



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



**ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO ASOCIADO AL
NIVEL DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN GESTANTES
QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN, PUNO**

2024

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. KAREN MÓNICA HAÑARI GÓMEZ

PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO – CIRUJANO

PUNO – PERÚ

2024



Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL AL EMBARAZO ASOCIADO AL NIVEL DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN GESTANTES QU

AUTOR

KAREN MÓNICA HAÑARI GÓMEZ

RECuento DE PALABRAS

30543 Words

RECuento DE CARACTERES

169098 Characters

RECuento DE PÁGINAS

135 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

3.2MB

FECHA DE ENTREGA

Jul 8, 2024 5:28 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Jul 8, 2024 5:31 PM GMT-5

● 7% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 6% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 5% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



Mtro. EDUARDO SOTOMAYOR ABARCA
DIRECTOR
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FMH - UNA

Resumen



DEDICATORIA

Dedicado primeramente a Dios porque me guía con sabiduría y siempre está presente en mi vida, a mi madre Salomé por el amor incondicional y el apoyo frente a cualquier obstáculo, a mi padre César por enseñarme que se logra las metas con gran esfuerzo y sacrificio. De la misma forma a Edy a quien admiro mucho y me enseña a no rendirme cada día, y finalmente a mi amiga Mishelle por ser esa amistad que esta en presente en las buenas y en las malas.

KAREN MÓNICA HAÑARI GÓMEZ



AGRADECIMIENTOS

Agradezco en demasía a aquellas personas que me enseñaron a no rendirme y seguir el camino para lograr mis metas.

A la Universidad Nacional del Altiplano, a mi querida Facultad de Medicina Humana, y a mis docentes de dicha facultad.

Agradezco a mi asesora de Tesis Dra. Naruska Tito Chura por el apoyo y consejos valiosos que contribuyeron al logro de la tesis, así como a mis jurados Dr. Juan Carlos Cruz De La Cruz, Dr. Luis Eloy Enriquez Lencinas y Dra. Sonia Yrene Corrales Mejía por las sugerencias trascendentales para mi investigación.

Finalmente agradezco a mis tíos Efraín y Marisol por haberme apoyado en mi internado médico e impulsarme a continuar con mis objetivos.

KAREN MÓNICA HAÑARI GÓMEZ



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE ANEXOS	
ACRÓNIMOS	
RESUMEN	14
ABSTRACT.....	15
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
1.3 HIPÓTESIS	18
1.3.1 Hipótesis general	18
1.3.2 Hipótesis específica.....	18
1.3.3 Hipótesis estadística	19
1.4 JUSTIFICACIÓN	19
1.5 OBJETIVOS.....	21
1.5.1 Objetivo general	21
1.5.2 Objetivos específicos	21



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1	ANTECEDENTES	23
2.1.1	Internacionales	23
2.1.2	Nacionales	26
2.2	MARCO TEÓRICO	30
2.2.1	La maternidad.....	30
2.2.2	Adaptación psicosocial al embarazo	40
2.2.3	Depresión durante el embarazo	55
2.2.4	Ansiedad durante el embarazo	62
2.2.5	Estrés durante el embarazo.....	66

CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	71
3.1.1	Tipo de investigación	71
3.1.2	Diseño de investigación	71
3.1.3	Método de investigación	71
3.2	POBLACIÓN	72
3.2.1	Población.....	72
3.2.2	Criterios de inclusión	72
3.2.3	Criterios de exclusión.....	72
3.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	73
3.3.1	Técnica de recolección de datos.....	73
3.3.2	Instrumentos	73
3.3.3	Validación de instrumentos.....	76



3.4	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	78
3.5	PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	79
3.6	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	80
3.7	ASPECTOS ÉTICOS	80

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1	RESULTADOS.....	81
4.2	DISCUSIÓN	93
V.	CONCLUSIONES.....	98
VI.	RECOMENDACIONES	99
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
	ANEXOS.....	126

ÁREA: Ciencias Biomédicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: Ciencias Médicas Clínicas

FECHA DE SUSTENTACION: 12 de julio del 2024



ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Valoración de las dimensiones de la adaptación psicosocial en base al PSQ	74
Tabla 2. Valoración de la depresión, ansiedad y estrés según el DASS-21.....	76
Tabla 3. Operacionalización de variables	80
Tabla 4. Factores epidemiológicos de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	81
Tabla 5. Edad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	82
Tabla 6. Adaptación psicosocial de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	83
Tabla 7. Niveles de adaptación de las dimensiones de adaptación psicosocial de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	84
Tabla 8. Trastornos mentales de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	85
Tabla 9. Tau C de Kendall para la adaptación psicosocial y el grado de severidad de depresión de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	88
Tabla 10. Tau C de Kendall para la adaptación psicosocial y el grado de severidad de ansiedad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	90



Tabla 11. Tau C de Kendall para la adaptación psicosocial y el grado de severidad de estrés de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	92
--	----



ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según el DSM-V	59
Figura 2. Preguntas sugeridas para el tamizaje de depresión prenatal	60
Figura 3. Gráfico de barras de paridad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	81
Figura 4. Gráfico de barras del trimestre de gestación de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	82
Figura 5. Gráfico de barras de la adaptación psicosocial de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	83
Figura 6. Gráfico de barras de depresión de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	86
Figura 7. Gráfico de barras de ansiedad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	86
Figura 8. Gráfico de barras de estrés de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	87
Figura 9. Gráfico de barras de la adaptación psicosocial y del grado de depresión de las embarazadas atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	88
Figura 10. Barras de error de la adaptación psicosocial y del grado de depresión de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	89
Figura 11. Gráfico de barras de la adaptación psicosocial y del grado de ansiedad de las embarazadas atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.	90



Figura 12. Barras de error de la adaptación psicosocial y del grado de ansiedad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.....	91
Figura 13. Gráfico de barras de la adaptación psicosocial y del grado de estrés de las embarazadas atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.....	92
Figura 14. Barras de error de la adaptación psicosocial y del grado de estrés de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.....	93



ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1 Autorización del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón para la ejecución de tesis	126
ANEXO 2 Consentimiento informado	127
ANEXO 3 Factores epidemiológicos de la gestante	128
ANEXO 4 Cuestionario de autoevaluación prenatal.....	129
ANEXO 5 Dimensiones del PSQ con sus respectivos ítems.....	130
ANEXO 6 Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21)	131
ANEXO 7 Subescalas del DASS-21 con sus respectivos ítems.....	132
ANEXO 8 Programación mensual de metas físicas 2023 total – P.P. Salud Materno Neonatal – HR “MNB” – Puno	133
ANEXO 9 Declaración jurada de autenticidad de tesis.....	134
ANEXO 10 Autorización para el depósito de tesis en el repositorio institucional.	135



ACRÓNIMOS

OMS:	Organización Mundial de la Salud
HRMNB:	Hospital Regional Manuel Núñez Butron
PSQ:	Cuestionario de Autoevaluación Prenatal
DASS-21:	Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés - 21
DSM-V:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – 5 Edition
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences



RESUMEN

Durante el embarazo, cada mujer experimenta cambios psicosociales que determinarán su adaptación al embarazo; la inadaptación o desadaptación psicosocial al embarazo está relacionado con trastornos mentales como la ansiedad, depresión y estrés.

Objetivo: Determinar la asociación entre el nivel de adaptación psicosocial al embarazo y el nivel de depresión, ansiedad y estrés en las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno, entre abril a junio de 2024. **Metodología:** El trabajo es analítico, observacional, prospectivo y transversal. Se aplicó como instrumentos, el Cuestionario de Autoevaluación Prenatal y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. El análisis estadístico se elaboró por medio del programa SPSS - 25, se empleó Tau C de Kendall para determinar las relaciones entre las variables con un rango de confianza del 95%. **Resultados:** De las 138 gestantes, el 52,2% mostraron desadaptación; el 31,8% inadaptación al embarazo. La dimensión preocupación por el bienestar propio y del bebé, fue la que presentó los más bajos niveles en comparación de otras dimensiones (58,7%), seguida de la dimensión preparación para el parto, con un nivel medio (62,3%). Respecto a los trastornos mentales, se detectó un 24,6% de depresión en las embarazadas; 39,1% de ansiedad y 26,1% de estrés. Al relacionar las variables se encontró una asociación significativa entre el nivel de adaptación psicosocial con el grado de depresión ($p=0.001$), ansiedad ($p=0.000$) y estrés ($p=0.000$), donde se demostró que a una menor adaptación se expresa mayor gravedad de depresión, ansiedad y estrés en las embarazadas. **Conclusiones:** Existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de adaptación psicosocial al embarazo y el nivel de depresión, ansiedad y estrés en las embarazadas.

Palabras clave: Adaptación psicosocial, Ansiedad, Depresión, Estrés, Gestante.



ABSTRACT

During pregnancy, each woman experiences psychosocial changes that will determine her adaptation to pregnancy; Psychosocial maladjustment or disadaptation to pregnancy is related to mental disorders such as anxiety, depression and stress. **Objective:** Determine the association between the level of psychosocial adaptation to pregnancy and the level of depression, anxiety and stress in pregnant women who attended the outpatient Obstetrics clinic of the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital in Puno, between April and June 2024. **Methodology:** The work is analytical, observational, prospective and transversal. The Prenatal Self-Assessment Questionnaire and the Depression, Anxiety and Stress Scale were applied as instruments. The statistical analysis was carried out using the SPSS - 25 program, Kendall's Tau C was used to determine the relationships between the variables with a 95% confidence range. **Results:** Of the 138 pregnant women, 52.2% showed maladjustment; 31.8% maladjustment to pregnancy. The dimension concern for the well-being of oneself and the baby was the one that presented the lowest levels compared to other dimensions (58.7%), followed by the dimension preparation for childbirth, with a medium level (62.3%). Regarding mental disorders, 24.6% of depression was detected in pregnant women; 39.1% anxiety and 26.1% stress. When relating the variables, a significant association was found between the level of psychosocial adaptation with the degree of depression ($p=0.001$), anxiety ($p=0.000$) and stress ($p=0.000$), where it was shown that a lower adaptation is expressed greater severity of depression, anxiety and stress in pregnant women. **Conclusions:** There is a statistically significant relationship between the level of psychosocial adaptation to pregnancy and the level of depression, anxiety and stress in pregnant women.

Keywords: Psychosocial adaptation, Anxiety, Depression, Stress, Pregnant.



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El embarazo es un proceso complejo que requiere una gran capacidad de adaptación a cambios importantes (1), pero no solo en el aspecto biológico - fisiológico, sino también en el plano psicológico y social. (2) A nivel psicológico en mayor o menor medida toda futura madre padece ambivalencia psicológica, alteraciones emocionales y/o un trastorno mixto ansioso-depresivo. (3) En el plano social, la mujer debe asumir responsablemente el nuevo rol como el ser madre, asimismo se reestructura su ambiente social.

Los cambios biopsicosociales que se dan en la madre, también se dan en el feto y determinarán su adaptación al embarazo y el crecimiento del vínculo prenatal con su hijo. (4) Adicionalmente, se ha evidenciado en varios estudios científicos que los elementos psicosociales están vinculados con trastornos mentales durante el embarazo, como la ansiedad y depresión, respecto al estrés puede desarrollarse si la gestante tiene dificultades para adaptarse al embarazo. (5,6)

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), una de cada cinco embarazadas experimenta alteraciones en su salud mental. Los trastornos mentales más prevalentes que puede presentar la gestante son la ansiedad, la depresión y el estrés. (7) A nivel mundial, estos trastornos mentales afectan entre el 15% el 25% de las gestantes (8), y la prevalencia de estos trastornos de la salud mental varía según la situación económica del país. En los de ingresos altos, la estimación es del 10 al 15%, en cambio en los de ingresos bajos a medios oscila del 10 al 41%. (9) En América Latina, la



depresión prenatal es extremadamente alta, entre 14% y 40% (10), siendo en Perú, el 24,1% de las gestantes que padecen depresión. (11) Además, el nivel de ansiedad durante el embarazo no se ha estudiado bien en las mujeres latinoamericanas, pero las investigaciones indican que las gestantes de Latinoamérica pueden correr el riesgo de desarrollar altos niveles de ansiedad en el transcurso del embarazo. (12) Como podemos denotar, en Perú todavía son inciertas las cifras de prevalencia de la ansiedad y estrés durante la gestación, y más aún no existen datos sobre el nivel de ansiedad, depresión y estrés que pueden estar sufriendo las gestantes en la región de Puno, lo que dificulta la oportunidad de brindar una atención integral respecto a su salud mental.

Estas enfermedades mentales durante la etapa prenatal aumentan los niveles de cortisol y noradrenalina que generan la reducción del flujo sanguíneo en el útero y consecuencias negativas en la madre, el feto, el recién nacido y el infante. (13,14) Ejemplo de ello, múltiples estudios científicos demostraron que la depresión durante el embarazo se ha relacionado con la hipertensión, la preeclampsia, la diabetes gestacional, el parto prematuro, el bajo peso al nacer, la restricción del crecimiento intrauterino, las complicaciones posnatales y el impacto negativo en el desarrollo físico, emocional, cognitivo, conductual y social del niño. (15,16,17) Asimismo se ha descubierto que la depresión prenatal constituye el predictor más fuerte de la depresión posparto, que a su vez predice el estrés de los padres. (18) Por otra parte, se ha identificado la ansiedad prenatal como un predictor poderoso e independiente de parto prematuro, bajo peso al nacer, aborto, posibilidad de cesárea y alteraciones en el desarrollo fetal. (12,19) El estrés tiene un rol importante en la alteración del desarrollo materno y fetal a través de mecanismos epigenéticos (6,20), debido a que puede generar un incremento en el riesgo de preeclampsia, parto pretérmino, ruptura prematura de membranas, diabetes gestacional y hemorragia posparto en las gestantes (21); y de bajo peso y prematuridad en el recién



nacido. (6,20) Incluso el estrés prenatal también se ha relacionado con la salud infantil, incluidos problemas de internalización, resultados neuroconductuales y reactividad al estrés. (6)

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la asociación del nivel de depresión, ansiedad y estrés según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024?

1.3 HIPÓTESIS

1.3.1 Hipótesis general

Existe asociación y relevancia significativa del nivel de depresión, ansiedad y estrés según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.

