



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido
en puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima,
noviembre 2011

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Presentada por

Diaz Cervantes, Israel John

Mauricio Vidal, Flor de María

Lima-Perú

2012

JURADO

Presidente : Mg. Mistral Carhuapoma Acosta

Secretario: Mg. Reyda Canales Rimachi

Vocal: Lic. Graciela Guevara Morote



DEDICATORIA

A Dios, porque es nuestra fortaleza y guía por el buen camino.

A nuestros padres, por sus consejos y apoyo incondicional.

A todas aquellas personas que nos brindaron su orientación para el desarrollo de la presente investigación.

AGRADECIMIENTOS

Al magíster Erik Chávez, porque con su valiosa dedicación en las asesorías, contribuyó al desarrollo de la presente investigación.

A la magíster Mistral Carhuapoma, a la magíster Reyda Canales y a la magíster Graciela Guevara, por su gran colaboración.

A las púerperas adolescentes, quienes, con su colaboración, hicieron posible el logro de nuestros objetivos.

ÍNDICE

	Pág.
I. El problema	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivos	14
II. Marco teórico	16
2.1. Antecedentes	16
2.2. Base teórica	20
2.2.1. Ansiedad	20
2.2.2. Tipos de ansiedad	20
2.2.3. Manifestaciones de la ansiedad	21
2.2.4. Adolescencia	22
2.2.5. Madres adolescentes	24
2.2.6. Puerperio	24
2.2.7. Rol del profesional de enfermería en el cuidado de la puérpera adolescente	25
2.2.8. Generalidades sobre el cuidado	26
2.2.9. Cuidados del recién nacido	26
2.3. Variables	33
2.4. Definición operacional de términos	34

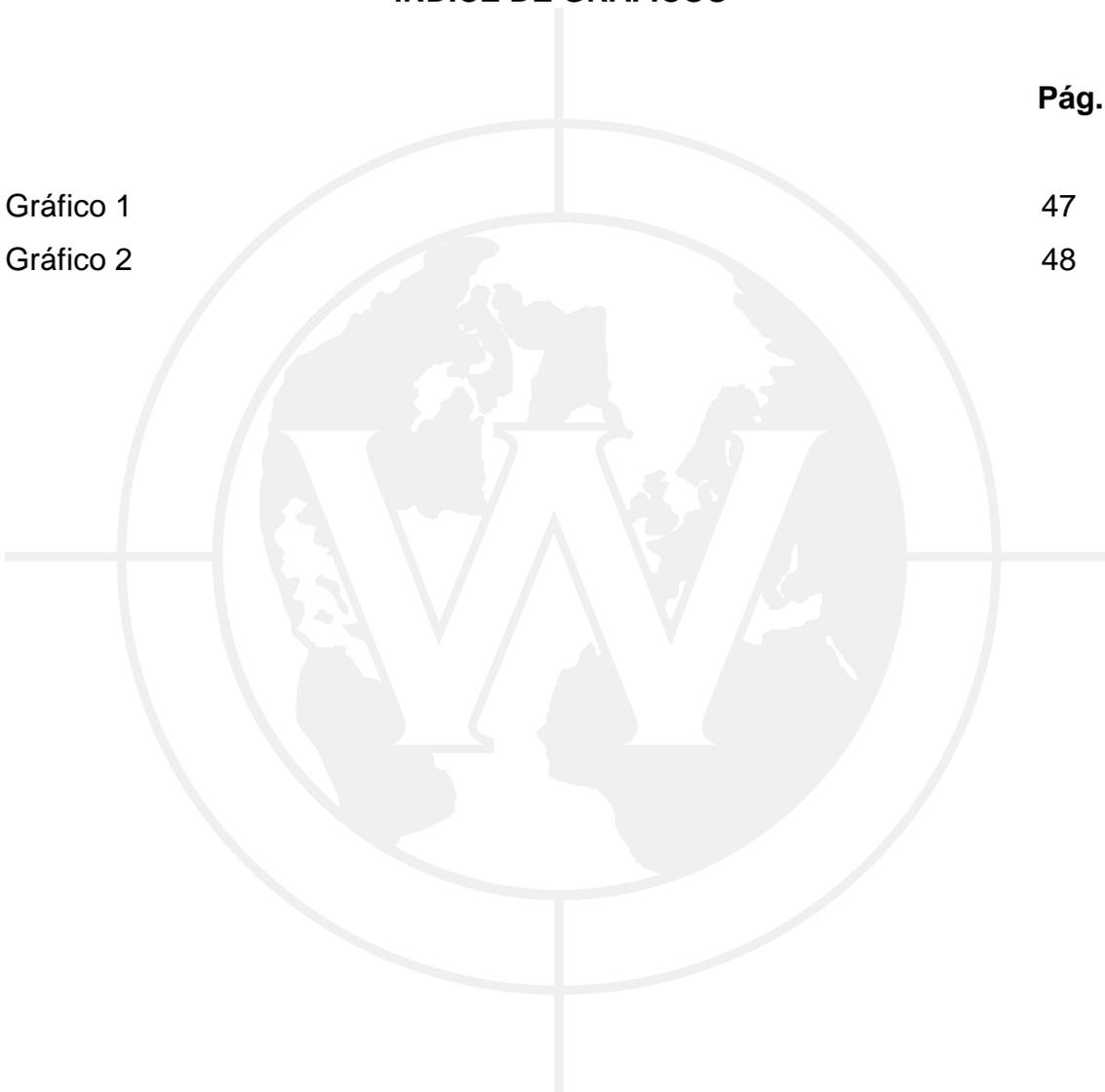
III. Diseño metodológico	35
3.1. Tipo y método de investigación	35
3.2. Ámbito de investigación	35
3.3. Población y muestra	35
3.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	36
3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico	40
3.6. Aspectos éticos	40
IV. Resultados y discusión	42
4.1. Resultados	42
4.2. Discusión	50
V. Conclusiones y recomendaciones	54
5.1. Conclusiones	54
5.2. Recomendaciones	55
Referencias bibliográficas	56
Anexos	60

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1	42
Tabla 2	43
Tabla 3	44
Tabla 4	45

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1	47
Gráfico 2	48



RESUMEN

La presente investigación se realizó con el objetivo de evaluar los niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido en puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima en noviembre de 2011.

El tipo de estudio fue descriptivo, de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 65 puérperas adolescentes de 14 a 19 años atendidas en un hospital nacional de Lima, las cuales cumplieron con los criterios de inclusión y de exclusión. La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta; y el instrumento, un cuestionario que contenía datos generales y la escala autoaplicada de ansiedad del doctor Zung (adaptada).

Los resultados muestran que el 75 % de las puérperas adolescentes no presentan ansiedad y que el 25 % de ellas presentan ansiedad leve a moderada. Se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad según clasificación de la edad de la adolescente, es decir, las adolescentes de etapa media (14-16 años) tenían niveles más altos de ansiedad que las adolescentes de etapa tardía (17 a 19 años). No se encontraron diferencias significativas según el estado civil y el grado de instrucción. Los síntomas afectivos de ansiedad más resaltantes fueron la ansiedad y la aprensión. Los síntomas somáticos más resaltantes fueron disnea, transpiración, rubor facial, insomnio y pesadilla.

Palabras claves: niveles de ansiedad, puérperas adolescentes cuidados del recién nacido.

SUMMARY

This investigation was released in order to evaluate the levels of anxiety that are generated by taking care of the newborn in postpartum adolescents who were attended in a National Hospital of Lima in November 2011.

The kind of research was descriptive and cross sectional. The sample was made, with 65 postpartum adolescents from 14 to 19 years old, who were attended in a National Hospital of Lima, these adolescents were according to the inclusion and exclusion criteria. The technique used for the data collection was the survey and the instrument, a questionnaire that contained general information and The Zung Self-Rating Anxiety Scale (adapted).

The results show that the 75% of the postpartum teenagers do not have anxiety and 25% have mild to moderate anxiety. Significant differences were found between levels of anxiety according to the classification of the age of the adolescents, since mid-stage adolescents (14-16 years old) have higher levels of anxiety than late-stage adolescents (17-19 years old). No significant differences were found according to marital status and educational level. The most striking symptoms of anxiety were dyspnea, sweating, face flushing, insomnia and nightmares.

Keywords: Levels of Anxiety, Postpartum adolescents, Newborn Care.

I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

La maternidad en la adolescencia es un problema de salud pública creciente en el Perú. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 162 mil mujeres son madres adolescentes, y sus edades fluctúan entre los 12 y 19 años de edad¹.

Estas adolescentes están expuestas a considerables riesgos de salud durante el embarazo y el parto. Las adolescentes entre los 15 a 19 años de edad corren un riesgo dos veces mayor de morir en el parto que las mujeres de 20 a 29 años; en las menores de 15 años, el riesgo de morir es cinco veces mayor.

Los factores que determinan los embarazos en adolescentes pueden variar de acuerdo con las características socioculturales; por ejemplo, existen poblaciones en las que el embarazo en adolescentes es culturalmente aceptado y, por el contrario, su no ocurrencia es rechazada; esta situación, que se observa con frecuencia en las poblaciones selváticas, no va a incidir negativamente en la salud mental de la adolescente; sin embargo, el embarazo en adolescentes no es un patrón culturalmente aceptado en poblaciones como la de Lima-Perú, por su componente religioso y conservador, lo cual condiciona a que las madres adolescentes presenten una crisis situacional y, como consecuencia, manifestaciones emocionales negativas. La situación psicológica de la madre adolescente es compleja y difícil. En ella se acumulan las dificultades propias de la adolescencia,

los problemas afectivos observados a lo largo de cualquier embarazo, la inquietud de un futuro incierto, la perturbación por las decisiones que se han de tomar, el vacío afectivo y otras reacciones muy frecuentes, tales como rechazo hacia el bebé, culpabilidad, pérdida de autoestima, anorexia, tristeza, depresión, inseguridad y miedo al rechazo social. Este conjunto de emociones van a producir ansiedad en estas madres primerizas. Una de las consecuencias más importantes es que los hijos puedan tener un trastorno de esta naturaleza².

Diversos estudios concluyen que la maternidad adolescente afecta significativamente el desarrollo educacional, psicológico y afectivo de las adolescentes, debido a que se dificulta la continuación de sus estudios y, como resultado, ellas obtienen bajos niveles de educación, en comparación con sus pares que postergan el inicio de la reproducción.

Al tener un bajo nivel educativo, las madres adolescentes no se encuentran preparadas para atender al recién nacido, sobre todo si se considera que en la atención se debe priorizar la intervención maternal en cuanto a control, atención, flexibilidad, lenguaje verbal, efecto de estimulación, higiene, nutrición y prevención de las enfermedades, entre otros³.

En estas circunstancias, los niños nacidos de madres adolescentes corren el riesgo de tener problemas a largo plazo en muchos aspectos importantes de la vida, incluyendo el fracaso en la escuela, la pobreza y las enfermedades físicas o mentales. Así también, las madres adolescentes corren el riesgo de tener los mismos problemas⁴.

La labor de la enfermera es muy importante, ya que brinda un cuidado holístico (biológico, psicológico y social) a la gestante, a la madre y al recién nacido. A la vez, fomenta el autocuidado de las puérperas adolescentes; sin embargo, surgen algunas interrogantes que requieren ser evaluadas.

¿Cuáles son las repercusiones en la esfera emocional de la puérpera adolescente que genera la situación de ser madre?

¿Qué circunstancias, hechos o responsabilidades generan ansiedad en las puérperas adolescentes?

¿Qué reacciones emocionales son frecuentes en las puérperas adolescentes?

¿Qué grado o nivel de ansiedad se genera en las puérperas adolescentes?

Las reflexiones anteriores motivaron a plantear el siguiente problema de investigación.

1.2. Formulación del problema

¿Qué niveles de ansiedad generan los cuidados del recién nacido en las puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima en noviembre de 2011?

1.3. Justificación

Las puérperas adolescentes constituyen una población que aún no ha llegado a la madurez biológica ni emocional, y que, si no es asistida ni apoyada en su momento por el profesional de la salud y, en especial, por el profesional de enfermería, puede tener fuertes problemas de salud mental y, a su vez, transmitírsela al recién nacido. Diversos estudios han confirmado que el estrés materno puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño, incluso hasta el inicio de la edad adulta. Es decir, es probable que la ansiedad de la puérpera pueda producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño, cambios que lo harán más vulnerable e incrementarán considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad. Los resultados de la presente investigación permitirán aportar evidencias científicas que servirán de base para futuras investigaciones y para profundizar más en

el área psicológica y social de la población adolescente e incentivar la creación de programas educativos dirigidos a disminuir la ansiedad de las puérperas adolescentes, así como la concientización y el logro de una sexualidad responsable de los adolescentes.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Evaluar los niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido en puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima en noviembre de 2011.

