



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS EN GESTANTES DE UN CENTRO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autora:

Juro Dueñas, Jackelyn Judith

Asesora:

Henostroza Mota, Carmela

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio

Flores Vásquez, María Elizabeth

Campana Cruzado, Frey

Lima - Perú

2024



FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS EN GESTANTES DE UN CENTRO DE SALUD DE LIMA METROPOLITANA

INFORME DE ORIGINALIDAD

24%

INDICE DE SIMILITUD

22%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

10%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Nacional Federico Villarreal Trabajo del estudiante	2%
2	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	repositorio.unfv.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%
6	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
8	apirepositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%



FACULTAD DE PSICOLOGÍA
FACTORES ASOCIADOS AL ESTRÉS EN GESTANTES DE UN CENTRO DE
SALUD DE LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación:

Psicología de los procesos básicos y psicología educativa

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

Autor(a):

Juro Dueñas, Jackelyn Judith

Asesor:

Henostroza Mota, Carmela

ORCID: 0000-0003-3762-3247

Jurado:

Figueroa Gonzales, Julio

Flores Vásquez, María Elizabeth

Campana Cruzado, Frey

Lima - Perú

2024

Pensamientos

“La mejor arma el contra estrés es la habilidad para elegir un pensamiento sobre el otro”

William James

“El gran descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden cambiar sus vidas al cambiar sus actitudes mentales”

William James

Dedicatoria

A Dios por brindarme salud y permitirme llegar hasta el día de hoy en este largo recorrido profesional y personal, a mis padres, hermanos por ser el apoyo y soporte en cada paso, confiar en mí y seguir alentándome para cumplir mis objetivos.

Agradecimiento

Agradecer en primer lugar a Dios por el bienestar y fuerzas para poder superar cada obstáculo presentado en mi vida, por permitirme cumplir cada una de mis metas con la compañía de mis familiares más cercanos. Agradecer a mis padres por el apoyo incondicional y a mis hermanas por ser fuente de motivación para seguir esforzándome.

A mi asesora por su paciencia, conocimientos, orientación y apoyo durante la elaboración de esta investigación que fueron fundamentales para llevar a cabo este trabajo.

Agradezco a la Universidad Nacional Federico Villarreal, por los conocimientos brindados en cada una de sus aulas con excelentes profesores quienes permitieron tener una percepción amplia en cuando a la investigación y conocer la psicología a profundidad para poder ejercerla de forma humana con ética y profesionalismo.

Finalmente, a cada uno de mis compañeros de aula que formaron parte de mi vida compartiendo las enseñanzas dentro del aula y gratas experiencias fuera de ellas.

Índice

Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	10
1.1. Descripción y formulación del problema	12
1.2. Antecedentes	14
1.2.1. Antecedentes nacionales	14
1.2.2. Antecedentes internacionales	16
1.3. Objetivo	19
1.3.1. Objetivo general	19
1.3.2. Objetivos específicos	19
1.4. Justificación	19
1.5. Hipótesis	20
II. MARCO TEÓRICO	22
2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación	22
2.1.1. Estrés	22
2.1.2. Modelos teóricos	22
2.1.3. Dimensiones del estrés.	24
2.1.4. Consecuencias del estrés.	25
2.2. Gestante	25
2.2.1. Etapas de gestación.	26
2.2.2. Características psicológicas.	27
2.3. Estrés y gestación	28
2.3.1. Implicancias	29
III. MÉTODO	31

3.1.	Tipo de investigación	31
3.2.	Ámbito temporal y espacial	31
3.3.	Variables	32
3.3.1.	Estrés	32
3.3.2.	Factores asociados al estrés	32
3.4.	Población y muestra	37
3.4.1.	Criterios de inclusión	40
3.4.2.	Criterios de exclusión	40
3.5.	Instrumentos	40
3.5.1.	Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS)	40
3.5.2.	Formulario de evaluación de factores	44
3.6.	Procedimiento	44
3.7.	Análisis de datos	45
3.8.	Consideraciones éticas	45
IV.	RESULTADOS	46
4.1.	Análisis descriptivo	46
4.2.	Describir el nivel de estrés percibido según los factores sociodemográficos	46
4.3.	Describir el nivel de estrés percibido según los factores psicosociales	49
4.4.	Describir el nivel de estrés percibido según los factores clínicos	50
4.5.	Análisis relacional	51
V.	DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	53
VI.	CONCLUSIONES	59
VII.	RECOMENDACIONES	60
VIII.	REFERENCIAS	61
IX.	ANEXOS	70

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1 Operacionalización de la variable de estrés	32
Tabla 2 Operacionalización de factores sociodemográficas	34
Tabla 3 Operacionalización de factores psicosociales	35
Tabla 4 Operacionalización de factores clínicos	36
Tabla 5 Características sociodemográficas, psicosociales y clínicos de las gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana	38
Tabla 6 Análisis de confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido	42
Tabla 7 Análisis de validez de la Escala de Estrés Percibido	43
Tabla 8 Baremos de la Escala de Estrés Percibido	44
Tabla 9 Niveles del Estrés Percibido	46
Tabla 10 Nivel de Estrés Percibido según los factores sociodemográficos	48
Tabla 11 Nivel de Estrés Percibido según los factores psicosociales	50
Tabla 12 Nivel de Estrés Percibido según los factores clínicos	51
Tabla 13 Análisis de los factores asociados al Estrés Percibido	52

Resumen

El presente estudio tuvo por objetivo principal establecer los factores asociados al estrés en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana. La muestra estuvo conformada por 134 gestantes inscritas en el 2022, cuyas edades oscilan entre 16 y 43 años, se administró un formulario de evaluación de factores y la Escala de Estrés Percibido (PSS-14). La investigación fue tipo básica, nivel descriptivo correlacional, se utilizó un diseño no experimental de tipo transversal. Los resultados revelaron que el 40.3% de las gestantes reportó un nivel de estrés moderado. En cuanto a los factores de investigación, el grado de instrucción superior, embarazo planificado y las gestantes que se encontraron en el tercer trimestre, obtuvieron mayor frecuencia un nivel bajo de estrés. Los factores representados con un nivel moderado son el grado de instrucción secundaria, estado civil conviviente, casada, situación laboral con y sin empleo, ingreso económico medio, con apoyo familiar, embarazo no planificado, apoyo de la pareja, sin violencia doméstica, primíparas, secundíparas, multíparas, sin y con amenaza de aborto y el segundo trimestre de gestación. Finalmente, el grado de instrucción primaria, estado civil soltera, ingresos económicos bajos, sin apoyo familiar, ni de la pareja, presencia de violencia doméstica y el primer trimestre de gestación, reportaron mayor porcentaje en el nivel alto de estrés percibido. Se concluye que el estrés percibido durante el embarazo es multifactorial y se encuentra asociado a los ingresos económicos, el embarazo planificado, el apoyo de pareja y la violencia doméstica.

Palabras clave: estrés, gestantes, factores asociados

Abstract

The main objective of this study was to establish the factors associated with stress in pregnant women at a Health Center in Metropolitan Lima. The sample consisted of 134 pregnant women enrolled in 2022, whose ages ranged between 16 and 43 years. A factor evaluation form and the Perceived Stress Scale (PSS-14) were administered. The research was of a basic type, descriptive correlational level, and a non-experimental cross-sectional design was used. The results revealed that 40.3% of pregnant women reported a moderate level of stress. Regarding the research factors, higher educational level, planned pregnancy, and pregnant women who were in the third trimester, more frequently had a low level of stress. The factors represented with a moderate level are the degree of secondary education, marital status as cohabitant, married, employment status with and without employment, average economic income, with family support, unplanned pregnancy, support from partner, without domestic violence, primiparous, secundiparous, multiparous, without and with threat of abortion and the second trimester of pregnancy. Finally, the degree of primary education, marital status as single, low economic income, without family or partner support, presence of domestic violence and the first trimester of pregnancy, reported a higher percentage in the high level of perceived stress. It is concluded that perceived stress during pregnancy is multifactorial and is associated with economic income, planned pregnancy, partner support and domestic violence.

Keywords: stress, pregnant women, associated factors

I. INTRODUCCIÓN

En algún momento de nuestra vida hemos experimentado cierto grado de estrés, descrito como un estado de inquietud o tensión mental que surge como respuesta a situaciones desafiantes, esta reacción es completamente natural ante amenazas y otros estímulos estresantes. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2023), cuando se está bajo el estrés nuestro cuerpo sufre cambios a niveles físicos, químicos y emocionales, lo que provoca que las personas se sientan frustradas, abrumadas, enojadas o nerviosas (National Center for Biotechnology Information, 2021). Por lo cual, lo que realmente influye en nuestro bienestar es cómo reaccionamos ante ello.

Una de las poblaciones que presenta diversos cambios, son las gestantes, ya que se enfrentan a distintas situaciones, elementos estresantes relacionados con aspectos psicosociales, culturales y del entorno durante el período de gestación lo que pueden representar un riesgo para la salud tanto de la madre como del feto (Coussons-Read, 2013).

Con el propósito de comprender mejor el fenómeno del estrés en gestantes, esta investigación se centra en determinar los factores asociados a esta condición en un Centro de Salud de Lima Metropolitana. Para facilitar su comprensión, el estudio se ha organizado en capítulos o secciones, como se describe a continuación:

En el primer apartado contiene la descripción y formulación del problema mediante la exploración exhaustiva de la realidad problemática existente, recopilando y analizando antecedentes de investigación tanto a nivel nacional como internacional. Este proceso permitió comprender a fondo el contexto del estudio y definir con claridad el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación de la investigación, destacando la importancia del estudio.

En la segunda sección, se presenta el marco teórico a través de una revisión de la literatura disponible, donde se abordan conceptos, teorías y modelos importantes que están vinculados al estrés en mujeres embarazadas. También se consideran las variables asociadas y las consecuencias que este estrés puede acarrear. Esta base teórica ofrece el fundamento necesario para entender y analizar el fenómeno que se está investigando.

se aborda la metodología del estudio, describiendo el enfoque investigativo utilizado y el tipo de investigación realizada. Se presentan las variables de estudio, incluyendo su definición operacional y cómo se medirán. A continuación, se detalla la población y la muestra seleccionada, así como los criterios de inclusión y exclusión aplicados. En cuanto a los instrumentos de recolección de datos, se proporciona una explicación exhaustiva sobre su diseño, validez y confiabilidad. También se describe el procedimiento de investigación, abarcando desde la recolección de datos hasta su análisis, especificando las técnicas estadísticas empleadas para examinar las variables y responder a las preguntas planteadas. Finalmente, se discuten las consideraciones éticas que se tuvieron en cuenta durante todo el proceso del estudio.

El cuarto apartado, dedicado a la presentación y análisis de los resultados, ofrece una descripción detallada de los hallazgos obtenidos mediante tablas acompañados de una explicación detallada que permite comprender su significado e importancia.

En cuanto al quinto apartado, se encuentra dedicado a la discusión de los resultados, se realiza una comparación de los resultados con los antecedentes revisados, esto permite contextualizar los resultados y evaluar su significado en el contexto del conocimiento actual sobre el tema de investigación.

Por último, en la sexta y séptima sección se presentan las conclusiones derivadas del análisis de los datos, así como las recomendaciones formuladas. El propósito de estas

recomendaciones es contribuir a mejorar tanto el conocimiento como la práctica en el área de estudio.

1.1. Descripción y formulación del problema

En nuestra vida cotidiana se nos presenta diferentes situaciones que suelen generar estrés, el cual es una reacción natural del cuerpo frente a diversas demandas externas. Según Selye (1956), este estado es causado por cambios ambientales que activan el sistema fisiológico, preparándolo para la acción.

Actualmente, este tema ha tomado importancia y preocupación sobre todo en los profesionales de la conducta humana, ya que sus efectos inciden en la salud física y mental, provocando preocupación y angustia en las gestantes, además el estrés puede dirigir a trastornos personales, desorganización familiar y social (Naranjo, 2009). En el 2020, aumentaron los índices de estrés, preocupación, ira y tristeza entre mujeres y hombres a nivel mundial, según el Índice Global de Emociones 2021 de Gallup, donde se observó que los niveles de estrés aumentaron en el 40% de los adultos, haciendo referencia al nivel más alto en los últimos 15 años (LaMotte, 2021).

