

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIO DE OBSTETRICIA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ

Relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita Trujillo- 2021

Área de investigación:

Salud Materno Perinatal

Autoras:

Brs. Alayo Burgos Rosmery Guadalupe
Brs. Alva Burgos Anghela Carlita

Jurado Evaluador:

Presidente: Ms. Bendezú Gamboa, Cristina Raquel

Secretaria: Ms. Vargas Díaz, Sandra Luz

Vocal: Ms. Iglesias Obando, Nancy Angélica

Asesor:

Ms. Rodríguez Vada, Edwin Carlos

Código Orcid : : <https://orcid.org/0000-0001-6120-5593>

TRUJILLO – PERÚ
2023

Fecha de sustentación: 2023/01/24

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0699-2021-D-F-CCSS-UPAO

Trujillo, 22 de diciembre del 2021

VISTO: el Oficio N° 0778-2021-EPO-UPAO presentado por la señora Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Oficio N° 0778-2021-EPO-UPAO, se solicita la aprobación e inscripción del Proyecto de Tesis titulado **RELACIÓN ENTRE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS PROCEDIMIENTOS DE FECUNDACIÓN IN VITRO EN LA CLÍNICA "FERTÍLITA", TRUJILLO - 2021**, realizado por las Bachilleres **ANGHELA CARLITA ALVA BURGOS** y **ROSMERY GUADALUPE ALAYO BURGOS**, así como el nombramiento de su asesor **Ms. EDWIN CARLOS RODRÍGUEZ VADA**.

Que, el proyecto de tesis cuenta con la conformidad del Comité Revisor, y con el porcentaje permitido en el software antiplagio TURNITIN.

Que, habiendo cumplido con los procedimientos académico-administrativos reglamentarios establecidos. Debe autorizarse la inscripción del Proyecto de Tesis, el mismo que tiene una vigencia de DOS (02) años durante el cual las autoras tienen derecho exclusivo sobre el tema elegido.

Estando a las consideraciones expuestas y amparados en las facultades conferidas a este Despacho.

SE RESUELVE:

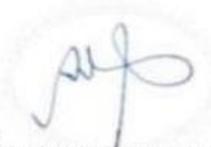
PRIMERO: **AUTORIZAR** la inscripción del Proyecto de Tesis titulado **RELACIÓN ENTRE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS PROCEDIMIENTOS DE FECUNDACIÓN IN VITRO EN LA CLÍNICA "FERTÍLITA", TRUJILLO - 2021** en el Libro de Registro de Proyectos de Tesis de la Escuela Profesional de Obstetricia, con el **N° 022-2021**, de fecha 22 de diciembre de 2021.

SEGUNDO: **DECLARAR** expeditas a las Bachilleres **ANGHELA CARLITA ALVA BURGOS** y **ROSMERY GUADALUPE ALAYO BURGOS** para el desarrollo del Proyecto de Tesis, dejando claro que las autoras tienen derecho exclusivo sobre el tema elegido, por el período de dos (02) años.

TERCERO: **DESIGNAR** como asesor del Proyecto de Tesis al **Ms. EDWIN CARLOS RODRÍGUEZ VADA**, quien está obligado a presentar a la Escuela Profesional de Obstetricia, los informes mensuales del avance respectivo.

CUARTO: **DISPONER** que la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia tome las acciones correspondientes, de conformidad con las normas y reglamentos, a fin de que las Bachilleres y el asesor, cumplan las acciones que les competen.

REGISTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



Dra. Antonieta Tresierra de Venegas
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



Ms. Pablo Chuna Mogollón
SECRETARIO ACADÉMICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

C.c.: EPO, Asesor, Interesadas, Archivo

Luz Haza F.



DEDICATORIA

A Dios por todas las bendiciones dadas día a día.

A mis padres, Sefelmira y Víctor, gracias por su apoyo incondicional, sé que se sienten orgullosos de mí. Mis triunfos siempre estarán dedicados para ustedes.

A mis hermanas; Evelyn (Q.E.P.D), mi ángel, que desde el cielo ilumina mi camino, Crys quien con su palabra de aliento no me dejaba decaer para que siguiera adelante y siempre ser perseverante para cumplir con mis ideales.

Con mucho amor para mi esposo Odar y mis hijos Odar Valentino y Gerard Zaid, gracias por su paciencia, su solidaridad y su comprensión. Son mi mayor orgullo y motivo de superación.

Alayo Burgos Rosmery Guadalupe

DEDICATORIA

Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes y experiencias.

Le doy gracias a mis padres, Fernando y Margarita, promotores de mis sueños, ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños y esperanzas, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio. Siempre han sido mis mejores guías de vida. Gracias por ser quienes son y por creer en mí. Gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, gracia a mi padre por ser un ejemplo como profesional, por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que me guiaron durante mi vida.

Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta tesis.

Anghela Carlita Alva Burgos

AGRADECIMIENTOS

Nunca es tarea sencilla dar las gracias a tantas personas que han contribuido en nuestro camino profesional. Aunque se han escrito muchas palabras de gratitud, en ocasiones el papel no puede plasmar a la perfección tanto afecto y admiración como sentimos en el término de tan fructífero estudio.

A nuestra alma máter, la Universidad Privada Antenor Orrego, por habernos acogido durante todo este tiempo de estudios convirtiéndose en un segundo hogar.

A nuestra Escuela de Obstetricia que con mucho orgullo, amor, pasión y respeto representaremos, A nuestros queridos docentes por sus enseñanzas y conocimientos que nos permitieron formarnos como profesionales competentes y con calidad humana.

Un agradecimiento muy especial a nuestro asesor Ms. Edwin Rodríguez Vada-+ por su apoyo incondicional y dedicación en el desarrollo de nuestra tesis. Gracias por su paciencia infinita y por haber estado con nosotras en todo momento.

Al Dr. Juan Carlos Rojas Ruiz y la Lic. Brenda Hermenegildo, así como a la clínica “FERTILITA”, quienes hicieron posible todo el proceso de investigación, confiando en nosotras y abriéndonos las puertas de la clínica para realizar con éxito el proceso de investigación.

Las Autor (es)

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en una clínica privada de Fertilita en la ciudad de Trujillo; es por ello se trató de una investigación de tipo observacional correlacional, corte transversal y diseño no experimental, además se empleó una ficha de recolección de datos y se aplicó el cuestionario de autoevaluación prenatal y el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE), fue aplicado a 30 gestantes que acudieron a fertilización in vitro a la clínica privada Fertilita Trujillo 2021. Los hallazgos evidenciaron que existe una relación significativa entre la adaptación psicosocial y ansiedad-estado, también se evidenció que no existe una relación significativa entre la adaptación psicosocial y ansiedad-rasgo, asimismo el 53% de las gestantes presenta una mayor adaptación psicosocial al embarazo, respecto a los niveles de ansiedad, la ansiedad-rasgo presenta un nivel alto de 63% y nivel medio 37%, en la ansiedad-rasgo presenta un nivel alto de 34% y nivel medio 66%, respecto a la adaptación psicosocial al embarazo según sus dimensiones el rol materno es el más frecuente con 97%, seguido de preocupación por el bienestar propio y del bebé 80%, relación con la madre 77% y aceptación en el embarazo 73%, en lo que respecta a una menor adaptación en mayor porcentaje se encuentra el rol de la pareja 47%, preocupación por el parto 33% y las demás dimensiones por valores menores del 30%. De esta investigación se concluyó existe una relación significativa entre la adaptación psicosocial del embarazo y el nivel de ansiedad en las mujeres que acuden al procedimiento de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita Trujillo 2021.

PALABRAS CLAVES:

Adaptación psicosocial al embarazo, ansiedad, fecundación in-vitro

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the relationship between the psychosocial adaptation to pregnancy and the level of anxiety in women who attend in vitro fertilization procedures in a private fertility clinic in the city of Trujillo; That is why it was an observational-correlational investigation, cross-sectional and non-experimental design, in addition a data collection form was used and the prenatal self-assessment questionnaire and the trait-state anxiety inventory (IDARE) were applied. applied to 30 pregnant women who attended in vitro fertilization at the private clinic Fertility Trujillo 2021. The findings showed that there is a significant relationship between psychosocial adaptation and anxiety-state, it was also evidenced that there is no significant relationship between psychosocial adaptation and anxiety -trait, also 53% of pregnant women present a greater psychosocial adaptation to pregnancy, with respect to anxiety levels, anxiety-trait presents a high level of 63% and medium level 37%, in anxiety-trait it presents a level high of 34% and medium level 66%, regarding the psychosocial adaptation to pregnancy according to its dimensions, the maternal role is the most frequent with 97%, according to concern for their own well-being and that of the baby 80%, relationship with the mother 77% and acceptance in the pregnancy 73%, with regard to a lower adaptation in a higher percentage is the role of the couple 47%, concern for the childbirth 33% and the other dimensions for values less than 30%. From this investigation it was concluded that there is a significant relationship between the psychosocial adaptation of pregnancy and the level of anxiety in women who attend the in vitro fertilization procedure at the Fertility Trujillo 2021 private clinic.

KEYWORDS:

Psychosocial adaptación to pregnancy, anxiety, in vitro fertilización.

PRESENTACIÓN

SEÑORES MIEMBROS DEL JURADO:

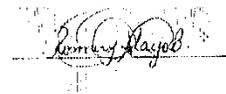
De acuerdo a las disposiciones legales en el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego, les presentamos nuestra tesis con el título: Relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada “FERTÍLITA”, Trujillo – 2021 con el fin de obtener el TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRIZ. Dejamos la presente tesis a su evaluación.

Atentamente:

ALVA BURGOS ANGHELA CARLITA -72157426



ALAYO BURGOS ROSMERY GUADALUPE -40709546



MIEMBROS DEL JURADO

Ms. Cristina Raquel Bendezú Gamboa

Presidente

Ms. Sandra Luz Vargas Díaz

Secretario

Ms. Nancy Angélica Iglesias Obando

Vocal

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	VI
RESUMEN.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
PRESENTACIÓN.....	IX
TABLA DE CONTENIDOS	XI
ÍNDICE DE TABLAS	XII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	XIII
I. INTRODUCCION.....	1
1.1. Problema de investigación.....	4
1.2. Objetivos	4
1.3. Justificación del estudio.....	5
II. MARCO DE REFERENCIA.....	7
2.1. Marco teórico.....	7
2.2. Antecedentes del estudio.....	14
2.3. Marco conceptual	17
2.4. Sistema de hipótesis.....	18
2.5. Variables e indicadores.....	18
III. METODOLOGIA.....	21
3.1. Tipo y nivel de investigación	21
3.2. Población y muestra	21
3.3. Diseño de investigación	22
3.4. Técnicas e instrumentos de investigación	23
3.5. Procesamiento y análisis de datos	27
3.6. Consideraciones éticas.....	28
IV. RESULTADOS	30
4.1. Análisis e interpretación de resultados	30
4.2. Docimasia de hipótesis.....	34
V. DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	41
RECOMENDACIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

INDICE DE TABLAS

TABLA IV-1 Relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y el nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada fertilita Trujillo 202128

TABLA IV-2 Nivel de adaptación psicosocial en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro a la clínica privada Fertilita Trujillo 202128

TABLA IV-3 Nivel de ansiedad en gestantes mediante la fecundación in vitro que acudieron a la clínica privada Fertilita Trujillo 202129

TABLA IV-4 Nivel de Adaptación psicosocial al embarazo de acuerdo a las dimensiones en gestantes mediante fecundación in vitro que acudieron a la clínica privada Fertilita Trujillo 2021.
.....30

I. INTRODUCCION

La esterilidad e infertilidad hasta hace pocos años eran considerados como conceptos diferentes. La esterilidad hacía referencia a todas aquellas personas que tras mantener relaciones sexuales regulares y no protegidas no son capaces de concebir y, por otro lado, la infertilidad era un término empleado para todas aquellas parejas que, teniendo la capacidad de concepción, no conseguían llevar a término el embarazo.¹ Sin embargo, la real academia de la lengua española los considera sinónimos definiéndolo como "incapacidad del macho para fecundar y capacidad de la hembra para concebir".²

Por otro lado, la sociedad española de fertilidad (SEF), la Sociedad Europea de reproducción humana y embriología (ESHRE) y la Sociedad Americana de Medicina de la reproducción (ASRM) definen esterilidad/infertilidad como "ausencia de consecución de embarazo tras 12 meses de relaciones sexuales sin métodos anticonceptivos", sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que tienen que ser mínimo 24 meses.³

Se estima que nivel mundial la infertilidad afecta de 8 a 12% de las parejas, más de 80 millones de personas en todo el mundo. En el Perú, existen limitaciones para conocer con precisión el número de parejas afectadas por infertilidad, lo cual genera que se formulen medidas correctivas como catalogarla dentro de las enfermedades no transmisibles ampliando su estudio con enfoque preventivo.⁴

En Latinoamérica está habiendo un rejuvenecimiento de la fertilidad, es decir, cada vez hay mujeres más jóvenes siendo madres, especialmente desde los 30 años en adelante en concreto en Perú, la media de fertilidad se encuentra en un 2,5 %, una tasa baja a comparación de las tasas en las zonas rurales que son mayores debido a un bajo nivel educativo.⁴

Lo que si queda claro es que la infertilidad ha sido catalogada por la Organización Mundial de la Salud como una enfermedad y el diagnóstico resulta un evento estresante que impacta a los pacientes desde el momento en que son diagnosticados, pasando por todo el proceso del tratamiento y después de los procedimientos de reproducción asistida, así como en los intentos en los que se debe repetir el procedimiento si no se logra concretar el ansiado embarazo.⁵

