



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA HIPOLITO UNANUE

INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS

EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2020

Líneas de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTORA:

Aguilar Rosales, Brenda Jaxira

ASESOR:

Mg. Cerna Iparraguirre, Fernando Jesús

JURADO

Dr. Huarag Reyes, Raúl Abel

Mg. Vera Linares Lucy Elena

Mg. Huamani Pedroza Marcelina

Lima – Perú

2021

DEDICATORIA

A Dios por concederme finalizar la carrera de Obstetricia, a mis padres
por su continuo apoyo durante todo el proceso.

AGRADECIMIENTO

A mi asesor por su paciencia y colaboración continúa con esta elaboración de tesis. A mi universidad por brindarme los conocimientos adquiridos hasta ahora.

INDICE

DEDICATORIA.....	2
AGRADECIMIENTO.....	3
RESUMEN	6
ABSTRACT	7
I. INTRODUCCION	8
1.1 Descripción del problema.....	9
1.2 Formulación del problema de investigación.....	10
1.3 Antecedentes.....	10
1.3.1 Antecedentes internacionales.....	10
1.3.2 Antecedentes nacionales.....	12
1.4 Objetivos.....	15
1.4.1 Objetivo general.....	15
1.4.2 Objetivo específicos.....	15
1.5 Justificación.....	16
1.6 Importancia.....	16
II. MARCO TEÓRICO	17
2.1 Bases Teóricas.....	17
2.1.1 Preeclampsia.....	17
2.1.2 Estrés.....	24
III. METODO	35

IV. RESULTADOS	41
V. DISCUSIÓN	48
VI. CONCLUSIONES	52
VII. RECOMENDACIONES	53
VIII. REFERENCIAS	54
IX. ANEXOS.....	58
Anexo N°1. Matriz de consistencia	58
Anexo N°2. Operacionalización de variable	630
Anexo N°3. Juicio de experto N°1	62
Anexo N°4. Juicio de experto N°2	63
Anexo N°5. Juicio de experto N°3	64
Anexo N°6. Juicio de experto N°4	65
Anexo N°7. Validación del instrumento	66
Anexo N°8. Instrumento de recolección de datos	67
Anexo N°9. Aprobación de informe de asesor de tesis.....	71
Anexo N°10. Hoja de consentimiento informado	72

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020. **Metodología:** Estudio con enfoque cuantitativa, descriptiva no experimental, prospectiva de corte transversal, realizado a 150 gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el servicio de hospitalización – emergencia en el Hospital de San Juan de Lurigancho en el periodo de enero – junio en el 2020, se empleó la ficha de recolección de datos para la recolección de información, de igual manera se empleó el instrumento de escala de estrés de Beck (1998), para determinar el grado de estrés, previamente validados. **Resultados:** Con respecto al tipo de preeclampsia se evidenció que el 70,4% de gestantes presentó preeclampsia severa y un 29,6% presento preeclampsia leve respectivamente. La agremiación entre el nivel de estrés dimensión cognitivo-psicológico y la preeclampsia en gestantes, se evidenció el 68,5% de gestantes con preeclampsia severa presentaron un nivel de estrés cognitivo-psicológico alto y el 1,9% de mujeres embarazadas con preeclamsia severa presentaron estrés cognitivo-psicológico moderado. Además se constató que el 14,8% gestantes con preeclampsia leve presentaron un nivel de estrés cognitivo-psicológico moderado, seguido del 13,9% de gestantes preeclampticas sin signos de severidad presentaron un nivel de estrés cognitivo-psicológico bajo y por último el 0,9% de gestantes con preeclampsia leve presentó un nivel de estrés cognitivo-psicológico alto. **Conclusiones:** El nivel de dimensión de estrés en gestantes preeclampticas con criterios de severidad, se determinó el predominio del estrés de dimensión cognitivo-psicológico alto, con el 68,5% sobre el moderado y en el fisiológico predomino el alto con un 50,9% sobre el moderado, concluyendo así la influencia del estrés en la preeclampsia.

Palabras clave: Preeclampsia, estrés, nivel.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of stress on preeclampsia in pregnant women treated at the San Juan de Lurigancho Hospital, 2020. **Methodology:** A quantitative, descriptive, non-experimental, prospective, cross-sectional study was carried out on 150 pregnant women diagnosed with preeclampsia and treated in the hospitalization-emergency department at the San Juan de Lurigancho Hospital during the period January - June 2020.

The data collection sheet was used to gather information, and the Beck stress scale instrument (1998) was also used to determine the degree of stress, previously validated.

Results: Regarding the type of preeclampsia, it was shown that 70.4% of pregnant women presented severe preeclampsia and 29.6% presented mild preeclampsia, respectively. The aggregation between the level of cognitive-psychological dimension stress and preeclampsia in pregnant women, it was evidenced that 68.5% of pregnant women with severe preeclampsia presented a high level of cognitive-psychological stress and 1.9% of pregnant women with severe preeclampsia presented moderate cognitive-psychological stress. It was also found that 14.8% of pregnant women with mild preeclampsia presented a level of moderate cognitive-psychological stress, followed by 13.9% of preeclamptic pregnant women without signs of severity presented a low level of cognitive-psychological stress and finally 0.9% of pregnant women with mild preeclampsia presented a high level of cognitive-psychological stress. **Conclusions:** The level of stress dimension in preeclamptic pregnant women with severity criteria, it was determined the predominance of high cognitive-psychological dimension stress, with 68.5% over the moderate one, and in the physiological one the high one predominated with 50.9% over the moderate one, concluding in this way the influence of stress in preeclampsia.

Key words: Preeclampsia, stress, level.

I. INTRODUCCION

Las perturbaciones en los trastornos hipertensivos durante la gestación son las causantes del veinte por ciento de decesos de mujeres gestantes en América Latina conforme datos de la Organización Mundial de la Salud difundido en el 2014.

Preeclampsia se detalla como la subida de la tensión arterial diastólica superior o equivalente a 90 mmHg y/o tensión arterial sistólica superior o similar a 140 mm Hg, también se describe por un aumento de 30 mmHg o más en la TAS o 15 mmHg o más en la TAD usual, coligado con la presencia de proteínas en la orina, edemas y deterioro del órgano blanco.

Conforme antecedente de la Preeclampsia Foundation, esta afección perjudica el dos al diez por ciento de las gestaciones a nivel universal, siendo el primordial origen de los decesos maternos. Pudiendo provocar precozmente el parto, desencadenando que los recién nacidos se les atienda urgentemente en las áreas correspondiente. Se conoce que las afecciones de la hipertensión arterial, son responsables por aproximadamente 22% de las muertes maternas en América Latina, siendo el 16% en África y 12% en Asia. (Centro latinoamericano de perinatología, salud de la mujer y reproductiva, 2019).

En el periodo de la gestación ocurren diversos cambios que originan estrés y ansiedad, de manera que la incertidumbre por cambio de estilo de vida provoca en la mujer gestante una inestabilidad para adaptarse a este nuevo requerimiento. (Revista de ADM, 1999).

1.1 Descripción del problema

Mundialmente la preeclampsia y otros trastornos hipertensivos del embarazo son una de las primordiales causas que provocan muerte materna y neonatal.

La preeclampsia puede ocurrir en cualquier momento del embarazo y el posparto, generalmente ocurre después de las 20 semanas de gestación y hasta 24 días después del parto. En casos raros puede ocurrir antes de las 20 semanas de gestación. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (2019), más del 20% de las muertes maternas son provocados por problemas hipertensivos.

Según el Boletín estadístico del Instituto nacional Materno Perinatal (2018), la mortalidad según causa básica del 2012 – 2018 fue de 42.9% por trastornos hipertensivos del embarazo.

Según Ku Chung (2018), afirma que diversos estudios han identificados que los estresores psicosociales como la agresión física, problemas económicos, ansiedad, depresión incrementan el riesgo de sufrir preeclampsia. Cabe resaltar que al enfrentarse a algún evento estresante hay una secreción de hormonas vasoactivas y otros transmisores neuroendocrinos, en el cual podrían incrementar el riesgo de hipertensión en las gestantes. Es por ello que el propósito de este trabajo es estimar cuanto afecta el estrés en una gestante para que desemboque en preeclampsia y que este estudio sirva para estudios posteriores.

1.2 Formulación del problema de investigación

¿Cuál es la influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020?

1.3 Antecedentes

1.3.1 Antecedentes internacionales

Torres M., Vinalay I., Vega E., Cortaza L., Gutiérrez A. (2018), realizaron una investigación sobre los factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres mexicanas residentes de tres estados, utilizaron estudios de casos controles. Se emplearon dos cuestionarios y cinco escalas tipo Likert anticipadamente certificadas. Fue un estudio estadístico comparativo. Los análisis revelaron violencia mínima en los 3 Estados, considerablemente en el Estado de México y Veracruz. La depresión, fue un descubrimiento revelador para preeclampsia, encontrándose dos veces más riesgo de sufrir esta patología en gestantes que padecen de depresión leve o moderada. Además se evidencio de 3 a 4 veces más riesgo cuando padece de depresión severa. En mujeres del estado de Veracruz, se informó que las gestantes que presentaron síntomas de depresión alguna vez, presentaron tres veces más riesgo de tener esta patología y siete veces más, cuando tienen un mínimo de cinco atenciones prenatales. Se concluyó que la depresión, violencia y un mínimo de cinco

atenciones prenatales como factores de riesgo psicosociales asociados a la preeclampsia. (Torres, L., Vinalay, C., Vega, M., Cortaza, R., Gutiérrez, A., 2018, p. 227)

Plaza, M. y Sagbay, B. (2017), realizaron un estudio sobre el estrés durante la gestación en mujeres que afluyen a la unidad de Gualaceo. Se realizó un análisis descriptivo de corte transversal, en la cual la muestra estuvo establecida por 122 gestantes. Los resultados del estudio fueron que de las 122 mujeres grávidas encuestadas el 16,4% evidenciaron estrés ínfimo, 45,9% poseen estrés mediano, 37,7% estrés alto; también se señaló las causas del estrés, donde el 27,9% se evidenció a las modificaciones en los hábitos de dormir, 20,5% alteraciones en los hábitos alimenticios, 17,2% cambio de situación económica, 16,4% el embarazo como un estresor y el 9,8% al desposorio. Se concluyó que el 100% de las mujeres grávidas mostró estrés durante la gravidez. (Plaza, A., Sagbay, P., 2017, p.36-52).

Díaz A., Roca A., Oñate G., Castro P., Navarro E. (2016), realizó el estudio sobre la interrelación dinámica de los factores de riesgo epidemiológicos presentes en los trastornos hipertensivos de la gestación. Fue un análisis tipo observacional analítico, retrospectivo de tipo casos controles. Utilizaron una muestra de 42 mujeres con esta patología en la gestación y 80 mujeres sin este trastorno. En los resultados obtenidos se evidenciaron factores frecuentes entre la preeclampsia y la hipertensión gestacional en menores de 21 años con una mayor prevalencia de trastorno hipertensivo del embarazo. Se demostró que el estrés durante la gestación contribuye a que presente algún tipo de trastorno, entre ellos la

sumisión económica, escaso nivel de estudios y madres de familia que son la fuente principal de sustento económico en el hogar con un OR: 3.85; (IC: 1.63-9.08) $p=0.01$. La conclusión de este estudio fue la evidencia de la realidad de componentes habituales tanto protectores como de riesgo y su interconexión para exteriorizar los trastornos hipertensivos del embarazo. (Díaz, P., Roca, P., Oñate, D., Castro, G., Navarro, Q., 2016, p.27-38).

