismo).

F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (16).

2.4.2.8. MIEDO

2.4.2.8.1. DEFINICIÓN

El miedo es una emoción negativa, fisiológica y conductual transitoria, frente a aquello considerado como amenaza o peligro inminente para el sujeto, que lo alerta e induce una respuesta específica hacia el objeto o situación, produciendo una conducta evitativa, huida o agresión hacia el estímulo (17,18).

El miedo a diferencia de la ansiedad es de duración breve, el peligro es identificable y este disminuye cuando se aleja el peligro. La ansiedad es persistente, prolongada y el peligro es desconocido (19).

2.4.2.8.2. ETIOLOGÍA

En cuanto a la etiología del miedo, existen muchas teorías, una de las más aceptadas es el condicionamiento del miedo según la teoría conductista de Pavlov, conocido como miedo pavloviano. Este se basa en dos estímulos, uno es el estímulo neutro o también llamado estímulo condicionado (ejem. la luz o un tono), y el otro un estímulo aversivo o dañino llamado estímulo incondicionado (ejem. una descarga eléctrica), que asociados generan que el estímulo neutro, adquiera propiedades aversivas, provocando una respuesta conductual típica. Este tipo de respuestas genera cambios fisiológicos que son regulados por el sistema nervioso y que está basado en un aprendizaje asociativo (20).

2.4.2.8.3. FISIOPATOLOGÍA

Son múltiples las estructuras cerebrales que participan en la percepción del miedo, en ellas tenemos tanto a la corteza cerebral, como aquellas

estructuras subcorticales: la amígdala, el sistema mesolímbico y el hipotálamo principalmente (21). El circuito implicado en el condicionamiento del miedo inicia en el núcleo lateral de la amígdala, en el cual tanto el estímulo neutro como el estímulo aversivo, son recibidos por la amígdala de manera independiente activando débilmente las neuronas, sin embargo, cuando estos dos estímulos se asocian, la activación del núcleo lateral aumenta (22).

La amígdala, contienen densas concentraciones de receptores de serotonina, neurotransmisor importante en la generación del condicionamiento del miedo. El sistema de serotonina es bastante complejo, teniendo efectos diferenciales bajo diferentes conductas que ejerce el ser humano y a la región del cerebro que se dirija. Los cuerpos celulares de la serotonina se encuentran en los núcleos del rafe medio del cerebro, enviando proyecciones por todo el cerebro. Este sistema de serotonina está conformado por diferentes receptores distribuidos en diferentes partes del cerebro, entre los receptores más importantes tenemos el receptor 5-HT_{2A}, capaz de modular el aprendizaje, mejorando una respuesta adecuada frente al miedo (23).

Entonces la amígdala es la estructura que percibe el miedo, mientras que la corteza cerebral relaciona esta emoción como algo negativo; y este miedo queda en la memoria del individuo gracias a la amígdala e hipocampo que reúnen la información de las experiencias vinculadas al evento que genero miedo, al final todas estas regiones se vinculan y transmiten a la corteza cingulada media anterior que da las instrucciones finales que influirán en acciones posteriores.

Como se vio anteriormente, el miedo y la ansiedad son emociones fisiológicas, transitorias y comunes a todo ser humano, que permite su adaptación y desarrollo neurocognitivo, se sabe que cuando estas son desproporcionadas a su estímulo y persisten en el tiempo tiene gran riesgo de transformarse en Trastornos de ansiedad, cuya principal característica en todos ellos es la generalización excesiva del miedo, esto produce que el individuo anticipe el peligro muchas veces sin estímulo, lo que crea un estado de hipervigilancia, afectando las áreas anteriormente relacionadas

produciendo un desequilibrio que afectara el rendimiento cognitivo del individuo (24).

2.4.2.8.4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El miedo corresponde pues a un mecanismo básico de defensa, que pone en marcha diferentes manifestaciones tanto cognitivas como físicas:

○ Manifestaciones cognitivas:

- Preocupación
- Pensamientos sobre una amenaza concreta
- Deseos de huir, aislarse o luchar

○ Manifestaciones físicas:

Se muestran como una descarga simpaticomimética que preparan al individuo para la eventual respuesta hacia el estímulo:

- Taquicardia
- Aumento de la ventilación
- Pilo erección
- Sudoración
- Mucosas secas (25).

2.4.3. COVID-19

2.4.3.1. DEFINICIÓN

La organización mundial de la Salud en febrero del 2020 designa el COVID-19 (enfermedad por coronavirus 2019), es causada por el virus SARS-COV-2 (síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2), extendiéndose rápidamente por todo el mundo. El COVID-19 es un beta coronavirus ARN de cadena positiva del subgrupo de coronavirus causantes del síndrome respiratorio agudo severo (SARS). La similitud de la secuencia de ARN es similar al del coronavirus del murciélago, por tal motivo se propone que sea la fuente principal (26).

2.4.3.2. EPIDEMIOLOGÍA Y TRANSMISIÓN

El brote ocurrido en la ciudad de Wuhan en diciembre del 2019 tuvo su origen en un mercado de mariscos, se relaciona a una zoonosis, siendo probablemente el coronavirus del murciélago sea el causante, aunque aún no está determinado de manera definitiva el huésped original de este virus.

El SARS-COV-2 tiene características epidemiológicas evidentes como lo son su alta contagiosidad por su transmisión directa de persona a persona a través de partículas respiratorias, su rápida colonización de la vía área superior e infectividad, su periodo de incubación y periodo de diseminación extensos, todo esto sumado a la globalización en la cual actualmente vivimos, hizo posible que el virus se diseminara rápidamente y llegara a muchos países del mundo. Actualmente el número de países afectados es de 192 con más de tres millones de víctimas mortales y más de 151 millones de casos confirmados de COVID-19 a nivel mundial hasta el momento (27). En cuanto al Perú, a través de la sala situacional otorgada por el MINSA contamos con más de 1.5 millones de casos de COVID-19 confirmados y más de 61 mil casos mortales. En el caso de Arequipa, actualmente contamos con más de 72 mil casos confirmados de COVID-19 y más de dos mil fallecidos hasta la fecha (28).

En cuanto a la vía de transmisión del virus esta es principalmente a través de partículas respiratorias, que se transmiten de persona a persona por contacto estrecho menor a 2 metros, otra vía de contagio alterna es a través de inhalación de partículas que permanecen en el aire sobre todo en espacios cerrados y con mala ventilación; incluir además la probable transmisión a través de fómites y objetos inanimados. El virus también ha sido aislado en heces, orina, sangre, saliva, semen, leche materna, pero aun es incierto el rol de estos en la transmisión del virus. No se ha podido demostrar el riesgo de transmisión vertical, ni tampoco en epidemias previas. No hay presencia de SARS-COV-2 en leche materna en mujeres infectadas, muchas sociedades están a favor de la lactancia materna (29).

Acerca del periodo de contagio se sabe que una persona sintomática puede transmitir el virus dos días antes del inicio de los síntomas, siendo el riesgo de transmisión alto durante los primeros días del inicio de la enfermedad y luego va disminuyendo hasta aproximadamente 7-10 días del inicio de los

síntomas. En caso estemos frente a un caso de COVID-19 grave, el periodo de contagio se extiende hasta aproximadamente los 21 días desde el inicio de los síntomas (26).

