

**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

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



**NIVEL DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DEL  
EMBARAZO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL  
HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA DE  
CHACHAPOYAS, 2017.**

**Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería**

**Autor : Bach. Enf. JUSTO EMANUEL CHÁVEZ VARGAS**

**Asesor : Mg. YSHONER ANTONIO SILVA DÍAZ**

**CHACHAPOYAS – PERÚ  
2018**

## **DEDICATORIA**

**A DIOS** por su infinita misericordia, que me da sabiduría y salud para así continuar mi vida.

A mis padres: Rosa Celina Vargas Portocarrero y Adrian Chávez Zuta, por darme la luz de la vida, el apoyo moral, económico y esperanza para superarme profesionalmente.

## **AGRADECIMIENTO**

Al Director del Hospital Regional Virgen de Fátima, por brindarme las facilidades para poder ejecutar el presente trabajo de investigación en el Consultorio Externo de Obstetricia.

A todas las gestantes que formaron parte de la muestra del presente trabajo, facilitando la recolección de los datos y para hacer realidad ésta investigación.

Al Mg. Yshoner Antonio Silva Díaz por su apoyo incondicional y sus enseñanzas impartidas como asesor en el desarrollo de la elaboración, ejecución y estadística de mi trabajo de investigación que hizo realidad la conclusión del mismo.

## **AUTORIDADES UNIVERSITARIAS**

Dr. Policarpio Chauca Valqui

**Rector**

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillón

**Vicerrector Académico**

Dra. Flor Teresa García Huamán

**Vicerrectora de Investigación**

Dr. Edwin Gonzales Paco

**Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud**

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

**Director de la Escuela Profesional de Enfermería**

## **VISTO BUENO DEL ASESOR**

Yo, Yshoner Antonio Silva Díaz, identificado con DNI N° 06805383, con domicilio legal en Av. Aeropuerto N° 1275, docente asociado a tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería, asesor de la tesis titulada “NIVEL DE ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL DEL EMBARAZO EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA DE CHACHAPOYAS, 2017”, presentado por el tesista en enfermería JUSTO EMANUEL CHÁVEZ VARGAS.

Por lo indicado doy testimonio y visto bueno, ya que ha ejecutado la tesis mencionada, por lo que en fe a la verdad firmo al pie para mayor veracidad.

Chachapoyas, 02 de abril del 2018.

.....  
Mg. Yshoner Antonio Silva Díaz  
DNI N° 06805383

**JURADO EVALUADOR DE TESIS**  
(Resolución de Decanato N° 150-2018-UNTRM-VIRAC/F.C.S)

.....

Dr. Edwin Gonzales Paco

PRESIDENTE

.....

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

SECRETARIO

.....

Mg. Carla Ordinola Ramírez

VOCAL

## ÍNDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Autoridades	iv
Visto Bueno del asesor	v
Hoja de jurado	vi
Índice	vii
Resumen	xi
Abstract	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	5
III. MARCO TEÓRICO	6
IV. MATERIAL Y MÉTODO	20
4.1. Diseño de la investigación	20
4.2. Población, muestra y muestreo	20
4.3. Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de datos	21
4.4. Análisis de datos	23
V. RESULTADOS	24
VI. DISCUSIÓN	31
VII. CONCLUSIONES	37
VIII. RECOMENDACIONES	38
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXOS	41

## ÍNDICE DE TABLAS

**Pág.**

Tabla 1	Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.	24
Tabla 2	Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según dimensiones: aceptación al embarazo, rol maternal, relación con la madre, relación con la pareja, preparación para el parto y preocupación por el bebé, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.	26
Tabla 3	Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según edad, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.	29

## ÍNDICE DE FIGURAS

Pág.

Figura 1	Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.	25
Figura 2	Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según dimensiones: aceptación al embarazo, rol maternal, relación con la madre, relación con la pareja, preparación para el parto y preocupación por el bebé, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.	27
Figura 3	Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según edad, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.	30

## ÍNDICE DE ANEXOS

<b>Anexo 01</b>	Matriz de consistencia	42
<b>Anexo 02</b>	Operacionalización de variables	43
<b>Anexo 03</b>	Cuestionario de Autoevaluación	44
<b>Anexo 04</b>	Guía de cuestionario	47
<b>Anexo 05</b>	Tablas anexas	49

## RESUMEN

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo observacional, prospectivo, transversal, de análisis estadístico univariado; se realizó con el objetivo de determinar el nivel de adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017. La muestra estuvo constituida por 70 gestantes que acudieron al consultorio de obstetricia, las formas de selección fue por muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizó como instrumentos: guía de cuestionario, adaptación del Prenatal Self-Evaluation Questionnaire (PSQ). Los resultados muestran que del 100 % (70) de las gestantes que acudieron al consultorio de obstetricia, el 61.4% (43) consideran que la adaptación psicosocial es deficiente y el 38.6 % (27), presentan buena adaptación. En cuanto a las dimensiones: relación con la pareja el 100% (70) presenta una deficiente adaptación; preocupación por el bienestar del bebé, el 92.9 % (65); el 38.6% (27) tienen entre 25 a 29 años y el 34.3 % (24) tienen entre 20 a 24 años de edad. Conclusión: La mayoría de las gestantes presentan un nivel de adaptación psicosocial deficiente; En su totalidad, las gestantes muestran una deficiente adaptación psicosocial en la dimensión relación con la pareja, continuado de la dimensión preocupación por el bienestar del bebé y la edad que predominan respecto a la adaptación psicosocial se encuentra entre los 20 a 29 años de edad.

**Palabras claves:** adaptación psicosocial, embarazo, gestante, consultorio y obstetricia.

## ABSTRACT

The present investigation was of a quantitative approach; of descriptive level; of observational, prospective, transversal type, of univariate statistical analysis; was carried out with the objective of determining the level of psychosocial adaptation of pregnancy in the pregnant women attended at the Virgen de Fátima Regional Hospital in Chachapoyas, 2017. The sample consisted of 70 pregnant women who attended the obstetrics clinic, the selection was for non-probabilistic sampling for convenience. The following instruments were used: questionnaire guide, adaptation of the Prenatal Self-Evaluation Questionnaire. The results show that 100% (70) of the pregnant women who attended the obstetric clinic, 61.4% (43) consider that psychosocial adaptation is deficient and 38.6% (27), have good adaptation. Regarding the dimensions: relationship with the couple 100% (70) presents a poor adaptation; concern for the welfare of the baby, 92.9% (65); 38.6% (27) are between 25 and 29 years old and 34.3% (24) are between 20 and 24 years old. Conclusion: The majority of pregnant women present a poor level of psychosocial adaptation; In their totality, the pregnant women show a deficient psychosocial adaptation in the relationship dimension with the couple, continued from the dimension concern for the wellbeing of the baby and the age that predominates with respect to the psychosocial adaptation is between 20 to 29 years of age.

**Key words:** psychosocial adaptation, pregnancy, pregnancy, office and obstetrics.

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo da inicio a una nueva etapa en la vida de la mujer, pero mientras para muchas es un motivo de gozo, para otras puede significar una molestia que conlleva un fuerte desequilibrio emocional y que no favorecerá la relación con su pareja ni la futura relación con su hijo, pues una adaptación adecuada o inadecuada del rol materno puede deberse a muchos factores como la edad de la madre, el apoyo de la pareja y familiares, experiencias del nacimiento y las aspiraciones, experiencias previas positivas o negativas de procreación y crianza, el número de hijos que va a tener, personalidad de la madre, influencias culturales dentro de la familia y el nivel socioeconómico de los padres, pues las madres primerizas no están psicológicamente preparadas para ser madres (Calderón & Alzamora, 2006, pp. 40-43).

De acuerdo al Banco Mundial de la Salud y el Banco Mundial se estima que las enfermedades neuro- psiquiátricas contribuyan con un 12% mientras que para la OMS (Organización Mundial de la Salud) representan el 20% del costo total de las enfermedades médicas, en las cuales destaca la depresión, que por sí sola representa el 36.5% del total de las enfermedades psiquiátricas (Millares, 2017, p. 52).

El embarazo es considerado uno de los momentos más especiales en la vida de la mujer, donde presenta ajustes en su forma de pensar y de sentir, que pese a ser una etapa predecible y esperada da cambios en la funcionalidad familiar de cada uno de sus integrantes. La familia es el primer recurso en la promoción de la salud y de la prevención de enfermedades, en lo referente a la adaptación psicosocial del embarazo hay que dar una atención al manejo de sus síntomas emocionales, considerando como un todo al embarazo y no solo un estado fisiológico (Millares, 2017, p. 23).

El nacimiento del primer hijo, es una etapa de constante cambio ya que dejan de ser diada para convertirse en triada, en esta fase la pareja se prepara para la llegada de los futuros integrantes, generando diversos vínculos dependiendo de la cultura en la que se desarrollen, en el comienzo del embarazo se inicia una de los momentos más especiales en la vida de la mujer y de la familia, donde se presentan ajustes en su

forma de pensar y de sentir, considerándose por Bydlowski, “un periodo de relativa transparencia psíquica donde los sentimientos pasados suben con mayor facilidad”. La cual pese a ser una etapa predecible y esperada da cambios en la funcionalidad familiar de cada uno de sus integrantes, en la maternidad se genera incertidumbre y temor por el cumplimiento de las futuras responsabilidades, adquiriendo la necesidad de recibir información sobre el cuidado del niño; llevando a un cambio en las funciones previamente desempeñadas con la adquisición del nuevo cambio de rol, con lo que llegan a descuidar otras ocupaciones (Ontiveros, 2010, pp. 28-32).

Esta situación en ocasiones lleva a un desequilibrio familiar, sobre todo en parejas donde la llegada de un nuevo integrante llega de forma sorpresiva o inesperada, ya sea por falta de comunicación en los deseos de cada integrante o por carencia de métodos de planificación familiar. Todos los cambios que se producen en esta etapa requieren que se involucre el resto de la familia, ya que aquí es donde también se consideran que nacen los abuelos, los tíos y se realiza un apoyo por parte del resto de la familia (Ontiveros, 2010, pp. 40-51).

En la etapa del embarazo, la mujer saca a flote los sentimientos de la infancia de lo que representaba para ella ser hija, donde tomará futuras pautas del cómo actuar con su futuro hijo; también existen acercamientos hacia la madre para tratar de buscar un apoyo que le permita el conocer más sobre como desempeñar el rol al que se enfrentara, siendo un apoyo fundamental en esta etapa del ciclo vital por el que cursa. Por su parte, el hombre tiene emociones ambivalentes en el momento del embarazo, durante las primeras semanas tiende a tener un distanciamiento emocional con la mujer, actúa como si no hubiera cambios en su vida familiar, la cual se refleja en la falta de interés hacia la pareja y hacia el futuro bebé; en las últimas semanas del embarazo, se redefine a sí mismo como el padre, ya cuenta con una realidad que no puede evadir e inicia el apoyo hacia su pareja para preparar el nido (Machado, 2010, pp. 21-26).

El apoyo familiar incluso es considerado el principal recurso en la promoción de la salud y en la prevención de enfermedades en todos sus integrantes. Y entre más apoyo se tenga por parte de él mayores serán los beneficios que se suscitarán.