1.3.2 Antecedentes nacionales

Ku, E. (2018), ejecutó una investigación sobre la correlación entre los estresores psicosociales y la preeclampsia en pacientes grávidas atendidas en el Hospital Vitarte. Realizó un análisis metódico de casos y controles, retrospectivo de corte transversal. La población estuvo conformado por 40 pacientes puérperas de parto vaginal hospitalizadas en el servicio de obstetricia, divididas en dos grupos por distrito de procedencia y fecha de ingreso, 20 casos con diagnóstico de preeclampsia en el embarazo y 20 controles sin el diagnóstico de esta patología. Los resultados obtenidos fueron la ansiedad (OR: 41.0; IC 95%: 2.18-770.12) y depresión (OR: 76.0; IC 95%: 7.69-750.49). Los estresores sociales coligados emblemáticamente con la patología descrita fue: violencia psicológica (OR: 10.2; IC95%: 1.12-93.34) y violencia basada en género (OR: 10.2; IC 95%: 1.12-93.34). Los estresores psicológicos (OR: 107.6; IC 95%: 10.20-1135.58) y sociales (OR: 22.6; IC 95%: 4.37-117.46) se afiliaron relevantemente a la preeclampsia. Se concluyó una relación estadísticamente importante entre los estresores psicosociales y la preeclampsia. (Ku, C., 2018, p.3-10).

Vergara, P. (2019), realizaron un estudio sobre los estresores psicosociales y su asociación con el desarrollo de preeclampsia en el Hospital Regional de Cajamarca. La investigación fue un diseño no experimental, de corte transversal; descriptivo correlacionar. La muestra estuvo constituida por 85 mujeres grávidas que satisfacían los criterios de inclusión. Los resultados sociodemográficos revelaron el 45,9% de mujeres grávidas diagnosticadas con preeclampsia estuvieron entre las edades de 25 a 34 años, el 80% cohabitaban con su pareja, el 25,9% terminaron su educación básica y el 84% fueron amas de casa. Además se reportó que gran parte de las féminas tuvieron dos a más embarazos, mínimo dos hijos nacidos a término, difiriendo haber tenido algún aborto, teniendo seis o más controles. Un porcentaje exiguo reportó haber tenido hijos nacidos pre término y al menos tuvo alguna pérdida. En conclusión, la ansiedad estado, depresión rasgo-estado, la alteración familiar y la violencia basada en género no evidenciaron asociación elocuente con la patología mencionada; por otro lado, se distinguió que la ansiedad rasgo, fue un exclusivo estresor que exhibió la asociación relevante con la preeclampsia. No se evidenció una asociación importante entre los estresores psicosociales y la patología mencionada. (Tacilla, V., 2019, p.43 - 67).

Vargas, B. (2018), realizó una investigación sobre el nivel de estrés en adolescentes grávidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas. En este estudio la muestra fue conformada por 40 gestantes registradas en el hospital de Chachapoyas. Los resultados que se obtuvieron fue que del 100% de adolescentes gestantes, el 62.5% mostró un nivel de estrés mediano, el 37.5% exteriorizó un nivel de estrés elevado y el 0% mostró un nivel de estrés bajo. Con respecto a las edades, destacó el nivel de estrés mediano donde se evidenció que el 69.2% estuvo conformada por la adolescencia temprana y el 81.5% por la adolescencia tardía. Según el periodo gestacional prevaleció el nivel de estrés

medido, donde se demostró que el 78.6% pertenecía a la primera etapa de gestación, el 81.8% perteneció a la segunda etapa de gestación y el 73.3% estuvo en la tercera etapa de gestación 73.3%. La conclusión de este estudio fue que existe un medido nivel de estrés en las gestantes adolescentes. (Vargas, M., 2018, p.49-63)

Vásquez, F. (2016), realizó un estudio sobre la asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en adolescentes grávidas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. El estudio sostuvo una muestra constituida por dos grupos, donde 53 adolescentes grávidas que hayan exteriorizado una complicación obstétrica (grupo caso) y 53 mujeres grávidas sin complicaciones (grupo control). El desenlace fue que las adolescentes grávidas presentaron primordialmente a la anemia materna con el (17.2%), la infección urinaria (17.2%), la ruptura precoz de membranas (10.3%), amago de parto pre término (6.9%) y el aumento de la presión arterial inducida por el embarazo (3.4%). Se evidenció también en el estudio que no se encontró correlación entre el estrés interno y las complicaciones obstétricas ($p=0.30$) ($OR=3.12$), pero por otro lado si hubo una analogía relevante entre la existencia del estrés externo y complicaciones obstétricas ($p=0.000$) ($OR=144.46$); demostrándose que existe una correlación representativa entre la existencia del estrés general y las complicaciones obstétricas ($p=0.000$) ($OR=31.52$). Concluyéndose así su investigación dándose a conocer que existe una asociación reveladora entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en adolescentes grávidas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. (Vásquez, C., 2016, p.26-37).

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

- Determinar la influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.

1.4.2 Objetivo específicos

- Identificar el grado de preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020
- Establecer el nivel de estrés en las gestantes con preeclampsia, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.
- Evaluar el nivel de dimensión de estrés en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.
- Conocer la edad de gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.
- Analizar la influencia del estrés en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.

1.5 Justificación

La preeclampsia es un problema a nivel mundial, sabiendo que su etiología exacta es desconocida aun, debemos tomar en cuenta los múltiples factores, tanto biológicos como psicológicos, que causan su aparición. Es por eso que en esta investigación pone en énfasis el estrés como desencadenante de una enfermedad hipertensiva durante la gestación.

En el embarazo se originan estados de tensión y ansiedad ya sea por el miedo a cómo será el resultado final o a diversos cambios que sufre su cuerpo al cual deben adaptarse, que pueden ser desequilibrantes concluye Vargas (2018).

Según el boletín epidemiológico del Perú (2019), los trastornos hipertensivos durante el embarazo representan el 15,2% y las hemorragias con 28,3% representan causas directas de muerte materna.

1.6 Importancia

La preeclampsia es un problema a nivel mundial, perjudicando no solo a las mujeres grávidas, sino también a puérperas, cabe resaltar que el estrés afecta a cualquier persona provocando diferentes enfermedades en el cuerpo. Eh ahí la importancia de este estudio que se enfoca en la población gestante que debido a una situación estresante desarrolla preeclampsia, afectando su salud como la del no nacido aún.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Bases Teóricas

2.1.1 Preeclampsia

Según el Colegio Americano de Gineco Obstetricia (2018), determina la preeclampsia como un trastorno que se puede originar en el embarazo o en el puerperio en el cual la presión sanguínea afecta a todo el organismo de la mujer. Frecuentemente acontece después de las 20 semanas de gestación, continuamente en el 3er trimestres de embarazo.

- Grávida hipertensa: Se encontrará con una PA sistólica ≥ 140 mmHg y/o PA diastólica ≥ 90 mmHg, tomada en dos momentos con un descanso exiguo de cuatro horas (incluyendo siete días), sentada y relajada. En caso de una PA ≥ 110 mmHg no será imprescindible volver a hacer la toma para corroborar la diagnosis.
- Proteinuria: Es la existencia de proteínas en la orina de 24 horas ≥ 300 mg; aparición de proteínas de 2 + al emplear tira reactiva o de 1 + con ácido sulfosalicílico (ASS) en dos muestras de orina tomadas al albur cuando menos por cuatro horas de disimilitud.
- Presunción de proteinuria: Existencia de proteínas de 1 + al usar tira reactiva o trazas con el ácido sulfosalicílico (ASS) en orina tomada al albur. Si hay alguna suspicacia reiterar a las cuatro horas y efectuar proteinuria de 24 horas.

2.1.1.1 Etiología

El origen de la preeclampsia continúa siendo ignorado, si bien el entendimiento sobre su fisiopatología parece que nos aproximan al origen de esta afección. Esta patología conocida como una disfunción endotelial que empieza con la implantación inoportuna del blastocito al endometrio materno, que por razones genéticas inflamatorias e inmunológicas, se altera la placentación y el flujo sanguíneo a la placenta, ocurriendo el desequilibrio de las sustancias angiogénicas- antiangiogénicas, y el endotelio se expresa, con manifestaciones de vasodilatación vasoconstricción, modificaciones de la coagulación diversificada y el estrés oxidativo. El fenotipo final es modulado por el estado cardiovascular y metabólico de la mujer grávida (Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia, 2018, p.10).

2.1.1.2 Aspectos epidemiológicos

La preeclampsia es uno de los obstáculos que provocan considerablemente mortalidad y morbilidad materna y perinatal en el INMP (Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia, 2018, p.10).

La muerte materna de clasificación preliminar directa, indirecta e incidental, en el año 2019 por causas directas representó el 42.9%. En cambio en el año 2018 representó el 33.3% (Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA, 2019, p. 217).

2.1.1.3 Factores de riesgo asociados

Factores de riesgo moderado: Gestantes primigestas, edades menor a los 18 años o mayor – igual de 40 años, espacio intergenésico superior a diez años, IMC ≥ 35 kg/m² inicialmente en la atención prenatal, gestación compuesta, precedente familiar de la patología.

Factores elevados de riesgo: Alteración hipertensivo en la gestación previa, trastorno renal crónico, trastorno autoinmune como lupus eritematoso generalizado o síndrome antifosfolípido, diabetes tipo 1 o 2, presión alta crónica (Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia, 2018, p.12).

2.1.1.4 Signos y síntomas de alerta

Subida de la PA sistólica \geq a 30 mm Hg, o de la PA diastólica \geq a 15 mm Hg, con relación a las presiones basales halladas en su atención prenatal, edema de miembros inferiores (por encima de 1/3 inferior) o generalizado, oliguria, epigastralgia, náuseas y vómitos (Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología, 2018, p.89).

2.1.1.5 Clasificación

- Preeclampsia leve o sin criterios de severidad: Grávida que tiene una PA sistólica < 160 mmHg y una PA diastólica < 110 mmHg y con proteinuria cualitativa de 1 + (ácido sulfosalicílico) o de 2 + (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg en orina de 24 horas y que no exista deterioro en el órgano blanco.

- Preeclampsia severa o con criterios de severidad: Gestante afiliada a una PA sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg y/o con certeza de daño de órgano blanco, destrucción de la función hepática aglutinadas de enzimas hepáticas (TGO) 2 veces el valor normal, severa presencia de dolor en epigastrio que no se contrasta con fármacos, trombocitopenia $< 100000/\text{mm}^3$, creatinina > 1.1 mg/dl, edema pulmonar y enfermedades cerebrales repentinas o alteraciones visuales.
- Hipertensión crónica: Es la subida de presión sanguínea con diagnóstico previo a la gestación, precedentemente de las 20 semanas de embarazo no se controla pasada las 12 semanas del post parto.
- Hipertensión crónica con preeclampsia sobre agregada: Son aquellos personas con hipertensión crónica, que pasadas las 20 semanas de embarazo, evidencian proteinuria; elevación de 15 mmHg de la presión diastólica y/o 30 mmHg de la sistólica en concordancia a sus valores basales; y/o peligro de órgano blanco ocasionado por la preeclampsia (Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia, 2018, p 13-14).