2.4.3.3. CLASIFICACIÓN:

Según el Instituto nacional de la Salud, ha categorizado los grados de gravedad de la enfermedad, de la siguiente forma:

- **Infección asintomática o presintomática:** prueba positiva para SARS-CoV-2 pero sin síntomas.
- **Enfermedad leve:** cualquier signo y síntoma sin dificultad para respirar, disnea o imágenes anormales del tórax.
- **Enfermedad moderada:** evidencia de enfermedad de las vías respiratorias inferiores mediante evaluación clínica o imágenes y una saturación de oxígeno (Sat pO₂) ≥ 94 por ciento en el aire ambiente al nivel del mar.
- **Enfermedad grave:** frecuencia respiratoria > 30 respiraciones por minuto, SaO₂ < 94 por ciento en el aire ambiente al nivel del mar, relación entre la presión parcial arterial de oxígeno y la fracción de oxígeno inspirado (PaO₂ / FiO₂) < 300 , o infiltrados pulmonares > 50 por ciento.
- **Enfermedad crítica:** insuficiencia respiratoria, shock séptico y / o disfunción multiorgánica (30,31).

2.4.3.4. DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico inicial se caracteriza por ser un proceso respiratorio viral alto, caracterizado por presentar fiebre y síntomas concomitantes como tos, rinorrea, mialgias, dolor de garganta, alteración en el olfato o gusto, entre otros; si la infección no es controlada o existe una desregulación de la respuesta del sistema inmune se puede desarrollar la manifestación más grave de esta enfermedad que es la neumonía, caracterizada por presentar signos y síntomas como fiebre, tos, disnea, disminución en la saturación de oxígeno. Con la ayuda de pruebas de imágenes como la radiografía de tórax donde se observa un infiltrado bilateral, o la tomografía de tórax, teniendo una clasificación más agudizada para saber con exactitud el grado de compromiso

de ambos pulmones, es de ayuda diagnóstica; en caso de que la enfermedad progrese puede provocar un Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo que pone en grave peligro la vida del pacientes, siendo necesario en muchos casos el internamiento en UCI, y medidas invasivas como la ventilación mecánica (32).

En cuanto a métodos diagnósticos, actualmente las más usadas son las siguientes:

- d. Prueba de ampliación de ácido nucleico: Que se realiza a través de la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) de una muestra de la vía aérea superior, de esta manera se detecta el ARN del SARS-COV2.
- e. Prueba antigénica: Detecta el antígeno de SARS-COV-2, es una prueba sencilla de realizar, obteniendo resultados en menor tiempo que con la RT-PCR, teniendo en cuenta que la sensibilidad es menor.
- f. Pruebas serológicas: Este tipo de pruebas detectan los anticuerpos tanto IgM como IgG contra el SARS-COV-2 a través de una muestra sanguínea, cuya utilidad es sobre todo para detectar pacientes que tuvieron la enfermedad o que actualmente cursan con ella por más de una semana (32).

2.4.3.5. VARIANTES

Ya en diciembre del 2020, han sido identificadas varias variantes que han preocupado a la comunidad científica, sin embargo, no hay estudios de estas nuevas cepas en embarazadas, un estudio, que hace falta en la comunidad científica. Dentro de las cepas más preocupantes en el sistema sanitario a nivel mundial, tenemos las siguientes:

- **B.1.1.7 linaje:** conocida como variante preocupante, ha sido identificada por primera vez en Reino Unido a fines del 2020, esta contiene más de una docena de mutaciones, y una mayor transmisibilidad a diferencia de otras. Algunos estudios sugieren puede estar asociada con una mayor gravedad de la enfermedad.
- **B.1.351 linaje:** esta variante fue identificada en Sudáfrica a finales del 2020 (33).

2.4.4. SALUD MENTAL EN LA GESTACIÓN

2.4.4.1. INTRODUCCIÓN

La OMS indica que la salud es la perfecta combinación de bienestar físico, mental y social, en la cual la salud mental se caracteriza por la capacidad que le da al individuo afrontar tensiones, realizar un trabajo productivo, y sobre todo una contribución a la comunidad, permitiéndoles conducir una vida plena, capaz de formar y mantener relaciones interpersonales para desarrollar diferentes actividades en la vida, como estudiar y trabajar (34). La perturbación del bienestar psicológico de la persona puede afectar la capacidad para las decisiones que tome, comprometiendo no solo su funcionamiento individual sino afectando el bienestar del hogar y eventualmente de la sociedad (35).

Al hablar de salud mental, tenemos que tomar en cuenta a las enfermedades mentales, estas se asocian con una carga significativa de morbilidad y discapacidad.

Las tasas de trastornos psiquiátricos se ven marcadamente diferenciados entre mujeres y hombres, es así que el género, es un determinante crítico de salud y de las enfermedades mentales; siendo más prevalentes en el sexo femenino, principalmente en la depresión, ansiedad y estrés. A esto se le suma el hecho de que usualmente estas enfermedades mentales son infradiagnosticadas por el personal de salud, además de que los pacientes se muestran reacios a buscar ayuda profesional, siendo pocos los que lo hacen, por tales razones es importante promover la formulación e implementación de políticas en salud mental, para que estas enfermedades mentales sean prevenibles, y en caso ocurran, sean diagnosticadas a tiempo y así mejorar la calidad de vida de la persona.

Durante el embarazo la mujer sufre cambios fisiológicos necesarios para el correcto desarrollo del feto, estos cambios son tanto psicológicos como físicos, los cuales generan un estado de estrés fisiológico esperable que es indispensable para crear un ambiente propicio para cumplir con todos los requerimientos que necesita el feto (36).

Como médicos generales es indispensable reconocer hasta donde el cambio fisiológico se torna patológico; un diagnóstico y tratamiento oportuno, evitara desenlaces que pongan en riesgo tanto a la madre como al hijo, promoviendo un embarazo saludable. Dentro de aquellas patologías que debemos identificar de manera precoz se encuentran los trastornos mentales.

La relación del miedo y la ansiedad con el embarazo es poco reconocida pero predecible ya que la transición de ser mujer a ser madre es un proceso con una gran carga emocional y de mucha responsabilidad. En la mayoría de casos es un estado temporal que conforme avanza la gestación va disminuyendo su intensidad, pero en algunas gestantes pueden persistir e incluso incrementar, produciendo que se activen mecanismos de defensa en la madre, que pueden ser perjudiciales tanto para la madre como para el producto, pues según múltiples estudios los altos niveles de ansiedad se ha correlacionado con amenaza de aborto en el I trimestre, partos por cesárea, parto pretérmino, bajo peso al nacer, puntajes bajos de Apgar al nacimiento, y complicaciones a futuro como alteraciones del comportamiento, alteración en el desarrollo cognitivo, riesgo de desarrollar ansiedad y depresión en los infantes y adolescentes que afecta la calidad de vida y el correcto desarrollo del niño/a (37,5,38,39).

Durante la gestación uno de los trastornos psiquiátricos más frecuente es la ansiedad, puesto que la mujer debe afrontar una serie de cambios a nivel físico, psicológico y social, esto produce que exista un aumento en el cortisol tanto materno como fetal, aumento de citocinas proinflamatorias, que pueden acarrear efectos en el embarazo y en el feto (40). En el caso de la gestante, la ansiedad se considera como precursor de otros trastornos depresivos como la depresión postparto y también complicaciones a lo largo de la gestación (41,39). Las consecuencias que acarrea al feto son el incremento de la actividad motora intrauterina, taquicardia fetal, riesgo de parto pretérmino, bajo peso al nacer, y alteraciones en el comportamiento del niño a futuro, como trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), alteraciones en la conducta y disminución de la densidad de la materia gris cerebral (5,38,42,43). A esto le sumamos la aparición de la pandemia por COVID-19 que, por las medidas implementadas por los gobiernos de realizar aislamiento

y cuarentena, pueden precipitar nuevos síntomas psiquiátricos en personas sin enfermedades mentales o agravar las ya existentes.