En cuanto a Europa, la tasa de fertilidad disminuyó a 1,5 niños por mujer. Así mismo, la concepción del tamaño ideal de familia ha ido variando con los años (libro). A pesar de estas cifras, organismos como las Naciones Unidas o Eurostat prevén que las cifras de fertilidad aumenten en los siguientes años en la mayoría de los países con un incremento de la población consecuentemente como por ejemplo sería el caso de Europa de un 5% más de población entre 2008 y 2030.⁶

En la actualidad, uno de los métodos de reproducción asistida que se posicionan en el campo es la de reproducción in vitro, no solo por los problemas de fertilidad en las parejas sino también por la diversidad existente de los tipos de familia. Sin embargo, la infertilidad, es decir, la incapacidad para lograr un embarazo sigue prevaleciendo en consulta y así lo demuestran las cifras ya que se estima que en torno al 15% de la población que se encuentra en edad reproductiva en los países occidentales es infértil y la tendencia va en aumento.⁷

Es evidente que la fecundación in vitro aumenta considerablemente la posibilidad de lograr un embarazo, el factor emocional se convierte en un componente decisivo en la contribución de un resultado exitoso ya que la mujer puede verse afectada emocional y/o psicológicamente al saber que es incapaz de lograr un embarazo de forma natural.⁸

Si bien la infertilidad no ocasiona la muerte de los individuos, sí constituye un problema con importantes implicaciones en el ámbito social y psicológico. No es, por tanto, raro que encontremos que las personas con este problema presenten aislamiento social y personal, sentimientos de culpa, ansiedad, depresión y problemas en la relación de pareja.⁹

Las diferencias de género existentes entre hombres y mujeres hacen que cada uno responda de forma distinta ante las diversas situaciones a las que se ven enfrentados. Si a esto le agregamos que los tratamientos de reproducción incidirán físicamente más sobre la mujer, las diferencias de género en relación al estado de ánimo, la implicación con el tratamiento, los resultados de las pruebas de embarazo, etc. variarán significativamente.¹⁰

Según la mayoría de los estudios realizados, son mayores los niveles de estrés, ansiedad y depresión en las mujeres que los experimentados y registrados por hombres. Cuando existe una dificultad para tener hijos existe un fuerte deseo de alcanzar la maternidad, en lo que refiere esta investigación en particular pasar por este procedimiento para lograr el embarazo proceso puede durar años y ser desgastante para la futura madre, no solo física sino psíquicamente.¹¹

Es por ello que se considera importante ahondar e investigar los niveles de adaptación psicosocial al embarazo según Lederman propone 7 dimensiones las cuales pueden afectar la adaptación de la mujer hacia su embarazo, estas son: aceptación del embarazo, identificación con el rol materno, calidad de la relación con la madre, calidad de la relación con la pareja, preparación para el parto, miedo al dolor y a la pérdida de control durante el parto y preocupación por el bienestar propio y del bebé y los niveles de ansiedad, así como la relación entre ambos que se presenten en las mujeres que acuden a realizarse procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita, Trujillo.

Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y el nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita, Trujillo - 2021?

Objetivos General

Determinar la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita, Trujillo-2021.

Objetivos Específicos

- Describir el nivel de Adaptación psicosocial en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro a la clínica privada Fertilita, Trujillo-2021.
- Describir los niveles de ansiedad en gestantes mediante fecundación in vitro que acudieron a la clínica privada de reproducción asistida Fertilita, Trujillo-2021.
- Describir los niveles de adaptación psicosocial al embarazo de acuerdo a las dimensiones en gestantes mediante fecundación in vitro que acudieron a la clínica privada asistida Fertilita, Trujillo-2021.

Justificación

El presente estudio se justifica teóricamente debido a que se utilizarán variados enfoques teóricos que tienen que ver con el manejo emocional al embarazo aquellas mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro de modo que podrán brindar una atención de calidad ,adecuado trato humano e individual, con libertad de conocimientos, libertad de expresión, respeto de caracteres propios y la facilidad de interpretar el medio donde se vive y se convive con cada uno de los pacientes en los ambientes hospitalarios.

A pesar de los avances en cuanto a salud reproductiva y las innovaciones en reproducción asistida concretamente, los problemas de fertilidad continúan en aumento y cada vez son más las parejas que ven sus deseos de ser padres más complicado.

El desgaste emocional que supone para la pareja hacer frente al diagnóstico de infertilidad y a los intentos posteriores por lograr concebir hacen que se ponga de manifiesto analizar variables importantes como los niveles de adaptación psicosocial y los niveles de ansiedad, especialmente en las mujeres para identificar si existe relación y en qué medida pueden verse alteradas.

En su nivel práctico, esta investigación, se enmarca dentro del conocimiento y manejo emocional y con esto se pueden diseñar planes de cuidado y de mejora que beneficien el estado de salud de las pacientes en el servicio de obstetricia.

De igual manera, en el contexto de la carrera de obstetricia, este estudio permite aportar conocimientos con la finalidad de que se puedan establecer estrategias y protocolos orientados a mejorar la atención que se les brinda a las pacientes con problemas de infertilidad.

Los resultados de la investigación la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro se debe trabajar tanto en el sistema de salud público, como en el privado, así como, en forma independiente, en el cuidado, prevención y fomentar integración del equipo de salud; aplicando las competencias asistenciales, de gestión y liderazgo, investigación y educación y trabajo comunitario, funciones a desempeñar, ámbito de desarrollo, deberes y derechos de la Obstetrix/Obstetra, dentro del contexto de atención de salud mundial, nacional, regional.

Aunque el estudio mencionado se considere una aproximación, todavía existe poca evidencia y aún pocos estudios que profundicen en los aspectos psicosociales del embarazo en mujeres que realizan técnicas de reproducción asistida como fecundación in vitro En ese sentido, siendo la obstetricia una profesión enfocada en la salud sexual y reproductiva de la mujer, y forma parte del equipo de salud que brinda atención a este particular grupo de gestantes, que por sus características requiere un enfoque distinto en su atención integral.

Además realizar este tipo de investigaciones no sólo servirán como un aporte para la salud reproductiva sino que también servirá como futuro antecedente para futuras investigaciones que se centren en continuar indagando en este tema en cuestión, así como en realizar mejoras o recomendaciones en cuanto al procedimiento de los profesionales en casos de infertilidad, dando el mejor servicio desde un enfoque no solo de salud fisiológica sino también psicológica y emocional para aquellas mujeres que no pueden concebir de manera natural y acuden a consulta.

II. MARCO DE REFERENCIA.

2.1. Marco teórico

Durante la historia de la fecundidad en el mundo las guerras mundiales y las consecuencias socioeconómicas provocaron una disminución en la cantidad de hijos que las parejas tenían, en el caso de Latinoamérica la disminución de la fecundación se produjo de la segunda mitad del siglo XX en adelante a consecuencia de los cambios sociales, económicos y culturales.¹²

Uno de los motivos por los que las mujeres deciden acudir a tratamientos de reproducción asistida es la dificultad que tienes algunas para concretar de manera natural un embarazo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el concepto “infertilidad”, dando la misma equivalencia a esterilidad e infertilidad, como una enfermedad que afecta al sistema reproductivo no permitiendo concebir un embarazo después de un año más de mantener relaciones sexuales sin protección.¹³

No obstante, si se profundiza en la salud reproductiva se debe hacer una diferencia en dichos términos entendiendo, por un lado, que la esterilidad hace referencia a la incapacidad de uno o ambos miembros de una pareja para concretar un embarazo a través de relaciones sexuales naturales sin métodos anticonceptivos en un tiempo superior a un año; y por otro lado, que la infertilidad es la incapacidad en la pareja para llevar el embarazo a término, es decir se logra la fecundación pero surgen situaciones como un aborto o una muerte prenatal que impide el nacimiento exitoso del feto.¹²⁻¹³

Tanto en los problemas de infertilidad como esterilidad, se hace una clasificación etiológica de origen primario, habido un embarazo anterior; y de origen secundaria, cuando existe esa incapacidad habiendo habido embarazos concretados anteriormente.¹⁴

Existen diferentes causas, tanto en mujeres como en hombres, de los problemas de fertilidad. En cuanto a las mujeres la prevalencia en consulta responde a causas endocrinas, tubáricas y uterinas; y en cuanto a los varones, las causas más comunes son de origen testicular y post-testiculares.¹⁵

Las causas endocrinas son diversas:

La anovulación está relacionada con la alteración del ciclo menstrual en la mujer en edad reproductiva, ya sea por una falta de menstruación o por la irregularidad de la misma. Entre las razones de los trastornos de anovulación más comunes se encuentran: el hipogonadismo hipo gonadotrópico, síndrome de ovario poliquístico (SOP)²¹, responsable del 80% de casos de infertilidad en mujeres que genera síntomas como una anovulación crónica, oligomenorrea o amenorrea, obesidad o hirsutismo. La falta de ovocitos por lo que los ovarios dejan de producir las hormonas esteroideas y hay un cese prematuro de la menstruación y esto puede deberse a aspectos genéticos como defectos en el cromosoma X o en autosomas.¹⁶

El hipotiroidismo es la segunda causa de infertilidad en mujeres y se debe principalmente a un déficit de yodo, aunque también puede responder a una causa autoinmune. Las mujeres con esta patología pueden tener meno metrorragias u oligomenorrea y tener cierta relación con anovulación y esterilidad debido a una alteración de la secreción normal de GnRH provocando directamente una disminución de las hormonas FSH y LH impidiendo la formación de estrógenos.¹⁷

Las causas tubáricas son diversas:

Están relacionadas a las trompas uterinas debido a su papel esencial en un proceso reproductivo. Estas causas se encuentran presentes en el 20-30% de los casos de

infertilidad femenina y se corresponden a un origen genético o adquirido clasificándose de la siguiente manera:

Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI): se debe a una inflamación del tracto reproductivo superior que abarca el peritoneo pélvico, el endometrio, las trompas de Falopio y los ovarios, teniendo un origen infeccioso. El daño inflamatorio provoca una obstrucción de la luz tubárica y en ocasiones afecta al traslado del ovulo afectando a la capacidad reproductiva.¹⁸

Hidrosalpinx: esta patología se refiere a la presencia de líquido al final de las trompas de Falopio, provocando la dilatación del órgano y afectando el encuentro entre el ovulo y el espermatozoide.¹⁹

Endometriosis: consiste en el crecimiento anómalo del endometrio en el útero pudiendo implantarse en zonas externas al útero provocando dolor pélvico, la aparición de nódulos e infertilidad.²⁰

Las causas uterinas representan entorno al 5 a 10% de los casos de infertilidad en mujeres. En este caso el útero es el que durante el proceso reproductivo sufre de alguna alteración en su función o en su anatomía, ente las cuales encontramos: Anomalías congénitas, agenesia uterina, útero didelfo, útero bicorne, útero septado.²¹

Los Miomas uterinos, son masas anormales que aparecen del mismo tejido muscular del miometrio por factores hormonales y que surgen en torno al útero o al cuello uterino, además generan una alteración en el transporte del esperma y/o fallos en la implantación por lo que están relacionados con algunos casos de infertilidad.²²

Continuando con la etiología de la infertilidad masculina encontramos las causas testiculares entre las cuales destacan: Varicocele: supone la principal causa de

infertilidad en varones y se caracteriza por la dilatación anormal del plexo venoso pampiniforme²³⁻²⁴, otras causas tenemos la Criptorquidia, orquitis, Insuficiencia testicular, síndrome de Klinefelter, disfunción sexual, azoospermia entre otras.²⁵⁻²⁶

Las técnicas de reproducción asistida son parte de los recursos utilizados en los tratamientos en casos de trastornos de fertilidad. Conforman un conjunto extenso de procedimientos que se centran en el trabajo directo de los gametos, tanto ovocitos como espermatozoides, con el objetivo de lograr la fecundación y la transferencia o depósito de embriones en el útero. Las técnicas son diversas y se explican a continuación brevemente dando mayor detenimiento a la técnica de fecundación in vitro, en la cual se centra el presente estudio.²⁷⁻²⁸⁻²⁹⁻³⁰

La Inseminación artificial con semen de la pareja (IAC) supone la técnica de reproducción asistida más sencilla y se caracteriza por basarse en colocar los espermatozoides dentro del aparato genital femenino, mediante instrumental especializado.³⁰

El porcentaje de éxito en este tipo de técnica depende de ciertos factores como la edad de la mujer, la causa de la esterilidad o el estado de las trompas uterinas, así como a la respuesta del organismo al tratamiento.³¹

La Inseminación artificial con semen de donante (IAD) es utilizado sobre todo en casos de esterilidad en los que la mujer posee por lo menos una trompa uterina permeable, y el hombre padece de una alteración grave en el semen que amerita acudir a un banco de semen.³²

El Diagnóstico genético preimplantacional (DGP) consiste en un conjunto de procedimientos enfocados en conocer las características de los embriones obtenidos

mediante fecundación in vitro con el objetivo de seleccionar aquellos más aptos para realizar su transferencia uterina.³³

La Extracción espermática consiste en obtener espermatozoides desde el tejido testicular, del epidídimo o de otro segmento del canal seminal, con el objetivo de utilizar los mismo para realizar alguna técnica de reproducción asistida.³⁴

La Donación de ovocitos ocurre en los casos en los que los ovocitos de la mujer no poseen una calidad apta para lograr un embarazo, en los que se han agotado o en los que son portadores de una alteración genética o cromosómica. La donación puede realizarla cualquier fémina con una edad comprendida entre los 18 a 35 años y que posea una adecuada salud física y psíquica.³⁵