Un estudio epidemiológico reveló que el 52.2% de los habitantes de Lima Metropolitana experimentan niveles de estrés que van de moderados a graves. Las principales razones de este malestar están vinculadas a la pandemia de COVID-19, junto con desafíos relacionados con la salud, la economía y las dificultades familiares (Instituto Nacional de Salud Mental [INSM], 2021). Asimismo, Segura y Pérez (2016) mencionan que las mujeres son más propensas al estrés a causa de la responsabilidad familiar, el asedio sexual, la variedad de roles, el trabajo dentro y fuera de la casa, han contribuido a que el trabajo doméstico sea un factor importante en generar estrés; además el INSM (2016) señaló que el estrés es uno de los problemas más frecuentes en mujeres gestantes especialmente en los primeros meses de embarazo.

En España se reportó que los factores relacionados con el estrés son la preocupación asociada al COVID-19, tener antecedentes de salud mental, la gestación por medio de un tratamiento de reproducción asistido y el número de hijos (Awad et al., 2022). Por otro lado, se realizó una investigación en el Centro de Salud de La Coipa, Chiclayo donde se obtuvo que el 19,2% de las madres gestantes presentan un nivel alto de estrés mientras que el 60,3% se encuentran con un nivel medio, generando sudoración, pensamientos negativos, impotencia, desmotivación, cansancio, preocupación, pérdida de control, desconcentración, malestar, tensión, dependencia, dificultad para tomar decisiones y respirar (Segovia y Quisterio, 2021). Así mismo, en Arequipa se obtuvo que el factor psicosocial como lo es la violencia doméstica se encuentra relacionada con el estrés (Chávez, 2022).

El estrés influye en muchos aspectos de la vida, desde el desarrollo del sistema nervioso en el feto durante el embarazo, hasta la pérdida de neuronas con el envejecimiento. También impacta las respuestas del cuerpo, tanto inmunológicas como hormonales, ante situaciones emocionales o físicas desafiantes. Además, afecta cómo enfrentamos las dificultades cotidianas y está relacionado con la actividad biológica de nuestras funciones cognitivas (Baidrero, 2017), El estrés que experimenta una mamá durante el embarazo, sin importar en qué etapa esté, puede tener un impacto significativo en el desarrollo de su bebé. Los pequeños podrían tener problemas en el lenguaje, la memoria, el desarrollo motor y otras habilidades cognitivas del niño al nacer (Béjar y Santiago, 2017). Además, Aguilar et al. (2020) el estrés materno representa un factor de riesgo importante que puede influir en que los bebés nazcan con bajo peso.

Por ello se recomienda que para tener un embarazo saludable se evite tensiones, discusiones y estrés, además de tener buenas relaciones con la familia y pareja, una adecuada alimentación, ejercitarse y dormir bien (INSM, 2016).

Por todo lo expuesto anteriormente se formula la siguiente pregunta de investigación ¿cuáles son los factores asociados al estrés en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Chávez (2022) realizó un estudio con el objetivo de identificar factores asociados a los niveles de depresión, ansiedad y estrés en mujeres embarazadas con S.C. Alto Libertad Durante la pandemia de COVID-19 en la ciudad de Arequipa de septiembre de 2021 a enero de 2022, la población de estudio estuvo compuesta por 92 mujeres embarazadas del C.S. Alto Libertad cumplió con los criterios de selección mediante la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Factores como la nacionalidad, el estado civil, la edad, los ingresos económicos y el nivel educativo no están relacionados con la ansiedad, la depresión y el estrés, mientras que el apoyo familiar puede ser un factor protector. Se concluyó que los niveles de ansiedad, depresión y estrés están asociados a factores psicosociales como la violencia doméstica y el apoyo de pareja.

Por otro lado, Salas (2022) buscó determinar qué factores sociodemográficos se asocian con la presencia de ansiedad y estrés entre las mujeres embarazadas de Lima durante el periodo COVID-19 en 2021, en una muestra de 40 mujeres embarazadas, aplicando la Escala de Ansiedad de Hamilton y la Escala de Estrés de Sheldon. Tomando como muestra a 40 mujeres embarazadas, los resultados mostraron que las mujeres embarazadas no tenían ansiedad física, ansiedad psicológica leve, ansiedad general leve y estrés moderado. Asimismo, concluyó que los factores sociodemográficos nivel educativo se asociaron moderada y significativamente con la ansiedad y el estrés, sin embargo, no se encontró relación con factores como la edad y condición materna.

Ovalle y Velásquez (2023) buscaron identificar factores asociados al estrés en adolescentes embarazadas atendidas en el Centro de Salud Belén de Ayacucho de agosto a noviembre de 2022, donde se examinó una muestra de 85 adolescentes embarazadas. Sus niveles de estrés se evaluaron mediante la Escala de Estrés Percibido (PSS-14). Los resultados mostraron que el 64,7% (55 personas) de los participantes se encontraban en un nivel de estrés medio, el 31,8% (27 personas) se encontraban en un nivel de estrés alto y el 3,5% (3 personas) se encontraban en un nivel de estrés bajo. Además, hubo correlaciones significativas entre los niveles de estrés y factores sociodemográficos y familiares ($p < 0,05$). Concluyeron que factores sociodemográficos como la ocupación, la relación de pareja y factores familiares como el tipo de familia, la dependencia financiera, la violencia doméstica y el hacinamiento se asociaron significativamente con los niveles de estrés.

Bautista (2023) tuvo como objetivo identificar factores asociados a la depresión, ansiedad y estrés en mujeres embarazadas en el Centro de Salud Delicias de Villa en el año 2023, con una muestra de 185 mujeres embarazadas. Se utilizó un cuestionario semiestructurado que incluía la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). Sus resultados mostraron que el nivel de educación secundaria y ser de una zona rural se asociaron con el estrés en las mujeres embarazadas. Concluyó que las mujeres embarazadas atendidas en el centro de salud Delicias de Villa en 2023 presentaron depresión leve, ansiedad y estrés. Tener educación secundaria, primigesta, ser de zona rural y un control prenatal inadecuado se asociaron con la presencia de la psicopatología antes mencionada.

Finalmente, en 2018, Dianderas buscó identificar factores de riesgo asociados al estrés en 108 pacientes del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en gestantes de alto riesgo obstétrico. Para determinar el estrés percibido se utilizó el formulario de recolección de datos de mujeres embarazadas y el PSS-14. Sus resultados arrojaron que el 36,1% de las personas se encontraba estresada al momento del estudio, el 50% tenía más de 35 años, el 70,4% era

capitalino, el 46,3% vivía en pareja y el 85,2% tenía un alto nivel educativo y trabajaba. De las personas que formaban parte de la muestra, el 73,1% dijo que se encontraba en una situación económica acomodada, el 41,7% no tenía hijos y el 98,1% dijo que contó con apoyo familiar durante el embarazo. De los antecedentes obstétricos, el 58,3% no tenía antecedentes de aborto y el 81,5% se encontraba en el tercer trimestre al momento del estudio, ambos resultaron ser factores de riesgo significativos para el estrés. En conclusión, la edad gestacional y el historial de abortos en los antecedentes obstétricos se destacan como factores de riesgo asociados con la aparición de estrés en mujeres con embarazos de alto riesgo.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Monterrosa et al. (2022) llevaron a cabo un estudio en Colombia para estimar la frecuencia del estrés psicológico percibido (EPP) y determinar los factores asociados en mujeres embarazadas de bajo riesgo obstétrico. En la investigación participaron 683 gestantes de la clínica Santa Cruz de Bocagrande, quienes completaron un formulario que incluía información sociodemográfica, historial obstétrico, hábitos, mediciones antropométricas y la Escala de Estrés Psicológico Percibido (PSS-10). Los resultados mostraron que factores como el consumo de bebidas energizantes, problemas económicos, conflictos de pareja, angustia, fatiga, ser trabajadora o profesional, estaban vinculados con el EPP. No se encontró relación significativa entre el nivel de estrés y variables como la edad gestacional, el número de embarazos, abortos, partos o cesáreas ($p > 0,05$). En conclusión, alrededor de la mitad de las participantes presentaron EPP, siendo los factores psicosociales, y no los obstétricos o biomédicos, los que se asociaron de manera significativa con esta condición.

Effati-Daryani et al. (2020) llevaron a cabo un estudio en Irán con el propósito de determinar el estado de la depresión, el estrés y la ansiedad, así como sus predictores, en mujeres embarazadas iraníes durante el brote de COVID-19. La investigación se realizó con 205 mujeres embarazadas que recibieron atención en los centros de salud de Tabriz, donde se

aplicó un cuestionario que incluía características sociodemográficas y la DASS-21 (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés-21). Los resultados revelaron que el 32,7% de los participantes presentaban síntomas de estrés, que variaban desde leves hasta muy graves. Además, se identificaron como variables predictoras de los síntomas de estrés: el nivel educativo del cónyuge, la suficiencia de los ingresos del hogar, el apoyo del cónyuge y la satisfacción con la vida conyugal.

Bonilla (2021) llevó a cabo un estudio para analizar los niveles de ansiedad y estrés en dos grupos de adolescentes femeninas, enfocándose en su relación con el embarazo. La investigación incluyó a 125 jóvenes embarazadas que recibieron atención en el Hospital General de Medellín, Colombia, y a 124 adolescentes no embarazadas que eran estudiantes del Colegio Jorge Eliécer Gaitán, también en Medellín. Para medir la ansiedad se utilizó la Escala de Hamilton, mientras que el estrés se evaluó mediante la Escala de Reajuste Social (SRRS). Los hallazgos revelaron que el 73.6% de las adolescentes embarazadas experimentaron niveles significativos de estrés, en contraste con el 40% de las adolescentes no embarazadas. Se identificó una conexión entre el estrés y varios factores, tales como tener menos de 15 años, mantener relaciones familiares y de pareja conflictivas, el consumo de alcohol, haber comenzado la actividad sexual y contar con familiares que padecen enfermedades mentales. En conclusión, se observó que las adolescentes embarazadas presentaban un mayor nivel de estrés, siendo las relaciones familiares problemáticas, el consumo de alcohol y el inicio de la vida sexual factores asociados tanto a la ansiedad como al estrés.

Preis et al. (2020) realizaron un estudio en Estados Unidos con el objetivo de identificar los factores predictivos del estrés relacionados con el embarazo durante la pandemia. La investigación se realizó con 4,451 mujeres embarazadas mediante un cuestionario en línea que abarcaba factores sociodemográficos, médicos y situaciones relacionadas con COVID-19, así como la Escala de Estrés del Embarazo Relacionado con la Pandemia (PREPS). Los resultados

mostraron que el 30% de los participantes reportaron niveles altos de estrés. Se asociaron con mayores niveles de estrés el historial de abuso, la presencia de enfermedades crónicas, la pérdida de ingresos debido a la pandemia, el riesgo percibido de haber contraído COVID-19, las alteraciones en las citas prenatales, el embarazo de alto riesgo y ser mujer de color. Por otro lado, los factores protectores identificados incluyen el acceso a espacios al aire libre, una mayor edad y la participación en comportamientos saludables. Se concluyó que era fundamental implementar acciones para minimizar las interrupciones en la atención prenatal, garantizar el acceso a espacios al aire libre y fomentar comportamientos saludables para aliviar el estrés; Además, se destacó la necesidad de prestar atención especial a las poblaciones más vulnerables, como las mujeres de color, aquellas con antecedentes de abuso y las que enfrentaban embarazos de alto riesgo.

Por último, Lopes et al. (2023) llevaron a cabo un estudio en Brasil con el objetivo de estimar la prevalencia del estrés percibido y verificar los factores asociados en mujeres embarazadas atendidas por equipos de Salud de la Familia en Montes Claros, Minas Gerais. La investigación incluyó la participación de 1,279 mujeres embarazadas, a quienes se les aplica en diversas escalas, como la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), APGAR, la Escala de Apoyo Social del Medical Outcome Study (MOS), el Inventario Brasileño de Ansiedad. Estado-Rasgo (STAI) y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Los resultados revelaron que el 23.5% de las participantes presentaron niveles elevados de estrés, siendo esta prevalencia más alta entre las gestantes mayores de 35 años y aquellas menores o iguales a 19 años, que no tenían pareja, contaban con bajo apoyo social, eran multíparas, tenían un embarazo no planificado, sufrían infecciones del tracto urinario, mostraban altos niveles de síntomas de ansiedad y presentaban síntomas severos o moderados de depresión, así como quejas neurológicas. En conclusión, se identificó una prevalencia significativa de estrés percibido alto entre las gestantes, asociada a factores sociodemográficos, clínicos, obstétricos

y emocionales, lo que subrayó la necesidad de brindar una atención integral a la salud de las mujeres embarazadas.