Ante este planteamiento, Amazonas no es ajena a esta problemática, por lo que la familia, es considerado el núcleo de la sociedad, el primer lugar donde se aprende a relacionarse y convivir, se considera que es dinámica y de cambios constantes, donde se puede observar a las mujeres próximas a ser madres presentar sentimientos de incertidumbre, expectativas ante el nuevo rol a desempeñar, felicidad, angustia, etc.; dependiendo la presencia de estos sentimientos según el entorno que les rodee y por ende influir en el crecimiento y desarrollo del nuevo ser. Siendo determinante para el profesional de enfermería conocer los factores familiares que intervengan en las alteraciones de la adaptación psicosocial, donde el rol de la familia juega un papel importante para esta etapa de la mujer donde se vuelve psicológicamente vulnerable.

Considerando esta realidad problemática a nivel internacional, nacional y local se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas 2017?, teniendo en cuenta que Perú es un país con una cultura muy compleja, llena de diversas etnias que se caracterizan por estilos de vida diferentes y que enmarcan normas para poder formar parte del entorno. Estos son significativos al momento que una persona desee adaptarse a algún otro ambiente. Al mencionar adaptación hace referente un proceso en el que implica que una persona modifique el comportamiento para ajustarse a un nuevo contexto no solo de manera conductual sino también surge el cambio a nivel personal lo que realza el aspecto emocional. Actualmente las exigencias de la sociedad no permiten que el proceso de adaptación sea fácil, debido a los patrones culturales que se tienen en el país. En cada fase del ser humano el proceso de adaptarse es distinto y a nivel psicológico la adaptación de emociones no es la más adecuada. Una mujer embarazada tiene que adaptarse a un cambio sumamente dramático sobre su estilo de vida, el cual cambia de ser una persona solo responsable de sí misma a una madre responsable de la salud y bienestar de un niño, generando diversas emociones, las cuales varían de intensidad dependiendo de la vulnerabilidad que presente la mujer.

Es importante que dicho profesional conozca el nivel de aceptación del embarazo en las gestantes y las alteraciones emocionales que estas traen como consecuencias, por ser el arte que se encarga de cuidar y orientar al individuo sano o enfermo en

cualquier etapa de su vida, : en este caso en la etapa del embarazo, la enfermera(o) cumple funciones muy importantes dentro de su rol educativo, y así poder proponer programas sobre salud reproductiva y tomar la iniciativa de promover y prevenir como lo dice Nola Pender, es decir, esmerarse en dictar actividades educativas en los centros de salud, los cuales por falta de visión integral no permite una correcta detección y solución.

En los siguientes capítulos de la tesis se presentan los objetivos, el marco teórico utilizado para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo General:**

- Determinar el nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.

### **2.2. Objetivos Específicos:**

- Identificar el nivel de adaptación psicosocial del embarazo según dimensiones: aceptación al embarazo, rol maternal, relación con la madre, relación con la pareja, preparación para el parto y preocupación por el bebé, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.
- Identificar el nivel de adaptación psicosocial del embarazo según edad, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.
- Caracterizar la población objeto de estudio.

### III. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. Antecedentes del problema:

**Millares, G. (2017), México.** En su estudio, que tuvo como objetivo describir la relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de medicina familiar no. 64 Tequesquihuaco. Encontrando que del total de las pacientes, se obtuvo una media de 26.33, 48.98% con estudios de preparatoria, 49% casadas, 60.5% cursando su primer embarazo, 50.5% asistieron a sesiones de EMBARAZO SEGURO con PREVENIMSS, siendo de mayor proporción las de tipología familiar nucleares (nuclear y nuclear simple), mayor adaptación psicosocial del embarazo 78.6%, se estableció una relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo con una  $X^2$  26.690,  $V$  de Cramer 0.369 con una  $p$  de 0.000. Conclusiones: la tipología familiar y la adaptación psicosocial tienen una relación estadísticamente significativa.

**Armegol, R. et al, (2007).** España. Este estudio pretende adaptar y validar el cuestionario *PSQ* (Lederman, 1996). La muestra estuvo compuesta por 291 mujeres embarazadas con un rango de edad oscilante entre los 17 y los 42 años. Las mujeres acudían a clases de preparación al parto en varios centros de la ciudad de Barcelona: 101 en el Hospital de la Vall d'Hebron y el resto (190) en centros privados. Los resultados del análisis factorial confirman seis de las dimensiones propuestas, y el coeficiente a una buena consistencia interna. Los resultados mostraron una mayor aceptación del embarazo en las primigestas. También se observó mayor preocupación por el bienestar propio y del bebé, una menor aceptación del embarazo en las mujeres que asisten a sesiones preparatorias para el parto en centros privados. Se discuten la aportación del instrumento a la promoción de los aspectos psicosociales implicados en la perinatalidad.

**Casanueva C. (2017).** España. En su investigación cuyo título fue: Adaptación psicosocial al embarazo en la adolescencia. Constatando que sus consecuencias son múltiples y afectan a diferentes ámbitos de la vida de la adolescente. Adaptarse a las modificaciones que una gestación y maternidad implican,

supone para ellas un auténtico desafío vital. La Tesis concluye con una exposición de aseveraciones relativas al papel que desempeñan en la gestación, múltiples variables como: el apoyo de la pareja, el afecto recibido en la infancia o determinados rasgos de personalidad. Las conclusiones cuestionan la influencia inmediata, directa y única de la variable edad como predictora de problemas de adaptación al embarazo. Cabe añadir, que dados los efectos adversos de la gestación adolescente y siendo conocedores del impacto positivo que ejerce el apoyo de las iguales sobre ellas, se ha diseñado un programa de intervención que propone como reto fundamental: “anticipar la identificación de la adolescente con el rol materno antes del nacimiento de su bebé, preparándola así, para una maternidad más positiva, responsable y regulada”.

**Jurado A. (2015). México.** Cuyo objetivo principal fue: Conocer la adaptación psicosocial al embarazo de gestantes de un centro de salud rural. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, de prevalencia y observacional durante el periodo del 1 de Abril al 30 de Septiembre de 2011. Resultados principales: Los resultados muestran relaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) que indican que la adaptación psicosocial al embarazo fue mayor en las multigestas, que la relación con la pareja resultó mejor en éstas y la aceptación al mismo menor en las gestantes que habían sufrido un despido. Conclusión principal: La adaptación psicosocial al embarazo es buena coincidiendo con otros estudios, lo que permite actuar para mantener y fomentar intervenciones de promoción de la salud mental que se ajustarían a la responsabilidad que las matronas tienen de conocer y prestar atención en todo momento a las repercusiones vivenciales del ciclo reproductivo.

**Ontiveros P. (2015). España.** Cuyo objetivo fue: describir la relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad estado en primigestas de bajo riesgo obstétrico. El modelo utilizado fue el de adaptación al embarazo de Lederman y la ansiedad de Spielberger. El diseño es descriptivo y correlacional. Se formaron dos grupos: 100 del segundo trimestre. y 100 para el tercero. Se utilizaron los instrumentos PSEQ y el IDARE. Contribución y Conclusiones: Se encontró relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y ansiedad estado ( $r_s = .56$ ,  $p < .01$ ) correlación en la ansiedad con ingreso económico ( $r_s = -.20$ ,  $p$

<.01) y escolaridad ( $r_s = -.25$ ,  $p < .01$ ) La adaptación psicosocial mostró asociación con edad ( $r_s = -.14$ ,  $p < .05$ ), ingreso económico ( $r_s = -.267$ ,  $p < .01$ ) y escolaridad ( $r_s = -.252$ ,  $p < .01$ ), Las primigestas que tienen mayor ansiedad presentan menor adaptación psicosocial al embarazo. El bajo ingreso económico, tener menos edad y menor escolaridad, se asociaron con menor adaptación psicosocial. Una menor escolaridad, menor ingreso económico y una menor edad gestacional se relacionaron con una menor preparación al parto. Se verifica el modelo de adaptación de Lederman respecto a la relación de variables.

**Machado, C. (2010). Perú.** El presente trabajo tuvo como objetivo: Determinar la frecuencia y porcentaje de aceptación y rechazo del hijo en gestantes adolescentes. Material y Método: Estudio prospectivo, descriptivo, transversal con puérperas inmediatas adolescentes (159) atendidas en el Hospital Belén de Trujillo durante los periodos agosto-octubre del 2009. Resultados: De las 159 pacientes encuestadas, se encontró a 120 (75,47%) adolescentes tardías, 38 (23,89%) adolescentes medias y, 1 (0,62%) adolescente temprana. De las 159 pacientes encuestadas se encontró que 110 (69,18%) desearon al hijo, 33 (20,75%) no desearon al hijo y, 16 (10,07%) fue un deseo pero dudoso. De las 120 adolescentes tardías se encontró que 82 (68,33%) desearon al hijo, 25 (20,83%) no desearon al hijo y, 13 (10,84%) fue un deseo dudoso. De las 38 adolescentes medias se encontró que 28 (73,68%) desearon al hijo, 7 (18,42%) no desearon al hijo y, 3 (7,9%) fue un deseo dudoso. De la única adolescente temprana encontrada su actitud fue del no deseo del hijo Conclusión: La frecuencia y porcentaje de aceptación del hijo en gestantes adolescentes fue de 110 (69,18%) y de rechazo fue de 33 (20,75%).

**Alvarado S. (2016). Perú.** El presente trabajo tuvo como objetivo: determinar el nivel de adaptación psicosocial en las gestantes del Centro de Salud Suyo, 2016. Material y Método: Estudio prospectivo, descriptivo, transversal con puérperas inmediatas adolescentes (147), atendidas en el Centro de Salud Suyo del 2016. Resultados: De las 136 pacientes encuestadas, se encontró a 108 (79,4%), presentaron un inadecuado nivel de adaptación, 38 (27,9%) presentaron un nivel de adaptación medio, 1 (0,6%) nivel de adaptación bajo. Las conclusiones: la

mayoría de gestantes del Centro de Salud Suyu, presentaron un deficiente nivel de adaptación psicosocial.

### **3.2. Bases teóricas**

#### **A. Embarazo:**

El embarazo es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, tanto a nivel fisiológico, psicológico y social, entre los fisiológicos se encuentran los cambios hormonales que propician un sin fin de síntomas entre ellos, la náusea, vómito, cloasma facial, entre otros. Estos cambios hormonales no solo afectan la fisiología de la mujer, sino que propician cambios a nivel emocional, entre ellos al estado de ánimo, la mujer puede sentirse ambivalente hacia su embarazo, ya que por un lado, siente alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final del embarazo. En lo social, la mujer advierte el cambio de rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidarse y ser buena madre (Ontiveros, 2010, p. 18).

La adaptación psicosocial al embarazo es el proceso que abarca desde el inicio del embarazo hasta el posparto. Los cambios emocionales que presentan la mujer son necesarios, debido a que estimulan el encuentro de las herramientas necesarias para enfrentar este cambio y con ello, lograr su propio bienestar y el del bebé (Millares, 2017, p. 34).