1.4.2. Objetivos específicos

- Determinar los niveles de ansiedad de las puérperas adolescentes según edad, estado civil y grado de instrucción.
- Identificar los síntomas afectivos de ansiedad más comunes en las puérperas adolescentes.
- Identificar los síntomas somáticos de ansiedad más comunes en las puérperas adolescentes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Chapilliquen Pérez J. (2007). *Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú, mayo-noviembre 2007*. El estudio se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal. El tipo de estudio fue descriptivo, la técnica empleada fue la encuesta; el instrumento fue el cuestionario. La muestra estuvo constituida por 115 madres adolescentes de 15 a 19 años hospitalizadas en el servicio de Ginecoobstetricia (servicio de Adolescencia) del Instituto Nacional Materno Perinatal. Se cumplió con los criterios de inclusión y de exclusión requeridos.

Entre las conclusiones a las que se llegó se vio que la mayoría de las madres adolescentes tienen un nivel medio de conocimiento; esto indica que no se encuentran adecuadamente preparadas para asumir la responsabilidad de cuidar y criar a un recién nacido, debido a que no han culminado de forma natural una etapa fundamental en su vida, etapa en la cual se definen los procesos fundamentales del ser humano. Eso, por lo tanto, las hace personas inestables e inseguras de sí mismas. Las madres adolescentes necesitan ser orientadas y guiadas por el profesional de enfermería, para brindar cuidados a sus recién nacidos y, de esta manera, garantizar el bienestar del nuevo ser.

Según dimensiones, se muestran resultados similares en cuanto a conocimientos sobre cuidados físicos del recién nacido (nivel medio), con lo cual se evidencia que las madres adolescentes no tienen un buen patrón de crianza, lo que coloca en riesgo la salud física del neonato; así, existe riesgo de aumentar la morbilidad neonatal. La mayoría de madres adolescentes no están preparadas adecuadamente en relación con la estimulación temprana de sus niños recién nacidos.

Las madres adolescentes conocen la mayoría de los métodos para estimular sensorialmente al recién nacido en las áreas táctil y verbal, lo cual es positivo, ya que así se contribuirá al adecuado desarrollo del niño. En las áreas visual y auditiva se observa que hay un conocimiento de parcial a más; por ello, se tendría que incentivar y educar a las madres, para que este aspecto mejore⁵.

Paucarcaja Aguado C. (2003). *Ansiedad en madres de niños prematuros del programa de atención y control del niño de un hospital nacional. Lima-Perú, 2003*. El objetivo propuesto fue conocer y describir los niveles de ansiedad que presentan las madres de niños prematuros que acuden a un programa de atención y control de niño en un hospital nacional. En el estudio se evaluó la relación entre los niveles de ansiedad de las madres y el peso del bebé al nacer, la edad gestacional, la edad del niño prematuro al momento de la evaluación, así como la posible relación con características familiares y de la madre. Los resultados muestran que la ansiedad estado (Spielberg 1970) que presentan las madres se encuentra relacionada con la edad gestacional del niño prematuro, el peso del niño al nacer, la edad del niño prematuro al momento de la evaluación, el número de hijos de la madre, la planificación o no del bebé, la ocupación de las madres, su estado civil, su edad y el grado de instrucción.

Se concluyó que, con excepción de la edad gestacional, el peso del bebé al nacer y la edad del niño en el momento de la evaluación son variables que no tienen relación por sí solas con la ansiedad de las madres, sino que esta se halla relacionada de forma multivariada con todas ellas⁶.

Da Silva L., Spanó A., Azevedo F. y Stefanello J. (2009). *Significados atribuidos por puérperas adolescentes a la maternidad: autocuidado y el cuidado con el bebé. Brasil, enero-marzo 2009*. Los objetivos del estudio fueron identificar los significados atribuidos por las madres adolescentes al cuidado del bebé y de sí mismas e identificar lo que reconocen como dificultad en el puerperio y en el cuidado del bebé.

Es un estudio cualitativo, desarrollado de enero a marzo del 2009 en una maternidad que atiende a usuarias del Sistema Único de Salud. Se consideró como población a 22 puérperas adolescentes y primíparas. Los datos fueron recolectados por entrevistas parcialmente estructuradas y grabadas, con posterior análisis del contenido de tipo temático. Se identificaron tres temas centrales: el significado de ser una madre adolescente, los cambios en la vida personal y familiar, el autocuidado y la atención materna en el puerperio, y dónde se encuentran las dificultades y las fuentes de apoyo. Se concluyó que la falta de experiencia e información y la situación financiera fueron las principales dificultades para el cuidado del niño, constituyendo la familia la fuente de apoyo. La sociedad subestima la capacidad de la adolescente para cuidar del hijo, debiendo crear estrategias para el desarrollo de autonomía para que la adolescente asuma las responsabilidades maternas⁷.

Ángeles Ponce M. *Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria en la unidad de hospitalización postparto. Hospital Universitario "Virgen de Valme". España. 2003-2004*. El objetivo del estudio fue conocer el grado de conocimientos que tienen las puérperas sobre autocuidado y cuidados del recién nacido en el momento del alta de la unidad de hospitalización posparto. El tipo de estudio fue observacional, descriptivo y transversal, en la unidad de posparto del Hospital Universitario Virgen de Valme de Sevilla, desde diciembre de 2003 hasta febrero de 2004. Los individuos de la investigación fueron 50 mujeres que, luego del parto vaginal sin complicaciones y recién nacido normal, fueron dadas de alta a las 48 horas.

Se elaboró un cuestionario que recogía los conocimientos percibidos por la puérpera sobre autocuidado y cuidados del recién nacido. Se relacionó el nivel de conocimientos con la paridad y la realización de educación maternal. Los resultados obtenidos reflejan que las mujeres consideran que saben cómo cuidar sus necesidades básicas y las del recién nacido (RN) y los aspectos de los que tienen menor información son los signos que deben vigilar, así como los ejercicios de recuperación posparto. El 82 % cree necesaria la información sobre autocuidado y cuidados del recién nacido antes del alta hospitalaria. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,036$) entre los conocimientos que tenían las madres primíparas frente a las multíparas sobre el cuidado de la episiotomía (65,6 % frente a 94,4 %) y sobre los signos de alarma del RN (43,8 % frente al 83,3 %). Como conclusión más importante, se destaca la necesidad de garantizar la educación sanitaria a las mujeres en el puerperio antes del alta hospitalaria⁸.

Galarza H., Orellana Gutierrez, Ramos Muchaypina. *Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socioculturales en madres adolescentes primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú, setiembre 1999.* El estudio se realizó con el objetivo de identificar la relación entre el nivel de conocimiento y los factores socioculturales acerca del cuidado del recién nacido en madres adolescentes primíparas. El tipo de estudio fue descriptivo, de corte transversal y la población muestral estuvo constituida por 230 adolescentes primíparas cuyas edades fluctuaban entre 12 y 19 años. Para la recolección de datos, se elaboró un cuestionario con datos generales y preguntas para identificar el nivel de conocimientos, con un total de 21 preguntas, que se aplicaron a través de entrevista individual. Los resultados se analizaron aplicando el chi cuadrado para identificar la asociación entre las variables de estudio. En el estudio, la mayoría de las adolescentes primíparas tienen un nivel de conocimiento regular, y existe evidencia de que las variables *grado de instrucción, experiencia cuidando niños menores de un mes, procedencia e información durante*

el embarazo influyen significativamente sobre el conocimiento de las madres adolescentes. Las variables *edad, estado civil, número de veces que asistió al control prenatal, ocupación y fuente de información* no influyeron significativamente sobre el nivel de conocimiento de adolescentes⁹.

Miller R., Pallant J. y Negri L. *Ansiedad y estrés en el postparto. ¿Hay más angustia que depresión en el postparto? Australia, marzo 2006*. El objetivo del estudio fue evaluar el predominio de angustia en el posparto usando la escala de depresión posnatal de Edimburgo (EPDS) y la balanza de tensión de ansiedad de depresión (DASS-21). El estudio fue de tipo transversal y la muestra estuvo conformada por 325 primíparas de 18 a 44 años de edad, con bebés cuyas edades oscilaban entre 6 semanas a 6 meses. Se recolectó la muestra de diversos centros médicos de Melbourne, Australia. Los análisis incluyeron comparaciones entre las clasificaciones de mujeres según el EPDS y el DASS-21, y una exploración del grado al cual el EPDS identificó a mujeres deseosas-deprimidas. Los resultados mostraron que 61 mujeres (19 %) fueron clasificadas por el DASS-21 como deprimidas. Usando más amplios criterios para la angustia, el DASS-21 reveló que las 33 remotas mujeres (10 %) mostraron los síntomas de ansiedad y tensión, sin la depresión. Un total de 41 mujeres (13 %) tenía los síntomas de ansiedad en el aislamiento o en la combinación con la depresión. El DASS-21 identificó el 7 % de la muestra con síntomas tanto ansiosos como depresivos. Los investigadores concluyeron que es necesaria la evaluación de las madres en los primeros meses posparto, ya que actualmente solo se usa la escala de depresión posnatal, algo que, si continuara, provocaría que las madres con síntomas de ansiedad o estrés corriesen el riesgo de no recibir ayuda.¹⁰

2.2. Base teórica

2.2.1. Ansiedad

Es una respuesta normal a conflictos que colocan en peligro la vida, y es la emoción más común, que está presente de manera distinta desde la infancia hasta la muerte. Se presenta cuando el individuo se enfrenta a una amenaza aún indefinida. Se caracteriza por la sensación subjetiva de anticipación, temor o aprensión, o por una sensación de desastre inminente asociada con grados diversos de excitación y reactividad autónomas. Al igual que el dolor físico, la ansiedad determina alteraciones de conducta. Sin embargo, la ansiedad severa representa un factor primario del funcionamiento no adaptado y de los trastornos psicológicos. La ansiedad participa directamente en producir desórdenes psicosomáticos. Cuando es moderada, puede volver a la persona alerta, sensible, perceptiva y más espiritual de lo que era, dejándola mejor preparada para enfrentarse a una crisis que sí estuviera relativamente relajada y desprevenida¹¹.

2.2.2. Tipos de ansiedad

Ansiedad normal. Se manifiesta en episodios poco frecuentes, su intensidad suele ser leve a moderada, con duración limitada. Básicamente responde frente a un estímulo o situación estresante claramente detectable. No interfiere con la vida cotidiana de las personas.

Ansiedad patológica. Se presenta reiteradamente, su intensidad es elevada y de prolongada duración. Consiste en una reacción desproporcionada frente a un estímulo o situación estresante, e interfiere significativamente con la vida de quien la padece, incapacitándolo cada vez más, por lo cual requiere tratamiento específico¹².

2.2.3. Manifestaciones de la ansiedad

La ansiedad, como una alteración de las emociones, puede manifestarse a través de diversos signos y síntomas, los cuales se circunscriben dentro de tres formas de manifestaciones:

Manifestaciones fisiológicas

Los cambios fisiológicos ligados a reacciones de tensión son controlados por los sistemas nerviosos autónomo y vegetativo y por el sistema endocrino. Estas manifestaciones pueden aparecer de manera aguda, bruscamente, o estar presentes de modo constante. La excitación fisiológica y las manifestaciones conductuales que contribuyen a una desagradable sensación del estado de ansiedad incluyen taquicardia, alteraciones en la respiración, sudor, inquietud, temblores, estreñimiento, náuseas, vértigo y otros. Las reacciones somáticas más importantes son las siguientes:

- Las alteraciones de la circulación.
- Los cambios respiratorios.
- Las secreciones glandulares.

Manifestaciones psicológicas

Este tipo de manifestaciones se pueden desligar en dos componentes:

Emotivo. Este componente está referido a la vivencia o experiencia de sentimientos de miedo sin objeto actual o definido, a una conciencia de peligro o amenaza inminente que resulta ser insoportable.

Cognitivo. Referido a las manifestaciones o alteraciones de diversas actividades psicológicas como la memoria y el lenguaje. También están incluidos la percepción disminuida, la concentración disminuida, los trastornos funcionales de la memoria, las vacilaciones en la toma de decisiones, la modificación en el razonamiento y la creatividad disminuida. Todo esto se da especialmente en las tareas difíciles.

Manifestaciones conductuales

Se caracterizan porque a una persona se la observa temblar, realizar movimientos repetitivos, comerse las uñas. Presentan conducta de pánico, obsesiva, tendencia a aislarse, excesiva agresividad, comportamiento versátil y desconfianza exagerada, entre otras¹³.

Asimismo, es importante señalar que el trastorno más constante es el insomnio. En los casos más graves, es total; en otros, se manifiesta con dificultad en el adormecimiento o con despertar precoz o sueño interrumpido, discontinuo, irregular, acompañado de sueños de contenido angustioso y terrorífico. También es frecuente la reducción del apetito: el paciente come poco, con disgusto y de manera irregular¹⁴.

2.2.4. Adolescencia

La adolescencia es una etapa de desarrollo humano comprendida entre los 10 y los 19 años, que no significa solo el tránsito de la niñez a la adultez, pues en ella sobrevienen diversos y complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales que caracterizan la edad¹⁵.

Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el período peripuberal, con grandes cambios corporales y funcionales como la menarquía. Psicológicamente, el adolescente comienza a perder interés por los padres e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente, aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente, se preocupa mucho por sus cambios corporales, con grandes incertidumbres por su apariencia física.

Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha, cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente, es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres. Para muchos, es la edad promedio de inicio de experiencia y actividad sexual; se sienten invulnerables y asumen conductas omnipotentes, casi siempre generadoras de riesgo. Muy preocupados por la apariencia física, por pretenden poseer un cuerpo más atractivo. Se manifiestan fascinados con la moda.

Adolescencia tardía (17 a 19 años)

En esta etapa casi no se presentan cambios físicos y se acepta la imagen corporal. Se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales¹⁶.

2.2.5. Madres adolescentes

Ruotti (1992) plantea que “[...] el embarazo a cualquier edad constituye un hecho biopsicosocial muy importante, pero la adolescencia conlleva a una serie de situaciones que pueden atentar tanto contra la salud de la madre como la del hijo y constituirse en un problema de salud que no debe ser considerado solamente en términos del presente sino del futuro por las complicaciones que acarrea”¹⁷.

Uno de los aspectos más relevantes es que esta situación genera un doble riesgo para la madre y el niño; específicamente, hay problemas en la salud mental de la madre y una menor probabilidad de supervivencia de los hijos. En este caso es fundamental el respaldo emocional que pueda obtener la madre adolescente de su familia, pareja y amigos, aunque lo más frecuente es que se encuentren con el rechazo de la familia y la ausencia de su pareja, que no desea saber nada del tema; asimismo, el aislamiento de sus amigos. Todo ello genera que sean muy vulnerables, tengan bajo autocontrol y poca confianza en sí mismas¹⁸.

Así, se puede afirmar que las madres adolescentes no se encuentran preparadas ni física ni emocionalmente para asumir el rol materno y para cuidar a su bebé, tomando en cuenta los factores de riesgo que le anteceden y a los que estará predispuesta; ante ello, se evidencia la necesidad de una atención integral en la salud de la adolescente.

2.2.6. Puerperio

El puerperio es el período de tiempo que transcurre desde el parto hasta que los órganos reproductores de la mujer recuperan su estado de normalidad, tras los cambios fisiológicos producidos durante el embarazo. Finaliza tras la aparición de la primera menstruación.

Abarca aproximadamente un período de seis semanas, caracterizado no solo por cambios físicos sino también por psicológicos y familiares. Estos cambios suponen para la mujer un proceso de adaptación a la involución de

todas las modificaciones anatomofisiológicas del sistema reproductor y de los sistemas corporales más implicados en el embarazo y en el parto, así como de la instauración de la lactancia materna. El puerperio se divide en tres etapas, diferenciadas entre sí por los acontecimientos fisiológicos y psicológicos que albergan los riesgos de salud que pueden aparecer, así como los cuidados de salud determinados que requiere cada fase.

Primera fase o puerperio inmediato: abarca las primeras 24 horas posparto.

Segunda fase o puerperio precoz: se sitúa entre el segundo y el décimo día.

Tercera fase o puerperio tardío: comprende el período de tiempo desde el décimo día hasta los 45 días¹⁹.

2.2.7. Rol del profesional de enfermería en el cuidado de la puérpera adolescente

Según Lopez (2001), "el profesional de enfermería cumple un rol muy importante en la atención de los cuidados de la gestante y puérpera adolescente, conociendo que es un grupo etario que se encuentra en un proceso de cambios biológicos, psicológicos y sociales, donde los conocimientos sobre los cuidados después del parto se encuentran ausentes en la mayoría de ellas, por no estar preparadas; es por ello que durante este período la atención de la enfermera(o) debe ser muy responsable y minuciosa; comprendiendo que esta población proviene de familias donde la información sobre salud reproductiva es escasa y muchas veces hasta ausente"²⁰.

Es en este momento que la enfermera(o), realiza la valoración psicológica de la madres. En primera instancia, se valora el estado emocional, evidenciando una mujer eufórica, contenta o, por el contrario, extenuada. Esto depende del grado de fatiga que tenga tras el parto. El estado emocional estará en función de las molestias que tenga en ese momento

y del desenlace del parto²¹. Posteriormente la apoya con la educación sobre cuidados generales del puerperio y con consejería, que es de vital importancia para la adolescente, debido a que en esta orientación individualizada se responderán las dudas que tenga y se le apoyará frente a los temores propios del momento. Además, se le brindará información sobre la importancia de la lactancia materna y sobre sus ventajas, y se le educará sobre el cuidado del recién nacido.

2.2.8. Generalidades sobre el cuidado

Cuidado significa inquietud, desvelo, solicitud, diligencia, celo, atención y buen trato. Es una actitud fundamental, un modo de ser en el cual la persona se centra en el otro, con desvelo y preocupación²². La naturaleza del cuidado incluye dos significaciones en íntima relación: primero, la actitud de desvelo, de solicitud y de atención para con el otro; segundo, la preocupación y la inquietud, porque la persona que tiene a su cuidado se siente afectivamente ligada al otro. El cuidado es el objeto del conocimiento de la enfermería y el criterio que la distingue de las otras disciplinas del campo de la salud, constituyendo así un proceso de interrelación que implica desarrollo, de la misma manera que la amistad, solo que nace de la confianza mutua que produce una transformación profunda y cualitativa de la relación.

2.2.9. Cuidados del recién nacido

Los cuidados que brinda la puérpera adolescente están dirigidos a promover el bienestar de su recién nacido.

Características generales de un recién nacido

Es la etapa del ciclo vital que comprende desde el momento del nacimiento hasta los 28 días de vida. En este período se completan los ajustes fisiológicos necesarios para la vida extrauterina²³.

El recién nacido dormirá cerca de 21 horas diarias, su tonicidad muscular será pobre y dominarán en él los movimientos reflejos y las respuestas automáticas. Sus conductas más comunes serán comer, dormir y llorar. El tacto y el contacto piel a piel serán fundamentales para fortalecer la formación de vínculos afectivos²⁴.

Alimentación del recién nacido

La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros seis meses de vida, porque contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasa, y suministra las enzimas digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los niños requieren. La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a contrarrestar las infecciones. La duración y frecuencia de las mamadas la primera semana de vida es de aproximadamente 20 a 30 minutos en cada pecho; posteriormente, la succión se hará más vigorosa, por lo que irá disminuyendo el tiempo que necesita para satisfacer su hambre, tanto es así que el tiempo de succión será de 10 a 15 minutos en cada pecho. En 24 horas el niño lactará a libre demanda, es decir, cada vez que desee, pero es necesario saber que el tiempo entre lactadas no debe exceder las dos o las dos horas y media²⁵. Los beneficios que brinda la lactancia materna exclusiva son los siguientes:

- Es la leche ideal y completa, contiene nutrientes y anticuerpos.
- La leche materna es limpia, pasa directamente del seno a la boca del bebé y no es contaminada por la falta de limpieza que podría ocurrir con el biberón.

- Se encuentra exactamente a la temperatura del cuerpo.
- Está lista en cualquier momento del día y de la noche y en cualquier lugar, no necesita preparación.
- Protege a los bebés de las enfermedades. Diversos estudios han demostrado que los bebés alimentados con leche materna exclusiva por un mínimo de cuatro meses tienen menos infecciones respiratorias y menos episodios de diarrea.
- Brinda protección inmunológica específica contra las bacterias, virus y hongos.
- La leche materna es digerida en aproximadamente una hora y media, mientras que la leche artificial permanece en el estómago del lactante hasta por tres horas.
- Previene y retarda las alergias.
- Permite un óptimo desarrollo intelectual.
- Evita la presencia de caries a temprana edad²⁶.

El baño

El momento del baño brinda también a la enfermera la oportunidad de involucrar a las madres en el cuidado del recién nacido, de enseñarles los procedimientos de higiene correctos y de señalarles las características individuales de sus hijos. Se debe hacer hincapié en el equipo que resulta adecuado para el baño y en la necesidad de adoptar medidas de seguridad, sobre todo con relación a la temperatura del agua y a la vigilancia del lactante en todo momento, así como a la frecuencia del baño, que debe ser diario y con una duración que no exceda los 10 minutos²⁷.

Una de las consideraciones más importantes en la limpieza de la piel es que no se recomiendan los jabones alcalinos y los aceites, talcos o lociones, porque alteran el pH de la dermis y proporcionan un medio para el crecimiento de bacterias²⁸. La limpieza debe efectuarse en dirección cefalocaudal. Se empleará un paño para lavar al bebé y se le dará la vuelta

en cada pasada, de modo que siempre toque la piel una parte limpia. La limpieza de los ojos debe efectuarse con cuidado, desde la parte interna hacia la externa. A continuación se limpia la cara y se inspecciona con detalle las narinas; seguidamente, se limpia el cuero cabelludo con un jabón suave. El resto del cuerpo debe mantenerse cubierto, mientras que la cabeza debe secarse enseguida para evitar la pérdida por evaporación. Las orejas deben limpiarse con el extremo doblado del paño y no con un hisopo, el cual, si se inserta en el canal, puede dañar el oído. El resto del cuerpo debe lavarse de forma similar. Sin embargo, ciertas zonas, como los pliegues del cuello, las axilas y las arrugas de las articulaciones, requieren una atención especial. El área que rodea al cuello es especialmente propensa a presentar erupciones cutáneas por regurgitación del alimento, por lo que debe ser lavada y secada con cuidado.

Los genitales de ambos sexos requieren una limpieza cuidadosa. La de la vulva se realiza de adelante hacia atrás, para evitar la contaminación de la vagina o de la uretra con materia fecal. Este momento brinda oportunidad perfecta para advertir a la madre la importancia de la higiene de esta parte del cuerpo, tanto para el lactante como para su propia protección del tracto urinario.

La limpieza de los genitales masculinos consiste en el lavado del pene y del escroto. En ocasiones, el esmegma debe ser retirado, limpiando alrededor de las glándulas. El prepucio se debe limpiar retrayéndolo con suavidad solo hasta donde llegue y volviéndolo a su posición normal. Las nalgas y el área anal se limpian con cuidado para retirar cualquier material fecal.

Preparación del baño: el baño de esponja se realiza mientras el ombligo sana (cuando se cae el cordón umbilical). Después, deben iniciarse los baños de tina. Antes de iniciar el baño, se deben tener todos los elementos necesarios, tales como agua tibia, toallas, jabón, champú, torundas de algodón, alcohol, ropa limpia del niño, etc.

Medio ambiente y seguridad: dar el baño en una habitación tibia, libre de corrientes de aire. Bañar al niño en un lugar seguro libre de correr el riesgo que sufra algún accidente. Nunca dejar al niño solo.

Cuidados del cordón umbilical

El cuidado del ombligo consiste en limpiar con alcohol al 70 %, alrededor de la unión entre el muñón y la piel, de forma circular (de adentro hacia afuera) todos los días, para favorecer la cicatrización. Se debe proteger con un trozo pequeño de gasa estéril.

Para favorecer que el cordón seque, los lactantes no deben recibir baño de tina hasta que se desprenda y el ombligo cicatrice, debe colocarse el pañal abajo del nivel del ombligo, no es necesario colocar vendaje o puntas sobre el área del cordón, pues no favorecen la cicatrización. El cordón se desprenderá del muñón entre el sexto y el octavo día de nacimiento²⁹.

Cuidado perianal

Los recién nacidos orinan y defecan con frecuencia y deben cambiarse lo pañales cuando estén húmedos o sucios. Para limpiar el área perianal, es suficiente usar agua o toallitas húmedas. Sin embargo, no es recomendable el uso de estas toallitas porque podrían contener sustancias químicas y fragancias que irritarán la piel del recién nacido. Puede ser necesario usar jabón suave para eliminar algunos residuos fecales³⁰.

Si el área del pañal no se limpia bien, se desarrollan con rapidez rozaduras a causa de irritación por amoniaco. Después de lavar y secar cuidadosamente al niño, puede aplicarse ungüento con vitaminas A y D. Para evitar irritación por el pañal, la profilaxis más importante es mantener la piel limpia y seca³¹.

Sueño del recién nacido

Los recién nacidos que están bien y se sienten cómodos, en general duermen la mayor parte del tiempo y se despiertan y lloran cuando tienen hambre o se sienten incómodos. Algunos duermen hasta 20 de las 24 horas (aunque esto varía en forma considerable de uno a otro niño).

Su sueño no es profundo como el del adulto; por el contrario, los recién nacidos se mueven mucho, se estiran y, a intervalos, despiertan de forma momentánea. Pueden acostarse de cualquier lado o sobre el abdomen, en especial cuando se van a dormir. Es necesario insistir en la importancia de evitar colocar al niño de espaldas para que duerma (las aspiraciones son más frecuentes cuando se producen en esta posición)³².