2.1.1.6 Diagnóstico

Una subida de presión sanguínea, posiblemente sea la principal sospecha preeclampsia. Si la interpretación de la presión sanguínea es elevada, se repite la medición de la presión arterial con el fin de ratificar el resultado. Se realizara una prueba de orina

para medición de proteínas. Si se dictamina preeclampsia se realizan otras pruebas para precisar cómo están trabajando los riñones, hígado y evaluar la suma de plaquetas en sangre. Así mismo indagaran si evidencia algunos síntomas de preeclampsia. (Colegio Americano de Gineco Obstetricia, 2018).

2.1.1.7 Exámenes auxiliares

Hemograma, perfil de coagulación: tiempo de protrombina (TP), tiempo parcial de tromboplastina activada (TPTA), lámina periférica, plaquetas, fibrinógeno.

Examen de orina; con tira reactiva o con ácido sulfosalicílico para la hallazgo de proteínas cualitativas. Además de proteinuria en 24 horas para su detección cuantitativa.

Pruebas de función hepática: deshidrogenasa láctica, TGO, TGP, bilirrubinas totales, fraccionadas.

Pruebas de función renal: urea, creatinina y ácido úrico

Pruebas de trombofilias (preeclampsia menor de 34 semanas, si es necesario).

Monitoreo electrónico fetal: Test no estresante y/o test estresante.

Imágenes: perfil biofísico y/o ecografía Doppler. (Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia, 2018, p.14).

2.1.1.8 Complicaciones

Eclampsia: Es una complejidad pizpireta de la preeclampsia donde se evidencian convulsiones tónico-clónicas universales que pueden mostrarse hasta las ocho semanas después del parto.

Síndrome HELLP: Es aquella complejidad pizpireta determinada por anemia hemolítica microangiopática. Manifestada por modificaciones en el frotis sanguíneo (esquistocitos), hiperbilirrubinemia $\geq 1,2$ mg/dl a predominio indirecto, o LDH ≥ 600 UI/L.

Ascenso de enzimas del hígado: Aspartato aminotransferasa (TGO) ≥ 70 UI/L.

Plaquetopenia: Plaquetas menores de 100 000/mm³.

Rotura Hepática: Las más peligrosa complejidad de una preeclampsia severa o síndrome HELLP, produciendo aproximadamente el 30 % de defunciones maternas. Este se origina por un mal funcionamiento endotelial con depósito de fibrina intravascular que incrementa la presión intrahepática y destensa la cápsula de Glisson, originándose dolor en el cuadrante superior derecho, por último se origina un hematoma capsular y la rotura hepática.

Edema pulmonar: La gestante evidencia sensación de falta de aire y la dificultad para respirar en posición decúbito supino, generalmente de origen iatrogénico por excedente de volumen.

Falla renal: Un 90 % de los sucesos es de origen renal (necrosis tubular aguda).

CID (coagulopatía intravascular diseminada): Aumento de la consumición de los factores de coagulación.

Hemorragia cerebral, incremento de agua en el tejido cerebral, pérdida de la capacidad visual, encefalopatía hipertensiva, desprendimiento de retina y muerte materna.

Desprendimiento precoz de placenta, RCIU y óbito fetal. (Guía de práctica clínica y procedimientos en obstetricia y perinatología, 2018, p.89).

2.1.1.9 Sugerencias alusivas a la previsión y manejo de preeclampsia

Según el Instituto Materno Perinatal recomienda:

No utilizar antihipertensivos en mujeres grávidas con hipertensión leve. Emplear sulfato de magnesio en pacientes embarazadas con preeclampsia con signos de severidad.

Utilizar sulfato de magnesio en lugar de fenitoína en pacientes embarazadas con preeclampsia en condiciones severas. Así mismo se recomienda utilizar sulfato de magnesio en lugar de diezepam.

Se propone terminar el embarazo en mujeres grávidas con preeclampsia severa entre las 34 a 36 semanas más 6 días de edad gestacional.

Se menciona utilizar complementos de calcio (1g por día) para la disminución del peligro de preeclampsia.

Se aconseja usar el ácido acetilsalicílico (aspirina) en gestantes con riesgo de desarrollar preeclampsia. Se invita a iniciar su uso antes de las 16 semanas de gestación hasta las 34 semanas en féminas con alto riesgo. (Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia, 2018, p.15 - 16).

Administración de ácido acetilsalicílico en dosis bajas (75 mg) para precaver la patología ya mencionada, en féminas que tienen el peligro elevado de extender la afección.

No se indica la distribución de suplementos de vitamina C y E como monoterapia o combinados. (Organización mundial de la salud, 2014, p.13 - 14).

2.1.2 Estrés

2.1.2.1 Definición

La Organización Mundial de la Salud (2010) delimita el estrés como las reacciones fisiológicas que en su grupo preparan al individuo para la acción.

Plaza y Sagbay (2017), esto origina una contestación instantánea afirmativa o negativa frente requisitos intrínsecas o extrínsecas que resulten peligrosas.

En medicina el estrés es descrito como una circunstancia en el donde los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en desplazamiento se incrementan.

El estrés sucede cuando las transformaciones en el medio exterior o interior son analizadas por el individuo como un peligro a su homeostasis. Por lo cual, el debido reconocimiento del cambio ambiental nos dará la habilidad de efectuar una respuesta apropiada a dichos cambios.

La habilidad de prevenir los cambios estresantes, nos dará la capacidad de evitar o transformar estrategias para eliminarlos.

Hans Seyle en 1934 (médico y fisiólogo canadiense), menciona que el organismo posee un conjunto de respuestas (denomino síndrome global de aclimatación, de lo cual es respuesta al estrés) para enfrentar al estresor. Si el estresor se extiende de manera prolongada posiblemente nos enfermamos (Florencia, 2012, p. 1).

2.1.2.2 Componentes del estrés

- Eustres: Aquí el estrés es normal, ya que el individuo tiene una reacción natural en respuesta a alguna situación compleja.
- Distrés: Es el estrés desagradable. Menciona los efectos nocivos de un exceso de activación psicofisiológica, en otras palabras, cuando la situación desborda el alcance del sujeto, surgiendo principalmente la irritabilidad y ansiedad. (Ministerio de Salud gobierno de El Salvador, 2016).

2.1.2.3 Fases

2.1.1.1.1 Fase de alerta: El organismo detecta la presencia del estresor actuando en consecuencia.

2.1.1.1.2 Fase de defensa (entereza): Se acciona si el estrés perdura, por el cual el organismo debe de tolerar.

2.1.1.1.3 Fase de agotamiento (relajamiento): Si el estresor continúa y se añade de una modificación crónica. Aun así se prolonga por más tiempo, es posible que el organismo rebase su límite. (Plaza, A., Sagbay, P., 2017, p.20).

2.1.2.4 Tipos de estrés

- Estrés Agudo: Es el modo más usual. Resulta de los requerimientos de un pasado repentino y se adelanta a las demandas y presiones futuras. En dosis pequeñas es excitante, sin embargo si es desmesurado es abrumador.
- Estrés agudo episódico: Emanada de la intranquilidad inacabable. El individuo con este tipo de estrés ven una calamidad en cualquier momento y se previenen con desanimo de una desgracia en cada situación.
- Crónico: Tipo de estrés extenuante que consume a los individuos tras el pasar de años destruyendo su mente, organismo y la vida. Surge cuando un individuo no divisa una escapatoria a su realidad, donde el estrés de presiones, exigencias están sobrepasando las posibilidades de la persona. (Ministerio de Salud gobierno de El Salvador, 2016).

2.1.2.5 Niveles de estrés

- Estrés Común: Es útil para la resistencia del organismo en presencia de situaciones de tensión. No presenta dolencias corporales.
- Estrés Leve: Se comienza con la existencia de síntomas somáticos, permutaciones emocionales y si no es detenido avanzará con destino a los posteriores niveles.
- Estrés Moderado: Se muestran los mismos síntomas que en el estrés leve solo que se les agrega cambios en la conducta: impedimento en las articulaciones de la dicción, violento, consumición de sustancias psicoactivas, perturbaciones alimentosas, modificaciones en el sueño y por consiguiente, variación en el sistema inmune.
- Estrés Severo o Alto: Aquí, la realidad del juicio y las convicciones absurdas están presentes en el organismo, así mismo se le suma un elevado grado de somatización. (Plaza, A., Sagbay, P., 2017, p. 21).

2.1.2.6 Factores estresantes

- Factores biológicos: Son transformaciones orgánicas que se producen en la persona, por cual se genera estrés. Tales como la gestación, inconvenientes de peso, enfermedades, laceraciones, vejez, accidentes, abuso, cirugía, etc.
- Factores psicológicos: Se describe a las particularidades de los distintos prototipos de personalidades, donde al producirse una circunstancia de estrés ocasiona deterioro psicológico. Por

ejemplo la dificultad para lograr objetivos, miedo al no sentirse atractivo, sensación de inferioridad, pánico al desierto, inestabilidad, etc.

- Factores socioculturales: Aquellas que incurren en las relaciones colaborando a producir estrés. Tales como el compromiso con un grupo social, matrimonio, separación, mudanza, natalicios, inconvenientes gremiales, ascensión, colisiones interpersonales. En los factores culturales incluimos, la disposición escasa, ignorancia de la perspectiva social y cultural, permutaje de rutina y tradiciones etc. (Morales, L., 2007, p. 12 – 15).

2.1.2.7 Características de las circunstancias del estrés

Regueiro (2017), manifiesta que en cualquier situación estresante existe un grupo de características: Se produce una situación nueva que nos exige un cambio. Al inicio la falta de información por la situación nos estresa. Tenemos la duda sobre que nos va a ocurrir. Normalmente tampoco tenemos muchas habilidades para controlar esta nueva situación. El estrés nos provoca modificaciones biológicas en el individuo donde nos imponen a esforzarse aún más, a fin de volver a la homeostasis. Cuanto más dure la circunstancia, mayor es nuestro desgaste.

2.1.2.8 Hormonas en respuesta al estrés

Florencia (2012), manifiesta que la contestación al estrés tiene como elemento primordial al sistema neuroendocrino, particularmente en el eje (hipotálamo - hipófisis o glándula pituitaria), denominado de igual modo LHPA (sistema Límbico). La exposición al estrés, trae como consecuencia la activación de esta cascada hormonal. Pero como actúa este mecanismo; cierto evento estresor, que comprometa un sacrificio físico, un reto psicológico o una mezcla del uno y del otro produce un incremento en la manumisión de la hormona liberadora de corticotropina (CRF) y arginina vasopresina (AVP), liberado por parte del hipotálamo en el sistema portal hipotálamo-hipófisis de desplazamiento (sistema sanguíneo de capilares que realizan la comunicación de las células neurosecretoras hipotalámicas con la hipófisis). La aparición de CRF y arginina vasopresina activa a la glándula pituitaria que manumita ACTH (adrenocorticotropina o corticotropina) a la circulación global del organismo. La corticotropina trabaja sobre la corteza de las glándulas impulsando la síntesis y el cortisol. Esta estructura es regulada por la retroalimentación negativa, en otras palabras el cortisol circundante se junta a los receptores en el hipotálamo y glándula pituitaria deteniendo la liberación de CRF, arginina vasopresina y corticotropina, regresando al cuerpo al su estado basal.