En el Perú se cuenta con pocas guías que se enfatizan en la salud mental de la gestante, las pocas guías que contamos se enfocan en la psicoprofilaxis, que consiste en un proceso educativo para preparar a la gestante para afrontar de la mejor manera el embarazo. Es importante actualizarlas, ya que nuestra sociedad está sometida a muchos cambios desde que la pandemia llegó a nuestro país (43).

2.4.4.2. COVID-19 Y GESTACIÓN

Se tiene como antecedentes a dos enfermedades previas con características similares a COVID-19 como son el Síndrome respiratorio agudo severo (SARS) y el Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en los cuales incluyeron a la gestante como población de riesgo para desarrollar un cuadro grave por esta infección. Actualmente aún es desconocido hasta qué grado el SARS-COV-2 puede influir en el embarazo, que alteraciones puede causar tanto al momento de la implantación, desarrollo y maduración del feto, y las consecuencias a futuro para el recién nacido, sin embargo, está demostrado que las mujeres embarazadas tienen un alto riesgo de sufrir graves complicaciones y severidad de la enfermedad, incluido el SARS y el MERS, por tal motivo la Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomendó suspender la gran parte de controles de rutina y ser cambiadas con consultas por video o teléfono (44).

Como se explicó anteriormente, la mujer gestante sufre una serie de cambios a lo largo de su embarazo, para poder albergar y satisfacer las demandas del producto, uno de estos cambios es a nivel del sistema inmunológico, donde se produce una tolerancia inmunológica, ocasionando una disminución de la inmunidad celular, para evitar el rechazo del producto, y a consecuencia el aumento de la inmunidad humoral. La infección con el SARS-COV-2 depende del sistema inmunológico del huésped, si este elimina de manera eficaz al virus, se desarrolla una enfermedad asintomática o leve, en caso contrario, puede ocasionar una enfermedad grave con riesgo de vida. Tras una infección viral, el sistema inmunológico reacciona principalmente a través de la inmunidad celular, de tal manera que, tras la inflamación provocada por el

virus, las células Th1 CD4+ acuden y eliminan a las células infectadas evitando su propagación y replicación viral, autolimitando la infección (45).

Durante el embarazo la inmunidad celular dada por las células Th1 y los linfocitos T citotóxicos bajos, induce a su vez a una disminución en los niveles de interleucina-2 (IL-2), interferón gamma, alteración de células dendríticas, y factor de necrosis tumoral, generando alteraciones en la respuesta inmunológica, como en infecciones virales, provocando que no se elimine adecuadamente las células infectadas; pero aun el rol de la tolerancia inmunológica a lo largo del embarazo es incierto con respecto al COVID-19 (45,46).

Otro cambio se da a nivel pulmonar, desde un aumento del volumen tidal, hasta una disminución del volumen residual, con la consiguiente disminución de la capacidad pulmonar residual, y capacidad pulmonar total, sumado a la dificultad para la eliminación de secreciones pueden contribuir a una enfermedad respiratoria de mayor riesgo (6).

Como siguiente punto importante es el estado protrombótico que se desarrolla durante la gestación, ya que existe un aumento de todos los factores de coagulación, a excepción del factor XI y XIII, también incrementan los niveles de fibrinógeno hasta en un 50%, dichos cambios aumentan el riesgo de eventos tromboembólicos en las gestantes. En cuanto al COVID-19 es ya conocida las complicaciones tromboembólicas asociadas por activación de diferentes vías protrombóticas. Por lo anterior es factible deducir que ambos combinados aumentan el riesgo de eventos embólicos mortales, causando una enfermedad grave por COVID-19.

Dentro de las manifestaciones clínicas evidenciadas en gestantes es la tos, con un 50,3% en frecuencia, seguido de dolor de cabeza, dolores musculares, fiebre y dolor de garganta. Muchas embarazadas presentan cuadros asintomáticos, sin embargo, no está claro cuánto es la frecuencia (47).

En cuanto a la transmisión vertical, si ocurre o no, aún es desconocido, existe una serie de casos de infecciones congénitas, donde se ha hallado anticuerpos tanto IgM e IgG en el recién nacido, se ignora en qué momento se adquiere la

infección, pudo haber sido intrauterino, en el momento del parto o a través del contacto del recién nacido con la madre o personal de salud que lo atiende.

2.4.4.3. COVID-19 Y SALUD MENTAL EN EL EMBARAZO

La aparición del COVID-19 y su rápida transmisión, ha llevado a la comunidad científica a una constante preocupación por los efectos negativos que está trayendo esta pandemia en la salud mental de la población. Esta pandemia está cambiando las prioridades de nuestra población, desafiando la práctica clínica habitual de nuestros profesionales de la salud, produciendo un aumento de ayuda psiquiátrica, comportándose como un estresor traumático (48). La prevalencia de los trastornos psicológicos es más alta de lo que se pensaba anteriormente, y están en aumento significativo durante la pandemia por COVID-19.

Nos encontramos en una sociedad mediática, en la que estamos al alcance de diferentes noticias a nivel mundial, regional y nacional como el número de contagios, muertes y el colapso de diferentes sistemas de salud; a consecuencia, ha conllevado preocupación, ansiedad, angustia, impotencia y miedo en la gente; sin darnos cuenta el mundo al que conocíamos, ha cambiado radicalmente (49). El miedo, ansiedad y el pánico ha sido utilizado como excusa, o probablemente de manera involuntaria, a adoptar comportamientos de discriminación como la estigmatización o la compra excesiva de suministros (50).

Se ha evidenciado que, durante todo este tiempo desde la aparición de la pandemia, estuvo circulando diferente tipo de información de salud y que a causa de esto ha contribuido a la incertidumbre, la ansiedad y el miedo en diferentes familias. Es probable que las personas con un mayor grado de alfabetización sanitaria, es decir con una mejor percepción de la información sanitaria, tengan un factor de protección para la salud mental (51).

La mayor parte de la población se ha visto afectada, sin embargo, el impacto ha sido mayor en ciertos grupos vulnerables como ancianos con múltiples enfermedades, mujeres gestantes confinadas en casa y que además sufren violencia doméstica, personas con problemas mentales preexistentes y trabajadores de la salud que están batallando en primera línea (52). En el

presente trabajo nos enfocamos principalmente en la salud mental de la gestante por los escasos trabajos de investigación en el país que relacionan al COVID-19 con la salud mental en el embarazo. En este grupo vulnerable es vital la detección, diagnóstico y tratamiento oportunos, lamentablemente todo esto se ve en serio peligro tras la llegada del COVID-19, ya que, por salvaguardar la salud de la gestante y el personal de salud a través del aislamiento social y restricción del libre tránsito, muchas de las atenciones médicas, tanto en lo que es promoción y prevención han sido relegadas a un segundo plano y en el caso de las gestantes ha obligado, a no realizarse los controles prenatales pertinentes, por el miedo al contagio, esto afecta tanto la salud física como mental de las gestantes, por este motivo es de vital importancia reconocer el daño a la salud mental como secuela indirecta del COVID-19 (53).

