



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO- RASGO EN PACIENTES MUJERES CON INFERTILIDAD DE UNA CLÍNICA DE LIMA SUR

Línea de investigación:

Salud mental

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención
en Psicología Clínica

Autora:

Torres Andrade, Asenet Giezi

Asesora:

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth
(ORCID: 0000-0001-6213-3018)

Jurado:

Valdéz Sena, Lucia Emperatriz
Hervias Guerra, Edmundo Magno
Tantaleán Terrones, Lizley Janne

Lima - Perú

2022



Referencia:

Torres, A. (2022). *Niveles de ansiedad estado- rasgo en pacientes mujeres con infertilidad de una clínica de Lima Sur*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. <https://hdl.handle.net/20.500.13084/6509>



Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Universidad Nacional
Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO
DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGIA

NIVELES DE ANSIEDAD ESTADO- RASGO EN PACIENTES MUJERES CON INFERTILIDAD DE UNA CLINICA DE LIMA SUR.

Línea de Investigación: Salud Mental

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología clínica.

Autora:

Torres Andrade, Asenet Giezi

Asesora:

Mayorga Falcón, Luz Elizabeth
ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado:

Valdéz Sena, Lucia Emperatriz
Hervias Guerra, Edmundo Magno
Tantaleán Terrones, Lizley Janne

Lima – Perú

2022

Dedicatoria

Dedico este trabajo, a mi hija Abril, eres mi mayor motivo de superación y lucha, tu sonrisa ilumina mi vida desde tu existencia, me das la fuerza y el impulso para conseguir mis metas y llegar a ser un ejemplo para ti.

Agradecimientos

A Dios en primer lugar, que bajo su amor y bondad guía mi camino, me da las pruebas y enseñanzas que necesito para ser una mejor persona.

A mi hermana Ritza, porque es mi ejemplo a seguir de superación, mi apoyo y la que me motiva a lograr mis sueños; a mis padres, por apoyarme en todo momento, su amor y dedicación a lo largo de mi vida ha sido fundamental para ser lo que soy ahora.

A mi alma mater, UNFV por acogerme los 6 años de formación, y convertirme en una profesional de la salud mental, así mismo, a mis profesores por sus enseñanzas dentro y fuera de las aulas.

A mi asesora Elizabeth Mayorga por ser una excelente profesional y por su valiosa orientación en el desarrollo y ejecución de este trabajo.

A mis amistades, a cada uno de ellos, que me acompañaron a lo largo de estos años, compartiendo gratos momentos, y a aquellos que especialmente compartieron conmigo el anhelo de poder culminar con este proyecto.

Al Dr. Julio Diaz Pinillo, por su autorización para llevar a cabo mi investigación en la clínica, y a Gloria Rojo, por el apoyo y las facilidades para realizarla.

Índice

| | |
|---|------|
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimientos | iii |
| Índice | iv |
| Lista de tablas | vi |
| Resumen | viii |
| Abstract | ix |
| I. Introducción | 10 |
| 1.1. Descripción y formulación del problema | 12 |
| 1.2. Antecedentes | 14 |
| 1.3. Objetivos | 20 |
| 1.4. Justificación | 21 |
| 1.5. Hipótesis | 21 |
| II. Marco teórico | 23 |
| 2.1 Conceptualización de la ansiedad | 23 |
| 2.1.1. Definiciones | 24 |
| 2.1.2. Dimensiones de la ansiedad | 29 |
| 2.1.3. Enfoques teóricos etiológicos de la ansiedad | 30 |
| 2.1.4. Teorías generales de la ansiedad | 33 |
| 2.1.5. Manifestaciones sintomatológicas | 35 |
| 2.1.6. Ansiedad estado y Ansiedad rasgo | 37 |
| 2.2 Infertilidad | 41 |

| | |
|---------------------------------------|----|
| 2.2.1. Tipos de Infertilidad | 42 |
| 2.2.2. Causas de la Infertilidad | 42 |
| 2.2.3. Impacto del diagnóstico | 44 |
| III. Método | 47 |
| 3.1. Tipo de investigación | 47 |
| 3.2. Ámbito espacial y temporal | 47 |
| 3.3. Variables | 47 |
| 3.4. Población y muestra | 49 |
| 3.5. Instrumentos | 53 |
| 3.6. Procedimientos | 56 |
| 3.7. Análisis de los datos | 56 |
| 3.8. Consideraciones éticas | 57 |
| IV. Resultados | 58 |
| 4.1. Análisis descriptivo | 58 |
| 4.2. Contrastación de hipótesis | 59 |
| 4.3. Establecimiento de comparaciones | 63 |
| V. Discusión de resultados | 71 |
| VI. Conclusiones | 77 |
| VII. Recomendaciones | 78 |
| VIII. Referencias | 79 |
| IX. Anexo | 90 |

Lista de Tablas

| Número | pg. |
|---|------------|
| 1. Definición operacional de la variable | 48 |
| 2. Distribución de la muestra por grupos etarios | 50 |
| 3. Distribución de la muestra por nivel de estudios | 50 |
| 4. Distribución por lugar de procedencia | 51 |
| 5. Distribución por número de gestaciones | 51 |
| 6. distribución por número de hijos | 52 |
| 7. Distribución por tiempo de diagnóstico | 52 |
| 8. Distribución por tiempo de tratamiento | 53 |
| 9. Niveles diagnósticos de ansiedad estado | 58 |
| 10. Niveles diagnósticos de ansiedad rasgo | 59 |
| 11. Prueba de normalidad | 59 |
| 12. Modelo de regresión lineal 1 | 61 |
| 13. Modelo de regresión lineal 2 | 62 |
| 14. Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por grupos etarios. | 63 |
| 15. Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por nivel de estudios. | 64 |
| 16. Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por lugar de procedencia | 66 |
| 17. Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo | 67 |

| | |
|--|----|
| por número de gestaciones. | |
| 18. Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por número de hijos. | 68 |
| 19. Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por el tiempo de diagnóstico. | 69 |
| 20. Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por el tiempo de tratamiento. | 70 |

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en pacientes mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur. La investigación tiene un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo comparativo, con un diseño no experimental transaccional. Se aplicó, la escala de Ansiedad estado - rasgo (IDARE) a una muestra de 104 mujeres con diagnóstico de infertilidad. Los resultados obtenidos reflejan que la escala ansiedad estado – rasgo presentan validez de constructo y confiabilidad Alpha 0.90. En el nivel de Ansiedad estado se halló que el 37.5% de las pacientes presentan un nivel de ansiedad estado bajo; el 36.5% presentan un nivel de ansiedad estado moderado y el 9.6% presentan un nivel de ansiedad estado alto. Mientras que en los niveles de Ansiedad rasgo el 50% presentan un nivel de ansiedad rasgo bajo; el 18.3% presentan un nivel de ansiedad rasgo moderado y el 1,9% presentan un nivel de ansiedad rasgo alto. Las variables que explican mejor la ansiedad estado son en primer lugar el número de gestación (36%) y en segundo lugar número de hijos (30.5%). La ansiedad rasgo brinda un 54.6% de explicación de la ansiedad estado. Se encontró diferencias estadísticas significativas de la ansiedad estado y de la ansiedad rasgo según nivel de estudios, número de hijos y por tiempo de emitido el diagnóstico de infertilidad.

Palabras clave: Ansiedad estado, ansiedad rasgo, mujeres con infertilidad.

Abstract

The main objective of this research was to determine the levels of state anxiety and trait anxiety in female patients with infertility attending a clinic in southern Lima. The research has a quantitative, descriptive-comparative approach, with a non-experimental transactional design. The trait-state anxiety scale (IDARE) was applied to a sample of 104 women diagnosed with infertility. The results obtained show that the state-trait anxiety scale presents construct validity and reliability Alpha 0.90. Similarly, in the state anxiety level it was found that 37.5% present a low state anxiety level; 36.5% present a moderate state anxiety level and 9.6% present a high state anxiety level. In the levels of trait anxiety, 50% presented a low level of trait anxiety; 18.3% presented a moderate level of trait anxiety and 1.9% presented a high level of trait anxiety. The variables that best explain state anxiety are firstly the number of gestation (36%) and secondly the number of children (30.5%). Trait anxiety provides a 54.6% explanation of state anxiety. There were significant statistical differences in state anxiety and trait anxiety according to level of education, number of children and time since the diagnosis of infertility.

Keywords: State anxiety, trait anxiety, women with infertility.

I. INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud en el 2010, define a la infertilidad como una enfermedad del aparato reproductor (tanto en hombre como mujer), determinada por la imposibilidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales habituales sin protección regular (Zegers-Hochschild et al. 2010). Hay investigaciones en donde diversos autores han abordado el tema del impacto emocional de la infertilidad y llegan a la conclusión, que dicho diagnóstico desencadena una gran e importante crisis para las personas que la padecen (Van Balen y Trimbos-Kemper, 1993). Es importante resaltar que, la dificultad de concebir un hijo, sobre todo cuando existe el deseo de tenerlo, da como resultado encontrarse en una situación más aun difícil en la pareja.

Se han realizado diversos estudios para valorar el impacto psicológico de la infertilidad, en los miembros de la pareja. De allí se toman en cuenta dos puntos relevantes: en primer lugar, considerarla una crisis vital, dado que genera desgaste a nivel emocional debido a su forma repetitiva de vivenciar la esperanza, esto es, al inicio de su ciclo y fracaso que es el momento en que viene la menstruación. El segundo punto determinante, es el impacto a nivel económico, por el costo elevado de los tratamientos, así como también el dolor que generan a nivel físico y su intimidad sexual que se ve invadida (Furman, 1997; Newton y Sherrard, 1999).

Carreño et al. (2003) señalan que, al recurrir a los médicos para poder solucionar la dificultad de no concebir un hijo, no sólo reciben un diagnóstico médico que conllevará un impacto emocional en la pareja, sino también, la mujer será expuesta a una serie de tratamientos e intervenciones que desencadenarán intensas emociones en los miembros de la misma. También un factor que influye en el bienestar psicológico, es el constructo social y mental en relación a la paternidad, esto, dependerá de los estereotipos y roles de género que tengan en cuanto a su identidad y parentalidad y sobre todo a la infertilidad. Con respecto a las mujeres, parte de su identidad femenina se lo atribuyen la maternidad y su rol protector, en cambio para

los hombres la paternidad representa un reconocimiento social y de su virilidad, así como representación patriarcal (Díaz y García, 2011; Fuller, 2000).

Carreño et al. (2007) mencionan, que el considerarse imperfecta, a nivel biológico, genera por añadidura un significado nuevo al hecho de ser mujer, por consiguiente, es allí en donde demanda cambios psicológicos, ahora bien, ha sido demostrado que tanto el hombre como la mujer con el diagnóstico de infertilidad desarrollan cambios a nivel emocional como ansiedad, depresión, dificultad en su relación de pareja y sexualidad. Por lo mencionado anteriormente, es relevante comprender y estudiar aquellas variables psicológicas que influyen en la fertilidad de la mujer, así mismo, elaborar un perfil de la mujer con infertilidad que englobe un punto de vista bio-psico-social.

En tal sentido se ha creído conveniente plantear como objetivo general el determinar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur.

La presente investigación está distribuida en 5 apartados: En el primer apartado está constituido por la descripción y la formulación del problema, antecedentes, objetivos, hipótesis, variables y justificación del estudio. En el segundo apartado, se muestra el marco teórico sobre las variables investigadas. En el tercer apartado, se describe la metodología, tomando en cuenta, el tipo de investigación, diseño, población y muestra, técnica e instrumento de obtención de datos y las técnicas de análisis de los datos. En el cuarto apartado, se describen los resultados de la investigación. En el quinto apartado se analizan y discuten los resultados con los antecedentes de la investigación. En el sexto y séptimo apartado se plantean las conclusiones y recomendaciones. Y por último las referencias y los anexos.

Finalmente, la contribución de mi investigación, es dar a conocer los niveles de ansiedad estado y rasgo que presentan las mujeres con diagnóstico de infertilidad que asisten a

una clínica de salud reproductiva de Lima sur. Asimismo, este estudio servirá de referente para futuras investigaciones.

1.1. Descripción y formulación del problema

La OMS considera a la infertilidad como un problema de salud a nivel mundial, esto es, debido a que en todo el mundo millones de personas que se encuentran en edad reproductiva, la padecen. Aproximadamente 186 millones de personas conviven con este diagnóstico, y 48 millones de parejas son afectadas en todo el mundo. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020).

En el Perú ha habido un incremento de casos de personas con infertilidad, el cual rodea el 20 % de la población, así mismo 2 de cada 10 parejas sufren alguna alteración o problema a nivel de aparato reproductor, conllevando a ser víctimas del estigma social debido a que no logran convertirse en padres (Se incrementan casos de infertilidad en el Perú, 2019).

Actualmente, es lamentable que el sistema público de salud del Perú, no toma en consideración a la infertilidad como parte de una lista de enfermedades que sean de interés, basándonos en un enfoque de prevención en salud pública, ya que esta afección no se transmite y tampoco conlleva a un riesgo de muerte. Por consiguiente, las parejas o personas que tienen el diagnóstico de infertilidad, se ven afectadas y marginadas por la sociedad (Neciosup, 2014).

Existen pocos registros de la tasa de infertilidad en el Perú, sin embargo, la Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud tienen registros de los años 2009 a 2014, evidenciando que hubo un leve incremento de los casos con diagnóstico de infertilidad a nivel nacional. Es importante resaltar que la cantidad mayor de casos con dicho diagnóstico se reportan en Lima, y así mismo es relevante conocer que las mujeres representan más del 90 % de la totalidad de los casos (Neciosup, 2014).

Ahora bien, hablar de ansiedad, es remontarse muchos años atrás debido a que ha sido un término psicológico mayormente empleado, siendo definido por distintas escuelas teóricas; básicamente, la ansiedad es la respuesta emocional que emite nuestro organismo ante situaciones que consideramos adversas o amenazantes, el cual produce una activación de nuestro cuerpo a nivel, físico psicológico y motor. (Sierra et al., 2003)

Urdapilleta (1995), hace mención que la infertilidad también es una crisis, por lo que genera angustia, ansiedad, sentimientos de pérdida y frustración, empezando desde la etapa de diagnóstico, luego en las distintas etapas que involucra el tratamiento. La sensación de incertidumbre por la que atraviesan da lugar a distintas respuestas de índole psicológico. En este sentido, la situación de infertilidad aumenta la respuesta de ansiedad y depresión de los sujetos, que a su vez afectan negativamente a las estrategias de afrontamiento adoptadas por ellos.

El tener conocimiento del diagnóstico y confirmar la frustrante idea de no poder concebir un hijo, ha de originar el sentimiento de fracaso por no cumplir ese deseo y sus expectativas de maternidad/ paternidad, igualmente supone una alteración de su proyecto de vida, por lo menos de forma temporal, convirtiéndolo en un reto para convertirlo en realidad en su plan vital. Por todo ello, es considerado natural que quienes lo padecen se encuentren sumergidos en una sensación de desconcierto y confusión debido a que tienen que asimilar la situación, situarse ante las nuevas condiciones y replantear su plan de vida (Llavona, 2008).

Existen diversas investigaciones internacionales, que han optado por agregarle importancia a los aspectos psicológicos, emocionales, tales como estrés, depresión, ansiedad etc., en donde se demuestra que efectivamente, existen niveles de malestar emocional. En el Perú, no hay suficiente información respecto del tema, como lo mencionado anteriormente, la infertilidad aún no es reconocida en nuestro país como un problema de salud pública, no siendo

atendida lo suficiente la salud física sino también la salud mental de millones de personas que lo padecen (Cancino, et al. 2002).

Generalmente se presentan casos en donde los síntomas no llegan a cumplir con los criterios para establecer un diagnóstico psiquiátrico, sin embargo, el aumento de la edad, los intentos fallidos, el tiempo, citas médicas frecuentes, entre otros, son proclives a la aparición y aumento grave de síntomas depresivos o ansiosos (Moreno, 2008).

La infertilidad no ha sido estudiada con mayor ahínco más que como una condición meramente médica, sin embargo, la realidad que se evidencia clínicamente es que dichas parejas presentan afectación en su salud mental, como depresión y altos niveles de ansiedad, es decir sufrimiento a nivel emocional frente a su enfermedad, al punto de ser comparados con aquellos pacientes que padecen alguna condición oncológica (Domar et al. 1993).

Por lo planteado anteriormente, y considerando importante ahondar en el aspecto emocional de pacientes con dificultad de concebir un hijo, tal como la ansiedad, me planteo la siguiente interrogante:

¿Qué niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo presentan las pacientes mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes Internacionales

Lordăchescu et al. (2021) en Rumania, presentaron un estudio no experimental, descriptivo y correlacional para conocer cómo las mujeres con diagnóstico de infertilidad se adaptan a tal dificultad y a su vez cómo se relaciona con la ansiedad y el afrontamiento. La muestra fue compuesta por 240 mujeres con infertilidad provenientes de distintas partes de Rumania. Los instrumentos fueron: STAI, COPE y la escala de Dificultades con la Infertilidad y su tratamiento. Los resultados mostraron que las mujeres que comenzaban el tratamiento

presentaron puntuaciones más altas en ansiedad y en la escala de dificultades, ello en comparación con aquellas mujeres que ya tenían repetidos procedimientos de fertilización. Así mismo, encontraron correlación significativa positiva entre la percepción de dificultad y la ansiedad estado, del mismo modo entre las estrategias de afrontamiento desadaptativas y la ansiedad estado, y asociación negativa entre las estrategias adaptativas y ansiedad estado. Por último, las estrategias de afrontamiento que predominaron fueron la autoculpabilización y el desahogo.

Álvarez et al. (2019) realizaron un estudio en Cuba, siendo su objetivo identificar la relación del bienestar psicológico y los niveles de ansiedad estado – rasgo en 80 miembros de parejas (40 mujeres y 40 varones) con infertilidad que asistían a un Centro de Reproducción Asistida de Baja Tecnología de la provincia Mayabeque. Su estudio fue descriptivo, correlacional; emplearon los instrumentos CAVIAR e IDARE. En cuanto a sus resultados, éstos arrojaron que de la muestra total el 75% presenta nivel moderado de bienestar psicológico; un nivel alto de ansiedad estado lo presentaron el 92.5 % de los varones y las mujeres el 95 %, así también un nivel alto de ansiedad rasgo fue hallado en el 52.5% de los hombres y en mujeres el 65%. Por último, encontraron una relación significativa entre el bienestar psicológico y la ansiedad rasgo en los miembros de parejas con infertilidad.