Eliminación intestinal y vesical del recién nacido

Es normal que los recién nacidos miccionen con una frecuencia de seis a ocho veces al día. Si lo hacen menos de cinco veces al día, podría ser necesario darles más líquido (leche materna); la orina debe ser inodora e incolora³³. Las madres deben familiarizarse con la frecuencia, color, olor y consistencia de las heces. Los primeros días de vida, el recién nacido tiene deposiciones de meconio, caracterizadas por ser de color verde oscuro; después, alrededor del tercer o cuarto día, las heces comienzan a cambiar de forma gradual y toman un color verde amarillento. Estas heces de transición son menos pegajosas que el meconio y contienen algunos coágulos de leche. Los niños alimentados con leche materna tienen heces más suaves y frecuentes (amarillo mostaza) de un olor característico, que en ocasiones se describe como *dulce*. Los niños amantados al pecho orinan con mayor frecuencia, usualmente en cada comida³⁴.

Nunca debe presentarse un “círculo de agua” alrededor de los sólidos de las heces: esto indica la posibilidad de diarrea. Los niños pueden deshidratarse muy rápidamente por la pérdida de líquido³⁵.

Vestimenta del recién nacido

Se debe aconsejar a las madres que vistan al niño de manera cómoda y adecuada al clima, con ropa no muy ajustada, para que el bebé pueda moverse libremente. La ropa debe ser abrigadora o caliente en temporada de frío y no muy ligera en verano. Es importante que la ropa esté confeccionada de tela de algodón, por ser un material natural y porque previene irritación y alergias en la piel delicada. En tiempo de verano, cuando se exponga al niño al sol, se le debe colocar un gorro y cuidar su piel, porque podría quemarse debido a la textura fina y delgadez³⁶.

Signos de alarma en el recién nacido

Las madres deben conocer las características normales de sus hijos recién nacidos, ya que así podrán detectar alguna anomalía o situación diferente en ellos y actuar oportunamente. Entre los principales signos de alarma se encuentran los siguientes:

- Temperatura axilar superior a 37,5 °C o rectal mayor a 38 °C. Temperatura axilar inferior a 36 °C y rectal inferior a 36,5 °C.
- Dificultad para respirar o ausencia de respiración durante más de 15 segundos.
- Cambios en el color de la piel; si muestra coloración morada alrededor de los labios o si las escleróticas se ven amarillentas.
- Secreción sanguinolenta, enrojecimiento o mal olor del ombligo.
- Enrojecimiento, inflamación o secreción de los ojos.
- Más de un episodio de vómitos fuertes o vómitos frecuentes.
- Rechazo de alimentos en dos o más ocasiones.
- Dos o más evacuaciones verdes y acuosas o heces duras.
- Ausencia de orina en los pañales durante más de 18 horas o menos de seis micciones al día.
- El recién nacido está inconsolable y su llanto es agudo³⁷.

2.3. Variables

Variable de estudio

Niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido.

Definición conceptual

Grado de agitación, inquietud o zozobra que se manifiesta en las puérperas adolescentes cuando brindan cuidados al recién nacido.

Definición operacional

Puntaje obtenido al aplicar la escala autoaplicada de ansiedad del doctor Zung (adaptada), que mide la sintomatología somática y afectiva que experimentan las puérperas adolescentes cuando brindan cuidados al recién nacido.

Dimensiones e indicadores

Síntomas afectivos: ansiedad, miedo, pánico, desintegración mental, aprensión.

Síntomas somáticos: temblores, dolores y molestias corporales, Tendencia a la fatiga y a la debilidad, intranquilidad, palpitaciones, mareos, desmayos, transpiración, parestesias, náuseas y vómitos, poliuria, rubor, insomnio, pesadillas.

Valores finales

- Puntuaciones hasta 44: normal (no hay ansiedad).
- Puntuaciones entre 45 y 59: ansiedad leve a moderada.
- Puntuaciones entre 60 y 74: ansiedad severa.
- Puntuaciones sobre 75: ansiedad extrema.

2.4. Definición operacional de términos

Ansiedad. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo ante una situación desconocida que se manifiesta mediante una tensión emocional acompañada de un correlato somático.

Niveles de ansiedad. Son las categorías moderada, severa y extrema según la escala autoaplicada de ansiedad del doctor Zung (adaptada) que se aplicarán a las puérperas adolescentes.

Puérpera adolescente. Es aquella adolescente que tiene entre 10 y 19 años y se encuentra en el segundo día de la etapa de posparto.

Cuidado del recién nacido. Son actividades que realizan las madres adolescentes para satisfacer las necesidades del recién nacido.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y método de investigación

El tipo de investigación es cuantitativa de nivel básico, ya que la variable fue medida a través de escalas numéricas, lo cual facilitó un procesamiento estadístico.

El método utilizado fue el descriptivo, ya que se mostró información semejante a la realidad; y de corte transversal, porque se recolectaron los datos en un determinado tiempo.

3.2. Ámbito de investigación

La presente investigación se realizó en el servicio de Ginecoobstetricia de un hospital nacional de la ciudad de Lima.

3.3. Población y muestra

La población estuvo constituida por las puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima en el que, según los registros del servicio, se atienden aproximadamente 110 puérperas adolescentes al mes. El tamaño muestral se conformó de 65 puérperas adolescentes, y fue determinado en base a la fórmula de proporciones para población finita (anexo F).

Para la selección de la muestra se usó el muestreo por conveniencia, teniendo en cuenta diversos criterios.

Criterios de inclusión

- Puérperas adolescentes cuyas edades oscilen entre 14 y 19 años.
- Puérperas adolescentes en el segundo día de puerperio.
- Puérperas adolescentes primíparas.
- Puérperas adolescentes que sepan leer y escribir.
- Puérperas adolescentes menores de 18 años cuyos padres o tutores acepten voluntariamente que formen parte del estudio.

Criterios de exclusión

- Puérperas adolescentes menores de 14 años.
- Puérperas adolescentes múltíparas
- Puérperas adolescentes quechuahablantes.
- Puérperas adolescentes cuyos bebés estén en observación.
- Puérperas adolescentes menores de edad, cuyos padres rechacen que formen parte del estudio.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En el presente estudio se empleó la técnica de la encuesta. El instrumento fue un cuestionario. Dicho instrumento de recolección de datos contiene lo siguiente:

- Presentación de los investigadores.
- Instrucciones.
- Datos generales, comprendidos por edad, lugar de procedencia, grado de instrucción, estado civil, trabajo y con quien vive actualmente.

- Escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (adaptada). Esta escala de ansiedad adaptada trata de cuantificar la sintomatología ansiosa angustiosa de las puérperas adolescentes por medio de veinte cuestiones con posibilidad de puntuación de 1 a 4 en forma variable creciente o decreciente (anexo B).

Escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (original)

La escala de autoevaluación de ansiedad (EAA) fue diseñada por el doctor William K. Zung en 1971, con el objetivo de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad.

La EAA comprende un cuestionario de 20 ítems, cada uno referido a signos y síntomas de ansiedad. En el formato del cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por “Nunca o casi nunca”, “A veces”, “Con bastante frecuencia” y “Siempre o casi siempre” (anexo E). Se le otorga a la persona la lista de frases y se le pide que coloque una marca en el recuadro que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido la última semana⁴⁷.

Zung tomó en cuenta ciertas precauciones necesarias para la confección de *tests* psicológicos. Al examinado le es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque algunos de los ítems están expresados en sentido positivo y otros en sentido negativo:

Los 15 ítems con dirección positiva son 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8,10, 11, 12, 14, 15,16, 18 y 20. Los 5 ítems con dirección negativa son 5,9, 13, 17 y 19. Los ítems están concebidos en términos que se asimilan al lenguaje común de las personas ansiosas. No obstante, su significado se identifica con la terminología médica convencional que define los síntomas de ansiedad. La EAA se clasifica en 5 síntomas somáticos y 15 síntomas afectivos.

Síntomas somáticos: temblores, dolor corporal, fatiga y debilidad, inquietud, palpitaciones, mareos, desmayo, disnea, parestesias, náuseas y vómitos, frecuencia urinaria, transpiración, rubor facial, insomnio, pesadillas.

Síntomas afectivos: ansiedad, miedo, pánico, desintegración mental, aprensión.

La escala está construida para que el sujeto menos ansioso tenga un puntaje bajo, constituyendo el valor mínimo 20; y que el sujeto más ansioso tenga un puntaje más alto, con 80 como valor máximo.

Para determinar el nivel de ansiedad es necesario utilizar una escala o tabla de conversión (anexo D), donde el punteo bruto o suma de valores se convierte en índice S.A.S.

ÍNDICE S.A.S. Punteo o índice de la escala de ansiedad de Zung que se obtiene dividiendo la suma del punteo bruto obtenido en los 20 ítems por el valor máximo posible de 80. Este decimal se convierte a un porcentaje multiplicándolo por 100.

S. A. S. Significa Self-Applied Scale o escala autoaplicada de ansiedad, utilizada en esta investigación para medir el nivel de ansiedad de la población afectada⁴⁸.

Una vez obtenido el índice de SAS, se determina el nivel de ansiedad según esta clasificación:

- Puntuaciones hasta 44: normal (no hay ansiedad).
- Puntuaciones entre 45 y 59: ansiedad leve a moderada.
- Puntuaciones entre 60 y 74: ansiedad severa.
- Puntuaciones sobre 75: ansiedad extrema.

Validez y confiabilidad

La validez del instrumento se determinó mediante el juicio de expertos, en el que participaron siete profesionales de la salud: cinco enfermeras y dos psicólogos.

Los puntajes finales fueron sometidos a la prueba binomial, y se obtuvo que en todos los resultados existía una concordancia significativa (anexo G). Se tomaron en cuenta las sugerencias emitidas por los jueces expertos para realizar las modificaciones del instrumento.

Respecto de la validez estadística, se utilizó el coeficiente R de Pearson, con resultados significativos: $p > 0,20$ (anexo H).

Para determinar la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 20 puérperas adolescentes del servicio de Ginecoobstetricia de un hospital nacional de Lima, las cuales no formaron parte de la muestra; luego, con los resultados, se realizó la prueba estadística alfa de Cronbach, obteniendo $\alpha = 0,62$, afirmando la confiabilidad del instrumento (anexo I).

Recolección de datos

Para realizar la presente investigación se solicitó el permiso al director del hospital. Posteriormente, se coordinó con la enfermera jefe del servicio de Ginecoobstetricia para la elaboración del cronograma de recolección de datos.

Se solicitó el consentimiento informado a los padres o tutores de las menores de edad.

La recolección de datos se realizó en dos semanas, con una frecuencia interdiaria, en el horario de visita de 2 p. m. a 4 p. m. La aplicación de los instrumentos tuvo una duración de 20 minutos.

3.5. Procesamiento de datos y análisis estadístico

Después de la recolección de los datos, se procedió a la codificación y elaboración de la tabla matriz, utilizando la informática para la interpretación, permitiendo así la presentación de tablas y gráficos estadísticos que reflejen los resultados.

Para realizar un correcto procesamiento de datos a través del programa Excel 2007 y del SPSS 15 para Windows 7.5, se recurrió a la asesoría de un profesional experto en el área de estadística.

El análisis estadístico se realizó mediante un análisis descriptivo de los resultados, teniendo presente los diferentes parámetros de manifestación de ansiedad que se establecen según la EAA.

3.6. Aspectos éticos

El propósito seleccionado para la investigación fue ético, lo que significa que se protegió los derechos de las puérperas adolescentes y otras personas incluidas en el escenario de la investigación.

Los principios básicos son los siguientes:

Autonomía

Las puérperas adolescentes que participaron en este estudio no fueron obligadas, únicamente participaron las que voluntariamente lo desearon y bajo el consentimiento informado de sus padres o tutores (anexo K).