Para el presente estudio se evaluará el nivel de adaptación psicosocial del embarazo mediante seis dimensiones:

- a) **Aceptación del embarazo**, caracterizada por las respuestas adaptativas al hecho de estar embarazada, entre las cuales encontramos la planificación consciente y la espera del embarazo, un estado de ánimo de felicidad, la tolerancia al malestar, la aceptación de los cambios corporales y la aceptación de la ambivalencia característica de esta etapa. Un ítem característico de la dimensión podría ser: “Me alegro de estar embarazada”.

Además se refiere a las reacciones de anticipación quizás de euforia. Es frecuente que la embarazada presente optimismo y al mismo tiempo esté invadida de dudas, estas reacciones anticipadas de alegría, son comunes en la mujer que ha buscado la maternidad, sin embargo empieza a preocuparse por el resultado final de su embarazo, la preocupación de que ella y su bebe pueden morir por lo que busca el cuidado oportuno que le permita vigilar y mantener la salud de ambos entre ellas el cuidado del niño. Sin embargo, puede tener sentimientos de ambivalencia en cuanto a su deseo de tener a su hijo (Lederman, 1996, pp. 31-53).

Es un proceso en el cual significa que acepto los cambios que ocurren en mi cuerpo (físicos y emocionales), le doy prioridad al embarazo, reafirmo mi feminidad y crecimiento personal, asisto a los controles prenatales, me centro más en los deseos que en el exterior, me alimento saludablemente y ejercito mi cuerpo, elimino hábitos tóxicos ( Saavedra, 2016, pp. 20-23).

- b) Identificación con el rol materno**, caracterizada por la motivación para la maternidad, la preparación para ésta, la experiencia de la vida, la resolución de conflictos y el desarrollo del vínculo materno. Por lo tanto, dentro de esta dimensión se incluye la aceptación, protección y alimentación del niño/a). Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “pienso en la clase de madre que me gustaría ser”.

Por un lado, está el avanzar en su ciclo de vida familiar y por otro, el cambio que el bebé pueda ocasionar en su vida como, el trabajo, ratos de ocio, amistades, además de los problemas con los cambios en su autoimagen que para algunas embarazadas serán cambios agradables y satisfactorios, mientras para otras, las molestias que conllevan el abultamiento del vientre, el aumento de peso, crecimiento del tamaño de las mamas y la hiperpigmentación de la piel, serán cambios fisiogravídicos que le genera conflicto con su autoestima (Lederman, 1996, pp. 70-93).

La adopción del rol materno es un proceso interactivo y evolutivo, en el cual la madre se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencias en la realización de los cuidados asociados a su papel y experimenta placer y gratificación dentro del mismo (Mercer, 2013, p. 42).

- c) **Calidad de la relación con la madre**, que incluye la disponibilidad de la abuela (madre de la embarazada) y de la embarazada durante el proceso de gestación y tras el parto, la aceptación del nieto, el reconocimiento de la hija como madre, el respeto de la autonomía de ésta y la disposición para recordar con la hija las propias experiencias de relación y crianza del bebé. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “mi madre está ilusionada con el bebé que espero”.

Una mujer que por primera vez se embaraza, indudablemente se refleja en su propia madre y reevalúa la calidad de su relación actual con su madre, considera la posibilidad de una reconciliación empática si existió un problema entre ellas antes; porque ahora ella reconoce a su madre como un ser humano con límites. Este proceso de volver a trabajar en la relación madre-hija puede continuar en el transcurso del embarazo. Una buena relación con la madre, ayuda a construir su propio rol de la maternidad y un fundamento sólido para identificarse, también está asociada con un grado razonable de auto-confianza respecto a la maternidad y con menos miedo y ansiedad en el embarazo y el nacimiento (Lederman, 1996, pp. 90 -109).

- d) **Calidad de la relación con la pareja**, que incluye el interés del marido por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada”.

Además, consiste en la preocupación que piensa su pareja como padre por el futuro rol, así como, la relación marital durante el desarrollo de su embarazo, la mujer comienza no sólo a preocuparse con su futuro rol, sino también con el de su pareja como padre. La futura madre nota con frecuencia que tanto ella, como su esposo, experimentan una sensación acrecentada de vulnerabilidad durante el desarrollo del embarazo (Lederman, 1996, pp. 110 – 125).

El inicio de la paternidad y la maternidad produce inevitables cambios en la relación de pareja. Primero, se generan tensiones por la inexperiencia, las expectativas y la ansiedad de desempeñarse bien en el nuevo papel. De otro lado, con la presencia de un hijo se pasa de una relación entre dos personas a una de tres (Toro, 2016, p. 51-54).

- e) **Preparación al parto**, caracterizada por las conductas preparatorias (practical steps), como asistir a clases prenatales, leer libros, etc, o por los ensayos imaginarios o fantaseados referentes al parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto”.

Es cuando una mujer aprende y se prepara para el evento del parto se enfrenta todavía con otra paradoja; ella debe escuchar a su cuerpo y trabajar activamente con él, para ello se prepara a través de varios medios, como acudiendo a clases, leyendo libros y uniéndose a grupos con otras embarazadas. Tales esfuerzos están esparcidos con miedo a lo inexplorado, se pregunta cómo actuará en el parto, como llegará al hospital y si lo hará a tiempo. El parto y la expulsión son un viaje hacia lo desconocido y el resultado nadie lo puede predecir, por lo que esta dimensión asume la adquisición de autoconfianza (Lederman, 1996, pp. 152 - 187)

Sin embargo, no están frecuente que presten atención a su bienestar psicológico a pesar de que todos pasan, casi sin excepción, por lo que suele describirse como una montaña rusa emocional, en la que en momento rebosan de felicidad y al siguiente se encuentran en un mar de dudas, de inseguridad, de tristeza y, por que no admitirlo, a veces incluso de enfado o de rechazo por el embarazo o él bebe. Esto hace que se sientan culpables y duden de su capacidad como madres; sin embargo son emociones totalmente normales y legítimas (Sánchez, 2014, pp. 62-68).

- f) **Preocupación por el bienestar propio y del bebé**: que incluye la autoestima y el miedo no expresado por posibles alteraciones en el parto. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “tengo miedo de perder el bebé durante el parto”.

La mujer afronta otra paradoja, a pesar de que ella sabe que no tiene control sobre sus contracciones, debe tomar un cierto grado de responsabilidad, actuar bien y amablemente aceptar la ayuda cuando ella la necesite durante las contracciones. Está íntimamente relacionada con la preparación para el parto, el temor puede ser adaptativo o no adaptativo si éste comienza a ser excesivamente confuso. Las asociaciones de dolor pueden disparar miedos acerca de la pérdida del control y una subsiguiente pérdida de autoestima. El concepto de control en nuestra sociedad tiene un significado especial y este elemento es exteriorizado en las mujeres con preocupaciones y sus temores acerca del parto (Lederman, 1996, pp. 188 – 218).

### **B. Adaptación psicosocial:**

Los estados de tensión en la gestante pueden trastornar el normal funcionamiento de su sistema endocrino, generando un estado hiperactivo en las glándulas tiroideas y adrenales; las secreciones de dichas glándulas se dirigen al feto aumentando su ritmo cardiaco. Un ambiente uterino como el descrito no favorece la adaptación del neonato a su vida postnatal. El estrés prolongado durante el embarazo hace del bebé un ser hiperactivo, irritable, con patrones irregulares de sueño y de alimentación, con movimientos excesivos en los intestinos, bajo peso al nacer, llanto persistente, además de una elevada necesidad de estar en brazos (Lederman, 1996, pp. 188 – 218).

La presencia y calidad de las relaciones afectivas tienen importantes repercusiones sobre el bienestar físico y psicológico del niño. Ante la ausencia parcial o total de afecto proveniente de la madre se han identificado alteraciones en el niño como la “depresión anaclítica” y el “hospitalismo” o “marasmo”. La primera cuando la ausencia dura de 3 a 5 meses se caracteriza, entre otras cosas, por la pérdida de peso, lloriqueo, insomnio y retraimiento. Como consecuencia de una carencia afectiva total que se extienda por más de 5 meses, el niño presentará una conducta pasiva, un evidente retraso motor, rostro inexpresivo, desgaste físico extremo (marasmo) y muerte. En este último caso la carencia afectiva es tan grave que el niño ya no es capaz de reconocer la figura afectiva

anterior ni de establecer nuevos vínculos de amor (Lederman, 1996, pp. 188 – 218).

Existen situaciones en las que la madre está presente pero no llega a proporcionar relaciones afectivas satisfactorias, lo cual queda en evidencia cuando el bebé manifiesta conductas de rechazo hacia ella; conductas que luego conforman alteraciones emocionales, como por ejemplo: conductas compulsivas, vómitos y mericismo, eczema infantil y cólico o enfermedad de los tres meses (Lederman, 1996, pp. 188 – 218).

Finalmente, en algunos casos el problema del abandono y maltrato infantil tiene su origen en embarazos no deseados. Se señala que los padres y madres abandonantes y/o maltratadores suelen ser inmaduros, con un bajo control de sus impulsos y con una gran carencia afectiva. El abuso y maltrato trae entre sus consecuencias niños con pobres relaciones sociales, conductas agresivas hacia los otros y hacia sí mismo, conductas poco colaboradoras y problemas de disciplina (Lederman, 1996, pp. 188 – 218).

Desde el punto de vista psicológico, la gestación se considera un tiempo crítico. Supone un cambio de estado en el que la pareja se convertirá en familia, asumiendo una nueva identidad de madre y padre. Es el inicio de lo que podríamos entender como proceso de maternización que incluye gestación, parto y crianza considerados como un todo. Este proceso supone la posibilidad de adquirir cualidades de madre, no relativas únicamente al hecho biológico, sino al desarrollo psicológico y emocional, cualidades que le son generadas fundamentalmente por medio de las interacciones tempranas con el hijo. Aunque en nuestra cultura se suele reconocer que el nacimiento de un hijo es una de las transiciones de la vida que más modifica las circunstancias de los padres y madres, la etapa de espera de ese hijo no se considera, en general, como la primera fase de un proceso que culmina con la llegada del bebé (Lederman, 1996, pp. 188 – 218).

Para todos los que se convierten en padres, en el momento del nacimiento se juntan tres bebés: el hijo imaginario de sus sueños y fantasías, el feto invisible pero real, cuyos ritmos y personalidad particulares se han estado volviendo crecientemente evidentes desde hace varios meses, se fusionan con el recién nacido real que ahora pueden ver, oír y, finalmente, tomar entre sus brazos (Lederman, 1996, pp. 188 – 218).

Generalmente, las mujeres embarazadas tienen sentimientos en los que se mezclan la ansiedad, la impulsividad y una feliz espera, y dentro de su entorno se encuentra a la futura madre tanto deprimida o aturdida como soñadora y esperanzada. Durante este período pueden tener deseos de visitar a su madre y en ocasiones hacerle preguntas sobre su propia infancia aunque puedan llegar a remover viejos conflictos con ella, observan y sienten que vuelven a necesitarla.

