

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**ESTRESORES PSICOSOCIALES Y SU ASOCIACIÓN
CON EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA. HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. AÑO 2019.**

Presentada por la Bachiller en Obstetricia

Peggy Tiffani Vergara Tacilla

Para optar el título profesional de:

OBSTETRA

Asesora:

Obsta. Dra. Ruth Elisabeth Vigo Bardales

CAJAMARCA, 2019

Copyright © 2019 BY
Peggy Tiffani Vergara Tacilla
Derechos Reservados

SE DEDICA A:

Dios, por la vida y por haber bendecido mi existencia, para llegar hasta donde estoy con éxito.

Mis amados padres, por su amor y apoyo incondicional; porque con su ejemplo y consejos me impulsaron a no desfallecer en mi anhelo de ser profesional.

Mis amigos; Manuel y Daniel por su apoyo infinito durante el proceso de redacción de la tesis.

Peggy

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional De Cajamarca, mi Alma Mater por acogerme en sus aulas durante mi formación profesional.

La Facultad De Ciencias De La Salud, en especial a los Docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, por contribuir en mi formación profesional.

Mi asesora, Obsta. Dra. Ruth Vigo Bardales, por su apoyo y orientación durante la realización de este trabajo de investigación.

Al Hospital Regional Docente de Cajamarca, por permitirme realizar el presente trabajo de investigación en sus instalaciones.

A mis amigos y familiares que de alguna manera han contribuido con la realización de la presente investigación.

Peggy

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	3
1.1. Definición y delimitación del problema	3
1.2. Formulación del problema	5
1.3. Objetivos	5
1.4. Justificación de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8
2.2. Bases teóricas	12
2.2.1. Preeclampsia	12
2.2.1.1 Factores de riesgo	13
2.2.1.2 Etiología y fisiopatología	14
2.2.1.3 Diagnóstico	15
2.2.1.4 Exámenes auxiliares	15
2.2.1.5 Clasificación	16
2.2.1.6 Complicaciones de la preeclampsia	17
2.2.1.7 Terminación del embarazo	17
2.2.2 Estrés e hipertensión arterial	18
2.2.3 Estrés y embarazo	19
2.2.4 Estresores psicosociales	20
2.2.4.1 Definiciones	21
2.2.4.2 Estresores psicológicos	22
2.2.4.2.1 Ansiedad	22
2.2.4.2.2 Depresión	27

2.2.4.3 Estresores sociales	30
2.2.4.3.1 Disfunción familiar	30
2.2.4.3.2 Violencia Basada en género	31
2.3. Hipótesis	32
2.4. Variables	32
2.5. Conceptualización y operacionalización de variables	33
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	35
3.1. Diseño y tipo de estudio	35
3.2. Área de estudio y población	35
3.3. Muestra y muestreo	36
3.4. Unidad de análisis	37
3.5. Criterios de inclusión y exclusión	37
3.6. Consideraciones éticas	37
3.7. Procedimientos, técnica y descripción del instrumento	38
3.8. Procesamiento y análisis de datos	41
3.9. Control de calidad de datos	41
CAPÍTULO IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	43
CONCLUSIONES	67
RECOMENDACIONES	68
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	69
ANEXOS	80

ÍNDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 01. Características sociodemográficas de las gestantes hospitalizadas por preeclampsia. Hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2019.	43
Tabla 02. Características obstétricas de las gestantes hospitalizadas por preeclampsia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	46
Tabla 03. Clasificación de preeclampsia en las gestantes hospitalizadas Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	49
Tabla 04. Ansiedad-estado y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	50
Tabla 05. Ansiedad rasgo y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	52
Tabla 06. Depresión-estado y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	54
Tabla 07. Depresión rasgo y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	56
Tabla 08. Disfunción familiar y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	58
Tabla 09. Violencia basada en género y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	60
Tabla 10. Violencia física y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	62
Tabla 11. Violencia psicológica y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	64
Tabla 12. Violencia sexual y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.	65

RESUMEN

La preeclampsia es una patología cuya etiología aún se mantiene desconocida, es por eso necesario enfocarla desde un punto de vista holístico, considerando al componente psicosocial como posible factor para su desarrollo. El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre los estresores psicosociales y la preeclampsia, en gestantes hospitalizadas en el servicio de Gineco-obstetricia en el Hospital regional docente de Cajamarca, durante el período de abril a junio del año 2019. El estudio tuvo un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional; la muestra, estuvo conformada por 85 gestantes que cumplían con los criterios de inclusión. Se utilizó como instrumento un cuestionario de recolección de datos elaborado por la autora, el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), el Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE), ambos validados mediante prueba piloto, el APGAR familiar y el formulario de detección de violencia basada en género. Los resultados sociodemográficos mostraron que el 45,9% de gestantes con diagnóstico de preeclampsia pertenecieron al grupo etario de 25 a 34 años, el 80% convivían con su pareja, el 25,9% completó la secundaria y el 84% fueron amas de casa. Al caracterizar obstétricamente a las gestantes del estudio, se halló que la mayoría tuvo 2 o más gestaciones, al menos dos hijos nacidos a término, no refirió haber tenido alguna pérdida y, tuvieron 6 o más controles. Un porcentaje bajo refirió hijos nacidos pre término y tuvo al menos un aborto. Se concluyó, con $(p) > 0,05$, que la ansiedad estado, depresión rasgo-estado, la disfunción familiar y la violencia basada en género no mostraron asociación significativa con la preeclampsia; mientras que con $p=0,010$, se halló que la ansiedad rasgo, fue el único estresor que mostró asociación significativa con la patología mencionada. No se encontró asociación significativa entre los estresores psicosociales y la preeclampsia.

Palabras clave: Estresores psicosociales, ansiedad estado, ansiedad rasgo, depresión estado, depresión rasgo, disfuncionalidad familiar, violencia basada en género, preeclampsia.

ABSTRACT

Preeclampsia is a pathology whose etiology is still unknown, it is therefore necessary to approach it from a holistic point of view, considering the psychosocial component as a possible factor for its development. The objective of this research was to determine the association between psychosocial stressors and the development of preeclampsia, in pregnant women hospitalized in the gynecology-obstetrics service in the Regional Teaching Hospital of Cajamarca, during the period from April to June 2019. The study had a non-experimental, cross-sectional design; correlational descriptive type; the sample consisted of 85 pregnant women who met the inclusion criteria. It was used a data collection questionnaire prepared by the author, the Trait-State Anxiety Inventory (IDARE), the Trait-State Depression Inventory (IDERE), both validated through a pilot test, the family APGAR and the form of detection of gender-based violence. The sociodemographic results showed that 45.9% of pregnant women diagnosed with preeclampsia belonged to the age group of 25 to 34 years, 80% lived with their partner, 25.9% completed secondary school and 84% were housewives. The obstetrician's characteristics was, the majority of the pregnant women, had two or more pregnancy periods, two children born normally, did not have lost such an abortion, and had six or more controls. It was concluded, with $(p) > 0.05$, that state anxiety, trait-state depression, family dysfunction and gender-based violence did not show a significant association with preeclampsia; while with $p = 0.010$, trait anxiety was found to be the only stressor that showed significant association with the aforementioned pathology. No significant association was found between psychosocial stressors and preeclampsia.

Key words: Psychosocial stressors, state anxiety, trait anxiety, state depression, trait depression, family dysfunctionality, gender-based violence, preeclampsia.

2.5 Conceptualización y operacionalización de variables

Variable	Subvariable	Dimensión	Indicadores	Escala	
Variable independiente. Estresores psicosociales: definidos por Pearlin, Sandín y Schooler, como sucesos predisponentes a generar problemas, conflictos o amenazas en relación con los roles y consisten principalmente en dificultades interpersonales (40).	Ansiedad: anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (45).	Ansiedad estado: estado emocional ansioso transitorio frente a una situación concomitante (47).	Ansiedad estado alta	≥44 Puntos	Ordinal
			Ansiedad estado media	30-44 Puntos	
			Ansiedad estado baja	<30 puntos	
		Ansiedad rasgo: rasgo de la personalidad relativamente estable (47).	Ansiedad rasgo alta	≥44 Puntos	Ordinal
			Ansiedad rasgo media	30-44 Puntos	
			Ansiedad rasgo baja	<30 puntos	
	Depresión: síndrome o agrupación de síntomas, susceptibles de valoración y ordenamiento en unos criterios diagnósticos racionales y operativos (46).	Depresión estado: estado emocional depresivo transitorio frente a una situación concomitante (47).	Depresión estado alta	≥43	Ordinal
			Depresión estado media	34-42	
			Depresión estado baja	≤34	
		Depresión rasgo: rasgo de la personalidad relativamente estable (47).	Depresión rasgo alta	≥47	Ordinal
			Depresión rasgo media	36-46	
			Depresión rasgo baja	≤35	
Disfunción familiar: familia sin un funcionamiento adecuado, o que no puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento	Normal	18-20 puntos	Ordinal		
	Disfunción leve	14-17 puntos			
	Disfunción moderada	10-13 puntos			

	de estados de salud favorables en éstos (55).	Disfunción severa	≤9 puntos	
	Violencia basada en género: es una forma de discriminación que seriamente inhibe la capacidad de las mujeres para disfrutar sus derechos y libertades sobre la base de la igualdad con el varón (56).	Violencia física: situación de peligro físico y/o está controlada por amenazas de uso de fuerza física (56).	Sí No	Nominal
		Violencia sexual: es todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual (56).	Sí No	
		Violencia psicológica: toda acción u omisión que dañe la autoestima, la identidad o el desarrollo emocional de una persona (56).	Sí No	
Variable dependiente. Preeclampsia: presencia de presión arterial elevada después de las 20 semanas de embarazo asociado a proteinuria (34,35).		Preeclampsia sin criterios de severidad	140/90 mmHg ≥ PA <160/110 Proteinuria cualitativa de 1+ (ácido sulfosalicílico) o 2+ (tira reactiva) o con proteinuria cuantitativa de 300 mg en orina de 24 horas. No presenta daño en otro órgano blanco.	Nominal
		Preeclampsia con criterios de severidad	- PA ≥ 160/110 mmHg - Deterioro de la función hepática. - Trombocitopenia < 100,000/mm ³ . - Creatinina > 1.1 mg/c. - Edema pulmonar. - Trastornos cerebrales repentinos o trastornos visuales - Proteinuria mayor a 5g en orina de 24 horas - Oliguria menor a 500ml en 24 horas	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El tipo de estudio de la presente investigación correspondió a un diseño no experimental, de corte transversal; tipo descriptivo correlacional.

No experimental: se pudo observar los fenómenos tal y como se dieron en su contexto natural sin manipular las variables.

De corte transversal: porque el estudio se realizó en un solo momento sin hacer cortes en el tiempo y con una población definida.

Descriptivo: porque buscó describir los estresores psicosociales que se encuentran asociados a la preeclampsia.

Correlacional: porque buscó determinar la asociación entre los estresores psicosociales y la preeclampsia.

Prospectivo: se evaluaron los casos nuevos que se presentaron durante el periodo de abril a junio del año 2019.

3.2. Área de estudio y población

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Docente de Cajamarca ubicado en el distrito de Cajamarca, localizado en la zona nor andina del Perú, entre los paralelos 4° 30' y 7° 30' de latitud sur, y los meridianos 77° 47' y 79° 20' de longitud oeste, a 856 km de la capital del país, Lima, a una altitud de 2,720 m.s.n.m. y cuenta con una T° media anual de 18,9°C.

El Hospital Regional Docente de Cajamarca, se ubica al sur de la ciudad de Cajamarca, desde el mes de enero del año 2012, funciona en la Av. Larry Jhonson Cuadra 7 (Barrio Mollepampa), zona de expansión urbana de la ciudad de Cajamarca, distante aproximadamente a 8 minutos de la Universidad Nacional de Cajamarca, utilizando vía terrestre. Cuenta con un área de 46,955.80 m² y la población atendida en dicho establecimiento son aproximadamente 126 321

personas entre emergencia, consulta externa y hospitalización. Es el hospital referencial de mayor complejidad de la Región Cajamarca de categoría II-2.

La población del presente estudio estuvo constituida por todas las gestantes hospitalizadas por preeclampsia, en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante el periodo de abril a junio del año 2019, siendo un total de 103 gestantes con diagnóstico de preeclampsia.