1.3. Objetivo

1.3.1. Objetivo general

Establecer los factores asociados al estrés en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana.

1.3.2. Objetivos específicos

- Describir los niveles de estrés percibido en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana.

- Describir el nivel de estrés percibido según los factores sociodemográficos (edad, grado de instrucción, estado civil, situación laboral e ingresos económicos), en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana.

- Describir el nivel de estrés percibido según los factores psicosociales (apoyo familiar, embarazo planificado, apoyo de la pareja y violencia doméstica), en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana.

- Describir el nivel de estrés percibido según los factores clínicos (paridad, amenaza de aborto y etapa del embarazo), en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana.

1.4. Justificación

La presente investigación buscó establecer los factores asociados al estrés en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana, con el fin de aportar información orientada a la salud mental de las gestantes. En este sentido, se pretende ampliar el conocimiento de estos factores debido a la baja frecuencia de publicaciones de estudios similares a nivel nacional, a pesar de la evidencia existente sobre la prevalencia del estrés durante la gestación y su impacto negativo en el desarrollo del niño, generando posibles repercusiones psicológicas y

neurocognitivas. Asimismo, el estudio ofrece una ampliación en la comprensión teórica del fenómeno del estrés en gestantes, al recurrir a modelos teóricos como el de Selye (1956) y el Modelo General de Adaptación (SAG), así como el Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1986).

Para alcanzar el objetivo principal señalado, se llevó a cabo un proceso sistemático que fue analizado estadísticamente. Esto permitió validar y evidenciar la confiabilidad del instrumento Escala de Estrés Percibido (PSS-14) en la población gestante de Ancón. Metodológicamente, esto fue relevante, ya que anteriormente no se había encontrado evidencia de validez de este instrumento en este grupo poblacional. Al considerar este vacío en la literatura científica, se realizó un análisis de sus propiedades psicométricas. La aplicación de esta escala abre la puerta a futuros estudios que exploren en profundidad la variable del estrés percibido en gestantes y sus posibles relaciones con otras variables relevantes en esta población.

Finalmente, fue importante realizar el estudio ya que los resultados obtenidos servirán como base para conocer los factores asociados al estrés percibido por las gestantes a nivel general, así como también los niveles de la variable estrés según factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos. Esto permitirá la incorporación de estrategias sanitarias con el objetivo de mejorar la salud mental de la mujer gestante, mediante la creación de programas psicoeducativos que brinden herramientas no solo dirigidas a la reducción del estrés, sino también enfocadas en la prevención en poblaciones similares.

1.5. Hipótesis

Existen factores sociodemográficos (edad, estado civil, grado de instrucción, situación laboral, ingresos económicos), psicosociales (apoyo familiar, embarazo no planificado, apoyo de la pareja, violencia doméstica) y clínicos (paridad, amenaza de aborto en la gestación actual,

etapa del embarazo) asociados al estrés percibido en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Bases teóricas sobre el tema de investigación

2.1.1. Estrés

La palabra "estrés" tiene su origen en el griego *stringere*, que significa generar tensión. Este término se utilizó por primera vez en el siglo XIV y posteriormente se popularizó en diversos textos en inglés como *stress*. El investigador Hans Selye fue quien empezó a usar este término con la intención de resumir el concepto de *síndrome general de adaptación*. Este síndrome se refiere a las reacciones que ocurren de manera inmediata, sistémica y autónoma ante situaciones que se perciben como amenazantes para la supervivencia o la integridad física y emocional de una persona (Cólica, 2012).

El estrés se puede entender como la reacción del cuerpo ante situaciones que superan la capacidad inmediata de una persona. Cuando esto sucede, se genera una tensión que no puede ser manejada, sobrepasando los límites de tolerancia de la persona (Ostberg et al., 1997). Esta respuesta puede ser provocada por diversas condiciones, tanto externas como internas, que incluyen demandas, desafíos, conflictos o carencias. Estas situaciones pueden ser impredecibles, peligrosas o simplemente estar fuera del control del individuo, lo que desencadena su reacción hacia el entorno que lo rodea (Folkman, 2010, citado por Cázares y Moral, 2016).

Es decir, es la interacción de la respuesta del organismo ante la presencia de una situación demandante y la falta de herramientas necesarias para hacerle frente a las exigencias del entorno.

2.1.2. Modelos teóricos

Robles y Peralta (2010) agrupan los planteamientos teóricos en tres categorías:

A. Modelos que se basan en la respuesta al estrés. Según este modelo, el estrés forma parte de las respuestas físicas del cuerpo ante una demanda. Selye, en 1956, basándose en el

Modelo General de Adaptación (SAG), describe las fases que atraviesa una persona frente a una situación de estrés. La primera es la fase de alarma, donde el cuerpo reacciona ante un estímulo repentino, generando síntomas fisiológicos que incrementan su activación. Luego viene la fase de resistencia, en la que el organismo intenta adaptarse al estresor; si no lo logra, activa el eje hipotalámico para equilibrar sus recursos. Finalmente, está la etapa de agotamiento, que ocurre cuando el estrés se prolonga más allá de lo que el cuerpo puede manejar, haciendo que pierda la adaptación conseguida en la fase anterior y provocando el agotamiento.

B. Modelos que se basan en el estrés como estímulo. El estrés se encuentra definido en base a las características que presentan el ambiente, lo cuales pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo, se dan dos pasos, el primero determina el grado del evento estresante cual puede ser provocado por el ambiente o las características propias del sujeto y el segundo paso es la distinción entre un estímulo o situación que inicia la respuesta de estrés y la propia reacción a tal estímulo.

C. Modelos que definen al estrés como un proceso. Uno de ellos es el modelo transaccional, propuesto por Lazarus y Folkman en 1986. Según estos autores, el estrés se entiende como una interacción entre el individuo y su entorno, donde este último se percibe como amenazante o abrumador en función de los recursos disponibles, lo que puede poner en riesgo su bienestar. En este enfoque, se enfatizan los factores psicológicos (cognitivos) que influyen en la relación entre los estresores y las respuestas que genera el estrés. Durante este proceso, la persona lleva a cabo tres tipos de evaluaciones:

- Evaluación primaria: En esta etapa, se analiza la situación para determinar si implica un daño, una pérdida, una amenaza o un desafío.

- Evaluación secundaria: Aquí se consideran las acciones a seguir, identificando las herramientas, estrategias o recursos personales que se pueden utilizar para enfrentar la situación.
- Reevaluación: Esta fase implica ajustar la evaluación inicial a partir de nueva información sobre el entorno y los recursos disponibles en la persona para abordar el desafío.

Asimismo, Lazarus y Folkman (1984) señalan que la capacidad de una persona para enfrentar los estresores está relacionada con los recursos de afrontamiento que tiene a su disposición. Estos recursos pueden ser de dos tipos: biológicos, como el sexo o las condiciones físicas, y psicológicos, que incluyen aspectos como el asertividad, la personalidad y el sentido del humor.

Por lo tanto, se ha elegido el último modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), quienes refieren que el estrés no se produce por el estímulo ni del individuo ni del entorno, éste es la consecuencia de la interacción entre las demandas ambientales, los recursos sociales e individuales para hacer frente a dichas demandas y la valoración de la persona hacia esta relación. Además, busca explicar de qué depende que las personas desarrollen distintos tipos de consecuencias frente al estrés y porque unas personas la presentan y otras no.

2.1.3. Dimensiones del estrés

Hernández (2019) menciona a Cohen quien tomando en cuenta el modelo de Lazarus en 1966, plantea las siguientes dimensiones en base a los grados de estrés y la manera en la que se gestiona, las cuales se pueden presentar de la siguiente manera:

A. Dimensión 1. Expresión de estrés. Hace referencia a las distintas formas de expresión en los individuos como tensión, nerviosismo, agobio ante las dificultades, irritabilidad e incluso perdiendo el control afectando en distintos entornos, presenciando de esta manera el estrés, es denominado distrés.

B. Dimensión 2. Control de Estrés. Refiere a la capacidad de cada persona para gestionar de manera adecuada circunstancias estresantes que se le presenten a lo largo de su vida, evitando el descontrol, enfrentándolo de forma serena y positiva. También conocido como eustrés.

2.1.4. Consecuencias del estrés

Según Márquez (2013) refiere que las sintomatologías más destacadas generadas por el estrés son:

A. Síntomas físicos. Se presentan dolor de cabeza, migrañas, alteración del sueño, problemas cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinal, dermatológico, muscular, somático, sexuales e inmunológicos.

B. Síntomas psicológicos. Se presencia carácter irritable, aumento de nerviosismo y ansiedad, pensamientos negativos, desmotivación y dificultad para concentrarse fácilmente.

C. Síntomas conductuales. Se puede observar desgano, reacciones impulsivas, muestras de hostilidad, disminuye el tiempo de ocio, el rendimiento de tareas a realizar, el apetito y aumenta el consumo de estimulantes o tranquilizantes.

2.2. Gestante

Se denomina gestante aquella persona que se encuentra en el periodo de embarazo el cual inicia con la fecundación del óvulo hasta el parto, proceso donde el embrión se desarrolla y crece en el cuerpo de la madre. Durante este periodo la madre sufre cambios físicos, el aumento de volumen, sensibilidad y oscurecimiento de las areolas de los pezones en los senos, presión en la pelvis y ganas de orinar a medida que el feto crece dentro del útero, aparece la línea nigra a partir de la semana 20 la cual se extiende desde el ombligo hasta la puvis, se presenta con mayor frecuencia la transpiración y el estreñimiento, asimismo algunas embarazadas presentan malestar , cansancio, náuseas y vómitos (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2014).

2.2.1. Etapas de gestación

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (s.f.) divide el periodo de gestación en tres trimestres:

El primer trimestre es considerado el período más crucial para el desarrollo del bebé, ya que es cuando se forman los órganos internos y el cuerpo en general. Durante esta etapa se desarrollan estructuras vitales como el cerebro, la columna vertebral, el oído interno, el tejido cardíaco, los genitales, las uñas, el hígado, los párpados, el páncreas, los riñones, los pulmones, el cartílago de las manos, pies y extremidades, así como los músculos de la boca, ojos y nariz. Al final del primer mes, el embrión tiene un tamaño similar al de un grano de arroz y antes de alcanzar dos meses de gestación, su longitud es aproximadamente de 1.5 cm.

Durante el segundo trimestre, la madre puede notar cambios en su piel, como una línea que se extiende desde el ombligo hasta el pubis, manchas oscuras en la cara, y experimentar dolor en la parte baja de la espalda y la pelvis. También es común que se oscurezca la areola y aparezcan estrías en los senos, el abdomen, las nalgas y los muslos. En cuanto al desarrollo del bebé, sus órganos internos y funciones corporales continúan evolucionando de manera más detallada. Los huesos comienzan a endurecerse, la piel se vuelve más gruesa y el sistema nervioso empieza a desarrollarse. Durante esta etapa, el bebé ya puede escuchar sonidos, realiza movimientos motores simples, su sistema digestivo comienza a funcionar y los pulmones están completamente formados.

En el tercer trimestre de gestación, algunas gestantes presentan dificultad al momento de respirar y van al baño con mucha frecuencia, ya que el bebé se encuentra de mayor tamaño aplicando mayor presión sobre sus órganos. Es la etapa final del desarrollo, el bebé se prepara para salir de útero, sus ojos logran percibir los cambios de luz, su cabeza suele tener un poco de pelo, patean, se estiran, los huesos se endurecen, su sistema circulatorio se encuentra

completo al igual que su sistema musculoesquelético, se desarrollan los pulmones, el cerebro y el sistema nervioso.

2.2.2. Características psicológicas

El embarazo es un proceso el cual va a originar distintos cambios o transformaciones físicos y ambientales en la madre ante la llegada de un hijo en su vida.

En el primer trimestre, la gestante suele sentirse irritada, con cambios frecuentes de humor e incluso aparecen temores sobre el nuevo niño o niña, esto puede diferenciarse de una gestante a otra ya que depende del carácter, el ambiente y apoyo que disponga en ese momento. Aparecen sentimientos de alegría, tristeza, ilusión, rechazo, inquietud, preocupación, etc. En ocasiones suelen sentirse más necesitadas de compañía y muestras de cariño de seres cercanos (Alcolea y Mohamed, 2011). Durante este período es frecuente la presencia de despertares nocturnos y mayor somnolencia durante el día (Morales et al., 2008).