### **3.3. Teorías.**

#### **Teoría de Callista Roy**

Roy describe a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo”. Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno. Al realizar la valoración se destaca la necesidad de evaluar a la persona como un todo; la valoración del modo fisiológico y psicosocial constituye una oportunidad para conocer no solo su estado de salud, sino también la percepción que tiene de la situación que está viviendo en este momento, cómo la está afrontando y cuáles son sus expectativas

frente al cuidado de enfermería, para promover su adaptación. Ello permite establecer las estrategias más efectivas para lograr en forma conjunta la meta de enfermería, que, de acuerdo con los planteamientos del modelo, es promover la adaptación, entendida esta como un estado de bienestar del ser humano.

El nivel de adaptación integrado describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo, cuando se presenta un niño con un desarrollo psicomotor acorde con su edad y sin ninguna alteración en su estado de salud. En el nivel compensatorio los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema. Esta puede ser la situación de una persona con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, quien mantiene presiones arteriales de oxígeno bajas y presiones de CO<sub>2</sub> elevadas, como un estímulo indispensable para mantener una respuesta adecuada en la función de oxigenación y circulación (González, 2012, p. 34).

El nivel de adaptación comprometido se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación. El nivel de adaptación se encuentra comprometido en una gestante con preeclampsia, en la cual las respuestas del organismo al estado actual de gestación pueden llegar a comprometer el desarrollo y la vida de la madre y del niño. La condición cambiante del nivel de adaptación afecta la habilidad del sistema adaptativo humano para responder positivamente a la situación. Actúa como un sistema de amortiguación del estímulo focal y se comporta a su vez como otro estímulo; de aquí la importancia de establecer el nivel previo a la situación actual del individuo. El nivel de adaptación depende fundamentalmente de la estructuración de los subsistemas reguladores y cognitivo, que constituyen los mecanismos de enfrentamiento de la persona (González, 2012, p. 35).

### **Teoría de Hildegard Peplau**

El Modelo de Peplau se incluye en las teorías sobre Enfermería de nivel medio, las cuales se derivan de trabajos de otras disciplinas relacionadas con la

enfermería. Proponen resultados menos abstractos y más específicos en la práctica que las grandes teorías. Son propias del ejercicio de la enfermería y delimitan el campo de la práctica profesional, la edad del paciente, la acción o intervención de la enfermera y el resultado propuesto. En su modelo de enfermería psicodinámica, describe su teoría de las relaciones interpersonales, en la que analiza la relación de enfermera/o-paciente. Esta teoría permite que los profesionales de enfermería dejen de centrarse en la atención biofísica de la enfermedad, y acercarse a los sentimientos y los comportamientos frente a la enfermedad, ellos pueden ser explorados e incorporados a las intervenciones de enfermería. Conseguiremos, que surja una relación entre enfermera/o - paciente que permita afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta (González, 2012, p. 38).

Peplau empleó conocimientos tomados de la ciencia conductual, el modelo psicológico. Este permite al enfermero situarse fuera de la concepción de enfermedad hacia otra orientación e incorporar el significado psicológico de los acontecimientos, sentimientos y conductas a las intervenciones de enfermería. Esto nos permite enseñar a los pacientes cómo debe experimentar sus sentimientos y explorar con ellos la forma de asimilar estos sentimientos (González, 2012, p. 36).

Peplau define al paciente como un ser humano, como una persona o cliente. Define la enfermería como un proceso interpersonal terapéutico. Este funciona cooperativa-mente con otro proceso humano que hace posible la salud para individuos y comunidades. La enfermería es un instrumento educativo cuyo objetivo es asistir al paciente para que esté consciente y solucione los problemas que interfieren en su vida diaria, el paciente y la enfermera contribuyen y participan en la promoción de la interacción que se descubre entre ellos. Ambos son concebidos como seres humanos, cada uno con percepciones constituidas por sentimientos, pensamientos, deseos, pre suposiciones, expectativas y actividades. La interacción de estos es el centro del proceso de enfermería; se caracteriza por ser una comunicación de carácter lingüístico y terapéutico. la comunicación humana, las actitudes profesionales, la información son los elementos centrales del cuidado puesto que la enfermera es un profesional, con conocimiento, competencia que se traduce en servicios que los pacientes

requieren o necesitan dada su condición, para los cuales la enfermera puede proporcionar intervenciones adecuadas, y es fructífera cuando el método de comunicación significa que se está trabajando en la situación (González, 2012, p. 36).

### **Teoría de Virginia Henderson (2001).**

Virginia Henderson, citado por Rodríguez en el 2001, menciona que la única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que este realizaría sin ayuda si tuviese la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible. Dentro de los elementos importantes de su teoría Henderson nos habla de las 14 necesidades humanas básicas que componen “los cuidados enfermeros”, normalmente estas necesidades están satisfechas por la persona cuando ésta tiene el conocimiento, la fuerza y la voluntad para cubrirlas (independiente), Algo de esto falta falla en la persona, una o más necesidades no se satisfacen, por lo cual surgen los problemas de salud (dependiente), por este motivo la enfermera debe asistir a los pacientes en las actividades esenciales para mantener la salud , recuperarse de la enfermedad (Rodríguez, 2001, p. 36).

### **3.4. Definición de términos básicos:**

- **Embarazo:** los nueve meses durante los cuales el feto se desarrolla en el útero de la mujer – es para la mayoría de las mujeres un período de gran felicidad.
  
- **Gestante:** Mujer que se encuentra en proceso del embarazo.
  
- **Adaptación psicosocial:** Es la percepción de la mujer, sobre sus sentimientos sobre la aceptación de la maternidad, sus preocupaciones, prioridades y habilidades para el nacimiento y el cuidado del hijo.

- **Consultorio:** Establecimiento donde se puede pedir consulta u opinión sobre una determinada materia. Establecimiento, generalmente de carácter privado, donde uno o más médicos atienden a los pacientes que asisten a él para realizar una consulta.
- **Obstetricia:** Parte de la medicina que se ocupa del embarazo, el parto y el período de tiempo posterior a este. Derivado (s. XIX) del latín *obstetrix*, *obstetricis* la que se pone enfrente y de ahí comadrona, por ser esta la posición que ocupa en el parto.

## IV. MATERIAL Y MÉTODOS

### 4.1. Diseño de Investigación

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo; de tipo: Según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se medirá la variable de estudio será transversal (Supo, José 2014, p. 45).

De *enfoque cuantitativo* porque permitirá cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. *De nivel descriptivo*, porque determinó la variable en estudio.

**Tipo de investigación:** *Observacional* porque no se manipuló la variable ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; *Prospectivo* porque los datos se recolectaron de fuentes primarias o sea directamente de la muestra objeto de estudio. *Transversal* por que la variable se midió en una sola ocasión.

**El diagrama del diseño de investigación fue el siguiente:**



**Donde:**

**M** = Muestra de estudio

**O** = Nivel de adaptación del embarazo

### 4.2. Universo, población, muestra y muestreo

#### 4.2.1. Universo muestral

En el presente trabajo de investigación, la muestra estuvo conformada por el 100% las gestantes atendidas durante el mes de agosto - setiembre 2017, en el servicio de Obstetricia – Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, haciendo un total de 70 gestantes (Oficina de Estadística del HRVF).

**Criterios de inclusión.**

- Todas las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia – Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

### **Criterios de exclusión.**

- Gestantes que no desearon participar del trabajo de investigación.
- Gestantes mayores de 40 años de edad.

### **4.3. Métodos, técnicas e instrumento de recolección de datos y procedimientos**

- **Método.** Encuesta
- **Técnica.** Cuestionario.
- **Instrumento:** Para la recolección del presente trabajo de investigación se hizo uso del instrumento elaborado por Armengol, (2007), el cual es una adaptación y validación del cuestionario PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire) de Lederman creado en 1996. La cuál evalúa 6 dimensiones psicosociales:
  - a. La aceptación al embarazo que abarca los ítems 1,2, 31, 33 y 34.
  - b. El rol maternal los ítems 39, 40, 41 y 42.
  - c. La relación con la madre los ítems 6,9, 10, 14, 17, 22, 28, 32 y 36.
  - d. La relación con la pareja los ítems 3,4, 11, 15, 19, 20, 27 y 38.
  - e. La preparación al parto los ítems 5,12, 13, 23, 24, 26 y 29.
  - f. La preocupación por el bienestar propio y del bebé los ítems 7, 8, 16, 18,21, 25, 30, 35 y 37.

Todos los ítems se valoraron con la escala de Lickert de cuatro puntos (1-4), oscila entre los adjetivos mucho a nunca, donde 1 corresponde a mucho, 2 con frecuencia, 3 a veces y 4 a nunca. El cuestionario contiene 13 reactivos con frases en los que se invierte el puntaje los cuales son 7, 8, 16, 18, 21, 22, 25, 30, 31, 34, 35, 36 y 37.

Para fines del estudio se tomó la siguiente escala de calificación (Variable):

Buena adaptación	=	de 42 a 84 puntos
Deficiente adaptación	=	de 85 a 168 puntos

Dimensiones:

Para la dimensión aceptación al embarazo:

Buena adaptación	=	de 1 a 10 puntos
Deficiente adaptación	=	de 11 a 20 puntos

Para la dimensión rol maternal:

Buena adaptación	=	de 1 a 8 puntos
Deficiente adaptación	=	de 9 a 16 puntos

Para la dimensión relación con la madre:

Buena adaptación	=	de 1 a 18 puntos
Deficiente adaptación	=	de 19 a 36 puntos

Para la dimensión relación con la pareja:

Buena adaptación	=	de 1 a 16 puntos
Deficiente adaptación	=	de 17 a 32 puntos

Para la dimensión preparación para el parto:

Buena adaptación	=	de 1 a 14 puntos
Deficiente adaptación	=	de 15 a 28 puntos

Para la dimensión preocupación por el bienestar propio del bebé:

Buena adaptación	=	de 1 a 18 puntos
Deficiente adaptación	=	de 19 a 36 puntos

**Validez y confiabilidad del instrumento:** El instrumento fue validado por Armengol, R. (2007), en una población de 291 mujeres embarazadas de España obteniendo un alpha de cronbach de 0.856 para el cuestionario en su totalidad; la aceptación del embarazo, con un coeficiente de alpha de cronbach de 0.561; al rol materno, con un alpha de Cronbach de 0.843; la relación con la madre, un alpha de cronbach de 0.912; la relación con la pareja, alpha de cronbach 0.763; la preparación al parto, un alpha de cronbach de 0.794; la preocupación por el bienestar propio y del bebé, un alpha de cronbach de 0.854.

- Procedimiento de recolección de datos

En este trabajo de investigación la técnica para recopilar la información necesaria se hizo a través de los siguientes pasos:

- Se solicitó autorización del Director del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, para la realización del presente trabajo de investigación.
- Una vez obtenido el permiso, se coordinó con el personal de obstetricia para la aplicación de la encuesta a las gestantes que asistan al control prenatal.
- Culminada esta etapa se ejecutó el plan de intervención.
- Se aplicó el instrumento de recolección de datos en forma individual a cada gestante que se encontraban en el servicio de obstetricia del Hospital Regional Virgen de Fátima, el cual tuvo una duración de 10 a 15 minutos aproximadamente.
- Se registraron todos los datos relacionados al estudio en los instrumentos, considerando todas las indicaciones.
- Finalmente se hizo un análisis de los resultados encontrados.