En tanto la respuesta al estrés, el páncreas es incitado para la manumisión del glucagón. Los glucocorticoides, el glucagón y el SNS incrementan los niveles de glucosa, aumentando la energía utilizable, de igual forma se accionan otras hormonas como la prolactina que en sus múltiples resultados, que inhibe la reproducción y vasopresina (hormona antidiurética). De todas maneras algunos sistemas se inhiben durante la respuesta al estrés. Por ejemplo la exudación de hormonas el estrógeno, progesterona y testosterona,

también la hormona de crecimiento se encuentra inhibida, igualmente es inhibida la insulina.

Una respuesta al estrés demasiado frecuente, es la activación del eje SAM (simpático adreno - medular) que genera un aumento de la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea, por consiguiente esto aumenta el peligro de tener enfermedades cardiovasculares.

2.1.2.9 Inmunidad y estrés

El estrés primordialmente su accionar es al sistema inmunológico, ocasionando inmunosupresores mediante los glucocorticoides. Los glucocorticoides provocan atrofia del timo, evitando la creación de nuevos linfocitos T, causantes de regular la respuesta inmune celular. Los glucocorticoides refrenan la liberación de mensajeros como las interleuquinas, estas son las proteínas que coordinan el funcionamiento de las células del sistema inmunológico y los interferones que son proteínas fabricadas por el sistema inmunológico como respuesta al factor externos como los virus, células cancerígenas, produciendo que los linfocitos en desplazamiento respondan en disminución a la señal de alarma infecciosa. Increíblemente a lo largo de los iniciales minutos de exposición al agente externo nuestro sistema inmunológico se ve incrementada, por lo cual detecta mayor nivel de células inmunes en tránsito. Al igual que esta contestación ante un estresor externo, de igual manera ocurre ante la presentación de un estresor psicológico. Después de sesenta minutos empieza se activa el sistema simpático y se acciona los glucocorticoides, ocasionando el resultado opuesto. Cuando el estresor se retira, esta segunda etapa mencionada tiene como objetivo regresar al sistema inmunológico a su estado basal. Sin embargo cuando el estresor es de

larga duración, la inmensa exposición a glucocorticoides hace que el sistema entre en inmunosupresión. De esta forma, el organismo se vuelve más débil y aumenta la probabilidad de adquirir enfermedades infecciosas.

2.1.2.10 Consecuencias

A nivel cognitivo – psicológico: Angustia, inestabilidad, indeciso, pensamientos nocivos sobre uno mismo, miedo a que se den cuenta de nuestros obstáculos, miedo a la pérdida del autocontrol, inconvenientes para concretarse, fumar, comer o beber en exceso, movimientos repetitivos, rascarse, llorar, alteraciones en el habla, alteraciones en el sueño, conducta impulsiva, etc.

A nivel fisiológico: Transpiración, tensión muscular, taquicardia, inconvenientes respiratorios, desecación de boca, obstáculo para deglutir, cefaleas, mareo, náuseas, escalofríos, incremento de la presión sanguínea. (Morales, L., 2007, p. 19 – 20).

2.1.2.11 Estrés materno

La gestante experimenta modificaciones anatómicas como fisiológicas, incluso emocionales. El bienestar anímico de la gestante es una causa de su salud primordial, al igual que los estilos de vida.

Durante el embarazo, la mujer siente que es el acontecimiento más importante y estresante al mismo tiempo en su vida. Cuando los estímulos estresores se exteriorizan se sobre activa varios sistemas, esencialmente del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, y el sistema nervioso vegetativo. (Plaza, A., Sagbay, P., 2017, p.22-23)

Vargas (2018), nos recalca que el útero es el órgano central sobre el cual actúa la gestación, está comprobado que la contractilidad uterina y el flujo sanguíneo está bajo el mando neuro-hormonal. Los estrógenos manejan la actividad parasimpática, entre tanto la progesterona predomina en modo no directo la actividad simpática. La ansiedad incrementa la adrenalina, entretanto la presión se vincula con la liberación de noradrenalina. La hiperactividad simpática con la liberación de catecolaminas, caracterizándose inicialmente la fase del estrés, puede aclarar las alteraciones del embarazo como por ejemplo: aborto espontáneo, mal nutrición fetal, retardo del desarrollo intrauterino, parto prematuro, ruptura precipitada de membranas, hipertensión.

Otras alteraciones producidas por estrés crónico son la inhibición inmunitaria y el comportamiento anómalo influyendo en el producto, tal como las infecciones, alargamiento de la gestación, inconvenientes en la alimentación, drogodependencia, repudio del personal sanitario.

Plaza y Sagbay (2017), nos menciona que la mujer embarazada que está subyugada al estrés agudo o crónico afectando tanto a la madre como al feto, debido a que se

producirse el aumento de la cantidad de cortisol, alterando la maduración del producto, produciendo cambios en la perfusión placentaria lo cual ocasiona partos precoces, abortos, neonato con bajo peso y como posibles factores de riesgo para las complicaciones obstétricas.

2.1.2.12 Estrés y preeclampsia

Plaza y Sagbay (2017), nos explican que el estrés perjudica la facultad de la placenta de eximir nutrientes y oxígeno al producto, perturbando el desarrollo de la placenta. Asimismo los permutajes fisiológicos que se dan, tal como el incremento del metabolismo celular, la presión sanguínea y la síntesis de adrenalina. Estas manifestaciones mantienen excitado al sistema simpático afectando a nivel uterino, reteniendo las fibras uterinas contraídas, por lo tanto presentando resistencia a la dilatación del cuello del uterino.

Las mujeres embarazadas que presentan elevado nivel de estrés y ansiedad posiblemente tendrían complicaciones como por ejemplo un importante peligro riesgo de partos prematuros, abortos, incluyendo el incremento de cesáreas no electivas, al igual que el aumento de la presión arterial.

Laverde (1995), nos detalla el trabajo desarrollado por Kjeldsen, en el cual nos explica sobre la interconexión entre el estrés psicológico, niveles de epinefrina, las catecolaminas en el plasma y la activación de la función plaquetaria que se encuentra en individuos con hipertensión arterial.

Mencionada la correlación se ha podido instaurar de dos formas: delimitando que el estrés psicológico incrementa tanto la epinefrina plasmática, al igual que el marcador beta tromboglobulina de la reacción de liberación plaquetaria (BTG) e introduciendo dosis fisiológicas de epinefrina en individuos hipertensos e individuos normales de lo cual se

concluyó, que en los pacientes hipertensos, conteo plaquetario, tamaño de las plaquetas y las concentraciones plasmáticas de BTG eran considerablemente superiores que en los otros individuos promedio .

Posiblemente esta sea la vía psico-fisiológica que demostrarían las respuestas vasculares ante la tensión por parte de las mujeres embarazadas. Seguidamente en la línea de investigación, se estudiaron 64 pacientes mujeres gestantes con disfunción renal, por lo tanto con hipertensión gestacional. Se determinó que las mujeres grávidas más perjudicadas por el estrés tenían una predicción desfavorable como para la fémina y el producto, mientras que el segundo grupo, con un mínimo estrés, exteriorizaba un destino saludable a pese a su disfunción renal. (p.125).

2.1.2.13 Manejos del estrés

Regueiro (2017), nos explica que la incapacidad para resolver problemas se convierte asiduamente en una causa de ansiedad, los problemas no se resuelven, por consiguiente nos producen un malestar crónico. Las tácticas de afrontamiento que usamos ante un problema fracasan, aparecen sentimientos de desamparo y el surgimiento del estrés

Definir el problema y concretar el objetivo.

Buscar alternativas de solución.

Valorar las consecuencias.

Aplicar la alternativa elegida.

Evaluar los resultados.

Ejercicios de relajación mental: Se utilizan con el fin de menguar el tono muscular exagerado, procurando tranquilidad mental y somática, incrementando la energía de nuestro cuerpo para afrontar nuestra actividad de una manera eficaz.

Técnicas de respiración: Nuestra manera de respirar revela nuestros niveles de tensión. Al estar molestos respiramos de una manera veloz. Por el contrario, al sentir alivio suspiramos profundamente.

Técnicas de visualización: Actualmente sabemos que la visualización es efectiva para tratar el estresa, y las enfermedades físicas, entre ellas la migraña, espasmos musculares y el dolor crónico.

III. METODO

3.1 Tipo y diseño de la investigación

La investigación es cuantitativa, descriptiva no experimental, prospectiva de corte transversal porque se realizó en un mismo momento.

3.2 Ámbito temporal y espacial

Se desarrolló en el periodo febrero – julio del 2020 en el Hospital de San Juan de Lurigancho.

3.3 Variables

Variable independiente: Estrés.

Variable dependiente: Gestante con preeclampsia.

3.4 Población y muestra

Estuvo constituida por 150 gestantes con diagnóstico de preeclampsia atendidas en el servicio de hospitalización – emergencia en el Hospital de San Juan de Lurigancho enero – junio del 2020.

3.4.1 Selección de la muestra

- Unidad de análisis: Gestante con preeclampsia.

Criterio de selección:

- Criterios de inclusión
 - Gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital de San Juan de Lurigancho.
- Criterios de exclusión
 - Gestantes con diagnóstico de Eclampsia, Síndrome de HELLP.
 - Gestantes que no desarrollaron preeclampsia.
 - Gestante con diagnóstico conocido de hipertensión o que haya tenido anteriormente de las 20 semanas de gestación.
 - Gestantes que no dan consentimiento de participar en la investigación.
- Marco muestral

Son las historias clínicas de embarazadas preeclámpicas en el área de hospitalización – emergencia.

3.5 Calculo del tamaño muestral

$$n = \frac{z^2 p_e q_e N}{(e^2 N - 1) + z^2 p_e q_e} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.5)(0.5)(150)}{(0.05^2 (149)) + (1.96)^2 (0.5)(0.5)} \quad n = 108$$

Donde:

n = tamaño de la muestra

N= Población (150)

Z = 1.96 (nivel de confianza 95%)

p (probabilidad de éxito)= 0.5

q (probabilidad de fracaso) = 0.5 – Complemento de **p**

e= 0.05: Error máximo tolerable.

3.6 Procedimiento de selección de muestra

Se ejecutó mediante un muestreo aleatorio simple de la base de datos de la persona grávida con diagnóstico de preeclampsia que cumplan con los criterios de inclusión. El procedimiento se desarrolló por medio del programa IBM SPSS Statistics versión 25.

3.7 Técnica e instrumento

Técnica:

Fue la de recolección de la información de la historia clínica y fue la encuesta a través de los cuestionarios a las gestantes con preeclampsia.

Instrumento:

Se empleó la ficha de recolección de datos, donde se describe edad, sexo, número de hijos, etc. Además de los datos de preeclampsia sin signos de severidad y preeclampsia con signos de severidad.