2.4.5. ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD MODIFICADA

2.4.5.1. DEFINICIÓN

La escala de ansiedad de Hamilton cuya versión original fue creada en el año 1959 (54), presentaba en un inicio 15 ítems, y a lo largo de los años tuvo variaciones, primero unieron 4 ítems en uno solo obteniendo 13 ítems y posteriormente dividieron un ítem en dos obteniendo finalmente la escala de 14 ítems, que es la más usada actualmente. En el año 1986 se validó la versión española, hecha por Carrobles y colaboradores (55).

Esta escala heteroadministrada funciona como una entrevista semiestandarizada, en donde el entrevistado responde a 14 preguntas en forma personal. Se basa principalmente en tres aspectos: los psíquicos, físicos y somáticos de la ansiedad. El objetivo principal de esta escala es identificar el grado de ansiedad que presenta el sujeto de estudio.

En cuanto a la estructura de la escala: Para cada ítem, presenta 4 opciones con diferente puntaje tales como: 0 (nunca), 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (casi siempre) y 4 (siempre) y en la cual se responden las siguientes variables: humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, dificultades intelectuales, depresión, y síntomas somáticos a nivel cardiovascular, respiratorio, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos.

Con la suma del puntaje de los 14 ítems, se obtiene un puntaje final de 0 a 56 puntos, indicando que a mayor puntaje hay una mayor intensidad en la ansiedad, con los siguientes puntos de corte:

- 0 – 5: no ansiedad.
- 6 – 14: ansiedad leve.
- \geq - 15: ansiedad moderada/grave.

Esta escala es uno de los instrumentos que ha sido utilizado con mayor frecuencia para el estudio de la ansiedad, esta escala valora la severidad de la ansiedad de manera global, cuya versión original presenta buenas propiedades psicométricas (54).

0 Nunca	1 Algunas veces	2 Bastante	3 Casi siempre	4 Siempre
1. Presiento que algo malo puede pasarme, que me puede suceder lo peor. Me siento preocupado, irritable.				
2. Tengo sensación de inquietud y no puedo relajarme. Me canso fácilmente. Me sobresalto. Tiemblo. Lloro con facilidad.				
3. Tengo miedo a la oscuridad, de quedarme solo, de la gente desconocida, de los animales, del tráfico, de la multitud.				
4. Tengo dificultad para conciliar el sueño (dormirme). Me despierto varias veces durante la noche. Me levanto cansado y con sensación de haber dormido mal. Tengo pesadillas. Tengo terrores nocturnos.				
5. Tengo mala memoria. Me cuesta concentrarme.				
6. No tengo interés por lo que me rodea. Las distracciones no me producen placer. Me siento triste. Me despierto temprano y no puedo volver a conciliar el sueño. Me adormezco durante el día y no puedo dormirme por la noche.				
7. Siento dolores y molestias musculares (espasmos, calambres, contracciones, rigidez). Me rechinan los dientes. Tengo la voz poco firme e insegura.				
8. Tengo zumbidos en los oídos. Visión borrosa. Siento oleadas de calor o de frío. Tengo picores y sensación de debilidad.				
9. Siento que mi corazón late más deprisa que de costumbre. Siento palpitaciones, dolores en el pecho, latir fuertemente el pulso en mi cuerpo. Mi corazón cambia de ritmo. Siento que me voy a desmayar.				
10. Tengo sensación de ahogo y de falta de aire. Necesito suspirar. Siento en el pecho una opresión o pena.				
11. Tengo dificultad al tragar. Siento ardores o pesadez o sensación de plenitud gástrica. Siento náuseas y vómitos. Creo que he perdido				

peso. Tengo dolores abdominales. Hago deposiciones blandas o estoy estreñado. Tengo ruidos en las tripas.	
12. Necesito imperiosamente orinar muchas veces al día, echando poca cantidad de orina. No tengo interés por el sexo. No siento nada en mis relaciones sexuales. He perdido potencia sexual.	0 1 2 3 4
13. Siento la boca seca; me ruborizo y palidezco con facilidad; sudo abundante-mente. Noto que me mareo y que las cosas me dan vueltas; tengo un dolor sordo permanente en la cabeza. Se me ponen los pelos de punta.	0 1 2 3 4
14. Me he sentido incómodo, inquieto, tenso e impaciente, contraído, con temblores, con dificultad al respirar, con necesidad de tragar saliva, con sudoración en las manos y con el pulso acelerado al contestar estas preguntas.	0 1 2 3 4

Fuente: Hamilton, (1959)

2.4.6. ESCALA DE MIEDO AL COVID-19

2.4.6.1. DEFINICIÓN

La escala de miedo al COVID-19 (Fear of COVID-19 (FCV-19S) fue creada por Ahorsu y colaboradores para medir el miedo al COVID-19 en la población de Irán, donde se observó propiedades psicométricas aceptables (56). Esta escala ha sido adaptada en diferentes idiomas y utilizado en varios países (7,57,58,59), es así como para el presente trabajo de investigación se usará la versión en español peruana del FCV-19S, ya que al igual que la original presenta buenas propiedades psicométricas y presenta evidencia de validez y confiabilidad (58).

El instrumento consta de 7 ítems, cuyas respuestas se evalúan a través de una escala tipo Likert de cinco puntos, que va desde 1 (muy en desacuerdo), hasta el 5 (muy de acuerdo), para así poder evaluar el grado de miedo al COVID-19 en la población en general. La puntuación total se calcula tras la suma de la puntuación obtenida en cada ítem, alcanzando como mínimo 7 y como máximo 35 puntos, indicando que a mayor cantidad de puntos, mayor es el miedo hacia el COVID-19 (56).

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo				
1	2	3	4	5				
8. Tengo mucho miedo del coronavirus (COVID-19)				1	2	3	4	5
9. Me pone incomodo(a) pensar en el coronavirus (COVID-19)				1	2	3	4	5
10. Mis manos se ponen húmedas cuando pienso en coronavirus (COVID-19)				1	2	3	4	5
11. Tengo miedo de perder mi vida a causa del coronavirus (COVID-19)				1	2	3	4	5
12. Cuando veo noticias e historias sobre el coronavirus (COVID-19) en redes sociales me pongo nervioso(a) o ansioso(a)				1	2	3	4	5
13. No puedo dormir porque estoy preocupado de contagiarme del coronavirus (COVID-19)				1	2	3	4	5
14. Mi corazón se acelera o palpita cuando pienso en contagiarme del coronavirus (COVID-19)				1	2	3	4	5

Fuente: Huarcaya-Victoria, Villareal Zegarra, et. al. (2020)

2.4.7. PLATAFORMA WEB WAWARED:

2.4.7.1. DEFINICIÓN

La plataforma web Wawared es un aplicativo de uso a Nivel Nacional, que integra toda la información obtenida en cada control prenatal de las gestantes atendidas en los Establecimientos de Salud del MINSA. Esta red se creó debido a que anteriormente la información obtenida en cada atención prenatal solo estaba disponible en el establecimiento de salud donde se atendía la gestante, para posteriormente ser enviada a la red central, esto requería tiempo y muchas veces la información obtenida era incompleta o se encontraba duplicada por las atenciones de la gestante en diferentes establecimientos de salud, sin haber una homogeneidad en la información, además que no se podía hacer un adecuado seguimiento de cada gestante. Es así como en el año 2015 la Universidad Peruana Cayetano Heredia crea un aplicativo informático en línea WawaRed y a través de la resolución Ministerial N° 021-2017/MINSA

se aprueba el uso de la plataforma Web Wawared en todos los establecimientos de salud del Perú (59).