En el segundo trimestre, la gestante se siente más tranquila, al momento de sentir a su hijo en su vientre le ayuda a olvidar sus temores (Alcolea y Mohamed, 2011). Por otro lado, se incrementa la tasa de insomnio a comparación del primer trimestre (Lopes et al., 2004).

En el tercer trimestre se presentan inquietudes a cerca del parto, impaciencia y preocupación, respecto a la salud de su niño y si será capaz de cuidarlo adecuadamente, con el deseo de conocer y tocar a su bebé (Alcolea y Mohamed, 2011).

Sastre (2014) encontró que la alegría es la emoción más común presente en las gestantes, sin excluir los sentimientos de ansiedad, tristeza, agobio, en algún momento de su embarazo, asociados a situaciones de soltería, falta de apoyo y la edad. Asimismo, los cambios de ánimo como el shock hormonal y los miedos a cerca del parto son frecuentes durante toda esta etapa (UNICEF, 2014).

Los cambios no solo se dan en la gestante sino también en su entorno familiar y social; la relación con su pareja puede afectarse ya que él también presenta sentimientos ambivalentes,

desde temores y preocupaciones hasta alegrías, satisfacción y orgullo. En algunas situaciones suele sentirse desplazado al pensar que no le presta la misma atención que antes, por ello es importante compartir las emociones y decisiones dentro de esta etapa, involucrando la participación de ambos padres (Alcolea y Mohamed, 2011).

2.3. Estrés y gestación

Sastre (2014) indica que el estrés era uno de los sentimientos negativos más comunes que experimentaban las mujeres durante el embarazo y el puerperio precoz. Este estrés, a menudo, se relacionaba con una serie de factores que complicaban la situación de las gestantes. Entre estos factores se encontraban la soltería, la falta de responsabilidad del padre del hijo, ser menor de edad, la ausencia de un sistema de apoyo sólido, un nivel económico bajo y dificultades en el entorno laboral. Además, los problemas de salud tanto en la madre como en el hijo también contribuían a aumentar los niveles de estrés en este período tan delicado.

El estrés durante el embarazo mayormente se genera por la anticipación del parto y la incertidumbre del resultado final, es normal la existencia de preocupaciones y temores, sobre todo en relación a ella misma, su salud y el parto, miedo al dolor y muerte. Además, el temor por el hijo, el miedo al aborto, malformaciones, la muerte intrauterina, independientemente que sea la primera gestación o no, genera dudas sobre el resultado final, estas características provocan el acontecimiento estresante (Díaz, et al., 1999).

Dunkel (2011) refiere que durante el embarazo la presencia de estrés es un factor de riesgo en los resultados desfavorables durante el parto, asimismo el estrés crónico y los síntomas depresivos parecen predecir el crecimiento fetal y el riesgo de bajo peso en el nacimiento, por otro lado, se ha evidenciado que el estrés prenatal y la ansiedad por el embarazo generan efectos extensos y de largo alcance en el desarrollo del feto, recién nacido, lactante, niño y adolescente.

2.3.1. Implicancias

El estrés durante el embarazo puede generar distintas respuestas emocionales, fisiológicas y metabólicas en la gestante siendo algunos de ellos hipoxia, aumento de los niveles de cortisol, desnutrición y presencia de sustancias tóxicas, todo ello va a influir en el bienestar del feto, el cual puede responder de manera adaptativa o no adaptarse a la situación (Gaviria, 2006).

A través de una evaluación a nivel fisiológico, la actividad de las hormonas producidas por el estresor provoca que se restrinja el flujo de la sangre hacia la placenta, lo cual dificulta la llegada de nutrientes y oxígeno hacia el feto, que son necesarios para el buen crecimiento y desarrollo. Las mismas hormonas tienen un rol importante al principio del parto, por ello el aumento de éstas pueden ocasionar un riesgo prematuro de crecimiento intrauterino (Lobel, et al. 1992), además mediante una investigación, Fenster en 1995, menciona que es posible que produzca un aborto espontáneo.

En cuanto a las alteraciones del estado emocional, el estrés se evidencia a través de la ansiedad, irritabilidad culpabilidad, ira o depresión (Reeve, 1994), los cuales son más prevalentes manifestadas por gestantes (Fernández, 2004).

Respecto a la alteración a nivel cognitivo se observa que, ante el incremento del estrés, se generan pensamientos que provocan autoevaluaciones negativas lo cual intensifica la atención autodirigida hacia el origen del estrés, aquel manifiesto es llamado hipervigilancia emocional (Eysenck, 1992, como se cita en Fernández, 2004).

Por otro lado, Béjar y Santiago (2017) mediante una revisión bibliográfica, encontraron que existe una relación entre el estrés y la alteración del desarrollo cognitivo del niño durante la gestación, sin embargo, no se puede definir como un causal de éste. Es importante reconocer que la exposición a un estrés excesivo puede relacionarse con la aparición de consecuencias cognitivas negativas a futuro, durante la infancia, e incluso en la adolescencia.

Por último, los estresores por si solos no generan un estrés patológico, es el proceso del embarazo y las situaciones que se dan en el momento evaluadas por el sujeto y que llegan a una interpretación es lo que repercute a nivel bio-psico-social del embarazo como una situación saludable o amenazante. Hoy en día se conoce que la vida intrauterina es un factor importante en el desarrollo del niño después de nacido, por ello se recomienda llevar un embarazo fuera de emociones que puedan perjudicar en el desarrollo del feto.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo básica, ya que se enfoca en la exploración y el descubrimiento del conocimiento por sí mismo, buscando enriquecer el conocimiento científico. Su nivel es descriptivo, lo que implica que no se manipulan variables, sino que se observa y describe los elementos en estudio. Además, es correlacional porque se centra en identificar la relación o asociación entre dos o más variables sin establecer una causa y efecto directo entre ellas (Sánchez y Reyes, 2015).

El diseño de la investigación es de tipo no experimental, ya que su objetivo principal es describir diversas variables a través de la recolección de información. En este enfoque, el investigador no tenía control ni manipulación directa sobre las variables involucradas. Además, debido a la manera en que se obtuvieron los datos, el estudio se clasificó como de corte transversal, lo que significa que la recolección de información se llevó a cabo en un solo momento (Hernández y Mendoza, 2018). Esto permitió captar la situación sin realizar un seguimiento a lo largo del tiempo.

3.2. Ámbito temporal y espacial

La investigación se llevó a cabo entre julio de 2022 y marzo de 2023 en un Centro de Salud en el distrito de Ancón, Lima Metropolitana. Durante los meses de julio y agosto de 2022, se dedicaron a buscar y recopilar las bases teóricas necesarias para el estudio. Luego, la recolección y el análisis de datos se realizaron entre septiembre y diciembre de 2022. Finalmente, entre enero y marzo de 2023, se llevó a cabo el análisis final de la información recopilada, lo que permitió completar el estudio.

3.3. Variables

3.3.1. Estrés

Definición conceptual: Se trata de la forma en que el cuerpo reacciona ante una situación que requiere mucho esfuerzo, especialmente cuando no cuenta con los recursos necesarios para enfrentar las demandas del entorno (Lazarus y Folkman, 1986).

Definición operacional: Los resultados obtenidos en la Escala de Estrés Percibido (EEP PSS-14).

Tabla 1

Operacionalización de la variable de estrés

Variable	Dimensiones	Tipo	Nivel
Estrés	- Expresión del estrés - Control del estrés	Cuantitativa	Intervalo

3.3.2. Factores asociados al estrés

Definición conceptual: Características asociadas al aumento de la probabilidad en la presencia de un evento o enfermedad, el cual puede comprometer la salud o calidad de vida, sin implicar una relación causa-efecto, se dividen en factores sociodemográficos, psicosociales y clínicos.

3.3.2.1. Factores sociodemográficos. Según su definición operacional, refiere a lo que indique la persona en la ficha de datos del Forms.

- Edad. Período que va desde el nacimiento hasta el momento actual (Real Academia Española [RAE], 2014). En el presente estudio las participantes fluctúan entre 16 y 43 años.
- Estado civil. El estatus de un individuo en cuanto a su nacimiento, nacionalidad, parentesco o matrimonio, registrado oficialmente (RAE, 2014).

- Grado de instrucción. Refiere al nivel educativo más alto que una persona ha alcanzado o está actualmente cursando, sin importar si ha completado o no esos estudios (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2021).
- Situación laboral. Es la posición ocupacional de una persona en el mercado laboral, ya sea como trabajador empleado, desempleado o fuera de la fuerza laboral (INEGI, 2020).
- Ingresos económicos. Se refiere a la cantidad de dinero que una persona recibe en un periodo específico (Mankiw y Taylor, 2018). Según el Instituto Peruano de Economía (2019), los ingresos de las personas en la clase media oscilan entre US\$12.4 y US\$62 diarios. En el caso de aquellos que se encuentran en el rango de ingresos bajos o vulnerables, sus ingresos varían entre US\$5 y US\$12.4 al día, mientras que las personas consideradas pobres tienen ingresos inferiores a US\$5 diarios.

Tabla 2*Operacionalización de factores sociodemográficas*

Variables	Dimensiones	Tipo	Nivel
Edad	Años	Cuantitativa	Continua
Grado de instrucción	Sin instrucción	Cualitativa	Nominal
	Primaria		
	Secundaria		
Estado civil	Superior	Cualitativa	Nominal
	Soltero		
	Conviviente		
	Casado		
Situación laboral	Viudo o Divorciado	Cualitativa/dicotómica	Nominal
	Sin empleo		
Ingresos económicos	Con empleo	Cualitativa	Ordinal
	Bajo		
	Medio		
	Alto		

3.3.2.2. Factores psicosociales. Según su definición operacional, refiere a lo que indique la persona en la ficha de datos del Forms.

- Apoyo familiar. Llamada por Baeza et al. (2007) como “familia cuidadora” donde existe comunicación, confianza y control de las situaciones de riesgo.
- Embarazo planificado. Es producto de una decisión intencional y meditada de la pareja o individuo para concebir, garantizando que las condiciones de salud, económicas y

personales sean óptimas para el desarrollo y bienestar del futuro hijo (Guttmacher Institute, 2021).

- Apoyo de la pareja. Se refiere al apoyo emocional, físico y práctico que las personas en una relación se brindan entre sí, siendo esencial para el bienestar emocional y la satisfacción en la relación (Collins y Feeney, 2010).
- Violencia doméstica. Se entiende como cualquier acción u omisión, ya sea de manera directa o indirecta, que se lleva a cabo en contra de un familiar hasta el tercer grado de consanguinidad, afinidad o adopción. Esto incluye vínculos legales o de hecho, así como relaciones de guarda, tutela o curatela, y que cause un daño a su integridad física, sexual, psicológica o patrimonial (Bogantes, 2008).

Tabla 3

Operacionalización de factores psicosociales

Variables	Dimensiones	Tipo	Nivel
Apoyo familiar	Si No	Cualitativa/dicotómica	Nominal
Embarazo planificado	Si No	Cualitativa/dicotómica	Nominal
Apoyo de la pareja	Si No	Cualitativa/dicotómica	Nominal
Violencia doméstica	Si No	Cualitativa/dicotómica	Nominal

3.3.2.3. Factores clínicos. Según su definición operacional, refiere a lo que indique la persona en la ficha de datos del Forms.

- Paridad. Se refiere a la cantidad de partos que una mujer ha tenido hasta la fecha (Huillca, 2016).
- Amenaza de aborto en la gestación actual. El Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (2020) la define como la presencia de sangrado vaginal, con o sin dolor abdominal, y sin dilatación cervical antes de la semana 22 de gestación.
- Etapa del embarazo. Es el período en el cual se encuentra en desarrollo un feto dentro del vientre o útero de una mujer.

Tabla 4

Operacionalización de factores clínicos

Variables	Dimensiones	Tipo	Nivel
Paridad	Primípara Secundípara Multípara	Cualitativa	Nominal
Amenaza de aborto en la gestación actual	Si No	Cualitativa/dicotómica	Nominal
Etapa del embarazo	I trimestre II trimestre III trimestre	Cualitativa	Ordinal

3.4. Población y muestra

La población de investigación se refiere a un grupo específico de casos que está claramente delimitado, con límites bien establecidos y que se puede acceder para realizar el estudio. Este grupo servirá como base para seleccionar la muestra y debe cumplir con ciertos criterios previamente definidos (Arias et al., 2016). En el presente estudio, la población está formada por 206 mujeres embarazadas que asisten a un Centro de Salud en Ancón, Lima Metropolitana, y que se registraron durante el año 2022.