El tratamiento quimioterápico y radioterápico puede perjudicar su capacidad reproductiva. Los tratamientos más frecuentes son la congelación de ovocitos, de embriones, de tejido ovárico, o de semen en hombre que vayan a recibir un tratamiento oncológico.³⁶

La Fecundación in vitro (FIV) ³⁸ es la unión de los gametos masculinos, es decir, los espermatozoides y los gametos femeninos, los ovocitos con el fin de conseguir una fecundación y el desarrollo embrionario inicial en el exterior del organismo de la mujer.³⁷

La microinyección espermática es una variante de la FIV, pero se diferencia en tener una intervención más directa sobre el proceso de fecundación, exactamente realizando la introducción del espermatozoide en el interior del ovocito.³⁸

Este procedimiento no produce ningún dolor ni amerita anestesia, únicamente se requerirá que la paciente reciba un tratamiento hormonal para incrementar las posibilidades de embarazo.³⁹

La tasa de éxito en este tipo de procedimiento dependerá de la edad de la mujer, así como de la cantidad y calidad de los embriones que sean transferidos.⁴⁰

El embarazo supone grandes cambios en la mujer y se caracteriza por ser un proceso complejo que involucra aspectos físicos, psicológicos y sociales. Estos cambios se producen no solo durante sino previo a la gestación, ya que la futura madre se plantea su rol como mamá y se cuestionan que tan bien podrá desempeñar dicha función.⁴¹

El Modelo de Liderman explica que el embarazo es un periodo de transición entre la mujer sin hijos y la mujer con hijos. A este proceso de adaptación se le denomina adaptación psicosocial al embarazo.⁴² Los cambios que se experimentan de cara al embarazo pueden aumentar los niveles de ansiedad durante el embarazo, de manera gradual. El cambio de rol que experimenta la mujer al asumir su nuevo papel como madre genera ansiedad en ella ya que debe afrontar un proceso de adaptación durante las cuarenta semanas siguientes.⁴³

De acuerdo a diversos estudios se ha demostrado que las mujeres con nivel de ansiedad al embarazo que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro pueden experimentar síntomas de ansiedad y/o depresión. Las investigaciones afirman que los procesos desgastantes a los que son sometidos las pacientes por las numerosas pruebas y tratamientos médicos por las que tienen que pasar hacen que la salud de la mujer pueda verse perjudicada e incluso interferir en el proceso de quedar embarazada.⁴⁴

El diagnóstico de infertilidad conlleva a una crisis vital para la persona que lo padece. Esta crisis vital se traduce en una alteración en el equilibrio emocional del individuo por el fracaso en la resolución de un problema, en este caso en el deseo no cumplido de tener un hijo biológico que impide el incumplimiento de una meta, que causa desorganización, ansiedad y confusión.⁴⁴

Como se mencionaba anteriormente, la ansiedad está comprendida como un factor que puede interferir a la gestante que se realiza el procedimiento de fecundación in vitro. Se entiende como ansiedad a aquella condición en la que el individuo experimenta conmoción, nerviosismo o preocupación que genera inestabilidad y no permite la relajación.⁴⁵⁻⁴⁶

La ansiedad es un estado que puede desembocar en un trastorno, afectando a la persona que lo padece mental y físicamente. Los tipos de ansiedad predominantes son⁴⁷:

- Trastorno de ansiedad generalizada: preocupación excesiva por problemas del día a día.
- Trastorno de pánico: generan una sensación de pérdida de control que desencadena un estado de ansiedad grave.
- Trastorno de estrés post traumático.

No existen datos concluyentes sobre la relación entre la ansiedad y su influencia en los procedimientos de reproducción asistida sin embargo es certero que las mujeres bajo tratamiento por esterilidad se encuentran constantemente ansiosas o deprimidas debido a la situación estresante que experimentan. Por otro lado, las investigaciones si han logrado hallar mayores niveles de ansiedad en los casos en los que los resultados después de realizar técnicas de reproducción asistida han sido insatisfactorios.⁴⁸

Además, los estudios recalcan la importancia de que las clínicas de fertilidad promuevan una mejor atención psicosocial para ayudar a los pacientes a manejar las demandas psicológicas y física que el tratamiento requiere, así como informar y dar expectativas realistas en cuanto a los resultados de estos procedimientos ⁴⁷⁻⁴⁸.

2.2. Antecedentes del estudio

Internacionales

Un estudio por Val Noguero, A.⁴⁹ (España, 2022), realizó una investigación para determinar la prevalencia de la ansiedad en el embarazo, utilizó un estudio de cohortes, la muestra estuvo conformada por 223 mujeres, en los resultados se observó que la edad más frecuente es entre los 23 a 28 años, se determinó que el 60% presenta un nivel bajo de ansiedad-estado, encontrando en el nivel medio el 38% y 2% nivel bajo, se determinó que el 60% al respecto al ansiedad-rasgo presenta un nivel bajo el 3% y 35% nivel medio. Llegando a la conclusión que la ansiedad es altamente prevalente en el embarazo, sugiriendo la importancia de prestar atención a la salud mental prenatal.

En otro estudio Casanueva N.⁵⁰ (España, 2017) realizó una investigación para describir la adaptación psicosocial al embarazo en la adolescencia, utilizó un estudio observacional, la población estuvo conformada por 56 mujeres entre 14 y 20 años, en los resultados se observó, la edad presenta una influencia única, directa e inmediata en la alteración de la adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes, además se expone una influencia relativa en variables como el apoyo de la pareja, afecto recibido en la infancia y los rasgos de la personalidad.

Por otro lado, un estudio realizado por Pérez, G.⁵¹ (México, 2016) realizó una investigación para determinar los niveles de ansiedad-rasgo-estado en las embarazadas que asisten al control prenatal en la Unidad de Medicina Familiar, utilizó un estudio descriptivo, corte transversal, la muestra estuvo conformada por 63 embarazadas, en los resultados se halló el promedio de la edad es de 29 a 32 años, religión católica con 60%, casadas con 65%, respecto a la ansiedad-rasgo el 63.5% presenta un nivel bajo y el 36.5% nivel medio, y la Ansiedad Estado presenta un nivel bajo en un 66.7%, 31.7% nivel medio y el 1.6% nivel alto.

En el siguiente estudio realizado por Ontiveros-Pérez, M.⁵²(España, 2016), realizó una investigación para describir la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad-estado en primigestas de bajo riesgo obstétrico, el tipo del estudio es descriptivo y correlacional, la población estuvo conformada por 200 gestantes, en los resultados se obtuvo que existe una relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y ansiedad-estado ($p=0.046$, $p < 0.05$), la adaptación además mostro una asociación con la edad ($p=0.020$, $p < 0.05$), por ende, se concluye que las primigestas presenta mayor ansiedad al tener menor adaptación psicosocial al embarazo.

Por último estudio realizado por Muñoz, N.⁵³(México, 2016), se obtuvo en la investigación describir la relación entre la ansiedad y la adaptación psicosocial al embarazo en las mujeres primigestas diabéticas y no diabéticas, utilizó un estudio descriptivo de tipo correlacional, la muestra estuvo conformada por 84 mujeres, en los resultados se halló una asociación significativa entre la adaptación psicosocial y ansiedad-estado ($p=0.043$, $p < 0.05$) e ansiedad-rasgo ($p=0.044$, $p < 0.05$) en conclusión la ansiedad es un factor que se encuentra presente en los padecimientos crónicos como la diabetes, y que va a repercutir sobre la autopercepción de la paciente, afectando el autoconcepto en las áreas personal y social.

Nacionales

Un estudio realizado por Lecca Paz, A.⁵⁴(Chiclayo, 2019), realizó una investigación para evaluar los niveles de ansiedad en gestantes y puérperas del Hospital Regional Docente Las Mercedes, utilizó un estudio descriptivo, de corte transversal y prospectivo, la población estuvo conformada por 170 pacientes, 85 gestantes y 85 puérperas, en los resultados se halló un nivel alto de ansiedad en un 90% en las gestantes de tal modo que la ansiedad-rasgo está presente en el 22.3% de las gestantes, se concluye que las gestante presenta una tendencia de ansiedad-estado y en las puérperas ansiedad-rasgo.

Un estudio realizado por Chamorro Mendoza, S.⁵⁵(Lima, 2019), realizó una investigación para la adaptación psicosocial al embarazo en adolescentes gestantes atendidas en un hospital de Lima Metropolitana, utilizó un estudio descriptivo, la población estuvo conformada por 80 gestantes, en los resultados se halló una deficiente adaptación psicosocial al embarazo en un 60%, la edad media es de 21 años – 27 años, las variables con mayor puntuación es el rol y vinculo materno, además se concluye que a menor edad existe menor adaptación psicosocial al embarazo.

Del mismo modo ,Un estudio Chávez Vargas, J.⁵⁶(Chachapoyas, 2017), realizó una investigación para determinar el nivel de adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital Regional virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017, utilizó un estudio descriptivo observacional, la muestra estuvo conformada por 70 gestantes, en los resultados se halló el 61.4% de las gestantes presenta una adaptación psicosocial deficiente, entre sus dimensiones la relación con la pareja presenta el 100% de una mala adaptación psicosocial al embarazo seguido de preocupación por el bienestar del bebe del 92.9% y la edad promedio es de 25 a 29 años.

Por ultimo; Arellano Agurto, M.⁵⁷(Lima, 2017), realizó una investigación para determinar la adaptación psicosocial en el embarazo en usuarias de fecundación in-vitro que acuden a una clínica privada de Lima 2017, se utilizó un estudio observacional con diseño no experimental y de corte transversal en 22 gestantes, en los resultados se halló la edad promedio es de 35 – 39 años , la edad materna avanzada se relaciona a una deficiencia de adaptación psicosocial, la dimensión con mayor adaptación psicosocial es la aceptación del embarazo 95.45%, en cuanto, a la preparación del parto presenta 72.3% de menor adaptación psicosocial.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Adaptación psicosocial al embarazo: proceso que la mujer gestante debe de enfrentar durante el embarazo con el fin de conseguir un acercamiento afectivo positivo con el bebé que aún no ha nacido, para prepararse de cara a la crianza y asumir su futuro rol y responsabilidades como madre. ⁵³

Ansiedad: se trata de un estado emocional en el que se experimenta sentimientos desagradables que se perciben desde la conciencia como nerviosismo, aprensión y tensión que genera una activación del sistema nervioso autónomo, la ansiedad-estado se considera como un estado emocional momentáneo que puede variar en cuanto a tiempo e intensidad y la ansiedad como rasgo que se entiende como situaciones individuales y estables en las cual la persona es propensa a sentir ansiedad, es decir, a responder con reacciones ansiosas a situaciones o estímulos que son percibidas como amenazantes constantemente. ⁵⁴

Fecundación in vitro: consiste en la unión de los gametos masculinos, es decir, los espermatozoides y los gametos femeninos, los ovocitos con el fin de conseguir una fecundación y el desarrollo embrionario inicial en el exterior del organismo de la mujer.⁵⁵

2.4. Sistema de hipótesis

2.4.1. Hipótesis de trabajo o de investigación (H_i)

H_i = Si Existe significancia estadística en la relación entre adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in-vitro en la clínica privada Fertilita, Trujillo-2021.

2.4.2. Hipótesis nula (H₀)

H₀ = No existe significancia estadística en la relación entre adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in-vitro en la clínica privada Fertilita, Trujillo-2021

2.5. Variables e indicadores

2.5.1. Tipos de variables

2.5.1.1. Variable Dependiente

Adaptación psicosocial al embarazo

Definición operacional:

Equilibrio de las demandas tanto sociales como psicológicas y la capacidad de la mujer para dar respuesta dichas demandas.

Escala de medición: Nominal

Indicador:

- Mayor adaptación psicosocial 36 a 67 puntos
- Deficiencia en la adaptación psicosocial entre 68 a 144 puntos

Categoría de la variable:

- Aceptación de embarazo
- Rol Materno
- Relación con la madre
- Preparación para el parto
- Preocupación por el bienestar propio y del bebe

2.5.1.2. Variable independiente:

Nivel de ansiedad

Definición operacional:

La ansiedad se mide de acuerdo al promedio de los puntajes que se obtuvieron en el Inventario de Ansiedad y que está compuesto por un total de 40 ítems agrupados en escalas de autoevaluación que mide ansiedad-rasgo y ansiedad-estado.