Bezerra (2018) en Brasil, presentó un estudio longitudinal, realizado a lo largo del año 2017, el cual se realizó en el Centro de reproducción Asistida de la Escuela Januário Cicco, vinculada a la Universidad Federal de Rio Grande del Norte. Con el objetivo de investigar la relación entre el perfil psicofisiológico del estrés, la ansiedad y el éxito del tratamiento de fecundación in vitro. El estudio fue conformado por 20 mujeres, las cuales debían cumplir como requisito, ser mayor de 18 años y tener el diagnóstico de infertilidad sin otras enfermedades preexistentes. Los instrumentos empleados comprenden: el inventario de síntomas de estrés para adultos de Lipp – ISSL, Inventario de ansiedad de Beck, la escala de

las formas de afrontar los problemas – EMEP y la escala de satisfacción de apoyo social – ESSS. Las evaluaciones fueron en distintos días, los cuales consideró decisivos para el tratamiento: al iniciar tratamiento farmacológico, el día de aspiración folicular y por último, el día de transferencia de embriones. Los resultados mostraron que las pacientes que no lograron el embarazo 65%, presentaron un perfil con niveles altos de ansiedad y una mayor reactividad del cortisol salival al despertar en comparación con los pacientes que lograron el embarazo, 35%. Así mismo, encontró una correlación directa entre la ansiedad y el estrés psicológico, ambos con una baja percepción de apoyo social.

Arnal (2017) en España, realizó una investigación con el objetivo de conocer y comparar el grado de bienestar emocional de las distintas etapas de la transición a la maternidad/ paternidad, así como la posible relación entre la ansiedad y el logro del embarazo. La muestra está conformada por 256 personas, 126 son hombres y 130 mujeres con edades que oscilan entre 30 y 45 años, así mismo, fue dividida en cinco grupos: un grupo que no desea hijos, un grupo infértil que logro embarazo con tratamiento, un grupo infértil sin éxito de lograr embarazo con tratamiento, un grupo de embarazo natural y un grupo fértil con hijos. Los instrumentos que empleó fueron: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI, Inventario de Depresión de Beck, BDI y la Escala de Bienestar Psicológico de la Pareja. Los resultados revelaron que la variable ansiedad rasgo se presenta en mayor nivel en el grupo “sin hijos” y es también más alta en las mujeres comparado con los hombres, tomando en cuenta la muestra total. En cuanto a la ansiedad estado, solo encontró diferencias significativas entre el grupo de los que lograron embarazo con tratamiento y el grupo de embarazo natural, así mismo observó que hay una tendencia del grupo de embarazo con tratamiento a presentar mayores niveles de ansiedad estado que el grupo con infertilidad. Finalmente, la variable depresión muestra que las mujeres del grupo de embarazo natural alcanzan puntuaciones más altas que los hombres del mismo grupo.

Lakatos et al. (2017) en Hungría, realizaron un estudio transversal el cual tuvo como objetivo estimar el estado psicológico de las mujeres con y sin diagnóstico de infertilidad, así como identificar los factores relacionados con la ansiedad y la depresión en las mujeres con dicho diagnóstico. La muestra fue conformada por 225 mujeres, de las cuales 134 tenían infertilidad primaria y 91 eran fértiles, pertenecientes a dos centros de fertilidad privados de Budapest y de la Clínica de Obstetricia y Ginecología de la Universidad Semmelweis.

Emplearon los siguientes instrumentos: STAI, BDI, FPI (inventario de problemas de fertilidad), también una entrevista sobre otras fuentes de estrés y características sociodemográficas. Los resultados arrojaron que las mujeres con infertilidad tenían un bienestar psicológico significativamente más bajo que las mujeres fértiles. Los síntomas depresivos y de ansiedad tienen niveles más elevados en las mujeres infértiles que en las fértiles, así mismo estos síntomas se relacionaron con la edad, la preocupación social y sexual y el estrés financiero.

Freitas (2016) en Brasil realizó una investigación descriptiva exploratoria con el fin de estudiar a qué se enfrenta las parejas con infertilidad tomando en cuenta los siguientes indicadores: Ansiedad, estrategias de afrontamiento y percepción de estrés relacionado. Fueron 7 parejas las que participaron en la investigación, 4 de ellas asistían a la Clínica de Reproducción Asistida del Hospital Universitario Cassiano Antonio de Moraes; y los 3 restantes fueron casos recomendados evaluados de forma online. Cada miembro fue evaluado con los instrumentos psicológicos: IDARE, COPE, FPI, además de un cuestionario de Caracterización del perfil psicosocial. Los resultados fueron ansiedad moderada tanto en hombres como las mujeres, sin embargo, las puntuaciones más altas lo obtuvieron las mujeres para ambas subescalas Ansiedad-rasgo; en cuanto a estrategias de afrontamiento sobresalió la Religiosidad y la reinterpretación positiva. En lo que respecta al estrés percibido relacionado a la infertilidad, el factor con mayor estrés para ambos sexos fue el de relación conyugal y sexual.

Por último, del estudio de casos, concluyó que las variables tales como edad de los miembros de la pareja, el tener hijos, practicar alguna religión y compartir tiempo juntos, estaría relacionado al estrés y la ansiedad durante el proceso en que se enfrentan a la infertilidad.

Odiere et al. (2016) en África realizaron un estudio en donde participaron 172 mujeres con infertilidad, nuevas o con tratamientos repetitivos de FIV, acompañadas o no de su pareja, el objetivo fue evaluar los niveles de ansiedad de las pacientes que consultan por fecundación in vitro. Emplearon como instrumentos es STAI y un cuestionario adaptado para que describan sus pensamientos y emociones referentes al tratamiento. La edad promedio fue de 38 años y la mayoría de ellas eran casadas (90%) y profesionales (60%). Concluyeron que las mujeres con infertilidad que vienen solas o con su conyugue presentan niveles de ansiedad moderados a severos, las pacientes que debutaban en su tratamiento tenían mayor probabilidad de expresar una forma grave de ansiedad a diferencia de las que ya tenían tratamientos repetitivos; del mismo modo, aquellas que iban solas estaban más proclives a presentar ansiedad grave a comparación de las que iban acompañadas por su cónyuge. Por último, la principal fuente de ansiedad en el 38 % de las pacientes fue la expectativa de obtener un resultado positivo.

En España, Del Castillo (2015) realizó una investigación con el objetivo de conocer los estados emocionales y afectivos en infertilidad, tales como; ajuste emocional, afecto, recursos adaptativos y manifestaciones de Ansiedad estado y rasgo. Fue un estudio de tipo comparativo con un grupo de personas fértiles. El grupo experimental estuvo conformado por 101 personas (50 hombres y 51 mujeres) que acudieron a una unidad de reproducción asistida; el grupo control, por 90 personas con hijos (54 mujeres y 36 hombres). Los resultados arrojaron que las mujeres con infertilidad presentan mayores niveles de desajuste emocional, afecto negativo y ansiedad estado y rasgo que los hombres con infertilidad y que las mujeres fértiles.

Otro estudio le corresponde a Jara (2015) realizado en Chile, el cual fue descriptivo-comparativo, en donde buscó determinar niveles de autoestima, ansiedad y desesperanza en 40

mujeres con diagnóstico de infertilidad (sometidas a tratamiento de reproducción) vs 40 mujeres que son fértiles. El resultado arrojó diferencias significativas entre ambos grupos, en el cual las mujeres con infertilidad presentaron 47,5% del nivel alto de ansiedad, 62,5% de desesperanza y 55% en baja autoestima versus el 0% de las mujeres fértiles.

1.2.2. Antecedentes Nacionales

Estela y Vergara (2020) realizaron un estudio descriptivo, transversal, en un hospital de Lambayeque con el objetivo de identificar los niveles de ansiedad y depresión en 92 mujeres con diagnóstico médico de infertilidad. Para ello, emplearon la Escala de autoevaluación de ansiedad y depresión de Zung, los resultados arrojaron que la muestra presentó un nivel de depresión del 19,6% (leve a moderado) y el nivel de ansiedad fue de 22,8% en los niveles de leve a moderado.

Albarracín (2019) presentó un estudio con el objetivo de relacionar los grados de ansiedad, con los diagnósticos de infertilidad (de tipo primaria y secundaria), la cantidad de ingresos al programa de alta complejidad y los resultados del tratamiento, de un centro Especializado de Fertilidad y Ginecología, en el departamento de Arequipa; la muestra fue conformada por 88 mujeres con el diagnóstico de infertilidad primaria y secundaria. Empleó el cuestionario del Test de Zung, la observación directa y la escala de valoración de la hormona gonadotropina coriónica humana cuantitativa en sangre. Los resultados arrojaron que existe una relación significativa, entre la ansiedad y los resultados del tratamiento (FIV), asimismo encontró que el 46.6% de las pacientes que no presentaron ansiedad lograron un resultado positivo al tratamiento, mientras que el 11.4% de las pacientes con nivel de ansiedad moderada a severa consiguieron resultados negativos.

1.3. Objetivos:

1.3.1. Objetivo general:

Determinar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en pacientes mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur.

1.3.2. Objetivos específicos:

1. Describir el nivel de Ansiedad estado en pacientes mujeres con infertilidad de una clínica de Lima sur.
2. Describir el nivel de Ansiedad rasgo en pacientes mujeres con infertilidad de una clínica de Lima sur.
3. Establecer en qué medida las variables de control: número de gestaciones, número de hijos, edad, tiempo de diagnóstico y tiempo de tratamiento, predicen o explican mejor la ansiedad estado en pacientes mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur.
4. Identificar a la variable ansiedad rasgo como el factor de mayor explicación de la ansiedad estado en pacientes mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur.
5. Comparar los promedios de Ansiedad Estado – ansiedad Rasgo en pacientes mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur según edad, procedencia, grado de instrucción, número de gestación, tiempo de diagnóstico y tiempo de tratamiento.

1.4. Justificación de la investigación

Ante esta problemática, considero de suma importancia estudiar el impacto emocional que está asociado a la infertilidad, según lo visto, es relevante abordar los problemas de salud de una forma global e integrada en donde lo psicológico también toma un rol importante, lamentablemente aquellas necesidades no son atendidas del todo.

Es por ello que en la presente investigación mi interés es conocer los niveles de ansiedad que presentan las personas que asisten a un centro de reproducción humana con la esperanza de poder cumplir su anhelo de concebir un hijo.

Así mismo este estudio demostró que el IDARE puede ser aplicado en la población estudiada, además podría establecer un antecedente para que se realicen futuras investigaciones en el ámbito de la psicología de la reproducción en Perú. Del mismo modo, al ofrecer los resultados, abrirá paso a que se puedan establecer programas preventivos y/o estrategias de intervención para abordar a los pacientes que presenten sintomatología de ansiedad en su proceso de fertilización.

1.5. Hipótesis

1.5.1. Hipótesis General

Hi: La investigación por ser de tipo descriptiva no es necesario formular hipótesis general, sin embargo, para los objetivos específicos 4, 5 y 6 es necesario formular hipótesis estadísticas.

1.5.2. Hipótesis Específicas.

H₁: Existe variable de control que explique la ansiedad estado en pacientes mujeres con infertilidad de una clínica de Lima sur.

H₂: La ansiedad rasgo es el factor que explica la ansiedad estado en pacientes mujeres con infertilidad de una clínica de Lima sur.

H₃: Existe diferencias significativas de los promedios de la ansiedad Estado - Rasgo en pacientes mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur, según edad, procedencia, grado de instrucción, número de gestación, tiempo de diagnóstico y tiempo de tratamiento.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Conceptualización de la ansiedad

Hay dos razones fundamentales que han provocado que el estudio de la ansiedad ocupe un lugar relevante en la literatura psicológica, ello, en las primeras décadas de este siglo. En primer lugar, como considera, Miguel-Tobal (1990) la “ansiedad es considerada como una respuesta emocional paradigmática” (p. 2), por lo mismo, que en el campo de las emociones ha podido facilitar la investigación básica y aplicada. En segundo lugar, considera que el desarrollo del estudio de la ansiedad ha proporcionado que se creen técnicas específicas, de fácil aplicabilidad en prácticamente todas las ramas de la psicología (clínica, organizacional, educativa, deportiva, etc.).

Definir la ansiedad ha sido en algunos momentos confusa y difícil, debido a la diversidad de enfoques, así como también, a las distintas facetas o etiquetas en que se ve empleada (respuesta emocional, rasgo de personalidad, experiencia interna, síntoma, estado, etc.), ha originado que no se defina a la ansiedad de forma unánime, debido a problemas de ambigüedad conceptual y operativa (Sierra et al., 2003).

Según la última actualización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), la ansiedad puede entenderse como una anticipación de alguna amenaza futura y a menudo puede asociarse con tensión muscular y vigilancia, así como con conductas de precaución y evitación (APA, 2014).

Spielberger (1979) reconoce la naturaleza predictiva de la ansiedad, siendo así adaptativa en algunos momentos, y en otros, no; así mismo, distingue la ansiedad como una respuesta normal, así como vital, de la ansiedad que es clínica y no adaptable. Con respecto al primer supuesto, una ansiedad en niveles leves e incluso con algún nivel moderado, puede

llevar a cabo una función que beneficie al individuo (Sue, 1996), más si como resultado produce un estado de alerta que incluso puede mejorar su desempeño.

La peculiaridad más importante de la ansiedad, es su naturaleza anticipatoria, lo que quiere decir, que tiene una capacidad de predecir el peligro, para posteriormente atribuirle una función importante (Sandín y Chorot, 1995); agregado a ello, cumple como función de activar y facilitar la capacidad de reacción del individuo, originando todo un mecanismo de tipo biológico, que va a proteger y preservar al sujeto ante los posibles daños (Miguel-Tobal, 1990).

La ansiedad es un concepto que ha sido abordado a lo largo del tiempo, en diferentes épocas y bajo diversos enfoques; pues es, una realidad universal del individuo; a continuación, se proporcionará una visión general de los distintos conceptos frente a la ansiedad.

2.1.1. Definiciones

Spielberger et al. (1972) quienes precisan que la ansiedad es la respuesta emocional, que se produce por alguna amenaza o temor que no es específica, la cual tiene primordialmente como característica una experiencia subjetiva de preocupación o temor, que puede venir junto o no de activación fisiológica.

Spielberger (1975) define la ansiedad como una reacción emocional nada agradable que sucede cuando un estímulo externo, el cual es percibido como amenaza o situación amenazante por el sujeto, llega a producirle cambios fisiológicos y conductuales; además, de sentimientos de intranquilidad, tensión y aprensión. La ansiedad es una reacción o respuesta emocional en la que incluye sentimientos subjetivos tales como: la tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación, así como una activación acelerada del sistema nervioso autónomo.

Lazarus (1976) considera a la ansiedad como una relación entre el sujeto y su entorno, de forma particular, dicho entorno es valorado como amenazante o que desborda sus propios recursos, por lo que, su bienestar se torna peligroso.

Beck, Emery & Grenberg (1985) la define como un estado emocional subjetivamente desagradable caracterizado por sentimientos molestos tales como tensión o nerviosismo, y síntomas fisiológicos como palpitaciones cardiacas, temblor, náuseas y vértigo.

Miguel-Tobal (1990) el cual precisa que la ansiedad es una reacción o patrón de respuesta emocional que se produce ante la percepción de un hecho amenazante; esta respuesta envuelve tres aspectos: cognitivos tales como tensión, temor, displacencia, etc; fisiológicos, como la activación del sistema nervioso, y aspectos motores. Así mismo, la respuesta de ansiedad puede ser provocada por estímulos de origen interno, tales como ideas o pensamientos, etc. o de origen externo, como situaciones que puede atravesar; los cuales el individuo percibe como peligrosa o amenazante.

Prada (1994) considera que la ansiedad es una emoción desagradable, que se origina cuando el individuo se anticipa al peligro o frustración en donde considera su seguridad o vida amenazada; así mismo, es contemplada como un fenómeno humano natural que debe considerarse patológico solamente cuando afecta la salud general o la autoeficacia de una persona.

Carpenito (1995) sostiene que la ansiedad está relacionada a un factor de estrés, y es una condición en la cual el sujeto experimenta una sensación de inquietud y temor, ante lo cual hay una activación del sistema nerviosos autónomo, todo ello se produce como una respuesta ante una amenaza imprecisa o no específica.

Papalia y Wendkos (1998) determina que la ansiedad es provocada por una amenaza anticipada, y se torna en un estado de miedo o de una incertidumbre atemorizante, dicha condición viene asociada a sintomatología física y psicológica.

Para Ellis (2000) la ansiedad es como “un conjunto de sensaciones molestas y tendencias a la acción que le permiten darse cuenta de que ocurren o pueden ocurrir hechos desagradables, que avisa que tendría que hacer algo al respecto”. (p. 27). Por ejemplo, al sentir

el peligro de ser atacados tenemos amplias posibilidades de actuar, tales como: Correr, ponernos a resguardo, pedir auxilio, etc.; de modo tal, que la ansiedad se convierte en un mecanismo de sobrevivencia.

Cano-Vindel y Miguel-Tobal, (2001) sostienen que la ansiedad como reacción o respuesta puede ser provocada por circunstancias o estímulos del exterior, así como estímulos internos, tales como las creencias o pensamientos, etc., estos mismos son percibidos por el individuo como un acontecimiento amenazante.

Barlow, 2002 (citado por Clark y Beck 2012) el cual refiere que la ansiedad es una emoción que se orienta al futuro, y tiene como característica la sensación y percepción de que hay falta de control y certidumbre sobre eventos potencialmente hostiles, con una rápida redirección de la atención al foco de eventos potencialmente peligrosos o su propia reacción emocional hacia ellos.

La ansiedad es un estado de tensión que viene acompañada de distintos malestares o síntomas a nivel fisiológico, y ésta es una respuesta anticipada o de antelación de una preocupación ante un evento considerado de riesgo o desgracia futura (López y Valdés, 2002).