A través de esta plataforma virtual se realiza una Historia Clínica Electrónica, donde cada atención prenatal es registrada, por lo tanto al ser un sistema integrado a nivel nacional, se puede hacer un seguimiento e identificar rápidamente a aquellas gestantes con signos de alarma, y así actuar de manera oportuna, salvaguardando la vida de la gestante y su futuro hijo/a; además la plataforma presenta un sistema de envío de mensajes de texto con información personalizada para cada gestante, esto ha llevado a incrementar la adherencia de las pacientes a llevar un buen control de su embarazo, donde se les otorga datos importantes para su gestación, así como recordarles cuando deben acudir a su centro de salud para sus controles (60).

2.5. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS:

2.5.1. A nivel local:

Autor: Pacheco Vilca Verónica Asunta

Título: Factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014

Revista: Repositorio de tesis de la Universidad Católica de Santa María

Resumen:

Objetivos. Determinar los factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014.

Material y métodos. Estudio descriptivo transversal de asociación simple. El estudio considero 200 gestantes que fueron atendidas durante el mes de diciembre del 2014 en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, a quienes se les aplicó un cuestionario de datos socio demográficos y el Inventario de Ansiedad de Beck, para determinar el nivel de ansiedad. La relación entre las variables de estudio mediante la prueba de X² y P < 0.05. El tiempo para la aplicación de la prueba fue de 10 minutos aproximadamente.

Resultados. El 46.0% de gestantes presentaron Ansiedad Moderada. El 84.5% de las gestantes tuvieron una edad comprendida de 18 a 35 años, 44.5% de ellas fue su primera gestación. El grado de instrucción que presentaron es nivel de secundaria incompleta de 33.5%, convivientes en su mayoría 57%. La relación que mantienen con su pareja es estable con un 79%, la mayoría vive con su pareja y mantienen una buena relación con sus padres. El 56.5% de la población estudiada son ama de casa y el 56.5% son de Arequipa.

Conclusiones. Los factores sociodemográficos: nivel de instrucción secundaria incompleta, relación con la pareja inestable, abuso físico por parte de la pareja, la relación con los padres regular y la ocupación como trabajo inestable, presento asociación estadística significativa con un nivel de Ansiedad Moderado (61).

2.5.2. A nivel nacional:

Autor: Nacarino Sánchez, Janeth Elizabeth

Título: Ansiedad en gestantes durante la pandemia del COVID-19

Revista: Repositorio de tesis de la Universidad Privada Antenor Orrego

Resumen:

El mundo ha sufrido una serie de cambios en los últimos meses debido una pandemia viral denominada COVID-19; esta enfermedad ha originado una emergencia de salud pública y la cantidad de información inadecuada en internet pondría aumentar la ansiedad y generar estrés extremo en gestantes, provocando problemas perinatales. El objetivo es revisar el tema y conocer sí en el ámbito de la pandemia por covid19, la ansiedad de las gestantes se ve alterada y en segundo lugar analizar la repercusión que genera la mala calidad de la información sobre esta emergencia de salud pública.

Material y método: Se utilizó la base de datos PUBMED, MEDLINE, Scielo, publicados en inglés, español y portugués, entre 2017-2020 que utilizan palabras claves como “ansiedad en el embarazo” “pandemia” “covid-19 y gestación”. Se escogieron los de acceso completo y los que incluyeron en su título y resúmenes, conceptos asociados al covid-19. Resultados: Se encontraron 65 artículos, se descartaron los duplicados y solo se seleccionaron 12 que cumplieron los criterios de inclusión.

Conclusiones: La ansiedad en el embarazo es una atribución normalizada dentro de los síntomas pero que se ve agravada por el contexto del COVID-19 y la mala filtración e interpretación de información dada por los medios de comunicación. Palabras Claves: ansiedad en el embarazo, pandemia, covid-19 y gestación, fisiología del embarazo, ansiedad producida por covid-19, covid-19 e información social (62).

2.5.3. A nivel internacional:

Autor: Catherine L, Anna MacKinnon, Mercedes Bagshawe, Lianne Tomfohr-Madsenb, Gerald Giesbrecht.

Título: Elevated depression and anxiety symptoms among pregnant individuals during the COVID-19 pandemic

Revista: Journal of Affective Disorders

Resumen:

Antecedentes

Los síntomas de ansiedad y depresión durante el embarazo suelen afectar entre el 10 y el 25% de las embarazadas. Los síntomas elevados de depresión y ansiedad se asocian con un mayor riesgo de parto prematuro, depresión posparto y dificultades de comportamiento en los niños. La pandemia actual de COVID-19 es un factor de estrés único con consecuencias potencialmente de amplio alcance para el embarazo y más allá.

Métodos

Evaluamos los síntomas de ansiedad y depresión entre las embarazadas durante la actual pandemia de COVID-19 y determinamos los factores asociados con la angustia psicológica. 1987 participantes embarazadas en Canadá fueron encuestadas en abril de 2020. La evaluación incluyó preguntas sobre el estrés relacionado con COVID-19 y medidas estandarizadas de depresión, ansiedad, ansiedad relacionada con el embarazo y apoyo social.

Resultados

Encontramos síntomas de ansiedad y depresión sustancialmente elevados en comparación con cohortes similares de embarazos pre-pandémicos; el 37% informó síntomas de depresión clínicamente relevantes y el 57% informó

síntomas de ansiedad clínicamente relevantes. Los síntomas más altos de depresión y ansiedad se asociaron con una mayor preocupación por las amenazas del COVID-19 a la vida de la madre y el bebé, así como por no recibir la atención prenatal necesaria, tensión en las relaciones y aislamiento social debido al COVID-19. pandemia. Los niveles más altos de apoyo social percibido y la eficacia del apoyo, así como una mayor actividad física, se asociaron con síntomas psicológicos más bajos (63).

Autor: Anna Stepowicz, BarbaraWencka, Jan Bienkiewicz, Wojciech

Título: Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic

Revista: International Journal of Environmental Research and Public Health

Resumen:

El objetivo de este estudio fue analizar los niveles de estrés y ansiedad experimentados por mujeres embarazadas y postparto durante la pandemia de COVID-19, así como indicar los factores sociales y médicos que podrían contribuir al estrés y la ansiedad. Se inscribieron en el estudio un total de 210 pacientes.

Se aplicaron dos herramientas de prueba bien establecidas: Inventario de ansiedad rasgo de estado (STAI) y Escala de estrés percibido (PSS-10). El estudio reveló que los niveles de estrés y ansiedad experimentados por los pacientes encuestados eran de moderados a altos. Demostramos que las mujeres con antecedentes de tratamiento mental, las que se encuentran en el primer trimestre de embarazo y las que están solteras o en una relación informal tienden a experimentar niveles más altos de angustia psicológica y ansiedad. Factores como la edad, la educación, la paridad, la historia obstétrica accidentada, las comorbilidades y el número de estancias hospitalarias resultaron ser estadísticamente insignificantes en el análisis. Nuestros hallazgos podrían usarse para identificar a los pacientes con mayor riesgo de experimentar efectos mentales adversos y para proporcionarles una información psicológica adecuada (64).