Se utilizó también el instrumento validado por Vargas Marina, Bach. Zoila en su investigación sobre el nivel de estrés en adolescentes durante la gestación aplicando la escala de estrés de Beck (1998), para determinar el grado de estrés. Consiste en una encuesta de 15 ítems clasificado de la siguiente manera:

Escala de estrés:

1= tenuemente, no me molesta mucho

2= mesuradamente, fue muy fastidioso, pero podía aguantarlo

3= severamente, intolerable

La medición de esta variable, nivel de estrés en gestantes, se cualificara del modo subsiguiente.

- Leve: \leq a 15 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.
- Moderado: De 16 a 30 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.
- Severo: De 30 a 45 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.

La medición de las dimensiones fisiológicas del estrés en gestantes, se cualificara del modo subsiguiente.

- Bajo: De 1 a 7 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.
- Moderado: De 8 a 14 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.
- Alto: De 15 a 21 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.

La medición de las dimensiones cognitivo – psicológico del estrés en gestantes, se cualificara del modo subsiguiente:

- Bajo: De 1 a 8 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.
- Moderado: De 9 a 16 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.
- Alto: De 17 a 24 puntos, reuniendo las calificaciones conseguidas de todas las premisas.

3.8 Plan de procesamiento y análisis de datos

La investigación de datos se realizó a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25, luego los datos recolectados fueron procesados, una vez obtenida la codificación de datos se elaboró determinadas tablas, además se utilizó el programa Microsoft Excel para producción de las gráficas.

3.9 Aspectos éticos

Principio ético de Autonomía

Se tratará a la gestante de manera respetuosa y como entes autónomos sin influenciar en sus respuestas, por lo tanto se cumplirá este principio.

Principio ético de Beneficencia

Se actuará con benevolencia a las gestantes por encima de cualquier cosa, minimizar riesgos, además de contribuir a encontrar soluciones en un futuro cercano.

Principio ético de Justicia

Este principio se cumplirá debido a que se tratará a la gestante sin discriminación, haciendo una selección justa.

Principio ético de No Maleficencia

Se garantizará no hacer daño a las gestantes de alguna manera directa o indirectamente y de prevenirlo.

Principio ética de Confidencialidad

Este principio se cumplirá debido a que la información que proporcione y la información recolectada de las historias clínicas de las mujeres grávidas no serán difundidas, debido a que se utilizarán para fines de investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1

Características Generales de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020

Característica	n	%
Edad	29,3 ±5,3 años [min 18- máx 41]	
Estado civil		
Casada	11	10,2
Conviviente	91	84,3
Separada	6	5,6
Grado de instrucción		
Sin instrucción	6	5,6
Primaria incompleta	6	5,6
Primaria completa	9	8,3
Secundaria incompleta	18	16,7
Secundaria completa	31	28,7
Superior técnico	30	27,8
Superior universitario	8	7,4
Lugar de Procedencia		
Extranjera	36	33,3
Peruana	72	66,7
Ocupación		
Ama de casa	77	71,3
Estudiante	8	7,4
Profesional	8	7,4
Trabajadora del hogar	15	13,9
Total	108	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N° 1 se observan las peculiaridades generales de las mujeres grávidas con preeclampsia atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho (108); donde se obtiene un promedio de 29,3 ±5,3 años de gestantes con preeclampsia con un exiguo de 18 años y un mayúsculo de 41 años. Según el estado civil 91 mujeres embarazadas eran convivientes (84,3%), seguido de 11 gestantes se encontraron casadas (10,2%) y 6 mujeres embarazadas en estado de separación (5,6%).

Según el grado de instrucción, 31 gestantes preeclámpticas tenían secundaria completa (28,7%), 30 tienen el grado de superior técnico (27,8%), 9 tienen el grado de primaria acabada (8,3%), 8 tienen la categoría superior universitario (7,4%) y 6 no poseen instrucción alguna (5,6%).

Según el lugar de procedencia., 72 gestantes preeclámpticas son peruanas (66,7%) y 36 son extranjeras (33,3%). Según la ocupación, 77 gestantes preeclámpticas son amas de casa (71,3%), 15 son trabajadoras del hogar (13,9%), 8 son estudiantes (7,4%) y 8 son profesionales (7,4%).

Tabla 2

Características obstétricas de las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020

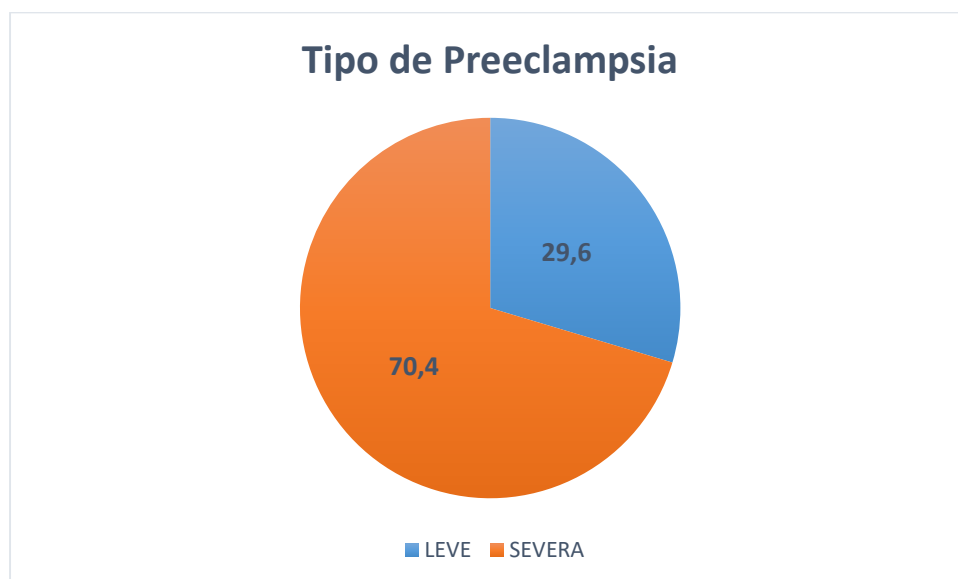
	n	%
Edad gestacional	38,3 ± 1,0 [min 37-máx 40]	
Inicio de Relaciones sexuales		
Menor a 11 años	11	10,2
12 a 14 años	12	11,1
15 a 17 años	60	55,6
Mayor o igual a 18 años	25	23,1
N° de controles prenatales		
Mayor o igual a 6	60	55,6
Menor a 6	48	44,4
N° de embarazos		
1	33	30,6
2	57	52,8
3 o más	18	16,7
N° de hijos		
0	23	21,3
1	67	62,0
2	5	4,6
3	9	8,3
4	4	3,7
Total	108	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

En la tabla N° 2 se observan las características obstétricas de las mujeres grávidas con preeclampsia, donde se obtiene una edad gestacional promedio de $38,3 \pm 1,0$ semanas de gestación con un máximo de 40 semanas y un mínimo de 37 semanas de edad gestacional. Conforme al comienzo de edad de las relaciones sexuales se obtuvo un máximo porcentaje del (55,6%) entre las edades de 15 a 17 años, seguido de un porcentaje de un (23,1%) en la edad de mayor o igual a 18 años y un mínimo porcentaje del (10,2%) en edades menores a 11 años. Según el número de atenciones prenatales se obtuvo un mayor porcentaje del (55,6%) de mayor o igual a 6 controles prenatales y un menor porcentaje del (44,4%) con menos de 6 controles. Según el número de embarazos, 57 gestantes tuvieron 2 embarazos (52,8%), 33 gestantes tuvieron 1 embarazo (30,6%) y 18 tuvieron 3 o más gestaciones (16,7%). Conforme al número de hijos se consiguió un máximo porcentaje de (62,0%) con un hijo, seguido de un porcentaje del (21,3%) con ningún hijo, y un (8,3%) con tres hijos y un mínimo del (3,7%) con cuatro hijos.

Gráfico 1

Tipo de preeclampsia en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020



Fuente: Ficha de recolección de datos

Los resultados del grafico I se pude observar que el 70,4% de gestantes presentó preeclampsia severa y un 29,6% presento preeclampsia leve respectivamente.

Tabla 3

Dimensiones fisiológicas del estrés en mujeres grávidas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020

Nivel	n	%
Alto	55	50,9
Bajo	22	20,4
Moderado	31	28,7
Total	108	100

Fuente: Ficha de recolección de datos

De la tabla N° 3 se evidencia las dimensiones fisiológicas del estrés en gestantes, donde se establece que el 50,9% de gestantes presentaron un nivel alto de estrés, seguido del 28,7% que presento un nivel moderado de estrés y el 20.4% que presento un nivel bajo de estrés.

Tabla 4

Dimensiones cognitiva-psicológica del estrés en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020

Nivel	n	%
Alto	75	69,4
Bajo	15	13,9
Moderado	18	16,7
Total	108	100

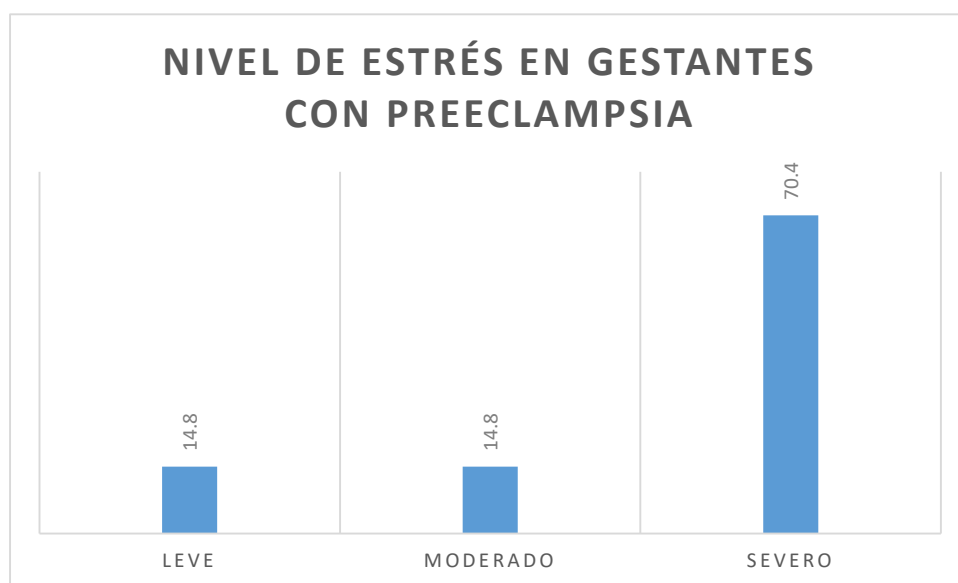
Fuente: Ficha de recolección de datos

Los resultados de la tabla N°4 se contempla las dimensiones cognitiva-psicológica del estrés en gestantes, estableciéndose un 69,4% de gestantes que presentaron un nivel alto

de estrés, seguido del 16,7% que presentaron un nivel moderado y por último se evidencio un 13,9% de gestantes que presentaron estrés bajo.

Gráfico 2

Nivel de estrés en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020



Fuente: Ficha de recolección de datos

En los resultados del gráfico 2, se puede observar que el nivel de estrés en gestantes con preeclampsia fue un 70,4% de estrés severo, seguido de un 14,8% de estrés moderado y 14,8% que presento un estrés leve.