1.3.2 Hipótesis específica

Primera: Existe asociación del nivel de depresión según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.

Segunda: Existe asociación del nivel de ansiedad según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.



Tercera: Existe asociación del nivel de estrés según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.

1.3.3 Hipótesis estadística

Hipótesis alternativa (H1): Existe asociación y relevancia significativa del nivel de depresión, ansiedad y estrés según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.

Hipótesis nula (H0): No existe asociación y relevancia significativa del nivel de depresión, ansiedad y estrés según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Los elementos psicológicos y sociales del embarazo influyen en la aparición de alteraciones en la salud mental de la gestante, pudiendo generar ansiedad, depresión o estrés prenatal en la mujer. (5,6) Por lo cual es necesario explorar en la gestante, los elementos psicosociales ligados a la adaptación de su embarazo, por medio del Cuestionario de Autoevaluación Prenatal (PSQ) que valora cinco dimensiones como son: la identificación con el rol materno, preocupación por el bienestar propio y del bebé, preparación para el parto, calidad de la relación entre la embarazada y su madre y calidad de la relación con la pareja. (22) Asimismo, es importante denotar que tanto el plan de parto como la psicoprofilaxis obstétrica son procesos necesarios en la gestante para la adaptación al embarazo. Debido a que el plan de parto está considerada como una



herramienta sustancial empleada en la embarazada, que permite planificar, organizar y movilizar los recursos institucionales, comunitarios y familiares, para la asistencia apropiada de la embarazada, la puérpera y el recién nacido; sin embargo según el informe de la “calidad del registro de la atención, plan individual de parto y tamizaje de violencia en gestantes” realizado en los Establecimiento de salud de Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno durante el año 2017, nos informa que en el HRMNB no se aplica el plan de parto, sustentando que no corresponde por la categorización del hospital, este argumento difiere con la “Norma Técnica de Atención Integral de la Salud Materna, 2013” que indica que el plan de parto es de aplicación obligatoria en todos los niveles de atención. En cambio la psicoprofilaxis obstétrica si está implementada en el HRMNB, con la finalidad de contribuir a la educación prenatal para la preparación integral de la embarazada permitiéndole desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, también prepara física y psicológicamente a la embarazada para un parto sin temor. Además ambos procesos mencionados contribuyen a reducir la ansiedad, depresión y estrés que puedan presentar las gestantes durante el embarazo.

Perú es uno de los países de bajos y medianos ingresos que no han incorporado la agenda de salud mental materna en el sistema de atención primaria, a pesar de las recomendaciones de la OMS y la evidencia de la mayor prevalencia de los trastornos de salud mental materna y el impacto negativo que estas enfermedades tienen en la madre, el bebé y sus familiares. Esto se debe a que los profesionales de salud que brindan atención a las mujeres embarazadas se enfocan principalmente en aspectos biomédicos, descuidando las influencias socioculturales y las alteraciones mentales como la ansiedad, estrés o depresión, los cuales son factores que contribuyen a padecimientos obstétricos. (14,23)



Debido a que la atención de salud mental durante el embarazo en Perú es un aspecto poco estudiado, es importante ampliar el alcance de la atención en esta área. Se necesita que la atención mejore en los controles prenatales convencionales y comprenda una evaluación de la adaptación psicosocial al embarazo, seguido de una valoración psiquiátrica para diagnosticar e intervenir los niveles de ansiedad, depresión y estrés que presenten.

Con base, en lo mencionado anteriormente, surgió esta investigación que es relevante ya que permitirá determinar la existencia de los niveles de depresión, ansiedad y estrés y su asociación con la adaptación psicosocial al embarazo en las embarazadas atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón (HRMNB) de Puno; de esta forma los futuros profesionales de la salud podrán desarrollar una estrategia de intervención, con objetivos precisos, que aborden los aspectos más críticos de la salud mental perinatal y biopsicosocial de la gestante. Al realizarlo, mejoraremos el estado de salud y la calidad de vida de las embarazadas y avanzaremos en este ámbito vital e indispensable de la salud pública.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo general

Determinar la relación del nivel de la depresión, ansiedad y estrés según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.



- Determinar el nivel de depresión en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.
- Identificar el nivel de ansiedad en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.
- Distinguir el nivel de estrés en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.
- Determinar la asociación del nivel de depresión según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.
- Determinar la asociación del nivel de ansiedad según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.
- Determinar la asociación del nivel de estrés según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Internacionales

Monterrosa A. (2022) Colombia. Se publicó el artículo científico “Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe Colombiano”, en el cual se determinó la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés psicológico, así como los factores relacionados con cada uno de ellos, en las gestantes que asistieron a un control prenatal convencional. La metodología de la investigación fue transversal, con análisis de asociación e inclusión prospectiva realizada en gestantes que vivían en el Caribe Colombiano, respecto a la población se reunieron 509 embarazadas. Se utilizó un formulario con variables sociodemográficas y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21). El análisis estadístico se realizó con Stata IC 16 y se conformaron tres modelos de regresión logística ajustada, con el fin de valorar con OR e IC 95% la relación entre las variables dependientes: ansiedad, depresión o estrés con las variables independientes: aspectos sociodemográficos y clínicos que se examinaron en la investigación. En la conclusión, se encontró que tres de cada diez gestantes presentaron ansiedad, depresión o estrés y existió relación significativa de diversos factores psicosociales con los niveles de depresión, ansiedad o estrés, como por ejemplo: la edad, religión, lugar de residencia, preocupación con el embarazo, problemas económicos o de pareja. (24)



Simó S. (2019) España. Este artículo titula “Efectos de la ecografía sobre la ansiedad y adaptación psicosocial al embarazo”. El trabajo tuvo como finalidad examinar el efecto de ecografía durante el primer, segundo y tercer trimestre sobre los niveles de ansiedad y la adaptación psicosocial durante el periodo de gestación. Se utilizó un diseño de intervención pre-post, analítico, y prospectivo. Participaron 111 embarazadas que asistieron a un procedimiento de ecografía de diagnóstico prenatal. Se emplearon el PSQ e Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) para evaluar la adaptación psicosocial y ansiedad de la población estudiada, respectivamente. Los análisis estadísticos se realizaron mediante el SPSS-23 y se llevaron a cabo por el método ANOVA de diagrama dividido entre la variable efecto de la ecografía y las variables ansiedad y adaptación psicosocial al embarazo. Los resultados indicaron que la ecografía del primer trimestre proporcionó una ventaja adicional, promoviendo el ajuste psicológico y social de la madre al embarazo, su sentido de conexión maternal y calidad del vínculo con su pareja. (25)

Fiskin G. (2017) Turquía. El estudio denominado “Adaptación psicosocial y manifestaciones depresivas en mujeres embarazadas de alto riesgo: implicaciones para la práctica clínica”. Tuvo por finalidad determinar los niveles de adaptación psicosocial y depresión de mujeres embarazadas que ingresaron al hospital con diagnóstico de embarazo de alto riesgo. El estudio fue analítico, prospectivo y trasversal y la muestra de la investigación estuvo compuesta por 122 mujeres embarazadas de alto riesgo que fueron hospitalizadas en el servicio de perinatología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Estambul. Se utilizaron como instrumentos el PSQ y la escala de depresión (CES). Los datos obtenidos se analizaron estadísticamente mediante el SPSS 15.0 y con los métodos



estadísticos ANOVA y Mann Whitney. Resultados: De las mujeres embarazadas de alto riesgo, se concluyó que el 47% tenía un nivel deficiente de adaptación psicosocial y el 57% presentaba síntomas depresivos, asimismo se halló una relación estadísticamente significativa entre la capacidad de adaptación psicosocial y el estado de las manifestaciones depresivas, por lo cual las gestantes con una capacidad pobre de adaptación psicosocial demostraron más manifestaciones depresivas. (5)

Yasuka N. (2011) Japón. La investigación elaborada tiene como título “Evaluaciones de la adaptación psicosocial para mujeres embarazadas hospitalizadas antes del parto en Japón”. El propósito fue explorar la adaptación psicosocial en mujeres embarazadas hospitalizadas. Este fue un estudio correlacional, transversal y prospectivo. Los sujetos fueron 189 gestantes hospitalizadas antes del parto. A tal efecto, se utilizó la versión japonesa del PSQ con el fin de medir la adaptación psicosocial durante la gestación. A fin de analizar los datos del estudio se empleó el programa SPSS-17 y fueron relacionados a través del análisis de pruebas T o prueba suma de rangos de Wilcoxon. Conclusiones: Las mujeres gestantes tuvieron una adaptación significativamente menor en aceptar el embarazo y preparación del parto. Por otro lado, mostraron una adaptación significativamente mayor en la identificación de rol de maternidad y la relación con su pareja. Este estudio recomienda que el proveedor de atención médica debe conocer las dimensiones de la adaptación psicosocial de cada mujer embarazada para identificar las deficiencias y poder apoyarlas en el ámbito de salud mental. (26)



Ontiveros P. (2010) México. La investigación “Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico” determinó la asociación entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad en primigestas de riesgo obstétrico bajo. El diseño del trabajo fue correlacional, prospectivo y transversal. La población del estudio incluyó a 200 embarazadas primigestas con bajo riesgo obstétrico, y se emplearon los instrumentos: Inventario de ansiedad: rasgo – estado y el PSQ. Análisis estadístico: La correlación de Spearman para adaptación psicosocial y la ansiedad estado fue ($r_s=.56$, $p<.01$). Conclusiones: Se identificó asociación significativa entre la adaptación psicosocial al embarazo y la ansiedad, determinando que las primigestas que poseen una menor adaptación psicosocial al embarazo presentan mayor ansiedad. (2)

2.1.2 Nacionales

Burgos R. (2023) Trujillo. La tesis “Relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita Trujillo – 2021”, tuvo como propósito establecer la asociación entre la adaptación psicosocial al embarazo y el nivel de ansiedad en la población objeto de estudio; por lo cual esta investigación fue correlacional, observacional y de corte transversal. El estudio fue aplicado a 30 gestantes que acudieron a la clínica mencionada. Además se empleó el PSQ y el Inventario de ansiedad rasgo-estado como instrumentos. Se ejecutó el análisis estadístico por medio del programa Stata 17 y se determinó la asociación de las variables mencionadas mediante la prueba Chi-cuadrado respetando el nivel de significancia del 5%. Esta investigación



concluyó que existe una relación significativa entre la adaptación psicosocial del embarazo y el nivel de ansiedad de las embarazadas que acudieron a la intervención de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita. (27)

Paredes J. (2022) Cajamarca. En la investigación nombrada “Nivel de adaptación psicosocial y depresión en gestantes. Centro de salud Pachacutec. Cajamarca, 2022”, su objetivo fue determinar la asociación entre las variables nivel de adaptación psicosocial y depresión en embarazadas del Centro de Salud Pachacutec de Cajamarca durante el año 2021. Esta investigación pertenece a un estudio no experimental, correlacional, cuantitativo y transversal, teniendo una población de 199 embarazadas que asistieron al servicio de obstetricia de dicho centro de salud. Se emplearon el PSQ y el Test de Beck como instrumentos. Además, la investigadora empleó la prueba de chi cuadrado presentando un nivel de significancia de 0,05 para establecer la asociación entre las variables de estudio. Las conclusiones indican que el 93,5% de las embarazadas exhibían inadecuada adaptación psicosocial, mientras que el 6,5% adecuada adaptación, agregar que el 46,7% presentaba depresión. Por lo cual, en este estudio se estableció que la inadecuada adaptación psicosocial se asocia con un riesgo mayor de sufrir depresión durante el embarazo. (28)

Chávez V. (2022) Arequipa. El estudio titulado “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”, identificó los factores relacionados al nivel de depresión, estrés y ansiedad en embarazadas del C.S. Alto Libertad en el transcurso de la pandemia debido a la COVID-19. Esta investigación tuvo un diseño analítico, cuantitativo y de corte



transversal. Se utilizaron como instrumentos un formulario para recolectar los datos y la DASS-21 para la muestra de la investigación, que consistió en 92 embarazadas del C.S. Alto Libertad. Se empleó la prueba chi cuadrado con un nivel de significancia del 5% para establecer la asociación entre las variables. Conclusiones: De acuerdo con los hallazgos, el 16.30% de las embarazadas experimentaron depresión, el 41.3% tuvo ansiedad y el 26.1%, estrés. Además, es importante destacar que se encontró una relación significativa entre los niveles de ansiedad, estrés y depresión con los factores psicosociales como la violencia doméstica y el apoyo de la pareja. (29)

Cárdenas E. (2022) Chimbote. La investigación “Autoevaluación prenatal y vinculación afectiva prenatal en gestantes de Chimbote en el contexto COVID-19, Perú 2021”. El fin fue establecer la correlación entre autoevaluación prenatal y el apego emocional prenatal en mujeres embarazadas residentes en Chimbote, en la pandemia COVID-19. La investigación fue básica no experimental, correlacional, prospectiva y transversal, se aplicó el estudio a 136 gestantes con edad mayor o igual a 18 años, quienes completaron una encuesta virtual basada en la Escala de vinculación y adaptación prenatal y el PSQ. El análisis de los datos se ejecutó por el programa SPSS-25 y se utilizó el coeficiente de Pearson y la propuesta de Cohen para determinar la correlación entre las variables. Se encontró una fuerte correlación positiva entre la vinculación afectiva prenatal y la autoevaluación prenatal ($r=.847$). Concluyendo que si la gestante tiene una mejor adaptación psicosocial, mejor será el proceso del vínculo afectivo que establece con su hijo. (30)



Artica J. (2020) Lima. El artículo científico se denomina “Adaptación y validación del Cuestionario de autoevaluación prenatal en gestantes usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal”. Este estudio, de tipo instrumental, prospectivo y transversal, tuvo como objetivo adaptar y validar el cuestionario de autoevaluación prenatal en una población de 790 mujeres embarazadas del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima. Con la finalidad de establecer evidencia de validez considerando el contenido de la estructura interna, se empleó intervalos de confianza y la V de Aiken. Además, se utilizó análisis factorial exploratorio para examinar la estructura interna del fenómeno en cuestión. Con base en este análisis, se determinó que el instrumento resultante, que se construye alrededor del modelo multidimensional de cinco dimensiones, demuestra particularidades psicométricas satisfactorias en términos de confiabilidad y validez. En consecuencia, se considera aceptable su aplicación como herramienta para evaluar las dimensiones psicosociales relacionadas con la adaptación durante la gestación. (22)