Polaino et al. (2003) quienes consideran como una vivencia de amenaza a la ansiedad, porque el individuo percibe en peligro su propia integridad. Es también considerada como una compleja respuesta ante alguna clase de temor, la cual se traducirá en una serie de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas.

Consuegra (2004) la ansiedad es una sensación de impotencia y de insuficiencia para hacer frente a eventos amenazantes, caracterizado por estrés físico predominante. Según Consuegra, el individuo puede sentir ansiedad ante cualquier amenaza que perciba, ya sea real, desagradable psicológicamente o incluso irreal. Se puede expresar a través de tres canales: fisiológico como mareos, sudoración, etc., perceptivo (ideas o pensamientos) y de locomoción (acciones de huida).

González (1993) la conceptualiza la ansiedad, como un:

(...) modelo complejo y variable de conductas, desarrolladas por el ser humano ante situaciones de amenaza o de peligro a la propia integridad física o a la autoestima, en el que quedan incluidas tanto respuestas objetivas, motoras y fisiológicas, como estados emotivos y subjetivo-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego. (p. 17)

Morán (2004) plantea que la ansiedad tiene como objetivo principal el de la supervivencia del individuo, ésta genera una sensación de miedo, el cual es considerada una emoción básica del hombre. Por lo mismo, manifiesta, que el ser humano experimenta prácticamente las mismas sensaciones o alteraciones a nivel fisiológico que el miedo cuando sienten ansiedad. Morán define al miedo como una respuesta ante una experiencia real o amenazante, en cambio la ansiedad es el miedo sin alguna causa aparente.

Contreras et al. (2005) menciona como punto de partida la valoración cognitiva que el sujeto realiza acerca de la situación que considera es amenazante, por lo que determina que la ansiedad es un estado emocional desagradable asociado a pensamientos negativos (Lazarus y Folkman, 1986). Dicha evaluación, por un lado, aparece como producto de la negociación entre las necesidades y los recursos del entorno, por otro lado, de las ideas o creencias, objetivos y prioridades del individuo, lo que conlleva a una respuesta emocional, y la intensidad de dicha respuesta va a depender de como perciba esta amenaza a su propia seguridad o estabilidad (Moscoso y Oblitas, 1994).

Ventura (2009) conceptualiza a la ansiedad como una respuesta provocada por un evento amenazante, dicha respuesta se expresa como una sensación de temor difusa, imprecisa y poco agradable, y se manifiesta mediante síntomas autonómicos, entre ellos cefalea, palpitaciones, presión del pecho, etc. Mejor explicado, como un estado de inquietud desagradable o agitación, que se caracteriza por la existencia de una anticipación al peligro, lo

cual genera un conjunto de síntomas tanto psíquicos como fisiológicos, mostrando una respuesta de sobresalto y por consiguiente el sujeto trata de encontrar solución a la amenaza.

La ansiedad se manifiesta en intensidad leve o moderada, y hasta algunos casos en forma grave; cabe resaltar que la ansiedad es experimentada por todos los sujetos en distintos momentos de su vida (Gutiérrez, 2006).

Hernández (2007) conceptualiza a la ansiedad como un sentimiento de aprensión vago, confuso y desagradable, que tiene como característica sensaciones de inseguridad, indefensión y agitación fisiológica, así mismo considera que es una reacción normal frente a un evento que el individuo valora como peligroso.

Los trastornos de ansiedad vienen a ser un conjunto de malestares identificados por un sin número de sensaciones como la preocupación, sensación de miedo o temor muchas veces injustificado, tensión muscular o una activación que genera una significativa molestia o una disminución clínica de la actividad de la persona (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Sentir algún grado de ansiedad llega a ser incluso deseable, ya que nos brinda herramientas adecuadas para el manejo de exigencias diarias, sin embargo, cuando estos niveles de ansiedad sobrepasan la capacidad de adaptación del sujeto, podemos hablar de una ansiedad patológica, produciéndose malestar y síntomas a nivel físico, conductual y psicológico (Bulbena et al., 2008).

Cano (2011) nos hace mención que la ansiedad se refiere a la reacción de tipo emocional que surge a raíz de situaciones amenazantes, de un resultado inseguro o ambiguo, y que nos dirige a actuar frente a ellas o lo que sería ante un hecho futuro, en donde se activan tres niveles: la mente, el cuerpo y la conducta. Así mismo, considera a la ansiedad como una forma adaptativa de reacción, sin embargo, éste generalmente suele ser una experiencia desagradable, por lo que nuestro sistema de alerta se activa ante la posibilidad de atravesar un evento que

resulta ser negativo, denominado amenaza. Por lo que prepara al individuo para dar una respuesta adecuada ante dicha situación amenazante.

Reuniendo las definiciones presentadas, cabe concluir que la ansiedad es valorada como una respuesta emocional, que al verse el individuo frente a hechos o situaciones que considera de riesgo o peligrosas, conlleva a desarrollar y a originar cambios en su organismo a nivel, físico, fisiológico y motor.

En el presente trabajo adoptaremos la definición de ansiedad planteada por Spielberger, quien al describir la ansiedad destaca la importancia de diferenciarla teniendo en cuenta dos aspectos; Ansiedad estado (estado emocional temporal) y Ansiedad rasgo (rasgo relativamente durable).

2.1.2. Dimensiones de la ansiedad

Armayones (2007) menciona que la ansiedad consta de tres dimensiones, las cuales son:

A. Dimensión cognitiva. Se puede decir que esta dimensión está relacionada con la experiencia intrínseca del sujeto, percepción y valoración subjetiva de los estímulos y estados que están relacionados con la ansiedad.

Para González – Vigil (2008) la dimensión a nivel subjetivo está conformado por una serie de procesos cognitivos implicados en las respuestas emocionales ante determinados estados ambientales y cambios fisiológicos. Esto incluye todos aquellos pensamientos o imágenes que el individuo interprete como amenazantes en base a su percepción subjetiva. Así mismo la experiencia que se obtiene suele ser desagradable a nivel emocional, en donde se experimenta miedo, aprensión, pensamientos intrusivos, etc.

B. Dimensión fisiológica. Esta dimensión se encuentra relacionada con el funcionamiento de nuestro organismo, González – Vigil (2008) refiere que, debido a la

presencia de ciertos estados emocionales, el sistema nervioso central atraviesa determinados cambios a nivel fisiológico, así mismo en presencia de ansiedad dichos cambios también se dan como resultado de que el sistema nervioso simpático autónomo se encuentra activo. Izard (1991) explica que dicha emoción está ligada al sistema nervioso somático, quien es el encargado de controlar las funciones voluntarias, y por consiguiente se da la activación del sistema nervioso autónomo, responsable de las acciones involuntarias, tales como el ritmo cardíaco, sudoración, etc.

Sandín y Chorot (1995) sostienen que la ansiedad en este nivel, viene acompañada permanentemente de cambios y movilización fisiológica de tipo externo, tales como dilatación pupilar, tensión muscular, sudoración, entre otros; de activación interna, como incremento del ritmo cardíaco, salivación, etc., y por último acciones involuntarias (vómitos, desmayos, etc.).

C. Dimensión motriz. Se refiere a aquellas manifestaciones de la conducta que son observables, pueden ser desde expresiones faciales (tensión en el rostro) y/o corporales (inquietud motora, movimientos repetitivos, etc.), tendencia al llanto hasta respuestas de escape o evitación. Existen algunas situaciones o estímulos del entorno que originan estas respuestas, así como también estímulos internos propios del sujeto como son sus creencias, pensamientos, expectativas, etc., las cuales son valoradas por el individuo como eventos que le resultan amenazantes (González – Vigil, 2008).

2.1.3. Enfoques teóricos etiológicos de la ansiedad.

Junto a la importancia de estudiar la ansiedad, se han desarrollado diversas teorías para intentar explicar cómo se manifiesta en las personas. A continuación, se hará una breve descripción de las diversas teorías que han abordado el concepto de ansiedad a lo largo de la historia.

A. La ansiedad es originada por una activación en el sistema nervioso. Esto conduce a síntomas periféricos del sistema nervioso autónomo (debido al aumento de la actividad simpática) y también del sistema endocrino (incluidas las hormonas suprarrenales), que se manifiesta como ansiedad. Por otro lado, quienes se encargarán de la manifestación de los síntomas psicológicos de la ansiedad son el sistema límbico y la corteza cerebral (Virues, 2005).

B. Enfoque teórico Psicodinámico. Según Dominic (2003) debido a una ineficaz descarga de la libido, se genera la ansiedad, es decir, que se origina cuando ante una solicitud del ello que es considerado no aceptable para el yo, se produce una señal de alerta y de esta forma será reprimida. Su fuente, por lo tanto, es el conflicto intrínseco entre los impulsos instintivos del individuo y el comportamiento que considera socialmente aceptable y normal.

La teoría psicoanalítica propone que la ansiedad con la que lucha el individuo neurótico es producto del encuentro entre una motivación inaceptable y una reacción creada por su yo. La ansiedad es como un estado afectivo desagradable, según Freud, en cual se manifiestan distintos fenómenos tales como pensamientos poco agradables, aprensión y cambios a nivel del sistema nervioso autónomo (Sierra et al., 2003).

C. Enfoque teórico Cognitivista. Según Sierra et al. (2003) las variables cognitivas toman un rol importante en la psicología, después de la década de los sesenta. Bajo este enfoque sostienen que cuando el sujeto percibe, evalúa, valora una situación y posteriormente interprete ello como amenazante, es en donde comenzará una reacción de ansiedad, así mismo se evitan aquellas situaciones que originan mayor reacción de ansiedad, sin embargo, aún en su ausencia, la proyección mental de dicha situación, también produce ansiedad. Los autores explican, que toda reacción se genera producto de la interpretación o significado propio que el individuo le

atribuye a la situación, y algunas veces no pueden manejar voluntariamente dicha reacción, aun cuando el sujeto reconoce que no es una situación objetiva de amenaza.

Lazarus y Averill (1972, citado en Pardo, 2010), se enfocaron en la percepción del individuo, y propusieron que dicha apreciación de la amenaza, es fundamental para la comprensión de la ansiedad. así mismo, dichos autores, sostienen que esta amenaza hacia sí mismo, es simbólica, y tiene un carácter anticipatorio, por lo que la evaluación individual es clave.

Los pensamientos, ideas e imágenes asociados a la ansiedad, que revelan el eje cognitivo del sujeto, giran alrededor de una posible amenaza o al peligro de una situación determinada, muchas veces esto es de forma automática, por lo que el individuo le dificulta controlarlo (Dominic, 2003).

D. Enfoque teórico Conductista. Mejía (2011), refiere que a lo largo de nuestras vidas adoptamos conductas que son aprendidas, y que éstas se asocian a estímulos tanto favorables como desfavorables, para ser mantenidas a lo largo del tiempo. El individuo aprendió erróneamente a asociar estímulos que en un inicio fueron neutros, con situaciones peligrosas o traumáticas, es así que la ansiedad es la consecuencia de un condicionamiento, así mismo en cada evento en el cual se está en contacto con dicho estímulo, se activará la ansiedad relacionada con la amenaza.

La ansiedad se asocia a una serie de estímulos condicionados, así como incondicionados, además se considera a ésta como un estímulo discriminatorio, considerando que la conducta ansiosa deriva de una relación funcional con un refuerzo previamente adquirido. Todo esto indica que el escenario en el que se aprende la conducta de ansiedad puede entenderse a través del aprendizaje observacional y el proceso de modelado (Dominic, 2003).

2.1.4. Teorías generales de la ansiedad

A. Teoría tridimensional de la ansiedad de Peter Lang. Martínez-Monteagudo et al. (2012), acerca de la Teoría Tridimensional de Lang sostiene que la ansiedad se contempla en un sistema triple de respuesta, por lo que su conducta se manifiesta en tres canales de respuesta: cognitivo, motor y fisiológico. Los tres componentes o sistemas -enmarcados en diferentes estándares- dan lugar a diferentes perfiles de respuesta, que habrá que evaluar por separado para luego seleccionar el plan de tratamiento más adecuado.

Esta teoría, cambia la idea del concepto unitario atribuido a la ansiedad, y plantea que dicho constructo se expresa en una serie de respuestas de tres componentes. (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001).

La teoría tridimensional ha tenido un gran número de implicaciones en el campo clínico, tanto en la naturaleza de los trastornos de ansiedad como en la evaluación o diagnóstico y tratamiento (Viedma, 2008).

Barlow, 2002 (citado en Martínez-Monteagudo et al., 2012) tradicionalmente conceptualiza cada sistema de la siguiente manera:

El sistema cognitivo, basado en la experiencia interna, es el componente emocional, el cual integra experiencias de miedo, obsesión, preocupación, etc. Incluye pensamientos o imágenes específicas, como anticipaciones catastrofistas de un problema. Señala que es el componente elemental de la ansiedad.

El sistema fisiológico, está asociada a los cambios en la actividad del sistema nervioso autónomo, como consecuencia de este incremento de actividad se manifiestan una serie de cambios a nivel cardiovascular, sudoración. Dilatación pupilar, frecuencia respiratoria, etc.

El sistema motor, debido a cambios en los dos sistemas anteriores, es que se originan cambios en la respuesta motora, ello incluye respuestas observables tales como inquietud motora, tics, expresión facial, etc., así como también conductas de escape o evitación.

B. Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo. Casado (1994) refiere que la diferencia entre la ansiedad estado y la ansiedad rasgo, es considerado un aporte significativo para comprender la ansiedad, de los primeros autores en realizar esta diferenciación fueron }ll y Scheier en 1961, que bajo un enfoque de tipo psicométrico y factorial, sostienen en su teoría al definir ansiedad-Rasgo, como una disposición interna que posee un individuo al momento de reaccionar con ansiedad, ello independiente de la situación a la que se enfrenta, es decir, se centra en las diferencias individuales, estables relativamente referidos a cuan predispuesto está a la ansiedad; bajo esta perspectiva la ansiedad sería un factor de personalidad. Dicho ello, esta primera teoría tuvo repercusión para la posterior teoría de mayor difusión realizada por Spielberger.

Del mismo modo, bajo la misma línea Spielberger et al. (1972), propuso establecer el estado afectivo de la persona como la ansiedad estado, y con respecto a la dimensión de la personalidad, a la ansiedad rasgo; dando lugar a su Teoría de la Ansiedad Estado Rasgo, el cual sostiene que, al tratar la ansiedad como un estado emocional, se basa en respuestas inmediatas y variables; donde hay una mezcla de sentimientos como estrés, aprensión y ansiedad. Desde otro ángulo, al estudiar la ansiedad como un rasgo de personalidad, se refiere a diferencias individuales en las respuestas que pueden considerarse permanentes; entender esto como una tendencia, inclinación o rasgo.

Es posible exhibir altos niveles de ansiedad rasgo, por lo tanto, las personas perciben una gran cantidad de eventos como amenazantes; mientras que los altos niveles de ansiedad estado se entienden como situaciones desagradables; que provocará en el individuo la creación de estrategias de afrontamiento.

2.1.5. Manifestaciones Sintomatológicas

El organismo del ser humano responde con diferentes cambios ante situaciones que provocan estrés, tales como sensación de ahogo, palpitaciones, malestar estomacal, dificultad para respirar, etc. Los eventos de ansiedad pueden ser constantes e incluso normales, en algunas personas, esto quiere decir que se adaptan a las situaciones y sirven para sobrellevar determinados eventos que puedan presentarse (Ángeles, 2020).

Baeza et al. (2008) sostienen que la sintomatología de la ansiedad es muy variada y los clasifican en distintos grupos:

Síntomas Físicos: Aumento de la frecuencia cardíaca, palpitaciones, dificultad para respirar, temblores, sudoración, náuseas, vómitos, sensación de mareo e inestabilidad, calambres estomacales, fatiga, sensación de congestión en la garganta, rigidez, tensión muscular. Así mismo, si es alta la activación a nivel neurofisiológico, puede provocar alteración en el la alimentación, sueño y respuesta sexual.

Síntomas Psicológicos: sensación de peligro, deseo de escapar, inseguridad, sentimiento de vacío, sensación de extrañeza, miedo a perder el control, celos, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. Puede surgir temor a la muerte o al suicidio, en los casos más extremos.

Síntomas conductuales: Estos síntomas van acompañados de cambios en la expresión y el lenguaje corporal: como postura cerrada y rígida, movimientos torpes de manos o brazos, cambios en tonalidad de voz, expresiones faciales de sospecha o asombro, etc. Así mismo, hipervigilancia, retraimiento, obstrucción, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, movimiento inquieto, dificultad para estar de pie y descansar.

Síntomas Intelectuales o cognitivos: Rumiación, pensamientos intrusivos y distorsionados, sentimientos de confusión, sobreestimación de pequeños detalles desagradables, abuso de la prevención y la sospecha, interpretación inadecuada, etc;

dificultades con la memoria, la atención, y concentración, aumento de la distracción e imprudencia, expectativas negativas y preocupaciones excesivas.

Sociales: Hostilidad, aislamiento, irritabilidad, dificultades para mantener una conversación o iniciarla, así como también en otros casos, puede presentarse verborrea, ante las preguntas presenta bloqueos o mente en blanco, presenta problemas para expresar opiniones o defender sus derechos, por lo que teme excesivamente posibles discusiones.

Cada sujeto, según su predisposición genética o psicológica se muestra más vulnerable de presentar estos síntomas, por lo que varía en cada persona, así como la intensidad de los mismos (Baeza et al., 2008).

Yauri (2018, p. 43) mencionaba a Sarason, I. y Sarason, B. (2006), sostienen que las personas que presentan niveles altos de ansiedad, presentan la siguiente sintomatología: inquietud, nerviosismo, cansancio, palpitaciones, micción frecuente, desmayos, sudoración, insomnio, dificultad para respirar y para concentrarse, hipervigilancia. Así como también manifiestan las siguientes autodescripciones: “A menudo me molestan los latidos de mi corazón”, “Pequeñas molestias me ponen incómoda y tensa”, “A menudo tengo miedo sin razón”, “Estoy constantemente ansiosa y deprimida”, “A menudo tengo periodos de absoluto agotamiento y fatiga”, “Me cuesta tomar decisiones”, “Parece que siempre tengo miedo de algo”, “Siempre me siento nervioso”, “A menudo pienso que no puedo superar mis dificultades”, “Me siento estresado constantemente”.