Escala de medición: Nominal

Indicador

- Nivel alto (mayor o igual a 45 puntos)
- Nivel medio (entre 30 hasta 44 puntos)
- Nivel bajo (menor de 30 puntos)

Categoría de la variable

- Ansiedad rasgo
- Ansiedad estado

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala
ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO	Proceso que la mujer gestante debe de enfrentar durante el embarazo con el fin de conseguir un acercamiento afectivo positivo con el bebé que aún no ha nacido, para prepararse de cara a la crianza y asumir su futuro rol y responsabilidades como madre	Equilibrio de las demandas tanto sociales como psicológicas y la capacidad de la mujer para dar respuesta dichas demandas ⁶³	Aceptación del embarazo (1,2,27 y 29)	Mayor adaptación psicosocial (entre 36 a 67 puntos)
			Rol materno (33,34,35 y 36)	
			Relación con la madre (5,8,9,12,15,19, 24,28 y 30)	
			Relación con la pareja (3,4,10,13,16,17 ,23 y 32)	Deficiencia en la adaptación psicosocial (entre 68 a 144 puntos)
			Preparación para el parto (11,20,22 y 25)	
			Preocupación por el bienestar propio y del bebé (6,7,14,18,21,26 y 31)	
NIVEL DE ANSIEDAD	Estado emocional en el que se experimenta sentimientos desagradables que se perciben desde la conciencia como preocupación, aprensión y tensión que genera una activación del sistema nervioso autónomo	La ansiedad se mide de acuerdo al promedio de los puntajes que se obtuvieron en el Inventario de Ansiedad y que está compuesto por un total de 40 ítems agrupados en escalas de autoevaluación que mide ansiedad-rasgo y ansiedad-estado ⁶⁴	<u>Ansiedad-Rasgo:</u>	Nivel alto (mayor o igual a 45 puntos)
			Presencia de ansiedad 22,23,24,25,28,29,31,32,34,35,37,38,40	Nivel medio (entre 30 hasta 44 puntos)
			Ausencia de ansiedad 21,26,27,30,33,36,39	Nivel bajo (menor de 30 puntos)

			<u>Ansiedad-Estado</u>	Nivel alto (mayor o igual a 45 puntos)
			Presencia de ansiedad 3,4,6,7,9,12,13,14,17,18	Nivel medio (entre 30 hasta 44 puntos)
			Ausencia de ansiedad 1,2,5,8,10,11,15,16,19,20	Nivel bajo (menor de 30 puntos)

III. METODOLOGIA

3.1. Tipo y nivel de investigación

El presente estudio es de tipo analítico, observacional, retrospectivo y de corte transversal, de fuente primaria, el tipo de estudio es correlacional, dado que se enfoca en relacionar dos variables.⁵⁸

3.2. Población y muestra de estudio

3.2.1. Población:

En la presente investigación se trabajó con la totalidad de la población el cual estuvo comprendido de 30 mujeres que se sometieron al proceso de fertilización in vitro, las cuales fueron encuestadas durante el periodo de enero a mayo del 2021 y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

3.2.2. Muestra:

La muestra está constituida por el total de la población.

Criterios:

Criterios de inclusión:

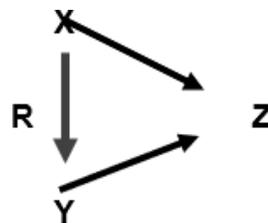
- Gestantes en tratamiento de reproducción asistida.
- Gestantes que hayan concebido por fecundación in vitro en uno o varios intentos.
- Gestantes con madre o mujer que ejerza el rol maternal en su vida (tía, abuela, otras).
- Gestantes que desearon participar de la investigación.

Criterios de exclusión

- Gestantes con alteraciones psicológicas previas.
- Gestantes que no se hayan sometido al tratamiento de reproducción asistida.
- Gestantes que no desearon participar de la investigación.

3.3. Diseño de Investigación

Estudio descriptivo correlacional y de corte trasversal. ⁵⁸



Donde:

X: Adaptación psicosocial al embarazo

Y: Nivel de ansiedad.

Z: Mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in-vitro.

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

El instrumento de recolección de datos que se utilizó en la presente investigación fue un cuestionario el cual fue denominado cuestionario de autoevaluación prenatal el cual fue denominado cuestionario (anexo 01), el cual estuvo diseñado de la siguiente manera:

Técnicas:

- Revisión documentaria de contenido de fuente secundaria (Historia clínica).
- Encuesta (a través de un cuestionario)

Instrumentos:

Ficha de Recolección de Datos: La ficha de recolección de datos fue obtenida de la Investigación Adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación *in vitro* que acuden a una clínica privada de Lima, 2017 cuya autora fue Marilyn Arellano Agurto en la cual determino que la adaptación psicosocial al embarazo mediante el estudio de sus dimensiones encontró una mayor adaptación psicosocial en la dimensión aceptación del embarazo (95.45%) y una deficiente adaptación en las dimensiones preparación para el parto (72.73%) y relación con la pareja (72.73%); concluyendo que las usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima en el año 2017 presentaron una deficiencia en la adaptación psicosocial al embarazo (63.6%).⁵⁷

Cuestionario de Autoevaluación Prenatal (adaptación de Arellano en 2018)⁵⁷: cuestionario previamente adaptado y validado por la autora de la investigación; teniendo como base al cuestionario de Autoevaluación Prenatal de Armengol et al ⁵⁶, una versión traducida al español, inicialmente adaptada y validada del cuestionario PSQ (prenatal self-evaluation questionnaire) de lederman.⁵⁷

El cuestionario aplicado que evalúa la adaptación a los cambios evolutivos del embarazo mediante 6 dimensiones psicosociales: la aceptación al embarazo que corresponde con los ítems 1,2,27 y 29; el rol maternal los ítems 33,34,35 y 36; la relación con la madre ítems 5,8,9,12,15,19,24,28 y 30; la relación con la pareja, ítems 3,4,10,13,16,17,23 y 32; la preparación al parto, ítems 11,20,22 y 25; y la preocupación por el bienestar propio y del bebé, ítems 6,7,14,18,21,26 y 31. La medición de los ítems se realiza a través de la escala de Lickert con cuatro posibles respuestas que otorgan a cada pregunta de 1 a 4 puntos con adjetivos de mucho a nunca, donde 1 equivale a mucho, 2 a con frecuencia, 3 a veces y 4 a nunca.

El cuestionario posee 10 ítems, el 6,7,14,18,19,21,26,27,30 y 31, en los cuales la puntuación se invierte; es decir, si la respuesta es 4 se cambia la puntuación a 1, si es 3 se le cambia a 2, si es un 1 se cambia a 4 y si es 2 se cambia a 3.

Finalmente, la puntuación de todos los ítems se suma obteniendo la puntuación global del cuestionario, en el cual si la puntuación oscila entre 36 a 67 puntos se evaluará como una mayor adaptación psicosocial y si se encuentra entre 68 a 144 puntos, se evaluará como una deficiencia en la adaptación psicosocial.

La confiabilidad de instrumento en el cuestionario de autoevaluación prenatal según sus dimensiones:

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado): 0.87

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión aceptación del embarazo: 0.98

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión preparación para el parto: 0.66

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé: 0.87

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) - dimensión rol materno: 0.61

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión relación con la madre: 0.76

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión relación con la pareja: 0.76

Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI – Statu Traite- Anxiety Inventory): Al respecto, el Inventario de Ansiedad: Estado-Rasgo (de nombre original State-Trait Anxiety Inventory [STAI]), elaborado por Spielberg, Gorsuch & Lushene (1970), adaptado aproximadamente 60 veces (Buela-Casal et al., 2011) y usado en cerca de 14 mil investigaciones (Guillen-Riquelme & Buela-Casal, 2015).

En los estudios realizados ha demostrado ser un instrumento con medidas consistentes y estables, que cumple con evidencias de validez basadas en la relación con otros test, tanto en España como en Latinoamérica (García-Batista et al., 2017).

El STAI fue adaptado para la población latinoamericana por Spielberg & Díaz-Guerrero en 1975, renombrándose como Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE). Respecto al análisis psicométrico como versión IDARE, las investigaciones han arrojado resultados variados.

Mediante el test mide dos dimensiones de la ansiedad, el Estado que hace referencia al sentir de la persona en un momento específico y el Rasgo relacionado al sentir de la persona de forma general. La escala ansiedad-rasgo (SXR) se compone de 7 ítems

directos y 13 ítems inversos; y la escala ansiedad-estado (SXE) con 10 ítems directos y otros 10 inversos.

De este modo, los evaluados contestan a cada una de las afirmaciones ubicándose en una escala Likert de cuatro dimensiones que van de 1 a 4, en la escala de Lickert de la escala A- Estado hay cuatro dimensiones de respuesta: 1 (no en absoluto), 2 (un poco), 3 (bastante), y 4 (mucho); mientras que en la escala de Likert en la escala A- Rasgo las opciones de respuesta son: 1 (casi nunca), 2 (algunas veces), 3 (frecuentemente) y 4 (casi siempre). Los resultados, tanto para ansiedad- estado o ansiedad- rasgo se medirá como alta (mayor o igual a 45 puntos), medio (entre 30 hasta 44 puntos) y bajo (menor de 30 puntos). Cabe señalar que, en el IDARE, en la escala estado hay 10 ítems positivos de ansiedad (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos (a mayor puntuación menor ansiedad). De igual forma en la escala rasgo hay 13 ítems positivos (a mayor puntuación mayor ansiedad) y 7 negativos (a mayor puntuación menor ansiedad).

La confiabilidad de instrumento en el cuestionario Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI – Statu Trait- Anxiety Inventory):

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL	0.637	30	0.000
ANSIEDAD ESTADO	0.612	30	0.000
ANSIEDAD RASGO	0.597	30	0.000

En la tabla se puede observar, que adaptación psicosocial, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo presentan una distribución no normal, por lo que se recomienda el uso de un estadístico no paramétrico.

3.5. Procesamiento y análisis de datos

Una vez aprobada y emitida la resolución de decanato de la inscripción del proyecto de investigación; se solicitó una carta de presentación de la universidad privada Antenor Orrego, la cual se envió en la clínica privada, donde se ejecutó el presente estudio.

Se gestionó la autorización de ejecución del estudio la clínica privada Fertilita, a través de la presentación de la solicitud de 30 pacientes autorización de ejecución y carta de presentación, con la finalidad de que nos faciliten la participación de los pacientes.

Una vez que se obtuvo el permiso de la dirección de la clínica privada Fertilita, se programó la reunión con las pacientes y se le explicó los objetivos y aspectos éticos relacionados al estudio.

Se seleccionó a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión para la investigación.

A continuación, se aplicó la encuesta. se le envió a cada paciente por el chat del zoom el enlace de Google Forms donde se encuentra detallado el cuestionario de recolección de los datos.

Todos los cuestionarios desarrollados fueron almacenados automáticamente en Google Forms.

Los datos que se obtuvieron fueron ingresados al software Excel.

Los datos se digitaron en Excel y posteriormente se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos, mediante el programa estadístico Stata 17 para su procesamiento,

previo control de calidad del registro en la base de datos, considerando la Operacionalización de las variables y objetivos del estudio.

Para el análisis descriptivo de las variables cuantitativas se determinó medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar); mientras que, para las variables cualitativas, se determinaron frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Finalmente se analizó e interpretó los datos, contrastando con el marco teórico y otros trabajos de investigación similares.

Los datos del análisis se reportarán en tablas; se mostraron los resultados de acuerdo con los objetivos. se incluyeron frecuencias absolutas y porcentuales. para determinar relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita Trujillo – 2021 se empleó la prueba chi cuadrado (χ^2). se consideró un nivel de significancia del 5%.

3.6. Consideraciones éticas.

En la presente investigación se respetó el derecho del consentimiento informado de participación de todas las participantes, cumpliendo con el artículo 4 del Código de Bioética de la Universidad Privada Antenor Orrego, en la que se manifiesta “que todo investigador debe cumplir con los principios bioéticos universales los cuales son: respeto por los seres humanos, bienestar, confidencialidad, integridad científica y responsabilidad ante la sociedad. Por tal motivo nos comprometemos a defender, seguir y respetar en su integridad todas las normas, principios legales y éticos que garanticen que el estudio es propio y original; evitando así todo tipo de prácticas indebidas”.⁵⁹

El Código de Nuremberg, pionero en su género adoptado por la comunidad internacional, describe las condiciones para la realización de investigaciones en personas; en este código, quedaron expresadas 10 normas básicas, de las cuales nuestra investigación se alinea a los siguientes enunciados.⁶⁰

El consentimiento de la persona intervenida es esencial.

La investigación solo debe realizarse por personas altamente capacitadas, se debe exigir siempre el mayor grado de habilidad y de cuidado a todas las personas que conducen o participan en todas las fases del mismo.

Durante el desarrollo de la investigación, la persona intervenida podrá pedir que se suspenda, si se siente afectado, mental o físicamente para continuarlo.

Así mismo, el Código de Ética y Deontología del Colegio de Obstetras del Perú.⁶¹ que en su capítulo 4 artículo 18 menciona: *“El Obstetra debe desempeñar la función de investigación con el más alto sentido de responsabilidad, conociendo, cumpliendo y respetando la normatividad internacional y nacional que regule la investigación con seres humanos, animales y medio ambiente, basándose en los principios bioéticos, buenas prácticas clínicas, la declaración de Helsinki, la conferencia Internacional de Armonización de las Ciencias Médicas y el Reglamento de Ensayos Clínicos del Ministerio de Salud; y sucesivas declaraciones que actualicen los referidos postulados”*.

IV. RESULTADOS.

4.1. Análisis e interpretación de resultados

Tabla IV -1:

Relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y el nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada fertilita Trujillo 2021

DIMENSIONES EN ANSIEDAD		Mayor adaptación psicosocial	Menor adaptación psicosocial
Ansiedad-Estado	Alto	1.0	1.1
	Medio	1.7	1.9
	Bajo	---	---
Rho Spearman		P = 0.0461	
Ansiedad-Rasgo	Alto	0.5	0.6
	Medio	1.0	1.2
	Bajo	----	----
Rho Spearman		P = 0.4379	

Fuente: Resultados obtenidos de la muestra de estudio a través del paquete estadístico STATA 17. Los datos estadísticos es coeficiente de correlación

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO	Ansiedad estado	Ansiedad rasgo
Rho de Spearman	0.3399	0.1471
	Sig. (bilateral)	0.0461
	N	30

Fuente: Elaboración propia

En la presente tabla se observa que existe una correlación positiva entre la adaptación psicosocial y la ansiedad estado ($p < 0.05$; $p = 0.0461$), en caso contrario no existe una

correlación significativa entre la adaptación psicosocial y ansiedad rasgo ($p < 0.05$; $p = 0.4379$).