El tamaño de la muestra está compuesto por 134 mujeres embarazadas que acudieron al servicio de Psicología del Centro de Salud para recibir una evaluación integral. Las edades de las participantes variaron entre 16 y 43 años. Este tamaño muestral se calculó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, considerando una variabilidad del 50% (Pita, 2001). Se optó por un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que significa que los elementos de la muestra se seleccionaron según su disponibilidad (Tamayo, 2001).

Se observa, en la tabla 5, las características sociodemográficas de las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Lima Metropolitana, como la edad, encontrando que el 31.3% de las gestantes pertenece al grupo etario de 16 a 24 años; el 52.2% tiene entre 25 y 34 años y solo 16.4% tiene de 35 a 43 años. En el grado de instrucción se encontró que el 59.7% presentan educación secundaria, el 9% tiene educación primaria y el 31.3% educación superior.

Asimismo, en la característica del estado civil, el 62.7% son convivientes, el 20.1% son casadas, el 15.7% son solteras y en menor porcentaje son viudas o divorciadas con 1.5%; en la situación laboral el 23.1% de gestantes se encuentra trabajando y el 76.9% se encuentran sin empleo, en cuanto a los ingresos económicos el 53.7% de las gestantes presentan un nivel medio, el 45.5 % nivel bajo y 7% un nivel alto.

En relación con las características psicosociales, el 91.8% cuentan con apoyo familiar, el 64.2% refieren que su embarazo fue no planificado, el 89.6% cuentan con el apoyo de su pareja y el 88.1% no presentan violencia doméstica.

Respecto a los factores clínicos se obtuvo que el 37.3% de las gestantes es secundípara, el 33.6% es primípara y el 29.1% es múltipara. Por otro lado, el 79.1% no presenta amenaza de aborto. Finalmente, el 47.8% se encuentra en su II trimestre de gestación, el 33.6% en el I trimestre y el 18.7% en el III trimestre.

Tabla 5

Características sociodemográficas, psicosociales y clínicas de las gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana

Factores	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Edad		
16-24	42	31.3
25-34	70	52.2
35-43	22	16.4
Grado de instrucción		
Primaria	12	9
Secundaria	80	59.7
Superior	42	31.3
Estado civil		
Soltera	21	15.7
Conviviente	84	62.7
Casada	27	20.1
Viuda o divorciada	2	1.5
Situación laboral		

Sin empleo	103	76.9
Con empleo	31	23.1
Ingresos económicos		
Bajo	61	45.5
Medio	72	53.7
Alto	1	7
Apoyo familiar		
Si	123	91.8
No	11	8.2
Factores	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Embarazo planificado		
Si	48	35.8
No	86	64.2
Apoyo de la pareja		
Si	120	89.6
No	14	10.4
Violencia doméstica		
Si	16	11.9
No	118	88.1
Paridad		
Primípara	45	33.6
Secundípara	50	37.3
Múltipara	39	29.1
Amenaza de aborto		
Si	28	20.9
No	106	79.1

Etapa del embarazo		
I trimestre	45	33.6
II trimestre	64	47.8
III trimestre	25	18.7
Total	134	100

3.4.1. Criterios de inclusión

- Gestantes que acepten participar en la investigación.
- Gestantes dentro del I trimestre, II trimestre y III trimestre.

3.4.2. Criterios de exclusión

- Gestantes que no acepten participar en el trabajo de investigación.
- Gestantes que no asistieron al servicio de Psicología.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Escala de Estrés Percibido - Perceived Stress Scale (PSS)

Desarrollada por Cohen et al. (1983), esta escala es una de las herramientas más utilizadas para medir el estrés desde la perspectiva transaccional propuesta por Lazarus y Folkman (1984). En su publicación original, la escala mostró una alta consistencia, con un coeficiente alfa de Cronbach que oscila entre 0.84 y 0.86, dependiendo de la población estudiada. Además, su validez de contenido se reflejó en un alfa de Cronbach de 0.79, lo que indica una gran confiabilidad. Esta investigación fue realizada por los mismos autores en un grupo de dentistas colegiados en México.

En 2001, Remor y Carrobles evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento tras su adaptación al español, utilizando una muestra de 440 individuos en España. La consistencia interna, medida a través del alfa de Cronbach, fue de 0.81 para la PSS-14 y de 0.82 para la versión abreviada PSS-10. Para evaluar la fiabilidad test-retest, se aplicó la PSS-

14 en dos ocasiones a 63 estudiantes universitarios, con un intervalo de dos semanas entre ambas aplicaciones. La correlación test-retest fue de 0.73 ($p = 0.000$) para la PSS-14 y de 0.77 ($p = 0.000$) para la PSS-10, lo que indica que ambas versiones mostraron una buena fiabilidad y validez.

En Perú, Lostanau y Torrejón (2013) llevaron a cabo un estudio con 53 mujeres que habían sido sometidas a mastectomía y que recibieron un diagnóstico de cáncer de mama por primera vez. Los resultados mostraron que la confiabilidad del instrumento, medida a través del alfa de Cronbach, alcanzó un puntaje global de 0.80. Para el primer factor, que mide la expresión del estrés, se obtuvo un valor de 0.72, mientras que, para el segundo factor, relacionado con el control del estrés, el puntaje fue de 0.76. Además, al analizar la consistencia interna de cada dimensión, la subescala de Expresión de Estrés presentó un alfa de Cronbach de 0.87 y la subescala de Control del Estrés tuvo un valor de 0.82. En conjunto, la escala general alcanzó una confiabilidad notable con un alfa de Cronbach de 0.88 (Atuncar, 2017).

Ángel y Malqui (2021) realizaron un estudio con 353 estudiantes universitarios cuyas edades oscilaban entre los 18 y 35 años. En su investigación, lograron determinar la validez del constructo a través de la correlación ítem-factor, utilizando el coeficiente R corregido. Los valores obtenidos fluctuaron entre .30 y .71, lo que sugiere una apreciación que va de buena a muy buena. Además, evaluaron la confiabilidad empleando el método de consistencia interna a través del coeficiente omega. Los indicadores obtenidos variaron entre .85 y .87, valores que se consideran aceptables. Estos resultados respaldan la solidez psicométrica del instrumento utilizado en el estudio, lo que permite confiar en la calidad de los datos recolectados y las conclusiones derivadas de ellos.

El instrumento consta de 14 preguntas que buscan determinar el nivel de estrés que la persona pudo haber experimentado en el último mes. La escala de puntuación va de 0 a 56 puntos. Es importante tener en cuenta que las puntuaciones de algunos ítems deben invertirse.

A mayor puntaje total, mayor será el nivel de estrés percibido, aunque no se ha establecido un punto de corte específico. El formato de respuesta es tipo Likert, con cinco opciones: Nunca (0 puntos), Casi nunca (1 punto), De vez en cuando (2 puntos), A menudo (3 puntos) y Muy a menudo (4 puntos). Los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13 tienen una puntuación inversa y pertenecen a la dimensión de control del estrés. Por otro lado, los ítems 1, 2, 3, 8, 11, 12 y 14 tienen una puntuación directa y corresponden a la dimensión de expresión del estrés (Cohen et al., 1983). Esta estructura permite obtener una visión integral del estrés percibido por el individuo.

Acorde con las estimaciones psicométricas de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14), se determinó la fiabilidad y validez con la finalidad de otorgarle mayor rigor científico a la presente investigación.

En esta línea, para la confiabilidad según el método de consistencia interna, se emplearon dos coeficientes: el alfa de Cronbach y omega de McDonald. Así pues, en razón de que a la hora de medir la fiabilidad el alfa de Cronbach se encuentra sujeto al número de ítems; más no, el omega de McDonald y; también, en vista de que este último otorga una mayor precisión en escalas de tipo Likert (Deng y Chan, 2017; Hernández y Mendoza, 2018), se resolvió considerar el valor de la fiabilidad según este coeficiente; por lo tanto, se aprecia, en la tabla 6, tanto en las dimensiones como en la variable general de estrés percibido un omega de McDonald mayor a .70, lo que confirma que la escala es fiable y produce resultados consistentes. Cabe señalar que, del mismo modo ocurre con el coeficiente alfa de Cronbach, donde se evidencia que sus valores estadísticos superan el .70, tanto en las dimensiones como en la variable objeto de estudio.

Tabla 6

Análisis de confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido

Dimensiones y			α	ω
Variable	M	DE	[IC95%]	[IC95%]

Expresión del estrés	15.321	5.455	.837 [.790-.875]	.841 [.799-.882]
Control del estrés	11.963	4.381	.843 [.797-.879]	.846 [.807-.886]
Estrés percibido	27.284	8.78	.885 [.854-.911]	.888 [.860-.916]

Nota. M=Media, DE=Desviación estándar, α =Coeficiente alfa de Cronbach, ω =Coeficiente omega de McDonald

Por otro lado, en concordancia con la validez se efectuó el análisis de correlación ítem-test de la escala antes mencionada. De esta manera, se observa, en la tabla 7, que la totalidad de los ítems muestran correlación con la escala, debido a que cuentan con una significancia inferior a .05 ($p < .05$). En suma, se evidencia que los 14 reactivos muestran coeficientes de correspondencia mayores a .30, fluctúan entre .501 a .741, demostrando, de este modo, que la escala mide fehacientemente lo que pretende medir.

Tabla 7

Análisis de validez de la Escala de Estrés Percibido

Ítem	Correlación ítem-test	p
1	.691**	.000
2	.572**	.000
3	.668**	.000
4	.579**	.000
5	.545**	.000
6	.706**	.000
7	.645**	.000
8	.540**	.000
9	.638**	.000
10	.637**	.000
11	.707**	.000

12	.501**	.000
13	.509**	.000
14	.741**	.000

Nota. **La correlación es significativa en el nivel .01 (bilateral).

Por último, en la tabla 8, se aprecian los baremos de la Escala de Estrés Percibido, tanto de la variable general como de sus dimensiones, que se constituyeron en base a dos cortes de la distribución de las puntuaciones alcanzadas.

Tabla 8

Baremos de la Escala de Estrés Percibido

Dimensiones y Variable	Niveles		
	Bajo	Moderado	Alto
Expresión del estrés	4-12	13-18	19-28
Control del estrés	1-9	10-14	15-25
Estrés percibido	5-22	23-32	33-49

3.5.2. Formulario de evaluación de factores

Se utilizó un formulario de evaluación de factores registrado en el Google Forms, el cual proporciona datos demográficos (edad, grado de instrucción, estado civil, situación laboral e ingresos económicos), psicosociales (apoyo familiar, embarazo planificado, apoyo de la pareja y violencia doméstica) y clínicos (paridad, amenaza de aborto y etapa del embarazo).

3.6. Procedimiento

En primer lugar, se recopiló información sobre la variable de estrés en la población gestante, incluyendo antecedentes nacionales e internacionales y la base teórica que sustenta la importancia de la presente investigación. Luego, se seleccionó un instrumento adecuado para

su aplicación, considerando su validez y confiabilidad. Asimismo, se elaboró el formulario de evaluación de factores. Ambos instrumentos se digitalizaron utilizando Google Forms.

Después, se solicitó la autorización del director del Centro de Salud para llevar a cabo el estudio. Se contactó a cada mujer que llegaba al servicio de psicología, prestando especial atención a aquellas gestantes que cumplían con los criterios de inclusión. A estas participantes se les presentó el consentimiento informado, y una vez que aceptaron participar, se procedió a aplicar los instrumentos de evaluación.

Por último, se elaboró la matriz de la base de datos y se organizaron los datos recogidos para su análisis. A continuación, se redactó la discusión en relación con investigaciones previas y finalmente, se plantearon las conclusiones y recomendaciones.

3.7. Análisis de datos

Se utilizó el software SPSS versión 26 para organizar y analizar los datos de forma estadística. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia, que incluyeron tanto valores absolutos como porcentajes relativos. Para evaluar la validez de los datos, se realizó un análisis de correlación ítem-test, mientras que la confiabilidad se determinó utilizando el coeficiente alfa de Cronbach y el omega de McDonald para el instrumento aplicado en este estudio. Además, se empleó la prueba estadística de Chi-cuadrado para identificar los factores asociados. Finalmente, a partir de los resultados obtenidos, se elaboraron las discusiones y recomendaciones correspondientes a la investigación.