3.3. Muestra y muestreo

El tamaño de la muestra se calculó utilizando el muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta una confiabilidad de 95% ($Z = 1.96$) y admitiendo un error máximo tolerable del 5% ($E=0,05$). La determinación del tamaño de la muestra obedeció a la fórmula para poblaciones finitas, detallándose a continuación:

$$n \geq \frac{NZ^2PQ}{E^2(N-1) + Z^2PQ}$$
$$n \geq \frac{(103)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(103-1) + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$
$$n \geq 81,3898305$$

Dónde:

N: 103 (gestantes preeclámpticas)

Z: Nivel de confianza (95% = 1,96).

n: Tamaño mínimo de muestra.

P (probabilidad de éxito) = 0.5

Q (probabilidad de fracaso) = 0.5 – Complemento de P

E = 0.05: Error máximo tolerable.

Por lo tanto, se trabajó con una muestra de $n \geq 81$, para el presente estudio 85, gestantes preeclámpticas hospitalizadas en el Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses de abril a junio del año 2019.

3.4. Unidad de análisis

Gestante que se hospitalizó con el diagnóstico de preeclampsia, en el servicio de Gineco-Obstetricia, del Hospital Regional Docente de Cajamarca, durante el período de mayo a junio del año 2019.

3.5. Criterios de inclusión y exclusión

3.5.1. Criterios de inclusión

- Gestante que aceptó participar en el estudio y que se encontraba hospitalizada en el servicio de Gineco-obstetricia del Hospital Regional Docente de Cajamarca
- Edad entre 15 y 45 años.
- Gestante diagnosticada con preeclampsia.
- Gestante con edad gestacional mayor o igual a 28 semanas.

3.5.2. Criterios de exclusión

- Gestante con edad menor a 15 años o mayor 45 años.
- Gestante diagnosticada como hipertensa previamente o al inicio de la gestación (antes de las 20 semanas).
- Mujeres con retardo mental, con problemas psiquiátricos y/o problemas en el habla.

3.6. Consideraciones éticas.

Esta investigación se fundamentó en criterios dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, como los siguientes:

Autonomía. La gestante entrevistada tuvo libertad de emitir sus respuestas, sin ser influenciadas por parte de otras personas o de la investigadora.

La no maleficencia. La información se obtuvo luego que la gestante dio el consentimiento para la entrevista y acceso a su historia clínica

Consentimiento informado. Luego que la gestante fue informada en forma clara y precisa del propósito y modalidad de la investigación, emitió su autorización firmando el documento de consentimiento informado.

Privacidad. Se respetó el anonimato de la gestante entrevistada, desde el inicio de la investigación, hasta el final.

Confidencialidad. La información referida por la gestante, no puede ser revelada,

utilizándose sólo para fines de investigación.

3.7 Procedimientos, técnicas y descripción del instrumento.

En una primera fase del estudio, se solicitó el permiso correspondiente a la directora del Hospital Regional Docente de Cajamarca (HRC), a fin de obtener el permiso para proceder a realizar la encuesta y así recolectar la información necesaria.

En la segunda fase del estudio, **recojo de la información**, se realizó la selección aleatoria de las gestantes hospitalizadas con diagnóstico de preeclampsia, y que cumplían con los criterios de inclusión, a quienes se les informó en forma detallada sobre el estudio y se las invitó a participar voluntariamente, solicitándoles su consentimiento.

En esta etapa se empleó una **encuesta**, que se aplicó a través de la entrevista a las mujeres embarazadas y, así obtener información empírica sobre las variables del estudio, cabe mencionar que, para obtener el tipo de preeclampsia, se recurrió a la historia clínica. La encuesta estuvo conformada por:

- a) **Un cuestionario de recolección de datos**, en donde se consignaron los datos personales, sociales y obstétricos de las gestantes, como edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, paridad, antecedentes obstétricos: número de abortos, número de hijos nacidos pre término, número de hijos nacidos a término; y número de controles prenatales. (Anexo 2)
- b) **Cuestionario** conformado por los instrumentos de inventario rasgo- estado (Inventario de ansiedad rasgo- Estado e inventario de depresión rasgo-estado) y APGAR familiar.

1. Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE)

El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable) (60). Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos “normales”, el IDARE ha mostrado ser útil en pacientes de diversos grupos clínicos (62).

Cada uno de los tipos de ansiedad, contiene 20 ítems. En el IDARE estado, existen 10 ítems positivos de ansiedad y 10 ítems negativos, cuyas respuestas toman valores de 1 a 4. La paciente debía seleccionar la alternativa que mejor describía su estado en ese momento, teniendo cuatro opciones de respuesta: No, en lo absoluto

(que valía 1 punto), un poco (valía 2 puntos), bastante (3 puntos) y mucho (4 puntos).

En la escala rasgo existen 13 ítems positivos y 7 negativos. La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas y las opciones de respuesta eran: casi nunca (1 punto), algunas veces (2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos). Se orientó a la paciente que debía responder cómo se sentía generalmente en relación a los ítems de la escala de ansiedad como rasgo.

Para calificar se debía conocer el puntaje alcanzado en cada ítem, utilizando la clave a manera de saber que grupos de enunciados se sumaban, a partir de que algunas proposiciones estaban formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad y otras de manera inversa. Se utilizaba posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permitía conocer el nivel de ansiedad, pudiendo ser baja, moderada o alta.

Para el presente estudio se utilizó el IDARE para la evaluación del estrés psicológico en su versión en español de Díaz-Guerreo y Spielberg, que tiene una elevada confiabilidad, alfa de Cronbach de 0.83 para el IDARE-R y de 0.90 para el IDARE-E (3,63,64).

2. Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE)

El IDERE es un inventario autoevaluativo, diseñado para permitir evaluar, por una parte, a las personas vulnerables a presentar estados depresivos, es decir, que tienen una alta depresión como rasgo o depresión personal; así como, identificar a las personas que están sufriendo un estado depresivo que provoque malestar emocional significativo, aunque este no necesariamente se manifieste como una depresión que cumpla todos los criterios diagnósticos establecidos en los manuales de psiquiatría (52).

El inventario estuvo constituido por 20 ítems, cuyas respuestas tomaban valores de 1 a 4. La mitad de estos ítems por su contenido, eran positivos en los estados depresivos, mientras que la otra mitad eran ítems antagónicos con la depresión. La paciente debía seleccionar la alternativa que mejor describía su estado en ese momento, teniendo cuatro opciones de respuesta: No, en lo absoluto (que valía 1 punto), un poco (valía 2 puntos), bastante (3 puntos) y mucho (4 puntos) (22).

La escala de depresión como rasgo permitió identificar a las pacientes que tenían propensión a sufrir estados depresivos y además brindaba información sobre la estabilidad de esos síntomas. Constaba de 22 ítems que también, adquirirían valores de 1 a 4 puntos y las opciones de respuesta eran: casi nunca (1 punto), algunas

veces (2 puntos), frecuentemente (3 puntos) y casi siempre (4 puntos). Los valores oscilaban entre 20 y 80 puntos para la escala de estado y 20 y 88 puntos para la escala rasgo.

Para calificar se debía conocer el puntaje alcanzado en cada ítem, utilizando la clave a manera de saber que grupos de enunciados se sumaban, a partir de que algunas proposiciones estaban formuladas de manera directa, como evaluando la depresión y otras de manera inversa. Se utilizaba posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permitía conocer el nivel de depresión, pudiendo ser baja, media o alta (tanto para depresión estado, como para depresión rasgo).

El inventario tiene una alta confiabilidad ya que tiene un alfa de Cronbach de 0.78 para la escala de depresión personal y de 0.79 para la escala de depresión como estado, desde sus primeras evaluaciones psicométricas (52,65).

3. APGAR familiar.

El APGAR familiar es un cuestionario diseñado por el doctor Smilkstein que consta de cinco preguntas. Evalúa la funcionalidad del individuo en la familia, de acuerdo a cinco funciones básicas de la familia, consideradas las más importantes por el autor. Funciona como un acróstico, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada. Se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos.

El cuestionario fue entregado a cada paciente para que lo realice en forma personal, excepto a aquellas que no sabían leer, caso en el cual el entrevistador aplicó el test. Para cada pregunta se debía marcar sólo una X. Cada una de las respuestas tenía un puntaje que iba entre los 0 y 4 puntos, de acuerdo a la siguiente calificación: nunca (0 puntos), casi nunca (1 punto), algunas veces (2 puntos), casi siempre (3 puntos) y siempre (4 puntos). Al sumar los cinco parámetros el puntaje fluctuaba entre 0 y 20, lo que indicaba una normal, leve, moderada o severa disfunción familiar.

El análisis de confiabilidad de la escala (alfa de Cronbach) en diversos estudios fue superior a 0.75, además de ser un instrumentos validado y aplicado por el Ministerio de salud del Perú (2,22, 59,66).

c) Entrevista estructurada: formulario de detección de violencia basada en género.

Es una herramienta de detección, compuesta de cinco preguntas que fue desarrollada por representantes de la Federación Internacional de Planificación de la Familia, Región del Hemisferio Occidental (IPPF/RHO) y de afiliadas en Brasil, la República Dominicana, Perú y Venezuela en una reunión de planeamiento que tuvo lugar en mayo de 1999 y que es usada actualmente por el Ministerio de Salud del Perú, para detectar casos de violencia basada en género. Esta utiliza preguntas sencillas y directas sobre los tipos de violencia (psicológica, física, sexual), violencia sexual en la niñez y seguridad. Para el presente estudio se tomó en cuenta las tres primeras preguntas referidas a la violencia psicológica, física y sexual. Para su aplicación se usó la entrevista como técnica, en la que se evaluó pausadamente pregunta por pregunta, informando previamente a las entrevistadas sobre los tipos de violencia existentes (56).

3.8. Procesamiento y análisis de datos

3.8.1. Procesamiento

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del Programa IBM SPSS Versión 25 y Microsoft Excel para Windows, cuya finalidad es generar una base de datos. El proceso fue orientado a organizar los datos y resumirlos en tablas simples y de contingencia, frecuencias absolutas y relativas, analizando los mismos con indicadores estadísticos como frecuencias, medianas. Para establecer asociación entre las variables se aplicó el Chi cuadrado, válida para determinar asociación que posibilita determinar si existe o no una asociación estadísticamente significativa entre las variables estresores psicosociales y la preeclampsia, considerando un valor de $p \leq 0,05$ como un valor de asociación significativa.

3.8.2. Análisis de datos

Una vez obtenidos los datos requeridos, se procedió a la clasificación, codificación y tabulación de la muestra.

Para la interpretación y análisis se procedió de la siguiente manera:

Fase descriptiva. Consistió en describir los resultados referentes a las características sociodemográficas, obstétricas y estresores psicosociales, asociados a la preeclampsia en gestantes.

Fase inferencial. Consistió en contrastar los resultados con antecedentes y teorías.

3.9. Control de calidad de datos

La calidad de los datos dependió fundamentalmente de la confiabilidad del instrumento usado para su recolección. El APGAR familiar y el formulario de detección de violencia basada en género, usados dentro de la encuesta, son instrumentos validados a nivel nacional por el Ministerio de salud, con valores Alfa de Cronbach bastante elevados mencionados anteriormente.

Los Instrumentos: “Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)” y el “Inventario de Depresión Rasgo- Estado (IDERE)”, fueron validados a través de una prueba piloto aplicada a 15 gestantes, que no formaron parte de la muestra pero que contaron con las mismas características, y evaluado mediante el índice de consistencia Alfa de Cronbach. (Anexo N°3), se demostró lo siguiente:

Instrumento	Alfa de Cronbach	Interpretación
Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)	0,799	Aceptable y confiable
Inventario de Depresión Rasgo- Estado (IDERE)	0,864	Bueno y confiable

Además, se asumió un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas y Obstétricas

Tabla 01. Características sociodemográficas de las gestantes hospitalizadas por preeclampsia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, año 2019.