Tabla IV-2:

Nivel de adaptación psicosocial en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro a la clínica privada Fertilita Trujillo 2021.

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO	N°	%
Mayor Adaptación Psicosocial	16	53%
Deficiente Adaptación Psicosocial	14	47%
Total	30	100%

Fuente: Resultados obtenidos de la muestra de estudio a través del paquete estadístico STATA 17

En la presente tabla se observa una frecuencia de adaptación mayor psicosocial al embarazo en un 53%.

Tabla IV-3:

Nivel de ansiedad en gestantes mediante la fecundación in vitro que acudieron a la clínica privada Fertilita Trujillo 2021.

DIMENSIONES DE ANSIEDAD	NIVEL DE ANSIEDAD	N°	%
Ansiedad-Estado	Alto	19	63%
	Medio	11	37%
	Bajo	0	0%
Total		30	100%
Ansiedad-Rasgo	Alto	10	34%
	Medio	20	66%
	Bajo	0	0%
Total		30	100%

Fuente: Resultados obtenidos de la muestra de estudio a través del paquete estadístico STATA 17

En la presente tabla se observa una frecuencia en la Ansiedad-Estado en el nivel alto un 63%, nivel medio 37% y nivel bajo 0%, en lo que respecta al Ansiedad-Rasgo, se observa en el nivel alto un 34%, nivel medio 66% y nivel bajo 0%.

Tabla IV-4:

Nivel de Adaptación psicosocial al embarazo de acuerdo a las dimensiones en gestantes mediante fecundación in vitro que acudieron a la clínica privada Fertilita Trujillo 2021.

DIMENSIONES ADAPTACION PSICOSOCIAL AL EMBARAZO	MAYOR ADAPTACIÓN		MENOR ADAPTACIÓN		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Aceptación del embarazo	22	73%	8	27%	30	100
Rol de la pareja	16	53%	14	47%	30	100
Relación con la madre	23	77%	7	23%	30	100
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	24	80%	6	20%	30	100
Preocupación por el parto	20	67%	10	33%	30	100
Rol materno	29	97%	1	3%	30	100

Fuente: Resultados obtenidos de la muestra de estudio a través del paquete estadístico STATA 17

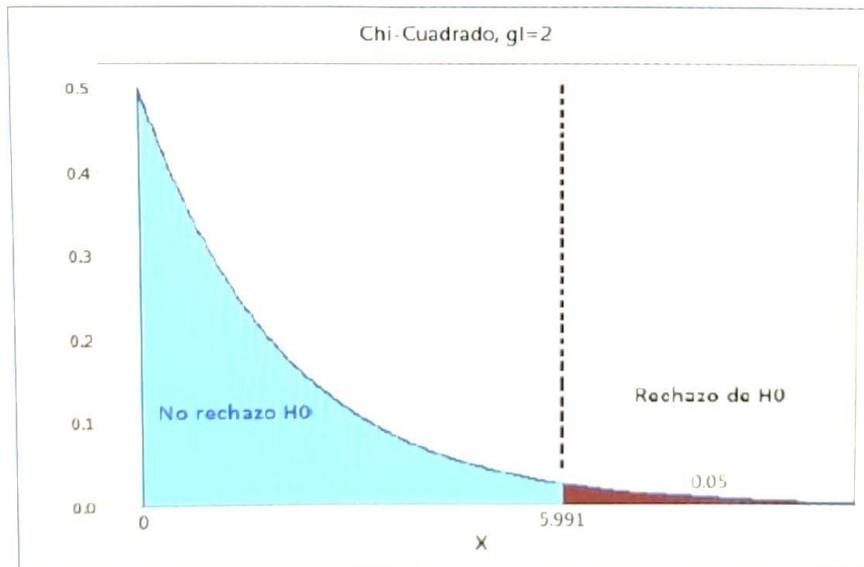
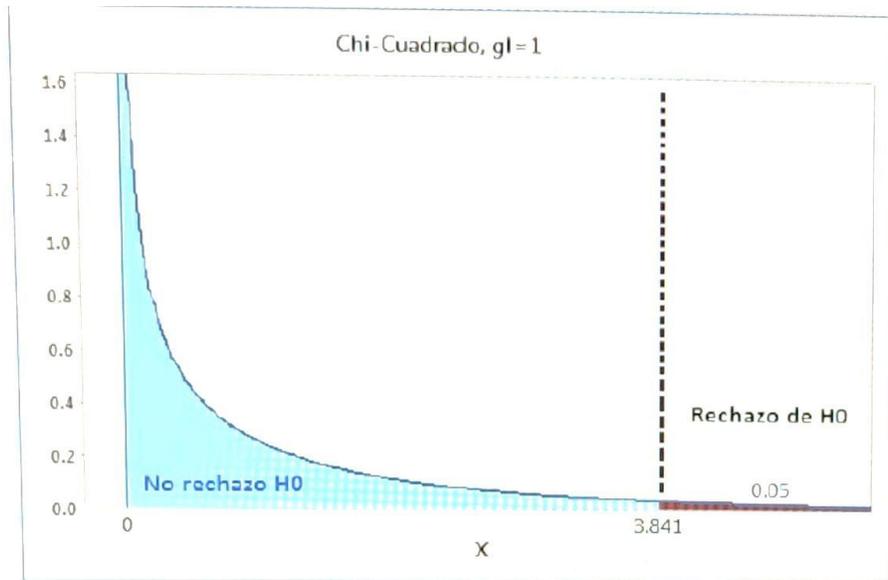
En la presente tabla se observa que existe una mayor frecuencia de adaptación psicosocial en el rol materno 97%, preocupación por el bienestar propio y del bebé 80%, relación con la madre 77% y aceptación en el embarazo 73%, en lo que respecta a una menor adaptación en mayor porcentaje se encuentra el rol de la pareja 47%, preocupación por el parto 33% y las demás dimensiones por valores menores del 3.

Prueba Chi Cuadrado

Para validar La Adaptación psicosocial al embarazo se correlaciona con y el nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro. Clínica Privada “FERTÍLITA”. Trujillo 2021. Para este contraste se consideraron los valores críticos según el grado de libertad correspondiente y el valor X^2 .

Prueba hipótesis	Independencia de variables (no relación)	Distribución	Chi Cuadrado
	Dependencia de variables (relación)	Error	5%
		Grado de Libertad	2
Zona de No rechazo	$X^2 < 5.12$	Estadístico de Prueba	3,654
Zona de Rechazo	$X^2 > 5.12$	Valor crítico	5.991

Curvas de la docimasia de hipótesis estadística:



V. DISCUSION

A continuación, se realizó la discusión y contrastación de los resultados obtenidos a partir de los instrumentos utilizados analizando su relación con los planteamientos teóricos y antecedentes ligados al tema de la presente investigación tenidos en cuenta para la realización del mismo y que tuvieron como principal objetivo determinar la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita, Trujillo.

Con respecto a la Tabla IV - 1, en los resultados obtenido, se analizó la relación existente entre la ansiedad y la adaptación psicosocial al embarazo ($p < 0.05$; $p = 0.046$); determinando una relación existente y significativa, dado porque los cambios hormonales y fisiológicos en la mujer están presentes, experimentan síntomas de náuseas, cloasma facial, vómitos, edemas en los miembros inferiores y dolores de cabeza, entre otros, es por ello que se encuentra lábil el estado de ánimo en la mujer, presentando desbalance en el estado emocional como por ejemplo la alegría de ser madre por primera vez, el sentimiento de miedo al desenlace del final del embarazo y el rol que cumplirá en ser madre, hija y esposa, es por ello que este periodo del embarazo la gestante se encuentre en una transición de mujer a ser madre, ésta transición abarca desde el primer día de embarazo hasta el posparto, la mujer experimentará a conocer sus necesidades y prioridades en donde tendrá un nuevo rol

de madre y esposa en la familia, éste cambio transicional incrementará el nivel de ansiedad, en el transcurso en que avance el embarazo, la gestante presentará mayor preocupación en el rol de bienestar del bebé y su rol como madre y mujer, estos cambios esporádicos ocasionará un cambio en las actividades diarias de la gestante en lo que se verá afectado el estado físico y mental, resultados similares obtuvo Val Noguero⁴⁹, 2022, en España realizó un estudio de la prevalencia de ansiedad en el embarazo, halló una frecuencia de ansiedad en un nivel alto en 60% seguido del nivel medio 38%, mencionando que la ansiedad está presente en un nivel significativo en el embarazo, del mismo modo Ontiveroz-Perez⁵², 2016, que realizó un estudio sobre la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad en gestantes primigestas, teniendo como resultado una relación existente ($p=0.046$, $p<0.05$), mencionando además que las gestantes primigestas a mayor ansiedad presentan menor adaptación psicosocial al embarazo, del mismo modo en México el autor Muñoz⁵³, en un estudio sobre la relación de la ansiedad y la adaptación psicosocial en el embarazo en gestantes diabéticas determinó que existe una asociación significativa entre la adaptación psicosocial y ansiedad-estado ($p=0.043$, $p<0.05$) y ansiedad rasgo ($p=0.044$, $p<0.01$), en resumen la maternidad se hace presente una transición y trastorno psicológico, en donde la gestante debe mantener y aprender a manejar una estabilidad emocional estable para evitar etapas de ansiedad, nerviosismo, pensamientos distorsionados y sentimientos de inconformidad.

Así también, en la Tabla IV - 2, en los resultados obtenido sobre el nivel de adaptación psicosocial en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in

in vitro, se obtuvo una mayor adaptación en un 53% y una deficiente adaptación psicosocial al embarazo en un 47%, los datos obtenidos existen una mínima diferencia en cuanto a mayor adaptación porque el estudio se realizó en una clínica privada, donde las embarazadas que acuden a los procedimientos in vitro reciben charlas de acerca del embarazo, presentan mejor status económico, acuden en gran mayoría a los controles prenatales y reciben ayuda de familiares directo en lo económico social, en caso contrario, aún existe una brecha en mejorar éstas atenciones, la atención psicológica aun es deficiente, es por ello el resultado obtenido en un 47% de deficiente adaptación psicosocial, ausencia de participación psicológica en las gestantes, deficiencia en la captación de embarazadas en riesgo de ansiedad y con patología de trastorno psicológico, fortalecer las charlas psicológicas para confrontar la transición del embarazo y adaptar un sistema en donde las gestantes puedan tener opciones cuando se enfrenten a desbalances emocionales, los resultados obtenidos son similares a Chávez ⁵⁶, en Chachapoyas en el año 2017, en donde evidencia una adaptación psicosocial deficiente en un 61.4% de las gestantes en donde la dimensión de rol de pareja presenta el 100% de ésta deficiencia, seguido de preocupación bienestar del bebe en un 92.9% , además concluye que la edad promedio es de 25 a 29 años donde presenta menor deficiencia de adaptación psicosocial, del mismo modo Arellano⁵⁷, en la ciudad de Lima Perú, en el año 2017, demuestra que existe una deficiente adaptación psicosocial en un 72.4% en donde la preparación para el parto es la más frecuente, y por último Chamorro⁵⁵, menciona una menor adaptación psicosocial en el

embarazo en un 60%, en donde la mayor puntuación lo obtuvo el rol y vínculo materno, además concluye que la edad promedio es de 21 a 27 años.

En la Tabla IV - 3, en los resultados obtenidos sobre el nivel de ansiedad en gestantes mediante la fecundación in vitro, se obtuvo en relación a la ansiedad-estado un nivel alto de 63% y nivel medio 37%, en lo que respecta a la ansiedad-rasgo, el nivel medio presenta un 66% y nivel alto 34%, los siguientes resultados los valores de ansiedad se encuentran en aumento, consecuentemente se representa en las gestantes trastornos psicológicos, en lo que conlleva presencia de síntomas neurológicos, como por ejemplo los vómitos, las náuseas, dolores de cabeza, insomnio, escalofríos, inseguridad en el embarazo, problemas de relaciones interpersonales con la familia y pareja entre otros, como se comentó el embarazo es un periodo de transición en donde existen cambios hormonales y físicos, en donde la gestante debe obtener a través de los profesionales de salud charlas y terapias psicológicas, para evitar trastornos psicológicos, resultados similares obtuvo Val Noguero⁴⁹ en España en el año 2022, en donde determinó la prevalencia de ansiedad durante el embarazo, evidenció que la ansiedad-estado está presente en un alto en 60%, nivel medio 38% y nivel bajo en 2%, en lo que respecta a la ansiedad-rasgo demuestra el 35% nivel medio y 65% nivel bajo, en donde concluye que la ansiedad está presente en un nivel medio-alto en las embarazadas y con mayor frecuencia entre los 22 a 28 años de edad, también en México en el año 2016 De la P⁵¹, en su estudio para determinar los niveles de ansiedad-rasgo y estado en las embarazadas, halló que

la ansiedad-rasgo presenta un nivel medio de 35% y nivel bajo 63.5% y la ansiedad-estado está presente en un nivel alto 1.6%, nivel medio de 31.7% y nivel bajo 66.7%.