Chávez J. (2018) Chachapoyas. El trabajo científico “Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017”, cuyo fin fue evaluar el grado de adaptación psicosocial al embarazo entre mujeres embarazadas ingresadas al centro médico antes mencionado. El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel descriptivo, observacional, prospectivo y transversal. La muestra consistió en 70 embarazadas que visitaron el consultorio de Obstetricia. Se utilizó como instrumentos: una ficha de datos y el PSQ. El análisis estadístico del estudio fue procesado por el programa SPSS-20, para obtener estadísticas descriptivas considerando niveles de significancia de 0.05. Conclusiones: Una proporción significativa de mujeres



embarazadas exhiben niveles inadecuados de adaptación psicosocial al embarazo, particularmente respecto a su relación con la pareja y preocupación por el bienestar del recién nacido. (31)

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 La maternidad

La maternidad es un proceso complejo y dinámico que va más allá de los elementos biológicos del embarazo y del trabajo de parto, ya que también presenta componentes psicológicos, sociales, culturales y afectivos del ser madre. Asimismo la maternidad contribuye a las embarazadas a establecer vínculos con su hijo, con la pareja y con los miembros de su familia que la protegen. Durante este periodo, experimentan una variedad de sentimientos, incluida la felicidad y la satisfacción, así como la preocupación, angustia y la necesidad de adaptarse a los desafíos que conlleva la maternidad. Comprender este proceso dirige la labor de los profesionales de la salud a brindar una atención prenatal que se ajusta a las expectativas de la embarazada. (32)

En Latinoamérica son insuficientes las investigaciones del concepto de maternidad puesto que solo se tiene algunos trabajos reflejando su historia como su vivencia. (33) En Perú, el número de investigaciones es aún menor, debido a que son muy pocas las que analizan el valor de la maternidad para las embarazadas y que puedan relacionar sus resultados con la promoción de la salud materna e infantil en la esfera mental. (34)

En los servicios de salud, la maternidad se ha tratado fundamentalmente desde su aspecto biológico a través del paradigma empírico y analítico o modelo



biomédico enfocado en los factores de riesgo. Este modelo utiliza la mortalidad materna como indicador centinela y sus recursos son las políticas de atención materna, los programas de atención prenatal y los indicadores de vigilancia de la mortalidad materna y la mortalidad perinatal en salud pública. Asimismo, los programas de atención materna e infantil se desarrollaron principalmente desde el enfoque biomédico, sin considerar el valor que presenta la experiencia de la maternidad para las gestantes. Esto podría ayudarlas a empoderarse con programas de promoción de la salud, especialmente para las embarazadas que necesitan de apoyo, orientación y educación en salud. (32)

Por otra parte, el valor que una persona le amerita a una etapa, como el caso de las embarazadas a la maternidad, se considera el impulso que las lleva a actuar en relación a ese evento, ejemplo de ello son las siguientes acciones: pedir información, solicitar atención médica, visitar instituciones de salud o cumplir las indicaciones de los profesionales de la salud especializados en la gestación. El estudio sobre la adaptación que tiene la maternidad para las embarazadas es oportuna para contribuir aspectos que se necesitan en los programas de atención prenatal y de esta forma los profesionales de la salud brindarán una atención humanizada, productiva, reflexiva y conforme a los requerimientos y perspectivas de las embarazadas, tal como lo recomienda las políticas internacionales que fomentan la maternidad saludable. (35)

Neurobiología de la maternidad: Los cambios hormonales importantes durante el embarazo, el parto y el período posparto, junto con factores experienciales, modifican el cerebro y, como resultado, el comportamiento de la mujer, produciendo un alto nivel de capacidad de respuesta materna junto con



cambios en el estado de ánimo, la cognición y el estrés de la madre. (36,37) Una vez que los factores endocrinos han activado los circuitos neuronales que regulan el comportamiento materno, este comportamiento se mantiene mediante factores experienciales, es decir, mediante la exposición a señales de la descendencia. (38) Juntos, estos cambios representan respuestas adaptativas que son necesarias para garantizar la supervivencia y el bienestar de la descendencia. El período periparto representa una de las fases más plásticas neuroconductualmente en la vida de una mujer. (39) Es cierto que el cerebro de la madre es muy diferente al cerebro de las mujeres nulíparas que están dentro del mismo rango de edad, y es muy sensible a las necesidades de su propio hijo. Para que el comportamiento materno se desarrolle, son necesarias sistemas neuronales cerebrales especializados (40), que se desarrollan de forma cooperativa mediante factores genéticos (como los genes de los receptores de oxitocina, prolactina y estrógeno alfa), ambientales (comportamiento de los padres durante la infancia y la niñez, frente a los bebés antes y después del nacimiento, estimulación por parte del bebé) y hormonales (estrógenos y progesterona antes del nacimiento, y oxitocina, prolactina y hormona liberadora de corticotropina (CRH) durante y después del nacimiento). (41) El proceso de desarrollo de estos sistemas neuronales cerebrales especializados y de la transición a la maternidad en el cerebro de la mujer está marcado por cambios significativos en la plasticidad cerebral. (42,43) La plasticidad que ocurre en el cerebro materno a menudo implica una disminución en el volumen cerebral, la neurogénesis y la densidad de las células gliales que presumiblemente optimiza el cuidado y otros comportamientos posparto. Estas disminuciones en aspectos de la plasticidad cerebral no están relacionadas con déficits en los resultados conductuales, similares a los que a menudo se asocian



con el envejecimiento, pero, de hecho, pueden ser un "ajuste fino" del cerebro materno donde menos puede ser más para la función conductual femenina.

También parece probable que la transmisión no genética (epigenética) es responsable de la internalización de los comportamientos maternos aprendidos de la madre y la exposición hormonal del cerebro tanto durante el período fetal, el crecimiento y durante la gestación de la mujer como también la transmisión de factores genéticos, juegan un papel importante en el desarrollo de estas redes y sistemas neuronales maternos. (44)

Plasticidad cerebral estructural durante el embarazo: Una plasticidad neuronal distintiva caracteriza el cerebro femenino durante este período, y se producen cambios estructurales y funcionales dinámicos que acompañan a las adaptaciones conductuales fundamentales, estimulando a la mujer a pasar de ser un individuo con necesidades autodirigidas a ser responsable del cuidado de otra vida. En las mujeres, el volumen cerebral total se reduce durante el embarazo, alcanzando un punto más bajo en el parto. (45) Los cambios en el volumen de materia gris en una embarazada, se reflejaron en reducciones simétricas en el área de superficie y el grosor cortical y las reducciones se mantuvieron durante al menos dos años después del parto. (46) Análisis posteriores mostraron que las áreas afectadas, se centraban principalmente en la corteza frontal medial, el precúneo, la corteza cingulada posterior, las circunvoluciones frontales inferiores, los surcos temporales superiores, y el hipocampo, las cuales están involucradas en la cognición social y se asocian con un apego materno positivo. (46, 47) La delimitación anatómica del cuerpo estriado ventral, una parte central del sistema de recompensa mesolímbico que contiene el núcleo accumbens, también demostró



reducciones volumétricas que se asociaron con respuestas neuronales ventro-estriatales más fuertes de las madres hacia sus bebés. (48)

Plasticidad cerebral funcional durante el embarazo: La neurogénesis ocurre principalmente en dos regiones principales, la circunvolución dentada (DG) del hipocampo y el bulbo olfatorio (OB). (49) Dentro de DG y OB, la neurogénesis es un proceso de múltiples pasos que incluye proliferación, migración, supervivencia, diferenciación e integración de neuronas recién nacidas en los circuitos existentes. (50)

En ambas regiones neurogénicas del cerebro, las neuronas nacidas en adultos sirven como excelentes candidatas para la plasticidad durante el embarazo, el parto y el período posparto porque no sólo son sensibles a muchos cambios hormonales y experienciales que ocurren durante estos momentos, sino también porque las funciones que se les han sugerido a contribuir se ven afectados por la maternidad. (51) Nuevas neuronas nacen, se desarrollan y maduran mientras las madres gestan o cuidan a sus hijos, por ello, a este sistema neuroendocrino dopaminérgico y oxitocinérgico también se le llama sistema de motivación materna. Es importante destacar que se sabe que estas áreas son críticas para la expresión del cuidado materno, así como para la agresión materna y otros procesos conductuales que se alteran, como la motivación, la ansiedad, la depresión y el estrés. (52)

Preparar a la mujer para la maternidad durante el embarazo: El proceso de preparación de la mujer para la maternidad durante el embarazo generalmente lo llevan a cabo aquellas hormonas cuyo nivel aumenta durante el embarazo. Aquí juegan especialmente papeles importantes los estrógenos y la progesterona. Se



observó que existía una correlación directa entre los niveles de estradiol durante el embarazo y el apego de la madre a su hijo después del nacimiento. (53)

Se ha sugerido que los niveles elevados de progesterona y estrógeno durante el embarazo aumentan los receptores de oxitocina (un neuropéptido que desempeña un papel clave en el vínculo) y prolactina en las regiones del cerebro involucradas en el comportamiento materno y, de esta manera, inician la maternidad. El sistema de la oxitocina es un sistema clave que apoya la adaptación neurobioconductual durante el embarazo, el parto y el cuidado posparto. (54,55)

Una adaptación menos que óptima a la maternidad se ha relacionado cada vez más con disfunciones relacionadas con la oxitocina. (56) Dada la centralidad de las funciones de la oxitocina en la adaptación a la maternidad (57), se ha prestado considerable atención a los factores que regulan las funciones relacionadas con la oxitocina de la madre durante el embarazo y el posparto, existen dos factores distales y dos proximales:

- Adversidad o trauma en la vida temprana, varios estudios han informado una relación inversa dependiente de la dosis entre las concentraciones periféricas de oxitocina y el número de exposiciones a traumatismos. (58)
- Apego, un patrón de apego inseguro también ha mostrado vínculos consistentes con el funcionamiento de oxitocina en la edad adulta. Los niveles periféricos de oxitocina son más bajos en madres que tienen formas de apego inseguras. (59)
- Estrés perinatal, si la intensidad del estrés superan lo que la madre puede manejar eficazmente, su equilibrio se altera y aumenta su susceptibilidad a experimentar desafíos en la adaptación. Además numerosas investigaciones



demuestran el papel de la oxitocina en la protección contra los efectos nocivos del estrés en la adaptación materna. (60) También se han establecido vínculos negativos entre los niveles de estrés perinatal y las funciones de oxitocina durante el embarazo y el posparto, y su consecuente mala adaptación al embarazo. (59)

- Métodos de parto y alimentación, una serie de eventos alrededor del parto modifican las funciones de oxitocina en la madre. El parto vaginal aumenta los niveles centrales y periféricos de oxitocina. La lactancia materna a menudo se ha considerado el pináculo de la experiencia de apego entre la madre y el bebé, y se ha informado que induce la liberación de oxitocina. (61)

Inicio del comportamiento materno después del nacimiento: Las estructuras cerebrales relacionadas principalmente con la maternidad se conocen como corteza prefrontal medial; corteza medial; cíngulo anterior; vía talamocingulada; área preóptica medial (MPOA), núcleo medial ventral (VMN) y núcleo paraventricular (PVN) del hipotálamo; área tegmental ventral (VTA) y sus asociaciones con sistemas de recompensa dopaminérgicos; el núcleo del lecho de la estría terminal (BNST); y locus ceruleus (LS). (62)

Los estrógenos, la prolactina y la oxitocina estimulan el comportamiento materno después del nacimiento a través de sus receptores ubicados en el MPOA. (63)

Se ha sugerido que el estrógeno, la prolactina y la norepinefrina desencadenan el comportamiento materno mediante el aumento de la “proteína de unión al elemento de respuesta al AMP cíclico (monofosfato de adenosina)” (CREB), que es un factor de transcripción intracelular en el MPOA y el VTA. (64)



La estimulación vaginocervical durante el parto induce la secreción de oxitocina y luego el aumento de oxitocina inicia simultáneamente varios eventos relacionados con el parto y la maternidad. Además, inicia el comportamiento maternal estimulando sus receptores en MPOA, BNST, amígdala y bulbo olfatorio; hace que la madre reconozca el olor de su bebé; y suprime el deseo sexual a través de sus receptores en el hipotálamo basal. (65)

También se ha informado que la oxitocina y la vasopresina son hormonas importantes para el apego de la madre a su hijo y su crianza. El bulbo olfatorio, el LS y la amígdala participan en el apego del recién nacido a la madre. (66)

Identidad materna: “el nacimiento de una madre”: De acuerdo a los estudios del Psiquiatra Daniel Stern sobre la identidad materna, se establece que con el nacimiento del recién nacido surge también el nacimiento de la “psiquis materna” y el autor la expresa como una vivencia interna que sucede en todas las madres, sin embargo esta identidad es incomprensible para las “no madres”. (12,67)

También Stern indica que la maternidad influye en la salud mental y que la mujer se prepara para la maternidad desde la gestación, en la cual presenta emociones contradictorias que se manifiestan desde la transición del papel de hija (en este proceso es importante la relación con su madre) hasta la obtención de las habilidades apropiadas para cuidar y proteger al futuro hijo. (68)

Otros autores sustentan que la identidad materna se genera por las experiencias transformadoras que toda mujer atraviesa durante el proceso de concepción, embarazo, parto y crianza del hijo.