Edad	n°	%
Menor o igual a 15 años	1	1,2
16 a 24 años	27	31,8
25 a 34 años	39	45,9
35 a más años	18	21,2
Estado civil	n°	%
Soltera	3	3,5
Casada	14	16,5
Conviviente	68	80,0
Grado de instrucción	n°	%
Primaria incompleta	13	15,3
Primaria completa	18	21,2
Secundaria incompleta	13	15,3
Secundaria completa	22	25,9
Superior técnico	9	10,6
Superior universitario	10	11,8
Ocupación	n°	%
Ama de casa	72	84,7
Trabajadora del Hogar	1	1,2
Estudiante	6	7,1
Profesional	2	2,4
Comerciante	2	2,4
Otro	2	2,4
Total	85	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

La presente tabla, muestra las características sociales y demográficas, de las gestantes preeclámplicas estudiadas, se aprecia que el 45,9%, tienen una edad comprendida entre los 25 a 34 años. El 21,2% perteneció al grupo etario de 35 años a más, pero solamente el 1,2% tuvo una edad menor o igual de 15 años.

Existen investigaciones contemporáneas que ponen de manifiesto que la edad menor a 20 años y mayor a 35 años son factores de riesgo de la preeclampsia (31,33,36), un estudio realizado en Lima por Ludeña (2018), demostró que la edad mayor a 35 años a más era característica en las pacientes preeclámpticas de su estudio en un 51.5% (67), rango de edad que no es semejante a lo hallado en la presente investigación, puesto que la edad que prevaleció en las gestantes del estudio estuvo dentro del intervalo 25 a 34 años en un 45,9 %, mientras que solo un 21,2 % tuvo una edad comprendida entre 35 años a más. Análisis sistemáticos recientes, refieren que esta enfermedad puede afectar a mujeres mayores de 35 años debido a los daños crónicos del sistema vascular que sufre desgastes, con la consecuente esclerosis de los vasos, lo cual afecta el aporte sanguíneo adecuado durante el embarazo estableciéndose una insuficiencia circulatoria, que produce isquemia útero placentaria (68).

La presente tabla muestra también que el 80% de las gestantes estudiadas convive con su pareja, mientras que solo el 3,5 % de las mismas son solteras, datos que difieren con los reportados por Angulo (2019), quien encontró que el 80% de gestantes que estudió, fueron solteras, mientras que el 16,7% fueron convivientes (69). La diferencia en los resultados podrían estar relacionados con la varianza en el tipo de población de estudio y sus características particulares, ya que en la sierra es común la unión de pareja en solo convivencia, mientras que, en la costa, región donde se dan la mayor parte de investigaciones publicadas relacionadas a preeclampsia, es más frecuente la formalidad del matrimonio, por la evidencia que muestra los datos estadísticos publicados para el año 2013 , mencionando a Lima como el departamento con las más altas tasas matrimoniales (34,5%), en comparación con Cajamarca (3,5%) (74).

Respecto al grado de instrucción, el 25,9% de gestantes completaron la secundaria, además de que el 22,4 % alcanzó los estudios superiores ya sea técnicos o universitarios, datos que se asemejan a los encontrados por Bonifacio (2015), quien encontró que el 67,9% de gestantes con preeclampsia de su estudio, tuvieron grado de instrucción secundaria (70). De igual forma Marrón (2016), halló que el 71,6% de las gestantes preeclámpticas de su estudio habían alcanzado estudios secundarios. Ambas investigaciones coinciden con lo descrito en el presente estudio. Se puede considerar que el contar con grado de instrucción secundaria, es ventajoso para la adquisición de actitudes y aptitudes en cuidados durante la gestación que promuevan la prevención del desarrollo de preeclampsia, sin embargo, aún con ese grado, la prevalencia de la misma sigue en aumento, lo que lleva a plantear, que el

haber completado los estudios secundarios, no es suficiente y que por ende hace falta mayor grado en educación. Un bajo nivel de educación, influye a que las mujeres muchas veces pasen por lato acudir a sus controles prenatales, o les dificulte identificar signos de alarma. Por otro lado, al observar que un alto porcentaje de las madres estudiadas tiene estudios superiores, también supone un fuerte análisis, hay estudios que mencionan, que para aquellas mujeres que alcanzan estudios superiores, la meta de ser madres muchas veces pasa a segundo plano y con ello se retrasa su maternidad (67).

Referente a la ocupación se observa que el 84% de gestantes, son amas de casa, el 7,1 % estudiantes y solo el 1,2 % trabajadoras del hogar, siendo esta última la menos frecuente. Existen estudios que semejan lo encontrado, al mencionar que el ser ama de casa es un factor de riesgo importante para desarrollar preeclampsia (3,22), Anaya (2019), identificó que el 74,5 % de las gestantes con preeclampsia adscritas a su estudio, tenían esta característica (71). El tener esta ocupación, implica desarrollar una serie de actividades que al parecer incrementan el riesgo de este trastorno hipertensivo en estudio, incrementando los niveles de estrés, a causa de las múltiples tareas diarias sobreañadidas a las necesidades personales (tensión psicosocial), y produciendo hiperactividad simpática con descarga de catecolaminas, que inicia una especie de reacción en cadena a nivel de todo el organismo, provocando 2,3 veces más riesgo de preeclampsia (67).

Tabla 02. Características obstétricas de las gestantes hospitalizadas por preeclampsia en el Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Nº de gestaciones	nº	%
1 (primigestas)	40	47,1
2 o más (multigestas)	45	52,9
Nº de hijos nacidos a término	nº	%
0	40	47,1
De 1 a 2	36	42,3
De 3 a 4	6	7,1
De 5 a 6	2	2,4
De 7 a más	1	1,2
Nº de hijos nacidos pretérminos	nº	%
0	78	91,8
Uno a más	7	8,2
Nº de abortos	nº	%
Ninguno	77	90,6
1 aborto	7	8,2
dos o más	1	1,2
Nº de APN	nº	%
Menos de 6 CPN	29	34,1
De 6 a más CPN	56	65,9
Total	85	100,0

Fuente: cuestionario de recolección de datos.

Se consigue apreciar en la presente tabla las características obstétricas de la población estudiada, evidenciándose que el 52,9% ha tenido 2 o más gestaciones, es decir fueron multigestas, sin embargo, un porcentaje considerable del 47,1 % fueron primigestas. Casana (2014) concluyó en su investigación que el 48,48% de gestantes con preeclampsia fueron multigestas (72), mientras que Huamán (2016), en su estudio obtuvo que el 55,9% de gestantes con preeclampsia fueron primigestas (73). En la presente investigación las gestantes con esta característica obstétrica fueron las más prevalentes, siendo el resultado similar a lo hallado por Casana (2014). Las investigaciones catalogan a pacientes multigestas como de riesgo para desarrollar preeclampsia, objetando que la probabilidad de presentar la patología mencionada, en el embarazo actual, se incrementa hasta en un 30 %, si

en un embarazo previo se desarrolló diabetes, obesidad, nefropatía o preeclampsia (29). Sin embargo, según otro punto de vista, Valdés y Hernández (2014) en su estudio sistemático, citando a Jasovic-Siveska y otros, notificaron que hasta el 85 % de los casos de preeclampsia ocurrieron en pacientes primigestas, siendo de 6 a 8 veces más susceptibles que las multigestas. Para estos autores, durante el primer embarazo se inicia una reacción inmunológica (68), los antígenos fetales no son eliminados en el sistema retículo endotelial y se transportan hacia la circulación de la madre, formando inmunocomplejos, que se depositarán en los vasos sanguíneos a costa del daño vascular (67), este fallo en la tolerancia inmunitaria en la primera exposición a antígenos paternos y fetales extraños a la placenta, contribuye a este trastorno (68). Bajo experiencia clínica, cabe mencionar que la mayor cantidad de casos observados con preeclampsia y las complicaciones de la misma, durante la práctica clínica, fueron en primigestas, ello puede deberse en gran parte a lo mencionado por Valdés y Hernández (2014) , así como, a los nuevos sentimientos y emociones que suponen un embarazo, contribuyendo a la presencia de sentimientos ambivalentes y con ello , al desarrollo de estrés que puede agudizarse si no se identifica tempranamente, no solo perjudicando el desarrollo normal del embarazo , sino también la salud mental de la futura madre y el producto.

Los presentes datos muestran que el 42,3% tuvo al menos dos hijos nacidos a término, mientras que solo el 8,2% refirió haber tenido hijos nacidos prematuramente. Investigaciones, como la realizada por Manrique (2018), concluye que solo el 18,1% de las pacientes preeclámplicas de su estudio tuvieron partos pre término, dato que no es semejante a lo hallado en la presente pesquisa, ya que solo el 8,2% refirió haber tenido hijos nacidos pre término. Para este investigador, el antecedente de partos prematuros estaría relacionado con la preeclampsia; así como, esta aumentaría también la incidencia de producción de los mismos. Exploraciones han demostrado que la presencia de preeclampsia durante la gestación, constituye un factor de riesgo para parto prematuro, más aún cuando ya se tiene el antecedente de ambas patologías.

Se observa en la tabla mostrada que la mayor parte de la población estudiada (90,6%), no refirió haber tenido alguna pérdida, salvo el 9,4% que tuvo al menos un aborto. En cuanto al número de atenciones prenatales, el 65,9 % tuvieron 6 o más controles. Ku (2013) en su investigación de casos y controles, realizada en el Instituto Nacional Materno Perinatal, concluyó que el 30,0% de pacientes con preeclampsia estudiadas, refirieron haber tenido al menos un aborto previo, la misma en el año 2018, en una investigación de similar índole, finalizó que el 30,0%

de mujeres con diagnóstico de preeclampsia durante la gestación refirieron haber tenido entre 1 y tres abortos previos. En ambas investigaciones realizadas por la misma autora mencionada, más del 50% de la muestra estudiada tuvieron 6 controles a más (2,22). Los resultados hallados por Ku, tanto en el año 2014 como en el 2018, en lo que se refiere a aborto, difieren con los del presente análisis, puesto que la incidencia que se encontró según resultados mostrados en el presente estudio, son mucho menores a los concordados por la autora citada anteriormente. Sin embargo, por otro lado, el producto obtenido en controles prenatales, es similar a lo obtenido en la presente pesquisa.

Aún no hay investigaciones que expliquen el mecanismo por el que los abortos previos podrían ser factor de riesgo directo para desarrollar preeclampsia, algunos autores lo asocian de forma indirecta, ya que mientras más sea el número de abortos, hay mayor posibilidad de una placentación anormal y con ello la aparición de complicaciones posteriores.

Huamán (2016), concluyó que el 42,4% de gestantes preeclámpticas que estudió, tuvieron controles prenatales deficientes (72), cifra que, aun siendo menor a la mitad, es considerablemente alta, al igual que en el presente estudio. El que una madre en etapa de gestación se controle, cobra mucha importancia, puesto que ello permite detectar oportunamente la patología y tratarla como es debido, en un establecimiento con la complejidad necesaria. Los resultados demuestran que, a pesar de los esfuerzos de los últimos años, aún al 40% de gestantes aproximadamente, no se les realiza la suficiente cantidad de atenciones prenatales (2).

**Tabla 03. Clasificación de preeclampsia en las gestantes hospitalizadas
Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.**

Clasificación de preeclampsia	n°	%
Sin criterios de severidad	31	36,5
Con criterios de severidad	54	63,5
Total	85	100,0

Fuente: Cuestionario de recolección de datos.

En los presentes datos se evidencia que el 63,5% de gestantes presentó preeclampsia con criterios de severidad, mientras que el 36,5% tuvo preeclampsia sin criterios de severidad, datos disímiles a los encontrados por Huamán (2016), quien halló que, de la muestra de pacientes estudiadas, el 42,4% había desarrollado preeclampsia con criterios de severidad, mientras que el 57,6% fueron catalogadas como preeclámpticas sin criterios de severidad (72).

Las formas de preeclampsia sin criterios de severidad o con criterios de severidad, cobra importancia por la rapidez en la que ocurren los eventos patológicos, comprometiendo el bienestar de la madre y el feto con consecuencias muy severas. Guevara y Meza (2013), sustentan que el espectro clínico de la preeclampsia varía desde formas leves (sin criterios de severidad) a severas (con criterios de severidad). En la mayoría de las mujeres, la progresión a través de este espectro es lenta, y el diagnóstico de preeclampsia leve debe ser interpretado como una fase de la enfermedad. En otros, la enfermedad progresa más rápidamente, cambiando de sin criterios de severidad a con criterios de severidad en días o semanas. En los casos más graves, la progresión puede ser fulminante, con evolución a preeclampsia con criterios de severidad o eclampsia en cuestión de días o incluso horas, por lo tanto, la preeclampsia debe ser sobre diagnosticada, pues el objetivo más importante, es la prevención de la mortalidad materna y perinatal (75).