#### **4.4. Análisis de datos**

La información final fue procesada utilizando el programa estadístico SPSS versión 20 y la hoja de cálculo Excel 2010. El análisis estadístico utilizado fue la estadística descriptiva considerando niveles de significancia de 0.05 (confiabilidad de 95% y margen de error de 5%). Los resultados se presentan mediante tablas simples, y gráficos de barra.

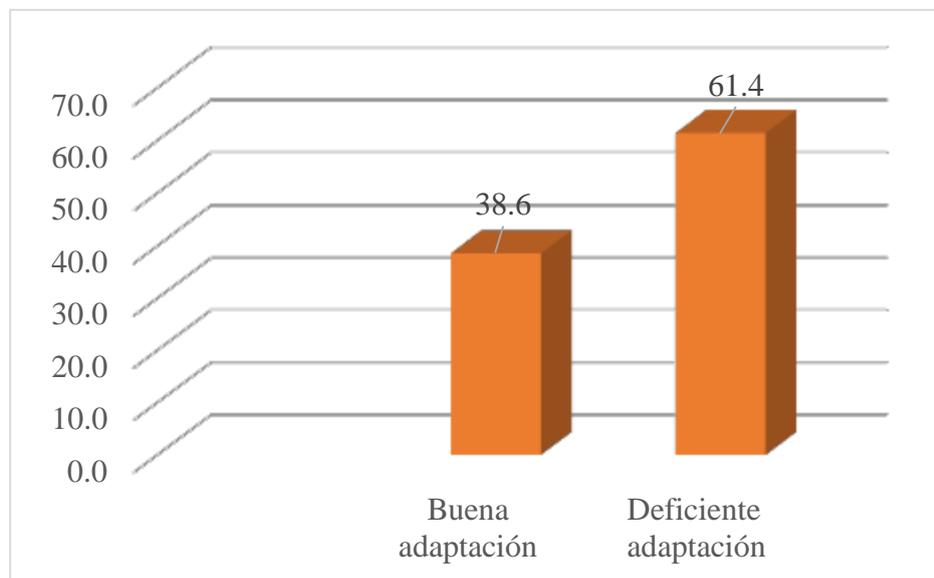
## V. RESULTADOS

**Tabla 01: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**

<b>Adaptación psicosocial</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
Buena adaptación	27	38.6
Deficiente adaptación	43	61.4
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Guía de cuestionario (PSQ) aplicada a las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia – Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

**Figura 01: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**



**Fuente:** Tabla 01

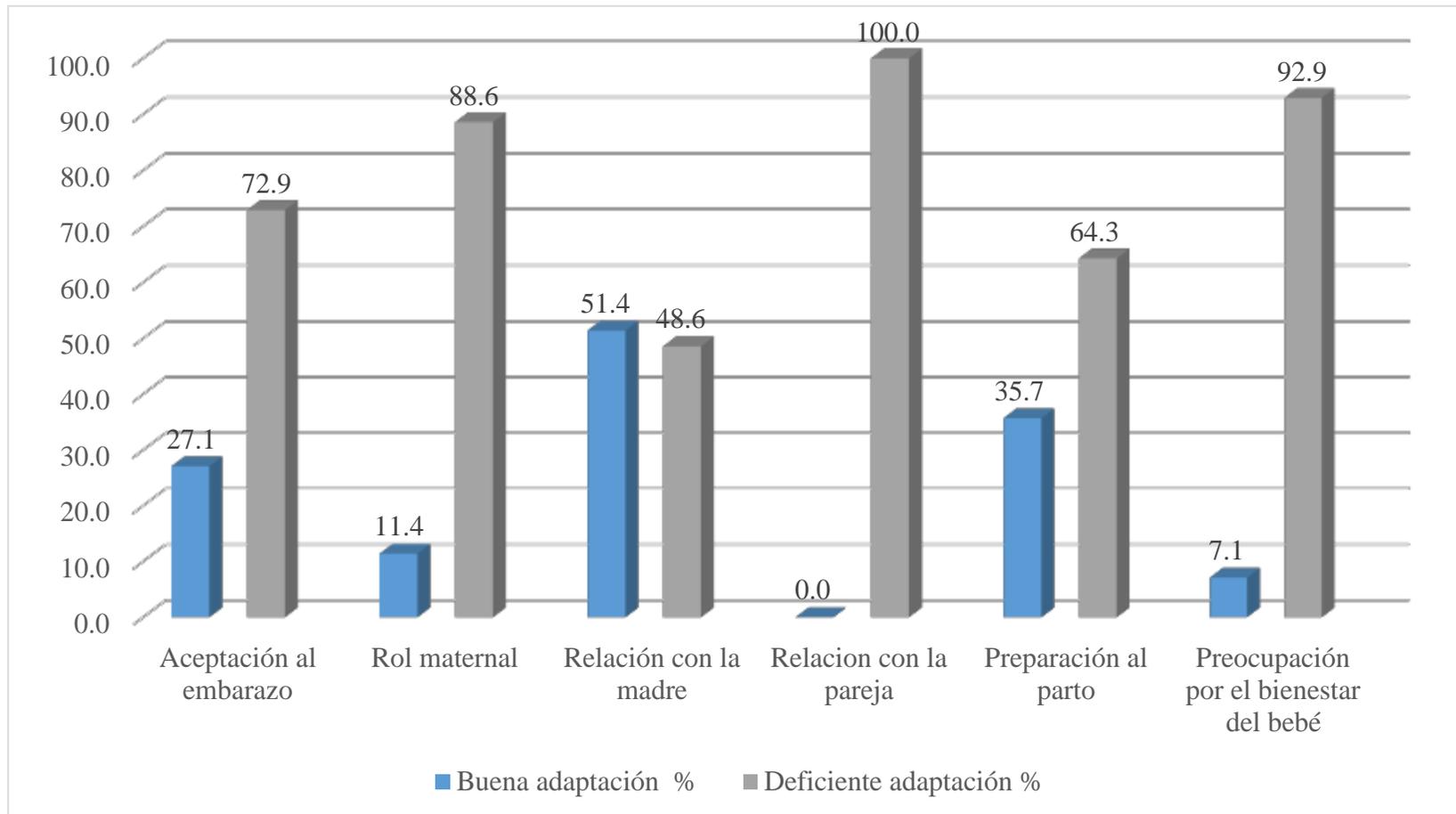
En la tabla/ figura 01 se observa que del 100 % (70) de las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia – Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, el 61.4% (43) consideran que la adaptación psicosocial es deficiente. El 38.6 % (27) consideran que las adaptaciones psicosociales son buenas.

**Tabla 02: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según dimensiones, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**

Adaptación Psicosocial del embarazo	Buena adaptación		Deficiente adaptación		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Aceptación al embarazo	19	27.1	51	72.9	70	100.0
Rol maternal	8	11.4	62	88.6	70	100.0
Relación con la madre	36	51.4	34	48.6	70	100.0
Relación con la pareja	0	0.0	70	100.0	70	100.0
Preparación al parto	25	35.7	45	64.3	70	100.0
Preocupación por el bienestar del bebé	5	7.1	65	92.9	70	100.0

**Fuente:** Guía de cuestionario (PSQ) aplicada a las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia –Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

**Figura 02: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según dimensiones, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**



Fuente: Tabla 02

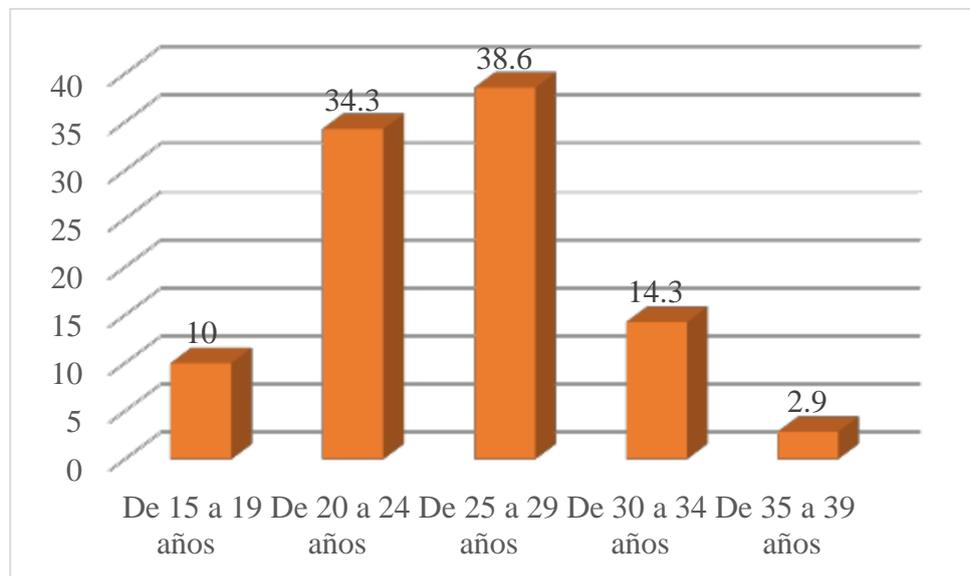
En la tabla/ figura 02 se observa la adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes del Servicio de Obstetricia consultorio externo, según la dimensión: aceptación al embarazo que del 100% el 72.9 % (51) presenta deficiente adaptación, ante el 27.1% (19) que presenta una buena adaptación; en la dimensión: rol maternal el 88.6% (62) presentan una deficiente adaptación y el 11.4% (8) de las gestantes presentan una buena adaptación; en la dimensión: relación con la madre el 48.6% (34), presentan una deficiente adaptación, frente a un 51.4 % (36) que presentan una buena adaptación psicosocial; en la dimensión: relación con la pareja el 100% (70) presenta una deficiente adaptación; en la dimensión: preparación para el parto el 64.3 % (45), tienen una deficiente adaptación ante el 35.7 % (25) que presentan una buena adaptación y la dimensión: preocupación por el bienestar del bebé, el 92.9 % (65) presentan una deficiente adaptación frente al 7.1% (5) que tienen una buena adaptación.

**Tabla 03: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según edad, de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**

<b>Edad</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
De 15 a 19 años	7	10
De 20 a 24 años	24	34.3
De 25 a 29 años	27	38.6
De 30 a 34 años	10	14.3
De 35 a 39 años	2	2.9
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Guía de cuestionario (PSQ) aplicada a las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

**Figura 03: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según edad, de las gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**



Fuente: Tabla 03

En la tabla/ figura 03 se observa que del 100 % (70) de las gestantes, el 38.6% (27) tienen entre 25 a 29 años. Por otra parte, el 34.3 % (24) tienen entre 20 a 24 años; el 14.3% (10) tienen entre 30 a 34 años; el 10.0% (7) presentan edades entre 15 a 19 años y sólo el 2.9% (2) presentaron entre 35 a 39 años.