Autor: Reyhan Ayaz, Meryem Hocaoglu, Taner Günay, Oğuz devrim Yardımcı, Abdulkadir Turgut and Ateş Karateke

Título: Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic

Revista: The Journal of Perinatal Medicine

Resumen:

Objetivos: Con la experiencia clínica de infecciones anteriores por coronavirus, las medidas de salud pública y el miedo a la infección pueden tener efectos psicológicos negativos en las mujeres embarazadas. Este estudio tuvo como objetivo comparar el nivel de ansiedad y depresión en las mismas mujeres embarazadas antes y durante la pandemia de COVID-19.

Métodos: Las mujeres embarazadas que continuaban con el embarazo que participaron en el primer estudio que se llevó a cabo para esclarecer los factores asociados con la salud mental de las mujeres embarazadas antes de la pandemia de COVID-19, fueron incluidas para el estudio actual durante el brote. Los síntomas de ansiedad y depresión de las mismas mujeres embarazadas se evaluaron utilizando el Inventario de Síntomas de Depresión y Ansiedad II y el Inventario de Ansiedad de Beck dos veces antes y durante la pandemia.

Resultados: Un total de 63 mujeres embarazadas completaron cuestionarios. La edad media de las mujeres y la edad gestacional media fue $30,35 \pm 5,27$ años y $32,5 \pm 7$ semanas, respectivamente. Se encontró que la puntuación total media de IDAS II aumentó de $184,78 \pm 49,67$ (mínimo: 109, máximo: 308) a $202,57 \pm 52,90$ (mínimo: 104, máximo: 329) antes y durante la pandemia de SARS-CoV-2. Según las puntuaciones de BAI, el número de pacientes sin ansiedad (de 10 a 6) y con ansiedad leve (de 31 a 24) disminuyó y los pacientes con ansiedad moderada (de 20 a 25) y severa (de 2 a 8) aumentaron después del SARS. - Infección por CoV-2. Lineal multivariante (65).

2.6. OBJETIVOS

2.6.1. Objetivo general:

Identificar los factores asociados al nivel de ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en Arequipa, mayo 2021

2.6.2. Objetivos específicos:

- g) Determinar los niveles de ansiedad en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- h) Determinar los niveles de miedo al COVID-19 percibidos por las gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- i) Determinar la asociación entre los niveles de ansiedad y niveles de miedo en las gestantes Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- j) Determinar los factores sociodemográficos están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- k) Determinar los factores psicosociales están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.
- l) Determinar los factores clínicos que están asociados a la ansiedad y miedo en gestantes de la Microred Edificadores Misti durante la pandemia por covid-19 en la ciudad de Arequipa en el mes de mayo del 2021.

2.7. HIPÓTESIS:

Dado que durante el embarazo se producen cambios físicos y psicológicos en la mujer necesarios para adaptarse a las nuevas exigencias que implica el desarrollo del nuevo ser, y que asociados a determinados factores, junto con la reciente aparición del COVID-19, su rápida transmisión y las medidas impuestas por el gobierno, pueden producir un desequilibrio emocional con el riesgo de desarrollar estados de ansiedad y miedo, predisponiendo al daño de la salud mental en las gestantes.

Es probable que exista una relación entre los niveles de ansiedad y miedo con los factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos en las gestantes de la Micro Red Edificadores Misti durante la pandemia por COVID-19.



3. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3.1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

3.1.1. Técnicas:

Se Aplicarán encuestas virtuales, realizadas a través del aplicativo Google Forms, y que luego estas serán enviadas por mensajería por medio del aplicativo WhatsApp de cada gestante controladas e identificadas que pertenecen a la Micro Red Edificadores Misti, luego se procesará estadísticamente los datos obtenidos. Se empleará estadística inferencial mediante la prueba Chi cuadrado de Pearson para variables cualitativas con un nivel de significancia del 5%.

3.2. Instrumentos:

- Consentimiento Informado
- Plataforma Web WawaRed
- Aplicativo Google Forms
- Aplicativo de WhatsApp
- Encuestas

3.3. Materiales:

- Material de escritorio
- Celular
- Computadora portátil con programas de procesamiento de texto, bases de datos y estadísticas.

3.4. Campo de verificación

3.4.1. Ubicación espacial

El estudio se realizará de manera virtual a gestantes pertenecientes a la Micro-Red Edificadores Misti, distrito de Miraflores a través de mensajería telefónica por WhatsApp.

La micro-Red Edificadores Misti, se conforma por 5 establecimientos de Salud que son:

- C.S. Edificadores Misti
- P.S. Mateo Pumacahua
- P.S. Tomasa T. Comdemayta

- C.S. Miraflores
- P.S. Porvenir Miraflores (61).

3.4.2. Ubicación temporal

El estudio se desarrollará en mes de mayo del año 2021 en el distrito de Miraflores, de la provincia de Arequipa.

3.4.3. Unidades de estudio

3.4.3.1. Universo:

Conformado por todas las gestantes atendidas en los cinco establecimientos de salud que pertenecen a la Micro Red Edificadores Misti, registradas desde su primer control prenatal en la plataforma virtual Wawared, siendo un total de 233 gestantes.

3.4.3.1.1. Criterios de inclusión

- Gestantes en el I-II-III trimestre de embarazo que pertenecen a la Microred de Edificadores Misti
- Gestantes con acceso a un teléfono móvil con internet que cuenten con el aplicativo WhatsApp
- Gestantes sin COVID-19.

3.4.3.1.2. Criterios de exclusión:

- Gestantes que no deseen participar en el trabajo de investigación.
- Gestantes que desertan del seguimiento de controles prenatales en el establecimiento de salud respectivo.
- Gestantes que durante el curso del embarazo este no fue viable.
- Gestantes que no cuenten con un número telefónico en la plataforma virtual WawaRed.
- Gestantes menores de edad.
- Gestantes analfabetas
- Gestantes hospitalizadas por alguna complicación.

3.4.3.2. Tamaño de la Muestra:

La Micro Red Edificadores Misti a través de su plataforma virtual WawaRed cuenta con una población de 233 gestantes. Al aplicar los criterios de inclusión y exclusión en esta población, se obtuvo como muestra 175 gestantes.

3.4.3.3. Procedimiento de muestreo:

Corresponde a todas las gestantes que pertenecen a la Microred Edificadores Misti que realizaron la encuesta virtual a través de Google Forms, enviada por medio del aplicativo WhatsApp en el mes de mayo, en la provincia de Arequipa, 2021.

3.5. Estrategia de recolección de datos

3.5.1. Organización

- Se solicitarán los permisos correspondientes para la realización del trabajo de investigación a la Jefatura de la Micro Red Edificadores Misti.
- Se ingresará a la plataforma web Wawared en donde se obtendrá los números telefónicos de las gestantes que corresponden a los establecimientos de salud pertenecientes a la Microred Edificadores Misti.
- Posteriormente se enviará las encuestas realizadas a través de la plataforma Google Forms, a las gestantes que pertenecen a la Microred Edificadores Misti vía mensajería telefónica por el aplicativo WhatsApp.
- Previo a las preguntas de investigación se realizará el consentimiento informado a las participantes, en el que permite que las investigadoras procesen la información obtenida.
- Los datos que se obtengan serán recolectados en una base de datos en Excel, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión.
- Con la base de datos llenada, se procederá a realizar el análisis estadístico, obtención de resultados y el análisis de estos.