Bajo apreciación crítica se puede mencionar que las gestantes entrevistadas tenían una edad gestacional mayor o igual a las 28 semanas, etapa en la que la sintomatología clínica de la preeclampsia se manifiesta mayoritariamente, ello puede haber influido en el resultado presentado, siendo más frecuente los criterios de severidad.

4.2 Relación entre ansiedad rasgo-estado y preeclampsia

Tabla 04. Ansiedad estado y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Ansiedad – Estado	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Baja	0	0,0	1	1,9	1	1,2
Media	22	71,0	25	46,3	47	55,3
Alta	9	29,0	28	51,9	37	43,5
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) primera parte.

X²= 5,098

p= 0,078

Los datos que anteceden evidencian la relación entre la ansiedad estado y la preeclampsia, el 55,3 % de las gestantes con esta patología mostraron ansiedad estado media, el 71 % de preeclámplicas sin criterios de severidad presentaron ansiedad estado media y el 55,9% de preeclámplicas con criterios de severidad ansiedad estado alta. Los resultados muestran que del 55,3% de gestantes con ansiedad estado, el 71% presentó preeclampsia sin criterios de severidad y el 46,3% la tuvo, pero con criterios de severidad; del grupo de las gestantes que mostraron ansiedad estado alta, el 51,9% presentaron preeclampsia con criterios de severidad, mientras que el 29% tuvo preeclampsia sin criterios de severidad.

Ku (2013), afirmó que la ansiedad tanto rasgo como estado, con $p < 0,05$, guardó asociación significativa con la preeclampsia (22) sin indicar si se trataba de una preeclampsia sin criterios de severidad o con criterios de severidad. La misma investigadora en el año 2018 también demostró que la ansiedad rasgo y estado, se asociaron significativamente con la preeclampsia con $p < 0,05$ (69), así mismo, Angulo y Riveros (2013), demostraron, con $p = 0,012$, asociación significativa entre la ansiedad estado y la preeclampsia (24). Los resultados de tales investigaciones son diferentes a lo hallado en la presente investigación.

Últimos conceptos de ansiedad, han logrado establecer e incorporar la teoría de Spielberger, para quien la ansiedad estado se conceptualiza como un periodo emocional transitorio que varía en intensidad y fluctúa en el tiempo, siendo una

condición subjetiva, caracterizada por la percepción consciente de sentimientos de tensión y aprensión y una alta activación del sistema nervioso autónomo (47,48). Para Spielberger (1972), el nivel de estado de ansiedad que presenta un sujeto, dependerá de la percepción del mismo, siendo ésta, un estado emocional inmediato (48) , ello explicaría el resultado de las investigaciones anteriormente mencionadas, ya que la ansiedad estado suele estar presente en presencia de agentes estresantes, como lo sería para las gestantes, el “conocer el diagnóstico de preeclampsia” y sus “complicaciones”, todo esto adyacente a lo que de por sí supone el embarazo, sin embargo , a pesar de su notable presencia, en el presente estudio no se encontró relación significativa entre ésta y la preeclampsia, un factor importante, que podría contribuir a tal resultado, es una muestra insuficiente.

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre la ansiedad estado y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 5,098, y el coeficiente de correlación $p= 0,078$.

Tabla 05. Ansiedad rasgo y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Ansiedad- Rasgo	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	0	0,0	2	3,7	2	2,4
Medio	28	90,3	32	59,3	60	70,6
Alto	3	9,7	20	37,0	23	27,1
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: Inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) segunda parte.

$\chi^2 = 5,098$

$p = 0,010$

Los datos que anteceden evidencian la relación entre la ansiedad rasgo y la preeclampsia, el 70,6% de preeclámpticas presentaron ansiedad rasgo media, seguido del 90,3% de gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad y el 59,3% de gestantes con preeclampsia con criterios de severidad, que presentaron el mismo nivel de esta modalidad de ansiedad.

Para Ku (2014 y 2018) en sus dos investigaciones, mencionadas anteriormente, la ansiedad rasgo tuvo asociación significativa con la preeclampsia, dato que es similar a lo hallado en la presente pesquisa. Para Spielberger (1972), el rasgo es definido como las diferencias individuales relativamente estables en cuanto a la propensión a la ansiedad; es decir, las diferencias en la disposición para percibir estímulos situacionales como peligrosos o amenazantes y la tendencia a reaccionar ante ellos con estados de ansiedad (47). La ansiedad rasgo es un término definido años atrás, pero recién usado en los últimos años, se puede explicar al mismo, como un tipo de ansiedad que forma parte de la personalidad de un sujeto y que lo hace susceptible a desarrollar trastornos de ansiedad, puesto que percibe a las situaciones de forma más estresante (77).

El hallar a la ansiedad rasgo con asociación significativa con la preeclampsia, es simplemente predecible, puesto que una persona con este tipo de ansiedad, tiende a somatizar y ocasionar mecanismos muy similares a los del estrés y esto posteriormente repercute en su salud, agravando u ocasionando mayores complicaciones. Entre la mayoría de autores que abordaron este constructo, se encuentra un cierto acuerdo a la hora de entender la ansiedad rasgo como un estado de alerta asociado a una hiperactivación fisiológica y ello como reacción a la valoración que un individuo hace generalmente ante situaciones ambiguas pero que

son percibidas como amenazantes, lo que desencadena sobrecarga de pensamientos e hipervigilancia, agravando patologías crónicas concomitantes (77).

Estadísticamente se encontró asociación significativa entre la ansiedad rasgo y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 5,098 y el coeficiente de correlación $p = 0,010$.

4.3 Relación entre depresión estado-rasgo y preeclampsia

Tabla 06. Depresión estado y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Depresión Estado	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Bajo	0	0,0	1	1,9	1	1,2
Medio	12	38,7	11	20,4	23	27,1
Alto	19	61,3	42	77,8	61	71,8
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) primera parte.

$$X^2= 3,768$$

$$p= 0,152$$

Los datos presentados describen la relación entre la depresión estado y la preeclampsia, el 71,8% de gestantes con preeclampsia presenta depresión estado en nivel alto, seguido del 77,8% de preeclámpticas con criterios de severidad y el 61,3 % de preeclámpticas sin criterios de severidad. Ariño (2013), en su estudio realizado en gestantes, concluyó que la depresión guardó asociación significativa con los trastornos hipertensivos (13), Ku (2014), determinó que la depresión en calidad de estado tuvo relación significativa con la preeclampsia (22), la misma autora en el año 2018, señaló asociación significativa entre la depresión estado y la preeclampsia (2), de igual forma, Ramírez y col. (2015), encontraron una alta prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en las gestantes con diagnóstico de preeclampsia (14). Sin embargo, los resultados de dichas investigaciones difieren a lo encontrado en el presente estudio, a pesar de que porcentualmente se puede observar una alta prevalencia de depresión estado en nivel alto, el coeficiente de correlación tuvo un valor mayor a 0,05, lo que estadísticamente niega la asociación entre este tipo de depresión con la preeclampsia.

La depresión es un factor de riesgo reconocido para el desarrollo de enfermedad cardiovascular, y comparte factores de riesgo y características fisiopatológicas con la preeclampsia. Por lo tanto, se ha considerado razonable plantear la asociación entre la presencia de depresión durante la gestación y la preeclampsia. Dicha asociación podría ser biológicamente plausible, puesto que potenciales mecanismos causantes de enfermedad cardiovascular, juegan un rol importante en la preeclampsia,

incluyendo procesos inflamatorios intravasculares, desórdenes metabólicos, neuroendocrinos e hipercoagulables, por lo que la asociación entre la depresión y la preeclampsia debe seguir siendo abordada (78).

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre la depresión estado y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 3,768 y el coeficiente de correlación $p=0,152$.

Tabla 07. Depresión rasgo y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Depresión – Rasgo	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bajo	12	38,7	15	27,8	27	31,8
Medio	18	58,1	27	50,0	45	52,9
Alto	1	3,2	12	22,2	13	15,3
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE) segunda parte.

X²= 5,630

p= 0,060

Los datos que anteceden, describen la relación entre la depresión rasgo y la preeclampsia, el 52,9% del total de gestantes con diagnóstico de preeclampsia, presenta depresión rasgo media, seguido del 50,0% de las gestantes preeclámplicas con criterios de severidad y el 58,1 % de gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad.

Resultado similar fue reportado por Ku (2018), quien, en su estudio, demostró que la depresión rasgo, guardó asociación significativa con la preeclampsia (2), resultado diferente a lo hallado en el presente estudio. Se puede observar que la depresión rasgo media es prevalente, ya que se presentó en más del 50% de las gestantes con preeclampsia encuestadas; sin embargo, el valor del coeficiente de correlación obtenido, no permitió concluir a la depresión rasgo como variable asociada significativamente a la preeclampsia.

Los términos de depresión estado-rasgo, fueron establecidos a partir de la teoría de la personalidad de Spielberger, partiendo de esta concepción dimensional, desde 1986 se trabajó en Cuba el concepto de depresión estado, como aquel que está presente en aquellas personas que están sufriendo un estado depresivo y que puede provocar malestar emocional significativo, y depresión rasgo, identificando a personas vulnerables a presentar estados depresivos, o sea, que presentan una alta depresión personal (52). Diversas investigaciones ponen de manifiesto la posibilidad de considerar la depresión a lo largo de un continuo, donde en el extremo menos grave se encontrarían estados reactivos transitorios a situaciones concretas,

pasando por la personalidad depresiva; y en el extremo más grave el trastorno depresivo mayor (52).

Estas visiones de la depresión, podrían explicar los resultados obtenidos, puesto que a pesar de que hay una alta frecuencia tanto de depresión estado como rasgo en la presente investigación, no involucran un trastorno, sólo estados emocionales transitorios (depresión estado) y aunque la depresión personal (rasgo), fue frecuente, no es lo suficientemente significativa, puesto que al parecer hay buen desarrollo de habilidades de afrontamiento, punto que no ha sido analizado a profundidad y que queda para futuras investigaciones. Por ello cabe resaltar lo mencionado por Angulo, y Riveros (2013), los cuales infirieron que enfermedades hipertensivas del embarazo pueden tener sus orígenes en la niñez como formas de respuesta ante el estrés sostenido; sin embargo, su manifestación posterior en la edad adulta requiere un mayor número de investigaciones para determinar el papel del cuidado parental en el desarrollo de las enfermedades hipertensivas y someter a prueba estas inferencias (24).

Se concluye que estadísticamente no se encontró asociación significativa entre la depresión rasgo y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 5,630 y el coeficiente de correlación $p= 0,060$.

4.4 Relación entre disfunción familiar y preeclampsia

Tabla 08. Disfunción familiar y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Disfunción familiar	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
D. severa	3	9,7	2	3,7	5	5,9
D. moderada	1	3,2	8	14,8	9	10,6
D. leve	9	29,0	15	27,8	24	28,2
Normal	18	58,1	29	53,7	47	55,3
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: APGAR familiar.

$\chi^2 = 3,772$

$p = 0,287$

En la presente tabla se describe la relación entre la disfunción familiar y la preeclampsia, el 55,3% de preeclámpticas presentan una funcionalidad familiar normal, seguido del 53,7% de las gestantes con preeclampsia con criterios de severidad y el 58,1 % de gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad. Además, el 14,8 % de gestantes preeclámpticas con criterios de severidad, presentaron disfunción familiar moderada, en comparación con el 3,2 % que no tuvieron criterios de severidad. Cabe resaltar, que únicamente el 5,9 % de gestantes tuvo disfunción familiar severa.

Investigaciones contemporáneas, muestran resultados disímiles a lo encontrado en el presente estudio al hablar de disfuncionalidad familiar y preeclampsia, por ejemplo, Ariño (2013), concluyó, que la disfuncionalidad familiar se asoció significativamente con los trastornos hipertensivos del embarazo, en especial con la preeclampsia con $p < 0,05$, el 47,7 % de gestantes con preeclampsia de su estudio, presentaron disfuncionalidad familiar moderada (13), mientras que Ku (2013), demostró que no había asociación entre disfunción familiar y preeclampsia (68). Ramírez y col. (2015), mencionaron que el tener pareja disfuncional, se asociaba significativamente con el alto riesgo obstétrico (14). Por otro lado, Ku (2018), concluyó que no se encontró asociación entre disfunción familiar y preeclampsia, conclusión que contrasta lo encontrado.