Beneficencia

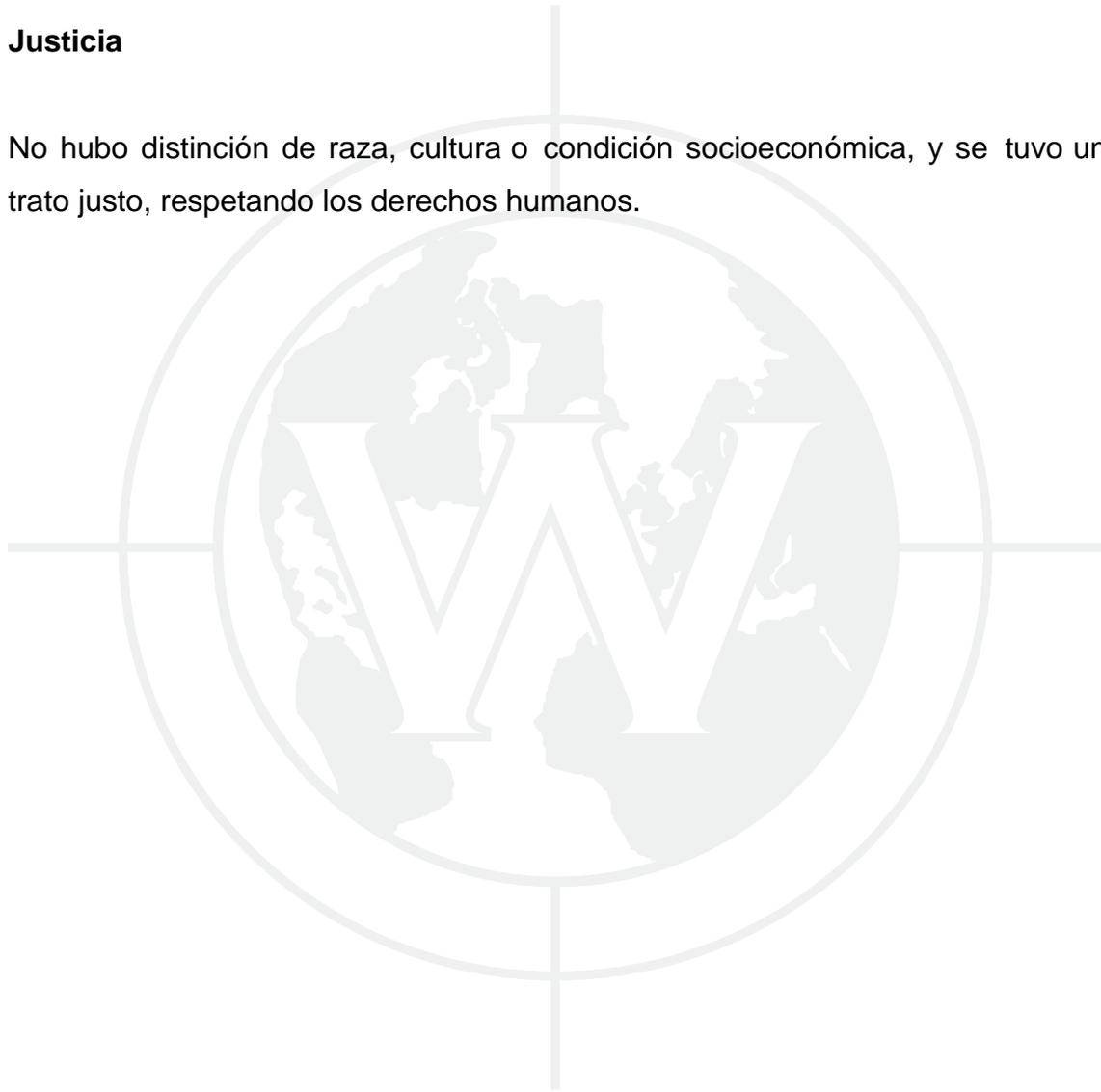
Con el presente estudio se determinaron los niveles de ansiedad que presentan las puérperas adolescentes; de esta manera se podrán realizar las acciones necesarias para disminuir la ansiedad durante esta crisis situacional.

No maleficencia

El estudio realizado no causó daño físico o mental a las puérperas adolescentes. Se les garantizó la reserva de la identidad y de las respuestas.

Justicia

No hubo distinción de raza, cultura o condición socioeconómica, y se tuvo un trato justo, respetando los derechos humanos.



IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Los resultados que se muestran a continuación están presentados mediante tablas y gráficos. Las tablas permiten una mejor visualización del nivel de ansiedad y de su relación con los datos generales más relevantes, como edad, estado civil y grado de instrucción. Los gráficos favorecen la apreciación de las diferencias porcentuales entre los síntomas afectivos y somáticos de ansiedad.

Tabla 1. Nivel de ansiedad que presentan las puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima, noviembre 2011

NIVEL DE ANSIEDAD	N	%
NO HAY ANSIEDAD	49	75 %
ANSIEDAD LEVE A MODERADA	16	25 %
TOTAL	65	100 %

En la tabla estadística que antecede, se observa que del 100 % de la muestra, que equivale a 65 puérperas adolescentes, el 75 % (49) no presentan ansiedad, mientras que el 25 % restante (16) presentan ansiedad leve a moderada.

Tabla 2. Nivel de ansiedad que presentan las puérperas adolescentes según la clasificación de edad de las adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima, noviembre 2011

NIVEL DE ANSIEDAD	EDAD		EDAD		TOTAL	%
	ADOLESCENCIA MEDIA (14-16 años)	%	ADOLESCENCIA TARDIA (17-19 años)	%		
NO HAY ANSIEDAD	11	55%	38	84%	49	75%
ANSIEDAD LEVE A MODERADA	9	45%	7	16%	16	25%
TOTAL	20	100%	45	100%	65	100%

$$X^2_c = 6.469 \quad X^2_t = 3.84 \quad gl = 01 \quad p = < 0.05$$

En la presente tabla estadística se observa que las puérperas adolescentes pertenecientes a la adolescencia media son 20, y que en relación con el nivel de ansiedad, el 55 % de ellas (11 puérperas) no presentan ansiedad, y el 45 % restante (9 puérperas) presentan ansiedad leve a moderada. Asimismo, las puérperas adolescentes que se encuentran en la adolescencia tardía son 45, de las cuales el 84 % (38 puérperas) no presentan ansiedad, mientras que el 16 % (7 puérperas) presentan ansiedad leve a moderada.

Según la prueba de chi cuadrado, se puede afirmar que existe relación entre la edad de las adolescentes y los niveles de ansiedad ($p = 0,011$). Esto quiere decir que las adolescentes más jóvenes presentan una tendencia a manifestar mayores niveles de ansiedad que las adolescentes de más edad.

Tabla 3. Nivel de ansiedad que presentan las puérperas adolescentes según el estado civil atendidas en un hospital nacional de Lima, noviembre 2011

ESTADO CIVIL	NIVEL DE ANSIEDAD				TOTAL	%
	NO HAY ANSIEDAD	%	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	%		
SOLTERA	19	39%	11	69%	30	46%
CASADA	4	8%	0	0%	4	6%
CONVIVIENTE	26	53%	5	31%	31	48%
TOTAL	49	100%	16	100%	65	100%

Tau-c de Kendall = 0.64 Gamma = 0.64 p= >0.05

En la tabla estadística se aprecia que las puérperas adolescentes solteras representan al 46 % (30 puérperas), de las cuales, en relación con el nivel de ansiedad, el 39 % (19 puérperas) no presentan ansiedad, mientras que el 69 % (11 puérperas) presentan ansiedad leve a moderada. Las puérperas adolescentes casadas conforman solo el 6 % del total (4 puérperas), las mismas que no presentan ansiedad. Por otra parte, las puérperas adolescentes que conviven constituyen el 48 % (31 puérperas), de las cuales el 53 % (26 puérperas) no presenta ansiedad, y el 31 % (5 puérperas) presenta ansiedad leve a moderada.

Según la prueba estadística ordinal por ordinal Tau-c de Kendall, no existe relación entre el nivel de ansiedad y el estado civil (valor de sig. aproximada = 0,64), el cual es mayor que el valor mínimo (p = 0,05), para aceptar la relación entre las dos variables.

Tabla 4. Nivel de ansiedad que presentan las puérperas adolescentes según el grado de instrucción atendidas en un hospital nacional de Lima, noviembre 2011

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NO HAY ANSIEDAD		ANSIEDAD LEVE A MODERADA		TOTAL	%
		%		%		
PRIMARIA INCOMPLETA	3	6%	3	19%	6	9%
SECUNDARIA INCOMPLETA	23	47%	2	12%	25	39%
SECUNDARIA COMPLETA	3	6%	3	19%	6	9%
SUPERIOR INCOMPLETA	13	27%	7	44%	20	31%
SUPERIOR COMPLETA	7	14%	1	6%	8	12%
TOTAL	49	100%	16	100%	65	100%

Tau-c de Kendall = 0.515 p= >0.05

En la tabla estadística se evidencia que las puérperas adolescentes que tienen primaria incompleta constituyen el 9 % (6 puérperas) de la muestra; con relación al nivel de ansiedad, el 6 % (3 puérperas) no presentan ansiedad, y el 19 % (3 puérperas) presentan ansiedad leve a moderada.

Las puérperas adolescentes con secundaria incompleta corresponden el 39 % (25 puérperas), de las cuales el 47 % (23 puérperas) no manifiestan ansiedad. El 12 % restante (2 puérperas) presentan ansiedad leve a moderada.

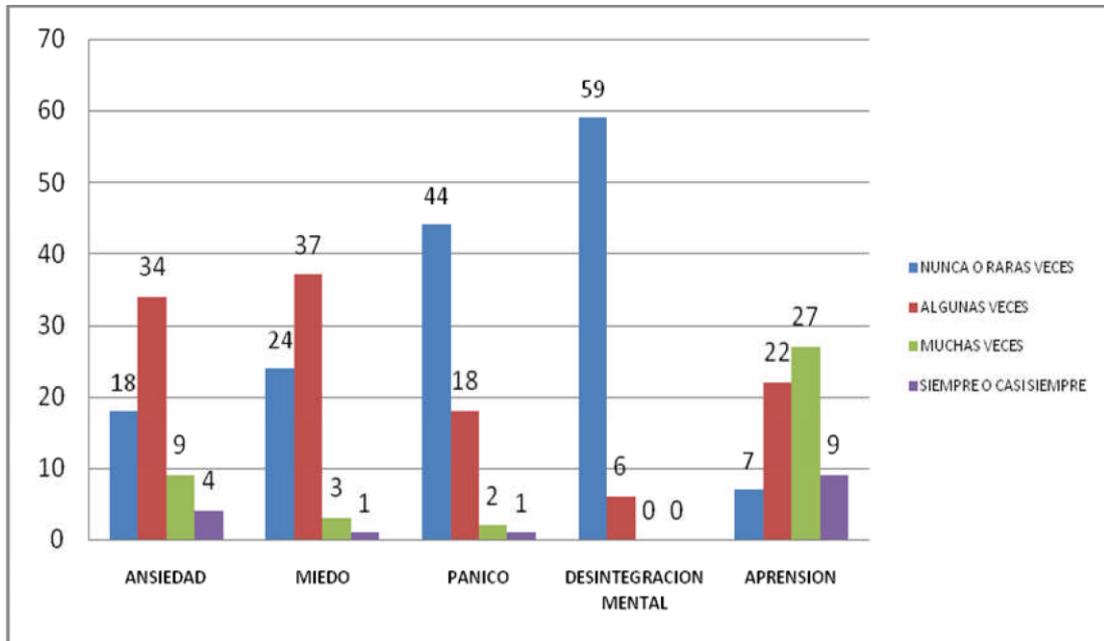
La muestra conformada por la puérperas adolescentes con secundaria completa corresponden el 9 % (6 puérperas); de ellas, el 6% (3 puérperas) no manifiestan ansiedad, y el 19 % (3 puérperas) presentan ansiedad leve a moderada.

Las puérperas adolescentes con grado de instrucción superior incompleta constituyen el 31 % (20 puérperas); en relación con el nivel de ansiedad, el 27 % (13 puérperas) no presentan ansiedad, y el 44 % (7 puérperas) manifiestan ansiedad leve a moderada.

Finalmente, las puérperas adolescentes con estudios superiores incompletos son el 12 % de la muestra (8 puérperas); de ellas, el 14% (7 puérperas) no presentan ansiedad y el 6 % restante (1) manifiesta ansiedad leve a moderada.

Aplicando la prueba estadística ordinal por ordinal Tau-c de Kendal (sig. aproximada = 0,515), se evidencia que no existe relación entre el nivel de ansiedad y el grado de instrucción, ya que el mínimo valor para aceptar la relación es ($p = > 0,05$).

Gráfico 1. Frecuencia de respuestas sobre síntomas afectivos que tienen las puérperas adolescentes. Escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (adaptada), noviembre 2011



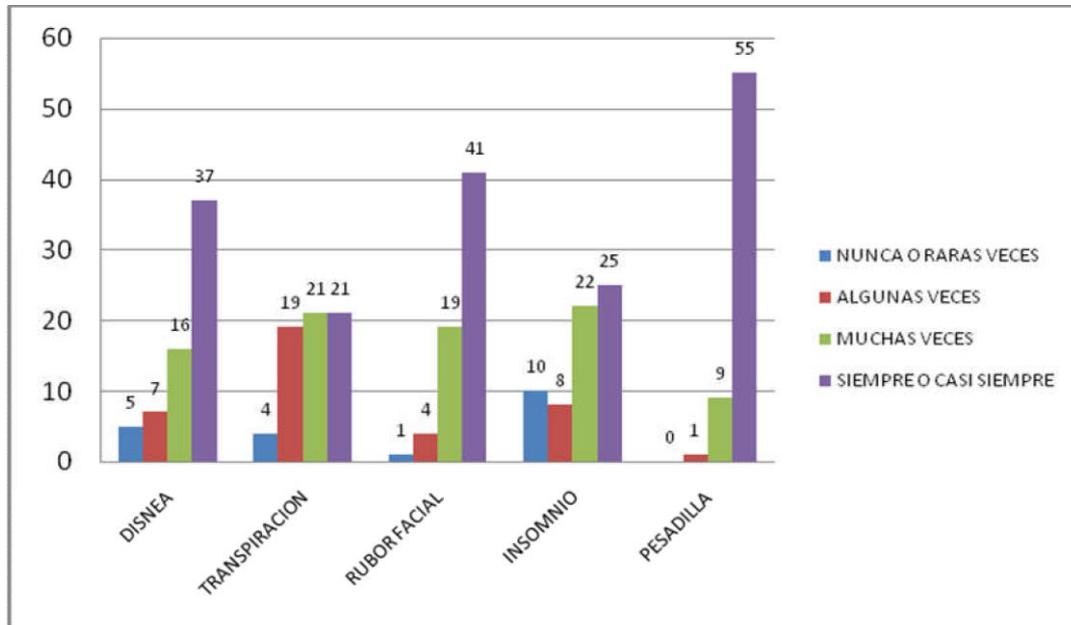
En el gráfico se observan los síntomas afectivos y la frecuencia con que se presentan en las puérperas adolescentes, según la escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (adaptada).