3.8. Consideraciones éticas

En el desarrollo de la investigación, se consideró los principios éticos fundamentales para la investigación científica, como el respeto a la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia, la integridad y la justicia. Además, se utilizó el consentimiento informado, en el que se especificaron las responsabilidades de la investigadora y los derechos de los

participantes, de acuerdo con su papel en el proceso investigativo. De esta manera, se garantiza que el estudio se llevó a cabo de manera ética y respetuosa con los derechos de los involucrados.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo

De acuerdo con la exploración descriptiva de la variable estrés percibido, se muestra, en la tabla 9, los niveles de este constructo según la muestra evaluada. De este modo, se observa una mayor predominancia del nivel moderado con un 40.3% (n=54), seguido del nivel bajo con un 32.8% (n=44) y, por último, el nivel alto con una tasa menor de 26.9% (n=36).

Tabla 9

Niveles del Estrés Percibido

	<i>Fr</i>	<i>%</i>	<i>%válido</i>	<i>%acumulado</i>
Bajo	44	32.8	32.8	32.8
Moderado	54	40.3	40.3	73.1
Alto	36	26.9	26.9	100.0
Total	134	100.0	100.0	

4.2. Describir el nivel de estrés percibido según los factores sociodemográficos

En la tabla 10 se observa que las gestantes entre los 16 a 43 años presentan una mayor prevalencia de estrés percibido moderado, respecto a las que poseen un grado de instrucción primaria evidencia un mayor porcentaje en el nivel alto de estrés percibido, las gestantes con nivel secundaria tienen mayor prevalencia de estrés percibido moderado y las que poseen estudios superiores presentan una mayor proporción de nivel de estrés bajo. En relación al

estado civil se puede observar que las gestantes solteras tienen una prevalencia de 38.1% en un nivel alto de estrés, las que conviven con su pareja un 42.9% de estrés percibido moderado, al igual que las que se encuentran casadas con un 40.7%. Respecto a la situación laboral se observa que el 42.7% de las gestantes sin empleo presentan un nivel de estrés moderado mientras que aquellas que se encuentran trabajando el 45.2% tiene un nivel bajo de estrés percibido. Finalmente, en los ingresos económicos se encontró una mayor prevalencia de estrés percibido alto con un 42.6% en aquellas que perciben ingreso económico bajo, mientras que aquellas gestantes con un ingreso económico medio predominaron en el nivel de estrés moderado con un 50.0%.

Tabla 10*Nivel de Estrés Percibido según los factores sociodemográficos*

Factores sociodemográficos		Nivel de estrés		
		Bajo	Moderado	Alto
Edad	16-24	10 (27.8%)	17 (47.2%)	9 (25.0%)
	25-34	26 (34.2%)	28 (36.8%)	22 (28.9%)
	35-43	8 (36.4%)	9 (40.9%)	5 (22.7%)
Grado de instrucción	Sin instrucción	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	Primaria	4 (33.3%)	3 (25.0%)	5 (41.7%)
	Secundaria	23 (28.8%)	38 (47.5%)	19 (23.8%)
	Superior	17 (40.5%)	13 (31.0%)	12 (28.6%)
Estado civil	Soltero	6 (28.6%)	7 (33.3%)	8 (38.1%)
	Conviviente	27 (32.1%)	36 (42.9%)	21 (25.0%)
	Casado	10 (37.0%)	11 (40.7%)	6 (22.2%)
	Viudo o divorciado	1 (50.0%)	0 (0%)	1 (50.0%)
Situación laboral	Sin empleo	30 (29.1%)	44 (42.7%)	29 (28.2%)
	Con empleo	14 (45.2%)	10 (32.3%)	7 (22.6%)

Ingresos económicos	Bajo	17 (27.9%)	18 (29.5%)	26 (42.6%)
	Medio	27 (37.5%)	36 (50.0%)	9 (12.5%)
	Alto	0 (0%)	0 (0%)	1 (100.0%)

4.3. Describir el nivel de estrés percibido según los factores psicosociales

En relación con la tabla 11 se observa que las gestantes que poseen apoyo familiar presentan una mayor prevalencia del nivel moderado de estrés percibido con un 42.3%; en tanto que, quienes no cuentan apoyo familiar evidencian una tasa porcentual más alta en el nivel alto de estrés percibido con un 54.5%. Por su parte, se aprecia que las gestantes que tuvieron un embarazo planificado perciben en mayor proporción un nivel de estrés bajo con un 45.8%; mientras que, las gestantes que no planificaron su embarazo presentan una mayor dominancia en el nivel moderado con un 39.5%. Se visualiza que las gestantes que tienen apoyo de la pareja poseen una mayor prevalencia de estrés moderado con un 40.0%; en tanto que, quienes no cuentan con apoyo de la pareja evidencian una predominancia del nivel alto de estrés percibido con un 50.0%. Por último, las evaluadas que aceptan padecer de violencia doméstica presentan, en mayor proporción, un nivel alto de estrés con un 62.5%; mientras que, la dominancia en quienes no padecen de violencia es para el nivel de estrés moderado con un 43.2%.

Tabla 11*Nivel de Estrés Percibido según los factores psicosociales*

Factores psicosociales		Nivel de estrés		
		Bajo	Moderado	Alto
Apoyo familiar	Si	41 (33.3%)	52 (42.3%)	30 (24.4%)
	No	3 (27.3%)	2 (18.2%)	6 (54.5%)
Embarazo planificado	Si	22 (45.8%)	20 (41.7%)	6 (12.5%)
	No	22 (25.6%)	34 (39.5%)	30 (34.9%)
Apoyo de la pareja	Si	43 (35.8%)	48 (40.0%)	29 (24.2%)
	No	1 (7.1%)	6 (42.9%)	7 (50.0%)
Violencia doméstica	Si	3 (18.8%)	3 (18.8%)	10 (62.5%)
	No	41 (34.7%)	51 (43.2%)	26 (22.0%)

4.4. Describir el nivel de estrés percibido según los factores clínicos

En cuanto a los factores clínicos, se observa en la tabla 12 que las gestantes que será su primer parto presentar mayor prevalencia en los niveles bajo y moderado de estrés percibido, en las gestantes que ya tuvieron un parto anterior obtuvieron una mayor proporción de estrés percibido moderado con 38.0%, al igual de las que será su tercer a más números de partos con 43.6%. Referente a las gestantes que presentaron amenaza de aborto y las que no, tuvieron una

mayor dominancia en el nivel moderado de estrés percibido. Por otro lado, en la etapa del embarazo las que se encuentran en el I trimestre predomina el nivel de estrés percibido alto, en el II trimestre el nivel de estrés percibido moderado, mientras que, en el tercer trimestre, la mayor prevalencia fue de un nivel de estrés percibido bajo, con un 44%.

Tabla 12

Nivel de Estrés Percibido según los factores clínicos

Factores clínicos		Nivel de estrés		
		Bajo	Moderado	Alto
	Primípara	18 (40.0%)	18 (40.0%)	9 (20.0%)
Paridad	Secundípara	16 (32.0%)	19 (38.0%)	15 (30.0%)
	Múltipara	10 (25.6%)	17 (43.6%)	12 (30.8%)
Amenaza de aborto	Si	5 (17.9%)	13 (46.4%)	10 (35.7%)
	No	39 (36.8%)	41 (38.7%)	26 (24.5%)
Etapa de embarazo	I trimestre	12 (26.7%)	14 (31.1%)	19 (42.2%)
	II trimestre	21 (32.8%)	30 (46.9%)	13 (20.3%)
	III trimestre	11 (44.0%)	10 (40.0%)	4 (16.0%)

4.5. Análisis relacional

Con el propósito de saber si existe asociación estadísticamente significativa entre variables categóricas se consideró la prueba Chi-cuadrado (χ^2) para la presente investigación y; además, para conocer el tamaño del efecto de la asociación se contempló el índice V de Cramer que se emplea para variables que tienen más de dos niveles (Betancourt et al., 2018).

De acuerdo con el análisis de los factores asociados al estrés percibido, se aprecia, en la tabla 13, los factores que se asocian significativamente en el estrés percibido son los ingresos económicos ($p=.000$), el embarazo planificado ($p=.008$), el apoyo de pareja ($p=.038$) y la violencia doméstica ($p=.006$), todos con un tamaño del efecto pequeño $.10 < V \text{ de Cramer} > .30$.

Tabla 13

Análisis de los factores asociados al Estrés Percibido

Variable de estudio	Factores asociados	χ^2	p	V de Cramer
Estrés percibido	Edad	1.373 ^a	.849	.072
	Grado de instrucción	5.121	.266	.138
	Estado civil	3.689	.747	.112
	Situación laboral	2.789 ^a	.256	.144
	Ingresos económicos	18.034	.000	.261
	Apoyo familiar	4.462	.119	.193
	Embarazo planificado	9.628 ^a	.008	.268
	Apoyo de la pareja	6.377	.038	.217
	Violencia doméstica	9.966	.006	.296
	Paridad	2.694 ^a	.610	.100
	Amenaza de aborto	3.780 ^a	.150	.168
	Etapas del embarazo	9.172 ^a	.057	.185

Nota. a=recuento esperado mayor que 5, χ^2 =Chi-cuadrado

V. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El estrés es una variable que participa en el desarrollo de diversas patologías médicas y problemas psicosociales. Hoy en día, su presencia se encuentra latente en todos los grupos etarios (LaMotte, 2021), siendo la población de gestantes una de las más vulnerables. La presente investigación sobre factores asociados al estrés se centró en gestantes usuarias de un Centro de Salud de Lima Metropolitana. Se identificaron cuatro estudios, dos nacionales y dos internacionales, orientados a establecer los factores asociados al estrés en embarazadas, que coincidieron con la presente en su propuesta metodológica.

Conforme con lo anterior, el objetivo principal de esta investigación fue establecer los factores asociados al estrés en gestantes de un centro de salud de Lima metropolitana, de esta manera, se decidió emplear el estadístico Chi-cuadrado, para conocer las asociaciones significativas entre nuestras variables categóricas y, también, la V de Cramer para identificar el tamaño del efecto de las mismas. Así pues, se encontró que los factores ingresos económicos ($p=.000$), embarazo planificado ($p=.008$), apoyo de pareja ($p=.038$) y violencia doméstica ($p=.006$) se asociaron significativamente al estrés percibido, todos con un tamaño del efecto pequeño ($.10 < V \text{ de Cramer } > .30$).

Estos hallazgos coincidieron parcialmente con el estudio de Lopes et al. (2023) en Brasil, realizado a gestantes encuestadas con el instrumento PSS-14, donde encontraron que el embarazo planificado se asoció de forma significativa con el estrés percibido ($p<.001$); en contraste, identificaron que el ingreso económico no guardó asociación significativa ($p=.253$). Esta disparidad se podría deber a las diferencias salariales de las muestras o, inclusive, a la realidad económica de un país y el otro.

En cuanto al contexto peruano, otra investigación con la que no coincidió fue la de Dianderas (2018), desarrollada en gestantes de alto riesgo obstétrico atendidas en el Hospital Rebagliati de Lima, donde encontró que el ingreso económico no mostró una asociación significativa con el estrés percibido ($p=.558$). Esto podría deberse a la medición objetiva del ingreso económico, como, por ejemplo, si el ingreso engloba a la familia nuclear o, también, extensa. En contraparte, presentó similitudes con el estudio de Ovalle y Velasquez (2023) en Ayacucho, realizado a gestantes adolescentes a través de la prueba PSS-14, donde hallaron que el apoyo de la pareja se asoció de manera significativa al estrés percibido ($p=.001$).

A nivel teórico, los hallazgos de este estudio sustentan y refuerzan el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), en razón de que se sitúa al estrés como producto de la relación entre el individuo y un entorno amenazante, donde la percepción de peligro atribuida a un entorno o factor determinado suscita una respuesta al estrés. Así pues, los contextos en los que se desenvuelve un individuo, tales como, la situación laboral, el ingreso económico, el apoyo familiar o de pareja, etc. se asocian al estrés en la medida de cómo los perciba la persona.

Por otro lado, acorde con la caracterización de la muestra se propuso como primer objetivo específico describir los niveles de estrés percibido en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana, encontrándose una mayor prevalencia del nivel moderado con un 40.3%. Este resultado mostró similitudes con el trabajo de Ovalle y Velasquez (2023), quienes encontraron una mayor dominancia del estrés moderado en gestantes adolescentes con un 64.7%. Esto podría explicarse en razón de que en la adolescencia se está construyendo la madurez psicológica, lo cual provocaría una mayor susceptibilidad a percibir diversos factores como estresores.