Una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstos. Ku (2013) cita a una investigación publicada por Wang y col., donde se señaló al estrés producido a nivel familiar como de riesgo para desarrollar enfermedades coronarias en mujeres (69). Investigadores como Lagos y col. (2014), resaltan que el automanejo inadecuado de la enfermedad continúa siendo un problema serio a enfrentar, resaltando la importancia del conocimiento, sobre la patología mencionada, y el manejo terapéutico y emocional de la persona consigo misma, propósito que podría ser alcanzado cuando existe un trabajo colaborativo entre paciente, familia y profesional de la salud, orientado a enseñar, acompañar y supervisar el proceso de salud-enfermedad (79).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que, en las enfermedades crónicas, el paciente y su familia son elementos claves, quienes deben estar preparados, informados y motivados, con el desarrollo de suficientes habilidades para el automanejo de la enfermedad. La efectividad del automanejo ayuda al paciente y familia adherir al tratamiento, minimizando las complicaciones, síntomas y problemas crónicos asociados a incapacidades (34). Lagos y col (2014), citando a Campo y Portillo, reconocen a la familia como un soporte importante para el automanejo, pero es necesario que tanto ellos como el paciente estén suficientemente informados sobre la enfermedad y necesidades de cuidado, para así constituirse (la familia) en entes de soporte facilitadores y no estresores (79).

Uno de los factores de riesgo para desarrollar preeclampsia durante la gestación es la obesidad. Los individuos quienes viven en disfunción familiar desarrollan malos hábitos alimenticios, esto es, un ambiente familiar disfuncional y una estructura monoparental, son factores de riesgo para desarrollar sobrepeso y obesidad (80).

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre la disfunción familiar y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 3,772 y el coeficiente de correlación $p= 0,287$.

4.5 Relación entre violencia basada en género y preeclampsia

Tabla 09. Violencia basada en género y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Violencia basada en género	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	8	25,8	22	40,7	30	35,3
No	23	74,2	32	59,3	55	64,7
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: Formulario de detección de violencia basada en género.

X²= 1,923

p= 0,165

Se consigue apreciar en la presente tabla la relación entre la violencia basada en género y la preeclampsia, el 64,7% del total, el 59,3% de las gestantes con preeclampsia con datos de severidad y el 74,2% de gestantes con preeclampsia sin datos de severidad, sufrieron algún tipo de violencia basada en género; además, el 40,7% de gestantes preeclámplicas con criterios de severidad refirieron haber sufrido algún tipo de violencia en comparación del 25,8 % de gestantes sin criterios de severidad.

La violencia basada en género, es uno de los temas más estudiados en la actualidad por haberse incrementado en los últimos años, es por eso que los investigadores la han tomado como causa posible de distintas afecciones. Ariño (2013), en su análisis, halló asociación significativa entre la violencia intrafamiliar y la preeclampsia (13), Ku (2013); demostró asociación significativa entre violencia y la preeclampsia (22) y Ku (2018), demostró asociación significativa entre violencia basada en género y la patología mencionada (69). Los análisis descritos anteriormente, muestran resultados que discrepan con lo obtenido en la presente investigación; sin embargo, tesis como las realizadas por López y Camacho (2013); hallaron que el 42,5 % de pacientes preeclámplicas adscritas a su estudio, refirió haber sido violentada, pero no concluyó asociación estadísticamente significativa entre violencia intrafamiliar y preeclampsia (15); u Oyarce (2015), que en su búsqueda determinó que no hubo una relación significativa de cualquiera de los tipos de violencia con preeclampsia (26), son investigaciones que concuerdan con los resultados mostrados en el presente estudio.

Las mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia tienen mayor probabilidad de experimentar una serie de problemas de salud graves. Se ha sugerido que la mayor vulnerabilidad de las mujeres maltratadas se puede deber en parte a la inmunidad reducida debido al estrés que provoca el maltrato. Por otra parte, también se ha responsabilizado al autodescuido y a una mayor proclividad a tomar riesgos (81).

Cabe rescatar que, existen investigaciones que cruzaron la violencia como variable y su asociación con ansiedad o depresión, acción que no se realizó en la presente indagación, como la realizada por: Ramírez y col. (2015), encontrando asociación entre el tamizaje positivo de depresión y el maltrato psicológico (14). Aunque este tipo de cruce de variables no se realizó, por no formar parte de los objetivos de la presente tesis, es importante mencionar que, aunque la asociación no fue significativa entre violencia basada en género y la preeclampsia, puede que, si exista entre la misma con algún tipo de estresor psicológico o social. Las investigaciones indican que las mujeres maltratadas experimentan enorme sufrimiento psicológico debido a la violencia. Muchas están gravemente ansiosas o deprimidas. Ser víctima de violación o abuso sexual es una experiencia muy traumática y sus consecuencias pueden prolongarse por mucho tiempo (81).

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre la violencia basada en género y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 1,923 y el coeficiente de correlación $p= 0,165$.

Tabla 10. Violencia física y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Violencia física	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sí	3	9,7	6	11,1	9	10,6
No	28	90,3	48	88,9	76	89,4
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: Formulario de detección de violencia basada en género.

X²= 0,043

p= 0,836

Los datos que anteceden muestran la relación entre la violencia física y la preeclampsia, el 89,4% del total, el 88,9% de las gestantes con preeclampsia con criterios de severidad y el 90,3% de gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad, refirieron no haber sufrido violencia física. Un 11,1% de gestantes preeclámplicas con criterios de severidad refirieron si haber sufrido violencia física.

López y Camacho (2013), demostraron asociación significativa entre violencia física y preeclampsia, incluso hallaron que este tipo de violencia se presentó tanto en pacientes preeclámplicas como normotensas (15); resultado que no coincide con lo mostrado anteriormente ; sin embargo, otros estudios, como los realizados por Oyarce (2015), que concluyó que no hubo asociación significativa de la violencia física con la preeclampsia (26) y, Ku (2018), que evidenció que la violencia física por sí sola no tuvo relación significativa con la preeclampsia (69), semejan lo obtenido en el presente estudio.

Los conflictos con la pareja indican que esa fuente primaria de apoyo es deficiente; al suceder esto, el equilibrio de la persona se daña y los recursos individuales para hacer frente a las demandas de la vida cotidiana pueden ser endeble. En consecuencia, el aumento de la presión arterial puede ser una manifestación de dicha inestabilidad (81).

La violencia física puede afectar el embarazo a través de mecanismos directos e indirectos; un golpe en el abdomen a una mujer embarazada puede causar daño o muerte fetal y trabajo de parto pre término. Mecanismos indirectos pueden inducir riesgos como estrés psicológico y social, que actuaría como un factor subyacente

intermediario de resultados obstétricos y neonatales adversos. Respuestas endocrinas a estrés psicosocial por violencia, producen desbalances del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, relacionándose con la hipertensión arterial (81).

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre la violencia física y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 0,043 y el coeficiente de correlación $p= 0,836$.

Tabla 11. Violencia psicológica y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Violencia psicológica	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	6	19,4	20	37,0	26	30,6
No	25	80,6	34	63,0	59	69,4
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: Formulario de detección de violencia basada en género.

X²= 2,900

p= 0,089

En la presente tabla se describe la relación entre la violencia psicológica y la preeclampsia, el 69,4% del total, el 63,0% de las gestantes con preeclampsia con datos de severidad y el 80,6% de gestantes con preeclampsia sin datos de severidad, refirieron no haber sufrido violencia psicológica. López y Camacho (2013), describieron que el 42,5% de pacientes preeclámplicas de su estudio, refirió haber sido alguna vez abusada emocionalmente por su pareja o alguien importante para ellas, más, a pesar de la frecuencia con que se presentó la violencia emocional, no se demostró estadísticamente asociación entre ésta y el riesgo de desarrollar preeclampsia (15). Investigación cuyos resultados coinciden con lo descubierto, ya que como se observa en el presente estudio, la frecuencia con que se presentó la violencia psicológica fue en más del 60% de gestantes estudiadas, a pesar de ello no se demostró con el coeficiente de correlación, que hubiera asociación significativa entre ésta variable y la preeclampsia.

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre la violencia psicológica y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 2,900 y el coeficiente de correlación p= 0,089.

Tabla 12. Violencia sexual y su relación con la preeclampsia en gestantes hospitalizadas en Hospital Regional Docente de Cajamarca. 2019.

Violencia sexual	Preeclampsia				Total	
	Sin criterios de severidad		Con criterios de severidad			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sí	1	3,2	7	13,0	8	9,4
No	30	96,8	47	87,0	77	90,6
Total	31	100,0	54	100,0	85	100,0

Fuente: Formulario de detección de violencia basada en género.

X²= 2,190

p= 0,139

Se describe a través de los presentes datos, la relación entre la violencia sexual y la preeclampsia, el 90,6% del total, el 87,0% de las gestantes con preeclampsia con criterios de severidad y el 96,8% de gestantes con preeclampsia sin criterios de severidad, refirieron no haber sufrido violencia sexual. El 13,0 % de preeclámplicas con criterios de severidad, refirió si haber sufrido violencia sexual, en comparación del 3,2% de gestantes con este trastorno sin criterios de severidad.

Oyarce (2015), contempló que la violencia sexual se dio sólo algunas veces en un 15,4% de las gestantes con emergencias obstétricas de su estudio, y ultimó que no hubo asociación significativa entre la violencia sexual y la preeclampsia (26), resultados que concuerdan con lo presentado. Por otro lado, Camargo (2016) concluyó asociación significativa entre violencia sexual y la preeclampsia con $p < 0,05$, resultados que no coinciden con lo encontrado (81).

Se ha demostrado que aquellas mujeres sometidas a violencia sexual, demuestran un profundo malestar, que, si no se resuelve, desarrolla patrones sintomáticos crónicos y de larga duración (81). Haber sido víctima de violencia es un factor de riesgo de muchas enfermedades y trastornos. Cuanto más grave sea el maltrato, mayores serán sus repercusiones sobre la salud física y mental de la mujer. Las mujeres maltratadas sexualmente padecen más depresión, ansiedad y fobias que las no maltratadas.

Habría que analizar la eficiencia del instrumento usado para evaluar la presencia de violencia basada en género en nuestro país, instrumento elaborado por el Ministerio de Salud (56), que consta de preguntas a simple vista sencillas, pero que requieren de capacitación, para ser aplicado por parte de los profesionales de la salud, puesto que,

por la profundidad del tema, requiere del adecuado uso de la entrevista y de habilidades propias del entrevistador para obtener veraces resultados. Tales observaciones pueden haber repercutido en los resultados.

Otro de los factores que pudo influenciar en los resultados, fue que probablemente las entrevistadas consideraron normal o habitual este tipo de problemas y no reconocieron que fueron o eran víctimas de violencia.

Estadísticamente no se encontró asociación significativa entre la violencia sexual y la preeclampsia, según lo determina el chi cuadrado de 2,190 y el coeficiente de correlación $p= 0,139$.

Finalmente se puede concluir que los resultados obtenidos, para cada uno de los estresores psicosociales, justifican que las causas del desarrollo de preeclampsia son principalmente de índole directo (biológico y orgánico) mas no indirecto.

CONCLUSIONES

Al terminar la investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

1. En el presente estudio la mayoría de gestantes preeclámpticas, se caracterizaron por pertenecer al grupo etario de 25 a 34 años, convivía con su pareja, tenían secundaria completa y fueron amas de casa.
2. Al caracterizar obstétricamente a las gestantes del estudio, se halló que la mayoría tuvo dos o más gestaciones, al menos dos hijos nacidos a término, no refirió haber tenido alguna pérdida y, tuvieron seis o más controles. Un porcentaje bajo refirió hijos nacidos pre término y tuvo al menos un aborto.
3. Se determinó que no existe asociación significativa entre la ansiedad estado ($p=0,078$) y la preeclampsia, mientras que para la ansiedad rasgo ($p=0,010$) si existió asociación significativa con la patología mencionada.
4. Se determinó que no existe relación significativa entre la depresión estado ($p=0,060$) y depresión rasgo ($p=0,287$), con la preeclampsia.,
5. Se determinó que no existe asociación significativa entre la disfunción familiar ($p=0,287$) y la preeclampsia.
6. Se determinó que no existe asociación significativa entre la violencia basada en género($p=0,165$) y la preeclampsia.
7. Se determinó que no hubo asociación significativa entre los estresores psicosociales y la preeclampsia.