Tabla 5

Asociación entre el nivel de estrés y el tipo de preeclampsia en mujeres grávidas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020

Nivel de estrés en	PREECLAMPSIA				p
	LEVE		SEVERA		
	n	%	n	%	
LEVE	16	14,8	0	0	0,000
MODERADO	16	14,8	0	0	
SEVERO	0	0	76	70,4	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Aquí se aprecia la agremiación entre el nivel de estrés y el tipo de preeclampsia en gestantes, donde se obtuvo un porcentaje del 70,4% en gestantes con preeclampsia severa, que presentaron un nivel de estrés severo. El 14,8% de gestantes con preeclampsia leve presentaron un nivel de estrés mesurado y por último se demostró que el 14,8% de mujeres embarazadas con preeclampsia sin signos de severidad mostraron un nivel de estrés leve.

Tabla 6

Asociación entre el nivel de estrés de dimensión fisiológica y la preeclampsia en mujeres grávidas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020

Dimensión fisiológica	PREECLAMPSIA				p
	LEVE		SEVERA		
	n	%	n	%	
ALTO	0	0	55	50,9	0,000
MODERADO	10	9,3	21	19,4	
BAJO	22	20,4	0	0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

Se evidencia una asociación entre el nivel de dimensión fisiológica del estrés y la preeclampsia en gestantes, donde se encontró que 55 gestantes con preeclampsia severa presentaron un nivel de estrés-fisiológico alto del (50,9%), y 21 mujeres embarazadas con

preeclampsia severa presentaron el (19,4%) de estrés-fisiológico moderado. Además se encontró que 10 gestantes con preeclampsia leve presentaron un nivel de estrés-fisiológico moderado del (9,3%) y 22 gestantes preeclampticas sin signos de severidad presentaron un nivel de estrés-fisiológico bajo del (20,4%).

Tabla 7

Asociación entre el nivel de estrés de dimensión cognitivo-psicológico y la preeclampsia en mujeres grávidas atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020

Dimensión cognitivo- psicológico	PREECLAMPSIA				p
	LEVE		SEVERA		
	n	%	n	%	
ALTO	1	0,9	74	68,5	0,000
MODERADO	16	14,8	2	1,9	
BAJO	15	13,9	0	0	

Fuente: Ficha de recolección de datos

En esta tabla se aprecia una agremiación entre el nivel de estrés dimensión cognitivo-psicológico y la preeclampsia en gestantes, donde se evidencio 68,5% de gestantes con preeclampsia severa presentaron un nivel de estrés cognitivo-psicológico alto y el 1,9% de mujeres embarazadas con preeclampsia severa presentaron estrés cognitivo-psicológico moderado. Además se constató que el 14,8% gestantes con preeclampsia leve presentaron un nivel de estrés cognitivo-psicológico moderado, seguido del 13,9% de gestantes preeclampticas sin signos de severidad presentaron un nivel de estrés cognitivo-psicológico bajo y por último el 0,9% de gestantes con preeclampsia leve presentó un nivel de estrés cognitivo-psicológico alto.

V. DISCUSIÓN

A lo largo de los tiempos se ha demostrado que el origen de la mortalidad materna es la hipertensión arterial conocida mayormente como la alteración en la presión diastólica y/o sistólica fuera de los valores normales provocando serias consecuencias en el feto. En estos tiempos se han realizado estudios sobre la influencia del nivel de estrés y como esto afecta a las gestantes desembocando en diferentes enfermedades o agravando enfermedades, claro está en este trabajo de investigación nos enfocaremos en cómo afecta en el incremento de la presión arterial.

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado se obtuvo una población con edad promedio de $29,3 \pm 5,3\%$ años de gestantes con preeclampsia con un ínfimo de 18 años y un límite de 41 años. De igual manera en el estudio de Ku (2018), se evidencio la edad promedio de un $27,8\%$ años, con un mínimo fue de 18 años y el supremo de 41 años. Un porcentaje semejante se presentó en el estudio de Vergara (2019), donde prevaleció el rango de 25 a 34 años en un $45,9\%$, entretanto el $21,2\%$ tuvo una edad de 35 años a más.

De acuerdo a las características generales, en el grado de instrucción se obtuvo, 31 gestantes preeclámplicas tenían secundaria completa ($28,7\%$), 30 tienen el grado de superior técnico ($27,8\%$), 9 tienen el grado de primaria completa ($8,3\%$), 8 tienen el grado de superior universitario ($7,4\%$). Asimismo se ve reflejado en otro estudio, donde 42 gestantes preeclámplicas tenían secundaria completa (34%), 28 gestantes poseen primaria culminada (23%), y 9 tienen la categoría superior universitaria ($7,4\%$), Plaza y Sagbay (2017).

Según el estado civil se evidenció un 84,3% de mujeres embarazadas convivientes, seguido del 10,2% de gestantes casadas y el 5,6% de gestantes en estado de separación; así mismo se destacó la convivencia en un 80% de los casos de gestantes preeclámpticas, mientras que el 16,5% eran casadas y el 3,5% se encontraban separadas Vergara (2019). En cuanto a la ocupación, 71,3% gestantes son amas de casa, 13,9%, son trabajadoras del hogar y 7,4% son profesionales. Esta información es semejante a la investigación de Ku (2018) donde se evidenció un 75,0% son amas de casa, un 5,0% son empleadas del hogar y un 5,0% de gestantes son profesionales.

Acorde a las peculiaridades obstétricas de las mujeres grávidas con preeclampsia, se obtuvo una edad gestacional promedio de $38,3 \pm 1,0\%$ semanas de gestación con un máximo de 40 semanas y un mínimo de 37 semanas de edad gestacional. Asimismo, de acuerdo a Lagunas (2018), el 86,2% estuvo entre las semanas 37 – 41 de edad gestacional y el 12,8% fue de 36 semanas de edad gestacional.

Según el número de atenciones prenatales se obtuvo un mayor porcentaje del 55,6% de mayor o igual a 6 controles prenatales y un menor porcentaje del 44,4% con menos de 6 controles. Así mismo, el 65,0% de gestantes tenían un mayor número de atenciones prenatales, en cambio el 35% de tenía menos de 6 controles prenatales, Ku (2018), como también lo menciona Vergara (2019), donde el 65,9% tenían más de seis atenciones prenatales, por el contrario el 34,1% tenía menos de seis.

Según el número de embarazos, 57 gestantes tuvieron 2 embarazos (52,8%), 33 gestantes tuvieron 1 embarazo (30,6%) y 18 tuvieron 3 o más gestaciones (16,7%). Esto también lo menciona Vergara (2019), donde 45 gestantes tuvieron 2 o más gestaciones (52,9%) y 40 gestantes tuvieron su primer embarazo representando el (47,1%).

Los presentes datos muestran que el 62,0% tuvo un hijo mientras que el 3,7% tuvo cuatro hijos. Estas conclusiones son opuestas con el análisis de Ku (2018) en el cual detalla que solo el 45,0% de las pacientes preeclámpicas tuvieron un hijo y el 15,0% tuvo cuatro hijos.

Con respecto al tipo de preeclampsia se pudo observar que el 70,4% de gestantes presentó preeclampsia severa y un 29,6% mostró preeclampsia leve, datos semejantes al estudio de Vergara (2019) en donde se evidenció que el 63,5% de mujeres grávidas mostró preeclampsia severa, mientras que el 36,5% tuvo preeclampsia leve. Análogamente Ku (2018), demuestra que el 63,3% presentaron preeclampsia severa y el 36,7% presentó preeclampsia leve.

Sobre la asociación entre el nivel de estrés y el tipo de preeclampsia en gestantes se apreció que el 70,4% de gestantes preeclámpicas con signos de severidad, presentaron un nivel de estrés severo. El 14,8% de mujeres embarazadas con preeclampsia sin signos de severidad mostraron un nivel de estrés mediano y el 14,8% de gestantes del mismo grupo presentaron un nivel de estrés leve. De manera análoga Vergara (2019), encontró que el 64,9% de mujeres gravadas con preeclampsia severa presentó un estado de estresor psicosocial alto, pero se difiere en el estado moderado debido a que representa el 54,8% de gestantes con preeclampsia leve.

Respecto a la asociación entre el nivel de estrés de dimensión fisiológica en gestantes, se encontró que el 50,9% de mujeres embarazadas con preeclampsia severa presentaron un nivel de estrés-fisiológico alto, 19,4% de gestantes del mismo grupo presentaron estrés moderado. Encontrándose similitud en otro estudio, donde las mujeres grávidas con preeclampsia severa representaron el 51,9% de un estado de estrés somático alto, pero difiriendo en el nivel moderado ya que presentó el 46,3% Vergara (2019).

Además se encontró que el 9,3% de mujeres embarazadas con preeclampsia leve presentaron un estado de estrés moderado. Diferenciando de lo mencionado Vergara (2019), donde obtuvo el 71,0% de mujeres embarazadas con preeclampsia leve con un estado de estrés somático medio.

Correspondientemente sobre la asociación entre el nivel de estrés de dimensión cognitivo-psicológico y la preeclampsia en gestantes, se evidenció que el 68,5% de gestantes con preeclampsia severa presentaron un nivel de estrés cognitivo-psicológico alto. De manera semejante Vergara (2019), demostró que las mujeres embarazadas con preeclampsia con criterio severo presentaron un 77,8% de estrés psicológico alto. Además se constató que el 14,8% mujeres embarazadas con preeclampsia leve presentaron un nivel de estrés cognitivo-psicológico moderado y el 0,9% de gestantes del mismo grupo presentó un nivel de estrés alto, sin embargo estos resultados difieren de Vergara (2019), donde expuso que el 38,7% de mujeres grávidas con preeclampsia sin criterio severo presentó un estado de estrés medio y el 61,3% estrés alto respectivamente.

VI. CONCLUSIONES

1. El grado de preeclampsia en las gestantes fue del 70,4%, donde presentaron preeclampsia con signos de severidad y el 29,6% de mujeres embarazadas presentaron preeclampsia sin signos de severidad respectivamente, evidenciándose el predominio de la preeclampsia severa sobre la leve.
2. De acuerdo al nivel de estrés, se estableció que las gestantes con esta patología fue del 70,4%, donde tuvieron un estrés severo, seguido del 14,8% donde presentaron estrés mediano y finalmente el 14,8% presentó un estrés leve.
3. Por otra parte se determinó el nivel de dimensión de estrés en gestantes preeclámpicas con criterios de severidad, donde predominó el estrés de dimensión cognitivo-psicológico alto con el 68,5% sobre el moderado y el fisiológico predominó el alto con un 50,9% sobre el moderado.
4. Por otro lado, se conoció la edad de las gestantes con esta patología, donde el promedio influyente fue de $29,3 \pm 5,3$ años con un ínfimo de 18 años y un límite de 41 años respectivamente.
5. Finalmente, el análisis sobre la influencia del estrés en las gestantes nos permite identificar el perfil de una posible gestante con futuros problemas de preeclampsia, concluyendo lo significativo que es.

VII. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda una atención prenatal reenfocada donde se detecte los factores de riesgo de esta patología y se tenga un instrumento válido en el cual se pueda medir el grado de estrés de las gestantes y derivarlas al profesional adecuado para evitar futuras complicaciones. Así como poner hincapié en las visitas domiciliarias promoviendo la participación de la pareja y/o familiares que estén con ella.
2. En los programas de psicoprofilaxis se debe tener énfasis en detectar y como poder afrontar el estrés, también fomentando la participación de la pareja para beneficio de ambas partes tanto como el de la madre y la del producto.
3. Se invita a realizar más investigaciones sobre el estrés y como afecta significativamente en la preeclampsia y así nos permita tener más alternativas para identificar el nivel de estrés de la gestante.