Para finalizar en la Tabla IV-4, en los resultados obtenidos sobre el nivel de adaptación psicosocial al embarazo según las sus dimensiones las gestantes que acudieron a fecundación in vitro, se halló en mayor frecuencia de adaptación psicosocial al rol materno en un 97%, preocupación por el bienestar propio y del bebé 80%, relación con la madre 77% y aceptación en el embarazo 73%, en lo que respecta a una menor adaptación en mayor porcentaje se encuentra el rol de la pareja 47%, preocupación por el parto 33% y las demás dimensiones por valores menores del 30%, los resultados reflejan que está presente un porcentaje gradual en la deficiencia de adaptación psicosocial, porque se evidencia que la paciente embarazada sin preparación psicológica y terapias de profesionales de la salud no están aptas para confrontar la maternidad, y la situación imprevista en mucho de las gestantes desencadena una serie de frustraciones y alteraciones psicológicas, las gestantes en la transición del embarazo por razones de alteración hormonales generan pensamientos negativos acerca del rol materno, en no poder cumplir el 100% de las expectativas, además de presentar un rol de pareja deficiente, en donde la familia y el esposo y/o pareja deben apoyar emocionalmente a la embarazada, resultados similares obtuvieron Chamorro⁵⁵, en la ciudad de Lima que evidencia que la mayor frecuencia de menor adaptación en el embarazo se debe una mayor puntuación en el rol y vínculo materno, en concordancia con Chávez⁵⁶, en donde hace referencia a la

adaptación psicosocial deficiente se debe a la relación la pareja en un 100%, seguido del bienestar del bebé 92.9%.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación significativa entre la adaptación psicosocial del embarazo y el nivel de ansiedad en las mujeres que acuden al procedimiento de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita Trujillo 2021.
2. La adaptación psicosocial al embarazo en las mujeres que acuden a la fecundación in vitro existe un mayor porcentaje del 53% en mayor adaptación y un 47% en menor adaptación psicosocial al embarazo.
3. El nivel de ansiedad en las gestantes que acudieron a la fecundación in vitro, en la ansiedad-estado presenta un nivel alto 63%, nivel medio 37% y ansiedad-rasgo presenta un nivel alto 34% y nivel medio 66%.
4. El nivel de adaptación psicosocial al embarazo, las dimensiones más frecuentes en mayor adaptación se halla el rol materno 97%, preocupación bienestar propio y del bebé 80% y relación con la madre 77%, y en menor adaptación el rol de pareja 47% y preocupación por el parto 33% las demás dimensiones por valores menores del 30%.

RECOMENDACIONES

1. Realizar diversas actividades multisectoriales dirigido por el servicio de salud mental en coordinación con el servicio de obstetricia en la clínica privada Fertilita, para las gestantes así fortalecer los programas de prevención de trastornos psicológicos durante el embarazo.
2. Capacitaciones y charlas a los miembros de salud de la clínica privada Fertilita, en el servicio de obstetricia sobre el manejo de adaptación y apoyo en el embarazo, que favorecerá mejorar el vínculo de apego entre la madre y el hijo, el rol materno y el rol de la pareja, con ello se garantizará una mejor adaptación al embarazo.
3. Promover y garantizar a la clínica Privada Fertilita a través del servicio de gineco-obstetricia de, la creación de programas de salud destinado a la salud mental en las embarazadas, con el apoyo directo del personal de salud capacitado en alteraciones mentales, para evitar el trastorno de ansiedad en las gestantes.
4. Promover e Informa a la clínica Privada Fertilita mediante redes de apoyo social a través del área de imagen y comunicación social de la institución para fortalecer la adaptación psicosocial al embarazo en las gestantes, en cual mejorara su rol materno.
5. Se recomienda a otros investigadores, que se realice estudios sobre el tema a fin de establecer estudios comparativos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rodríguez PDD. Esterilidad e infertilidad: diagnóstico y tratamiento. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria [Internet]. 2022;29(2):70–3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2021.03.009>.
2. Diccionario de la Real Academia Española. 15ª ed. España: Asociación Cultural Galeón de Manila; 2016;25(3):20–3. Disponible en: <https://dle.rae.es/.com>.
3. De la Torre Montero JC. La esterilidad en la Historia. Sufrirla, comprenderla y superarla. 2018 [citado el 5 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/26824>.
4. Ascenso Palacio A, Jefferson Cortez L. La reproducción humana en el Perú. Rev. Perú gineco obste [Internet]. 2021;67(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31403/rpgo.v67i2336>.
5. Lepage J, Epelboin S. Primera consulta de la pareja infértil y estudio de infertilidad. EMC - Tratado Med [Internet]. 2019;23(1):1–7. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410\(18\)41696-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1636-5410(18)41696-0).
6. Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y, Quirós Figueroa L. Infertilidad y factores que favorecen su aparición. Rev Medica Sinerg [Internet]. 2020;5(5): e485. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31434/rms.v5i5.485>.
7. Enguer Gosálbez P, Ramón Fernández F. Dilemas bioéticos y jurídicos de la reproducción asistida en la sociedad actual en España. Rev Latinoam Biot [Internet]. 2017;18(34–1):104–35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/r/bi.3160>.
8. Álvarez N, Alfonso L, Rodríguez M. Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. Electrónica Medimay [Internet]. 2019; 26 (1): 75-87.
9. Pulla LAÁ, Villacis CJC, Arias JIG, García EAC, Merino RMP. Causas y consecuencias de la infertilidad en las mujeres- Guayaquil 2011.Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento, ISSN 2588-073X.Vol.5, Nº.3, págs.324/332.Disponible: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=962>.

10. Flores Castro H, Mendoza A, Martinez L, González I, De León R. Estresores vinculados a la infertilidad en mujeres y hombres que inician un tratamiento de reproducción asistida en la Clínica de la Pareja Infértil del Departamento de Investigación en Salud Sexual y Reproductiva. Rev Med Panamá. Disponible: <http://dx.doi.org/10.37980/im.journal.rmdp.20201717>.
11. Sánchez E JL, Vélez AKZ, Pontón AMD, Cevallos GPT, Barahona RER, Santos BEP. Consecuencias y alternativas para las mujeres con problemas de infertilidad Guayaquil-2015. Disponible: [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(3\).septiembre.2019.1572-1585](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(3).septiembre.2019.1572-1585).
12. Bakkensen JB, Goldman KN. Women's preventive services initiative: fertility counseling overlooked. Am J Obstet Gineco [Internet];226(4):524–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.100>.
13. Stanford JB, Willis SK, Hatch EE, Rothman KJ, Wise LA. Fecundability in relation to use of fertility awareness indicators in a North American preconception cohort study. Fertile Steril [Internet]. 2019;112(5):892–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.06.036>.
14. Donnez J, Dolmans M-M. Fertility preservation in men and women: ¿Where are we in 2021? Are we rising to the challenge? Fertile Steril [Internet]. 2021;115(5):1089–90. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.03.028>.
15. Ombelet W, van Eekelen R, McNally A, Ledger W, Doody K, Farquhar C. Should couples with unexplained infertility have three to six cycles of intrauterine insemination with ovarian stimulation or in vitro fertilization as first-line treatment? Fertil Steril. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.10.029>.
16. Pérez Agudelo LE. Anovulación y amenorrea secundaria: enfoque fácil y práctico. Rev Med. Vol. 28 Núm. 2 (2020): julio – diciembre. Pag:280-360. Disponible: <http://dx.doi.org/10.18359/rmed.4853>.
17. Chillarón JJ, Climent E, Llauradó G, Ballesta S, Flores JA. Hipotiroidismo subclínico. FMC - Form Médica Contin Aten Primaria. Vol. 29. Núm. 3.páginas 119-122, (Marzo-2022). Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2021.04.008>.

18. Neveu M-E, Sauvan M, Debras E, Buchholz H, Vigoureux S, Pourcelot A-G, et al. Cirugía de la esterilidad tubárica distal. EMC - Ginecol-Obstet. Vol. 49. Núm. 3.páginas:119-122.Disponible: [http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x\(21\)45125-8](http://dx.doi.org/10.1016/s1283-081x(21)45125-8).
19. Olmedo WWS, Plúas MZC, Rodríguez NAM, Gómez GSP. Hallazgos de histerolaparoscopia en pacientes infertile de un hospital de tercer nivel en el año 2016. jah [Internet]. 2021 [citado el 5 de mayo de 2022];4(2):45–55. Disponible en: <https://doi.org/10.37958/jah.v4i2.97>.
20. Jorgensen H, Fedorchak P, Isaacson K, Tevonian E, Xiao A, Beste M, et al. Endometrial cytokines in patients with and without endometriosis evaluated for infertility. Fertil Steril [Internet]. 2022;117(3):629–40. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.11.024>.
21. Yun J, Choi YS, Lee I, Won YB, Lee JH, Seo SK, et al. Comparison of congenital malformations among babies born after administration of letrozole or clomiphene citrate for infertility treatment in a Korean cohort. Reprod Toxicon [Internet]. 2018; 82:88–93. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reprotox.2018.10.006>.
22. Tandulwadkar SR. 1475 laparoscopic intracapsular myomectomy for deep intramural myomas in infertile women. J Minim Invasive Gynecology [Internet]. 2019;26(7):S119–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2019.09.141>.
23. Debras E, Neveu M-E, Capmas P, Fernandez H. Mioma e infertilidad. EMC - Ginecol-Obstet [Internet]. 2022;58(1):1–12. Disponible: [https://oa.mg/work/10.1016/s1283-081x\(22\)46051-6](https://oa.mg/work/10.1016/s1283-081x(22)46051-6).
24. Xiropotamou O, Tsili AC, Astrakas L, Ntorkou A, Maliakas V, Sofikitis N, et al. A preliminary study of the biochemical environment of infertile testes with clinical varicocele. Eur J Radiol [Internet]. 2020;127(108989):108989. Disponible:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejrad.2020.108989>.
25. Minhas S, Bettocchi C, Boeri L, Capogrosso P, Carvalho J, Cilesiz NC, et al. European Association of Urology guidelines on male sexual and reproductive health: 2021 update on male infertility. Eur Urol [Internet]. 2021;80(5):603–20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2021.08.014>.

26. Hamdouni W, Bchir S, Abidi M, Boukhrissa N, Ktari K, Saad H. Right-sided varicocele thrombosis complicating an acute epididymo-orchitis: A case report and review of the literature. *Urol Case Rep* [Internet]. 2021;39(101710):101710. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eucr.2021.101710>.

27. Deebel NA, Bradshaw AW, Sadri-Ardekani H. Infertility considerations in Klinefelter syndrome: From origin to management. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metabolica*. Año2020. Paginas:34-45. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.beem.2020.101480>.

28. Capogrosso P, Jensen CFS, Rastrelli G, Torremade J, Russo GI, Raheem AA, et al. Male Sexual Dysfunctions in the Infertile Couple-Recommendations from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *Sex Med* [Internet]. 2021;9(3):100377. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100377>.

29. Khedri A, Farahmandi AY, Moghavelah M, Baghbani KA, Khoob SN, Moghbelinejad S, et al. TG12-T5-V470 haplotype in the CFTR gene is associated with non-obstructive azoospermia in Iranian infertile men. *Gene Rep* [Internet]. 2021;23(101095):101095. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genrep.2021.101095>

30. Carson A, Webster F, Polzer J, Bamford S. The power of potential: Assisted reproduction and the counterstories of women who discontinue fertility treatment. *Med*. paginas:282-300. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114153>

31. Ségade-Bourgeois O, Drouineaud V, Golse B, Beauquier-Maccotta B. Insemination artificielle avec spermatozoïdes de donneur (IAD): quels enjeux pour le couple conjugal *Neuropsychiatry Enfant. Adolesc*. Año2020; paginas y volumen:68(5):231–6. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2020.05.008>

32. Kanakasabapathy MK, Hammer KC, Dickinson K, Veiga C, Kelly F, Thirumal Raju P, et al. Using artificial intelligence to avoid human error in identifying embryos. *Fertil Steril* [Internet]. 2020;113(4): e45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.02.098>

33. Sciorio R, Aiello R, Irollo AM. Review: Preimplantation genetic diagnosis (PGD) as a reproductive option in patients with neurodegenerative disorders. *Reprod Biol* [Internet]. 2021;21(1):100468. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.repbio.2020.100468>.
34. Guo DP, Hwang K. Optimizing fertility preservation with microscopic onco-testicular sperm extraction. *Fertil Steril* [Internet]. 2018;109(4):625–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.02.010>.
35. Sauer MV. Revisiting the early days of oocyte and embryo donation: relevance to contemporary clinical practice. *Fertil Steril* [Internet]. 2018;110(6):981–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.09.005>.
36. Brannigan RE, Fantus RJ, Halpern JA. Fertility preservation in men: a contemporary overview and a look toward emerging technology. *Fertil Steril* [Internet]. 2021;115(5):1126–39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.03.026>.
37. Whynott RM, Summers KM, Mejia R, Segre L, Ryan GL, Pawlak S. Creating affiliations, learning, and mindfulness for in vitro fertilization patients (calm ivf). *Fertil Steril* [Internet]. 2021;116(3): e30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.07.090>.
38. Sunderam S, Boulet SL, Kawwass JF, Kissin DM. Comparing fertilization rates from intracytoplasmic sperm injection to conventional in vitro fertilization among women of advanced age with non-male factor infertility: a meta-analysis. *Fertil Steril* [Internet]. 2020;113(2):354-363.e1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2019.09.035>.
39. Sadak F, Saadat M, Hajiyavand AM. Real-time deep learning-based image recognition for applications in automated positioning and injection of biological cells. *Comput Biol Med* [Internet]. 2020; 125:103976. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.combiomed.2020.103976>.
40. Nixon B, Cafe SL, Eamens AL, De Iuliis GN, Bromfield EG, Martin JH, et al. Molecular insights into the divergence and diversity of post-testicular maturation strategies. *Mol Cell Endocrinol* [Internet]. 2020;517(110955):110955. Disponible: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mce.2020.110955>.