## VI. DISCUSIÓN

**En la tabla/ figura 01** se observa que del 100 % (70) de las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia – Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, el 61.4% consideran que la adaptación psicosocial es deficiente. Por otra parte, solo un 38.6% consideran estas adaptaciones psicosociales son buenas. Se aprecia que existe una deficiente adaptación psicosocial respecto a la aceptación al embarazo, rol maternal, relación con la madre y con la pareja, preparación al parto y preocupación por el bienestar del bebé; esto debido a que en el primer trimestre, la gestante experimenta cierto temor por los cambios anatómo-fisiológicos, sobre todo en las primigestas; esto ocurre porque aún no tienen la experiencia y la incomodidad que tienen, por ejemplo: para conciliar el sueño, para caminar, para cambiarse la ropa y además, en algunos casos no cuentan con el respaldo de los familiares de su entorno.

Al respecto, Millares, (2017) México. En su estudio, que tuvo como objetivo describir la relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de medicina familiar no. 64 Tequesquinahuaco. Encontrando que del total de las pacientes, se obtuvo una media de 26.33, 48.98% con estudios de preparatoria, 49% casadas, 60.5% cursando su primer embarazo, 50.5% asistieron a sesiones de embarazo seguro, siendo de mayor proporción las de tipología familiar nucleares (nuclear y nuclear simple), mayor adaptación psicosocial del embarazo 78.6%, se estableció una relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo con una  $X^2$  26.690,  $V$  de Cramer 0.369 con una  $p$  de 0.000. Conclusiones: la tipología familiar y la adaptación psicosocial tienen una relación estadísticamente significativa.

Por su parte Armegol, et al, (2007) España. Este estudio pretende adaptar y validar el cuestionario *PSQ* (Lederman, 1996). Las mujeres acudían a clases de preparación al parto en varios centros de la ciudad de Barcelona: 101 en el Hospital de la Vall d'Hebron y el resto (190) en centros privados. Los resultados del análisis factorial confirman seis de las dimensiones propuestas, y el coeficiente a una buena consistencia interna. Los resultados mostraron una mayor aceptación del embarazo en las primigestas. También se observó mayor preocupación por el bienestar propio y del bebé, una menor aceptación del embarazo en las mujeres que asisten a

sesiones preparatorias para el parto en centros privados. Se discuten la aportación del instrumento a la promoción de los aspectos psicosociales implicados en la perinatalidad.

Así mismo, Casanueva C. (2017). España. En su investigación cuyo título fue: Adaptación psicosocial al embarazo en la adolescencia. Constatando que sus consecuencias son múltiples y afectan a diferentes ámbitos de la vida de la adolescente. Adaptarse a las modificaciones que una gestación y maternidad implican, supone para ellas un auténtico desafío vital. La Tesis concluye con una exposición de aseveraciones relativas al papel que desempeñan en la gestación, múltiples variables como: el apoyo de la pareja, el afecto recibido en la infancia o determinados rasgos de personalidad. Las conclusiones cuestionan la influencia inmediata, directa y única de la variable edad como predictora de problemas de adaptación al embarazo. Cabe añadir, que dados los efectos adversos de la gestación adolescente y siendo conocedores del impacto positivo que ejerce el apoyo de las iguales sobre ellas, se ha diseñado un programa de intervención que propone como reto fundamental: “anticipar la identificación de la adolescente con el rol materno antes del nacimiento de su bebé, preparándola así, para una maternidad más positiva, responsable y regulada”.

Al respecto, Jurado A. (2015). México. Cuyo objetivo principal fue: Conocer la adaptación psicosocial al embarazo de gestantes de un centro de salud rural. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, de prevalencia y observacional durante el periodo del 1 de Abril al 30 de Septiembre de 2011. Resultados principales: Los resultados muestran relaciones estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) que indican que la adaptación psicosocial al embarazo fue mayor en las multigestas, que la relación con la pareja resultó mejor en éstas y la aceptación al mismo menor en las gestantes que habían sufrido un despido. Conclusión principal: La adaptación psicosocial al embarazo es buena coincidiendo con otros estudios, lo que permite actuar para mantener y fomentar intervenciones de promoción de la salud mental que se ajustarían a la responsabilidad que las matronas tienen de conocer y prestar atención en todo momento a las repercusiones vivenciales del ciclo reproductivo.

Como se puede ver los estudios revisados algunos de ellos no concuerda con los resultados obtenidos en el presente estudio, puesto que según el lugar donde se realice la muestra varía según la edad, el grado de instrucción, etc. En el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas aún no se han implementado acciones con la finalidad de atender las necesidades psicosociales en éste caso de las gestantes; probablemente las diferencias de la muestra sea una causal para la discordancia; la aceptación del embarazo, el embarazo no deseado, sean las causas por la diferencia que existe, de hecho queda por ampliar los estudios en la variable. Definitivamente en la adaptación psicosocial del embarazo existirían muchos factores ligados a ello; el temor sobre todo de las primigestas, ya que el 44.3% (31), se encontraron gestando por primera vez, eso es la evidencia que sobresale, puesto que la experiencia nueva por atravesar les genera cierta timidez. Las complicaciones en el embarazo también sería otro determinante psicológico que influye, como por ejemplo: los embarazos de alto riesgo (placentas previas, pre eclampsia, etc.). El apoyo y/o el soporte familiar también juegan un rol muy interesante para mostrar en las gestantes la seguridad y evadir la timidez. El 44.3% (31), corresponde al grado de instrucción secundaria, se deduce que al menos sería una interviniente al menos para asistir a realizar los controles y comprender más su importancia de la misma.

Existe similitud con los resultados obtenidos en la investigación de Jurado y Casanueva, al determinar que las gestantes adolescentes experimentan la adaptación psicosocial al embarazo fue mayor en las multigestas, que la relación con la pareja resultó mejor en éstas y la aceptación al mismo menor en las gestantes que habían sufrido un despido. En la idiosincrasia la adolescente cree que la interacción varía según el género del personal de salud y considera la gestación como un castigo, por estas razones consideramos que el embarazo en la adolescencia se comporta como riesgo elevado, haciéndose necesario el desarrollo de una política de salud y sobre todo de educación sexual y sanitaria, que encaminen a la reducción de las tasas de embarazo en este grupo atareó. En éste caso, el personal de salud que atiende en los controles prenatales también sería un influyente en la aceptación psicosocial de la gestante, siendo el género femenino el más aceptado por ellas, obviamente, tiene que ver el nivel educativo y el aspecto cultural lo que origina la aceptación o el rechazo y consecuentemente la adaptación psicosocial.

**En la tabla/ figura 02**, se observa la adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes del Servicio de Obstetricia consultorio externo, según la dimensión: aceptación al embarazo que del 100% el 72.9 % presenta deficiente adaptación, ante el 27.1% que presenta una buena adaptación; en la dimensión: rol maternal el 88.6% presentan una deficiente adaptación y el 11.4% de las gestantes presentan una buena adaptación; en la dimensión: relación con la madre el 48.6%, presentan una deficiente adaptación, frente a un 51.4 % que presentan una buena adaptación psicosocial; en la dimensión: relación con la pareja el 100% presenta una deficiente adaptación; en la dimensión: preparación para el parto el 64.3%, presentan una deficiente adaptación ante el 35.7 % que presentan una buena adaptación ya la dimensión: preocupación por el bienestar del bebé, el 92.9 % presentan una deficiente adaptación frente al 7.1% que presentan una buena adaptación.

Considerando los resultados mencionados, se puede citar a Lederman y Toro (1996), quienes encontraron que la mujer afronta otra paradoja, a pesar de que ella sabe que no tiene control sobre sus contracciones, debe tomar un cierto grado de responsabilidad, actuar bien y amablemente aceptar la ayuda cuando ella la necesite durante las contracciones. Está íntimamente relacionada con la preparación para el parto, el temor puede ser adaptativo o no adaptativo si éste comienza a ser excesivamente confuso. Las asociaciones de dolor pueden disparar miedos acerca de la pérdida del control y una subsiguiente pérdida de autoestima. El concepto de control en nuestra sociedad tiene un significado especial y este elemento es exteriorizado en las mujeres con preocupaciones y sus temores acerca del parto; respecto a la calidad de la relación con la pareja, que incluye el interés del marido por las necesidades de su mujer como futura madre, su ajuste al nuevo rol paterno, la empatía, comprensión, apoyo, cooperación, comunicación y muestras de confianza hacia ella. Un ítem representativo de la dimensión podría ser: “mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada”.

Además, consiste en la preocupación que piensa su pareja como padre por el futuro rol, así como, la relación marital durante el desarrollo de su embarazo, la mujer comienza no sólo a preocuparse con su futuro rol, sino también con el de su pareja como padre. La futura madre nota con frecuencia que tanto ella, como su esposo,

experimentan una sensación acrecentada de vulnerabilidad durante el desarrollo del embarazo (Lederman, 1996, p 110 – 125).

El inicio de la paternidad y la maternidad produce inevitables cambios en la relación de pareja. Primero, se generan tensiones por la inexperiencia, las expectativas y la ansiedad de desempeñarse bien en el nuevo papel. De otro lado, con la presencia de un hijo se pasa de una relación entre dos personas a una de tres. (Toro, 2016, p 51-54).

En todas las dimensiones se observa que sobresale la categoría deficiente adaptación psicosocial, pero, es necesario mencionar que respecto a las dimensiones, en este caso predomina la dimensión relación con la pareja donde el 100% de las gestantes presentan un nivel de adaptación psicosocial deficiente, talvez podrían ser madres solteras y embarazos no deseados donde la pareja en este caso el progenitor no se encuentra presente. Asimismo, es preocupante, que la dimensión preocupación por el bienestar del bebé, el 92.9 % presentan una deficiente adaptación, relacionamente sean las diferentes causas que intervienen en ésta dimensión, como el factor económico, por no contar con los recursos económicos suficientes para solventar los gastos que demande la manutención del nuevo ser y en los embarazos no deseados en las adolescentes que no sean aceptadas por sus padres y familiares, conociéndose que es necesario contar con el apoyo moral para que la gestante se sienta psicológicamente bien.

**En la tabla/ figura 03**, se observa que del 100 % (70) de las gestantes, el 38.6% tienen entre 25 a 29 años. Por otra parte, el 34.3 % tienen entre 20 a 24 años; el 14.3% tienen entre 30 a 34 años; el 10.0% presentan edades entre 15 a 19 años y sólo el 2.9% presentaron entre 35 a 39 años.

El parto y la expulsión son un viaje hacia lo desconocido y el resultado nadie lo puede predecir, en la edad influye considerablemente, por lo que esta dimensión asume la adquisición de autoconfianza (Lederman, 1996, p. 152 - 187).

La edad en el embarazo relacionada de manera positiva por las decisiones en que tenga que asumir en el nuevo rol, es cuando una mujer aprende y se prepara para el

evento del parto se enfrenta todavía con otra paradoja; ella debe escuchar a su cuerpo y trabajar activamente con él, para ello se prepara a través de varios medios, como acudiendo a clases, leyendo libros y uniéndose a grupos con otras embarazadas. Tales esfuerzos están esparcidos con miedo a lo inexplorado, se pregunta cómo actuará en el parto, como llegará al hospital y si lo hará a tiempo.