VIII. REFERENCIAS

- Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. (2019, 27 de marzo). *22 de mayo – Día Mundial de la Preeclampsia*.
https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=452:22-de-mayo-dia-mundial-de-la-preeclampsia&Itemid=215&lang=es
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2019). Boletín Epidemiológico del Perú. *Ministerio de Salud*, 28 (22), 529 – 546.
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2019/22.pdf>
- Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. (2019). *Sala de situación de salud. Ministerio de Salud*.
<https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2019/salaSE52.pdf>
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2018). *La preeclampsia y la presión arterial alta durante el embarazo*. Patient Education.
<https://www.acog.org/Patients/Search-Patient-Education-Pamphlets-Spanish/Files/La-preeclampsia-y-la-presion-arterial-alta-durante-el-embarazo?IsMobileSet=false>
- Díaz-Pérez, A., Roca-Pérez, A., Oñate-Díaz, G., Castro-Gil, P., Navarro-Quiroz, E. (2016). Interacción dinámica de factores de riesgo epidemiológicos presentes en los trastornos hipertensivos del embarazo: un estudio piloto. *Salud Uninorte*, 33 (1), 27-38.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012055522017000100027&script=sci_abstract&tlng=es
- Díaz-Romero, R. M., Aguilar-Figueroa, V. D., Santillán-García, R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista ADM*, LVI (1), 27-31. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=10950>

Estadística Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018). *Boletín Estadístico*.

<https://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>

Florencia-Daneri, M. (2012). *Biología del comportamiento – 090*. Universidad de Buenos Aires.

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf

González, N., Fuenmayor, P., Katiuska-Villasana, M. E., Ferreira, F. (2015). Evaluación de estrés percibido y niveles de alfa-amilasa salival en mujeres embarazadas (del Municipio Libertador del Estado Mérida). *Rev Obstet Ginecol Venez*, 4(75).

http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322015000400004

Gonzales, R. (2016). *Manejo del este: talento humano en salud* [presentación de diapositivas].

https://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/seguridad_ocupacional_2016_presentaciones/presentacion09082016/MANEJO-DEL-ESTRES-TALENTO-HUMANO-EN-SALUD.pdf

Instituto Nacional Materno Perinatal. (2018). *Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología* (2ª. Ed.). Biblioteca nacional del Perú.

<https://www.inmp.gob.pe/uploads/file/Revistas/Guias%20de%20Practica%20Clinica%20y%20de%20procedimientos%20en%20Obstetricia%20y%20Perinatologia%20de%202018.pdf>

Ku-Chung, E. S. (2018). Estresores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres de Lima, Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*, 3(1), 3 -10.

<http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/42/52>

Laverde-Rubio, E. (1995). Trastornos hipertensivos gestacionales y estrés psicosocial.

Revista de la Facultad de Medicina, 3(43), 124-130.

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/19219>

Morales, C. M. (2007). *Nivel de estrés laboral de las enfermeras que laboran en las áreas críticas del Instituto Nacional de Salud del Niño*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio.

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/546/Morales_lc.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia*. 1211 Ginebra 27.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/138405/9789243548333_spa.pdf?sequence=1

Plaza, M. S., Sagbay, B. N. (2017). *Estrés durante el embarazo en pacientes que acuden a la unidad anidada*. [Tesis de pregrado, Universidad de Cuenca]. Repositorio.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28113/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Regueiro, A. (2017). *Conceptos básicos: ¿Qué es el estrés y como nos afecta?*. Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga.

<https://es.scribd.com/document/366901226/1que-Es-El-Estres-y-Como-Nos-Afecta>

Resolución directoral N° 026-2018-DG-INMP/MINSA. (2018, 26 de enero). *Guía de práctica clínica para la prevención y manejo de la preeclampsia y eclampsia*.

Ministerio de salud. <https://es.scribd.com/document/409478358/Preeclampsia-y-eclampsia-GPC-RD-N-026-2018-INMP-MINSA-pdf>

- Torres-Lagunas, M. A., Vega-Morales, E. G., Vinalay-Carrillod, I., Cortaza-Ramírez, L., Alfonso-Gutiérrez, L. (2018). Factores de riesgo psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres mexicanas: análisis comparado en tres Estados. *Enfermería Universitaria*, 15(3), 226-243. <http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/506/495>
- Vergara, P. T. (2019). *Estresores psicosociales y su asociación con el desarrollo de preeclampsia. Hospital Regional docente de Cajamarca*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio. <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/3471/TESIS%20-%20Peggy%20Vergara%20Tacilla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vargas, B. Z. (2018). *Nivel de estrés en adolescentes embarazadas en el Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas, Amazonas*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas]. Repositorio. <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1394/VARGAS%20MARI%20ZOILA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vásquez, F. I. (2016). *Asociación entre el estrés prenatal y las complicaciones obstétricas en gestantes adolescentes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4748/V%C3%A1squez_cf.pdf?sequence=1&isAllowed=y

PROBLEMA	OBJETIVOS	OPERACIONALIZACION			METODOLOGIA
		VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	
¿Cuál es la influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020?	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.</p>	Estrés	Fisiológicas	<p>Bajo: 1-7 puntos</p> <p>Moderado: 8-14 puntos</p> <p>Alto: 15- 21 puntos</p>	<p>Tipo de estudio</p> <p>- Cuantitativa, descriptivo, prospectivo de corte transversal</p> <p>Ámbito temporal y espacial</p> <p>Hospital Nacional de San Juan de Lurigancho</p> <p>Variables</p> <p>- Estrés.</p> <p>- Preeclampsia</p> <p>Población – Muestra</p> <p>- Población: 150 gestantes con preeclampsia.</p> <p>Muestra: 108 gestantes con preeclampsia.</p> <p>Técnica e instrumentos</p> <p>-Técnica: encuesta</p> <p>- Instrumentos: cuestionario</p> <p>Análisis de datos</p> <p>Descriptivos: tablas y figuras estadísticas</p>
	<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p> <p>Identificar el grado de preeclampsia en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.</p> <p>Establecer el nivel de estrés en las gestantes con preeclampsia, atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.</p>		Preeclampsia	<p>Cognitivo – psicológicas</p> <p>Preeclampsia leve o sin criterios de severidad</p>	

	<p>Evaluar el nivel de dimensión de estrés en las gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.</p> <p>Conocer la edad de gestantes con preeclampsia atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.</p> <p>Analizar la influencia del estrés en las gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.</p>		<p>Preeclampsia severa o con criterios de severidad</p>	<p>PA sistólica ≥ 160mmHg PA diastólica ≥ 110mmHg</p> <p>Creatinina sérica >1.1 mg/dl.</p> <p>Disturbios neurológicos. Signos de irritación cortical</p> <p>Alteración hematológica. Recuento de plaquetas $<100,000/mm^3$</p> <p>Deterioro de la función hepática</p>	
--	--	--	---	--	--

IX. ANEXOS

Anexo N°1. Matriz de consistencia

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	VALOR FINAL	ESCALA
Estrés	La Organización Mundial de la Salud (2010) delimita el estrés como las reacciones fisiológicas que en su grupo disponen al organismo para la acción.	Se medirá con la escala sobre nivel de estrés en gestantes con preeclampsia (Elaborado por Beck, (1998).	Fisiológicas Cognitivo - psicológicas	Bajo: 1-7 puntos Moderado: 8-14 puntos Alto:15- 21 puntos Bajo:1-8 puntos Moderado:9-16 puntos Alto:17- 24 puntos	1 – 7 8 - 15	Estrés leve: ≤ a 15 puntos Estrés moderado: De 16 a 30 puntos Estrés severo: De 30 a 45 puntos	Ordinal
Preeclampsia	Según el Colegio Americano de Gineco Obstetricia (2018), delimita la preeclampsia como una alteración que se puede surgir en la gestación o en el puerperio donde la presión arterial perjudica íntegramente los órganos del cuerpo del organismo.	Se medirá PA sistólica ≥ 140 mmHg y/o PA diastólica ≥ 90 mmHg, tomada por lo menos en dos oportunidades con un intervalo de cuatro horas.	Preeclampsia leve o sin criterios de severidad	PA sistólica <160mmHg PA diastólica <110mmHg Proteinuria cualitativa de 1+ en ácido sulfosalicílico. Proteinuria cualitativa de 2+ en tira reactiva. Proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg en orina de 24 horas. No daño en otro órgano blanco.	Del 1 - 6	SI NO SI NO SI NO	Nominal

			Preeclampsia severa o con criterios de severidad	PA sistólica ≥ 160 mmHg PA diastólica ≥ 110 mmHg.	Del 7 -13	SI NO	
				Creatinina sérica >1.1 mg/dl.		SI NO	
				Disturbios neurológicos. Signos de irritación cortical.		SI NO	
				Alteración hematológica. Recuento de plaquetas $<100,000/mm^3$		SI NO	
				Deterioro de la función hepática		SI NO	

Anexo N°2. Operacionalización de variable

Anexo N°3. Juicio de experto N°1

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.

Autor: Aguilar Rosales, Brenda Jaxira

Nombre del Juez: Milopez Elizabeth Gonzales Falcon

Grado académico: maestro en Investigación y docencia universitaria.

Estimado (a)

Me dirijo a Ud. Para saludarlo y solicitarle que bien revise y opine sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio. Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para obtener el título de Licenciado en Obstetricia.

A continuación se presentan 10 criterios, los cuales permitirán tener una apreciación respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que permitirá realizar ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (x) en la columna correspondiente.

N°	CRITERIOS	SI	NO	Observaciones
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	✓		
2	Los ítems son claros y orientados para el desarrollo y aplicación del instrumento.	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de variables.	✓		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	✓		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	✓		
6	El número de ítems es adecuado.	✓		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, problema, objetivo e hipótesis.	✓		
8	Los ítems están redactados para la comprensión del investigador y fácil recolección de la información.	✓		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre los ítems.	✓		
10	Existe posibilidad de cambiar y/o modificar los ítems del instrumento.		✓	

SUGERENCIAS Y APORTES

MUCHAS GRACIAS

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES PSICOLÓGICAS Y SOCIALES
 Milopez Elizabeth Gonzales Falcon

SELLO Y FIRMA

Anexo N°4. Juicio de experto N°2

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.

Autor: Aguilar Rosales, Brenda Jaxira

Nombre del Juez: Mag Jueh Nilda Otárola De la Torre

Grado académico: Magister en Obstetricia con mención en Salud Reproductiva

Estimado (a)

Me dirijo a Ud. Para saludarlo y solicitarle que bien revise y opine sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio. Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para obtener el título de Licenciado en Obstetricia.

A continuación se presentan 10 criterios, los cuales permitirán tener una apreciación respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que permitirá realizar ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (x) en la columna correspondiente.