Con respecto al síntoma de ansiedad, 34 puérperas afirman tener ansiedad algunas veces, 18 nunca o raras veces, 9 muchas veces y 4 siempre o casi siempre. Con referencia al síntoma de miedo, 37 puérperas respondieron sentir miedo algunas veces, 24 nunca o raras veces, 3 muchas veces y una siempre o casi siempre.

El síntoma de pánico se percibe en 44 puérperas adolescentes nunca o raras veces, en 18 algunas veces, en 2 muchas veces y solo en una siempre o casi siempre.

El síntoma de desintegración mental se presenta en 59 puérperas adolescentes nunca o raras veces, y en 6 algunas veces. El síntoma de aprensión se presenta en 27 puérperas muchas veces, en 22 algunas veces, en 9 siempre casi siempre y en 7 siempre o casi siempre.

Gráfico 2. Síntomas somáticos más resaltantes que tienen las puérperas adolescentes. Escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (adaptada), noviembre 2011



En el gráfico se observa los síntomas somáticos más resaltantes y la frecuencia con que se presentan en las puérperas adolescentes, según la escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (adaptada).

Con respecto al síntoma de disnea, 37 puérperas adolescentes responden siempre o casi siempre, 16 muchas veces, 7 algunas veces y 5 nunca o raras veces. En cambio, para el síntoma de transpiración, 21 puérperas adolescentes responden siempre o casi siempre, 21 puérperas contestan muchas veces, 19 algunas veces y 4 nunca o raras veces.

El síntoma de rubor facial se percibe en 41 puérperas adolescentes siempre o casi siempre, en 19 muchas veces, en 4 algunas veces y en una nunca o raras veces. El síntoma de insomnio se presenta en 25 puérperas adolescentes con una frecuencia de siempre o casi siempre, en 22 muchas veces, en 10 nunca o raras veces y en 8 algunas veces. Finalmente, el síntoma de pesadilla se manifiesta en 55 puérperas adolescentes siempre o casi siempre, en 9 muchas veces y en una algunas veces.

4.2. Discusión

El embarazo en la adolescencia constituye un hecho que conlleva a una serie de situaciones que pueden afectar contra la salud física y mental de la madre y del hijo, es por ello que no debe ser considerado solamente en términos del presente sino también del futuro, prioritariamente por las complicaciones que acarrea.

Tal como mencionan Conger y Peterson, “[...] la etapa del adolescente conlleva a una serie de situaciones de cambio que hay que afrontar y que no todas pueden lograr con éxito. El hecho de tener un comportamiento retraído en exceso, demostrarse preocupado, sentirse temeroso pueden ser los síntomas que encienden la señal de alarma”. Además, es importante resaltar que en la adolescencia sobrevienen diversos y complejos cambios biológicos, psicológicos y sociales. Por ello, el primer mes posparto representa un alto riesgo para desarrollar algún trastorno del ánimo, ante lo cual es fundamental el estudio de desórdenes como la ansiedad.

En la presente investigación se encontró que la cuarta parte de la población de puérperas adolescentes (25 %) presenta un nivel de ansiedad leve a moderado, y el porcentaje restante (75 %) no evidencia ansiedad. Estos resultados coinciden con la información que brinda el Centro de Estudios Especialista en Trastornos de Ansiedad, en donde describen que la ansiedad normal se manifiesta en episodios poco frecuentes y su intensidad suele ser leve a moderada, con duración limitada. Básicamente responde frente a un estímulo o situación estresante claramente detectable. No interfiere con la vida cotidiana de las personas. Aunque el porcentaje de puérperas adolescentes que presentan nivel de ansiedad leve a moderado es mínimo, debe considerarse como significativo y fundamental para incentivar el respaldo emocional de la familia, de la pareja y del personal de salud. Del mismo modo, Miller R., Pallant J. y Negri L., en su investigación sobre la ansiedad y el estrés en el posparto, llegaron a la conclusión de que es necesaria la evaluación de las madres en los primeros meses posparto, ya que actualmente solo se usa la escala de depresión posnatal, algo que,

si continuara, provocaría que las madres con síntomas de ansiedad o estrés corriesen el riesgo de no recibir ayuda.

En lo concerniente al nivel de ansiedad según la clasificación de la edad, se encontró que las puérperas adolescentes de la etapa media (14-16 años) presentan mayor porcentaje (45 %) de ansiedad leve a moderada en comparación de sus pares (16 %) que se encuentran en la etapa tardía (17-19 años). Además, es importante resaltar que a través de la prueba estadística chi cuadrado se acepta que existe relación entre el nivel de ansiedad y la edad de la adolescente. Este resultado es un reflejo de las características propias de la edad. En la adolescencia media hay un mayor nivel de ansiedad porque existe una inmadurez emocional, las adolescentes están muy preocupadas por su apariencia física, comparten valores propios y conflictos con sus padres. Es decir, es una etapa difícil de sobrellevar con muchos conflictos internos, a ella se suma el hecho de ser madre, que, como consecuencia, generará trastornos del ánimo. A diferencia de la adolescencia media, en la adolescencia tardía casi no se presentan cambios físicos y se acepta la imagen corporal, se acercan nuevamente a sus padres y sus valores presentan una perspectiva más adulta, adquieren mayor importancia las relaciones íntimas y el grupo de pares va perdiendo jerarquía; desarrollan su propio sistema de valores con metas vocacionales reales. Por tanto, sienten mayor seguridad y madurez para afrontar dificultades o situaciones nuevas, como la maternidad.

Con relación al estado civil, las adolescentes solteras son quienes mayor nivel de ansiedad leve a moderada manifiestan (69 %), y las adolescentes convivientes representan al 31 %, a diferencia de estos resultados, las adolescentes casadas no presentan ansiedad. A pesar de ello, la prueba estadística ordinal por ordinal Tau-c de Kendall muestra que no existe relación entre el estado civil y el nivel de ansiedad. Estos resultados evidencian que el estado civil es independiente del nivel de ansiedad. Así, el estado civil es una característica personal que implica asumir una serie de obligaciones consigo mismo, con la familia y la sociedad; el matrimonio presenta una serie de implicancias sociales, jurídicas

y psicológicas, de la misma manera el estado civil soltera o conviviente lleva a una inestabilidad emocional por la excesiva responsabilidad ante la crianza de los hijos. En la actualidad, las madres adolescentes se encuentran con el rechazo de la familia y con la ausencia de su pareja, que no desea saber nada del tema. Por tanto, las madres solteras deben afrontar su maternidad sin el apoyo de su pareja, todo ello genera que sean muy vulnerables, tengan bajo autocontrol y poca confianza en sí mismas, lo que posteriormente repercutirá en la salud física y mental del nuevo ser.

El grado de instrucción constituye un factor importante por evaluar en la puérpera adolescente, de modo que las adolescentes con secundaria completa fueron quienes mayor nivel de ansiedad manifestaron (44 %); por el contrario, las adolescentes con primaria y secundaria tuvieron porcentajes menores. Al ser evaluadas con la prueba estadística chi cuadrado, se encontró que el grado de instrucción de las adolescentes puérperas no se relaciona con el nivel de ansiedad ($p = > 0,05$). Los hallazgos obtenidos demuestran que el nivel de ansiedad es independiente del grado de instrucción de la persona, y que existen otros factores más importantes, como la edad.

La determinación de los niveles de ansiedad, a través de la escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (adaptada), evidencia que los síntomas somáticos más resaltantes en las puérperas adolescentes son pesadilla, rubor facial, disnea, insomnio y transpiración. Las manifestaciones fisiológicas pueden aparecer de manera aguda, bruscamente, o estar presentes de modo constante. La excitación fisiológica y las manifestaciones conductuales que contribuyen a una desagradable sensación del estado de ansiedad incluyen taquicardia, alteraciones en la respiración, sudor, inquietud, temblores, estreñimiento, náuseas, vértigo y otros. Las reacciones somáticas más importantes son las alteraciones de la circulación, los cambios respiratorios y las secreciones glandulares.

Asimismo, los síntomas afectivos que se manifestaron con mayor frecuencia en las puérperas adolescentes fueron la aprensión y la ansiedad. Estas manifestaciones psicológicas del componente emotivo están referidas a

la vivencia o experiencia de sentimientos de miedo sin objeto actual o definido a la conciencia de peligro o amenaza inminente que representa la crianza de un hijo y el bajo nivel de conocimientos. Es en este momento que la enfermera realiza la valoración psicológica de las puérperas adolescentes. El estado emocional estará en función de las molestias que tenga en ese momento y del desenlace del parto. Posteriormente, se realizará la educación sobre los cuidados del recién nacido y el autocuidado en el puerperio, que es de vital importancia para responder las dudas de la adolescente y apoyarla frente a los temores propios del momento.



V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- El porcentaje de puérperas adolescentes que presentan ansiedad leve a moderada es mínimo y representa una de cada cuatro puérperas; pero, a pesar de ello, este resultado debe considerarse como significativo y fundamental para incentivar el respaldo emocional de la familia y pareja.
- Se encontraron diferencias significativas entre los niveles de ansiedad y la clasificación de la edad de las puérperas adolescentes ($p = 0,011$). Las adolescentes de la etapa media (14-16 años) presentan mayores niveles de ansiedad leve a moderada que las adolescentes de la etapa tardía (17-19 años).
- No existen diferencias significativas entre niveles de ansiedad y el estado civil ($p = 0,64$).
- No existen diferencias significativas entre niveles de ansiedad y el grado de instrucción ($p = 0,51$).
- Las puérperas adolescentes con nivel de ansiedad leve a moderado manifiestan como principales síntomas afectivos la ansiedad y la aprensión.
- Las puérperas adolescentes con nivel de ansiedad leve a moderado manifiestan como principales síntomas somáticos la pesadilla, el rubor facial, la disnea, el insomnio y la transpiración.



5.2. Recomendaciones

- La evaluación de los niveles de ansiedad debe considerarse durante la entrevista de enfermería para identificar a las puérperas con ansiedad y actuar según corresponda; asimismo, para prevenir riesgos para la salud mental y física de la susodicha y de su menor hijo.
- Elaborar y desarrollar programas psicoeducativos dirigidos por el personal de Enfermería y de Psicología.
- Después del alta se debe realizar un seguimiento a las puérperas adolescentes con ansiedad.
- Realizar estudios que incluyan a las adolescentes de 10-14 años.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú21. (Mayo 2009). En el Perú hay 162 mil madres adolescentes, según cifras del INEI. Perú 21: Actualidad. Disponible en <http://peru21.pe/noticia/284072/peru-hay-162-mil-madres-adolescentes-segun-cifras-inei>
2. Sarason I. & Sarason B. (1996) *Psicología anormal*. México: Prentice Hall Hispanoamericana; p. 156.
3. Instituto Nacional Materno Perinatal. (2001). *Adolescencia y salud reproductiva*. Lima; p. 76.
4. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2004). *Cuando los adolescentes tienen hijos: información para la familia*. N.º 31.
5. Chapilliquen J. (2007). *Nivel de conocimiento que tienen las madres adolescentes en el cuidado del recién nacido en el Instituto Nacional Materno Perinatal; mayo-noviembre 2007*. (Tesis). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
6. Paucarcaja C. (2003). *Ansiedad en madres de niños prematuros del programa de atención y control del niño de un hospital nacional*. Lima – Perú. 2003.
7. Da Silva L., Spanó A., Azevedo F. et al. (2009). *Significados atribuidos por puérperas adolescentes a la maternidad: autocuidado y el cuidado con el bebé*. Brasil.
8. Ángeles M. (2005). *Conocimientos de las puérperas sobre autocuidados y cuidados del recién nacido en el momento del alta hospitalaria en la unidad de hospitalización posparto*. Hospital Universitario Virgen de Valme. España. 2003-2004.