41. Lip worth H, Melamed N, Berger H, Geary M, McDonald SD, Murray-Davis B, et al. Maternal weight gain and pregnancy outcomes in twin gestations. *Am J Obstet Gynecology* [Internet]. 2021;225(5): 532.e1-532.e12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2021.04.260>.
42. Perak AM, Lancki N, Kaung A, Labarthe DR, Allen NB, Shah SH, et al. Associations of gestational cardiovascular health with pregnancy outcomes: the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome study. *Am J Obstet Gynecology* [Internet]. 2021;224(2): 210.e1-210.e17. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.07.053>.
43. McCullough DC, McKinney JA, Patel J, Best K, Wiggins JM, Sanchez-Ramos L. Nausea and vomiting during pregnancy, nystagmus, ataxia, and maternal brain injury. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2022.03.061>.
44. Raina J, El-Messidi A, Badeghiesh A, Tulandi T, Vi-Nguyen T, Suarhana E. Pregnancy hypertension and its association with maternal anxiety and mood disorders. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2022;226(1): S255–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2021.11.431>.
45. Kazemi A, Torabi M, Abdis M. Adjustment toward infertility mediates the relationship between coping, depression and anxiety in men: A confirmatory analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2021; 258:48–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2020.12.049>
46. Santhinatha H, Chelladurai R, Gopinath PM, Venkatesh D, Jayadevan VS, Chokkalingam PV. Effect of music therapy on anxiety levels among infertile women undergoing ivf procedures: A randomized control trial. *Fertil Steril* [Internet]. 2021;116(3): e360. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2021.07.967>.
47. Donarelli Z, Lo Coco G, Gullo S, Marino A, Volpes A, Salerno L, et al. Infertility-related stress, anxiety and ovarian stimulation: ¿can couples be reassured about the effects of psychological factors on biological responses to assisted reproductive technology Report Biomed Soc Online [Internet]. 2016; 3:16–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbms.2016.10.001>.
48. Kim M, Kim S, Chang S-B, Yoo J-S, Kim HK, Cho JH. Effect of a mind-body

- therapeutic program for infertile women repeating in vitro fertilization treatment on uncertainty, anxiety, and implantation rate. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* [Internet]. 2014;8(1):49–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anr.2014.02.002>.
49. Gentile G, Ferreccio C, Scaruffi P, Remorgida V, Anserini P. Impacto of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilización. *Ginecológica Endocrinología* [Internet]. 2019; 35: 1-5. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575>.
 50. Álvarez N, Alfonso L, Rodríguez M. Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. *Electrónica Medimay* [Internet]. 2019; 26 (1): 75-87.
 51. García-Blanco A, Diago V, Hervás D, Ghosn F, Vento M, Cháfer-Pericás C. Anxiety and depresiva symptoms, and stress biomarkers in pregnant women after in vitro fertilization: a prospective cohort study. *Human Reproducción*. 2018 [Citado el 10 de septiembre de 2021]; 33 (7): 1237-1246. Disponible en: <https://academic.oup.com/humrep/article/33/7/1237/5001646?login=true>.
 52. Patel, A., Sharma, P. S. V. N., Kumar, P., & Binu, V. S. (2018). Illness cognitions, anxiety, and depresión in men and women undergoing fertility treatments: A dyadic aproche. *Jornal of human reproductive sciences*, 11(2), 180. Disponible en: https://doi.org/10.4103/jhrs.JHRS_119_17.
 53. Aba y. A., Avci, D., Guzel, Y., Ozcelik, S. K., & Gurtekin, B. (2017). Effect of music terapia on the anxiety levels and pregnancy rate of women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer: A randomized controlled trial. *Applied nursing research*, 36, 19-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.005>.
 54. Lakatos E, Szigeti J.F, Ujm P.P. et al. Anxiety and depresión among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health* 17, 48 (2017). Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>.
 55. Conteras-García Y, Jara-Riquelme V, Manríquez-Vidal C. Descripción de niveles de ansiedad, desesperanza y autoestima en un grupo de mujeres chilenas con diagnóstico de infertilidad primaria: un estudio piloto. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 2016; 67 (1): 50-60.

56. Ontiveros-Pérez M, López-España J. Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. Bol Clin Hosp Infant Edo Son. 2010; 27(2): 92-98.
57. Arellano M. Adaptación psicosocial al embarazo en usuarias de fecundación in vitro que acuden a una clínica privada de Lima, 2017. Tesis de licenciatura-Lima Universidad Nacional Mayor San Marcos; 2017.
58. Hernández R, Fernández C, Baptista P; Metodología de la Investigación, cuarta edición; Editorial Mc Braw-Hill InterAmerican. México, 2005, p 270 – 271.
59. Amaro J, Gonzales María E: I consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. Rev Cuba Med Mil [internet]. 1998; 27 (1):54-61. Disponible:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65571998000100010&lng=es .
60. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont-Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. [Internet]. s/f. consultado el 15 de mayo 2021. Disponible: http://www.conbioeticamexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatividadinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf.
61. Código de Etica y Deontologia Profesional del Colegio de Obstetricas del Peru.Lima-1997.Citado el 8 de julio del 2022.Disponible: <http://www.unjbg.edu.pe/faob/pdf/codigoetica.pdf>.
62. Colegio de Obstetras de Perú, Compendio de Normas, VI Edición, Lima, 2012, paginas :75 – 76.
63. Lili claudina Bazán Izquierdo. Adaptación, validez y fiabilidad del inventario ansiedad rasgo estado para adultos de la ciudad de Trujillo. Revista de investigación en Psicología. Año 18-06-21.

ANEXOS

ANEXO N°1:

RELACIÓN ENTRE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS PROCEDIMIENTOS DE FECUNDACIÓN IN VITRO EN LA CLÍNICA PRIVADA “FERTÍLITA”, TRUJILLO – 2021

Instrumento de recolección de datos:

N° de Ficha: 01			
<i>Marcar con una x o completar</i>			
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	Edad	__ años	
	Estado civil	Casada	
		Soltera	
		Conviviente	
		Otro	
	Grado de instrucción	Sin instrucción	
		Primaria incompleta	
		Primaria completa	
		Secundaria incompleta	
		Secundaria completa	
		Superior incompleta	
		Superior completa	
	Ocupación	Estudiante	
		Ama de casa	
		Comerciante	
		Otro	
	Lugar de nacimiento		
	Luar de procedencia		
DATOS OBSTETRICOS	Formula obstétrica	G_0_P_0/_0/_0/_0	
	Tipo de embarazo		

	FUM		
	Edad gestacional		
	Número de abortos espontáneos		
	Número de abortos provocados		
	Cesáreas anteriores		
	Antecedentes obstétricos familiares patológicos		
	Antecedentes obstétricos personales patológicos		
DATOS REPRODUCTIVOS	Menarquia		
	Inicio de relaciones sexuales		
	Régimen Catamenial		
	Número de parejas sexuales		
	Uso de métodos anticonceptivos		
	Tipo de anticonceptivo empleado		
	Patologías ginecológicas		
DATOS DE LA PAREJA	Edad		
	Ocupación	Estudiante	
		Desocupado	
		Informal	
		Eventual	
		Trabajo permanente	
Patologías previas			
DATOS DE LA FERTILIDAD	Antecedentes familiares de infertilidad		
	Causa de la infertilidad		
	Tiempo de intento de concepción natural		

	Tiempo de intento de concepción asistida	
	Número de intentos previos al embarazo actual	
	Técnicas previas empleadas	
	Fecha de única/última intervención	
	Técnica única/última empleada	

Cuestionario de Autoevaluación Prenatal

(Adaptado de Prenatal Self-Evaluation Questionnaire-PSEQ)

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas. Lea detenidamente cada una de las siguientes afirmaciones y escoja la respuesta que mejor describa sus sentimientos. En la columna de la derecha, señale con una cruz la casilla correspondiente teniendo en cuenta que:

A = Mucho **B** = Con frecuencia **C** = A veces **D** = Nunca

		AFIRMACIÓN	PUNTUACIÓN			
			A	B	C	D
	A E	1. Creo que éste es un buen momento para quedarme Embarazada				
	A E	2. Puedo tolerar las molestias de mi embarazo				
	R P	3. Mi pareja y yo hablamos del/los bebé(s) que espero				
	R P	4. Mi pareja me tranquiliza cuando me ve agobiada				
	R M	5. Mi madre está ilusionada con el/los bebé(s) que Espero				
R	P B	6. Me preocupa que mi(s) bebé(s) pueda(n) tener anomalías				
R	P B	7. Pienso en lo peor cuando me duele algo				

	R M	8. Mi madre está contenta con mi embarazo				
	R M	9. Mi madre me da buenos consejos				
	R P	10. A mi pareja le gusta hablar conmigo sobre mi Embarazo				
	P P	11. Estoy bien informada de lo que me espera en mi parto				
	R M	12. Se me hace fácil hablar con mi madre sobre mis Problemas				
	R P	13. Con mi pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
R	P B	14. No dejo de pensar en los problemas que mi(s) bebé(s) pueda(n) tener				
	R M	15. Mi madre ya espera a su(s) nieto(s)				
	R P	16. Mi pareja me ayuda en casa cuando lo necesito				
	R P	17. Puedo contar con el soporte de mi pareja durante mi parto				
R	PB	18. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en mi Parto				
R	R M	19. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a Menudo				
	PP	20. Estoy preparada para mi parto				
R	PB	21. Me angustian las posibles complicaciones de mi parto				
	PP	22. Pienso que podré resistir las incomodidades de mi parto				
	R P	23. En el momento de tomar decisiones, con mi pareja siempre nos ponemos de acuerdo				
	R M	24. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí Misma				
	PP	25. Me siento bien informada sobre mi parto				
R	PB	26. Me preocupa que algo pueda ir mal en mi parto				
R	AE	27. Me cuesta creer que haya logrado mi embarazo				
	R M	28. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi Manera				
	AE	29. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				

R	R M	30. Mi madre critica mis decisiones				
R	PB	31. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en mi parto				
	R P	32. Puedo contar con mi pareja para compartir el cuidado de mi(s) bebé(s) hasta que haya(n) nacido				
	MI	33. Ya siento que amo a mi(s) bebé(s)				
	MI	34. Creo que puedo ser una buena madre				
	MI	35. Tengo la sensación de que disfrutaré de mi(s) bebé(s)				
	MI	36. Estoy feliz con mi embarazo				

AE: Aceptación del embarazo; **MI:** Rol materno; **RM:** Relación con la madre; **RP:** Relación con la pareja; **PP:** Preparación para el parto; **PB:** Preocupación por el bienestar propio y del bebé.

R: Invertir la puntuación del ítem para la corrección.

INVENTARIO DE LA ANSIEDAD RASGO-ESTADO

(IDARE, VERSIÓN EN ESPAÑOL DEL STAI – STATE TRAIT ANXIETY INVENTORY)

Inventario de Autoevaluación

Edad: _____

Sexo: _____

Estado Civil: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque con una "X" cómo se siente ahora mismo, o sea, en este momento. No hay respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa a sus sentimientos ahora.	<i>Casi nunca</i>	<i>Algunas</i>	Frecuentemente	Casi siempre
		<i>veces</i>		

1. Me siento Calmado (a)				
2. Me siento seguro (a)				
3. Estoy tenso (a)				
4. Estoy Disgustado (a)				
5. Estoy conforme				
6. Me siento alterado (a)				
7. Estoy preocupado (a) actualmente por un posible contratiempo				
8. Me siento como si estuviera descansado (a)				
9. Me siento ansioso (a)				
10. Me siento cómodo (a)				
11. Siento confianza en mí mismo.				
12. Me siento nervioso (a)				
13. Me siento agitado (a)				
14. Me siento “a punto de explotar”				
15. Me siento relajado(a)				
16. Me siento satisfecho (a)				
17. Estoy preocupado (a)				
18. Me siento muy excitado (a) y aturdido (a)				
19. Me siento alegre				
20. Me siento tranquilo (a)				

ANEXO N°2:

RELACIÓN ENTRE LA ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO Y NIVEL DE ANSIEDAD EN MUJERES QUE ACUDEN A LOS PROCEDIMIENTOS DE FECUNDACIÓN IN VITRO EN LA CLÍNICA PRIVADA “FERTÍLITA”, TRUJILLO – 2021

Confiabilidad De Instrumento

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1.2	0.4
P2	3	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	0.44
P3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1.2	0.17
P4	1	1	3	2	1	1	2	1	3	1	1.6	0.71
P5	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1.4	0.48
P6	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2.3	0.23
P7	3	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2.8	0.4
P8	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1.4	0.71
P9	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1.4	0.48
P10	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1.5	0.5
P11	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1.5	0.5
P12	2	3	3	2	3	2	3	2	1	1	2.2	0.62
P13	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1.5	0.27
E14	2	2	2	3	2	2	3	2	4	3	2.5	0.5
E15	1	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1.4	0.48
E16	1	2	1	2	1	2	2	1	3	2	1.7	0.45
P17	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1.4	0.26
E18	2	2	3	3	4	2	3	2	2	2	2.5	0.5
E19	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2.1	0.1
E20	3	1	3	1	1	2	3	1	2	3	2	0.88
E21	3	2	2	2	4	2	3	2	3	2	2.5	0.5
E22	3	1	2	3	1	2	3	2	1	2	2	0.66
E23	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1.6	0.48
E24	1	3	4	3	3	1	3	2	1	1	2.2	1.28
E25	2	1	1	1	1	2	3	1	2	2	1.6	0.48
E26	2	2	2	3	4	2	3	2	3	2	2.5	0.5
E27	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	3.1	0.32
E28	1	2	4	2	3	1	3	3	4	2	2.5	1.16
E29	2	3	4	4	4	3	3	4	2	3	3.2	0.62
E30	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0.22
E31	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2.3	0.23
E32	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1.4	0.26
E33	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
E34	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1.4	0.48
E35	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
E36	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
Puntaje total	62	59	78	70	64	55	83	62	74	65	67.2	78.4