Como segundo objetivo específico se planteó describir el nivel de estrés percibido según los factores sociodemográficos en gestantes de un Centro de Salud de Lima

Metropolitana, evidenciándose que para el factor edad predominó el estrés moderado en los tres rangos de edad: 16-24 años (47.2%), 25-34 años (36.8%), 35-43 años (40.9%). Estos hallazgos coincidieron parcialmente con el trabajo de Ovalle y Velasquez (2023), quienes identificaron que las gestantes entre 16 a 19 años alcanzaron una mayor dominancia de estrés intermedio (54.1%).

Por su parte, en cuanto al grado de instrucción, esta investigación encontró que la mayoría de gestantes posee secundaria completa, siendo el estrés moderado el más prevalente en este grupo (47.5%). Este hallazgo guardó similitud con el estudio de Ovalle y Velasquez (2023), quienes identificaron que la mayoría de su muestra contaban con secundaria completa, siendo también, el estrés moderado el que más prevaleció (55.3%). En cuanto al estado civil, este estudio tuvo una mayor proporción de participantes que conviven, siendo el estrés moderado el más prevalente en este grupo (42.9%); al igual que, el trabajo de Dianderas (2018), quien encontró que las gestantes que conviven alcanzaron un mayor estrés percibido (59%), según el estado civil.

En concordancia con la situación laboral, se observó que aquellas gestantes sin empleo mostraron una mayor prevalencia de estrés percibido en el nivel moderado (42.7%); mientras que, las gestantes con empleo evidenciaron en su mayoría un estrés percibido leve (45.2%). Estos hallazgos no evidenciaron similitud con el trabajo de Ovalle y Velasquez (2023), quienes encontraron que para las gestantes sin y con empleo el estrés percibido, en su mayoría, fue de nivel alto (20%) y moderado (10.6%), respectivamente.

Para finalizar, acorde con los ingresos económicos, la presente investigación corroboró que la mayor proporción de examinadas con ingresos medios tuvieron un estrés percibido moderado (50%); hallazgos similares se encontraron en el trabajo de Dianderas (2018), donde el 76.9% de evaluadas con ingresos medios mostraron niveles significativos de estrés. Por su parte, este trabajo evidenció que la mayoría de evaluadas con ingresos bajos demostraron un

estrés alto (42.6%); caso contrario, ocurrió con la investigación de Lopes et al. (2023), quienes encontraron que la mayoría de sus evaluadas que para el momento del estudio tenían ingresos bajos, de igual modo, su estrés era leve (68.4%). Este resultado se podría explicar por las formas de agrupar los ingresos económicos en países diferentes y, también, por el estilo de vida.

En cuanto al tercer objetivo específico se determinó describir el nivel de estrés percibido según los factores psicosociales en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana. De esta manera, en cuanto al apoyo familiar, se encontró que aquellas gestantes que no contaron con soporte de la familia para el momento del estudio alcanzaron en su mayoría niveles altos de estrés (54.5%); a diferencia del trabajo de Dianderas (2018), quien observó que las gestantes sin soporte familiar no mostraron estrés. Este resultado se podría explicar en razón de que el trabajo de Dianderas solo contó con dos gestantes sin apoyo familiar. A nivel teórico, Chávez (2022) sostiene que el apoyo que brinda la familia durante la etapa de embarazo es un factor protector para el bienestar de la gestante.

Acorde con el embarazo planificado, esta investigación constató que las examinadas que no planificaron su embarazo mostraron en su mayoría un estrés moderado (39.5%). Caso contrario ocurrió en el trabajo de Lopes et al. (2023), donde prevaleció el estrés bajo (71.1%) en gestantes con la característica mencionada. Esto se podría explicar debido a que el trabajo de Lopes et al. tuvo dos cortes en los niveles de estrés (bajo y alto) y/o por la incidencia de otras variables contextuales, como, por ejemplo, apoyo de la familia o pareja.

Con respecto al apoyo de pareja, esta investigación determinó que quienes no contaron con el soporte de la pareja percibieron un estrés alto (50%); de forma similar se identificó en el estudio de Ovalle y Velasquez (2023), donde las gestantes sin apoyo de su pareja mostraron mayores niveles de estrés (22.4%). Por su parte, Sastre (2014) puntualiza que el estrés en el embarazo se incrementa debido a múltiples factores, entre ellos, la falta de apoyo de la pareja.

Por último, en concordancia con la violencia doméstica, este trabajo encontró que quienes presentaron este tipo de violencia para el momento de la evaluación percibieron un estrés alto (62.5%); del mismo modo, se identificó en la investigación de Ovalle y Velasquez (2023), donde destacó el estrés alto (16.5%) en gestantes víctimas de violencia doméstica. Por su parte, Bogantes (2008) señala que esta variable resulta ser un alto agente estresor, más aún si la víctima se encuentra en un proceso vulnerable a nivel físico y emocional. La violencia doméstica es reconocida como una de las amenazas más graves para la salud de las mujeres. En el contexto del embarazo, esta situación tiene principalmente repercusiones psicológicas. Las mujeres que sufren agresiones por parte de sus parejas enfrentan un mayor riesgo de experimentar estrés, depresión y de desarrollar adicciones. Esta problemática también puede llevar a una disminución en el interés de la madre por cuidar tanto de su propia salud como de la de su hijo (OMS, 2019).

Conforme al cuarto objetivo específico se propuso describir el nivel de estrés percibido según los factores clínicos en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana. De este modo, en cuanto a la paridad, esta investigación encontró una misma tendencia para todos los tipos de paridad (primípara, secundípara y multípara) que fue el nivel moderado con un 40%, 38% y 43.6%, respectivamente. Este hallazgo guardó semejanzas con el trabajo de Lopes et al. (2023), quienes identificaron un estrés considerable para los tipos de paridades antes mencionados con valores de 78.6%, 77.2% y 67.2%, según orden ascendente de paridad.

Por su parte, respecto a la amenaza de aborto, este estudio determinó que aquellas gestantes con amenaza de aborto para el momento de la investigación percibieron en su mayoría un estrés moderado (46.4%). Este hallazgo mostró similitud con el trabajo de Monterrosa et al. (2019), quienes identificaron en su investigación que las gestantes que presentaron amenaza de aborto por primera vez percibieron un estrés significativo en relación con su proceso perinatal (24.9%).

Finalmente, para la etapa de embarazo, el presente trabajo de investigación encontró que en el I trimestre predominó el estrés alto (42.2%), por su parte, en el II trimestre prevaleció el estrés moderado y para el III trimestre predominó el estrés leve (44%). Estos hallazgos difieren con el estudio de Monterrosa et al. (2019) y Dianderas (2018), quienes encontraron mayores niveles de estrés en gestantes que se encontraban en el III (76.8%) y II trimestre (20.5%) de gestación, respectivamente. Este resultado se podría explicar, según Alcolea y Mohamed (2011), debido a que el estado de ánimo durante el embarazo varía en cada gestante según los estímulos estresores internos (ej. hormonales) y externos (ej. apoyo social) que aparezcan.

El embarazo trae consigo cambios importantes en la vida de cualquier mujer, ya que durante el proceso de gestación afrontará nuevas necesidades y demandas para adaptarse a los cambios físicos fisiológicos, psicológicos y sociales. Esta investigación se ocupó de caracterizar el estrés percibido de las gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana según sus características sociodemográficas, psicosociales y clínicas; así como, de identificar la existencia de asociaciones significativas entre los factores mencionados y la variable estrés percibido.

Es importante mencionar que los resultados de esta investigación permitieron conocer asociaciones significativas; más no, establecen relaciones de causa-efecto, ni tampoco posibilitan que sus resultados se generalicen a otras poblaciones. Para ello, resulta necesario desarrollar estudios controlados y probabilísticos, donde se utilicen, por ejemplo, modelos de regresión lineal múltiple.

VI. CONCLUSIONES

- 6.1 Los factores asociados significativamente ($p < 0.05$) al estrés en gestantes de un Centro de Lima Metropolitana son los ingresos económicos ($p = .000$), el embarazo planificado ($p = .008$), el apoyo de pareja ($p = .038$) y la violencia doméstica ($p = .006$).
- 6.2 El 40.3% de las gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana representa un nivel moderado de estrés percibido, seguido del nivel bajo del estrés percibido con un 32.8% y finalmente, el nivel alto del estrés percibido con el 26.9%.
- 6.3 Los factores sociodemográficos que presentaron mayor frecuencia en un nivel de estrés bajo fueron el grado de instrucción superior y la situación laboral con empleo, mientras que la edad, el grado de instrucción secundaria, el estado de civil conviviente, casado, los ingresos económicos medio y la situación laboral sin empleo presentan mayor frecuencia en el nivel de estrés moderado. Por otro lado, el grado de instrucción primaria, el estado civil soltero y el ingreso económico bajo, se representa por un nivel de estrés alto.
- 6.4 Respecto a los factores psicosociales, aquellas gestantes que presentan embarazo planificado se representan por un nivel bajo de estrés percibido; las que tienen apoyo familiar, embarazo no planificado, sin apoyo de su pareja y sin violencia doméstica, obtuvieron un nivel moderado de estrés; por último, las participantes sin apoyo familiar, sin apoyo de la pareja y con violencia doméstica, tienen un nivel alto de estrés percibido.
- 6.5 En los factores clínicos, las participantes que se encuentran en el III trimestre de gestación tienen mayor frecuencia en un nivel bajo de estrés; el factor paridad, amenaza de aborto y gestantes que se encuentran en el II trimestre, se representan por un nivel moderado de estrés percibido; mientras que aquellas que se encuentran en el I trimestre de gestación presentan un nivel de estrés percibido alto.

VII. RECOMENDACIONES

- 7.1 Se invita a investigadores, tanto actuales como futuros, a llevar a cabo estudios similares en otros Centros de Salud. El objetivo es enriquecer y ampliar nuestra comprensión sobre los factores que están relacionados con el estrés durante el embarazo.
- 7.2 Realizar investigaciones a partir del presente estudio, considerando ampliar la muestra de participantes y realizar un estudio probabilístico, con el fin de generalizar los resultados y éstos sean más precisos.
- 7.3 Se recomienda realizar estrategias de prevención y orientación respecto al embarazo planificado ya que viene siendo un factor asociado al estrés percibido, recurrente en antecedentes presentados y en el actual estudio.
- 7.4 Se recomienda a los Centros de Salud identificar los posibles casos de gestantes con violencia doméstica, con bajos ingresos económicos o sin apoyo de la pareja para brindar una adecuada intervención con estrategias para la gestión del estrés contribuyendo con la salud mental en la población.
- 7.5 Finalmente, se sugiere realizar talleres o sesiones psicoeducativas que brinden información sobre el estrés y como ello puede influir durante el proceso de gestación, donde se pueda resolver dudas, preocupaciones y disminuir los niveles de estrés en la gestación.