9. Galarza H., Orellana J. & Ramos M. *Nivel de conocimientos sobre cuidados del recién nacido y su relación con los factores socio culturales en madres adolescentes primíparas del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima-Perú. Setiembre 1999.*
10. Miller R., Pallant J. & Negri L. (2006). *Ansiedad y estrés en el postparto. ¿Hay más angustia que depresión en el postparto?* Australia.
11. Sarason I. & Sarason B. (1996) *Psicología anormal*. México: Prentice Hall Hispanoamericana; p. 160.
12. Centro de Estudios Especialista en Trastornos de Ansiedad: *Ansiedad. Descripción*. Disponible en http://www.ceeta.org/?page_id=65
13. Pacheri P. (1989). *Manual de psiquiatría*. México: Trillas; pp. 30-34.
14. Cameron N. (2007). *Desarrollo y psicopatología de la personalidad*. Trillas; pp. 37-38.
15. Wong D. (1995). *Enfermería pediátrica*. (4.a ed.). España: Mosby; p. 395.
16. Issler J. (2001). Embarazo en la adolescencia. *Revista de Posgrado de la VI Cátedra Medicina*. 107: 11-23.
17. Ruotti A. (1992). *Sexualidad y embarazo en la adolescencia*. Paraguay: Instituto de Investigación de Ciencias de la Salud.
- 17a. Ruotti A. (2002). *Revista de Posgrado de la VI Cátedra de Medicina*. 115: 24-25. Corrientes.
18. Trinidad A. (2007). Ser madre en la adolescencia. *Puleva Salud*. Disponible en http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=101697&RUTA=1-5-9-101697
19. Nettina S. M. (2000). *Atención de la madre y el recién nacido en el puerperio*. (6.^a ed.). Madrid: Mc-Graw Hill Interamericana; p. 1003-1015.
20. López A. (2001). *Adolescencia y salud reproductiva*. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; p. 111.

21. Álvarez C.(2008). *Apuntes y notas de enfermería materno-infantil: curso académico*; p. 127. Disponible en <http://www4.ujaen.es/~mlinaires /APUNTES.pdf>
22. Arenas N. (2006). *El cuidado como manifestación de la condición humana*. Venezuela. Disponible en [http://salusonline.fcs.uc.edu.ve/cuidado_manifestacion humana.pdf](http://salusonline.fcs.uc.edu.ve/cuidado_manifestacion_humana.pdf)
23. Nettina S. M. (2000). *Atención de la madre y el recién nacido en el puerperio*. (6.^a ed.). Madrid: Mc-Graw Hill Interamericana; p. 980.
24. Ordoñez M. (2005). *Inteligencia emocional y cognitiva de 0-1 año*. (Vol. 1). Madrid: MMV; p. 101.
25. Medrano M. (2002). *Guía de atención para el menor de 5 años*. Lima: Grafitec; p. 175.
26. Medrano M. (2002). *Guía de atención para el menor de 5 años*. Lima: Grafitec; p. 176.
27. Reeder S. (1995). *Enfermería Materno-Infantil*. (17.^a ed.). México: Interamericana; p. 168.
28. Burroughs A. (1999). *Enfermería Materno-Infantil*. (3.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; p. 280.
29. Reeder S. (1995). *Enfermería Materno-Infantil*. (17.^a ed.). México: Interamericana; p. 718.
30. Burroughs A. (1999). *Enfermería Materno-Infantil*. (3.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; p. 284.
31. Burroughs A. (1999). *Enfermería Materno-Infantil*. (3.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; p. 284.
32. Reeder S. (1995). *Enfermería Materno-Infantil*. (17.^a ed.). México: Interamericana; p. 723.

33. Broadibb V. (1990). *Enfermería pediátrica*. (3.^a ed.). México: Editorial Mexicana; p. 36.
34. Broadibb V. (1990). *Enfermería pediátrica*. (3.^a ed.). México: Editorial Mexicana; p. 37.
35. Broadibb V. (1990). *Enfermería pediátrica*. (3.^a ed.). México: Editorial Mexicana; p. 37.
36. Burroughs A. (1999). *Enfermería Materno-Infantil*. (3.^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana; p. 284.
37. Reeder S. (1995). *Enfermería Materno-Infantil*. (17.^a ed.). México: Interamericana; p. 645.
38. Astocondor L. (2001). *Estudio exploratorio sobre ansiedad y depresión en un grupo de pobladores de comunidades nativas aguarunas*. Perú.
39. Zung W. (1971). *A Rating Instrument for Anxiety Disorders*. *Psychosomatics*. Estados Unidos; pp. 371-379.

ANEXOS

Anexo A. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALORES FINALES
Niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido.	Grado de agitación, inquietud o zozobra, que se manifiesta en las puérperas adolescentes cuando brindan cuidados al recién nacido.	Puntaje obtenido al aplicar la Escala Autoaplicada de Ansiedad del Dr. Zung (adaptada) que mide la sintomatología somática y afectiva que experimentan las puérperas adolescentes cuando brindan cuidados al recién nacido.	Síntomas afectivos	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Miedo - Pánico - Desintegración mental - Aprensión 	❖ Puntuaciones hasta 44: Normal (no hay ansiedad).
			Síntomas somáticos	<ul style="list-style-type: none"> - Temblores - Dolor corporal. - Fatiga y debilidad - Inquietud 	❖ Puntuaciones entre 45 y 59: Ansiedad leve a moderada.

				<ul style="list-style-type: none"> - Palpitaciones - Mareos - Desmayo - Disnea - Parestesias - Náuseas y vómitos - Frecuencia urinaria - Transpiración - Rubor facial - Insomnio - Pesadillas 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Puntuaciones entre 60 y 74: Ansiedad severa. ❖ Puntuaciones sobre 75: Ansiedad extrema.
--	--	--	--	--	--

Anexo B. Instrumento

I. PRESENTACIÓN

Buenos días, somos Bachilleres en Enfermería egresados de la Universidad Norbert Wiener. En esta oportunidad estamos realizando una investigación sobre: *Niveles de Ansiedad que Generan los Cuidados del Recién Nacido, en Puérperas Adolescentes Atendidas en un Hospital Nacional de Lima - Noviembre, 2011*. Por lo que solicitamos su colaboración, haciendo de su conocimiento que el presente instrumento es *anónimo confidencial*. Esperando obtener sus respuestas con veracidad, agradecemos anticipadamente su valiosa participación.

II. INSTRUCCIONES

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

III. DATOS GENERALES

1. Edad:
2. Lugar de procedencia: Costa () Sierra () Selva ()
3. Grado de instrucción: Primaria completa () Primaria incompleta ()
Secundaria completa () Secundaria incompleta ()
4. Estado Civil: Soltera () Casada () Conviviente ()
5. Trabaja: Si () No ()
6. Actualmente vive con: Padres () Pareja () Otros ()

A continuación Ud. encontrará una serie de enunciados elaborados para conocer si el cuidado que Ud. brinda a su bebé le genera o no ansiedad.

Marque con un aspa (X) la columna que se aproxime más a la situación que Ud. siente.

Ejemplo:

Enunciados	Nunca o Raras Veces	Algunas Veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
Me siento más nerviosa y ansiosa cuando cuido a mi bebé.		X		

ESCALA AUTOAPLICADA DE ANSIEDAD DEL DR. ZUNG (ADAPTADA)

	Enunciados	Nunca o Raras Veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
01	Me siento más nerviosa y ansiosa cuando cuido a mi bebé.				
02	Siento miedo cuando cuido a mi bebé				
03	Me altero fácilmente y me siento aterrorizada cuando cuido a mi bebé.				
04	Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos cuando cuido a mi bebé.				
05	Me parece que todo está bien y que nada malo sucederá.				
06	Mis brazos y piernas tiemblan y se sacuden cuando cuido a mi bebé.				
07	Tengo dolores de cabeza, en el cuello y en la espalda cuando cuido a mi bebé.				
08	Me siento débil y me canso fácilmente al cuidar a mi bebé.				
09	Me siento tranquila y me es fácil estar quieta.				
10	Siento mi corazón latiendo rápidamente cuando cuido a mi bebé.				
11	Tengo sensación de mareos cuando cuido a mi bebé.				
12	Tengo la sensación de que me voy a desmayar cuando cuido a mi bebé.				
13	Puedo respirar con facilidad cuando cuido a mi bebé.				
14	Siento hormigueo y adormecimiento en los dedos de pies y manos al cuidar a mi bebé.				
15	Tengo malestar de estómago o indigestión cuando cuido a mi bebé.				
16	Tengo deseos de orinar con frecuencia cuando cuido a mi bebé.				
17	Mis manos se mantienen secas y calientes cuando cuido a mi bebé.				
18	Me ruborizo y siento la cara caliente cuando cuido a mi bebé.				
19	Me duermo con facilidad y descanso bien en la noche después de cuidar a mi bebé.				
20	Tengo pesadillas.				

Anexo C. Tabla de puntaje bruto

	Enunciados	Nunca o Raras Veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
01	Me siento mas nerviosa y ansiosa que de costumbre	1	2	3	4
02	Siento miedo sin ninguna razón.	1	2	3	4
03	Me altero fácilmente y me siento aterrorizada	1	2	3	4
04	Siento que me desintegro y pierdo la cabeza.	1	2	3	4
05	Me parece que todo esta bien y que nada malo sucederá.	4	3	2	1
06	Mis brazos y piernas tiemblan y se sacuden.	1	2	3	4
07	Tengo dolores de cabeza, en la nuca y en la espalda.	1	2	3	4
08	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4
09	Me siento calmado y me puedo sentar quieto.	4	3	2	1
10	Siento mi corazón latiendo rápidamente.	1	2	3	4
11	Tengo sensación de mareos.	1	2	3	4
12	Tengo la sensación de que me voy a desmayar.	1	2	3	4
13	Puedo respirar con facilidad.	4	3	2	1
14	Siento hormigueo y adormecimiento en los dedos de pies y manos.	1	2	3	4
15	Tengo malestar de estomago o indigestión.	1	2	3	4
16	Debo orinar con frecuencia.	1	2	3	4
17	Mis manos se mantienen secas y tibias.	4	3	2	1
18	Me ruborizo y siento la cara caliente.	1	2	3	4
19	Me duermo con facilidad y descanso bien en la noche.	4	3	2	1
20	Tengo pesadillas.	1	2	3	4

Anexo D. Tabla para conversión de puntaje bruto a índice SAS

Punteo Bruto	Índice S. A. S.	Punteo Bruto	Índice S. A. S.	Punteo Bruto	Índice S. A. S.
20	25	40	50	60	75
21	26	41	51	61	76
22	28	42	53	62	78
23	29	43	54	63	79
24	30	44	55	64	80
25	31	45	56	65	81
26	33	46	58	66	83
27	34	47	59	67	84
28	35	48	60	68	85
29	36	49	61	69	86
30	38	50	63	70	88
31	39	51	64	71	89
32	40	52	65	72	90
33	41	53	66	73	91
34	43	54	68	74	92
35	44	55	69	75	94
36	45	56	70	76	95
37	46	57	71	77	96
38	48	58	73	78	98
39	49	59	74	79	99
				80	100

Tabla de conversión donde la puntuación bruta se convierte en índice de ansiedad (Zung, 1971-1977)

Anexo E. Escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (original)

	Preguntas.	Nunca o Raras Veces	Algunas Veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre
01	Me siento más nerviosa y ansiosa que de costumbre				
02	Siento miedo sin ninguna razón.				
03	Me altero fácilmente y me siento aterrorizada				
04	Siento que me desintegro y pierdo la cabeza.				
05	Me parece que todo está bien y que nada malo sucederá.				
06	Mis brazos y piernas tiemblan y se sacuden.				
07	Tengo dolores de cabeza, en la nuca y en la espalda.				
08	Me siento débil y me canso fácilmente.				
09	Me siento calmado y me puedo sentar quieto.				
10	Siento mi corazón latiendo rápidamente.				
11	Tengo sensación de mareos.				
12	Tengo la sensación de que me voy a desmayar.				
13	Puedo respirar con facilidad.				
14	Siento hormigueo y adormecimiento en los dedos de pies y manos.				
15	Tengo malestar de estomago o indigestión.				
16	Debo orinar con frecuencia.				
17	Mis manos se mantienen secas y tibias.				
18	Me ruborizo y siento la cara caliente.				
19	Me duermo con facilidad y descanso bien en la noche.				
20	Tengo pesadillas.				

Anexo F. Tamaño de la muestra

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó la prueba estadística de proporciones de una población finita.