2.1.5.1. La ansiedad normal y La ansiedad como patología. A menudo se considera que la ansiedad es una respuesta normal, que puede ser desencadenada por una situación verdaderamente peligrosa, que generalmente desaparece después de que la situación peligrosa ya no está presente. Cuando esta sensación de peligro o riesgo es desproporcionada y no

desaparece, aunque no haya una sensación evidente de peligro, es cuando deja de ser una ansiedad normal y se convierte en una ansiedad patológica (González, 2008).

Méndez et al. (2001) sostiene que la ansiedad como patología muchas veces se presenta de forma injustificada y desproporcionada con la situación actual. Suele no existir un estímulo o riesgo real para el individuo, por lo que presentan una percepción de una amenaza que no es real, o suelen surgir luego de hechos que no son lo suficientemente trascendentes para manifestar psicológica y fisiológicamente todos los síntomas de ansiedad ante verdadero peligro. Debido a estos sentimientos irracionales de peligro, puede provocar comportamientos desadaptativos en el sujeto.

Cualquier sujeto puede experimentar ansiedad, también es importante tener en cuenta que los períodos de ansiedad intensa pueden tener consecuencias patológicas, con el potencial de afectar las áreas cognitivas, lo que lleva a problemas con la salud mental, el rendimiento intelectual, la salud física y la salud mental (Baeza et al., 2008).

Algunas personas pueden ser más sensibles que otras, porque estas emociones las experimentamos todos, debido a que es exactamente un tipo de reacción ante una situación estresante (Latorre, 2009).

2.1.6. Ansiedad estado y Ansiedad rasgo

Gutiérrez (2006), conceptualiza a la ansiedad rasgo como las tendencias que se dan de forma frecuente, estables y de manera consistente en el comportamiento. Esto significa que un individuo puede exhibir un cierto rasgo y tender a comportarse de igual forma en distintos momentos (estable) y ante diversos escenarios (consistente). Por otro lado, el producto de la interacción entre situación y rasgo, es la ansiedad estado, y ésta hace referencia a la forma en que un individuo se encuentra en un momento determinado, es decir, entre la predisposición basado en los elementos constitutivos y las características de la situación.

A. Ansiedad Rasgo. Spielberger et al. (1972), citado por Perpiñá, (2012), crearon su propio modelo en base a múltiples factores, incluyendo desde aspectos de la personalidad hasta los de propensión situacional. La ansiedad, según su modelo, está conformada por dos factores. El primer factor, está ligado a la personalidad teniendo en cuenta diferencias personales, que respectivamente son estables, en respuesta a situaciones que fueron percibidas como amenazantes con un aumento de la ansiedad. Dicho factor, Ansiedad Rasgo, está determinado por una predisposición a percibir algunos eventos como situaciones más amenazantes, esto puede presentarse durante periodos largos o prolongados, en cualquier clase de situación, agregado a ello, generalmente, una personalidad neurótica lo acompaña. Por último, es importante, tener en cuenta los factores tanto biológicos como aprendidos, por ende, varía el rasgo de ansiedad entre cada individuo, por lo que, ante varias situaciones, algunos sujetos pueden presentar ansiedad al percibirlos como peligrosos, en cambio otras personas le pueden restar importancia.

La ansiedad se puede definir como rasgo, cuando ésta es manifestada como una reacción o respuesta de tipo emocional crónica, en donde hay una relativa predisposición a la ansiedad y una marcada tendencia a percibir ciertos eventos como amenazantes o peligrosos. (Spielberger, 1979; Bermúdez, 1986).

Directamente en la conducta, no se manifiesta la ansiedad rasgo, sin embargo, si sucede con la ansiedad estado; por lo tanto, cabe resaltar, que será deducida a partir de la observación de la frecuencia de los cambios e incrementos en el estado de ansiedad del individuo (Ries et al., 2012).

Frente a un evento que el sujeto percibe como amenazante, y éste manifiesta una tendencia estable de reacción ansiosa, es que estamos hablando de ansiedad rasgo, la cual es entendida como característica de la personalidad; lo que no sucede con el estrés, que se refiere a un desequilibrio subjetivo provocado por las exigencias del entorno que recibe el individuo

y que sobrepasa sus propios recursos, en la relación particular que el individuo tiene con el medio (Spielberger et al., 1972).

Baeza et al. (2008) sostienen que el rasgo de ansiedad, es la tendencia del sujeto a responder de forma ansiosa, que con el pasar del tiempo y ante distintos eventos va a mantenerse de manera estable y es considerado como parte de su personalidad, es decir que las personas van a estar predispuestas a percibir numerosas situaciones como peligrosas y posteriormente manifestaran intensas respuestas de ansiedad. Así mismo, subestiman sus propios recursos, dando paso a la sobrevaloración de la amenaza, necesitando muestras o señales que les proporcione seguridad para que tomen decisiones y puedan sentir tranquilidad.

Spielberger (1980) desarrolló algunas características con respecto a este primer factor de ansiedad (Ansiedad rasgo) las cuales son:

Las personas con mayores niveles de ansiedad rasgo, estarán más predispuestas a sentir tensión y a percibir el mundo como peligroso en más situaciones que los que presentan bajos niveles de rasgo de ansiedad.

Hay presencia de estados de ansiedad más duraderos, en sujetos que expresan niveles mayores de ansiedad rasgo.

Los sujetos que presentan niveles elevados de ansiedad rasgo, pueden percibir ansiedad neurótica, por lo que pensamientos que han sido reprimidos respecto de eventos peligrosos, darán lugar a respuestas de ansiedad estado.

Generalmente predomina una escasa confianza de sí mismo, y subestimación en aquellas personas con alta ansiedad rasgo.

B. Ansiedad Estado. Para Para Loaiza y Garces (2020) el segundo factor, estado de ansiedad, se da de forma cambiante o variable, expresado por la impresión subjetiva de estrés, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, por lo que hace

referencia a un estado emocional que experimenta el individuo, que cambia con el tiempo y la intensidad de la emoción aumentará independientemente de la realidad peligrosa.

Spielberger (1980) con respecto al estado de ansiedad, la define como un estado emocional transitorio caracterizado por la percepción subjetiva de miedo y una fuerte activación del sistema nervioso autónomo; suscitadas por situaciones consideradas por el individuo como amenazantes, independientemente de si existe un peligro real.

Según Spielberger et al (1972) refieren que es un estado emocional que se da de forma transitoria, y éste puede variar en cuanto a su intensidad con el pasar del tiempo, así mismo esta caracterizado por cambios a nivel fisiológico, sobre todo del sistema nervioso autónomo, y también por manifestaciones de sensaciones de temor, tensión y aprehensión. La ansiedad como una respuesta, se presenta en situaciones estresantes y supone que el estado de ansiedad puede variar en intensidad dependiendo de la personalidad de cada individuo de apreciar el estrés.

Para Baeza et al. (2008) consideran que cuando el individuo percibe circunstancias como amenazantes, el nivel de ansiedad estado debería ser alto, y presentar nivel bajo, en situaciones que no son peligrosas o no sean percibidas como tal. Es en este estado en donde se considera a la persona como ansiosa.

Para Ansorena et al. (1983) citado por Yauri (2018, p. 42), proponen tres aspectos que están en función de la duración e intensidad del estado de ansiedad, y son: percepción de la amenaza, constancia de la estimulación y vivencia previa en situaciones similares.

Ries et al. (2012) sostienen que el individuo experimenta ansiedad en ciertas situaciones, sin embargo, en otras no, esto lo explican en tal sentido de que la ansiedad estado varía, tanto entre los sujetos, así como de forma individual, debido a que el nivel de ansiedad es distinto antes una misma situación.

Spielberger (1980) refiere que el estado de ansiedad presenta ciertas características, las cuales son:

La ansiedad estado hace referencia a una ansiedad actual, en determinado momento, que es producto de una reacción que el sujeto presenta ante un evento específico.

El estado de ansiedad manifiesta intensidad y duración que son variables, y cambian a lo largo del tiempo según la interpretación individual de la persona al valorar una situación como peligrosa.

Y, por último, hay una relación directa entre la ansiedad estado y ansiedad rasgo que el individuo presente, del mismo modo la existencia de una predisposición de presentar ansiedad rasgo, conlleva a que el sujeto tienda a reaccionar con ansiedad ante mayores situaciones que aquellos que no poseen esa predisposición.

2.2. Infertilidad

En el mundo, las parejas que se encuentran en edad reproductiva son afectadas en alrededor de un 15 % por problemas de infertilidad (Llavona, 2008; Moreno, 2008).

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) conceptualiza a la infertilidad como una enfermedad del aparato reproductivo caracterizado por la incapacidad clínica de lograr la gestación después de 12 meses o más de relaciones sexuales regulares sin emplear métodos de protección.

Para la Asociación americana de Fertilidad, citado en Tame (2007) sostienen que la infertilidad es considerada una incapacidad para conseguir el embarazo teniendo relaciones coitales regulares sin anticoncepción, por más de un año; para las mujeres que sobrepasan la edad de 35 años se les estima como tiempo 6 meses. Así mismo, le agregaron a este concepto, la incapacidad de poder concebir y lograr el nacimiento de un ser con vida.

La infertilidad, para Lombardía y Fernández (2007) se define como “la incapacidad de una pareja para concebir tras un año de relaciones regulares no protegidas” (p. 125).

2.2.1. Tipos de Infertilidad

A. Infertilidad Primaria. Se define como la incapacidad que tiene la pareja para conseguir un embarazo, luego de un año o más de mantener relaciones sexuales de manera regular y sin hacer uso de anticonceptivos, o también se le considera a la incapacidad que posee la mujer de poder lograr un embarazo a término, así como de presentar alteraciones a nivel funcional y/o del aparato reproductor, cabe resaltar que también puede ser el hombre quien presente dicha alteración a nivel del líquido seminal. (Albarracín, 2018)

B. Infertilidad Secundaria, Se refiere a que aquella en donde se ha logrado la concepción con éxito, y posteriormente llegar a término uno o más embarazos; sin embargo, en el presente la mujer presenta incapacidad para lograr la concepción o culminar un embarazo, sea esto debido a alteración funcional o del sistema reproductor de la mujer o alteración del líquido seminal por parte del hombre. (Baculima, 2016).

2.2.2. Causas de la Infertilidad

Se toma en cuenta a la pareja, ya que en términos generales se les califica como pareja infértil, Sin embargo, hay que tener en consideración que la etiología o causa es distinta para cada sexo.

Moreno (2008), refiere que las causas que giran en torno a la infertilidad pueden corresponder a un 35% de las condiciones biológicas del hombre, así como un 35% a 50% de la mujer, también se puede presentar en ambos miembros de la pareja (20%), y un porcentaje del 10% atribuidas a causas desconocidas.

A. Infertilidad masculina. El comienzo de las dificultades para el hombre se da en el momento en que presenta anormalidad en los exámenes de semen y se mantiene posteriormente.

Para la OMS (2003), existen causas tales como anormalidades aisladas del plasma seminal; causas inmunológicas; anormalidades congénitas; causas endocrinológicas; varicocele; daño adquirido testicular; causas iatrogénicas; oligozoospermia (disminución en la producción de semen); motilidad disminuida (astenozoospermia); teratozoospermia; así como causas idiopáticas.

B. Infertilidad Femenina. Usualmente cuando una pareja desea ser evaluada por alguna dificultad en su fertilidad, es la mujer quien es remitida primero al ginecólogo. Por lo que asiste con frecuencia a evaluación, inclusive sin su pareja; dado que sus exámenes previos son importantes para el inicio de la investigación preliminar.

La etiología en la población femenina obedece a muchos factores, los cuales abarcan anomalías genéticas; causas anatómicas como la endometriosis, daño tubárico; causas infecciosas, tales como cervicitis, vaginitis, etc.; causas de orden endocrinológico como el hipotiroidismo, síndrome de ovarios poliquísticos; disfunción ovulatoria, historial de dos o más abortos espontáneos; cáncer; obesidad; consumo en exceso de alcohol, drogas, nicotina. Así mismo la edad de la mujer es un factor de riesgo que conlleva a alteraciones importantes en la fertilidad, dado que, a mayor edad existe una reducción de su capacidad reproductiva (Jara, 2015).

Con respecto a factores psicológicos que contribuyen a la presencia de problemas en la fertilidad, algunos estudios asocian a la disminución de la función ovárica con la presencia de síntomas depresivos o antecedentes de depresión en la mujer. Así mismo la anorexia nerviosa y la amenorrea causada por estrés, también se asocian a dificultades en la infertilidad, dado que

estudios han demostrado que un suceso estresor inhibiría la función del hipotálamo. (Moreira, et al., 2005).

El crecimiento de la psicología reproductiva, ha permitido estudiar las alteraciones de tipo emocional de las parejas con infertilidad, y estas son entendidas no sólo como causa sino también como consecuencia (Antequera et al., 2008).

Por otro lado, existen factores socio culturales asociados a la presencia de la infertilidad, estos al parecer acontecen debido al sistema cultural en el que vivimos hoy, por lo mismo, las mujeres dedican parte importante de su vida al desarrollo profesional y laboral, posponiendo la maternidad y vida familiar; por lo que, la postergación del embarazo, reduce un 50% la posibilidad de quedar embarazada a los 40 años (Roa, 2012).

2.2.3. Impacto del diagnóstico

Para Barbara Eck Menning (citado en Urdapilleta, 1995), es importante considerar a la infertilidad como una crisis, porque los miembros enfrentan una situación sumamente estresante, que no tiene una solución inmediata, en donde exceden sus propios recursos personales, dado que los métodos de soluciones no son tradicionales; dicha crisis puede afectar las distintas metas en la pareja y sobre todo son cuatro las principales áreas en las que se ve afectada: a nivel individual, interpersonal, social y laboral.

Al evaluar y comprender mejor los procesos emocionales que conlleva la infertilidad, es importante entender el significado que los pacientes le dan a la parentalidad, dado que para algunos tener un hijo puede convertirse en un proyecto principal como pareja, y, por otro lado, puede significar el cumplimiento de un rol impuesto por la sociedad (Faria, 2001).

Ahora bien, el punto de partida es el momento en que se descubre la infertilidad, por lo que se ven envueltos en una crisis vital, que llevará a presentar reacciones emocionales ante su diagnóstico (Jara, 2015). Es frecuente, que se presenten expresiones emocionales tales como

aislamiento social, ansiedad, depresión, culpabilización, y dificultad a nivel de relación de pareja (Moreno y Guerra, 2007).

Al estar frente a un diagnóstico de infertilidad, la pareja queda imposibilitada de ejercer su paternidad, este evento estresante llega a ser considerado como un golpe existencial (Faria, 1990). Del mismo modo, dicho diagnóstico puede generar en ambos miembros de la pareja un desequilibrio a nivel psicológico, debido a que los efectos nocivos afectan tanto la esfera individual como social, por lo que provocaría una disminución de su calidad de vida (Faria et al., 2012). Se han identificado presencia de trastornos del ánimo, ansiedad y estrés, en los individuos que tienen infertilidad, así como en sus parejas, sin embargo, con mayor ocurrencia los estudios se han enfocado en las mujeres con infertilidad.

Así mismo, las pacientes luego de atravesar la etapa de diagnóstico, se ven enfrentadas posteriormente a las distintas etapas de tratamiento, dicha situación les genera sentimientos de pérdida, angustia, frustración, falta de control e incertidumbre; teniendo en cuenta, que también dependerá de los recursos personales psicológicos de las mismas (Lequerica, 2013).

Becker & Nachtigall (como se citó en Seger-Jacob, 2000), describen que las pacientes mujeres de su estudio refirieron que sentían miedo de que algo anduviera mal antes de buscar tratamiento y, sin excepción, serían ellas quienes tomarían la iniciativa para iniciar el tratamiento con intención de encontrar la causa de su dificultad para concebir. Es así, que durante ese tiempo todas las mujeres creen que el problema de la infertilidad recae en ellas, esto, en contraste con los pacientes varones, los cuales no cuestionan su fertilidad antes de ser evaluados. Son las mujeres quienes manifiestan que la infertilidad cambia la percepción que se tienen de sí mismas como mujeres.

A las mujeres les es difícil aceptar el formar una familia sin hijos, lo que conlleva a generar ideas obsesivas en torno a la gestación, lo que puede provocar altos niveles de ansiedad y depresión. Sumado a ello, la edad puede convertirse en un factor de estrés, porque su

capacidad reproductora va disminuyendo; también existe el grupo de pacientes que presentan abortos recurrentes, las cuales atraviesan pérdidas y duelos con frecuencia; por otro lado, tenemos el factor tiempo, no se siente igual al inicio del diagnóstico, que atravesar varios ciclos de tratamiento, las expectativas aumentan y se vivencia emociones negativas al no lograr éxito y volver a comenzar con los tratamientos, por lo que se vivencia un “carrusel de emociones” en cada lapso de tiempo (Baculima, 2016).

Aunque en la mayoría de los casos los síntomas no cumplen los criterios para establecer un diagnóstico psiquiátrico; el tiempo, el fracaso, los intentos repetidos, el incremento de la edad, las citas frecuentes con el médico, entre otros factores, pueden llevar a un aumento severo de ciertos síntomas como la ansiedad y/o la depresión (Moreno, 2008).

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

Desde el punto de vista metodológico la investigación es cuantitativa, de tipo descriptiva. Dankhe (1986) citado en Fernández et al. (2014) afirma “los estudios descriptivos pretenden detallar las características importantes de las personas, grupos, comunidad o cualquier otro fenómeno que se someta a investigación” (p. 71).