3.5.2. Recursos

3.5.2.1. Humanos

- Investigadoras
- Asesor

3.5.2.2. Materiales

- Teléfono celular con aplicativo WhatsApp
- Plataforma Web WawaRed
- Encuestas a través de aplicativo Google Forms
- Material de escritorio
- Computadora con acceso a Internet
- Programa Microsoft Excel
- Programa SPSS para análisis estadístico de los datos obtenidos

3.5.2.3. Financieros

- Autofinanciado

3.5.3. Validación de los instrumentos

No se requiere validación del instrumento.

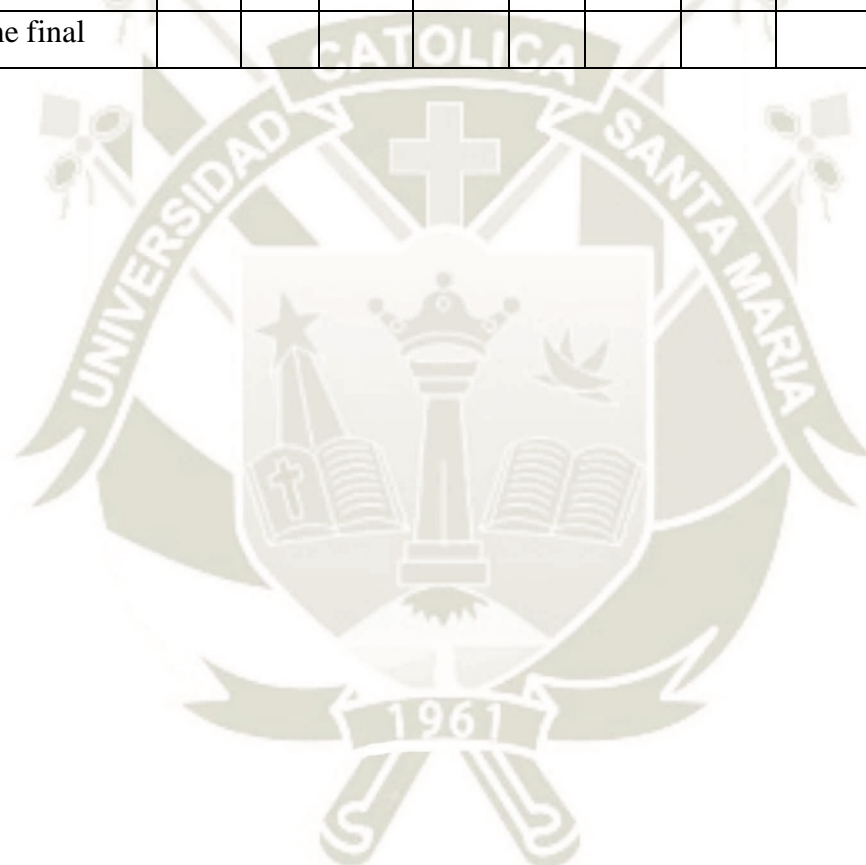
3.5.4. Criterios o estrategia para el manejo de resultados

Los resultados obtenidos serán analizados estadísticamente.

4. CRONOGRAMA DE TRABAJO:

Actividades	MA RZ O- 21	M AR ZO -21	AB RIL- 21	ABR IL- 21	M AY O- 21	MA YO- 21	MA YO- 21	MA YO- 21	MA YO- 21	MA YO- 21	MA YO- 21
1. Elección del tema											
2. Revisión bibliográfica											
3. Sistematización de bibliografía sobre ansiedad en gestantes											
4. Redacción del proyecto											
5. Aprobación proyecto de tesis por Asesor											

6. Dictamen de comité de ética de investigación											
7. Proceso de captación de pacientes											
8. Ejecución											
9. Análisis e interpretación											
10. Informe final											



5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Lu R, Zhao X, Li J, Niu P, Yang B, Wu H, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. *Lancet*. 2020 Feb 22;395(10224):565–574.
2. Hernández G, Orellana G, Kimelman M, Nuñez C, Ibáñez C. [Anxiety disorders among patients hospitalized in a medical ward]. *Rev Med Chil*. 2005 Aug;133(8):895–902.
3. Hamzehgardeshi Z, Omidvar S, Amoli AA, Firouzbakht M. Pregnancy-related anxiety and its associated factors during COVID-19 pandemic in Iranian pregnant women: a web-based cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Mar 15;21(1):208.
4. Martínez-Taboas A. Pandemias, COVID-19 y Salud Mental: ¿Qué Sabemos Actualmente? *Rev Cari Psicol*. 2020 Jul 15;4(2):143–152.
5. Monk C, Myers MM, Sloan RP, Ellman LM, Fifer WP. Effects of women's stress-elicited physiological activity and chronic anxiety on fetal heart rate. *J Dev Behav Pediatr*. 2003 Feb;24(1):32–38.
6. Wise RA, Polito AJ, Krishnan V. Respiratory physiologic changes in pregnancy. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2006 Feb;26(1):1–12.
7. Reznik A, Gritsenko V, Konstantinov V, Khamenka N, Isralowitz R. COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale. *Int J Ment Health Addict*. 2020 May 12;1–6.
8. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *Lancet*. 2021 Mar 6;397(10277):914–927.
9. Ministerio de Salud del Perú. Plan de salud mental, Perú, 2020-2021 (En el contexto COVID-19) [Internet]. MINSA. 2020 [cited 2021 Apr 10]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5092.pdf>.
10. Orozco, Wendy Navas; Baldares, María Jesús Vargas. Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de costa rica y Centroamérica*. 2012, vol. 69, no 604, p. 497-507.
11. de Graaf R, Bijl RV, Smit F, Vollebergh WAM, Spijker J. Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety, and substance use disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study. *Am J Psychiatry*. 2002 Apr;159(4):620–629.

12. Ildefonso C, Benita. Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 2017 Mar 21.
13. Nuss P. Anxiety disorders and GABA neurotransmission: a disturbance of modulation. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015 Jan 17;11:165–175.
14. Sanz J. Distinguiendo ansiedad y depresión: revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck | *Anales de Psicología / Annals of Psychology*. 1993.
15. Seligman MEP, Schulman P, Tryon AM. Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behav Res Ther*. 2007 Jun;45(6):1111–1126.
16. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, 5. a edición. EDITORIAL medica-panamericana. 2018.
17. Rodríguez, José Antonio Piqueras, et al. Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*. 2009, vol. 16, no 2, p. 85-112.
18. Fernández López O, Jiménez Hernández B, Alfonso Almirall R, Sabina Molina D, Cruz Navarro J. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*. 2012 Oct.
19. Tomás-Sábado J. Miedo y ansiedad ante la muerte en el contexto de la pandemia de la COVID-19. *Rev Enferm Salud Ment*. 2020 Sep 1;(16):26–30.
20. Pavlov PI. Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. *Ann Neurosci*. 1927;17(3):136–141.
21. Rozo JA, Andrés Manuel Pérez Acosta. Condicionamiento clásico y cognición implícita. *Acta Colombiana de Psicología*. 2006.
22. Haubensak W, Kunwar PS, Cai H, Ciochi S, Wall NR, Ponnusamy R, et al. Genetic dissection of an amygdala microcircuit that gates conditioned fear. *Nature*. 2010 Nov 11;468(7321):270–276.
23. Bauer EP. Serotonin in fear conditioning processes. *Behav Brain Res*. 2015 Jan 15;277:68–77.
24. Zhuang Q, Wang L, Tang Y, Chen A. Translation of fear reflex into impaired cognitive function mediated by worry. *Sci Bull*. 2016 Dec;61(24):1841–1843.
25. Steimer T. The biology of fear- and anxiety-related behaviors. *Dialogues Clin Neurosci*. 2002 Sep;4(3):231–249.