DONDE:

N = Población de un mes = 110

Z = Nivel de confianza al 95 % = 1.96

P = Proporciones = 0.12

Q = 0.88

d = 0.05

$$n = \frac{110 * (1.96)^2 * 0.12 * 0.88}{0.05 * (110 - 1) + (1.96)^2 * 0.12 * 0.88} = 65$$

La muestra es de 65 puérperas adolescentes

Anexo G. Juicio de expertos

TABLA DE CONCORDANCIA DEL INSTRUMENTO
PRUEBA BINOMIAL

PGTAS/JUECES	1	2	3	4	5	6	7	8	PROBABILIDADES
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	0	0.035
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

La validez del instrumento fue establecida por el juicio de expertos. Al aplicar las sugerencias brindadas por los mismos, se aseguró la coherencia interna del instrumento.

Si P (probabilidad) es $< 0,05$, la concordancia es significativa.

Los 7 resultados obtenidos fueron menores a $0,05$; por lo tanto, en todos ellos existe una concordancia significativa.

Anexo H. Validez

FORMULA: R DE PEARSON

$$\frac{n\sum XY - \sum X \cdot \sum Y}{\sqrt{n[\sum X^2 - (\sum X)^2]} \sqrt{n[\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

ELE/MTAL	PUNTAJE TOTAL
1	0.53
2	0.23
3	0.59
4	0.44
5	0.25
6	0.47
7	0.47
8	0.61
9	0.51
10	0.21
11	0.32
12	0.28
13	0.35
14	0.34
15	0.21
16	0.28
17	0.27
18	0.2
19	0.47
20	0.41
VARIANZA TOTAL	7.44

VALIDEZ R DE PEARSON : 7.44/ 20 = 0.37

La validez se considera en el rango de 0,20 a 1; por ello al tener como resultado 0,37, se afirma que el instrumento es válido.

Anexo I. Confiabilidad

FORMULA: COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

Donde:

$\sum s_i^2$ = varianza de cada ítem. = 19.62
 s_T^2 = varianza de los puntajes totales. = 12.34
 k = número de ítems del instrumento. = 20

$$\alpha = \left(\frac{20}{20-1} \right) \left(1 - \frac{19.62}{12.34} \right)$$

$$\alpha = [1.05] [0.59]$$

$$\alpha = 0.62$$

El presente instrumento es confiable, ya que el resultado fue mayor a 0,5 (valor mínimo de confiabilidad).

Anexo J. Matriz de datos

Nº PCTE/ITEM	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
1	3	1	7	3	1	2	3	3	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	4	1
2	3	1	5	3	2	1	2	2	1	1	3	1	2	2	3	1	1	1	2	2	2	2	3	2	3	1
3	2	1	4	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	2	3	2	1	1	4	1	1	2	4	1	3	1
4	3	1	4	2	2	1	2	1	1	1	3	1	3	1	3	1	1	1	1	1	2	1	4	1	3	1
5	3	1	4	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1
6	2	1	5	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	3	2	1	1
7	3	2	6	3	2	2	3	1	1	1	2	2	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	3	2	1	1
8	2	1	2	1	1	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	3	2	2	3	1
9	3	1	4	3	2	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	3	1
10	3	2	5	2	2	2	2	1	1	1	4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	3	2	4	1	2	1	2	2	1	1	3	1	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	3	1	2	1
12	3	1	4	3	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	4	1
13	3	1	4	3	2	3	1	1	1	1	4	1	2	1	3	2	1	1	3	1	1	2	3	2	3	1
14	3	1	2	3	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	3	2	1	1	3	1	1	1	3	1	3	1
15	3	1	4	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1
16	2	2	3	1	2	1	2	1	1	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1
17	2	1	3	1	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	3	1	1	2	3	1	4	1
18	3	1	5	1	2	3	1	1	1	1	3	1	1	2	2	3	1	1	2	1	2	1	2	1	3	1
19	3	1	4	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	2	2	3	3	1
20	3	2	7	3	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2	3	2
21	3	1	4	3	2	2	4	1	2	1	4	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	3	2	1	4	1
22	3	1	4	1	2	1	1	1	1	1	4	1	1	1	3	1	1	1	4	1	1	1	4	2	4	1

23	3	1	2	3	2	2	2	1	2	2	3	1	2	1	3	3	1	1	3	1	1	1	2	3	4	3	
24	3	1	4	3	2	2	2	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	4	1	1	1	3	1	3	1	
25	3	1	4	3	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	
26	3	1	7	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	3	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	
27	2	2	5	1	1	3	4	4	2	2	3	1	2	2	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	2	
28	3	1	5	1	1	3	3	2	2	1	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	2	1	2	4	1	
29	2	2	5	1	2	1	2	3	2	1	2	3	3	3	3	2	1	1	3	2	1	1	3	3	3	1	
30	2	1	5	3	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	1
31	3	3	4	3	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	
32	3	3	4	3	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	
33	3	1	5	1	1	1	2	2	2	1	3	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	
34	3	2	5	1	2	1	4	2	3	1	1	3	2	3	4	2	1	1	4	1	1	1	3	1	2	1	
35	3	2	5	1	2	3	2	1	4	1	2	3	2	4	3	3	1	1	2	2	1	1	3	1	4	2	
36	3	1	7	3	2	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	1	1	3	1	
37	3	1	5	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	3	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	
38	3	1	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1	
39	3	1	5	1	2	1	2	2	1	2	4	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	3	1	3	2	
40	2	1	5	3	2	2	2	1	1	1	2	1	3	2	3	1	1	1	2	1	1	2	1	1	4	2	
41	2	1	5	1	2	1	3	2	2	2	3	2	3	4	3	2	1	1	1	1	2	2	4	2	4	1	
42	3	1	4	3	2	2	1	2	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
43	2	1	4	1	2	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	
44	3	3	2	7	2	2	2	3	3	1	4	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
45	2	1	5	3	2	3	2	2	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	
46	2	1	5	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	
47	3	1	5	3	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	
48	3	1	5	3	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1	
49	3	1	7	1	1	1	4	2	2	1	2	1	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	1	4	1	

50	3	1	4	3	2	2	3	2	1	1	3	1	2	1	3	2	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1
51	3	1	7	1	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2	2	1	1	1	2	1	1	1	2	1	2	1
52	3	1	4	3	2	2	3	1	2	1	3	1	1	2	3	2	1	1	4	2	1	3	2	3	2	1
53	2	2	5	3	2	1	2	2	1	1	3	2	3	4	2	1	2	2	1	3	1	1	1	1	4	2
54	2	2	3	3	2	1	1	2	1	1	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1
55	2	1	4	1	2	2	2	2	1	1	4	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	2	3	1
56	3	1	4	3	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	3	1
57	3	1	4	3	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	4	1
58	2	3	3	1	2	1	3	2	2	1	3	2	2	3	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	4	2
59	2	2	3	1	2	1	2	1	1	1	3	2	2	1	3	1	1	1	3	2	2	2	3	1	4	1
60	3	3	4	3	1	2	1	1	1	1	2	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	4	1
61	3	2	4	1	2	1	2	2	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	2	2	1	4	1
62	3	1	7	1	2	1	3	2	2	1	2	1	3	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	2	4	2
63	3	1	4	3	2	2	2	2	1	1	3	2	3	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	4	1
64	2	2	2	1	2	1	3	2	2	2	3	2	2	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2	1	4	2
65	2	2	3	1	2	1	2	2	2	1	3	1	3	3	2	2	2	1	1	1	1	2	1	1	4	1



Anexo K. Consentimiento informado

Niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido en puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima, noviembre 2011

Investigadores

Srta. Flor de María Mauricio Vidal

Sr. Israel John Díaz Cervantes

Bachilleres de Enfermería de la Universidad Norbert Wiener.

Declaración del investigador

El propósito de este documento es pedirle el permiso respectivo para que su menor hija participe en una investigación.

Por favor lea atentamente los siguientes párrafos.

Objetivo

A través del siguiente estudio se desea evaluar los niveles de ansiedad que generan los cuidados del recién nacido en puérperas adolescentes atendidas en un hospital nacional de Lima en noviembre de 2011.

Procedimiento

El estudio consiste en proporcionarle un cuestionario que contiene datos generales y una escala autoaplicada de ansiedad, que permitirá conocer cómo se siente la paciente a nivel psicológico desde que nació su bebé.

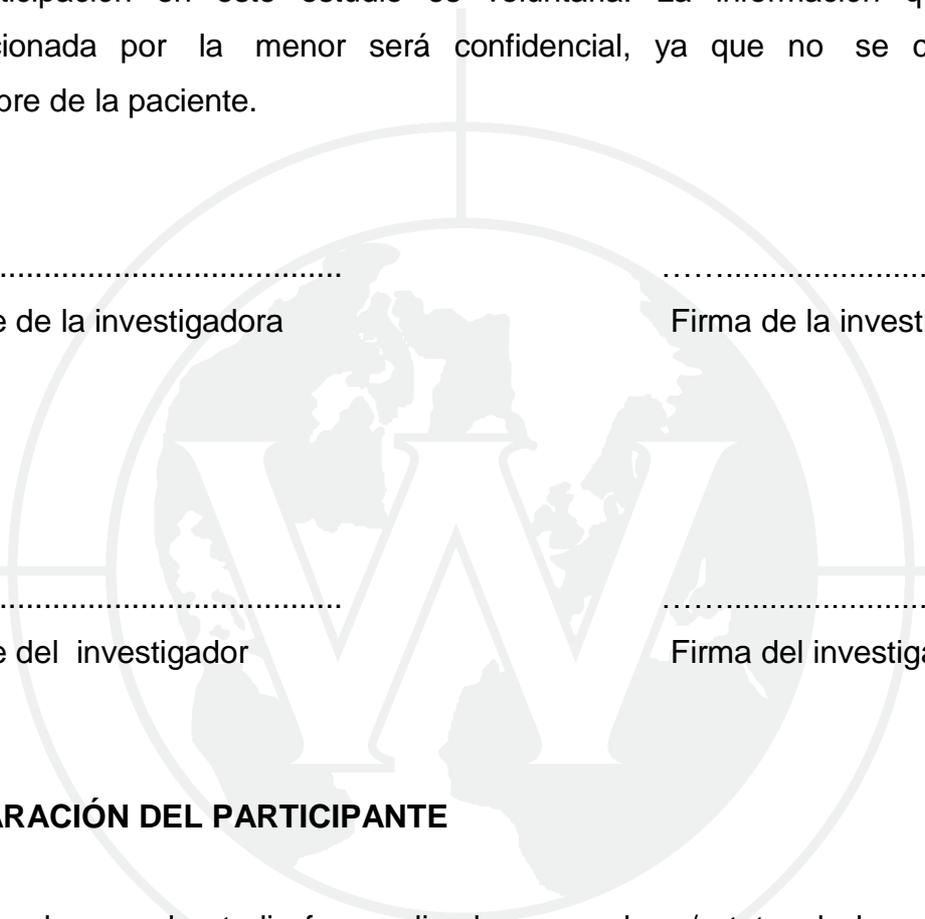
Los resultados son confidenciales; es decir, solo serán usados por los investigadores.

Riesgos, stress o incomodidad

La participación en este estudio no le causará a la menor de edad ningún peligro ni daño físico o psicológico.

Otra información

La participación en este estudio es voluntaria. La información que sea proporcionada por la menor será confidencial, ya que no se colocará el nombre de la paciente.

.....
Nombre de la investigadora	Firma de la investigadora
	
.....
Nombre del investigador	Firma del investigador

DECLARACIÓN DEL PARTICIPANTE

Después de que el estudio fue explicado, yo, padre y/o tutor de la menor de edad presente, acepto que participe en esta investigación.

Además, he tenido la ocasión de hacer preguntas y si más adelante tengo dudas sobre el estudio o sobre los derechos de mi hija o apoderada en la investigación puedo hacerlas con toda la confianza y libertad, conversando con los autores de este estudio.

.....
Nombre del padre o apoderado apoderado	Firma del padre o

Anexo L. Nivel de ansiedad que presentan las puérperas adolescentes con relación a la pregunta “Actualmente vive con”. Noviembre 2011

VIVE CON	NIVEL		DE ANSIEDAD		TOTAL	%
	NO HAY ANSIEDAD	%	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	%		
PADRES	19	39%	10	62%	29	45%
PAREJA	26	53%	3	19%	29	45%
OTROS	4	8%	3	19%	7	10%
TOTAL	49	100%	16	100%	65	100%

$X^2_c = 5.960$ $X^2_t = 5.99$ $gl = 02$ $p = > 0.05$

Anexo M. Nivel de ansiedad que presentan las puérperas adolescentes con relación a la pregunta “Actualmente trabaja”. Noviembre 2011

TRABAJA	NIVEL		DE ANSIEDAD		TOTAL	%
	NO HAY ANSIEDAD	%	ANSIEDAD LEVE A MODERADA	%		
SI	9	18%	2	12%	11	46%
NO	40	82%	14	88%	54	6%
TOTAL	49	100%	16	100%	65	100%

$X^2_c = 0.295$ $X^2_t = 3.84$ $gl = 01$ $p = > 0.05$

Anexo N. Síntomas somáticos que presentan las puérperas adolescentes. Escala autoaplicada de ansiedad del Dr. Zung (Adaptada). Noviembre 2011