Según Kerlinger y Lee (2002) el tipo de investigación que se empleó para conseguir los objetivos planteados pertenece a la investigación de diseño no experimental, ya que no se manipuló ninguna variable; y de corte Transversal, ya que los datos fueron recogidos en un solo momento o tiempo único, buscando describir las variables. Así mismo, el estudio también es comparativo, por lo que se pretendió conocer y establecer comparaciones entre las medias de ansiedad estado y ansiedad rasgo con los datos sociodemográficos de la población (Fernández et al., 2014)

3.2. Ámbito espacial y temporal

El presente estudio se realizó en la Clínica Centro de Reproducción humana de Lima sur, Nacer. Las evaluaciones fueron realizadas entre los meses de octubre 2019 y enero del 2020.

3.3. Variables

Definición conceptual.

Ansiedad estado: es una respuesta o estado emocional transitorio frente a una situación en donde el individuo considera amenazante, lo que origina tensión y aumento de la activación del sistema nervioso autónomo (Spielberger et al., 1984)

Ansiedad rasgo: respuestas de ansiedad, de forma frecuente y relativamente estable, que tiene relación con rasgos de su personalidad, lo cual indica una propensión a la ansiedad con niveles altos de activación.

Definición operacional de la variable de investigación

Se midió a través del puntaje total y niveles obtenidos en la escala.

Tabla 1

Operacionalización de la variable

| Variable | Dimensiones | Definición operacional | ítems | medición | Instrumento |
|----------|-----------------|---|-------|--|---|
| Ansiedad | Ansiedad Estado | Se define por el puntaje alcanzado en el Inventario de Ansiedad estado-rasgo. | 1– 20 | <p>Nominal: nivel diagnostico (AE /AR) 0 – 12 ansiedad permitida (normal) 13 – 24 ansiedad baja 25 – 36 ansiedad moderada 37 – 48 ansiedad alta 48 – 60 ansiedad excesiva</p> | Cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) |
| | Ansiedad rasgo | Se define por el puntaje alcanzado en el Inventario de Ansiedad estado-rasgo. | 21-40 | <p>Ordinal Puntajes totales en cada dimensión</p> | |

VARIABLES DE CONTROL

- ✓ **Edad:** 30 – 34 años; 35 – 39 años; 40 – 44 años; 45 – 49 años; 50 – 54 años.
- ✓ **Nivel de estudios:** Secundaria completa; Estudios técnicos completos: estudios técnicos incompletos; estudios universitarios completo; estudios universitarios incompleto; Doctorado incompleto; Doctorado completo.
- ✓ **Lugar de procedencia:** Lima Metropolitana – Provincia.

- ✓ **Número de gestación:** 0, 1, 2, 3, 4
- ✓ **Número de hijos:** 0, 1, 2
- ✓ **Tiempo de diagnóstico:** Menos de un año; 1 – 5 años; 6 – 10años; más de 11 años
- ✓ **Tiempo de tratamiento:** Menos de un mes; 1 a 6 meses; 7 a 12 meses; 13 – 24 meses; 25 – 36 meses; 37 – 48 meses; 49 – 60 meses; más de 61 meses.

3.4. Población y muestra.

Población

La población estuvo conformada por 580 pacientes mujeres que asisten a la clínica Centro de Reproducción humana Nacer, de Lima sur.

Muestra

Para fines de esta investigación las participantes fueron 104 pacientes mujeres, seleccionadas a través del muestreo no probabilístico accidental que consistió en ubicar una muestra de la población que estuvo disponible, al alcance y dispuestos a participar. Se consideró como criterios de inclusión a mujeres que deseaban concebir y tener un hijo. Se excluyó a aquellos que no deseaban ser parte del estudio.

Características de la muestra

En la tabla 2 se distribuye la muestra por grupos etarios, donde se puede observar que el 10,6% se encuentra entre los 30 y 34 años; el 26,9% se encuentra entre los 35 y 39 años; el 40,4% se encuentra entre los 40 y 44 años; el 17,3% se encuentra entre los 45 y 49 años y el 4,8% se encuentra entre los 50 y 54 años.

Tabla 2*Distribución de la muestra por grupos etarios*

| Grupo Etario | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| 30 - 34 años | 11 | 10,6 |
| 35 - 39 años | 28 | 26,9 |
| 40 - 44 años | 42 | 40,4 |
| 45 - 49 años | 18 | 17,3 |
| 50 - 54 años | 5 | 4,8 |
| Total | 104 | 100,0 |

En la tabla 3 se distribuye la muestra según nivel de estudios, donde se puede observar que el 8,7% tiene 5to de secundaria; el 11,5% tiene estudios técnicos completos; el 3,8% cuenta con estudios técnicos incompletos; el 62,5% cuenta con estudios universitarios completos; el 3,8% cuenta con estudios universitarios incompletos y el 9,6% cuenta con estudios de post grado.

Tabla 3*Distribución de la muestra por nivel de estudios*

| Nivel de estudios | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------|------------|------------|
| 5to de secundaria | 9 | 8,7 |
| Est. técnico completo | 12 | 11,5 |
| Est. técnico incompleto | 4 | 3,8 |
| Est. universitario completo | 65 | 62,5 |
| Est. universitario incompleto | 4 | 3,8 |
| Est. post grado completo | 10 | 9,6 |
| Total | 104 | 100,0 |

En la tabla 4 se distribuye la muestra por lugar de procedencia, donde se puede ver que el 69.2% de la muestra procede de lima metropolitana; el 6,7% de la muestra procede de provincias de lima y el 24% de la muestra procede de otras regiones.

Tabla 4

Distribución por lugar de procedencia

| Lugar de procedencia | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------|------------|------------|
| Lima Metropolitana | 72 | 69,2 |
| Provincias de Lima | 7 | 6,7 |
| Otras regiones | 25 | 24,0 |
| Total | 104 | 100,0 |

En la tabla 5 se distribuye la muestra según el número de gestaciones, donde podemos observar que el 58,7% de la muestra ha tenido 0 gestaciones; el 19,2% de la muestra ha tenido 1 gestación; el 8,7% de la muestra ha tenido 2 gestaciones; el 9,6% de la muestra ha tenido 3 gestaciones y el 3.8% de la muestra ha tenido 4 gestaciones.

Tabla 5

Distribución por número de gestaciones

| Número de gestaciones | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| 0 | 61 | 58,7 |
| 1 | 20 | 19,2 |
| 2 | 9 | 8,7 |
| 3 | 10 | 9,6 |
| 4 | 4 | 3,8 |
| Total | 104 | 100,0 |

En la tabla 6 se distribuye la muestra según el número de hijos, donde el 81,7% no ha tenido hijos (0); el 11,5% ha tenido 1 hijo y el 6,7% ha tenido 2 hijos.

Tabla 6

Distribución por número de hijos

| Número de hijos | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|------------|------------|
| 0 | 85 | 81,7 |
| 1 | 12 | 11,5 |
| 2 | 7 | 6,7 |
| Total | 104 | 100,0 |

En la tabla 7 se muestra la distribución por tiempo de diagnóstico, donde el 29,8% de la muestra tiene un tiempo entre 0 y 12 meses; el 33,7% tiene un tiempo de diagnóstico entre 13 y 36 meses; el 23,1% de la muestra tiene un tiempo de diagnóstico tiene un tiempo entre 37 y 60 meses; el 6,7% de la muestra tiene un tiempo entre 61 y 96 meses y el 6,7% de la muestra tiene un tiempo de diagnóstico mayor a 96 meses.

Tabla 7

Distribución por tiempo de diagnóstico

| Tiempo de diagnóstico | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| < de 12 meses | 31 | 29,8 |
| 13 - 36 meses | 35 | 33,7 |
| 37 - 60 meses | 24 | 23,1 |
| 61 - 96 meses | 7 | 6,7 |
| >de 96 meses | 7 | 6,7 |
| Total | 104 | 100,0 |

En la tabla 8 se distribuye la muestra por el tiempo de tratamiento, donde el 29,8% de la muestra tiene un tiempo de tratamiento de 0 a 6 meses; el 31,7% de la muestra tiene un tiempo de tratamiento de 7 a 12 meses; el 18,3% tiene un tiempo de tratamiento de 13 a 24 meses; el 11,5% tiene un tiempo de tratamiento de 25 a 36 meses; el 6,7% tiene un tiempo de tratamiento de 37 a 48 meses y el 1,9% tiene un tiempo de tratamiento mayor a 61 meses.

Tabla 8

Distribución por tiempo de tratamiento

| Tiempo de Tratamiento | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| < de 6 meses | 31 | 29,8 |
| 7 - 12 meses | 33 | 31,7 |
| 13 - 24 meses | 19 | 18,3 |
| 25 - 36 meses | 12 | 11,5 |
| 37 - 48 meses | 7 | 6,7 |
| > de 61 meses | 2 | 1,9 |
| Total | 104 | 100,0 |

3.5. Instrumento

El cuestionario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la cual es la versión en español del STAI (State Trait-Anxiety Inventory) fue traducido al español y publicada por Charles Spielberger y Rogelio Díaz Guerrero en 1975, en México; contaron con la colaboración de psicólogos de Latinoamérica, incluido el Perú. El objetivo del IDARE es evaluar el nivel actual de ansiedad y la propensión a la ansiedad de forma estable. En cuanto a la estructura, la prueba está compuesta por dos escalas separadas para su autoadministración: Escala 1: Ansiedad Estado (E); Escala 2: Ansiedad Rasgo (R).

El IDARE puede ser aplicado a adolescentes y adultos, que cuentan con un nivel cultural mínimo que les permita comprender las instrucciones del cuestionario. La prueba consta de 40 ítems, con escala tipo Likert para las respuestas. La administración puede ser individual y colectiva, con un tiempo de 20 minutos aproximadamente.

La sub escala de Ansiedad Estado está conformado por los ítems del 1 al 20, de los cuales los ítems positivos y directos, son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Y los ítems inversos, son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20.

Los ítems de la sub escala de Ansiedad está conformado por los ítems del 21 al 40. De los cuales los ítems positivos son: 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40, y los ítems de escala invertida: son 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39.

En cuanto a su calificación, Las puntuaciones A(E) y A(R) varía desde un mínimo de 0 puntos hasta máximo 60 puntos, para ambas escalas existen ítems inversos. La escala de Ansiedad-Rasgo se puntúa del 0 al 3 donde 0 es *casi nunca* y 4 es *casi siempre*, mientras que la escala de Ansiedad-Estado se puntúa del 0 al 3 donde 1 es *nada* y 4 es *mucho*.

Para la escala Rasgo, hallaron validez concurrente, la cual se logró mediante las correlaciones entre dicha escala y otras pruebas que miden la ansiedad, tal como el IPAT (escala de ansiedad) realizada por Cattell y Scheier en 1963; TMAS (escala de ansiedad manifiesta) elaborado por Taylor en 1963; y AACL (lista de adjetivos) de Zuckerman en 1960. Al realizar la validez, encontraron que existía una moderada correlación (0.52 a 0.83), dicho estudio validado en población universitaria como pacientes clínicos. Con respecto a la validez de la escala Estado, fue hallada en una muestra de 977 universitarios, bajo dos momentos, una en condiciones normales, y la otra, luego de terminar un examen; los resultados arrojaron para dicha escala una media significativamente más alta en condición de examen, a diferencia que en condiciones normales (Spielberger y Díaz - Guerrero, 1975).

En cuanto a la confiabilidad, fue hallado mediante el procedimiento del test- retest, en una población de 484 estudiantes universitarios, y arrojó los siguientes datos; para la escala ansiedad rasgo, en un intervalo de 104 días, la correlación fueron altas significativamente (0.73 y 0.86), en cuanto a la escala ansiedad estado, fueron 0.16 y 0.54, relativamente bajas, esto debido a su naturaleza transitoria de los estados de ansiedad, por lo que se buscó coeficientes de confiabilidad interna alfa, las cuales oscilaban entre 0.83 y 0.92, para la escala de ansiedad estado y para la de ansiedad rasgo oscilaba entre 0.86 y 0.92 (Spielberger y Díaz – Guerrero, 1975).

Para Bermúdez (1977) (citado en Spielberger, 1982), los elementos de esta escala cumplen con los criterios discriminatorios y diferenciadores, todo ello, aplicable en variables fundamentales como la edad, el sexo y sobre todo en la variable ansiedad; además de que tiene buena consistencia interna, la cual oscila entre 0.90 y 0.93 para la ansiedad estado y 0.84 a 0,87 para la escala ansiedad rasgo. Así mismo, en una muestra más amplia, de 854 sujetos, se halló la confiabilidad por el método de dos mitades, obteniendo coeficientes con los siguientes valores; 0.94 en ansiedad estado y 0.86 en ansiedad rasgo.

En nuestra realidad, Bazán (2021) demostró que el inventario Ansiedad Rasgo-Estado presenta apropiados niveles de validez y confiabilidad en una muestra de adultos, en Trujillo. La validación fue realizada mediante el análisis del Coeficiente de V de Aiken, de esta manera, obtuvo un análisis de contenido de (0.7). Para la confiabilidad lo estimó empleando el coeficiente omega, utilizando las cargas factoriales y el valor de la consistencia para su aceptación, encontrando una fiabilidad aceptable de ($\omega > .70$).

Para la presente investigación, se realizó el ajuste psicométrico respectivo, se empleó el Alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad de las escalas, obteniendo un índice Alpha de 0.944 en la sub escala de ansiedad estado y un índice Alpha de 0.870 en la sub escala de ansiedad rasgo; lo que indica que ambas escalas son muy confiables. La validez del

instrumento se determinó a través de las correlaciones ítem test, obteniendo valores altamente significativos para ambas escalas (Anexo A).

3.6. Procedimiento

Se solicitó la autorización a la gerencia de la clínica y se coordinó con la administración de la institución de salud para la aplicación del instrumento. Se entrevistó a los pacientes que estaban esperando ser atendidos en el área de consultorios externos, previamente fueron informados acerca del objetivo de la investigación y con la anuencia de ser entrevistado, se solicitó su consentimiento verbal para ser parte de la muestra estudiada.

Se calificó las pruebas, posteriormente se codificó y digitó en una base de datos en Excel, y luego fue transferido para el análisis estadístico en SPSS.

3.7. Análisis de los datos

Se empleó las técnicas estadísticas a través del paquete estadístico SPSS versión 24.0, se emplearon estadísticos específicos para realizar el ajuste psicométrico del instrumento, en un primer momento, para realizar la validez de constructo se realizó el análisis de los ítems, a través del método de análisis factorial empleando el coeficiente de correlación de Pearson; luego se aplicó la prueba de bondad de ajuste de la muestra de Kolmogorov – Smirnov (K-S) para determinar el uso de las técnicas inferenciales paramétricas. Así mismo se aplicó el Alpha de Cronbach para establecer la confiabilidad de las escalas, se empleó estadísticos para la obtención de los datos de frecuencia y porcentajes para la descripción de los niveles de la escala y de sus dimensiones respectivas. Por último, para el establecimiento de comparaciones de promedios de las variables estudiadas en función de más de categorías, se utilizará la técnica de Análisis de Varianza ANOVA.

3.8. Consideraciones éticas

Es importante mencionar, que durante el proceso de la investigación se tomó en cuenta los principios basados en el respeto y bienestar de los individuos, en primer lugar, brindándole la información acerca de los objetivos y fines del estudio a las pacientes, así como brindarle conocimiento de que se garantizaba su anonimato, participación de forma voluntaria y privacidad con los resultados, de tal forma se le hizo entrega de un consentimiento informado.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis Descriptivo

4.1.1. Ansiedad Estado

En la tabla 9 se observa que el 16.3% de la muestra presenta un nivel de ansiedad normal; que el 37.5% de la muestra presentan un nivel de ansiedad estado bajo; el 36.5% de la muestra presentan un nivel de ansiedad estado moderado y el 9.6% de la muestra presentan un nivel de ansiedad estado alto.

Tabla 9

Niveles diagnósticos de ansiedad estado

| Niveles de ansiedad estado | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| Ansiedad normal | 17 | 16,3 |
| Ansiedad baja | 39 | 37,5 |
| Ansiedad moderada | 38 | 36,5 |
| Ansiedad alta | 10 | 9,6 |
| Total | 104 | 100,0 |

4.1.2. Ansiedad Rasgo

En la tabla 10 se observa que el 29.8% de la muestra presenta un nivel de ansiedad rasgo normal; que el 50% de la muestra presentan un nivel de ansiedad rasgo bajo; el 18.3% de la muestra presentan un nivel de ansiedad rasgo moderado y el 1,9% de la muestra presentan un nivel de ansiedad rasgo alto.

Tabla 10*Niveles diagnósticos de ansiedad rasgo*

| Niveles de ansiedad rasgo | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------------|------------|------------|
| Ansiedad normal | 31 | 29,8 |
| Ansiedad baja | 52 | 50,0 |
| Ansiedad moderada | 19 | 18,3 |
| Ansiedad alta | 2 | 1,9 |
| Total | 104 | 100,0 |

4.1.3. Prueba de normalidad

En la tabla 11, presenta los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), donde la variable ansiedad estado - rasgo presentan una distribución normal dado que el coeficiente obtenido (K-S) no es significativo ($p > 0.05$), en consecuencia, es adecuado emplear pruebas paramétricas en los análisis de datos.

Tabla 11*Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra*

| Variable | K-S | p |
|-----------------|-------|-------|
| Ansiedad estado | 0.760 | 0.610 |
| Ansiedad rasgo | 1,200 | 0.112 |

4.2. Contrastación de hipótesis**4.2.1. Regresión lineal Ansiedad estado**

En la tabla 12 se establece el modelo de regresión lineal para determinar cuál de las variables de control (variables independientes) explican mejor la ansiedad estado (variable dependiente) en la muestra investigada. Primero, se determinó el coeficiente de determinación

($R^2 = 0.420$) que mide la bondad de ajuste e indica que el 42% de las variaciones de la ansiedad estado como variable dependiente es explicada por el modelo de regresión propuesto. Segundo, el coeficiente de correlación múltiple ($R = 0.569$) mide el grado de asociación lineal entre la ansiedad estado con el conjunto de las variables independientes o explicativas (variables de control: Distribución por tiempo de tratamiento, Distribución por número de hijos, Distribución por número de gestaciones, Distribución por nivel de estudios, Distribución por grupos etarios (edad), Distribución por lugar de procedencia, Distribución por tiempo de diagnóstico); en el presente modelo este grado de asociación es moderado (56.9%), lo que significa que las variables se encuentran positivamente correlacionadas. Tercero, la prueba DW permite detectar auto correlación serial entre las variables independientes o explicativas, para un nivel de significancia del 5% de DW es 1.603 lo que quiere decir que el modelo no tiene auto correlación. En consecuencia, se concluye que no existe auto correlación, siendo el valor de los residuos de la información válida. Cuarto, la Prueba del estadístico F regresión = 3.862, $p < 0.01$, se deduce que las variables incluidas en el modelo son significativamente explicativas de la variable ansiedad estado (variable dependiente). Se infiere en consecuencia que las variables en conjunto conforman un modelo de regresión válido. Quinto, en la tabla se establecen los valores Betas, que indica cuál de las variables independientes es el factor de mayor explicación de la ansiedad estado, concluyéndose que el número de gestaciones en 1er lugar presenta un 36% de explicación de la ansiedad estado. En 2do lugar, el número de hijos presenta el 30.5% de explicación de la ansiedad estado.