26. Kenneth McIntosh, MD. COVID-19: Epidemiology, virology, and prevention [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2021 Apr 14]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-epidemiology-virology-and-prevention>.
27. Johns Hopkins University. COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering [Internet]. Coronavirus Resource Center. [cited 2021 Apr 28]. 2021. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
28. Ministerio de Salud. Sala Situacional, COVID-19 en el Perú [Internet]. [cited 2021 Apr 6]. 2021. Available from: https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp.
29. Valdés-Bango M, Meler E, Cobo T, Hernández S, Caballero A, García F, et al. [A clinical management protocol for COVID-19 infection in pregnant women]. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2020 Sep;47(3):118–127.
30. Wang C, Wang Z, Wang G, Lau JY-N, Zhang K, Li W. COVID-19 in early 2021: current status and looking forward. *Signal Transduct Target Ther*. 2021 Mar 8;6(1):114.
31. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China. 2019. *N Engl J Med*. 2020 Feb 20;382(8):727–733.
32. Caliendo, MD, PhD, Kimberly E Hanson, MD, MHS. COVID-19: Diagnosis [Internet]. 2021. [cited 2021 Apr 30]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/covid-19-diagnosis?search=covid>.
33. Walensky RP, Walke HT, Fauci AS. SARS-CoV-2 Variants of Concern in the United States—Challenges and Opportunities. *JAMA*. 2021 Mar 16;325(11):1037–1038.
34. Tane R, Masitoh S, Rustina Y. Factors influencing anxiety in mothers of low birth weight infants. *Pediatr Rep*. 2020 Jun 25;12(Suppl 1):8701.
35. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*. 2021 Feb 18.
36. Soma-Pillay P, Nelson-Piercy C, Tolppanen H, Mebazaa A. Physiological changes in pregnancy. *Cardiovasc J Afr*. 2016 Apr;27(2):89–94.
37. Lozano LG. Salud Mental y Medicina Psicológica. *Salud mental*, 38. 2015;38(3):233–234.
38. Glover V. Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan;28(1):25–35.

39. Qu F, Wu Y, Zhu Y-H, Barry J, Ding T, Baio G, et al. The association between psychological stress and miscarriage: A systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2017. May 11;7(1):1731.
40. Seth S, Lewis AJ, Galbally M. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 May 31;16(1):124.
41. Leff-Gelman P, Flores-Ramos M, Carrasco AEÁ, Martínez ML, Takashima MFS, Coronel FMC, et al. Cortisol and DHEA-S levels in pregnant women with severe anxiety. *BMC Psychiatry*. 2020 Aug 5;20(1):393.
42. Ding X-X, Wu Y-L, Xu S-J, Zhu R-P, Jia X-M, Zhang S-F, et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*. 2014 Apr;159:103–110.
43. Nakić Radoš S, Tadinac M, Herman R. Anxiety During Pregnancy and Postpartum: Course, Predictors and Comorbidity with Postpartum Depression. *Acta Clin Croat*. 2018 Mar;57(1):39–51.
44. Wastnedge EAN, Reynolds RM, van Boeckel SR, Stock SJ, Denison FC, Maybin JA, et al. Pregnancy and COVID-19. *Physiol Rev*. 2021 Jan 1;101(1):303–318.
45. Cunningham FG. WILLIAMS OBSTETRICIA (Spanish Edition). 25a ed. McGraw-Hill Interamericana de España S.L. 2019.
46. Mor G, Aldo P, Alvero AB. The unique immunological and microbial aspects of pregnancy. *Nat Rev Immunol*. 2017 Aug;17(8):469–482.
47. Vincenzo Berghella, MDBrenna Hughes, MD, MSc. COVID-19: Pregnancy issues and antenatal care [Internet]. UpToDate. 2021 [cited 2021 Apr 13]. Available from: http://uptodate.com/contents/covid-19-pregnancy-issues-and-antenatal-care?search=Pregnancy%20issues%20and%20antenatal%20care%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1.
48. Rodríguez-Quiroga A, Buiza C, Mon MAÁ de, Quintero J. [Update on COVID-19 and mental health]. *Medicine*. 2020 Dec 24;13(23):1285–1296.
49. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Dubey MJ, Chatterjee S, et al. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr*. 2020 May 27;14(5):779–788.
50. Hisham IN, Townsend G, Gillard S, Debnath B, Sin J. COVID-19: the perfect vector for a mental health epidemic. *BJPsych Bulletin*. 2020 Jun 1;1–7.

51. Nguyen HC, Nguyen MH, Do BN, Tran CQ, Nguyen TTP, Pham KM, et al. People with Suspected COVID-19 Symptoms Were More Likely Depressed and Had Lower Health-Related Quality of Life: The Potential Benefit of Health Literacy. *J Clin Med*. 2020 Mar 31;9(4).
52. Raony Í, de Figueiredo CS, Pandolfo P, Giestal-de-Araujo E, Oliveira-Silva Bomfim P, Savino W. Psycho-Neuroendocrine-Immune Interactions in COVID-19: Potential Impacts on Mental Health. *Front Immunol*. 2020 May 27;11:1170.
53. Lazzerini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G. Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020 Apr 9;4(5):e10–e11.
54. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32(1):50–55.
55. Carrobles Isabel, Cabanillas MC, Teodoro del Ser Quijano, Bartolomé P. La práctica de la terapia de conducta: teoría y método de aplicación para la práctica clínica [Internet]. Promolibro; 1987 [cited 2021 May 12]. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=565993>.
56. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020 Mar 27;1–9.
57. Nausheen S, Bhamani S, Makhdoom A, Sheikh L. Fear of COVID-19 among pregnant women in Pakistan: a cross-sectional study. *Int J Community Med Public Health*. 2020 Nov 25;7(12):4749.
58. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict*. 2020 Jun 22;1–14.
59. Tzur Bitan D, Grossman-Giron A, Bloch Y, Mayer Y, Shiffman N, Mendlovic S. Fear of COVID-19 scale: Psychometric characteristics, reliability and validity in the Israeli population. *Psychiatry Res*. 2020 May 15;289:113100.
60. Wawared: Evaluación de la implementación de una historia clínica electrónica para el control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño [Internet]. [cited 2021 May 12]. Available from: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/RPCH_500fef894aa31812d3bce88e2ed1b628/Details.
61. Pacheco Vilca VA. Factores sociodemográficos que se asocian al nivel de ansiedad en gestantes que acuden al consultorio prenatal del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2014 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María. 2015. [Tesis para optar el

Título Profesional de Médico Cirujano]. Available from:
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3380>.

62. Nacarino Sanchez JE. Ansiedad en gestantes durante la pandemia del COVID-19. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO. 2020.
63. Lebel C, MacKinnon A, Bagshawe M, Tomfohr-Madsen L, Giesbrecht G. Síntomas elevados de depresión y ansiedad entre embarazadas durante la pandemia de COVID-19. *J afectar el desorden*. 2020; 277: 5–13.
64. Stepowicz A, Wencka B, Bieńkiewicz J, Horzelski W, Grzesiak M. Stress and anxiety levels in pregnant and post-partum women during the COVID-19 pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(24):9450..
65. Ayaz R, Hocaoglu M, Günay T, Yardımcı OD, Turgut A, Karateke A. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med*. 2020;48(9):965–70..