Por otra parte el vínculo que se desarrolla entre la embarazada y su bebé, posee la función adaptativa de fomentar la protección y supervivencia del bebé, y este proceso de adaptación genera satisfacción y placer para la madre y el bebé, en el cual también intervienen las modificaciones neuroanatómicas y neuroendocrinas de la mujer y el bebé. (69)

Maternidad y salud mental: Es importante considerar que la transición a la nueva maternidad presenta cambios dinámicos que afectan el cerebro de una mujer que no son meramente adaptativos y pueden conferir una vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos mentales, por ende el embarazo es una etapa vulnerable para la salud mental (70,71), si bien varios estudios han implicado la desregulación neuroinmune en la ansiedad y la depresión (se ha propuesto que la plasticidad cerebral durante el embarazo aberrante en los sistemas de neurotransmisores y los cambios genéticos y epigenéticos contribuyen a la depresión periparto). (72,73) En la experiencia clínica, se observa que un porcentaje no desdeñable de embarazadas asisten a la consulta médica por su salud mental ya que presentan síntomas de ansiedad o depresión, y lo atribuyen al proceso de maternidad, debido a los conflictos de la adaptación a su nuevo rol. (74)

La exploración de la adaptación a la maternidad en las embarazadas nos podría abrir una interesante puerta en la salud mental prenatal mediante la identificación y abordaje de sus síntomas. (74)

Promoción de la salud materna centrada en la maternidad: Un enfoque transformador de la promoción de la salud materna debe centrarse en la madre y ver la maternidad desde una perspectiva de promoción de la salud nos permite



considerar las necesidades de salud holísticas que traspasan los límites de los parámetros predefinidos de cambio en la salud. Podemos abordar y considerar más abiertamente los aspectos psicológicos, emocionales, físicos y espirituales de la maternidad, además de considerar la reciprocidad y el impacto de las relaciones sociales como fundamentales para la salud. (75)

Una perspectiva salutogénica ofrece la oportunidad de centrarse en la salud y el florecimiento por encima de la enfermedad y las dolencias. Dado que el embarazo, el parto y la maternidad no son una enfermedad, sino una etapa normal de la vida, una perspectiva salutogénica (basada en fortalezas) es complementaria a los marcos patológicos y deficitarios. (76)

Además se debe reflexionar sobre las responsabilidades del profesional de la salud, principalmente de los especialistas ginecólogos-obstetras y las obstetras, ya que son la primera interacción de la embarazada en los servicios de atención prenatal. En la reflexión debe considerarse el abordaje, la educación, la consejería, el acompañamiento y el seguimiento a las embarazadas en términos de prestar una atención con amabilidad, escuchando y respetando las necesidades de la gestante, considerando sus expectativas, que según investigaciones anteriores están principalmente relacionadas con la educación. (77) En ese sentido, el papel del especialista ginecólogo-obstetra y de la obstetra como educadores y gestores del cuidado de la salud debe repensarse en el ámbito de su formación profesional que aborde otros elementos aparte del modelo biomédico, como la comprensión del proceso de la maternidad en las embarazadas.

La educación y la promoción de salud materna e infantil son fundamentales para promover la maternidad saludable. Por ende, se debe explorar



la maternidad en la totalidad de sus dimensiones, trascendiendo el elemento biológico. (78)

En base a lo anterior, se debe considerar evaluar la adaptación psicosocial al embarazo por medio de un instrumento válido empleado por el profesional médico como acción para mejorar la atención prenatal integral y de calidad. (79) De esta manera, el médico podrá realizar acciones transformadoras y formará vínculos relacionados a la maternidad, siendo esta promoción de la salud más humanizada, reflexiva e incluyente.

2.2.2 Adaptación psicosocial al embarazo

La obtención de las variables psicosociales fundamentales para la experiencia del embarazo resultó de un modelo conceptual que diferencia el embarazo como un período de transición de una mujer sin hijo a una mujer con hijo, y los aspectos importantes de tal cambio. La transición a la maternidad puede verse como un cambio de paradigma, entendido aquí como una constelación de la actual autoimagen, valores, patrones de comportamiento, relaciones con los demás y un conjunto de habilidades para la resolución de problemas. La gestación es un período de desarrollo, para el surgimiento del nuevo paradigma, con el neonato como parte integral e importante. (80)

Por otra parte, se discernió que la desadaptación o inadaptación al embarazo se presenta en caso que los dos paradigmas estén muy distantes, y cuando el paso de desarrollo es demasiado grande para darlo en nueve meses. En tales situaciones, el embarazo puede ser una fase marcada de intensos conflictos y ambivalencias.



Asimismo, es casi inevitable que el nuevo niño no pueda integrarse fácilmente en el paradigma anterior y se requiere modificaciones para que florezca el nuevo paradigma, el de madre e hijo. Por tanto, si existe dificultades en la adaptación al embarazo, entonces la ambivalencia aumenta y se resiste a la transición a la maternidad y se produce un mayor nivel de conflicto y aparición de trastornos mentales como la ansiedad, depresión y estrés. La futura madre puede sentirse ansiosa cuando se enfrenta a la inminente aparición del bebé para el cual tuvo dificultades para adaptarse al embarazo, una ansiedad que puede intensificarse por las presiones y expectativas sociales. Las mujeres que se sienten así aún pueden lograr el cambio de paradigma, pero es razonable esperar que sea más traumático.

En realidad, variaciones progresivas en el cambio de paradigma se produce a medida que continúa la maternidad. Inicialmente, la mujer pasa por la etapa de aceptar el embarazo, seguidamente se desarrolla la identificación con un rol de maternidad. Al especular sobre cómo será ser madre, la primigrávida naturalmente reflexiona sobre su propia madre y reevalúa la calidad de su crianza temprana en base de su futuro rol. La primigrávida suele reevaluar su relación actual con su madre y este proceso de análisis de la relación madre e hija prosigue en el transcurso de la gestación. Según un análisis de cómo esta variable se relaciona con otras variables durante la gestación, sustenta que una buena relación con la madre ayuda a establecer una base sólida para identificar un rol propio de maternidad. Un grado positivo de confianza en sí misma sobre la maternidad y la presencia de menos ansiedad y depresión durante la gestación y el parto también se asocian con una buena relación madre e hija.



Durante el transcurso de su embarazo, la mujer también se preocupa por el papel que su pareja asumirá como pareja y padre. De hecho, su pareja le brindará apoyo cuando más lo necesite. Además, la futura madre a menudo nota que ella, al igual que su pareja, siente una mayor sensación de vulnerabilidad durante el embarazo.

En el tercer trimestre, el interés de la embarazada se enfoca en la preparación para el parto, que incluye los temores y ansiedades atribuidos al dolor, piensa en qué tan bien lo afrontará, sobre posibles lesiones para ella o su hijo, y sobre la muerte antes de nacer. En consecuencia, este proceso destacado de la gestación que es la preparación de la gestante para el parto, se realiza mediante diferentes medios, como acudir a clases de psicoprofilaxis, leer libros y preguntar al personal de salud. En otras palabras, la preparación para el trabajo de parto, implica la obtención de conocimientos así como de confianza. Cuando una mujer aprende sobre el trabajo del parto y se prepara para ello, se enfrenta a otra paradoja más. Aunque no controla sus contracciones, aun así debe asumir cierto grado de responsabilidad por el curso del trabajo de parto ya que tiene que escuchar a su cuerpo y trabajar activamente con él. Debe desempeñarse lo mejor que pueda por su cuenta y, aun así, estar dispuesta a aceptar ayuda cuando la necesite. El miedo a perder el control puede ser adaptativo o desadaptativo, hasta incluso inadaptativo si se vuelve demasiado difuso. Las asociaciones de dolor pueden desencadenar temores de pérdida de control. En la sociedad actual, el concepto de control posee una interpretación especial, y este elemento se manifiesta en las preocupaciones y temores de las embarazadas sobre el trabajo de parto.



En resumen, la transición a la maternidad además de ser un proceso biológico, es un proceso psicológico y social de desarrollo y complementa el desarrollo físico del feto en su interior, una transición que conlleva variables de resistencia y progreso. El modelo de Lederman, evalúa la transición a la maternidad de la embarazada en cinco dimensiones psicosociales: identificación con el rol de maternidad, preparación para el parto, preocupación por su bienestar y del bebé, relación con la madre y relación con la pareja.

Es crucial destacar que la adaptación al embarazo tiene una relación poderosa en el desarrollo de la vinculación afectiva prenatal. Por otro lado, es relevante presentar, la investigación de 4 años realizado por Lederman sobre la relación de la ansiedad y los valores de norepinefrina, cortisol y epinefrina, además del trabajo de parto con la adaptación psicosocial al embarazo, donde participaron treinta y dos mujeres embarazadas, de edades comprendidas entre 20 y 32 años y sin complicaciones médicas ni obstétricas, se realizaron tres entrevistas semiestructuradas durante el último trimestre del embarazo para obtener las medidas de variables psicosociales relevantes a la adaptación al embarazo y al parto; y al inicio de cada fase del parto, se obtuvieron medidas de ansiedad, sustancias bioquímicas plasmáticas y actividad uterina. Como resultados, se tuvo una correlación positiva significativa entre la adaptación psicosocial con la epinefrina ($r = 0,60$) y el cortisol ($r = 0,59$), y también con el grado de ansiedad. Las cinco variables psicosociales produjeron las relaciones más significativas con las variables del trabajo de parto como las unidades de Montevideo (actividad uterina) y con la duración del trabajo de parto. Y dos de las variables de la adaptación, el conflicto en la aceptación del embarazo y el miedo a la pérdida de la autoestima en el parto, también tuvieron correlaciones



significativas con la puntuación de Apgar de 5 minutos ($r = -0,38$, $p < 0,05$ y $r = -0,30$, $p < 0,05$) respectivamente. (80)

En la investigación mencionada, se indica que durante el parto los patrones psicosociales desadaptativos al embarazo se asociaron con un parto más prolongado debido a una menor actividad contráctil uterina. En conjunto, las respuestas adaptativas, desadaptativas o inadaptativas de la mujer grávida en estas dimensiones psicosociales del desarrollo prenatal son predictores significativos del progreso en el parto, las complicaciones en el parto, los resultados del parto y la adaptación posparto a la maternidad y justifican su inclusión en la evaluación prenatal y la intervención de atención médica. Por tanto, los resultados resaltan la importancia del desarrollo psicosocial y la adaptación durante el embarazo, y subrayan la necesidad de una mejor comprensión de los desafíos y conflictos de la futura maternidad.

Dimensiones de la adaptación psicosocial: Cada una de las dimensiones del desarrollo psicosocial al embarazo puede concebirse como desafíos adaptativos que pueden generar cierta ansiedad, depresión o estrés en una proporción de embarazadas y estos trastornos mentales se miden desde la ausencia, y niveles bajos hasta niveles altos de ansiedad, depresión o estrés.

Identificación con un rol de maternidad: El paso del desarrollo de la mujer sin hijos a la mujer con hijos es el objetivo de la identificación con un rol de maternidad. El logro de esta identificación puede considerarse como un proceso de desarrollo caracterizado por un énfasis progresivo en el pensamiento de la madre, que se aleja del yo único y se acerca a la unidad madre-bebé y, en última instancia, hacia el reconocimiento de la separación y la individualidad del futuro



hijo. La identificación con un rol de maternidad también incluye la orientación de apego del feto en desarrollo. (81)

El autoconcepto materno y el apoyo social disponible influyen en la identificación materna y el apego materno-fetal. (82) Se consideran importantes dos factores para evaluar la identificación de una mujer con su rol de maternidad. El primero es conocer qué tan motivada está la mujer para asumir un rol de maternidad; el segundo es el grado en que la mujer se prepara para desempeñar el papel de madre.

- Motivación para la maternidad. La importancia de la motivación para la adaptación prenatal y parental está bien documentada. La razón para conocer los motivos de la madre para tener un hijo es que la motivación conflictiva puede contribuir a problemas durante el proceso reproductivo, como reacciones somáticas aberrantes durante el embarazo, complicaciones del parto, reacciones depresivas posparto y comportamiento materno inadecuado o desadaptativo. (83)
- Preparación para la maternidad. La gestante necesita prepararse para su nuevo rol visualizándose a sí misma como madre. Otros investigadores informaron que las mujeres que son capaces de visualizarse como madres durante el embarazo se adaptaron mejor después del parto y reportaron mayor satisfacción que aquellas que tuvieron dificultades para visualizarse como madres o como competentes en el rol. Deave (84) encontró que las mujeres que eran más conscientes de los cambios que podrían acompañar a la maternidad tenían más probabilidades de tener hijos con un desarrollo



cognitivo más avanzado a los 2 años de edad, según lo medido por el Inventario de Desarrollo Mental de la Escalas de desarrollo infantil de Bayley.

Las actitudes desadaptativas sobre la maternidad con respecto al cambio de roles y las expectativas de la maternidad y de uno mismo como madre, como las descritas, se han asociado con una mayor ansiedad maternal prenatal (85) lo que dificulta que la madre se prepare para la maternidad y acepte las pruebas inherentes al parto, lo que a su vez puede conducir a un trabajo de parto prolongado.

La evaluación del apego materno forma parte del factor psicosocial identificación con un rol materno. El apego se mide con ítems que indagan sobre la anticipación materna de disfrute y deseo de cuidar al bebé, sentimientos de amor por el bebé y disfrute de la cercanía con los niños. El apego fetal durante el embarazo tenía estilos de apego más seguros y sus hijos tuvieron un desarrollo infantil más óptimo que aquellas mujeres que informaron un apego materno-fetal más bajo y estilos de apego menos seguros. Además, otros investigadores encontraron una correlación entre el apego materno-fetal y el apego materno-infantil posnatal. (86)

La visualización del feto a través de ultrasonido puede mejorar la cercanía emocional materna con el feto y disminuir la ansiedad materna. (87)

También es importante mencionar que las mujeres que alguna vez han experimentado un embarazo, un parto y un alumbramiento claramente han desarrollado algún tipo de identificación con un rol de maternidad. Si bien se puede suponer que sería más fácil para una multigrávida identificarse con este rol que para una primigrávida, todavía existen ciertos obstáculos en el proceso de



identificación en la multigrávida. Por lo cual no existen diferencias en el grado de adaptación del rol de maternidad respecto a la paridad.

Relación con la madre: La transcendencia del vínculo de la gestante con su madre se destaca en la literatura como un componente crucial en la adaptación al embarazo y la maternidad. Una relación positiva con la madre predice una adaptación exitosa al embarazo debido a que la madre de la gestante sirve como modelo constructivo para que la gestante pueda emularla espontáneamente al establecer su nueva identificación como madre y un base sólida para identificarse, también está relacionada con menos miedo, ansiedad y depresión durante el embarazo. En cambio, si la relación es negativa entre la embarazada y su madre entonces la percepción de la relación madre-hija se asocia con una actitud negativa persistente hacia el embarazo. La evaluación del apoyo y el conflicto social durante el embarazo identificaría a las mujeres que podrían beneficiarse de intervenciones grupales o individuales para mejorar el apoyo y reducir las interacciones negativas entre madre e hija. (88)

La familia, incluida la madre de la embarazada y su pareja de la embarazada, tiene una importancia considerable para disminuir los temores maternos y apoyar a la gestante. (89)

Se ha descubierto que tres componentes son importantes en la relación de la gestante con su madre:

- La disponibilidad de la madre de la embarazada tanto en el pasado como durante el embarazo.
- Las reacciones de la abuela ante el embarazo, especialmente su aceptación del nieto y el reconocimiento de su hija como madre.