Al respecto también Lederman (1996), también refiere que por cada año que se retrasa la maternidad, las posibilidades de quedarse embarazada se reducen en un 5%. Los actuales cambios en los estilos de vida, la situación laboral o la incertidumbre económica son algunos de los factores que han provocado que muchas parejas hayan retrasado la idea de ser padres.

De hecho, la edad media de las mujeres que acuden a clínicas de reproducción asistida para pedir ayuda a expertos en su búsqueda del deseado embarazo, ha aumentado en los últimos años y se sitúa actualmente en torno a los 37, edad superior a la que se recomienda para planear el primer embarazo, que suele estar entre los 28 y los 32 años; y es que la edad es uno de los factores más importantes y que más influyen a la hora de lograr el embarazo. A partir de los 35 años, va descendiendo la reserva ovárica y los óvulos van envejeciendo, por lo que además pueden sufrir problemas genéticos. Por eso es muy importante que las parejas que desean ser padres y tener un hijo de manera natural sepan cómo puede influir la edad en el proceso; cuanto más mayores sean, mayores dificultades tendrán de concebirlo y más altos serán los riesgos que pueden aparecer durante la gestación, en la que también influye en la adaptación para el embarazo para la toma de decisiones y para habilidad y destreza que tendrá la nueva madre al momento de ver al nuevo integrante de la familia.

Al respecto, se ha obtenido en los resultados que las edades se acentúan, entre los 21 a 29 años de edad, y en este caso obtiene que la adaptación psicosocial es deficiente, por la que se podría determinar entonces que a menor edad existirá mayores dificultades psicosociales.

## **VII. CONCLUSIONES**

1. La mayoría de las gestantes que asisten al consultorio de obstetricia del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, presentan un nivel de adaptación psicosocial deficiente.
2. Según la dimensión aceptación al embarazo en gestantes que acuden al consultorio de obstetricia, en su mayoría presentan una deficiente adaptación psicosocial.
3. En la dimensión: rol maternal, las gestantes que acuden al consultorio de obstetricia del Hospital regional Virgen de Fátima, mayormente presentan una deficiente adaptación psicosocial.
4. En su totalidad, las gestantes que acuden al consultorio de obstetricia, muestran una deficiente adaptación psicosocial en la dimensión relación con la pareja, continuado de la dimensión preocupación por el bienestar del bebé.
5. La edad de las gestantes que predominan respecto a la adaptación psicosocial se encuentra entre los 20 a 29 años de edad.

## **VIII. RECOMENDACIONES**

### **A las Dirección Regional de Salud de Amazonas**

- Que se fomente más las intervenciones dirigidas a implementar el consultorio de obstetricia considerando las deficiencias de adaptación psicosocial que existe, con la intervención de los profesionales de psicología y asistencia social en algunos casos.
- Que se implementen los protocolos de atención de la gestante en los consultorios de obstetricia y su familia a partir de investigaciones.
- Capacitar al personal de salud de los consultorios de obstetricia en temas relacionados a las adaptaciones psicosociales.

### **Al Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas**

- Realizar las gestiones necesarias para mejorar la implementación de los servicios de obstetricia considerando las adaptaciones psicosociales.
- Mejorar la implementación de los servicios de obstetricia.
- Incorporar protocolos de atención en el consultorio externo de obstetricia, especialmente la adaptación psicosocial de la gestante.

### **A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas**

- Profundizar las investigaciones sobre los servicios de obstetricia, específicamente la atención de las adaptaciones psicosociales con la finalidad de proponer intervenciones basadas en evidencia.
- Insertar los hallazgos del presente estudio en el desarrollo de las asignaturas de enfermería y otras carreras que lo ameriten.

## IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado S. (2016). “*Determinar el nivel de adaptación psicosocial en las gestantes del Centro de Salud Suyo, 2016*”. Informe de tesis para obtener el título profesional de licenciado en psicología Universidad Juan Mejía Baca. Perú.
- Armengol, G. (2007). *Aspectos psicosociales en la gestación*. Tesis de Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia, Universidad Dartmouth College, Massachusetts.
- Calderon & Alzamora. (2006). *Embarazo en Adolescencia Recuperado: 12/05/2017 desde file:///C:/Users/CLIENTE-C%20MEDIC/Downloads/EmbarazoEnAdolescentes-4114602.pdf*
- Casanueva, C. (2017). “*Adaptación psicosocial al embarazo en la adolescencia*”. Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura España.
- Castelló, M. (2013). “*Instrumentos de atención a la familia*”: El familiograma y el APGAR familiar. RAMPA.
- Fernández, M. et al (2014). “*Conducta emocional en la gestante: variables psicosociales e implicaciones educativas*”. Universidad Pontificia de Salamanca.
- González, M. et al (2014). *Factores de riesgo biopsicosociales del embarazo, percibidos por mujeres de un centro de salud del estado de Morelos, México*.
- González, A. (2013). *Teorías de enfermería: Hildegard Peplau*. Recuperado: 8/03/2018. Desde file://tpfite5.blogspot.com.
- Jurado A. (2015). “*Adaptación psicosocial al embarazo de gestantes de un centro de salud rural*”. Tesis para obtener el grado de maestría. Universidad autónoma de México.
- Lederman, R. (1996). *Psychosocial adaptation in pregnancy: Assessment of seven dimensions of maternal development*. Primera edición ed. New York: Springer Publishing Company.
- López, C. (2016). *Vivencia emocional en el embarazo, parto y puerperio*. Valencia, España: Escuela Psicología Humanista.

- Machado, R. (2010). *La familia en el proceso salud. Enfermedad*. Primera edición ed. México, D.F. Editorial Alfil.
- Mercer, A. (2013). *La vinculación afectiva prenatal y la ansiedad durante los últimos tres meses del embarazo en las mujeres y padres tempranos*. Un estudio preliminar. *Anales de Psicología*.
- Millares, G. (2017) “*relación entre la tipología familiar y la adaptación psicosocial al embarazo en mujeres gestantes adscritas a la unidad de medicina familiar no. 64 tequesquahuac*”. Tesis de posgrado en la especialidad de medicina familiar. Universidad autónoma de México, Toluca.
- Ontiveros, T. (2010). *Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico*. *Bol Clin Hosp Infant. mengol*,
- Rodriguez, A. (2001). *Teorías de Virginia Henderson*. Recuperado: 8/04/2018. Desde <file://es.scribd.com/doc/14172257>.
- Saavedra, M. (2016). *Cambios en la dinámica familiar durante la gestación y el parto*. Investigación y educación en enfermería.
- Sánchez, A. (2014). *Conducta emocional en la gestante: variables psicosociales e implicaciones educativas*. Universidad Pontificia de Salamanca.
- Supo, J. (2015). *Metodología de la investigación científica*. 3ra Edic. Edit. Talleres gráficos Arequipa. Perú.
- Surkan, K. et al (2011). “*Maternal depression and early childhood growth in developing countries*”: systematic review and meta- analysis. *Bull World Health Organ*.
- Toro, J. (2016). *Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico*. *Bol Clin Hosp Infant*.
- Water, I. et al (2010). “*Genograms practical tools for family physicians*”. *Canadian Family Physician*.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLE	MARCO METODOLÓGICO
<p>¿Cuál es el nivel de adaptación al embarazo en gestantes atendidas en el hospital Regional Virgen de Fátima de 20017?</p>	<p><b>Objetivo general:</b> Determinar el nivel de adaptación psicosocial del embarazo en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.</p> <p><b>Objetivo específicos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar el nivel de adaptación psicosocial del embarazo según dimensiones, en las gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017</li> <li>• Caracterizar la población objeto de estudio.</li> </ul>	<p>Nivel de adaptación psicosocial al embarazo</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo Nivel: Descriptivo. Tipo: descriptivo de corte transversal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Método.</b> Encuesta</li> <li>• <b>Técnica.</b> Cuestionario.</li> <li>• <b>Instrumento:</b> Para la recolección del presente trabajo de investigación se hizo uso del instrumento elaborado por Armengol, (2007), el cual es una adaptación y validación del cuestionario PSQ (Prenatal Self-Evaluation Questionnaire) de Lederman creado en 1996.</li> </ul>

## ANEXO 2

### Operacionalización de Variable:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DIMENSIONES	ITEMS	CATEGORÍA		ESCALA
				DIMENSIONES	VARIABLE	
Nivel de adaptación psicosocial del embarazo	Capacidad de aceptación de la gestante a su nuevo rol.	a. La aceptación al embarazo.	1,2,31,33y 34	B = 1-10 D = 11-20	Buena adaptación psicosocial: De 42 a 84 puntos.	Ordinal de Likert
		b. El rol maternal	39,40,41 y 42	B = 1-8 D = 9-16		
		c. La relación con la madre.	6,9,10,14, 17,22,28,3 2y36	B = 1-18 D = 19-36		
		d. La relación con la pareja	3,4,11,5,1 9,20,27,y3 8	B = 1-16 D = 17-32	Deficiente adaptación psicosocial: 85 a 168 puntos.	
		e. La preparación al parto.	5,12,13,23 ,24,26y29	B = 1-14 D = 15-28		
		f. Preocupación por bienestar propio y del bebe.	7,8,16,18, 21,25, 30, 37 Y 37	B = 1-18 D = 19-36  36		



### ANEXO 3

## CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN PRENATAL (Adaptación del PSQ)



### I. INTRODUCCION.

Las siguientes afirmaciones están hechas para mujeres embarazadas, con la intención de describirse a sí mismas.

### II. INSTRUCCIONES

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:

### III. DATOS GENERALES.

Edad:.....  
....

Edad gestacional:.....

Nº de gestación:.....

Grado de instrucción:.....