\sum de varianza	16.71
Alfa de Cronbach	0.87

Confiabilidad De Alfa De Cronbach Del Instrumento: Cuestionario De Autoevaluación Prenatal

(Adaptado) – DIMENSIÓN ACEPTACIÓN DEL EMBARAZO

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1.2	0.4
P2	3	2	1	3	1	2	2	2	2	2	2	0.44
P27	3	3	4	3	3	2	3	3	4	3	3.1	0.32
P29	2	3	4	4	4	3	3	4	2	3	3.2	0.62
Puntaje total	9	9	10	11	9	8	9	10	9	11	9.5	0.94
\sum de varianza												1.79
Alfa de Cronbach												0.98

Confiabilidad De Alfa De Cronbach Del Instrumento: Cuestionario De Autoevaluación Prenatal

(Adaptado) – Dimensión preparación para el parto

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P11	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1.5	0.5
P20	3	1	3	1	1	2	3	1	2	3	2	0.89
P22	3	1	2	3	1	2	3	2	1	2	2	0.67
P25	2	1	1	1	1	2	3	1	2	2	1.6	0.49
Puntaje total	10	4	7	6	4	7	11	5	7	10	7.1	6.32
\sum de varianza												2.54
Alfa de Cronbach												0.66

Confiabilidad De Alfa De Cronbach Del Instrumento: Cuestionario De Autoevaluación Prenatal

(Adaptado) – Dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P6	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	2.3	0.23
P7	3	2	3	3	2	3	3	2	4	3	2.8	0.4
P14	2	2	2	3	2	2	3	2	4	3	2.5	0.5
P18	2	2	3	3	4	2	3	2	2	2	2.5	0.5
P21	3	2	2	2	4	2	3	2	3	2	2.5	0.5
P26	2	2	2	3	4	2	3	2	3	2	2.5	0.5
P31	2	2	2	3	2	2	3	2	3	2	2.3	0.23
Puntaje total	16	14	16	20	21	15	20	14	22	16	17.4	9.16
\sum de varianza												2.87
Alfa de Cronbach												0.87

Confiabilidad De Alfa De Cronbach Del Instrumento: Cuestionario De Autoevaluación Prenatal

(Adaptado) - Dimensión rol materno

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P33	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
P34	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	1.4	0.49
P35	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
P36	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1.1	0.1
Puntaje total	5	4	4	4	4	4	8	6	4	4	4.7	1.79
\sum de varianza												0.79
Alfa de Cronbach												0.61

Confiabilidad De Alfa De Cronbach Del Instrumento: Cuestionario De Autoevaluación Prenatal

(Adaptado) – Dimensión relación con la madre

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P5	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	1.4	0.49
P8	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1.4	0.71
P9	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	1.4	0.49
P12	2	3	3	2	3	2	3	2	1	1	2.2	0.62
P15	1	1	3	1	1	1	2	2	1	1	1.4	0.49
P19	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2.1	0.1
P24	1	3	4	3	3	1	3	2	1	1	2.2	1.29
P28	1	2	4	2	3	1	3	3	4	2	2.5	1.17
P30	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1.4	0.22
Puntaje total	14	17	27	17	17	12	19	16	14	13	16.6	18.04
Σ de varianza												5.58
Alfa de Cronbach												0.76

Confiabilidad De Alfa De Cronbach Del Instrumento: Cuestionario De Autoevaluación Prenatal

(Adaptado) – Dimensión relación con la pareja

Coeficiente de alfa de Cronbach												
Encuestadas												
Preguntas o ítems	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	Media	Varianza
P3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1.2	0.18
P4	1	1	3	2	1	1	2	1	3	1	1.6	0.71
P10	1	2	2	1	1	1	2	1	3	1	1.5	0.5
P13	1	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1.5	0.28
P16	1	2	1	2	1	2	2	1	3	2	1.7	0.46
P17	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	1.4	0.27
P23	1	2	3	1	1	1	2	2	2	1	1.6	0.49
P32	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1.4	0.27

Puntaje total	8	11	14	12	9	9	16	11	18	11	11.9	10.32
∑ de varianza											3.14	
Alfa de Cronbach											0.76	

Ficha de recolección de datos, alfa Cronbach

ALFA DE CRONBACH: Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach se utiliza el siguiente procedimiento:

$$K \quad Si$$

$$\alpha = \frac{\sum Si}{K - 1} \times \left(1 - \frac{1}{Sx} \right)$$

Dónde:

α : Coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario. K: Número de ítems del instrumento.

Si : Sumatoria de las varianzas de los ítems.

Sx : Varianza total del instrumento.

Reemplazando datos:

$$\frac{10}{16.71}$$

$$\alpha = \frac{10}{10 - 1} \times \left(1 - \frac{1}{78.4} \right)$$

$$a = 0.80$$

Coeficiente de Correlación	Magnitud
0,70 a 1,00	Muy fuerte
0,50 a 0,69	Sustancial
0,30 a 0,49	Moderada
0,10 a 0,29	Baja
0,01 a 0,09	Depreciable

INVENTARIO DE ANSIEDAD-RASGO

Confiabilidad Y Validez Del Instrumento

Validez De Contenido: Prueba Binomial Juicio De Expertos

Se ha considerado lo siguiente:

1 (SI) = De acuerdo

0 (NO) = En desacuerdo

CRITERIOS	N° de Jueces					p
	1	2	3	4	5	
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1	1	1	1	1	0.03125
El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio.	1	1	1	1	1	0.03125
3. La estructura del instrumento es adecuada.	1	1	1	1	1	0.03125
Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (Claros y entendibles)	1	1	0	1	0	0.3125
Los ítems (preguntas) del instrumento responden a la Operacionalización de la variable.	1	1	1	1	1	0.03125
La secuencia presentada facilita el Desarrollo del instrumento.	1	1	1	1	1	0.03125
7. Las categorías de cada indicador son suficientes	1	1	0	1	0	0.3125
El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación.	1	1	1	1	1	0.03125

En el cuadro se muestra el juicio de 5 expertos respecto al instrumento evaluado, según los criterios señalados, teniendo como premisa que un valor $p < 0.05$, significa que existe evidencia significativa para determinar la concordancia entre los jueces expertos.

Los resultados muestran que existe concordancia favorable entre los 5 jueces expertos sobre los ítems 1, 2, 3, 5, 6 y 8; no obstante, los ítems 4 y 7 no mostraron concordancia, por ello se realizaron las sugerencias de los expertos para mejorar la secuencia al momento del desarrollo del instrumento.

ALFA DE CRONBACH

Para el cálculo del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach se utiliza el siguiente procedimiento

Dónde:

α : Coeficiente de confiabilidad de la prueba o cuestionario.

K: Número de ítems del instrumento.

Si: Sumatoria de las varianzas de los ítems.

Sx: Varianza total del instrumento.

Reemplazando datos:

Coeficiente de Correlación	Magnitud
0,70 a 1,00	Muy fuerte
0,50 a 0,69	Sustancial
0,30 a 0,49	Moderada
0,10 a 0,29	Baja
0,01 a 0,09	Despreciable

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \times \left(1 - \frac{Si}{Sx} \right)$$

$$\alpha = \frac{10}{10 - 1} \times \left(1 - \frac{16.71}{78.4} \right)$$

Resultados:

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado): 0.87

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión aceptación del embarazo: 0.98

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión preparación para el parto: 0.66

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé: 0.87

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) - dimensión rol materno: 0.61

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión relación con la madre: 0.76

Confiabilidad de alfa de Cronbach del instrumento: cuestionario de autoevaluación prenatal (adaptado) – dimensión relación con la pareja: 0.76

Prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL	0.637	30	0.000
ANSIEDAD ESTADO	0.612	30	0.000
ANSIEDAD RASGO	0.597	30	0.000

En la tabla se puede observar, que adaptación psicosocial, ansiedad-estado y ansiedad-rasgo presentan una distribución no normal, por lo que se recomienda el uso de un estadístico no paramétrico.

ANEXO N°3:

Relación Entre La Adaptación Psicosocial Al Embarazo Y Nivel De Ansiedad En Mujeres Que Acuden A Los Procedimientos De Fecundación In Vitro En La Clínica Privada “Fertílita”, Trujillo – 2021

Consentimiento informado para participar voluntariamente en la Investigación Relación Entre La Adaptación Psicosocial Al Embarazo Y Nivel De Ansiedad En Mujeres Que Acuden A Los Procedimientos De Fecundación In Vitro En La Clínica Privada “Fertílita”, Trujillo – 2021, virtual a través de formulario de Google:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de la carrera de Obstetricia de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) de la ciudad de Trujillo. Estamos realizando una investigación titulada “Relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada “FERTÍLITA”, Trujillo – 2021” y quisiéramos contar con su apoyo resolviendo unos cuestionarios. Toda la información es confidencial y los datos serán para uso exclusivo de esta investigación.

Investigadoras:
Bach. Alayo Burgos Rosmery Guadalupe
Bach. Alva Burgos Anghela Carlita

 andreamendozapsi@gmail.com (no se comparten)
[Cambiar cuenta](#) 

*Obligatorio

He leído el procedimiento descrito. Las investigadoras me han explicado el estudio y ha contestado todas mis preguntas. *

Confirmo
 No confirmo

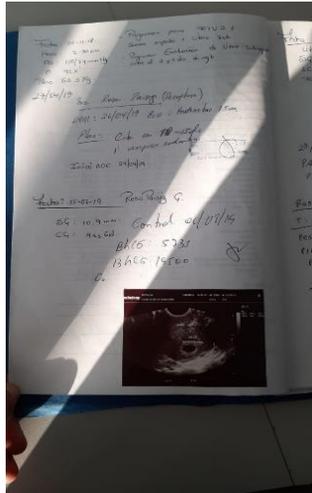
Deseo y confirmo ser parte de esta investigación. *

Sí
 No

ANEXO N°4:

Relación Entre La Adaptación Psicosocial Al Embarazo Y Nivel De Ansiedad En Mujeres Que Acuden A Los Procedimientos De Fecundación In Vitro En La Clínica Privada “Fertilita”, Trujillo – 2021

Fotos de evidencias de historias clínicas



PROGRAMACIÓN DE PACIENTES PARA EL MES DE OCTUBRE DEL 2019
(DEL 01 AL 31 DE OCTUBRE)

PROGRAMACIÓN	ASPIRACIÓN + FIV				CONGELACIÓN DE OVULOS			
	18 SETIEMBRE	19 SETIEMBRE	20 SETIEMBRE	21 SETIEMBRE	23 SETIEMBRE	24 SETIEMBRE	25 SETIEMBRE	26 SETIEMBRE
Ultimo AOC								
Regla Probable								
Inducción								
Aspiración	04 OCTUBRE	05 OCTUBRE	06 OCTUBRE	07 OCTUBRE	09 OCTUBRE	10 OCTUBRE	11 OCTUBRE	12 OCTUBRE
Transferencia en fresco:	09 OCTUBRE	10 OCTUBRE	11 OCTUBRE	NO PROGRAMAR	Sólo congelación			

PROGRAMACIÓN – TRANSFERENCIA EMBRIONARIA

	TE- DE EMBRIONES CONGELADOS			TE- EMBRIONES EN FRESCO		
	16 SETIEMBRE	17 SETIEMBRE	18 SETIEMBRE	17 SETIEMBRE	18 SETIEMBRE	19 SETIEMBRE
Ultimo AOC						
Regla Probable	20 SETIEMBRE	21 SETIEMBRE	23 SETIEMBRE	21 SETIEMBRE	22 SETIEMBRE	23 SETIEMBRE
Preparación endometrio	21 SETIEMBRE	22 SETIEMBRE	24 SETIEMBRE	22 SETIEMBRE	23 SETIEMBRE	24 SETIEMBRE
Transferencia embrionaria	09 OCTUBRE	10 OCTUBRE	12 OCTUBRE	10 OCTUBRE	11 OCTUBRE	



ANEXO N° 5:

Relación Entre La Adaptación Psicosocial Al Embarazo Y Nivel De Ansiedad En Mujeres Que Acuden A Los Procedimientos De Fecundación In Vitro En La Clínica Privada “Fertílita”, Trujillo – 2021.

Constancia del asesor

Yo, EDWIN CARLOS RODRIGUEZ VADA docente de la Escuela Profesional de Obstetricia, Facultad de ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego, a través del presente acepto continuar asesorando a las bachilleres en Obstetricia, Alva Burgos Carlita con ID:000066981 y Alayo Burgos Rosmery Guadalupe con ID:000003535,En el proyecto de tesis titulado **“Relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada “FERTÍLITA”, Trujillo - 2021.COMPROMETIENDOME ASESORARLAS HASTA LASUSTENTACIÓN.**

Trujillo ,01 diciembre 2021



Ms. Edwin Carlos Rodríguez Vada
Asesor
ID: 00000386