Tabla 12*Modelo de regresión lineal 1*

| Resumen del modelo | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------|--------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. De la estimación | Durbin-Watson | |
| 1 | 0,569 56.9% | 0,420 42% | 0,463 | 9,252 | 1,603 | |
| ANOVA | | | | | | |
| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 1 | Regresión | 2313,844 | 7 | 330,549 | 3,862 | 0,001 |
| | Residual | 8217,070 | 96 | 85,594 | | |
| | Total | 10530,913 | 103 | | | |
| Coefficiente | | | | | | |
| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| | (Constante) | 9,692 | 4,844 | | 2,001 | 0,038 |
| | Grupos etarios(edad) | -0,431 | 0,986 | -0,043 | -0,437 | 0,663 |
| | Número de gestaciones | 2,852 | 0,810 | 0,360 36% | 3,522 | 0,001 |
| 1 | Lugar de procedencia | 1,543 | 1,286 | 0,131 | 1,200 | 0,233 |
| | Nivel de estudios | 0,046 | 0,826 | 0,005 | 0,056 | 0,955 |
| | Número de hijos | -3,641 | 1,780 | -0,305 30.5% | -3,046 | 0,004 |
| | Tiempo de diagnóstico | -0,159 | 0,982 | -0,018 | -0,162 | 0,872 |
| | Tiempo de tratamiento | 1,170 | 0,857 | 0,159 | 1,366 | 0,175 |

4.2.2. Modelo 2 de regresión lineal

En la tabla 13 se establece el modelo de regresión lineal para determinar si la variable ansiedad rasgo (variables independientes) explica mejor la ansiedad estado (variable dependiente) en la muestra investigada. Primero, se determinó el coeficiente de determinación ($R^2 = 0.294$) que mide la bondad de ajuste e indica que el 29.4% de las variaciones de la ansiedad estado como variable dependiente es explicada por el modelo de regresión propuesto. Segundo, el coeficiente de correlación múltiple ($R = 0.542$) mide el grado de asociación lineal

entre la ansiedad estado con la variable independiente o explicativa (ansiedad rasgo) en el presente modelo este grado de asociación es moderado (54.2%), lo que significa que las variables se encuentran positivamente correlacionadas. Tercero, la prueba DW permite detectar auto correlación serial entre las variables independientes o explicativas, para un nivel de significancia del 5% de DW es 2.032 lo que quiere decir que el modelo no tiene auto correlación. En consecuencia, se concluye que no existe auto correlación, siendo el valor de los residuos de la información válida. Cuarto, la Prueba del estadístico F regresión = 42.498, $p < 0.001$, se infiere en consecuencia que la variable en conjunto conforma un modelo de regresión válido. Quinto, en la tabla se establece el valor Beta, indica que la variable independientes ansiedad rasgo es el factor de mayor explicación de la ansiedad estado, con un 54.6%.

Tabla 13*Modelo de regresión lineal 2*

| Resumen del modelo | | | | | | |
|---------------------------|--|--------------------------------|----------------------|-----------------------------|---------------|--------------------|
| Modelo | R | R cuadrado | R cuadrado corregida | Error típ. De la estimación | Durbin-Watson | |
| 1 | 0,542 54.2% | 0,294 29.4% | 0,287 | 8,537 | 2,032 | |
| ANOVA | | | | | | |
| Modelo | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 1 | Regresión | 3097,207 | 1 | 3097,207 | 42,498 | 0,000 ^b |
| | Residual | 7433,707 | 102 | 72,879 | | |
| | Total | 10530,913 | 103 | | | |
| Coefficiente | | | | | | |
| Modelo | | Coeficientes no estandarizados | | Coeficientes tipificados | t | Sig. |
| | | B | Error típ. | Beta | | |
| 1 | (Constante) | 10,905 | 2,039 | | 5,347 | 0,000 |
| | Puntaje total en la escala de ansiedad rasgo | 0,642 | 0,098 | 0,542 54.6% | 6,519 | 0,000 |

4.3. Establecimiento de comparaciones

4.3.1. Por grupos etarios

En la tabla 14 se describe el establecimiento de la comparación entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según grupos etarios con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), reportándose que no existe diferencias estadísticas en los promedios. Con respecto a los promedios en ansiedad estado, el grupo etario de 50 – 54 años, presentan mayor promedio (27) que el resto de los grupos etarios, siendo el de menor promedio el grupo de 40 – 44 años (22.19). En ansiedad rasgo los promedios de los grupos etarios están en un rango de 17 a 19.80.

Tabla 14

Análisis de comparación de ansiedad estado – rasgo por grupos etarios

| Ansiedad estado por grupos etarios | | | | | | | | |
|------------------------------------|-----|-------|--------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| Grupo etario | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 30 – 34 | 11 | 25,82 | 12,576 | 278,372 | 4 | 69,593 | 0,672 | 0,613 |
| 35 – 39 | 28 | 21,64 | 10,819 | 10252,541 | 100 | 103,561 | | |
| 40 – 44 | 42 | 22,19 | 8,978 | | | | | |
| 45 – 49 | 18 | 24,33 | 10,944 | | | | | |
| 50 - 54 | 5 | 27,00 | 6,519 | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total 10530,913 | 104 | | | |
| Ansiedad rasgo por grupos etarios | | | | | | | | |
| Grupo etario | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 30 – 34 | 11 | 17,00 | 4,171 | 54,038 | 4 | 13,509 | 0,179 | 0,949 |
| 35 – 39 | 28 | 19,29 | 8,472 | 7460,578 | 100 | 75,359 | | |
| 40 – 44 | 42 | 18,76 | 10,009 | | | | | |
| 45 – 49 | 18 | 19,44 | 7,920 | | | | | |
| 50 - 54 | 5 | 19,80 | 6,611 | | | | | |
| Total | 104 | 18,88 | 8,542 | Total 7514,615 | 104 | | | |

4.3.2. Por nivel de estudios

En la tabla 15 se describe el establecimiento de la comparación entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según nivel de estudios con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), reportándose que, Si existe diferencias estadísticas en los promedios. En ansiedad estado los promedios de posgrado completo presentan mayor promedio (29.5), le sigue el grupo de universitario completo con un promedio de 24.91, a diferencia del grupo de estudios técnicos incompletos con 12 de promedio y de secundaria con un promedio de 12.44. En ansiedad rasgo, el grupo de posgrado completo con un promedio de 30, a diferencia del grupo de estudios de técnico incompleto con un 16.67 y secundaria con un promedio de 15.78.

Tabla 15

Análisis de comparación de ansiedad estado – rasgo por nivel de estudios

| Ansiedad estado por nivel de estudios | | | | | | | | |
|---------------------------------------|-----|-------|--------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| Nivel estudios | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 5to Sec. | 9 | 12,44 | 3,358 | 2165,928 | 5 | 433,186 | 5,075 | 0,000 |
| Téc. completo | 12 | 18,67 | 14,291 | 8364,985 | 99 | 85,357 | | |
| Téc. incompleto | 4 | 12 | 4,291 | | | | | |
| Univ. completo | 65 | 24,91 | 8,627 | | | | | |
| Univ.incompleto | 4 | 13,25 | 4,500 | | | | | |
| Posgrado completo | 10 | 29,50 | 9,849 | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total 10530,913 | 104 | | | |

| Ansiedad rasgo por nivel de estudios | | | | | | | | |
|--------------------------------------|----|-------|--------|-------------------|----|------------------|-------|-------|
| Nivel estudios | n | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 5to Sec. | 9 | 15,78 | 4,494 | 860,128 | 5 | 172,026 | 2,533 | 0,034 |
| Téc. completo | 12 | 20.92 | 10,544 | 6654,488 | 99 | 67,903 | | |

| | | | | | | |
|-------------------|-----|-------|--------|-------|----------|-----|
| Téc. incompleto | 4 | 16,67 | 7,544 | | | |
| Univ. completo | 65 | 17,92 | 7,987 | | | |
| Univ.incompleto | 4 | 15,50 | 7,000 | | | |
| Posgrado completo | 10 | 30,00 | 15,513 | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total | 7514,616 | 104 |

4.3.3. Por lugar de procedencia

En la tabla 16 se describe el establecimiento de la comparación entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según lugar de procedencia con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), reportándose que no existe diferencias estadísticas en los promedios. En ansiedad estado, el promedio de los que pertenecen a Lima metropolitana presentan mayor promedio con un 23.82 a diferencia de los que proceden de otras Provincias de Lima con un 20.57. En ansiedad rasgo, los que provienen de las provincias de Lima presentan mayor promedio (21.29) a diferencia de los que proceden de lima metropolitana (17.99).

Tabla 16*Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por lugar de procedencia*

| Ansiedad estado por lugar de procedencia | | | | | | | | |
|--|-----|-------|--------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| Lugar de procedencia | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| Lima metropolitana | 72 | 23,82 | 9,257 | 150,386 | 3 | 75,193 | 0,732 | 0,484 |
| Provincias de Lima | 7 | 20,57 | 11,356 | 10380,527 | 101 | 102,777 | | |
| Otras regiones Perú | 25 | 21,44 | 12,114 | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total 10530,913 | 104 | | | |
| Ansiedad rasgo por lugar de procedencia | | | | | | | | |
| Lugar de procedencia | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| Lima metropolitana | 72 | 17,99 | 8,978 | 190,201 | 3 | 95,100 | 1,311 | 0,274 |
| Provincias de Lima | 7 | 21,29 | 4,536 | 7324,415 | 101 | 72,519 | | |
| Otras regiones Perú | 25 | 20,80 | 7,848 | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total 7514,615 | 104 | | | |

4.3.4. Por número de gestaciones

En la tabla 17 se describe el establecimiento de la comparación entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según número de gestaciones con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), reportándose que no existe diferencias estadísticas. En ansiedad estado, las mujeres que han tenido 3 gestaciones presentan un promedio de 25.1 a diferencia de las mujeres con 4 gestaciones que tienen un promedio de 19.25. En ansiedad rasgo, las mujeres que han tenido 3 gestaciones presentan un promedio de 22.3 a diferencia de las mujeres con 0 gestaciones que tienen un promedio de 18.03.

Tabla 17*Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por número de gestaciones*

| Ansiedad estado por número de gestaciones | | | | | | | | |
|---|-----|-------|--------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| N° de gestaciones | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 0 | 61 | 23,03 | 9,649 | 175,307 | 4 | 43,827 | 0,419 | 0,795 |
| 1 | 20 | 23,90 | 10,397 | 10355,607 | 100 | 104,602 | | |
| 2 | 9 | 20,44 | 8,560 | | | | | |
| 3 | 10 | 25,10 | 14,472 | | | | | |
| 4 | 4 | 19,25 | 9,032 | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total 10530,913 | 104 | | | |

| Ansiedad rasgo por número de gestaciones | | | | | | | | |
|--|-----|-------|--------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| N° de gestaciones | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 0 | 61 | 18,03 | 7,977 | 613,159 | 4 | 153,290 | 2,199 | 0,075 |
| 1 | 20 | 21,70 | 9,415 | 6901,457 | 100 | 69,712 | | |
| 2 | 9 | 13,44 | 6,483 | | | | | |
| 3 | 10 | 22,30 | 10,531 | | | | | |
| 4 | 4 | 21,50 | 4,655 | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total 7514,615 | 104 | | | |

4.3.5. Por número de hijos

En la tabla 18 se describe el establecimiento de la comparación entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según el número de hijos con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), reportándose que Si existe diferencias estadísticas ($p > .05$). En ansiedad estado, las mujeres quienes no tienen hijos presentan un promedio mayor (24.08) que los demás grupos de mujeres, siendo el promedio menor en el grupo de mujeres con 2 hijos con un 11.29. En ansiedad rasgo, las mujeres quienes tienen 1 hijo presentan un promedio mayor (22.92) que los demás grupos de mujeres, siendo el promedio menor en el grupo de mujeres con 2 hijos con un 11.57.

Tabla 18

Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por número de hijos

| Ansiedad estado por número de hijos | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|-----|-------|--------|-------|-------------------|-----|------------------|-------|------|
| N° de hijos | N | Media | D.S. | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 0 | 85 | 24,08 | 9,215 | | 1064,145 | 3 | 532,072 | 5,677 | ,005 |
| 1 | 12 | 22,42 | 12,703 | | 9466,769 | 101 | 93,730 | | |
| 2 | 7 | 11,29 | 9,656 | | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total | 10530,914 | 104 | | | |
| Ansiedad rasgo por número de hijos | | | | | | | | | |
| N° de hijos | N | Media | D.S. | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| 0 | 85 | 18,92 | 7,855 | | 569,561 | 3 | 284,780 | 4,141 | ,019 |
| 1 | 12 | 22,92 | 11,897 | | 6945,054 | 101 | 68,763 | | |
| 2 | 7 | 11,57 | 5,855 | | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total | 7514,615 | 104 | | | |

4.3.6. Por tiempo de emitido el diagnóstico de infertilidad

En la tabla 19 se describe el establecimiento de la comparación entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según el tiempo de diagnóstico con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), reportándose que Si existe diferencias estadísticas. En ansiedad estado, el grupo de mujeres con un tiempo de diagnóstico de 61 – 96 meses presenta un mayor promedio (35.14) que el grupo de mujeres con tiempo de diagnóstico mayor de 97 meses (7.14). En ansiedad rasgo, el grupo de mujeres con un tiempo de diagnóstico de 61 – 96 meses presenta un mayor promedio (28.14) que el grupo de mujeres con tiempo de diagnóstico mayor de 97 meses (14.14).

Tabla 19

Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por el tiempo de diagnóstico

| Ansiedad estado por tiempo de emitido el diagnóstico de infertilidad | | | | | | | | | |
|--|-----|-------|--------|-------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| Tiempo de diagnóstico | N | Media | D.S. | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| < 12 meses | 31 | 22,42 | 6,884 | | 3001,121 | 4 | 750,280 | 9,865 | 0,000 |
| 13 - 36 | 35 | 22,43 | 10,977 | | 7529,792 | 100 | 76,059 | | |
| 37 - 60 | 24 | 25,79 | 8,167 | | | | | | |
| 61 - 96 | 7 | 35,14 | 7,198 | | | | | | |
| >97 meses | 7 | 7,14 | 5,273 | | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total | 10530,913 | 104 | | | |
| Ansiedad rasgo por tiempo de emitido el diagnóstico de infertilidad | | | | | | | | | |
| Tiempo de diagnóstico | N | Media | D.S. | | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| < 12 meses | 31 | 19,94 | 9,808 | | 1175,654 | 4 | 293,913 | 4,590 | 0,002 |
| 13 - 36 | 35 | 15,89 | 6,277 | | 6338,961 | 100 | 64,030 | | |
| 37 - 60 | 24 | 20,58 | 9,151 | | | | | | |
| 61 - 96 | 7 | 28,14 | 3,625 | | | | | | |
| >97 meses | 7 | 14,14 | 4,259 | | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total | 7514,615 | 104 | | | |

4.3.7. Por tiempo de tratamiento de infertilidad

En la tabla 20 se describe el establecimiento de la comparación entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según tiempo de tratamiento con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), reportándose que no existe diferencias estadísticas. En ansiedad estado, las mujeres que tienen entre 37 – 48 meses presentan el mayor promedio (30.71) y el grupo > de 61 meses (30) a diferencia del grupo de mujeres con 13 – 24 meses de tratamiento (20.16). En ansiedad rasgo, las mujeres que tienen más de 61 meses de tratamiento presentan el mayor promedio (26) a diferencia del grupo de mujeres con 13 – 24 meses de tratamiento (15.74).

Tabla 20*Establecimiento de comparaciones de ansiedad estado – rasgo por el tiempo de tratamiento*

| Ansiedad estado por tiempo de tratamiento de infertilidad | | | | | | | | |
|---|-----|-------|--------|-------------------|-----|------------------|-------|-------|
| Tiempo de tratamiento | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| < 6 meses | 31 | 21,13 | 12,124 | 833,710 | 5 | 166,742 | 1,685 | 0,145 |
| 7 – 12 | 33 | 23,79 | 9,552 | 9697,204 | 99 | 98,951 | | |
| 13 - 24 | 19 | 20,16 | 8,821 | | | | | |
| 25 - 36 | 12 | 24,75 | 7,288 | | | | | |
| 37 - 48 | 7 | 30,71 | 7,653 | | | | | |
| 49 - 60 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| >61 | 2 | 30,00 | 5,657 | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total 10530,914 | 104 | | | |
| Ansiedad estado por tiempo de tratamiento de infertilidad | | | | | | | | |
| Tiempo de tratamiento | N | Media | D.S. | Suma de cuadrados | gl | Media cuadrática | F | Sig. |
| < 6 meses | 31 | 19,35 | 8,515 | 327,342 | 5 | 65,468 | 0,893 | 0,489 |
| 7 – 12 | 33 | 19,85 | 8,628 | 7187,273 | 99 | 73,340 | | |
| 13 - 24 | 19 | 15,74 | 7,830 | | | | | |
| 25 - 36 | 12 | 18,75 | 7,944 | | | | | |
| 37 - 48 | 7 | 19,00 | 11,648 | | | | | |
| 49 - 60 | 0 | 0 | 0 | | | | | |
| >61 | 2 | 26,00 | 4,243 | | | | | |
| Total | 104 | 23,03 | 10,111 | Total 7514,615 | 104 | | | |

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación ha buscado contribuir a la comprensión de la ansiedad dentro de un contexto de infertilidad en mujeres que buscan lograr la concepción, para lo cual el objetivo principal del estudio fue determinar los niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo en 104 pacientes mujeres con infertilidad que asisten a una clínica de Lima sur.