N°	CRITERIOS	SI	NO	Observaciones
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	/		
2	Los ítems son claros y orientados para el desarrollo y aplicación del instrumento.	/		
3	La estructura del instrumento es adecuada en función a la operacionalización de variables.	✓		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	/		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	✓		
6	El número de ítems es adecuado.	✓		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, problema, objetivo e hipótesis.	✓		
8	Los ítems están redactados para la comprensión del investigador y fácil recolección de la información.	✓		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre los ítems.	✓		
10	Existe posibilidad de cambiar y/o modificar los ítems del instrumento.		/	

SUGERENCIAS Y APORTES

MUCHAS GRACIAS

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
ESTADÍSTICA DE LA TORRE
MAG. N. OTÁROLA DE LA TORRE

SELLO Y FIRMA

Anexo N°5. Juicio de experto N°3

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.

Autor: Aguilar Rosales, Brenda Jaxira

Nombre del Juez: BERTHA AURORA LANDA MATURANO

Grado académico: MAESTRO

Estimado (a)

Me dirijo a Ud. Para saludarlo y solicitarle que revise y opine sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio. Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para obtener el título de Licenciado en Obstetricia.

A continuación se presentan 10 criterios, los cuales permitirán tener una apreciación respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que permitirá realizar ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (x) en la columna correspondiente.

Nº	CRITERIOS	SI	NO	Observaciones
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	✓		
2	Los ítems son claros y orientados para el desarrollo y aplicación del instrumento.	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de variables.	✓		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	✓		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	✓		
6	El número de ítems es adecuado.	✓		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, problema, objetivo e hipótesis.	✓		
8	Los ítems están redactados para la comprensión del investigador y fácil recolección de la información.	✓		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre los ítems.	✓		
10	Existe posibilidad de cambiar y/o modificar los ítems del instrumento.	✓		

SUGERENCIAS Y APORTES

MUCHAS GRACIAS

MINISTERIO DE SALUD
 INSTITUTO Vicerrectoría de Gestión y Calidad
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO

Bertha Landa Maturano

BERTHA LANDA MATURANO
 CUESTIONARIO ASISTENCIAL
 SELLO Y FIRMA

Anexo N°6. Juicio de experto N°4

JUICIO DE EXPERTOS SOBRE EL INSTRUMENTO DE TESIS

Título: Influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.

Autor: Aguilar Rosales, Brenda Jaxira

Nombre del Juez: PILAR MARIA GAMARRA LINDOQUI

Grado académico: MAGISTER EN SALUD PUBLICA

Estimado (a)

Me dirijo a Ud. Para saludarlo y solicitarle que bien revise y opine sobre el instrumento adjunto para lo cual le hago llegar un resumen del proyecto para emitir su juicio. Cabe anotar que el proyecto corresponde a la tesis que vengo desarrollando para obtener el título de Licenciado en Obstetricia.

A continuación se presentan 10 criterios, los cuales permitirán tener una apreciación respecto al instrumento, siendo el proyecto importante ya que permitirá realizar ajustes correspondientes.

Por favor colocar un aspa (x) en la columna correspondiente.

N°	CRITERIOS	SI	NO	Observaciones
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.	✓		
2	Los ítems son claros y orientados para el desarrollo y aplicación del instrumento.	✓		
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de variables.	✓		
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.	✓		
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.	✓		
6	El número de ítems es adecuado.	✓		
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, problema, objetivo e hipótesis.	✓		
8	Los ítems están redactados para la comprensión del investigador y fácil recolección de la información.	✓		
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre los ítems.	✓		
10	Existe posibilidad de cambiar y/o modificar los ítems del instrumento.		✓	

SUGERENCIAS Y APORTES

MUCHAS GRACIAS

MINISTERIO DE SALUD
 Dirección de Salud Materno-Infantil y Neonatal
 HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO
 PILAR GAMARRA LINDOQUI
 OBSTETRICIA
 COT 6333

SELLO Y FIRMA

Anexo N°7. Validación del instrumento

N°	CRITERIOS
1	El instrumento propuesto responde al problema de la investigación.
2	Los ítems son claros y orientados para el desarrollo y aplicación del instrumento.
3	La estructura del instrumento es adecuado en función a la operacionalización de variables.
4	Los ítems permiten los objetivos del estudio.
5	Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de las variables.
6	El número de ítems es adecuado.
7	Los ítems están redactados de forma clara y concisa. Hay relación de las variables, problema, objetivo e hipótesis.
8	Los ítems están redactados para la comprensión del investigador y fácil recolección de la información.
9	La redacción de los ítems evita redundancias o repeticiones innecesarias entre los ítems.
10	Existe posibilidad de cambiar y/o modificar los ítems del instrumento

1:

De acuerdo

0: Desacuerdo

Leyenda	
b	Grado de concordancia significativa
Ta	Total de acuerdo de los jueces
Td	Total de desacuerdo de los jueces

CRITERIOS	JUECES				PUNTAJE
	J1	J2	J3	J4	
1	1	1	1	1	4
2	1	1	1	1	4
3	1	1	1	1	4
4	1	1	1	1	4
5	1	1	1	1	4
6	1	1	1	1	4
7	1	1	1	1	4
8	1	1	1	1	4
9	1	1	1	1	4
10	1	1	1	0	4
TOTAL	10	10	10	09	40

Fórmula para la validación de jueces de expertos

Prueba de concordancia de los jueces

$$b = \frac{Ta}{Ta+Td} \times 100\%$$

Reemplazando:

$$b = \frac{40}{40+1} \times 100\% \rightarrow b=0.97$$

Grado de validez: **EXCELENTE VALIDEZ**

GRADOS DE VALIDEZ	
0,53 a menos	VALIDEZ NULA
0,54 a 0,59	VALIDEZ BAJA
0,60 a 0,65	VALIDA
0,66 a 0,71	MUY VALIDA
0,72 a 0,99	EXCELENTE VALIDEZ
1.0	VALIDEZ PERFECTA
<i>Fuente: Herrera (1998)</i>	

Anexo N°8. Instrumento de recolección de datos

TEMA: Influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2020.

1. Datos generales:

N° de Historia clínica:

Fecha:

Edad:

Edad gestacional:

Grado de instrucción: Sin instrucción Primaria completa Primaria incompleta Secundaria completa Secundaria incompleta

Superior universitario Superior técnico

Lugar de procedencia: peruana extranjera

Ocupación: Ama de casa Trabajadora del hogar Estudiante

Profesional

Inicio de relaciones sexuales: Menor o igual a 11 años 12 a 14 años 15 a 17 años Mayor o igual a 18 años

Número de controles prenatales: mayor o igual a 6 menor a 6

Número de embarazos: Primer hijo Segundo hijo tercer hijo o más

Número de hijos: 0 hijos 1 hijo 2 hijos 3 hijos más de 3 hijos

Estado civil: Soltera Casada Conviviente Separada

2. Datos de la gestante con preeclampsia:

Preeclampsia leve o sin criterios de severidad

1	PA sistólica <160mmHg/	
2	PA diastólica <110mmHg	
3	Proteinuria cualitativa de 1+ en ácido sulfosalicílico	
4	Proteinuria cualitativa de 2+ en tira reactiva	
5	Proteinuria cuantitativa ≥ 300 mg en orina de 24 h.	
6	No daño en otro órgano blanco	

Preeclampsia severa o con criterios de severidad

7	PA sistólica ≥ 160 mmHg/	
8	PA diastólica ≥ 110 mmHg	
9	Evidencia de daño renal	
10	Creatinina sérica >1.1 mg/dl.	
11	Recuento de plaquetas <100,000/ mm^3	
12	Signos de irritación cortical y/o disturbios neurológicos	
13	Evidencia de daño hepático	

Escala sobre nivel de estrés en gestantes con preeclampsia (Elaborado por Beck, (1998))

A continuación, en el presente cuestionario se presentara una serie de enunciados. La información será confidencial y tu participación será anónima.

Instrucciones:

En la siguiente escala indique cada uno de estos síntomas en el cual usted se ha visto identificada durante los últimos 10 días y en el momento actual, **NO OLVIDES RESPONDER A TODAS LAS PREGUNTAS.**

1= tenuemente, no me molesta mucho

2= mesuradamente, fue muy fastidioso, pero podía aguantarlo

3= severamente, intolerable

Nº	ITEMS	1	2	3
	Nivel fisiológico			
1.	Sufro de dolores de cabeza			
2.	Padezco problemas digestivos			
3.	Presento palpitaciones o taquicardias			
4.	Sudoración (no debido al calor o actividad física)			
5.	Se me tensan los músculos del cuello y de la espalda			
6.	Siento que me falta la respiración			
7.	Presento sequedad bucal			
	Nivel cognitivo – psicológico			
8.	Presento alteraciones del sueño			
9.	Me siento triste			
10.	Lloro mucho y me desespero con facilidad			
11.	Me olvido de las cosas fácilmente			
12.	Ha perdido el interés en las cosas			

13.	Soy incapaz de relajarme			
14.	Tengo mucho miedo a que suceda lo peor			
15.	Me siento cansada y sin energía.			

Anexo N°9. Aprobación de informe de asesor de tesis



Universidad Nacional
Federico Villarreal



FACULTAD MEDICINA "HIPÓLITO UNANUE"
OFICINA DE GRADOS Y GESTIÓN DEL EGRESADO
"Año de la Universalización de la salud"

INFORME DE ASESOR DE TESIS

HABIÉNDOSE ASESORADO LA TESIS PARA OPTAR EL
TÍTULO PROFESIONAL DE: "LICENCIADA EN OBSTETRICIA"

TITULADA:

"INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2020."

PRESENTADO(A) POR EL(LA) BACHILLER: **AGUILAR ROSALES BRENDA
JAXIRA.**

Observación:

NINGUNA.

En fe de lo cual, se eleva el presente informe a la Oficina de Grados y
Gestión del Egresado que cumple con los lineamientos establecidos por
la Facultad de Medicina "Hipólito Unanue" – UNFV, encontrándose APTA
para el desarrollo de su tesis.

El agustino *27* de *noviembre* 20*20*

Mg. CERNA IPARRAGUIRRE, FERNANDO JESÚS
ASESOR(A) DE PLAN DE TESIS

Dr. Fernando J. Cerna Iparraguirre
MÉDICO PEDIATRA
CMP 15414 RNE 7340

Anexo N°10. Hoja de consentimiento informado

Universidad Nacional
Federico Villarreal

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Vicerrectorado de
INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA HIPOLITO

UNANUE

Escuela Académico Profesional de Obstetricia

“INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LA PREECLAMPSIA EN GESTANTES ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2020”

La presente investigación es dirigida por Brenda Jaxira Aguilar Rosales, alumna de pregrado de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Teniendo la finalidad de determinar la influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital san juan de Lurigancho, 2020. Este estudio es voluntario, para ello le solicito su autorización para dicho estudio. Propósito del estudio: determinar la influencia del estrés en la preeclampsia en gestantes atendidas en el hospital san juan de Lurigancho, 2020.

Una vez autorizada su participación, se le solicitará que rellene un cuestionario sobre la escala de estrés. Esta investigación no es experimental, por lo tanto no hay daño alguno. La información que usted nos conceda en el cuestionario y en la ficha de datos será totalmente privada, por ello la encuesta es anónima.

Manifiesto libremente colaborar con esta investigación y comprendo que puedo retirarme en el instante que lo decida, además de ser consciente de solicitar información cuando lo desee.

Firma del participante

Fecha