- El respeto de la abuela por la autonomía de su hija, como lo demuestra relacionándose con la gestante como una adulta.

Debido a la novedad inherente al embarazo en una primigrávida y la paralela mayor sensación de vulnerabilidad, se deduce que la relación con la madre tendrá un impacto algo menor en la mujer multigrávida que en la primigrávida.

La importancia de fomentar el apoyo y la comprensión mutua de la embarazada y su madre merece la atención continua de los profesionales de salud y debe abordarse en la atención prenatal.

Relación con la pareja: La embarazada se preocupa tanto por el rol de maternidad como el rol de paternidad de su pareja. Se ha informado que la relación con la pareja es la dimensión más importante que afecta el curso del embarazo. (90) Las mujeres con una relación conyugal positiva se adaptan más fácilmente al embarazo y también contribuye al bienestar materno durante el embarazo (91), asimismo se ha asociado con una atención prenatal más temprana y con más controles prenatales. (92)

Kimbro (93) informó que las madres casadas en comparación con las madres solteras exhibían las conductas prenatales más saludables y que los conflictos en las relaciones predecían malas conductas de salud prenatal (fumar, beber o abuso de drogas). Otros investigadores encontraron que la disfunción familiar y conyugal eran determinantes importantes del parto prematuro (94) y del menor peso al nacer. (95) Steinberg et al. descubrieron además que los bebés a término pequeños para la edad gestacional (PEG) nacían con mayor frecuencia de mujeres solteras, en comparación con mujeres casadas.



Asimismo, numerosos investigadores informan que el apoyo social, generalmente de un cónyuge o pareja, se asocia con niveles reducidos de ansiedad y depresión prenatal o perinatal y mejores resultados de salud mental. (96) Razurel et al. (97) informan que la satisfacción materna de las primíparas con el apoyo social de la pareja disminuyó el nivel de estrés en la salud de las madres.

Para comprender la naturaleza del vínculo conyugal bajo el impacto del embarazo, se evalúan cuatro áreas:

- La preocupación de la pareja por las necesidades de la embarazada como futura madre en cuanto a: empatía (comprensión, tolerancia, apoyo), cooperatividad, disponibilidad (compartir y comunicar) y confiabilidad.
- La preocupación de la embarazada por las necesidades de su pareja como futuro padre.
- Los efectos del embarazo sobre el vínculo conyugal en cuanto al grado de: cercanía y conflictos.
- La adaptación de la pareja a su nuevo rol, específicamente su identificación de un rol de paternidad

Los proveedores de atención médica que comprenden la transición a la maternidad desde la perspectiva tanto de las madres, como la relación con su pareja están en mejores condiciones de brindar apoyo y asesoramiento apropiados a las circunstancias de cada pareja.

Una revisión de las experiencias de los padres durante el embarazo y el parto indicó que querían estar informados, involucrados y respetados, y necesitaban el apoyo de sus parejas y profesionales de la salud. (98) Tanto las futuras madres como los padres querían que el padre estuviera más involucrado



en el embarazo y querían que su atención médica incluyera al padre más exhaustivamente y se centrara en toda la familia. (91,99)

Dos paneles australianos de expertos en salud mental perinatal desarrollaron recomendaciones para prevenir la depresión y la ansiedad perinatal, e incluyeron las siguientes categorías de apoyo parental: convertirse en padre, apoyarse mutuamente durante el embarazo y el parto, comunicación, conflicto, división del trabajo, apoyo práctico, apoyo emocional, cercanía emocional, satisfacción sexual, consumo de alcohol y drogas, fomento del autocuidado, desarrollo de la aceptación y búsqueda de ayuda. (100) Se han desarrollado varios programas para abordar los resultados adversos del parto y mejorar las relaciones de pareja, por ejemplo un programa psicoeducativo para parejas, centrado en mejorar el apoyo mutuo entre los padres con efectos preventivos sobre la salud mental materna, dio como resultado un aumento del peso al nacer entre mujeres con elevado riesgo económico y de salud mental. (101) Las parejas angustiadas que participaron en una intervención de visita domiciliaria centrada en abordar la angustia de la pareja mostraron mejoras en los síntomas depresivos, el estado de ansiedad y el ajuste diádico. (102)

Preparación para el parto: La preparación para el parto significa preparación mental, emocional y física, y es necesaria para las fases fisiológicas del trabajo de parto como las contracciones, dilatación cervical, pujos y entre otros, así como para los procesos psicológicos de separación del feto y ser la madre del neonato. La mayoría de los métodos de preparación para el parto enfatizan la importancia del control: respirar adecuadamente durante las



contracciones, pujar eficazmente en el momento adecuado y utilizar estrategias aprendidas para afrontar el dolor del parto. (103)

La mayor parte de embarazadas experimentan cierta ansiedad al enfrentar lo desconocido, por lo que una forma de manejar la ansiedad es aprender sobre el trabajo de parto. Es evidente que la preparación para el parto es, en parte, un estado mental que se puede desarrollar y este estado mental señala un proceso importante en la progresiva adaptación materna de la mujer.

La planificación del trabajo de parto se analiza bajo las siguientes dos elementos:

- Planificación del parto: pasos prácticos para recopilar información. Los pasos prácticos se refieren a los recursos específicos que la gestante utiliza para estar mejor preparada e informada sobre los procesos del parto y los métodos de autoayuda. Las gestantes se preparan para la experiencia del parto asistiendo y participando en las clases de preparación prenatal del parto o psicoprofilaxis; compartiendo sentimientos, miedos y experiencias con otras mujeres; y mediante el uso de libros, películas u otros recursos para recopilar información y seguir aprendiendo. Las mujeres generalmente consideran útil estar informadas sobre el trabajo de parto. Se informa que la educación prenatal aumenta la aceptación del embarazo y reduce el miedo al parto. (104)
- Planificación del parto: procesos de pensamiento materno. La planificación se refiere a procesos de pensamiento específicos (dudas y miedos) que enfrenta la gestante y sus métodos de afrontamiento para enfrentar los desafíos del parto. Ya que pensar en el parto es una manera de tratar de comprender y prepararse para el parto, de mantener el control durante las



contracciones dolorosas, de visualizar el nacimiento del bebé con emoción y de compartir la experiencia con la pareja. Este tipo de pensamiento se asocia con una preparación constructiva. Los pensamientos que fueron particularmente perturbadores para las madres y que pueden haber interferido con las medidas de afrontamiento constructivas anticipadas incluyeron la aprensión por convertirse en madre, el miedo al dolor en el parto y la ansiedad por cumplir con los protocolos médicos.

En 2009, en un estudio con una muestra grande de mujeres embarazadas en América del Norte ($n = 650$), el 21% informó niveles bajos de miedo al parto, el 54% informó niveles de miedo moderados y el 25% informó un miedo alto al parto. (105) La prevalencia del miedo a los resultados del parto varía en diferentes países. (106) El miedo al parto se asocia con la ansiedad y el estrés durante el embarazo y con puntuaciones de dolor en el trabajo de parto. (105,107,108)

Además de que la educación prenatal puede ayudar a los futuros padres a afrontar el miedo al parto y mejorar su experiencia del parto, los investigadores encontraron beneficios adicionales para la adaptación al embarazo y el posparto en los grupos de apoyo educativos y de asesoramiento. (109) Schachman et al. compararon un curso tradicional de educación sobre el parto de 3 horas y 4 semanas de duración con un curso experimental en el que las futuras madres, que eran esposas militares de la Fuerza Aérea, recibieron el mismo curso tradicional con 1 hora agregada a la clase cada semana que incluía contenido y asesoramiento diseñado para facilitar la adaptación del rol materno. Utilizando el Cuestionario de Autoevaluación Prenatal de Lederman, se encontraron diferencias significativas en los resultados entre los dos grupos, tanto prenatal como



posnatalmente. El grupo de asesoramiento experimental con contenido añadido de asesoramiento sobre el rol materno, en comparación con el grupo tradicional, obtuvo una puntuación total significativamente más alta en la escala del cuestionario prenatal y puntuaciones más altas en las escalas que indicaban que se sentían más preparados y menos ansiosos por el parto, y también menos ansiosas sobre los miedos al dolor, impotencia y pérdida de control durante el parto, así como preocupaciones sobre el bienestar propio y del feto durante el parto. Asimismo, en el posparto, el grupo experimental obtuvo una puntuación total más alta en la escala del cuestionario y puntuaciones más altas en la escala de adaptación en satisfacción sobre el parto y la maternidad.

La preparación para el parto puede incluir preparación para la asistencia de personas de apoyo durante el parto, generalmente la pareja, pero puede incluir otros familiares, o profesionales de salud. Como ejemplifican los siguientes estudios de diferentes países, en un entorno tailandés, las mujeres que recibieron apoyo de un pariente cercano tuvieron una duración significativamente más corta del trabajo de parto activo y estaban más satisfechas con sus experiencias de parto que aquellas del grupo de control. (110) Otro grupo de estudio de mujeres que recibieron apoyo durante el parto por parte de médicos y enfermeras informaron menos miedo al parto durante las fases activa y de transición del parto, mayor apoyo y control percibidos durante el parto, menores puntuaciones de dolor durante la transición y un período de parto más corto que el grupo de control. (111) En Finlandia, las mujeres nulíparas con miedo intenso al parto que participaron en un grupo de psicoeducación dirigida tuvieron una experiencia de parto con menos miedo, una mejor adaptación materna y menos síntomas depresivos posparto, en comparación con el grupo de atención convencional.



(112) En China, una intervención educativa basada en la teoría de la autoeficacia de Bandura fue eficaz para promover la autoeficacia de las mujeres embarazadas para el parto y reducir el dolor y la ansiedad percibidos durante el parto. (113) En Turquía, el entrenamiento de técnicas de respiración en la fase latente del parto fue un método eficaz para reducir la ansiedad durante el parto y la duración del mismo. (114) Un manual educativo elaborado para acompañantes de parto en Brasil mostró que el grupo de intervención recibió un mayor número de acciones de apoyo y tuvo mayor satisfacción con los puntajes del parto. (115)

Por otra parte, las multigrávidas tienen una amplia gama de métodos para prepararse para los rigores físicos y emocionales del parto, a diferencia de las primigrávidas, reflejados en los recuerdos de experiencias de embarazos anteriores.

Preocupación por el bienestar propio y del bebé: Este factor psicosocial está presente durante todo el embarazo hasta incluso el posparto. La embarazada desde un inicio se preocupa por el bienestar del bebé, y su propio bienestar debido a que tiene miedo del desenlace fatal como la mortalidad materna, también la gestante se preocupa por las enfermedades que podría tener el bebé o por la muerte del bebé durante el parto, por lo cual, la ansiedad materna aumenta.

El bienestar general que tiene la gestante es fundamental a fin de prepararse para el parto. El bienestar se caracteriza por el afecto positivo, la autoestima y la satisfacción con la vida. (116) Si es bajo, el bienestar materno prenatal puede tener resultados físicos y psicológicos negativos.

Los aspectos positivos del bienestar durante el período prenatal benefician a la madre y al feto y afectan los resultados del parto. Los bajos niveles de afecto



positivo, autoestima y satisfacción con la vida, así como altos niveles de depresión, ansiedad y estrés, caracterizan el pobre bienestar materno.

Las primigrávidas, en comparación con las multigrávidas, tienden a preocuparse más por el bienestar de ellas mismas y de sus bebés durante el embarazo y el parto, por estar preparadas para el parto y por la pérdida de control, el dolor y la impotencia durante el parto. (117)

2.2.3 Depresión durante el embarazo

Según el DSM-V y la OMS, la depresión se describe como un trastorno mental prevalente caracterizado por la pérdida de interés, sentimientos de tristeza, baja autoestima, posibles alteraciones con el sueño o el apetito, dificultad para concentrarse, sensación persistente de fatiga, entre otros síntomas. (118)

El cuidado de la salud mental de la gestante sigue siendo un aspecto descuidado de la medicina obstétrica. Las mujeres son más propensas a desarrollar depresión durante el embarazo que en otros momentos de sus vidas, probablemente debido a su estado hormonal alterado. Investigaciones longitudinales prospectivas demostraron que la gestación no actúa como factor protector contra episodios nuevos de depresión ni contra recaídas en embarazadas que ya padecían depresión. (119,120)

De esta forma, la depresión perinatal surge como un tema de interés descrito como la aparición de episodios depresivos mayores o menores en el transcurso del embarazo y/o durante el primer año posparto. En el DSM-5, la depresión perinatal se clasifica en la categoría de trastorno depresivo mayor con



la condición de que el cuadro clínico debe presentarse durante el embarazo o en el transcurso del primer mes posterior al parto. (121)

Epidemiología: Se considera que la depresión es la segunda causa de incapacidad en las mujeres y la enfermedad más prevalente durante la gestación y el periodo posparto. Hasta el 70% de las gestantes reportan síntomas de depresión, y entre el 10% y el 16% cumplen los criterios de trastorno depresivo mayor. (118,122) Aproximadamente el 40 % de las mujeres tendrán su primer episodio de depresión durante el período posparto y aproximadamente el 33 % durante el embarazo. (123) Además, se ha registrado una prevalencia del 40,1% en Perú, 30,7% en México y 29% en América del Sur en las embarazadas, lo que demuestra la necesidad de abordar la depresión en el Perú y a nivel mundial. (124,125) Bennet et al. (126) desarrollaron un metanálisis, en el cual encontraron mayor prevalencia de síntomas depresivos en el segundo trimestre y el tercer trimestre de la gestación conformando un 25%, en comparación con el primer trimestre, donde el 7% de la población investigada padeció el cuadro clínico. Cabe resaltar que la epidemiología de los estudios mencionados se obtuvo de gestantes caracterizadas con riesgo obstétrico bajo que no buscaron atención por síntomas depresivos. (127,128)