En primer lugar, respecto al Análisis exploratorio de la variable con la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S), se pudo establecer que la variable ansiedad estado – rasgo presentan una distribución normal, por lo que es adecuado emplear pruebas paramétricas en los análisis de datos. A continuación, se realizó el análisis de confiabilidad de la escala de ansiedad estado, el cual obtuvo un índice Alpha de 0.94 lo que indica que es altamente confiable en la obtención de los datos, esto coincide con el estudio de Lordăchescu et al. (2021) en donde la escala de Ansiedad estado obtuvo un alfa de Cronbach de 0.94; de la misma manera, para la sub escala ansiedad rasgo se obtuvo un índice Alpha de 0.87, dicho resultado es similar al hallado por Lakatos et al. (2017) quienes en la escala de ansiedad rasgo, obtuvieron una consistencia interna de 0.91, lo que demuestra que la sub escala de ansiedad rasgo es muy confiable; estos resultados posiblemente se deban a que la muestra de cada investigación comparten características similares. Respecto a la validez de constructo, realizado a través del análisis de ítems las sub escalas de ansiedad estado y ansiedad rasgo presentan índices de correlaciones moderadas y correlaciones altas y una alta validez ($p < .001$).

En relación a los resultados, en la descripción por niveles de la Ansiedad Estado, se observa que el 16.3% de la muestra presenta un nivel de ansiedad normal y que el 37.5% de la muestra presentan un nivel de ansiedad estado bajo; sin embargo, el 36.5% de la muestra presentan un nivel de ansiedad estado moderado y el 9.6% de la muestra presentan un nivel de ansiedad estado alto, estos resultados son similares a la investigación realizada por Lakatos et

al. (2017) en donde las mujeres con infertilidad arrojaban una ansiedad moderada del 39%; del mismo modo en Perú, otra investigación realizada por Albarracín (2019), obtuvo como resultado de la investigación a 88 mujeres con diagnóstico de infertilidad que el 37.5% se encontraban en un nivel moderado de ansiedad; lo cual indica que dichos niveles se justifican dada la situación que presentan las mujeres que conforman la muestra investigada que tienen como característica la infertilidad, debido a que las mujeres están necesariamente más involucradas en los procedimientos de tratamiento y durante este proceso están sujetas a cambios físicos, hormonales en donde su salud y bienestar emocional se ve alterada.

Cabe destacar los estudios realizados por Alvarez et. al (2019), en Cuba y Freitas (2016) en Brasil, en donde bajo esta misma línea, investigaron niveles de ansiedad en parejas con el diagnóstico de infertilidad, siendo evaluados ambos sexos, es importante destacar que fueron las mujeres quienes arrojaron niveles de ansiedad de moderados a altos, encontrándose similitud con los resultados de esta investigación enfocada sólo a pacientes mujeres. Esto posiblemente guarde relación con los estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud (2000) en donde expresan que los inconvenientes relacionados a la infertilidad tienen la posibilidad de aumentar el peligro de síndromes afectivos o ansiosos, con más incidencia en la población femenina (Hardy & Makuch, 2002).

En la Ansiedad Rasgo, que forma parte constitutivo de las mujeres infértiles, se observa que el 29.8% de la muestra presenta un nivel de ansiedad rasgo normal; que el 50% de la muestra presentan un nivel de ansiedad rasgo bajo; sin embargo, el 18.3% de la muestra presentan un nivel de ansiedad rasgo moderado y el 1,9% de la muestra presentan un nivel de ansiedad rasgo alto, lo que indicaría que el 20.2% de la muestra de mujeres evaluadas presentaban como rasgo la ansiedad independientemente del estado de infertilidad que presentan las mujeres evaluadas.

En la Regresión lineal sobre la Ansiedad estado como variable dependiente y las variables control (Distribución por tiempo de tratamiento, Distribución por número de hijos, Distribución por número de gestaciones, Distribución por nivel de estudios, Distribución por grupos etarios, Distribución por lugar de procedencia, Distribución por tiempo de diagnóstico) como variables independientes, se buscó explicar cuál de éstas es el factor de mayor explicación de la ansiedad estado, es así, que el coeficiente de correlación múltiple mide el grado de asociación lineal entre la ansiedad estado con el conjunto de las variables independientes o explicativas, en el presente modelo este grado de asociación es moderado (56.9%), lo que significa que las variables se encuentran positivamente correlacionadas. Se aplicó la Prueba del estadístico F regresión = 3.862, $p < 0.01$, deduciéndose que las variables incluidas en el modelo son significativamente explicativas de la variable ansiedad estado. Finalmente, se establecen los valores Betas, que indica cuál de las variables independientes es el factor de mayor explicación de la ansiedad estado, concluyéndose que, el número de gestaciones se encuentra en primer lugar con un 36% de explicación de la ansiedad estado; en 2do lugar, el número de hijos presenta el 30.5% de explicación de la ansiedad estado. En primer lugar, esto se debe posiblemente debido a que es la mujer quien lleva un año o más intentando lograr el embarazo, y es por ello que atraviesa vivencias de intentos fallidos de lograr la concepción, así como de las implantaciones que acabaron en pérdidas gestacionales, es decir embarazos repetitivos y fallidos; en donde surgen ilusiones y decepciones en todo ese proceso; Del Castillo (2015) refiere que la mujer es la receptora de las señales físicas del triunfo o fracaso de estos intentos, por lo que es lógico deducir que es ella quien sufrirá mayor desgaste emocional. Ello también lo explica Coughlan et al. (2014) en su investigación a mujeres con falla reproductiva, en donde como resultado las mujeres con fallos de concepción y pérdidas repetidas de embarazo, arrojaban puntuaciones altas en afecto negativo (malestar emocional: estrés, ansiedad. etc.) y bajas en afecto positivo. Por otro lado, en lo que respecta al segundo

lugar de explicación, el número de hijos, es otro factor que explicaría la ansiedad estado, y esto probablemente se deba a que aquellas mujeres que tienen infertilidad sin haber procreado ningún hijo vivo (infertilidad primaria), pueden presentar mayores niveles de ansiedad a diferencia de aquellas pacientes que ya han tenido por lo menos un hijo antes de presentar el diagnóstico y someterse a tratamientos (infertilidad secundaria), ello también se relaciona con la investigación de Albarracín (2019), en donde nos demuestra que aquellas mujeres con infertilidad primaria, es decir aquellas que no han logrado tener ni un solo hijo vivo, son las que arrojaron un 35% de ansiedad con niveles de leve a moderado.

Igualmente se estableció el Modelo 2 de regresión lineal, para determinar si la variable ansiedad rasgo (variable independiente) explica mejor la ansiedad estado (variable dependiente) en la muestra investigada. El coeficiente de correlación múltiple mide el grado de asociación lineal entre la ansiedad estado con la variable independiente o explicativa (ansiedad rasgo) en el presente modelo este grado de asociación es moderado (54.2%), lo que significa que las variables se encuentran positivamente correlacionadas. Con la Prueba del estadístico F regresión = 42.498, $p < 0.001$, se deduce que las variables incluidas en el modelo son significativamente explicativas de la variable ansiedad estado, se infiere en consecuencia que la variable en conjunto conforma un modelo de regresión válido. Se establece el valor Beta, indicando la ansiedad rasgo es el factor de mayor explicación en un 54.6% de la ansiedad estado. Se puede entender que las personas que presentan niveles elevados de ansiedad rasgo serán sujetos que perciben su entorno con mayores situaciones que consideran amenazantes, por ende, son más proclives a padecer ansiedad estado de manera frecuentes o con moderada intensidad.

Respecto al establecimiento de comparaciones, con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según grupos etarios no se encontró diferencias estadísticas en los promedios ($p > .05$).

En el análisis comparativo de la variable de estudio según el grado de instrucción se establecen las comparaciones de los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo a través del análisis de varianza (ANOVA), reportándose que existen diferencias significativas ($p < .05$); en donde las pacientes con grado mayor de instrucción presentan niveles mayores de ansiedad a comparación de los otros grupos. Roa-Meggo (2012) considera que un factor importante en el retraso de la maternidad es la escolaridad, considerando anteponer el logro de metas profesionales antes de concebir un hijo; y al desconocer que existe una edad adecuada para gestar, al realizarlo años más tarde, es en donde se suscita los problemas de infertilidad. Ello sucede más allá de los 30 años en donde la fertilidad comienza a decrecer, el éxito de un embarazo suele ser bajo y si se logra existe la posibilidad de ser riesgoso.

Así mismo en el establecimiento de comparaciones, con la prueba Análisis de varianza (ANOVA), entre los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo según el lugar de procedencia, número de gestaciones y tiempo de tratamiento no se encontraron diferencias estadísticas en los promedios ($p > .05$).

En relación al tiempo de emitido el diagnóstico y el número de hijos se realizó el análisis comparativo de los promedios de ansiedad estado y ansiedad rasgo respectivamente, a través del análisis de varianza (ANOVA), reportándose que sí existen diferencias significativas ($p < .05$); es probable que las consecuencias emocionales como la ansiedad, se encuentran en niveles moderados en los primeros años de emitido el diagnóstico, debido a que asimilan en primer lugar, llevar consigo un diagnóstico que le impide cumplir con su proyecto de maternidad, es allí en donde se comienza con los tratamientos, en donde muchas veces son fallidos. Por otro lado, el tener por lo menos un hijo hace más llevadero afrontar los tratamientos de fertilización, a diferencia de aquellas que no han logrado llevar a cabo un embarazo.

Por último, es de suma importancia las implicaciones clínicas del presente estudio, por lo que se recalca despertar interés de profesionales especialistas para brindar una mejor calidad de atención a las mujeres con dicho diagnóstico, sobre todo tomar en cuenta desde un punto de vista global en donde se valore también lo psicológico. A futuro en la investigación, se puede considerar incluir otras variables psicológicas, como depresión, autoestima, afrontamiento, etc. así como evaluar a ambos miembros de la pareja.

VI. CONCLUSIONES

- En los niveles de Ansiedad estado que el 16.3% presenta un nivel de ansiedad normal; el 37.5% presentan un nivel de ansiedad estado bajo; el 36.5% presentan un nivel de ansiedad estado moderado y el 9.6% presentan un nivel de ansiedad estado alto.
- En los niveles de Ansiedad rasgo el 29.8% presentan un nivel de ansiedad rasgo normal; que el 50% presentan un nivel de ansiedad rasgo bajo; el 18.3% presentan un nivel de ansiedad rasgo moderado y el 1,9% presentan un nivel de ansiedad rasgo alto.
- El número de gestaciones en 1er lugar presenta un 36% de explicación de la ansiedad estado y en 2do lugar, el número de hijos presenta el 30.5% de explicación de la ansiedad estado
- La ansiedad rasgo brinda un 54.6% de explicación de la ansiedad estado.
- Existen diferencias estadísticas significativas de la ansiedad estado y de la ansiedad rasgo según nivel de estudios, número de hijos y por tiempo de emitido el diagnóstico de infertilidad.

VII. RECOMENDACIONES

- Replicar la investigación en muestras similares, pero con problemas de salud.
- Realizar investigaciones relacionado a la variable de estudio con inteligencia emocional, personalidad, autoestima, entre otras.
- Implementar un programa de intervención con las mujeres que presentan infertilidad categorizadas en los niveles moderado y altos para que aprendan a manejar y controlar su ansiedad estado.
- Implementar un programa de intervención psicológica – emocional dirigido a los conyugues de las mujeres con infertilidad para que apoyen en el manejo y control de la ansiedad estado – rasgo de sus conyugues.

VIII. REFERENCIAS

- Albarracín, G., (2019). *Influencia de la ansiedad en los resultados de pacientes con tratamiento de alta complejidad en el centro especializado de fertilidad y ginecología – Arequipa, junio 2017 a marzo del 2018* [Tesis de maestría, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio institucional.
<http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/8638>
- Álvarez, M., Alfonso, H. & Rodríguez, L. (2019). Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en miembros de parejas con infertilidad primaria. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*. 26(1).
<http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/1349/1617>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Ángeles, J. (2020). *Creencias irracionales y ansiedad en estudiantes del primer ciclo, de las carreras de ciencias de la Universidad Tecnológica del Perú, año 2014*. [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Estudios en Terapia Conductual y Cognitiva, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/17968>
- Antequera, R., Moreno, C., & Jenaro, C. (2008). Principales trastornos psicológicos asociados a la infertilidad. *Papeles del psicólogo*, 29 (2), 167 – 175.
<http://hdl.handle.net/10366/123300>
- Armayones, M. (2007). *Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis: Cómo desarrollar las habilidades adecuadas ante situaciones de emergencias*. Ideas propias editorial S.L.

- Arnal, B. (2017). *Estudio de las alteraciones emocionales y del bienestar psicológico de la pareja en diferentes etapas de la transición a la maternidad y la paternidad*. [Tesis para obtener grado de doctor en psicología, Universidad nacional de educación a distancia]. Repositorio institucional.
<http://espacio.uned.es/fez/view/tesisuned:Psicologia-Bcarnal>
- Baculima, P., (2016). *Prevalencia del desajuste emocional en personas con infertilidad de Cuenca. Febrero - Julio 2016*. [Tesis para optar el título de licenciado en psicología, Universidad del Azuay]. Repositorio institucional.
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6331>
- Baeza, J.C., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la ansiedad*. Díaz de Santos
- Bazán, L. (2021). Adaptación, validez y fiabilidad del inventario ansiedad rasgo-estado para adultos de la ciudad de Trujillo. *Revista de Investigación en Psicología*. 24(1), 101 – 116. <https://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v24i1.20614>
- Beck, A.; Emery, G., y Grenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Basic books.
- Bermúdez, J. (1986). *Psicología de la personalidad*. UNED.
- Bezerra, N. (2018). *Relação entre o perfil psicofisiológico do estresse e o resultado do tratamento de mulheres submetidas a fertilização in vitro* [tesis de maestría, Universidade Federal do Rio Grande do Norte] Repositorio institucional.
[https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/26452/1/Rela%
entreperfil_Bezerra_2018.pdf](https://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/26452/1/Rela%c3%a7%c3%a3o%20entreperfil_Bezerra_2018.pdf)
- Bulbena, A., Casquero, R., De Santiago, M., Del Cura, M., Díaz, P., Fontecha, M., García, A., Gracia, J., Pereira, M., Pozo, M., Suárez, V., Tello, M., Torralba, V. (2008). *Guía*

de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Cancino, R., Pacheco, G., Rechkemmer, A., & Rodriguez, D. (2002). Infertilidad por salpingitis: Características demográficas y clínicas de pacientes atendidas en el Hospital Arzobispo Loayza. *Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia*. 48 (3).http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol_48n3_2002/inferti_salpingitis.htm
- Cano, V. (2011). Ansiedad claves para manejarla. Emociones que nos rompen: Ansiedad y depresión. *Revista Critica*. 974 (31-36).
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3694311>
- Cano – Vindel, A. & Miguel – Tobal, J. (2001). Emoción y salud. *Ansiedad y estrés*, 7, 2-3, 111-121.
- Carpenito, L. (1995). *Diagnóstico de Enfermería*. (5a.ed.) Mc Graw Hillinteramericana
- Carreño, M., Morales, C., Sanchez, B., Henales, A. & Espindola, H. (2007). Una explicación de los síntomas de depresión y ansiedad en mujeres estériles. *Ginecología y Obstetricia de México*, 75(3),133-41. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=17903>
- Carreño, J., Gonzalez, G., Martinez, S., Morales, F., y Sanchez, C. (2003). Características del autoconcepto en parejas estériles por factor masculino y femenino. *Imbiomed: Perinatología y Reproducción Humana*, 17, 80 – 90.
<http://www.inper.edu.mx/descargas/pdf/CaracteristicasdelAutoconcepto.pdf>
- Casado Morales, M. (1994). *Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos*. [Tesis para optar el grado de Doctor en psicología, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio institucional. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/2997/>

- Cattell, R. y Scheier, H. (1958). *The nature of anxiety: A review of 13 multivariate analyses comparing 814 variables*. *Psychological Reports, Monograph Supplement*, 5, 351-388.
- Clark, D., Beck, A. (2012). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Editorial Desclee De Brouwer.
- Consuegra, N. (2004). *Diccionario de Psicología*. Ecoe Ediciones
- Contreras, F., Espinosa, J., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: perspectivas en psicología*. 1(2), 183-194. Recuperado el 14 de mayo de 2021, de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982005000200007
- Coughlan, C., Walters, S., Ledger, W., & Li, T. (2014). A comparison of psychological stress among women with and without reproductive failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 124(2), 143-147. 10.1016/j.ijgo.2013.08.006
- Del Castillo, M., (2015). *Ajuste emocional, afectos, alexitimia y recursos adaptativos en infertilidad: Un estudio comparativo con personas fértiles* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación a Distancia]. Repositorio institucional. http://62.204.194.43/fez/eserv/tesisuned:Psicologia-Mfdcastillo/DEL_CASTILLO_APARICIO_M_Flor_Tesis.pdf
- Díaz, Z., & García, D. (2011). La perspectiva de género y la relación médico paciente para el problema de la infertilidad. *Revista Cubana de salud pública*. 37 (1), 106 – 119. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662011000100009&script=sci_arttext
- Domar, A., Zuttermeister, P., & Friedman, R. (1993). The psychological impact of infertility: a comparison with patients with other medical conditions. *Journal of Psychosomatic Obstetric and Gynaecology*, 14, 45-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8142988/>

- Dominic, C. (2003). *Enfermedades y tratamiento III*. Plaza y Janés editores.
- Ellis, A. (2000). *Cómo controlar la ansiedad antes de que le controle a usted*. Paidós.
- Estela, J., Vergara, A. (2020). *Nivel de depresión y ansiedad en mujeres entre 25 a 45 años con diagnóstico de infertilidad en el hospital regional de Lambayeque entre el mes de julio del 2017 al mes de julio del 2018*. [Tesis para optar el título de médico cirujano, Universidad San Martín de Porres]. Repositorio institucional.
<https://hdl.handle.net/20.500.12727/6023>
- Faria, C. (1990). A Infertilidade: Desejo ou Maldição. *Análise Psicológica*, 4(8), 419-423.
<http://hdl.handle.net/10400.12/2911>
- Faria, C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. *Psicologia da gravidez e maternidade*, 189-209.
- Faria, D., Grieco, S., & Barros, S. (2012). The effects of infertility on the spouses' relationship. *Rev Esc Enferm USP*, 46(4), 794-801. DOI: 10.1590/s0080-62342012000400002
- Fernández, C., Baptista, L. & Hernández, R. (2014). *Metodología de la investigación*. McGraw Hill.
- Freitas, L., (2016). *A trajetória de um sonho: ansiedade e enfrentamento da infertilidade por casais*. [Tesis de Maestría en psicología, Universidad Federal de Espírito Santo]. Repositorio institucional. <http://repositorio.ufes.br/handle/10/10162>
- Fuller, N. (2000). *Paternidades en América Latina*. Lima: PUCP Fondo Editorial.
- Furman D. (1997). Estudio comparativo de los efectos psicológicos de la infertilidad en hombres y mujeres chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol*, 62(1),6-14.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-197873>
- González Martínez, M. T. (1993). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Revista de Pedagogía de la Universidad de*

Salamanca, 5, 9-22.

https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/69050/Aproximacion_al_concepto_de_aniedad_en_.pdf?sequence=1&isAllowed=y

González-Vigil, T. (2008). *Relación entre percepción del apoyo parental a la autonomía e involucramiento parental con ansiedad en púberes*. [Tesis para optar el grado de Licenciada en psicología, Universidad Pontificia la Católica del Perú]. Repositorio institucional. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/397>

Gutiérrez, J. (2006). *Ansiedad y salud*. Internacional Thomson.