RECOMENDACIONES

A los profesionales de la salud:

1. Considerar todo embarazo como de riesgo, incluso si el embarazo ocurre dentro de los rangos normales, puesto que a pesar de que la literatura científica menciona a la edad menor 15 años o mayor de 35 años, como de alto riesgo; la mayor frecuencia de preeclampsia, se dio en intervalos de edad clasificados como normales.

2. Realizar una buena historia clínica, poniendo especial énfasis en los antecedentes y manejo del riesgo encontrado, de modo que se realice un mejor control prenatal. La atención prenatal reenfocada, mediante la vigilancia y la evaluación integral de la madre y el feto permite identificar a las gestantes con mayor riesgo y promueve la participación de la familia y la comunidad. Durante el control prenatal educar a las gestantes en violencia basada en género.

Al comité de Investigación del Hospital Regional Docente de Cajamarca:

3. Abordar la preeclampsia como un problema psicosocial, en el que las pruebas de tamizaje estén orientadas a no solo a identificar posibles trastornos de personalidad, sino el riesgo de desarrollarlos, puesto ciertas situaciones temporales, pueden ser aún más estresantes durante la gestación. Recordar que la sintomatología ansiosa o depresiva temporal, puede llegar a agravarse, sin que necesariamente se convierta en un trastorno; por ello las madres gestantes necesitan soporte en salud mental y se debe contar con el profesional cualificado para tal fin.

A los futuros obstetras:

4. Realizar más investigaciones sobre preeclampsia que tengan un enfoque psicosocial, sobre todo en la región sierra, usando una mejor muestra y evaluando la confiabilidad del formulario de detección de violencia basada en género considerado por el ministerio de salud, y desarrollarlo con la capacitación pertinente, de tal manera que se recabe información veraz a partir de una adecuada entrevista.

REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

1. Sánchez S. Actualización en la epidemiología de la preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet].2014. [04 de marzo del 2019]. 60(4), pág. 309-320. Disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a07v60n4.pdf>
2. Ku E. Estresores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres de Lima, Perú. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. [Internet] 2018; [04 de marzo del 2019]3(1): 3 – 10. Disponible en : ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/download/42/52/
3. Preeclampsia.org. Mortalidad materna internacional y preeclampsia: la carga mundial de la enfermedad. [Internet]. Actualizado en marzo del 2014. Preeclampsia Foundation. [citado 04 de marzo del 2019]. URL Disponible en : <https://www.preeclampsia.org/es/informacion-de-salud/149-advocacy-awareness/332-preeclampsia-and-maternal-mortality-a-global-burden>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Prevención y tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Resumen de las recomendaciones. [Internet] .2010. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70751/1/WHO_RHR_11.30_spa.pdf
5. Organización Mundial de la Salud (OMS), Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP), Organización Panamericana de salud (OPS). 22 de mayo-día mundial de la preeclampsia. [Internet] .2019. [04 de marzo del 2019] Disponible en: 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
6. Masi S. Incidencia de preeclampsia en adolescentes embarazadas en el área de hospitalización en el Hospital Maternidad Mariana de Jesús 2015. [trabajo de investigación en Internet]- [Guayaquil-Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, 2015. [citado 04 de marzo del 2019]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/4285/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-213.pdf>
7. Sosa L, Guirado M. Estados hipertensivos del embarazo. Revista Uruguaya de Cardiología. [Internet].2013. [04 de marzo del 2019]. vol.28 no.2. Disponible en : http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000200021

8. Bautista E, Ruiz I, Arce M. Mortalidad materna en el departamento de Cajamarca durante el periodo 2010-2016, a propósito de la evaluación del plan participativo regional de salud 2010—2014. [Internet].2016. [04 de marzo del 2019]. Vol. 17, núm. 4. Disponible en : <http://revistas.upagu.edu.pe/index.php/PE/article/view/445/458>
9. Boix L. 300 millones de personas padecen de ansiedad en el mundo. [Internet]. Actualizado 11 junio del 2016. El telégrafo. [consultado 04 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/sociedad/4/300-millones-de-personas-padecen-de-ansiedad-en-el-mundo>
10. Ministerio de Salud (MINSa). Boletín Epidemiológico (Lima). [Internet]. Actualizado setiembre del 2015. www.dge.gob.pe. [consultado 04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/36.pdf>
11. Kordi M, Vahed A, Rezaee F, Reza S, Lotfalizadeh M. Anxiety during pregnancy and preeclampsia: a case control study. Journal of midwifery and reproductive health. 2017; 5(1):814-820.
12. Nápoles D. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. MEDISAN. [Internet].2016. [12 de junio del 2019]. vol.20 no.4. Disponible en : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000400013
13. Ariño R. Prevalencia de trastornos hipertensivos del embarazo y estresores psicosociales asociados, en el Hospital Vicente Corral Moscoso, Cuenca – Ecuador 2012. [tesis de especialidad]. 2013. [cuenca]: Universidad de cuenca. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4009/1/MEDGO42.pdf>
14. Ramírez C, Álvarez M, Ocampo M, Tirado A. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. [Internet].2015. [04 de marzo del 2019]. Vol. 66 No. 2. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v66n2/v66n2a02.pdf>
15. Zúñiga M, Guerra A, Castillo A. Prevalencia de depresión mayor en pacientes con preeclampsia en una clínica de cuarto nivel en Cali, Colombia. Revista CES Medicine. [Internet].2018. [04 de marzo del 2019]; 32(2): 98-106. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-98.pdf>
16. Muñoz M, Oliva P. Los estresores psicosociales se asocian a síndrome hipertensivo del embarazo y/o síntomas de parto prematuro en el embarazo

Adolescente. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. [Internet].2009. [04 de marzo del 2019]. 74(5): 281 – 285. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500003)

[75262009000500003](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262009000500003)

17. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Informe estadístico, violencia en cifras. Boletín nº2. www.mimp.gob.pe . [Internet].2018. [consultado 04 de marzo del 2019]. URL disponible en: https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/publicaciones/informe-estadistico-02_2018-PNCVFS-UGIGC.pdf

18. Organización Mundial de la Salud (OMS). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%. [Internet].2016. [04 de marzo del 2019]. Disponible en : <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

19. Ministerio de Salud (MINSA). Salud mental y derechos humanos supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Defensoría del Pueblo. www.minsa.gob.pe. [Internet].2008. [consultado 04 de marzo del 2019]. URL disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/archivo/salud_mental_documentos/16_informe_defensorial_140.pdf

20. Washington D. (OPS/OMS). Día mundial de la salud mental: la depresión es el trastorno mental más frecuente. [Internet]. Nd. <http://www.paho.org>. [consultado 04 de marzo del 2019]. URL disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7305%3A2012-dia-mundial-salud-mental-depresion-trastorno-mental-mas-frecuente&Itemid=1926&lang=es

21. Ministerio de Salud (MINSA). Boletín epidemiológico del Perú. www.dge.gob.pe [Internet].2018. [consultado 04 de marzo del 2019]. URL disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2018/44.pdf>

22. Ku E. Estresores psicosociales asociados a preeclampsia en mujeres hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2011. [tesis para obtener grado académico de magister]- [Lima]: Universidad Mayor De San Marcos,2013. [citado 04 de marzo del 2019].

23. López M, Camacho V. Violencia intrafamiliar como factor de riesgo de preeclampsia en gestantes de 20 a 35 años atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo marzo 2012 - mayo del 2013. [tesis de grado]. 2013. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [04 de marzo del 2019].

Disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3070/lopez_cm.pdf;jsessionid=C7FB4B8AB7320A8BC257B24CC2267241?sequence=3

24. Angulo R, Riveros A. Psicología de la hipertensión en el embarazo: Una evaluación comparativa. Avances en Psicología Latinoamericana/Bogotá (Colombia). [Internet].2013. [04 de marzo del 2019]. Vol. 31(3)/pp. 493-506 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v31n3/v31n3a04.pdf>

25. Cerrón S, De la cruz I. Estrés y preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Departamental De Huancavelica, 2014. [tesis].2014. [Huancavelica]: Universidad de Huancavelica. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/631>

26. Oyarce Y. Violencia familiar en embarazo con presencia de emergencias obstétricas. Hospital Regional Eleazar Guzmán Barrón De Chimbote. Marzo - mayo 2014. Cientifi-k. [Internet].2015. [04 de marzo del 2019]. 3(1).Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/895/701>

27. Lozano C, Macedo Y. Depresión durante el embarazo y su relación con la violencia familiar en adolescentes atendidas en el Hospital MINSA II – 2 Tarapoto, Julio – diciembre 2015. [tesis].2015. [Lima]: Universidad Nacional de San Martín. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/UNSM/1149>

28. Ministerio de Salud (MINSA). Guías nacionales de tratamiento, manejo y prevención de la preeclampsia y eclampsia. Lima,2018. [30] p.; tab; ilustr. [04 de marzo del 2019]. Disponible en URL: <https://www.inmp.gob.pe/noticia/inmp-presenta-guia-para-prevencion-y-manejo-de-preeclampsia-y-eclampsia>

29. Ríos M, Velásquez L. Hipertensión arterial en el embarazo y estado biopsicosocial de las gestantes controladas en el Hospital II ESSALUD-Tarapoto, periodo julio-noviembre 2015. [tesis].2018. [Lima]: Universidad Nacional de San Martín. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/UNSM/2785/OBSTETRICIA%20-%20Marcelo%20Alonso%20Rios%20Perea%20%26%20Lily%20del%20Pilar%20Vel%C3%A1squez%20Torres.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Ministerio de Salud (MINSA). Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Lima,2016. [171] p.; tab; ilustr. [04 de marzo del 2019]. Disponible en URL: http://bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf

31. Llacuachaqui W. Factores clínicos y sociodemográficos asociados a preeclampsia en gestantes de 16–25 años atendidas en emergencia en el Hospital

- de Ventanilla de enero-diciembre 2016. [tesis para obtener título]- [Lima]: Universidad Ricardo Palma,2018. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en : <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1171/Tesis%20LLACUACHAQUI%20S%C3%81NCHEZ%20HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO). Estados hipertensivos y embarazo. [Internet].2017. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: http://www.fasgo.org.ar/archivos/consensos/Consenso_Fasgo_2017_Hipertension_y_embarazo.pdf
33. Pacheco J. Et al. Introducción al Simposio sobre Preeclampsia. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [Internet].2017. [04 de marzo del 2019]. 63(2):199-206.Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rqo/v63n2/a07v63n2.pdf>
34. Herrera K. Preeclampsia. Revista Médica Sinergia. [Internet].2018. [04 de marzo del 2019]. Vol.3 Num:3, pág. 8 – 12. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
35. Huerta L. Detección oportuna de preeclampsia en una unidad de medicina familiar. [tesis para obtener especialidad]. [Veracruz]: Universidad Veracruzana,2014. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.uv.mx/blogs/favem2014/files/2014/06/Tesis-Lisbet.pdf>
36. Morales C. Factores de riesgo asociados a preeclampsia en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao. Abril a junio de 2010. Revista Peruana de Epidemiología. [Internet].2011. [04 de marzo del 2019]. 15(2) [5 pp.]Disponible en: <https://www.redalyc.org/html/2031/203122516005/>
37. Zamudio R. Estresores psicosociales que afectan a las personas que pertenecen a la comunidad de Villavicencio- Meta –Colombia.2015. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.sciencespijournal.com/ediciones/2016-volumen-i/art%C3%ADculo-1/>
38. Sánchez A. Factores estresores en estudiantes de enfermería durante la realización de las prácticas clínicas. Nurse Inv. [Internet].2019. 16 (99). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1646/869>
39. Sastre, I. Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. [Tesis de Grado]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid. 2015. [citado 04 de marzo del 2019].
40. León M, Tualombo E. Estilos de afrontamiento y niveles de ansiedad en pacientes que acuden al servicio de salud mental en un hospital.2019. [Tesis de Grado]. Carrera de Psicología Clínica. [Quito]: UCE. 114 p. 2019. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en : <http://200.12.169.19/handle/25000/18271>