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

AFIRMACION	Puntuación			
	A	B	C	D
1. Creo que éste es un buen momento para quedarme Embarazada				
2. Puedo tolerar las molestias del embarazo				
3. Mi marido y yo hablamos del bebé que espero				
4. Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada				
5. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad				
6. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero				
7. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías				
8. Pienso en lo peor cuando me duele algo				
9. Mi madre está contenta con mi embarazo				
10. Mi madre me da buenos consejos				
11. A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el Embarazo				
12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto				
13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones				
14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis Problemas				

15. Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación				
16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener				
17. Mi madre ya espera a su nieto				
18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé				
19. Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito				
20. Puedo contar con el soporte de mi marido durante el Parto				
21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto				
22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a Menudo				
23. Estoy preparada para el parto				
24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto				
25. Me angustian las posibles complicaciones del parto				
26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto				
27. En el momento de tomar decisiones, mi marido siempre nos ponemos de acuerdo				
28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma				
29. Me siento bien informada sobre el parto				
30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto				
31. Me cuesta aceptar este embarazo				
32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera				
33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil				
34. Ojalá no estuviera embarazada				
35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto				
36. Mi madre critica mis decisiones				
37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto				
38. Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido				
39. Ya siento afecto por el bebé				
40. Creo que puedo ser una buena madre				

41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé				
42. Estoy feliz con este embarazo				



**ANEXOS 4**  
**GUÍA DE CUESTIONARIO**  
**(Adaptación del PSQ)**



		AFIRMACION	Puntuación			
			A	B	C	D
	AE	1. Creo que éste es un buen momento para quedarme embarazada	1	2	3	4
	AE	2. Puedo tolerar las molestias del embarazo	1	2	3	4
	RP	3. Mi marido y yo hablamos del bebé que espero	1	2	3	4
	RP	4. Mi marido me tranquiliza cuando me ve agobiada	1	2	3	4
	PA	5. Creo que el parto tendrá lugar con normalidad	1	2	3	4
	RM	6. Mi madre está ilusionada con el bebé que espero	1	2	3	4
R	PB	7. Me preocupa que el bebé pueda tener anomalías	4	3	2	1
R	PB	8. Pienso en lo peor cuando me duele algo	4	3	2	1
	RM	9. Mi madre está contenta con mi embarazo	1	2	3	4
	RM	10. Mi madre me da buenos consejos	1	2	3	4
	RP	11. A mi marido le gusta hablar conmigo sobre el embarazo	1	2	3	4
	PA	12. Estoy bien informada de lo que me espera en el parto	1	2	3	4
	PA	13. Sé lo que debo hacer cuando tenga contracciones	1	2	3	4
	RM	14. No me cuesta hablar con mi madre sobre mis problemas	1	2	3	4
	RP	15. Como pareja tenemos un buen nivel de comunicación	1	2	3	4
R	PB	16. No dejo de pensar en los problemas que el bebé pueda tener	4	3	2	1
	RM	17. Mi madre ya espera a su nieto	1	2	3	4
R	PB	18. Me preocupa que el parto se alargue más de lo normal y pueda perjudicar al bebé	4	3	2	1
	RP	19. Mi marido me ayuda en casa cuando lo necesito	1	2	3	4
	RP	20. Puedo contar con el soporte de mi marido durante el parto	1	2	3	4
R	PB	21. Tengo miedo a que puedan hacerme daño en el parto	4	3	2	1
R	RM	22. Cuando mi madre y yo estamos juntas, discutimos a menudo	4	3	2	1
	PA	23. Estoy preparada para el parto	1	2	3	4

	PA	24. Sé de cosas que pueden ayudarme durante el parto	1	2	3	4
R	PB	25. Me angustian las posibles complicaciones del parto	4	3	2	1
	PA	26. Pienso que podré resistir las incomodidades del parto	1	2	3	4
	RP	27. En el momento de tomar decisiones, mi marido siempre nos ponemos de acuerdo	1	2	3	4
	RM	28. Mi madre me da ánimos cuando dudo sobre mí misma	1	2	3	4
	PA	29. Me siento bien informada sobre el parto	1	2	3	4
R	PB	30. Me preocupa que algo pueda ir mal en el parto	4	3	2	1
R	AE	31. Me cuesta aceptar este embarazo	4	3	2	1
	RM	32. Mi madre me anima a que haga las cosas a mi manera	1	2	3	4
	AE	33. Hasta el momento, éste ha sido un embarazo fácil	1	2	3	4
R	AE	34. Ojalá no estuviera embarazada	4	3	2	1
R	PB	35. Tengo miedo de perder el bebé durante el parto	4	3	2	1
R	RM	36. Mi madre critica mis decisiones	4	3	2	1
R	PB	37. No puedo dejar de pensar en los problemas que pueden surgir en el parto	4	3	2	1
	RP	38. Puedo contar con mi marido para compartir el cuidado del bebé hasta que haya nacido	1	2	3	4
	MI	39. Ya siento afecto por el bebé	1	2	3	4
	MI	40. Creo que puedo ser una buena madre	1	2	3	4
	MI	41. Tengo la sensación de que disfrutaré del bebé	1	2	3	4
	MI	42. Estoy feliz con este embarazo	1	2	3	4

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.

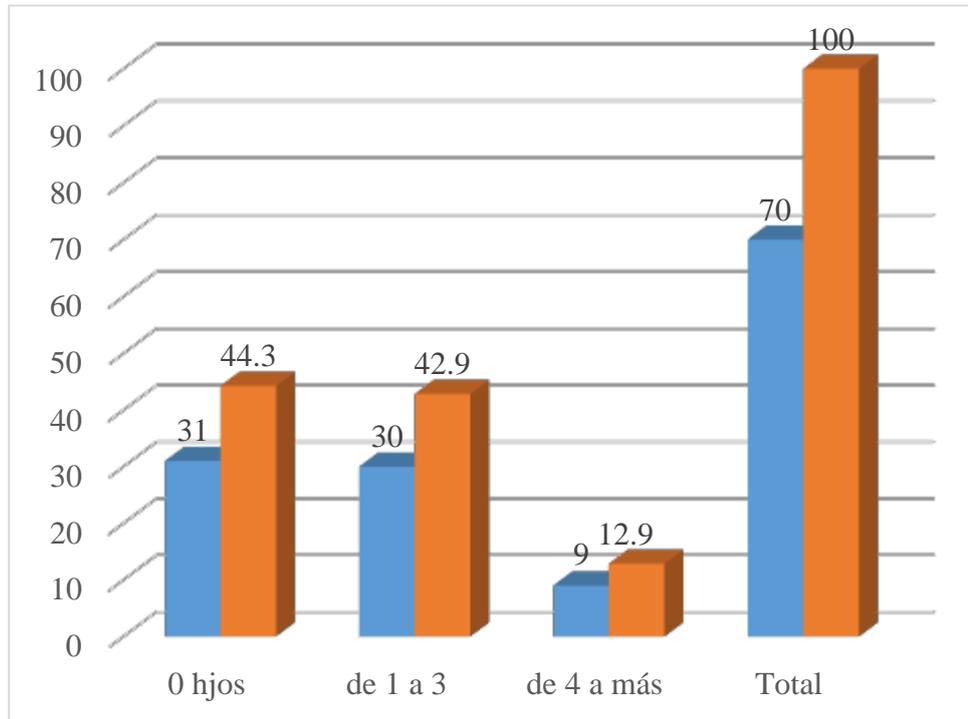
## ANEXOS 5

**Tabla 04: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según número de hijos, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**

N° de hijos	Nivel de adaptación psicosocial	
	Fi	%
0 hijos	31	44.3
de 1 a 3	30	42.9
de 4 a más	9	12.9
Total	70	100

**Fuente:** Encuesta (PSQ) aplicada a las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia –Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

**Figura 04: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según número de hijos, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**



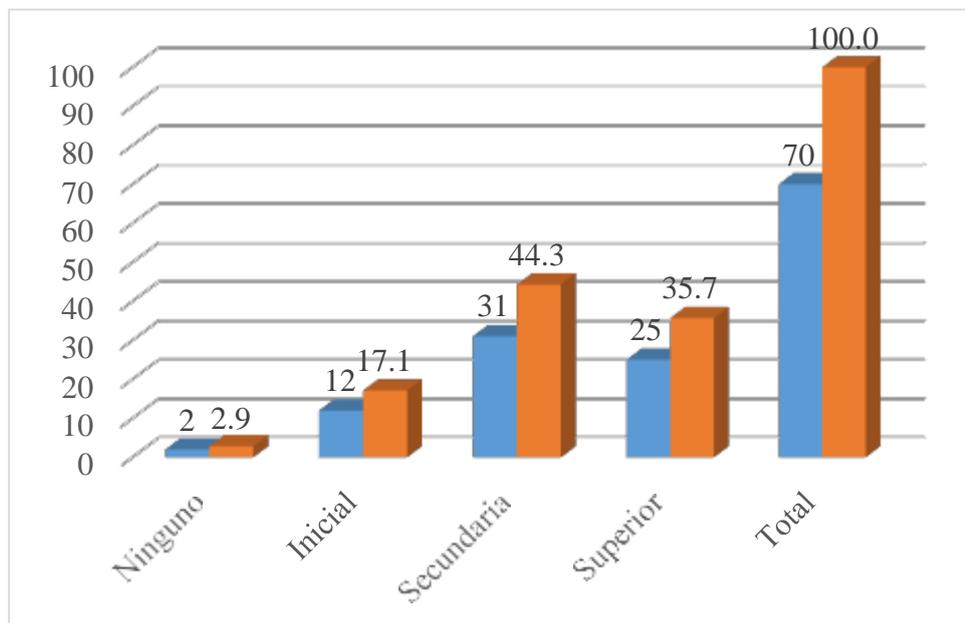
**Fuente:** tabla 4

**Tabla 05: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según grado de instrucción, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**

Grado de instrucción	Nivel de adaptación psicosocial	
	fi	%
Ninguno	2	2.9
Inicial	12	17.1
Secundaria	31	44.3
Superior	25	35.7
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100.0</b>

**Fuente:** Encuesta (PSQ) aplicada a las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia –Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

**Figura 05: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo según grado de instrucción, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**



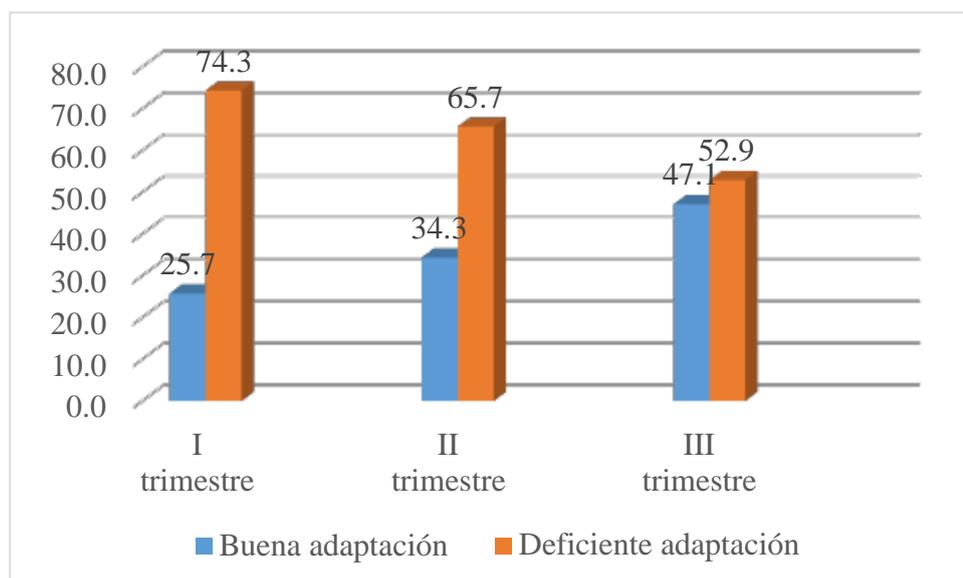
Fuente: Tabla 5

**Tabla 06: Nivel de adaptación psicosocial del embarazo por trimestres, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**

Adaptación	I trimestre		II trimestre		III trimestre	
	fi	%	fi	%	fi	%
<b>Buena adaptación</b>	<b>18</b>	25.7	24	34.3	33	47.1
<b>Deficiente adaptación</b>	<b>52</b>	74.3	46	65.7	37	52.9
Total	70	100	70	100	70	100

**Fuente:** Encuesta (PSQ) aplicada a las gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia – Consultorio externo del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

**Figura 06: Nivel de adaptación psicosocial del por trimestres, en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017.**



Fuente: Tabla 6