Hardy, E. y Makuch, MI (2002). Género, infertilidad y ART. Prácticas actuales y controversias en Reproducción Asistida.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42576/9241590300.pdf#page=283>

Hernández, N. y Sánchez, J. (2007). *Manuel de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de salud*. Amertown International S.A.

Izard, C. E. (1991). *The psychology of Emotions*. Plenum.

Jara, V. (2015). *Perfil de salud mental de mujeres infértiles*. [Tesis para obtener el grado de master en salud reproductiva, Universidad de Concepción de Chile]. Repositorio institucional. <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/1871>

Kerlinger, F. y Lee, H. (2004). *Investigación del comportamiento. Métodos de Investigación en las ciencias sociales*. McGraw-Hill.

Lakatos, E., Szigeti, J., Ujma, P., Sexty, R., & Balog, P. (2017). Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. *BMC Women's Health*, 17(48), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0410-2>

Latorre, J. (2009). *Estrés: significado, impacto y recursos*. Pirámide

Lazarus, R. (1976). *The stress and coping paradigm*. Eisdorfer.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

- Lequerica Fernández, P. (2013). *Repercusiones psicológicas de las técnicas de reproducción asistida*. [Tesis para optar el título de máster en biología y tecnología de la reproducción, Universidad de Oviedo]. Repositorio institucional.
<http://hdl.handle.net/10651/17701>
- Loaiza, C. y Garces, M. (2020). *Ansiedad y estrés en efectivos policiales durante la emergencia sanitaria covid19, cuzco 2020*. [Tesis para optar el grado de Licenciada en psicología, Universidad autónoma de Ica]. Repositorio institucional.
<http://repositorio.autonomaica.edu.pe/handle/autonomaica/866>
- Lombardia, J. y fernandez, M. (2007). *Ginecología y obstetricia. Manual de consulta rápida*. 2da ed. Editorial medica panamericana.
- López, J. y Valdés, M. (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-iv-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Lordăchescu, D., Paica, C., Boca, A., Gica, C., Panaitescu, A., Peltecu, G., Vedută, A., Gică, N. (2021). Anxiety, Difficulties, and Coping of Infertile Women. *Healthcare*, 9(4).
<https://doi.org/10.3390/healthcare9040466>
- Llavona, L.M. (2008). El impacto psicológico de la infertilidad. Papeles del psicólogo.
Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. 29 (2), 158 – 166.
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=77829202>
- Martínez-Monteagudo, M., Ingles, C., Cano-Vindel, A., & García-Fernández, J. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. *Ansiedad y estrés*, 18(2), 201-219. <http://hdl.handle.net/10045/35859>
- Mejía, G. (2011). Trastorno de Ansiedad en Niños y Adolescentes. *Actas de las Reuniones del Equipo de Medicina Familiar de la Pontificia Universidad Javeriana*. Pontificia Universidad Javeriana.

- Méndez, F., Olivares, J. y Bermejo, R., (2001). *Manual de Psicología clínica infantil y del adolescente: Trastornos específicos*. Ediciones Pirámide.
- Miguel-Tobal, J. J. (1990), *La ansiedad*. En Pinillos y Mayor. Eds. Tratado de Psicología General. Motivación y Emoción. Alhambra.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2008). *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria*. Agencia Laín Entralgo
- Morán, R. (2004). *Educando con desordenes emocionales y conductuales*. La editorial Universidad de Puerto Rico.
- Moreira, S., Lima, J., Sousa, M., & Azevedo, G. (2005). Estresse e função reproductiva feminina. *Rev Bras Saude Matern Infant*, 5 (1), 119-125.
<https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000100015>
- Moreno, C. (2008). Infertilidad y psicología de la reproducción. Papeles del Psicólogo. *Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos*. 29 (2), 154 – 157.
<http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1581.pdf>
- Moreno, A., & Guerra, D. (2007). Procesos emocionales en pacientes sometidas a técnicas de reproducción asistida. Guías de evaluación consejo, apoyo e intervención psicológica en reproducción asistida. *Revista Iberoamericana de Fertilidad*, 26 (6), 11-17.
- Moscoso, M. & Oblitas, L. (1994). Hacia una psicología de la salud en el año 2000: Retos y promesas. *Psicología contemporánea*, 1, 7 –15.
- Neciosup, V. (2014). *Problemas de política pública y estado situacional de las técnicas de reproducción humana asistida en el Perú*. Departamento de Investigación Documentaria Parlamentaria del congreso de la República del Perú.
[https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/C69EC8BB4D4C25C20525831200509E87/\\$FILE/238_INFINVES95_2014_2015_problema_publica.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/C69EC8BB4D4C25C20525831200509E87/$FILE/238_INFINVES95_2014_2015_problema_publica.pdf)

- Newton, C., Sherrard, W. (1999). The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility - related stress. *Fertil Steril*, 72(1), 54-62.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10428148/>
- Odiete E., Ajayi A., Afolabi B., Ajayi V., Biobaku O. (2016) Assessment of Anxiety Levels of Infertile Women and Couples Presenting for In-vitro Fertilization Procedure in Africa. *Gynecol Obstet*. 6 (7). <http://dx.doi.org/10.4172/2161-0932.1000393>
- Oms (2003). *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice*. Organización mundial de la salud.
- OMS. (2020). Infertilidad. https://www.who.int/es/health-topics/infertility#tab=tab_1
- Papalia, D y Wendkos, S. (1998). *Desarrollo Humano*. Mc Graw-Hill.
- Pardo, F. (2010). *Bienestar psicológico y ansiedad rasgo-estado en alumnos de un MBA de Lima Metropolitana*. [Tesis para optar el grado de Licenciada en psicología, Universidad Pontificia la Católica del Perú]. Repositorio institucional.
<http://hdl.handle.net/20.500.12404/672>
- Perpiñá, G. (2012). *Adaptación de una versión corta de la sub escala estado del "State-Trait Anxiety Inventory" de Spielberger (STAI) en pacientes españoles conectados a ventilación mecánica invasiva*. [Tesis Doctoral, Universidad de Alicante de España].
https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/26841/1/Tesis_Perpina_Galvan.pdf
- Polaino, A., Cabanyes, J., y Del Pozo, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Ediciones Rialp S.A.
- Prada, R. (1994). *Terapia a su alcance: Psicología y profesiones*. (3 ed.). San Pablo.
- Ries, F., Castañeda, C., Campos, M., & Del Castillo, O. (2012). Relaciones entre ansiedad-rasgo y ansiedad-estado en competiciones deportivas. *Cuadernos de Psicología del Deporte*. 12(2) (9-16).

- Roa, Y. (2012). La infertilidad como problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*. 58(2), 79-85.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322012000200003&lng=es&tlng=es.
- Sandín, B. & Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. *Manual de Psicopatología*. Vol. 2. (53-80). McGraw-Hill.
- Seger-Jacob, L. (2000). *Stress e ansiedade em casais submetidos à reprodução assistida*. [Tesis para optar el título de doctorado en psicología, Universidad de São Paulo].
 Repositorio institucional. doi:10.11606/T.47.2001.tde-11102001-141733.
- Se incrementan casos de infertilidad en el Perú. (26 de Mayo de 2019). La República.
<https://larepublica.pe/salud/770058-se-incrementan-casos-de-infertilidad-en-el-peru/>
- Sierra, J., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade, Universidade de Fortaleza*, III (1). 10-59.
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
- Spielberger, Gorsuch y Lushene (1972). *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)*. Estados Unidos
- Spielberger, C. y Díaz-Guerrero, R. (1975). *IDARE*. Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado. El Manual Moderno.
- Spielberger, C. (1979). *Tensión y ansiedad*. Harla S.A.
- Spielberger, C. (1980). *Tensión y ansiedad*. Harper & Row Latinoamericana.
- Spielberger, C, Gorsuch, R. & Lushene, R. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado - Rasgo, STAI*. TEA Ediciones.
- Spielberger, C., Pollans, C. & Wordan, T. (1984). Ansiedad trastornos. *Adulto psicopatología y diagnóstico*. John Wiley and Sons. 263-303.

- Sue, D. (1996). *Comportamiento anormal*. McGraw-Hill.
- Tame, N. (2007). *Infertilidad: el dolor secreto- métodos para revertirla*. Pax México.
- Urdapilleta, L. & Fernandez D. (1995) Infertilidad: reproducción asistida y administración de recursos. *Sistemas familiares*, 11(3). www.leticiaurdapilleta.com
- Van Balen, F. & Trimbos-Kemper, T. (1993). Long-term infertile couples: a study of their well-being. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14, 53-60.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8142990/>
- Ventura, M. (2009). *Eficacia de un programa de intervención grupal cognitivo- conductual para disminuir el trastorno de ansiedad generalizada en pacientes del Puesto de Salud Las Dunas-Surco*. [Tesis para para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional.
<https://hdl.handle.net/20.500.12672/618>
- Viedma, M. (2008). *Mecanismos Psicofisiológicos de la Ansiedad Patológica: Implicaciones Clínicas*. [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio institucional.
<http://hdl.handle.net/10481/2017>
- Virues, R. (2005). Estudio sobre ansiedad. *Revista Psicología Científica.com*, 7(8).
<http://www.psicologiaincientifica.com/ansiedad-estudio/>
- Yauri A. (2018). *Ansiedad infantil en estudiantes de primer a tercer grado de educación primaria del colegio 1208 San Francisco de Asís - Ate Vitarte*. [Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología, Universidad Inca Garcilaso de la Vega].
- Zegers-Hochschild, F.; Adamson, G.; De Mouzon, J.; Ishihar, O.; Mansour, R.; Nygren, K.; Sullivan, E. & Van der Poel, S. (2010) *Versión revisada y preparada por el Comité Internacional de Monitoreo de la Tecnología de Reproducción Asistida y la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2010*.
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology_es.pdf

IX. ANEXOS

Anexo A. Ajuste psicométrico del instrumento de Estudio

Confiabilidad del inventario de Ansiedad estado – rasgo

Para la sub escala de ansiedad estado se obtuvo un índice Alpha de 0.944, con un nivel de significancia estadística de $p < 0.001$, lo que indica que es muy confiable. Para la sub escala ansiedad rasgo se obtuvo un índice Alpha de 0.870, con un nivel de significancia estadística de $p < 0.001$, lo que indica que sub escala de ansiedad rasgo es muy confiable.

Tabla

Estimaciones del coeficiente Alpha de la escala ansiedad estado – rasgo

| Sub escalas | Alpha de Cronbach |
|-----------------|-------------------|
| Ansiedad estado | 0.944 |
| Ansiedad rasgo | 0.870 |

Validez de constructo

a. Ansiedad estado

Se reportan el análisis de ítems en la sub escala de ansiedad estado estableciéndose que las correlaciones con la técnica de correlación de Pearson ® sus valores son moderadas (0.41 – 0.60), altas (0.61 – 80) y muy altas (0.81 – 1).

Tabla*Validez ítems- test de la sub escala de ansiedad estado (n = 104)*

| Ítem | r | P |
|------|--------|-------|
| 1 | ,738** | 0.000 |
| 2 | ,797** | 0.000 |
| 3 | ,693** | 0.000 |
| 4 | ,628** | 0.000 |
| 5 | ,790** | 0.000 |
| 6 | ,470** | 0.000 |
| 7 | ,678** | 0.000 |
| 8 | ,691** | 0.000 |
| 9 | ,681** | 0.000 |
| 10 | ,754** | 0.000 |
| 11 | ,518** | 0.000 |
| 12 | ,595** | 0.000 |
| 13 | ,545** | 0.000 |
| 14 | ,622** | 0.000 |
| 15 | ,813** | 0.000 |
| 16 | ,829** | 0.000 |
| 17 | ,846** | 0.000 |
| 18 | ,623** | 0.000 |
| 19 | ,784** | 0.000 |
| 20 | ,752** | 0.000 |

** Significancia muy alta (P <0.001)

b. Ansiedad rasgo

Se reportan el análisis de ítems en la sub escala de ansiedad rasgo estableciéndose que las correlaciones con la técnica de correlación de Pearson ® sus valores son moderadas (0.41 – 0.60) y altas (0.61 – 80).

Tabla*Validez ítem- test la sub escala ansiedad rasgo (n = 104)*

| Ítem | r | P |
|------|--------|-------|
| 1 | ,485** | 0.000 |
| 2 | ,476** | 0.000 |
| 3 | ,569** | 0.000 |
| 4 | ,666** | 0.000 |
| 5 | ,459** | 0.000 |
| 6 | ,449** | 0.000 |
| 7 | ,449** | 0.000 |
| 8 | ,662** | 0.000 |
| 9 | ,661** | 0.000 |
| 10 | ,644** | 0.000 |
| 11 | ,458** | 0.000 |
| 12 | ,713** | 0.000 |
| 13 | ,637** | 0.000 |
| 14 | ,448** | 0.000 |
| 15 | ,782** | 0.000 |
| 16 | ,438** | 0.000 |
| 17 | ,613** | 0.000 |
| 18 | ,680** | 0.000 |
| 19 | ,558** | 0.000 |
| 20 | ,554** | 0.000 |

** Significancia muy alta (P <0.001)

Anexo B. Protocolo

STAI

(C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch y R. E. Lushene – 1982)
Autoevaluación A (E/R)

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse a uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE UD. AHORA MISMO**, en ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|-----|---|------|------|----------|-------|
| 1. | Me siento calmado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Me siento seguro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Estoy tenso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Estoy contrariado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Me siento cómodo (estoy a gusto) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Me siento alterado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Me siento descansado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. | Me siento angustiado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. | Me siento confortable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. | Tengo confianza en mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. | Me siento nervioso. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 13. | Estoy desasosegado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. | Me siento muy <<atado>> (como oprimido). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. | Estoy relajado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. | Me siento satisfecho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. | Estoy preocupado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. | Me siento aturdido y sobreexcitado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. | Me siento alegre. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. | En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |

INSTRUCCIONES

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se **SIENTE Ud. EN GENERAL**, es decir, en LA MAYORÍA DE LAS OCASIONES. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Ud. Generalmente.

| | | Casi Nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|-----|--|------------|---------|----------|--------------|
| 21. | Me siento calmado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. | Me canso rápidamente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. | Siento ganas de llorar. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. | Me gustaría ser tan feliz como otros. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. | Pierdo oportunidades por no decidirme pronto. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. | Me siento descansado. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. | Soy una persona tranquila, serena y sosegada. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. | Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. | Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. | Soy feliz. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. | Suelo tomar las cosas demasiado seriamente. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. | Me falta confianza en mí mismo. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. | Me siento seguro. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. | No suelo afrontar las crisis y dificultades. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. | Me siento triste (melancólico). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. | Estoy satisfecho. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. | Me rondan y molestan pensamientos sin importancia. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. | Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. | Soy una persona estable. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. | Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado. | 0 | 1 | 2 | 3 |

HOJA DE DATOS

1. Sexo: F M

2. Edad: años

4. Distrito de Residencia: _____

5. Grado de Instrucción: Primaria Secundaria Técnico

Universitario Master/Doctorado

Completo

Incompleto

6. Número de gestaciones: _____ Número de hijos: _____

7. Diagnóstico: _____

8. Tiempo con diagnóstico de infertilidad: _____

9. Tratamiento que se va a realizar en el centro:

10. Tiempo que lleva en el tratamiento: _____

Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento informado es explicar a los participantes acerca de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella.

La presente investigación es conducida por **Asenet Torres Andrade**, de la Universidad Nacional Federico Villarreal. La meta de este estudio es conocer los niveles de ansiedad-estado y ansiedad rasgo, en pacientes que asisten a la unidad de medicina reproductiva.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria; la información generada es de carácter confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Sus respuestas a los cuestionarios serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán Anónimas. La aplicación del instrumento de investigación tomará aproximadamente de 15 minutos.

Si tiene alguna duda, puede hacer preguntas al entrevistador en cualquier momento durante su participación; igualmente puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma.

Eh sido informado acerca de la meta de este estudio; que la aplicación de la prueba tomará 15 minutos y que puedo hacer preguntas en cualquier momento durante mi participación. Igualmente, puedo retirarme en cualquier momento sin que eso me perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas me parece incómodas, tengo el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Yo..... acepto
participar voluntariamente en la investigación señalada.

Fecha:

Firma del Participante