VIII. REFERENCIAS

- Aguilar-Aguilar, S., Barja-Ore, J., y Cerda-Sánchez, M. (2020). Estrés durante el embarazo como factor de riesgo para el bajo peso del recién nacido. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 49(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572020000200006&lng=es&tlng=es.
- Alcolea F., S. y Mohamed M., D. (2011). *Guía de cuidados en el embarazo*. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. <https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guiaacuidadosembarazo.pdf>.
- Ángel, J. M. y Malqui, M. (2021). *Evidencias psicométricas de la escala de Estrés percibido (PSS) en estudiantes universitarios de Huaraz*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio Institucional UCV. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/75944/Angel_TJM_Malqui_PM-SD.pdf?Sequence=1.
- Arias-Gómez, J., Villasís-Keever, M. Á., & Miranda-Novales, M. G. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206. <https://revistaalergia.mx/ojs/index.php/ram/article/view/181>
- Atuncar, G. (2017). *Actividad Física, Estrés Percibido y Autorregulación Emocional en Estudiantes Universitarios de Lima*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8721>
- Baeza, B., Póo, A., Vásquez, O., Muñoz, S., & Vallejos, C. (2007). Identificación de factores de riesgo y factores protectores del embarazo en adolescentes de la novena

- región. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 72(2), 76-81. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262007000200002>
- Baidrero, M. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *MULTIMED*, 21(6). <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/688/1054>
- Bautista, J. D. (2023). *Factores asociados a depresión, ansiedad y estrés en pacientes gestantes del Centro de Salud Delicias de Villa, 2023*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio Institucional UPSJB. <https://hdl.handle.net/20.500.14308/4675>
- Béjar, C. y Santiago, M. (2017). Influencia del estrés materno durante el embarazo en el desarrollo cognitivo del niño: una revisión. *Matronas profesión*. 18(3). 115-122. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/revbibliografica-estres-materno.pdf>
- Bonilla-Sepúlveda, Óscar A. (2021). Estrés, ansiedad y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia). *Medicina UPB*, 40(1), 2-9. <https://doi.org/10.18566/medupb.v40n1.a02>
- Bogantes, J. (2008). Violencia doméstica. *Medicina Legal de Costa Rica*, 25(2), 55-60. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v25n2/3739.pdf>
- Cázares de León, F. y Moral de la Rubia, J. (2016). Diferencias sociodemográficas y de práctica profesional asociadas a estrés percibido entre dentistas colegiados de Monterrey. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34(1), 83-97. <https://doi.org/10.12804/apl34.1.2016.06>.
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2020). *Prevención, diagnóstico, tratamiento y referencia de la paciente con amenaza de aborto en el primer y segundo nivel de atención*. <https://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-026-20/ER.pdf>

- Chávez S., V. (2022). *Factores Asociados al nivel de ansiedad, depresión y estrés en gestantes del C.S. Alto Libertad durante la pandemia por COVID-19 en Arequipa, setiembre 2021 - enero 2022*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/0994b25b-128f-4a81-ac31-9c8681afe47e>
- Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Coussons-Read M. E. (2013). Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstetric medicine*, 6(2), 52–57. <https://doi.org/10.1177/1753495X12473751>
- Cólica, P. (2012) *Estrés: lo que usted querría preguntar y debe conocer*. Argentina. (1^{ra} ed). Editorial Brujas.
- Collins, N. L., y Feeney, B. C. (2010). A safe haven: An attachment theory perspective on support seeking and caregiving in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1053-1073. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.6.1053>
- Dianderas G., F. (2018). *Factores de riesgo asociados al estrés percibido en gestantes de alto riesgo obstétrico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Lima- Perú octubre- diciembre 2017*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio Institucional UCSM. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/7481>
- Díaz Romero, R., Aguilar Figueroa, V. y Santillán García, R. (1999). Estrés y embarazo. *Revista de la Asociación Dental Mexicana*, 44(1), 27- 31. <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-1999/od991f.pdf>

- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annual review of psychology*, 62, 531–558. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>
- Effati-Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Ghasemi Yngykn S y Mirghafourvand M. (2020). Depression, stress, anxiety and their predictors in Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC Psychol*, 8(1): 99. doi: [10.1186/s40359-020-00464-8](https://doi.org/10.1186/s40359-020-00464-8)
- Fenster, L., Schaefer, C., Mathur, A., Hiatt, R. A., Pieper, C., Hubbard, A. E., Von Behren, J., y Swan, S. H. (1995). Psychologic stress in the workplace and spontaneous abortion. *American journal of epidemiology*, 142(11), 1176–1183. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.aje.a117576>
- Fernández, L. y Sánchez, A. (2004). Procesamiento del estrés en las gestantes: implicaciones para la salud de la mujer y del niño intrauterino. *Estudios*, 9-24. <https://summa.upsa.es/high.raw?id=0000028410&name=00000001.original.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (2014). *Embarazo. Crecer*. [Cartilla 2.pdf \(unicef.org\)](https://www.unicef.org/es/publications/files/Cartilla_2.pdf).
- Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (s.f.). *Los hitos del embarazo. Una guía para compartir 40 semanas de crecimiento junto a tu bebé*. <https://www.unicef.org/lac/crianza/los-hitos-del-embarazo>
- Gaviria, S. L. (2006). Estrés prenatal, neurodesarrollo y psicopatología. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(2), 210-224. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502006000200006&lng=en&tlng=es.
- Guttmacher Institute. (2021). *Defining planned and unplanned pregnancies*. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/unintended-pregnancy-united-states>

Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa y cualitativa y mixta*. McGraw-Hill.

Huillca-Briceño, A. (2016). La multiparidad como factor de riesgo de diabetes mellitus gestacional. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 42(1), 189-198.
<http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v42n2/gin05216.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2020). *Situación laboral*.
<https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=sit&v=181>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Grado de instrucción*.
<https://www.inegi.org.mx/app/glosario/default.html?p=gra&v=117>

Instituto Nacional de Salud Mental. (18 de mayo del 2016). *Especialistas del Instituto Nacional de Salud Mental dan recomendaciones para llevar un embarazo saludable con salud mental*. [Comunicado de prensa].
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/027.html>

Instituto Nacional de Salud Mental. (10 de junio del 2021). *El 57.2% de limeños sufre de estrés debido a la pandemia de la COVID-19*. [Comunicado de prensa].
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2021/021.html>

Instituto Peruano de Economía (01 de julio del 2019). *Clase media crece en el Perú*.
<https://www.ipe.org.pe/portal/clase-media-crece-en-el-peru/#:~:text=El%20rango%20de%20ingresos%20de,%245%20per%20c%C3%A1pit a%20por%20d%C3%ADa.>

LaMotte, S. (21 de julio del 2021). *El 2020 fue un año récord para el estrés, especialmente para las madres*. CNN. <https://cnnespanol.cnn.com/2021/07/21/2020-ano-record-estres-especialmente-madres-trax/>

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

- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer Publishing Company.
- Lobel, M., Dunkel-Schetter, C., y Scrimshaw, S. C. (1992). Prenatal maternal stress and prematurity: a prospective study of socioeconomically disadvantaged women. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 11(1), 32–40. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.11.1.32>
- Lopes, E. A., Carvalho, L. B., Seguro, P. B., Mattar, R., Silva, A. B., Prado, L. B., y Prado, G. F. (2004). *Sleep disorders in pregnancy*. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, 62(2A), 217–221. <https://doi.org/10.1590/s0004-282x2004000200005>
- Lostanau, A. y Torrejón, C. (2013). *Estrés, Afrontamiento y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Pacientes Con Cáncer De Mama*. [Tesis de pregrado, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP.
- Mankiw, N. G., y Taylor, M. P. (2018). *Principios de economía* (7a ed.). Cengage Learning.
- Monterrosa-Castro A., González-Sequeda A. y Romero-Martínez S. (2022). Estrés psicológico percibido y factores asociados en gestantes de bajo riesgo en control prenatal. *Arch Med (Manizales)*, 22(1), 109-120. <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.4085.2022>
- Morales D. M., Bullones R. A., Carmona M. F., Carretero A. I., Moreno M. A., Peñacoba P. C. (2008). Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. *Nure investigación*. (37). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/422/413>
- National Center for Biotechnology Information. (Julio del 2021). *Inside the Brain: An Interactive Tour*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK582965/>
- Naranjo P., M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Revista Educación*, 33(2),171-190. ISSN: 0379-7082. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44012058011>.

Organización Mundial de la Salud. (21 de febrero del 2023). *Estrés*.

<https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>

Organización mundial de la Salud. (2019). *Hoja informativa: La violencia doméstica durante*

el embarazo. OPS/OMS.

<https://www3.paho.org/Spanish/AD/GE/VAWPregnancysp.pdf>

Ovalle, J. A. y Velásquez, L. J. (2023). *Factores asociados con el estrés en gestantes*

adolescentes atendidas en el Centro de Salud Belén. Ayacucho, agosto - noviembre.

2022. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga].

Repositorio Institucional UNSCH.

<http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/5220>

Östberg, M., Hagekull, B., y Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers

with small children: Dimensionality, stability and validity. *Scandinavian Journal of*

Psychology, 38(3), 199–208. <https://doi.org/10.1111/1467-9450.00028>

Pita Fernández, S. (2001). Determinación del tamaño muestral. *Cad Aten Primaria* 1996.

Fiesterra, 3, 138-141. <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/>

Preis, H., Mahaffey, B., Heiselman, C. y Lobel, M. (2020). Vulnerability and resilience to

pandemic-related stress among U.S. women pregnant at the start of the COVID-19

pandemic. *Soc Sci Med*, 266, p. 113348.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113348>.

Real Academia Española (2014). *Diccionario de la lengua española*. (23.^a ed.).

Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. McGraw-Hill.

Robles O., H. y Peralta R., M. (2010). *Programa para el control del estrés*. (2^{da} ed.) Ediciones

Pirámide.

- Remor, E. y Carrobles J. (2001). Versión española de la Escala de Estrés Percibido (PSS-14): Estudio psicométrico en una muestra VIH+. *Ansiedad y estrés*, 7(2-3), 195-201. <https://doi.org/1134-7937/1000-195-201>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). *Metodología y Diseños en la Investigación Científica*. Editorial Bussines Suport.
- Lopes, B. C. S., Lima, C. de A., Ferreira, T. S. B., Freitas, W. M. L. de, Ferreira, T. B., Pinho, L. de, Brito, M. F. S. F., & Silveira, M. F. (2023). Perceived stress and associated factors in pregnant women: a cross-sectional study nested within a population-based cohort. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 23, e20220169. <https://doi.org/10.1590/1806-9304202300000169-en>
- Salas Rujel, S. (2022). *Factores sociodemográficos relacionados con el estrés y la ansiedad de gestantes en tiempo de covid 19, lima, 2021*. [Tesis de pregrado, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Institucional UPN. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/33122/Salas%20Rujel%2C%20Stephany.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sastre Miras, I. (2014). Aspectos psicológicos y emocionales durante la gestación y el puerperio. [Trabajo de pregrado, Universidad de Valladolid, España]. Repositorio Institucional UVA. <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/11938>
- Segura, R., y Pérez, I. (2016). Impacto diferencial del estrés entre hombres y mujeres: una aproximación desde el género. *Alternativas en psicología*, 36, 105-120. <https://www.alternativas.me/attachments/article/138/Impacto%20diferencial%20del%20estr%C3%A9s%20entre%20hombres%20y%20mujeres.pdf>
- Segovia Bravo, I. y Quisterio Velasco, M. (2021). *Consecuencias psicológicas del confinamiento social en las gestantes del Centro de Salud La Coipa, San Ignacio*,

Cajamarca – 2021. [Tesis de pregrado, Universidad particular de Chiclayo].

Repositorio Institucional UDCH. <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/1169>

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Solís G., R. (2014). *Estresores psicosociales asociados a la amenaza de parto prematuro en gestantes adolescentes del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor De San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. <https://hdl.handle.net/20.500.12672/3649>

Tamayo, G. (2001). Diseños muestrales en la investigación. *Semestre económico*, 4(7).
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5262273.pdf>

IX. ANEXOS

Anexo A. PROTOCOLO DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (PSS-14)

Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	0	1	2	3	4
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Anexo B. FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE FACTORES

Variables	Dimensiones
Edad	_____Años
Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none">- Sin instrucción- Primaria- Secundaria- Superior
Estado civil	<ul style="list-style-type: none">- Soltero- Conviviente- Casado- Viudo o Divorciado
Situación laboral	<ul style="list-style-type: none">- Sin empleo- Con empleo
Ingresos económicos	<ul style="list-style-type: none">- Bajo- Medio- Alto
Apoyo familiar	<ul style="list-style-type: none">- Si- No
Embarazo planificado	<ul style="list-style-type: none">- Si- No
Apoyo de la pareja	<ul style="list-style-type: none">- Si- No
Violencia doméstica	<ul style="list-style-type: none">- Si- No
Paridad	<ul style="list-style-type: none">- Primípara- Secundípara- Multípara
Amenaza de aborto en la gestación actual	<ul style="list-style-type: none">- Si- No
Etapa del embarazo	<ul style="list-style-type: none">- I trimestre.- II trimestre.- III trimestre.

Anexo C. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

Estimado (a) usuario(a):

Usted ha sido invitado/a a participar en la presente investigación titulada “**Factores asociados al estrés en gestantes en un centro de salud de lima metropolitana**”, conducido por Jackelyn Judith Juro Dueñas. Esta investigación tiene como objetivo establecer los factores asociados al estrés en gestantes de un Centro de Salud de Lima Metropolitana, así mismo, el procedimiento que se aplicará no modificará actitudes, sentimientos o comportamientos, ni provocará algún daño físico, psicológico, actual o futuro hacia mi persona. También expresé haber sido informado sobre la forma en que utilizarán los resultados con fines pedagógicos y educativos, el cual no se usarán para ningún otro propósito fuera de la investigación.

Si usted desea participar del estudio, se le solicitará realizar el llenado de una escala y un formulario de factores. La participación del estudio es estrictamente voluntaria.

¿Desea participar de manera voluntaria en este proceso de investigación?

Si

No

Firma del participante