41. Ordoñez H. Estresores psicosociales presentes según el instrumento Prenatal Psychosocial Profile: Stress Scale en gestantes adultas con parto prematuro que acuden al servicio de obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - Callao, enero - mayo, 2015. [Tesis de Grado]. Facultad de medicina. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2016. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5961/Ordo%C3%B1ez_c_h.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Solís R. Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis de Grado]. Facultad de Medicina. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.2014. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en : http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/3649/Solis_gr.pdf?sequence=1
43. Reyes, J. Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico Y tratamiento. [Internet]. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>
44. Delgado L. Ansiedad estado/rasgo y miedo de hablar en público en estudiantes de la institución IDEA-Perú – Huaraz 2017. [Tesis de Grado]. Facultad de Ciencias de la Salud. [Huaraz]: Universidad San Pedro.2017. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en : http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/4573/Tesis_56459.pdf?sequence=1&isAllowed=y
45. Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en atención primaria. Definición, manifestaciones clínicas y clasificaciones. [04 de marzo del 2019] .Disponible en: <http://guiasalud.es/egpc/ansiedad/completa/documentos/apartado04/Definicion.pdf>
46. Asociación Americana de Psiquiatras (APA). Trastornos de ansiedad según el manual de diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales quinta edición (DSM-V). pendientedemigracion.ucm.es. [04 de marzo del 2019]. URL disponible en: https://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/ta/diag/Trastornos_de_ansiedad_seg_un_la_DSM.pdf
47. Aristondo J. Ansiedad rasgo – estado y deseo sexual en universitarios varones y mujeres de Lima Metropolitana tesis para optar el título profesional de licenciada en psicología. [Tesis de Grado]. Facultad de Psicología. [Lima]: Universidad Ricardo Palma.2017. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en:

<http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/1412/1/ARISTONDO%20JANAMPA%20JASM%C3%8DN-PSI-2017.pdf>

48. Torres T, Guevara Y. Ansiedad en gestantes adolescentes y adultas que acuden a un centro de salud en la ciudad de Iquitos – 2017. [Tesis de Grado]. Facultad de ciencias de la salud. [San Juan]: Universidad Científica del Perú .2018. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/bitstream/handle/UCP/465/TORRES-GUEVARA-1-Trabajo-Ansiedad.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
49. Fernández L, Sánchez A. La depresión en la mujer gestante y su influencia en el proceso de vinculación afectiva prenatal. Revista de Psicoanálisis, Psicoterapia y Salud Mental. [Internet].2008. [citado 04 de marzo del 2019]. Pág. 2-4.
50. Ávila A. Prevalencia de ansiedad y depresión en adolescentes embarazadas de edades comprendidas de entre 12 y 18 años que se encuentran en riesgo y sin apoyo familiar del proyecto especial Adole – Isis. Ecuador. <http://www.dspace.uce.edu.ec>. [04 de marzo del 2019]
51. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión.2011. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion/depresion_38791.pdf
52. Martín M. Et al. Utilidad del inventario de depresión rasgo-estado (IDERE) para el diagnóstico clínico. Un estudio con muestras de cuatro países iberoamericanos. [Internet].2012. [04 de marzo del 2019]. vol. 28, nº 3 /pp. 763-771 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723774014.pdf>
53. Buela G, Agudelo D. Inventario de depresión estado-rasgo. [Internet].2013. [04 de marzo del 2019]. Disponible en : <http://www.web.teaediciones.com/Ejemplos/IDER-Manual-Extracto.pdf>
54. Ministerio de Salud de el Salvador (MINSAL). Depresión en personas de 15 años y más. Santiago.2013. [04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://www.minsal.cl/portal/url/item/7222754637c08646e04001011f014e64.pdf>
55. Wedel K. Depresión, ansiedad y disfunción familiar en el embarazo. Revista Médica Sinergia. [Internet].2018. [04 de marzo del 2019]. Vol.3 Num:1 /pp. 3-8 Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181a.pdf>
56. Ministerio de Salud. Guía técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en género. Lima,2007. [49] p.; tab;ilus. [04 de marzo del 2019]. Disponible en URL: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1253_PROM47.pdf

57. Lombardi Z. Instrumentos de atención integral a la familia, APGAR Familiar. Ministerio de Salud. Lima,2010. [04 de marzo del 2019]. Disponible en URL: <https://sancosmecentrodosalud.files.wordpress.com/2010/08/exposicion-apgar-familiar.pdf>
58. Céspedes C. factores sociodemográficos asociados al acceso a la atención prenatal. Centro de Salud la Tulpuna-Cajamarca, 2018. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Universidad Nacional de Cajamarca. (fecha de último acceso 04 de marzo 2019). Disponible en URL: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2295/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
59. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud basado en la familia y la comunidad. Lima,2011. [04 de marzo del 2019]. Disponible en URL: <https://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
60. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Violencia basada en género. Marco conceptual para las políticas públicas y la acción del estado. Lima,2016. [04 de marzo del 2019]. Disponible en URL: https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgcvvg/MIMP-violencia-basada_en_genero.pdf
61. Casihuamán A. Et al. La disfunción familiar y su repercusión en el adolescente. Barrio Rosa Mística – Paraguay, 2012. Revista Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. [Internet].2018. [citado 04 de marzo del 2019]. 16(3):22-29. Disponible en : <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v16n3/1812-9528-iics-16-03-22.pdf>
62. Crecer psicología. Test IDARE-Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado - Manual y Test. Scrib. [Internet]. 2014. [consultado 04 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/234120745/Test-IDARE-Inventario-de-Ansiedad-Rasgo-y-Estado-Manual-y-Test>
63. Castro I. Propiedades psicométricas del inventario de ansiedad: rasgo – estado (IDARE). Revista PAIAN. [Internet].2016. [citado 04 de marzo del 2019]. Vol.7/N°1. ISSN 2313-3139.
64. Cruzado E. Nivel de ansiedad en pacientes con insuficiencia renal crónica unidad de hemodiálisis Hospital Nacional Dos de Mayo noviembre – 2017. [Tesis de Grado]. Facultad de Ciencias de la Salud. [Lima]: Universidad Privada San Juan Bautista.2018. [citado 04 de marzo del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1732/T-TPLE-Eder%20Johnny%20Cruzado%20Delgado.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

65. Martín M. Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE). www.researchgate.net [Internet]. Nd. [consultado 04 de marzo del 2019]. URL Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283016407_Manual_del_Inventario_de_Depresion_Rasgo
66. Suarez M, Alcalá M. APGAR Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar. Revista Médica La Paz. [Internet].2014. [citado 04 de marzo del 2019]. v.20 n.1. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010
67. Ludeña, L. Características epidemiológicas y gineco-obstétricas de las gestantes con preeclampsia en el Hospital Central de la Fuerza Aérea del Perú durante el período 2011-2015. [Tesis de Grado]. Facultad de Medicina Humana. [Lima]: Universidad San Juan Bautista.2018. [citado 12 de junio del 2019]. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1612/T-TPMC-%20Lorena%20Thais%20Lude%C3%B1a%20Palacios.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
68. Valdés M, Hernández J. Factores de riesgo para preeclampsia. Revista Cubana de Medicina Militar. [Internet].2014. [citado 12 de junio del 2019]. Vol.43 n°3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000300005
69. Angulo W. Factores relacionados a la preeclampsia en adolescentes en el Hospital San Juan de Lurigancho – 2019. [Tesis de Grado]. Facultad de Medicina Humana. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos .2017. [citado 12 de junio del 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/10346/Angulo_tw.pdf?sequence=1&isAllowed=y
70. Gutiérrez E. Factores de riesgo asociados a preeclampsia de inicio tardío en el servicio de gineco -obstetricia del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Enero 2014 – diciembre 2015. [Tesis de Grado]. Facultad de Medicina Humana. [Lima]: Universidad Ricardo Palma .2017. [citado 12 de junio del 2019]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/882/1/Guti%C3%A9rrez%20Cuadros%20Elena%20Augusta_2017.pdf
71. Anaya E. Manejo de la preeclampsia en el Hospital de Apoyo de Cangallo, 2015-2017. [Tesis de especialidad]. Facultad de Ciencias de la Salud. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica .2019. [citado 12 de junio del 2019]. Disponible en:

<http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2368/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2019-ANAYA%20HUARCAYA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

72. Huamán C. Prevalencia de factores de riesgo para preeclampsia en mujeres atendidas en el Hospital Nacional Dos de Mayo entre enero a junio de 2015. [Tesis para optar título]. Facultad de Medicina Humana. [Lima]: Universidad Ricardo Palma .2016. [citado 12 de junio del 2019]. Disponible en: http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/531/1/Huaman_c.pdf

73. Casana G. Factores de riesgo asociados a recurrencia de preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital Santa Rosa de Piura. [Tesis para optar título]. Facultad de Medicina Humana. [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego .2014. [citado 12 de junio del 2019]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/456/1/CASANA_GABRIELA_FACTORES_RIESGO_PREECLAMPSIA_GESTANTES.pdf

74. publiboda.com. Estadísticas matrimoniales en el Perú. [internet] 2013. [citado 12 de junio del 2019]. URL Disponible en: <http://www.publiboda.com/estadisticas-matrimoniales-de-peru.html>

75. Suarez J, Gutiérrez M, Cairo V, Tapanes Y, Rodríguez L. Antecedentes epidemiológicos maternos de la preeclampsia. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. [Internet]. 2014. [citado 12 de junio del 2019] ;40(4) 368-377.

76. Guevara R, Meza L. Manejo de la preeclampsia/eclampsia en el Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. [internet].2013. [citado 12 de junio del 2019] pág. 385-393. Disponible en : <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v60n4/a15v60n4.pdf>

77. Fernández J. relación entre la ansiedad rasgo, sensibilidad a la ansiedad y síntomas de ansiedad en niños y adolescentes. [Tesis doctoral]. Facultad de psicología. [Málaga]: Universidad de Málaga. 2015. [citado 12 de junio del 2019]. Disponible en: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/11513/TD_FERNANDEZ_VALDE_S.pdf?sequence=1

78. Zúñiga M. Et al. Prevalencia de depresión mayor en pacientes con preeclampsia en una clínica de cuarto nivel en Cali, Colombia. Revista CES Med. [internet].2018. [citado 12 de junio del 2019]. 32(2): 98-106. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-98.pdf>

79. Lagos M, Rodríguez F. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra-Lima. Cuid salud. [internet].2014. [citado 12 de junio del 2019]; 1(2).

80. Poma J, Carrillo L, Gonzáles J. Funcionalidad familiar y factores de riesgo modificables para hipertensión arterial. Univ. Med. [internet].2018. [citado 12 de junio del 2019] 59(1): 3-10. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed59-1.ffha>
81. Morales J. Violencia doméstica de la pareja y su relación con la preeclampsia en gestantes atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho. Enero-Julio. [Tesis de grado]. Facultad de Medicina. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2016. [citado 12 de junio del 2019]. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/d2c2/f60823a9782dfb4b360eb25acd0ed0a851bc.pdf>

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

E.A.P DE OBSTETRICIA

HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN DENOMINADA:
ESTRESORES PSICOSOCIALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA.
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. AÑO 2019.**



Declaro libre y voluntariamente que yo, identificada con el DNI N°:, acepto participar en la presente tesis, cuyo objetivo es establecer la asociación entre los estresores psicosociales y el desarrollo de la preeclampsia, en las gestantes hospitalizadas en el Hospital Regional docente de Cajamarca, en el presente año, respondiendo verazmente a las preguntas de la encuesta y la entrevista, habiéndome explicado la finalidad de la investigación : **Enfocar a la preeclampsia de una forma holística**, de tal manera que las actividades que se realicen en pro de su prevención y tratamiento, no dejen de lado la parte psicosocial, determinante importante de la salud. Con la información y resultados obtenidos se espera reorientar no solo la forma de trabajo del profesional obstetra, sino de todos los profesionales de salud, quienes deben involucrarse no sólo en el cuidado convencional de la paciente, sino cuidando su salud mental, lo que involucra a una serie de situaciones que pueden afectarla, y que deben ser detectadas oportunamente, para ser tratadas multidisciplinariamente y prevenir de esta manera futuras complicaciones. Además, se me ha indicado que el procedimiento no significa riesgo alguno para mi integridad personal. Se me ha informado que **los cuestionarios que se me aplicarán (Inventario de depresión Rasgo Estado, Inventario de Ansiedad Rasgo -Estado, APGAR Familiar y formulario para la detección de violencia basada en género)**, son confidenciales y que soy libre de retirarme del estudio en el momento que lo decida, estoy consciente de que puedo solicitar mayor información acerca del presente estudio si así lo deseo.