Una revisión reciente estima que la prevalencia de la depresión durante el embarazo es más alta que en el primer año después del parto y que tanto la depresión posparto como la ansiedad posparto son a menudo una continuación de la sintomatología ya manifestada prenatalmente. (129,130) Las embarazadas que experimentan depresión prenatal presentan un 50% de probabilidades de sufrir depresión después del parto. Por otra parte, los trastornos psiquiátricos son



frecuentemente comórbidos, por ejemplo, la depresión a menudo es comórbida con la ansiedad. (131)

Factores de riesgo: Es importante tener presente que la depresión prenatal posee etiología multifactorial, por lo que, además de los cambios psicosociales y ambientales, es necesario tener en cuenta los cambios hormonales y neuroendocrinos de este periodo. Identificar los diversos factores de riesgo de esta afección ayudará a optimizar las diversas estrategias de prevención y tratamiento de la salud mental de la embarazada. (126)

Generalmente, se asume equivocadamente que durante la gestación la mujer no está expuesta a eventos o situaciones estresantes que amenazan su salud mental, o que estos estresores no afectan el desarrollo fetal. En consecuencia, el control prenatal se enfoca principalmente en la prevención de complicaciones fetales, descuidando el bienestar mental de la embarazada. De acuerdo al estudio realizado por Woods et al. en la Universidad de Washington, que evaluó a 1.522 embarazadas, el 78% reportó experimentar algún nivel de estrés, mientras que el 6% un elevado nivel de estrés. (132)

Los factores de riesgo de depresión prenatal se dividen en factores biológicos y psicosociales e incluyen desde el historial previo o familiares con trastorno depresivo mayor y trastorno disfórico premenstrual hasta antecedente de violencia sexual, edad precoz al embarazarse, falta de apoyo social, inadecuada adaptación al embarazo, consumo de sustancias psicoactivas, carencia de apoyo económico y emocional de la pareja, violencia intrafamiliar y el miedo al parto. (133) En una revisión sistemática realizada por Lancaster et al., determinaron el estrés diario como factor de riesgo y en el cual se abarca eventos adversos de la



vida, la carencia de apoyo social y la violencia intrafamiliar. (134,135). Por otra parte, un investigación desarrollada por Lam et al. evidenció que los factores de riesgo con mayor transcendencia en las gestantes con depresión fueron el antecedente de aborto, gestación no planificada, bajo grado educativo de la embarazada en comparación a un mayor grado educativo de la pareja y el antecedente de violencia. (136)

La presentación de más de dos factores incrementa el riesgo de que la mujer presente depresión prenatal y sus manifestaciones clínicas tengan un impacto considerable en la vida de la embarazada. Sin embargo, factores que incluyan el antecedente de aborto, la violencia y la carencia de apoyo social son factores independientes, de lo cual la presentación de uno de estos durante la gestación, debe prevenir a los servidores de salud sobre un caso presunto de depresión durante el embarazo. (136)

Presentación clínica: La presentación clínica de la depresión durante el embarazo es semejante al cuadro clínico de la depresión que se presenta en otras etapas de la vida. A parte de los síntomas principales como estado de ánimo deprimido y/o disminución del interés o el placer por las actividades, la baja autoestima, la labilidad emocional, se presentan síntomas como angustia, irritabilidad y falta de concentración, y a estas manifestaciones clínicas se agregan otros como trastornos del sueño, del apetito y cansancio. (137) Algunos síntomas de la depresión se podrían atribuir o confundir con síntomas propios de la gestación lo cual dificultaría el diagnóstico de depresión prenatal, los cuales son astenia, labilidad emocional, irritabilidad y alteraciones del sueño. De esto se

desprende que lo recomendado es detectar los síntomas como anhedonia, la desesperanza y la ideación suicida. (137)

Además puede presentarse rabia, rechazo o ambivalencia con respecto a la gestación, de igual forma la embarazada puede sentir angustia por el rol de maternidad o sentirse culpable por pensar que no está coadyuvando al bienestar del bebé. (137)

La Asociación Americana de Psiquiatría, indica que para diagnosticar la depresión mayor se necesita que el cuadro clínico se prolongue por al menos dos semanas.

Diagnóstico: La depresión prenatal se diagnostica en base a los síntomas y signos clínicos establecidos por el DSM-V, al igual que en la población general. (138)

Figura 1.

Criterios diagnósticos de episodio depresivo mayor según el DSM-V

A	Durante un periodo de al menos 2 semanas, se presentan 5 (o más) de los siguientes síntomas y al menos 1 de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer
1	Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días
2	Disminución del interés o el placer por las actividades
3	Pérdida de peso sin hacer dieta o aumento de peso
4	Insomnio o hipersomnia casi todos los días
5	Agitación o retraso psicomotor casi todos los días
6	Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días
7	Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada
8	Disminución en la capacidad de concentrarse o tomar decisiones
9	Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas, intentos de suicidio o plan estructurado para llevarlo a cabo
B	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, lo laboral o en otras áreas importantes del funcionamiento.
C	No se puede atribuir el episodio a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (138)

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos recomienda realizar pruebas de detección de depresión a las pacientes al menos una vez durante el embarazo y el periodo posparto para garantizar un diagnóstico preciso, así como para proporcionar recursos adecuados para el tratamiento y atención de seguimiento. (139) Para identificar los síntomas más prevalentes de la depresión prenatal, se validaron y emplearon la escala de depresión posnatal de Edimburgo, la escala de depresión, ansiedad y estrés (los ítems de la subescala de depresión se centran en el mal humor, la desesperanza, la baja autoestima, la capacidad de sentir placer y la inercia) (140) y la escala de desesperanza de Beck, las cuales poseen resultados de gran especificidad e importancia clínica. (124)

El Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica (NICE) de Reino Unido recomienda, en función de las escalas señaladas, realizar dos preguntas para el tamizaje de depresión prenatal. (141,142)

Figura 2.

Preguntas sugeridas para el tamizaje de depresión prenatal

1. ¿Durante el último mes, se ha sentido triste, deprimida o sin esperanza?
 2. ¿Durante el último mes, ha sufrido de forma más o menos continua una pérdida de interés o del placer que le causaba realizar ciertas actividades?
- Formule las preguntas en cualquier momento de la entrevista, y de ser positiva alguna de las dos, preguntar a la paciente: ¿ha sentido que necesita o desea ayuda con este problema?

Fuente: Depresión en el embarazo. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2019 (141)

A las embarazadas que obtengan un resultado positivo para esta prueba de tamizaje de depresión prenatal, se les realizará la evaluación completa de su salud mental, enfocado en la depresión que probablemente esté padeciendo. Además se debe indagar por los factores de riesgo. (143)



Consecuencias de la depresión durante el embarazo: La depresión está asociada con un peor cumplimiento de los cuidados obstétricos, menor adherencia a los controles prenatales e incremento de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y tabaco. (144,145) También la depresión prenatal se ha asociado con múltiples complicaciones durante la gestación y en el posparto, ya que se aumenta el riesgo de hipertensión, preeclampsia y diabetes gestacional (146); en caso de las complicaciones en el posparto, aumenta el riesgo de parto prematuro (147), bajo peso al nacer, restricción del crecimiento fetal (148), alteración del neurodesarrollo fetal, apgar con puntuación baja y neonato con talla baja para la edad gestacional. (149,150,151) Se ha propuesto diferentes mecanismos para sustentar estas consecuencias, una hipótesis propone que la depresión no tratada genera la desregulación del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal y la producción de hormonas del estrés como el cortisol y las catecolaminas, que provocan hipoperfusión placentaria y las consiguientes complicaciones detalladas. (152) Esta hipótesis se ve respaldada aún mas por el hallazgo de que la depresión o la ansiedad materna se asocia con cambios epigenéticos en el glucocorticoide infantil gen receptor (Nr3c1), que conduce a una reactividad alterada del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal en el lactante. (153)

En la investigación desarrollada por la Universidad de Michigan, demostraron que las gestantes que padecieron depresión durante el embarazo y sus neonatos presentaban un incremento de corticotropina, disregulaciones en el patrón del sueño, irritabilidad, reducción de las expresiones faciales y mayor riesgo de apego inseguro y menor capacidad de respuesta materna hacia el bebé. (154)



Lartigue et al. (155), en su estudio estableció que los hijos de madres que presentaron depresión prenatal, exhibían conductas agresivas y alteración en el desarrollo cognitivo y motor.

2.2.4 Ansiedad durante el embarazo

La OMS define a la ansiedad como un problema de salud mental complejo caracterizado por palpitaciones, irritabilidad, disminución de horas de sueño, nerviosismo y tensión. Otros autores consideran que la ansiedad es una emoción humana que genera malestar físico o psicológico e, incluso, puede constituirse en una psicopatología. (156)

La ansiedad prenatal corresponde a la presencia de manifestaciones clínicas de ansiedad durante el embarazo, que dificultan la actividad diaria de la gestante y compromete su bienestar y el desarrollo del feto. (157,158)

Agregar que la ansiedad prenatal posee efectos a corto y largo plazo en la mujer y su hijo, que incluyen resultados perinatales adversos, alteración del vínculo madre e hijo y trastornos en el desarrollo emocional, cognitivo y conductual del niño. (159,160)

Epidemiología: Las estimaciones de prevalencia de la ansiedad durante el embarazo son del 15% al 25% y la prevalencia posparto; del 11% al 17%, de acuerdo a las revisiones sistemáticas. (157,161,162)

Algunos estudios sugieren tasas elevadas de ciertos trastornos de ansiedad prenatal, como el trastorno de ansiedad generalizada (8,5% - 9,5%), en comparación con las tasas de la población general (3,1%). (163) Con respecto a los trastornos de ansiedad, como fobias específicas, trastorno de ansiedad social,



trastorno de estrés postraumático (TEPT), trastorno de pánico y trastorno obsesivo compulsivo, se informó una prevalencia de 6% en embarazadas. (164)

Las gestantes tienden a ser más susceptibles a la ansiedad y los trastornos relacionados con la ansiedad en comparación con las pacientes posparto, y la ansiedad perinatal es un fuerte predictor de depresión perinatal. (165)

Factores de riesgo: Los factores de riesgo más fundamentales de la ansiedad prenatal, son los siguientes:

- Antecedente de ansiedad o depresión. (157,158)
- Embarazos con riesgo obstétrico alto, como hipertensión, diabetes gestacional o hiperemésis gravídica. (166)
- Eventos estresantes durante la gestación, por ejemplo, como dificultades en la transición a la maternidad. (167)
- Factores socioeconómicos, varias investigaciones indican que las embarazadas con nivel educativo e ingresos económicos bajos y con pareja inestable. (168)
- Ansiedad específica de la gestación, esta se relaciona con preocupaciones específicas sobre el embarazo. (169)

Asimismo, se ha demostrado que el estrés, sentirse inseguro o infeliz acerca del embarazo, la baja autoestima y el escaso apoyo social de la pareja y la familia son determinantes estadísticamente significativos de la ansiedad durante el embarazo. (170)

El Colegio Americano de Ginecólogos y Obstetras, nos añaden otros factores de riesgo específicos de la ansiedad en el período perinatal que incluyen



el antecedente de aborto espontáneo, embarazo ectópico, embarazo no planificado o no deseado, abuso infantil, violencia de pareja, trastornos del sueño, afrontamiento de adaptación al embarazo y rasgos de personalidad. (165)

Presentación clínica: La ansiedad prenatal es similar al trastorno de ansiedad generalizada en que los síntomas abarcan preocupación excesiva e incontrolable y se asocia con tres o más de los siguientes síntomas: inquietud o sensación de nerviosismo, fatigarse fácilmente, problemas para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular o trastornos del sueño; sin embargo, la ansiedad también puede manifestarse con preocupaciones del bienestar fetal, el proceso del parto, el bienestar materno y la mortalidad de la gestante y su bebé. (171,172)

Diagnóstico: Contamos con diferentes herramientas y estrategias para el tamizaje y diagnóstico de la ansiedad durante el embarazo:

- Escalas de ansiedad, se emplean para la investigación y la práctica clínica, entre las cuales tenemos a la escala de ansiedad estado-rasgo, la escala de ansiedad en el embarazo revisada (EPDS-R) y la escala de depresión, ansiedad y estrés (los ítems de la subescala de ansiedad se centran en la excitación fisiológica, la ansiedad situacional y los sentimientos de pánico y miedo). (172,140)
- Evaluación de la depresión, debido a que la ansiedad y la depresión generalmente son comórbidos en el periodo gestacional. (157,173)
- Evaluaciones periódicas en el transcurso de la gestación, en razón de identificar y abordar las variaciones en las manifestaciones clínicas de la ansiedad, y también es fundamental para el seguimiento. (174,169)



- Incorporar herramientas de evaluación en la atención prenatal, como escalas o cuestionarios y programas en la web que apoyen en la evaluación y el seguimiento de la ansiedad prenatal. (166)
- Identificar los factores de riesgo. (158,167)

Una de las limitaciones en el diagnóstico del ansiedad prenatal es que los síntomas físicos de la ansiedad, como fatiga, irritabilidad, dificultad para concentrarse, tensión e insomnio, pueden confundirse con efectos normales del embarazo y/o de la maternidad primeriza.

Además, los criterios del DSM-V para el trastorno de ansiedad generalizada especifican que los síntomas ocurren durante 6 meses, lo que puede no ser un período de tiempo apropiado para la ansiedad durante el embarazo, y se ha establecido que un mes es más apropiado. (175)

Consecuencias de la ansiedad durante el embarazo: La ansiedad durante la gestación se asocia con una negativa salud materna, resultados adversos en el parto y un desarrollo biológico y conductual nocivo para los niños a lo largo de su vida. Según la revisión sistemática y metanálisis sobre la “ansiedad materna durante el embarazo y su asociación con resultados perinatales adversos” realizado por Grigoriadis y colaboradores, la ansiedad durante el embarazo se relacionó con mayores probabilidades de parto prematuro, menor peso medio al nacer, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y circunferencia de la cabeza más pequeña. (163) Asimismo, se ha demostrado que la ansiedad durante el embarazo genera un vínculo inseguro entre la madre y el recién nacido y aumenta el riesgo de efectos transgeneracionales, como retrasos en el desarrollo,



reactividad emocional, dificultades con el rendimiento cognitivo, o problemas de conducta en la descendencia. (176)

Los trastornos perinatales del estado mental y de ansiedad se asocian con mayores riesgos de morbilidad materna e infantil. (175)

2.2.5 Estrés durante el embarazo

Para la OMS, el estrés se define como las respuestas fisiológicas y psicológicas del cuerpo frente a un estímulo estresor, el cual puede ser un objeto, persona o evento. Otros autores describen que el estrés involucra cualquier factor que actúa internamente o externamente, al cual es difícil adaptarse y altera el estado de equilibrio en la persona y su ambiente externo. (176)

Entre los eventos estresores intervienen factores moduladores, que incluyen el apoyo social, la historia de afrontamiento, la calidad de vida, y entre otras.

En caso del embarazo, se reconoce que es afectado por eventos estresantes de tipo psicosocial, que son inherentes o externos al embarazo mismo, los cuales pueden desencadenar la aparición de estrés prenatal. (177) También se contempla un estrés específico durante la etapa prenatal vinculado con preocupaciones de los síntomas físicos del embarazo, el bienestar del feto, el trabajo de parto, las relaciones interpersonales y el cuidado posterior del bebé. (156)

Tipos de estrés: Eustrés o estrés positivo, significa aquel estrés que ayuda a la gestante a la adaptación y la mantiene con mente abierta, creativa y prepara al cuerpo para una función óptima. Este tipo de estrés va acompañado de placer, alegría, bienestar y equilibrio. (176)



Distrés o estrés negativo, genera una sobrecarga de trabajo que no es asimilable para la embarazada, lo cual desencadena un desequilibrio fisiológico y psicológico que provoca alteración del bienestar materno y la aparición de enfermedades psicosomáticas. (176)

Tipos de estresores: En el estudio realizado por Flores se demuestra dos grandes eventos estresantes del embarazo: internos al embarazo y los externos al embarazo. (178)

Estresores Internos al embarazo, en este tipo de estresores se presentan los temores en relación a la salud física de la gestante, en relación con el recién nacido, y en relación con el proceso del parto: (178)

- Los temores relacionados con la salud física de la embarazada se asocian con el malestar físico, estar hospitalizada, las complicaciones obstétricas, una eventual cesárea o la muerte.
- Los temores relacionados con el recién nacido se asocian con la presencia de sufrimiento fetal, malformaciones congénitas fetales, alteraciones mentales en el bebé, ser hospitalizado, prematuridad o la muerte.
- Los temores relacionados con el parto se asocian a la pérdida del control durante el parto, dificultad para relajarse y no colaborar en el parto, sufrir excesivo dolor durante el parto, desgarrarse durante el parto, que el bebé tenga dificultades para pasar el canal vaginal y la muerte durante el parto.

Estresores externos al embarazo, en este tipo de estresores se presentan los estresores de tipo económico, los estresores relacionados con la familia, los estresores relacionados con la pareja y los estresores de tipo laboral o escolar.



- Los estresores de tipo económico se asocian con la preocupación por los problemas económicos generados a razón de la gestación, nivel socioeconómico medio o bajo y preocupación por los costos de hospitalización y el tratamiento.
- Los estresores relacionados con la familia se asocian con la preocupación de algún problema familiar y la actitud negativa de la familia frente al embarazo.
- Los estresores relacionados con la pareja se asocian con la preocupación por los problemas de pareja durante la gestación y percibir una actitud negativa de la pareja.
- Los estresores de tipo laboral o escolar se asocian con la preocupación del desempleo de la embarazada o de la pareja y preocupación por el trabajo excesivo que le espera a la embarazada.

Epidemiología: El embarazo requiere de una adaptación de la mujer en sus diferentes facetas de la vida, que está ligada de dudas e incertidumbre y puede generar un nivel alto de estrés en la embarazada. (179) Se aprecia que más del 25% de las gestantes experimentan estrés. (180)

Si se presentan niveles altos y persistentes de estrés prenatal, estos pueden generar un trastorno de salud mental como ansiedad o depresión. (181)

Factores de riesgo: El estrés prenatal puede derivar de factores psicosociales, tales como dificultades en la transición a la maternidad, tal como lo sustenta el autor Kuo en su investigación, demostrando que la inadecuada adaptación psicosocial se relaciona significativamente con el grado de estrés que sufren las embarazadas ($p < 0,05$). (182)



También entre otros factores psicosociales, se incluyen la respuesta emocional al embarazo, violencia doméstica, consumo de sustancias, complicaciones obstétricas y enfermedades psiquiátricas. (183)

Asimismo, otras investigaciones dilucidan que el estrés materno posee factores de riesgo relacionados a los cambios en el cuerpo, la identidad y las relaciones de la madre, junto con temores sobre el parto, la salud del niño y la proximidad de la maternidad. (184,185)

Presentación clínica: Según Ana Regueiro (186), el cuadro clínico del estrés está constituido por síntomas cognitivos (incapacidad para concentrarse, juicio pobre, pensamiento ansioso y preocupación constante), emocionales (cambios de humor, irritabilidad, incapacidad para relajarse, sensación de soledad y aislamiento), físicos (diarrea o estreñimiento, cefalea, náuseas y mareos) y conductuales (ser negligente en responsabilidades y consumir drogas para relajarse).

En base a otros estudios, se indican que el estrés prenatal está relacionado con un aumento de las manifestaciones de tristeza, frustración y miedo, así como con una disposición de reactividad emocional negativa. (187)

Consecuencias del estrés durante el embarazo: El estrés prenatal puede aumentar la probabilidad de la embarazada en presentar diabetes gestacional, preeclampsia e incluso que el feto presente alteraciones fetales. (188) Los estudios muestran asociaciones entre el estrés durante el embarazo y el riesgo de que la descendencia tenga mayores tasas de parto prematuro, bajo peso al nacer y ser pequeño para la edad gestacional. (189) Una revisión de la literatura realizada por Brunton reiteró que los niveles elevados de catecolaminas maternas



circulantes que se presentan durante el estrés prenatal, causan vasoconstricción de los vasos sanguíneos placentarios, lo cual disminuye la cantidad de sangre dirigida a la placenta y altera la proporción oxígeno y nutrientes recibidos por el feto, conllevando a las complicaciones posparto descritas. (190)

En una muestra estadounidense, se encontró que el estrés prenatal predecía mayores enfermedades respiratorias y gastrointestinales de los bebés, y una mayor frecuencia de atención de urgencia y visitas a la sala de emergencia. (191) Además, una sólida base de evidencia también muestra asociaciones con enfermedades durante la niñez, que incluyen atopia infantil y asma durante la infancia. (192)

La evidencia acumulada de asociaciones entre el estrés prenatal materno y una amplia gama de resultados de salud de la descendencia puede deberse a la alteración del ambiente intrauterino por el impacto potencialmente amplio de la programación fetal relacionado con el estrés en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) materno que afecta el sistema nervioso autónomo, el sistema inmunológico y el eje HPA del bebé. (179)



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1 Tipo de investigación

OBSERVACIONAL: Dado que en esta investigación, no se manipulan las variables.

3.1.2 Diseño de investigación

NO EXPERIMENTAL: Debido a que se observa, y no se manipulan las variables, y la población de estudio ya es parte de un grupo.

ANALÍTICO: El estudio determinó el grado de asociación entre las variables propuestas.

TRANSVERSAL: Los datos se tomaron en una sola medición a través de encuestas.

PROSPECTIVO: Ya que las encuestas se aplicaron a medida que las gestantes asistieron al consultorio externo de Obstetricia.

3.1.3 Método de investigación

CUANTITATIVO: En la investigación se recolectaron los datos a través de las encuestas, y se cuantificaron las relaciones de las variables por medio de análisis estadísticos.



3.2 POBLACIÓN

3.2.1 Población

Está constituida por 150 gestantes adultas, quienes asistieron al consultorio externo de Obstetricia en el HRMNB de Puno, en el periodo de abril a junio de 2024. De la población del estudio, 12 gestantes tenían datos incompletos en los cuestionarios por lo que se excluyeron, y se obtuvo un total de 138 gestantes encuestadas que cumplieron tanto los criterios de inclusión como los de exclusión.

Además de acuerdo a la “Programación mensual de metas físicas 2023 – Salud Materno Neonatal” del HRMNB, nos informan que se realizaron aproximadamente 1726 atenciones prenatales reenfocadas de embarazadas en consulta externa durante el año 2023 (ver anexo 8). Por lo cual, si obtenemos el porcentaje de la población del presente estudio en relación al total de las atenciones prenatales reenfocadas de embarazadas, entonces la población representaría el 10% aproximadamente. Este porcentaje se interpreta como una referencia al año 2023.

3.2.2 Criterios de inclusión

- Gestantes adultas, con edades comprendidas desde 25 hasta 35 años.
- Gestantes que aceptaron participar en el estudio con consentimiento informado.

3.2.3 Criterios de exclusión

- Gestantes con complicaciones.
- Gestantes con trastornos mentales.
- Gestantes con antecedente de producto con malformación congénita.



- Gestantes con retraso mental.
- Gestantes analfabetas.
- Gestantes que no aceptaron formar parte de la investigación

3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1 Técnica de recolección de datos

Los datos se recolectaron por medio de encuestas elaboradas a embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia, y también respondieron los factores epidemiológicos correspondientes (ver anexo 3). Asimismo se utilizó el consentimiento informado para que la gestante participe de forma voluntaria.

3.3.2 Instrumentos

Cuestionario de Autoevaluación prenatal (PSQ) de 30 ítems: El cual fue revisado y validado para su uso en Perú en la Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, quien determinó la conformación de dicho instrumento en cinco dimensiones: Identificación con el rol materno, preocupación por el bienestar propio y del bebé, preparación para el parto, relación de la gestante con su madre y relación con la pareja (22), para medir los treinta ítems del PSQ se utiliza una escala Likert con cuatro posibles respuestas que va desde “nada” a “mucho” y los resultados se califican en adaptación, desadaptación e inadaptación.

Además las respuestas de la escala de Likert tienen un puntaje correspondiente:

- Mucho = 4 puntos
- Con frecuencia = 3 puntos



- Solo un poco = 2 puntos
- Nada = 1 punto

Los cuales se suman de acuerdo a la respuesta elegida por la participante en los 30 ítems, obteniendo los siguientes resultados:

- Inadaptación: 30 – 52 puntos
- Desadaptación: 53 – 97 puntos
- Adaptación: 98 -120 puntos

Asimismo, de acuerdo al puntaje obtenido en cada una de las dimensiones se puede asignar el nivel de adaptación para cada dimensión, de la siguiente forma:

Tabla 1.

Valoración de las dimensiones de la adaptación psicosocial en base al PSQ

Dimensiones	Ítems	Número de ítems	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Identificación con el rol materno	1,14,24,25,26,27,28,29	8	8 – 13	14 - 26	27 - 32
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	4,10,13,15,17,30	6	6 - 10	11 - 19	20 - 24
Preparación para el parto	2,6,7,18,20,21,22,23	8	8 - 13	14 - 26	27 - 32
Relación con la madre	3,8,11,16	4	4 - 6	7 - 13	14 - 16
Relación con la pareja	5,9,12,19	4	4 - 6	7 - 13	14 - 16

Fuente: Elaboración propia

El Instrumento PSQ con las instrucciones y la conformación de los 30 ítems (ver anexo 4), se aplicó en las gestantes de la presente investigación. Y para reconocer los ítems o afirmaciones correspondientes a cada dimensión se empleó



el anexo 5, el cual nos ayuda a diferenciar las cinco dimensiones con sus respectivas afirmaciones.

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21): El DASS-21 es una escala de autoinforme validada con tres subescalas diseñadas para discriminar entre depresión, ansiedad y estrés, en el último mes. El DASS-21 fue elegido como instrumento de salud mental general porque diferencia entre depresión, ansiedad y estrés, es breve y sencillo de completar y es una herramienta clave utilizada en la investigación, la práctica general y los servicios de salud mental. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el mal humor, la desesperanza, la baja autoestima, la capacidad de sentir placer y la inercia. Los ítems de la subescala de ansiedad se centran en la excitación fisiológica, la ansiedad situacional y los sentimientos de pánico y miedo. Los ítems de la subescala de estrés se centran en la dificultad para relajarse, la impaciencia, la irritabilidad y la excitación crónica no específica. (140)

El DASS-21 excluye elementos somáticos como alteraciones del sueño, falta de energía y falta de concentración, que pueden no ser marcadores válidos durante el embarazo o el periodo postparto. Cada subescala incluye siete ítems, la respuesta de cada ítem se califica en una escala de Likert de cuatro puntos que va desde “no me ha ocurrido” hasta “me ha ocurrido mucho”. Las puntuaciones se calculan para cada subescala y las puntuaciones más altas indican más síntomas de depresión, ansiedad o estrés (193), como se detalla a continuación:

Tabla 2.

Valoración de la depresión, ansiedad y estrés según el DASS-21

Trastorno mental	Ítems	Valoración de gravedad
Depresión	3,5,10,13,16,17,21	Ausencia: 0 - 4 Leve: 5 - 6 Moderada: 7 - 10 Severa: 11 - 13 Extremadamente severa: 14 - 21
Ansiedad	2,4,7,9,15,19,20	Ausencia: 0 - 3 Leve: 4 Moderada: 5 - 7 Severa: 8 - 9 Extremadamente severa: 10 - 21
Estrés	1,6,8,11,12,14,18	Ausencia: 0 - 7 Leve: 8 - 9 Moderada: 10 - 12 Severa: 13 - 16 Extremadamente severa: 17 - 21

Fuente: Elaboración propia

La escala DASS-21 con las indicaciones y la conformación de los 21 ítems (ver anexo 6), se utilizó en las embarazadas del presente estudio. Y para reconocer los ítems o afirmaciones correspondientes a cada subescala de depresión, ansiedad y estrés se empleó el anexo 7, el cual nos ayuda a diferenciar los tres trastornos mentales con sus respectivas afirmaciones.

3.3.3 Validación de instrumentos

Cuestionario de Autoevaluación prenatal (PSQ): Artica J. (2019) realizó un estudio cuyo finalidad fue adaptar y validar el Cuestionario de Autoevaluación Prenatal en una población constituida por 790 embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, además es relevante mencionar que esta investigación está publicada en la Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. Se produjo evidencia de validez en cuanto al contenido y a la estructura



interna del cuestionario; respecto a lo primero, se empleó la V de Aiken y los intervalos de confianza, hallando 69 preguntas del instrumento con IC superiores a .75, lo cual indica aprobación de los jueces expertos sobre la trascendencia de las preguntas.