INVESTIGADORA

Nombre:

DNI:

Dirección:

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº HCL:

Condición:

Preeclampsia sin datos de severidad: ()

Preeclampsia con datos de severidad: ()

Estudio: **ESTRESORES PSICOSOCIALES Y SU ASOCIACIÓN CON EL DESARROLLO DE PREECLAMPSIA. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE CAJAMARCA. AÑO 2019.**

Responsable: Peggy Tiffani Vergara Tacilla.

Institución: Hospital Regional Docente de Cajamarca.

DATOS DE LA MADRE:

1) Edad:

- <15 años
- 15-24 años
- 25-34 años
- >=35 años

2) Estado civil

- Soltera
- Casada
- Conviviente

3) Grado de instrucción

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Superior técnico
- Superior universitaria

4) Ocupación

- Ama de casa
- Trabajadora del hogar
- Estudiante
- Profesional
- Comerciante
- Otro

5) Fórmula Obstétrica: G P

6) Control prenatal:

- Sin CPN
- < 6 controles
- >= 6 control

ANEXO 3

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS: IVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO E INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO-ESTADO

INSTRUMENTO: Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado (IDARE)

Alfa de Cronbach

Análisis de fiabilidad – Confiabilidad del Instrumento

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	15	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	15	100,0

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,799	40

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	60,80	72,886	,295	,796
VAR00002	60,73	73,210	,131	,799
VAR00003	60,27	65,638	,876	,774
VAR00004	60,40	71,686	,170	,800
VAR00005	60,27	65,638	,876	,774
VAR00006	60,87	74,410	,068	,799
VAR00007	60,40	76,686	-,206	,811
VAR00008	60,27	65,638	,876	,774
VAR00009	60,80	73,600	,175	,798

VAR00010	60,73	73,210	,131	,799
VAR00011	60,27	65,638	,876	,774
VAR00012	60,67	78,952	-,429	,816
VAR00013	60,40	74,971	-,054	,806
VAR00014	60,93	74,781	,000	,800
VAR00015	60,73	73,210	,131	,799
VAR00016	59,33	76,238	-,155	,811
VAR00017	60,27	76,924	-,187	,817
VAR00018	60,47	72,838	,140	,799
VAR00019	60,27	65,638	,876	,774
VAR00020	60,27	65,638	,876	,774
VAR00021	60,53	72,410	,245	,796
VAR00022	60,33	70,667	,246	,796
VAR00023	60,47	73,695	,092	,800
VAR00024	60,40	63,971	,863	,770
VAR00025	60,53	69,552	,588	,786
VAR00026	59,47	77,410	-,243	,815
VAR00027	60,27	65,638	,876	,774
VAR00028	60,47	68,267	,732	,782
VAR00029	60,33	74,524	-,030	,808
VAR00030	60,27	65,638	,876	,774
VAR00031	60,20	80,743	-,399	,828
VAR00032	60,20	71,457	,170	,800
VAR00033	60,27	65,638	,876	,774
VAR00034	59,73	77,352	-,197	,823
VAR00035	60,40	74,400	,013	,802
VAR00036	60,27	65,638	,876	,774
VAR00037	60,60	76,400	-,218	,808
VAR00038	60,80	72,743	,319	,795
VAR00039	60,27	65,638	,876	,774
VAR00040	60,47	68,981	,507	,787

INSTRUMENTO: Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDERE)

Alfa de Cronbach

Análisis de fiabilidad – Confiabilidad del Instrumento

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	15	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	15	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,864	42

Estadísticas de total de elemento				
	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
VAR00001	67,87	103,695	-,207	,877
VAR00002	68,27	101,495	-,098	,868
VAR00003	68,47	92,695	,831	,853
VAR00004	67,80	99,457	,047	,868
VAR00005	68,47	94,838	,459	,859
VAR00006	68,80	100,743	,000	,864
VAR00007	66,93	97,781	,202	,864
VAR00008	68,47	92,695	,831	,853
VAR00009	68,13	101,410	-,082	,871
VAR00010	68,47	92,695	,831	,853
VAR00011	68,47	92,695	,831	,853
VAR00012	68,47	99,695	,054	,867

VAR00013	68,33	102,810	-,174	,873
VAR00014	68,47	92,695	,831	,853
VAR00015	68,67	99,381	,176	,864
VAR00016	68,53	103,410	-,250	,872
VAR00017	68,47	92,695	,831	,853
VAR00018	68,20	100,314	-,008	,869
VAR00019	68,47	92,695	,831	,853
VAR00020	68,47	92,695	,831	,853
VAR00021	68,33	91,952	,506	,857
VAR00022	68,27	90,638	,484	,858
VAR00023	68,47	98,410	,159	,865
VAR00024	68,47	92,695	,831	,853
VAR00025	68,47	92,695	,831	,853
VAR00026	68,47	92,695	,831	,853
VAR00027	68,20	97,457	,231	,863
VAR00028	68,13	92,981	,620	,855
VAR00029	68,47	92,695	,831	,853
VAR00030	66,67	100,810	-,032	,867
VAR00031	68,33	98,381	,205	,863
VAR00032	68,20	94,171	,503	,858
VAR00033	67,27	92,210	,489	,857
VAR00034	68,27	95,495	,387	,860
VAR00035	67,80	90,457	,535	,856
VAR00036	68,60	97,971	,317	,862
VAR00037	68,60	96,400	,366	,861
VAR00038	66,13	99,124	,101	,866
VAR00039	67,33	92,381	,478	,858
VAR00040	68,53	94,267	,705	,856
VAR00041	66,33	100,095	,037	,866
VAR00042	68,27	104,924	-,420	,873

ANEXO 4

INVENTARIO DE ANSIEDAD-RASGO ESTADO (IDARE)

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque en el cuadro que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No, absoluto	en Un poco	bastante	Mucho
1 Me siento calmada				
2 Me siento segura				
3 Estoy tensa				
4 Estoy contrariada				
5 Me siento a gusto				
6 Me siento alterada				
7 Estoy preocupada actualmente por algún posible contratiempo				
8 Me siento descansada				
9 Me siento ansiosa				
10 Me siento cómoda				
11 Me siento con confianza en mí misma				
12 Me siento nerviosa				
13 Estoy agitada				
14 Me siento a punto de explotar				
15 Me siento relajada				

16 Me siento satisfecha				
17 Estoy preocupada				
18 Me siento muy preocupada o aturdida				
19 Me siento alegre				
20 Me siento bien				

IDARE

Segunda Parte

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque en el cuadro que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21 Me siento mal				
22 Me canso rápidamente				
23 Siento ganas de llorar				
24 Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser				
25 Pierdo oportunidades por no poder decidirme				
26 Me siento descansada				
27 Soy una persona tranquila, serena y sosegada				
28 Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder				

superarlas				
29 Me preocupo demasiado por cosas sin importancia				
30 Soy feliz				
31 Tomo las cosas muy a pecho				
32 Me falta confianza en mi misma				
33 Me siento segura				
34 Trato de sacarle lo mejor a las crisis y dificultades				
35 Me siento triste				
36 Me siento satisfecha				
37 Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente				
38 Me afectan tanto los desencuentros que no me los puedo quitar de la cabeza				
39 Soy una persona estable				
40 Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me tensa y altera				

ANEXO 5

INVENTARIO DE DEPRESIÓN RASGO – ESTADO (IDERE)

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque en el cuadro que indique cómo se siente ahora mismo, o sea, en estos momentos. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

Primera Parte (Escala de Estado)

	No, absoluto	en Un poco	bastante	Mucho
21 Pienso que mi futuro es desesperado y no mejorará mi situación				
22 Estoy preocupada				
23 Me siento con confianza en mí misma				
24 Siento que me canso con facilidad				
25 Creo que no tengo nada de qué arrepentirme				
26 Siento deseos de quitarme la vida				
27 Me siento segura				
28 Deseo desentenderme de todos los problemas que tengo				
29 Me canso más pronto que antes				
30 Me inclino a ver el lado bueno de las cosas				
31 Me siento bien sexualmente				
32 Ahora no tengo ganas de llorar				
33 He perdido la confianza en mí				

misma				
34 Siento necesidad de vivir				
35 Siento que nada me alegra como antes				
36 No tengo sentimientos de culpa				
37 Duermo perfectamente				
38 Me siento incapaz de hacer cualquier trabajo por pequeño que sea				
39 Tengo gran confianza en el porvenir				
40 Me despierto más temprano que antes y me cuesta trabajo volverme a dormir				

IDERE

Segunda Parte

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y marque en el cuadro que indique cómo se siente generalmente. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
1 Quisiera ser tan feliz como otras personas				
2 Creo no haber fracasado más que otras personas				
3 Pienso que las cosas me van a salir mal				
4 Creo que he tenido suerte en mi vida				
5 Sufro cuando no me siento				

reconocida por los demás				
6 Pienso que todo saldrá bien en el futuro				
7 Sufro por no haber alcanzado mis mayores aspiraciones				
8 Me deprimó por pequeñas cosas				
9 Tengo confianza en mí misma				
10 Me inclino a ver el lado bueno de las cosas				
11 Me siento aburrida				
12 Los problemas no me preocupan más de lo que se merecen				
13 He logrado cumplir mis propósitos fundamentales				
14 Soy indiferente ante las situaciones emocionales				
15 Todo me resulta de interés				
16 Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza				
17 Me falta confianza en mí misma				
18 Me siento lleno de fuerzas y energías				
19 Pienso que los demás me estimulan adecuadamente				
20 Me ahogo en un vaso de agua				
21 Soy una persona alegre				
22 Pienso que la gente no me estimula las cosas buenas que hago				

ANEXO 6

APGAR FAMILIAR

Las siguientes preguntas son de gran ayuda para entender mejor su salud integral. Familia es definida como el(los) individuo(s) con quien(es) usted usualmente vive. Si usted vive solo, su “familia” consiste en la(s) persona(s) con quien(es) usted tiene ahora el lazo emocional más fuerte.

Para cada pregunta marcar sólo una X en el caso específico para usted.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor.					
Me satisface como compartimos en mi familia: A. El tiempo para estar juntos B. Los espacios en la casa C. El dinero					

ANEXO 7

FORMULARIO DE DETECCIÓN DE VIOLENCIA BASADA EN GÈNERO

Introducción: Debido a que el maltrato y la violencia son tan comunes en la vida de las mujeres, en este Servicio del Hospital Regional Docente de Cajamarca, estamos haciendo algunas preguntas sobre el tema. Es muy importante que usted sea sincera en sus respuestas. Lo que usted nos cuente será confidencial, no será usado para denuncia y no será revelada su identidad.

Violencia Psicológica

1. ¿Se sintió alguna vez agredida emocional o psicológicamente por parte de su compañero o esposo o por alguna persona importante para usted (ejemplo: ¿insultos constantes, humillaciones, destrucción de objetos apreciados, avergonzada, ridiculizada frente a otros, rechazada, aislada, etc.)?

SÍ

NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? _____ (Desde hace cuánto tiempo: Meses Años). ¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? _____

Violencia Física

2. ¿Alguna vez su esposo, compañero o alguien importante para Usted le causó daño físico? (golpes, cortes, quemaduras, etc.)

SÍ

NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? _____ (Desde hace cuánto tiempo: Meses Años)

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió? _____

Violencia Sexual

3. ¿En algún momento de su vida se sintió forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

SÍ

NO

Si es SÍ ¿Cuándo sucedió la última vez? _____ (Desde hace cuánto tiempo: Meses Años)

¿Qué relación tiene con usted la persona que la agredió?-----