El análisis factorial exploratorio se realizó para el análisis de la estructura interna y se descubrió que el KMO era de .97; $\chi^2(45) = 49430.3$, $p < .001$; después, se realizó un análisis factorial confirmatorio para comparar el modelo teórico propuesto por la autora con el modelo que resultó del análisis factorial exploratorio, el cual sugería cinco dimensiones. En su versión de treinta ítems del PSQ, se observó un mejor ajuste en el modelo de cinco dimensiones con los siguientes valores $\chi^2 = 787.75$, $\chi^2/df = 1.99$, CFI = .979, RMSEA = .035 [.032-.039], SRMR = .038, AIC = 927.75. Para cada una de las cinco dimensiones, se calcularon los coeficientes de confiabilidad y se encontró valores superiores a 0.92, los cuales son aceptables. Se ha llegado a la conclusión de que el instrumento producido, en función de un modelo multidimensional de cinco elementos, posee propiedades psicométricas adecuadas en términos de validez y confiabilidad, por lo que es aceptable su uso como instrumento para averiguar aspectos psicosociales asociados con la adaptación al embarazo. (22)

Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Rodríguez P. y colaboradores (2018) en su investigación sobre la relación entre apoyo social, depresión, estrés y ansiedad durante la gestación en una población de México, demostró un análisis de confiabilidad con un nivel alto para la DASS-21 aplicado en 227 mujeres embarazadas, donde la escala general de DASS-21 determinó $\alpha = .921$, $p = .05$, la depresión demostró $\alpha = .836$, $p = .05$, ansiedad $\alpha = .738$, $p = .05$



y estrés $\alpha = .862$, $p = .05$. Asimismo, los valores de validez de constructo de ansiedad ($r = .50$; $p = .000$), depresión ($r = -.61$; $p = .000$) y estrés ($r = .62$; $p = .000$) son altas. Lo cual demuestra que la DASS-21 es un instrumento válido y confiable para determinar los niveles de depresión, ansiedad y estrés en mujeres embarazadas. (194)

Polo R. (2017) desarrolló un estudio titulado “Propiedades psicométricas de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en estudiantes universitarios de Chimbote”, para determinar las propiedades psicométricas de la DASS-21, en una población de 593 estudiantes universitarios en Chimbote, Perú. Se empleó el análisis factorial confirmatorio para el análisis estructural de la DASS-21, que evidenció la validez del constructo (GFI= .87, CFI= .88 y RMSEA= .08). Por otra parte la consistencia interna de la DASS-21 resultó con un Alpha de Cronbach de .84 para la depresión y .83 para la ansiedad y estrés, lo que se considera muy apropiado. De lo anterior, se concluye que la DASS-21 presenta adecuadas propiedades psicométricas respecto a su validez y confiabilidad. (192)

3.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para recolectar los datos necesarios para el estudio, se tuvo que coordinar y solicitar la autorización al director del HRMNB de Puno (ver anexo 1), y al obtener dicha autorización se emprendió con la aplicación de la investigación. Realizando las encuestas en el consultorio externo de Obstetricia, antes o después de que la gestante haya efectuado su consulta. Los cuestionarios PSQ y DASS-21 demandaron de 10 a 15 minutos en contestar por cada gestante.



3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento de los datos recolectados se desarrolló una base de datos en Excel, y mediante el software SPSS – 25, teniendo en cuenta la operacionalización de variables y objetivos, se indentificó la prevalencia de cada variable del estudio. Y consecutivamente se determinó la relación entre las variables, considerando un nivel de significancia estadística ($p < 0.05$) y un intervalo de confianza (IC 95%).

Se utilizó la prueba estadística correlación Tau C de Kendall para asociar las variables, ya que es una prueba no paramétrica utilizada para medir la asociación de dos variables cualitativas de tipo ordinal y ambas variables difieren la cantidad de criterios de valoración; en caso de la investigación tanto la variable adaptación (posee 3 criterios de valoración) como las variables ansiedad, estrés y depresión (cada una posee 5 criterios de valoración) son variables cualitativas de tipo ordinal.

Posteriormente los resultados fueron representados en tablas y gráficos.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 3.

Operacionalización de variables

Variables		Indicadores	Criterios de valoración	Escala de medición
Variables intervinientes	Factores epidemiológicos	Edad	Años	De razón
		Trimestre de gestación	I Trimestre II Trimestre III Trimestre	Nominal politómico
		Paridad	Primigrávida Multigrávida	Nominal dicotómico
Variable independiente	Adaptación psicosocial al embarazo	Nivel de adaptación	Inadaptación Desadaptación Adaptación	Ordinal politómico
Variables dependientes	Depresión	Grado de severidad	Ausencia Moderada Leve Severa Extremadamente severa	Ordinal politómico
	Ansiedad	Grado de severidad	Ausencia Leve Moderada Severa Extremadamente severa	Ordinal politómico
	Estrés	Grado de severidad	Ausencia Leve Moderada Severa Extremadamente severa	Ordinal politómico

Fuente: Elaboración propia

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

La investigación actual fue evaluada y aprobada por la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón; asimismo de acuerdo al código de ética se cumplió con los principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia; además se empleó el consentimiento informado (ver anexo 2).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Tabla 4.

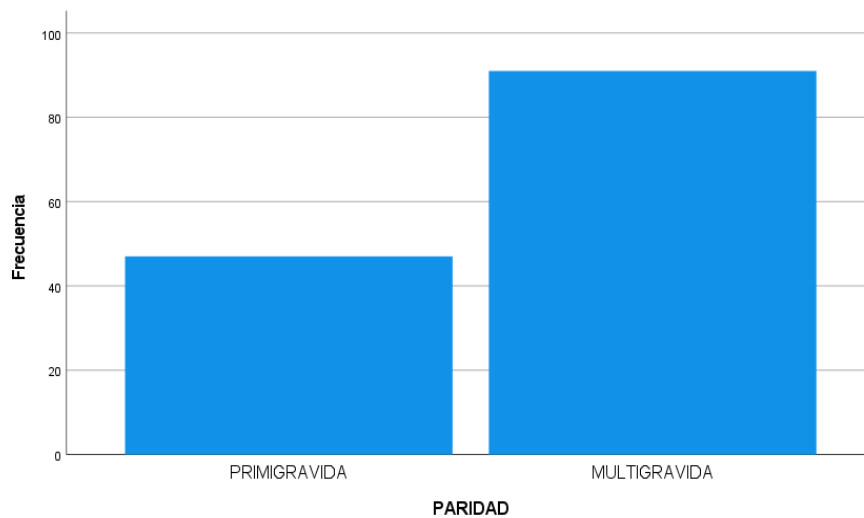
Factores epidemiológicos de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.

FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS		Nº	%
PARIDAD	Primigrávida	47	34,1%
	Multigrávida	91	65,9%
	Total	138	100,0%
TRIMESTRE DE GESTACIÓN	I Trimestre	16	11,6%
	II Trimestre	44	31,9%
	III Trimestre	78	56,5%
	Total	138	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 3.

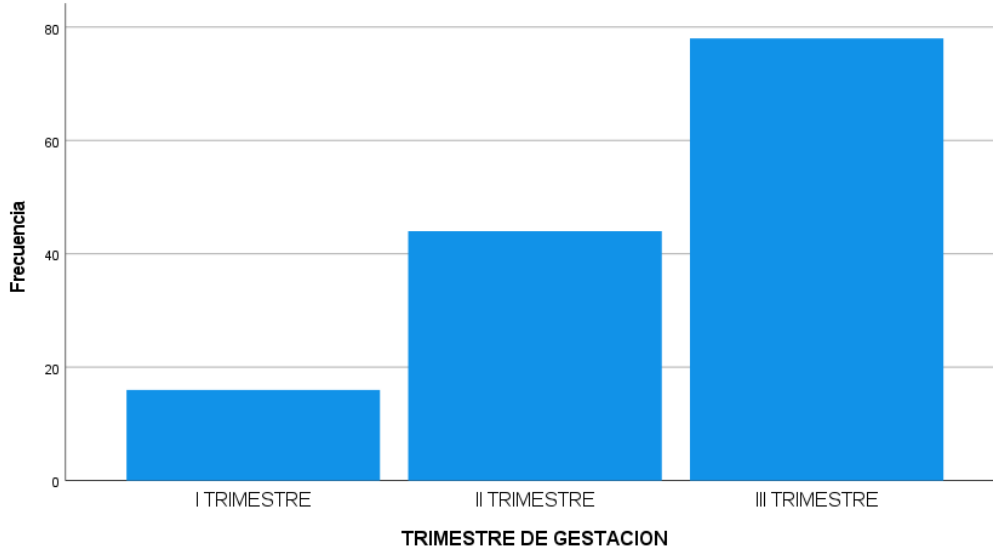
Gráfico de barras de paridad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Figura 4.

Gráfico de barras del trimestre de gestación de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Según la tabla 4 y las figuras 3 y 4 del total de gestantes atendidas en el consultorio externo de Obstetricia (n=138) respecto a la gravidez, el 65,9% (n=91) son multigrávidas; el 34,1% (n=47) son primigrávidas y de acuerdo al trimestre de gestación, el 56,5% (n=78) pertenecieron al III trimestre, el 31,9% (n=44) cursaban en el II trimestre y el restante 11,6% (n=16) de gestantes estaba en el I trimestre.

Tabla 5.

Edad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.

	Media	Mediana	Error Estándar	IC Mínimo	IC Máximo
Edad (años)	27,88	28,00	0,33	27,23	28,52

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Del 100% (n=138) de las gestantes estudiadas, presentaron una media de 27,88 años, una mediana de 28 años, un intervalo de confianza mínimo de 27,23 años y un valor de IC máximo de 28,52 años, con un error estándar de 0,33.

Tabla 6.

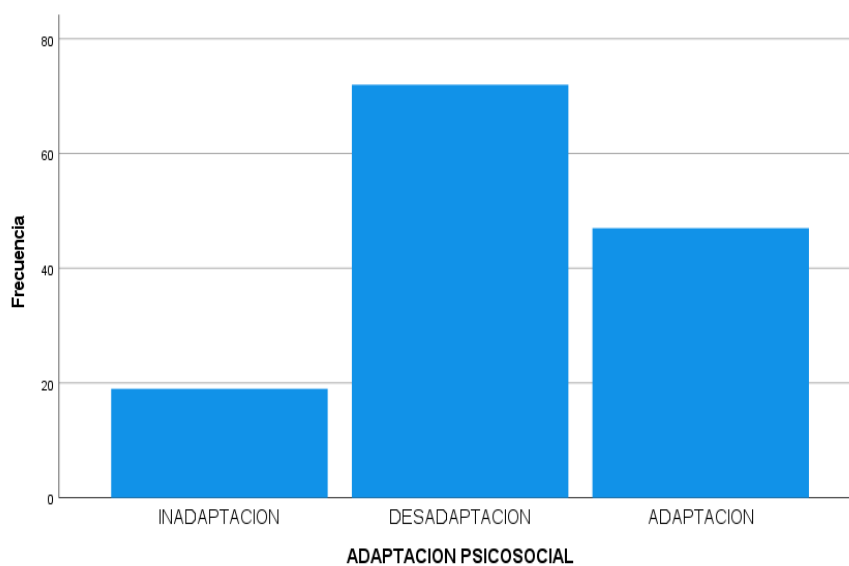
Adaptación psicosocial de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.

		N°	%
ADAPTACIÓN PSICOSOCIAL	Inadaptación	19	31,8%
	Desadaptación	72	52,2%
	Adaptación	47	34,1%
	Total	138	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Figura 5.

Gráfico de barras de la adaptación psicosocial de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Según la tabla 6 y la figura 5 del total de pacientes estudiadas (n=138) en cuanto a la adaptación psicosocial, el 52,2% (n=72) mostraron desadaptación; el 34,1% (n=47) tienen adaptación psicosocial y el restante 31,8% (n=19) presentaron inadaptación.

Tabla 7.

Niveles de adaptación de las dimensiones de adaptación psicosocial de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.

	NIVEL DE ADAPTACIÓN	N°	%
IDENTIFICACIÓN CON EL ROL MATERNO	Bajo	19	13,8%
	Medio	21	15,2%
	Alto	98	71,0%
	Total	138	100,0%
PREOCUPACIÓN POR EL BIENESTAR PROPIO Y DEL BEBÉ	Bajo	81	58,7%
	Medio	49	35,5%
	Alto	8	5,8%
	Total	138	100,0%
PREPARACIÓN PARA EL PARTO	Bajo	17	12,3%
	Medio	86	62,3%
	Alto	35	25,4%
	Total	138	100,0%
CALIDAD DE RELACIÓN CON LA MADRE	Bajo	25	18,1%
	Medio	21	15,2%
	Alto	92	66,7%
	Total	138	100,0%
CALIDAD DE RELACIÓN CON LA PAREJA	Bajo	14	10,1%
	Medio	37	26,8%
	Alto	87	63,1%
	Total	138	100,0%

Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Según la tabla 7, de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia (n=138) en relación a los niveles de adaptación psicosocial: respecto a la

identificación con el rol materno, el 71,0% (n=98) tienen un nivel alto; el 15,2% (n=21) presentan un nivel medio y el 13,8% (n=19) tienen un nivel bajo; en tanto, la preocupación por el bienestar propio y del bebé, el 58,7% (n=81) tienen un nivel bajo; el 35,5% (n=49) presentan un nivel medio y el 5,8% (n=8) muestran un nivel alto; con respecto a la preparación de las gestantes para el parto, el 62,3% (n=86) tienen un nivel medio; el 25,4% (n=35) exhiben un nivel alto y el 12,3% (n=17) presentan un nivel bajo; en cuanto a la calidad de relación con la madre, el 66,7% (n=92) tienen un nivel alto; el 18,1% (n=25) mostraron un nivel bajo y el 15,2% (n=21) presentan un nivel medio; concerniente a la calidad de relación con la pareja, el 63,1% (n=87) tienen un nivel alto; el 26,8% (n=37) presentan un nivel medio y el 10,1% (n=14) corresponden a un nivel bajo.

Tabla 8.

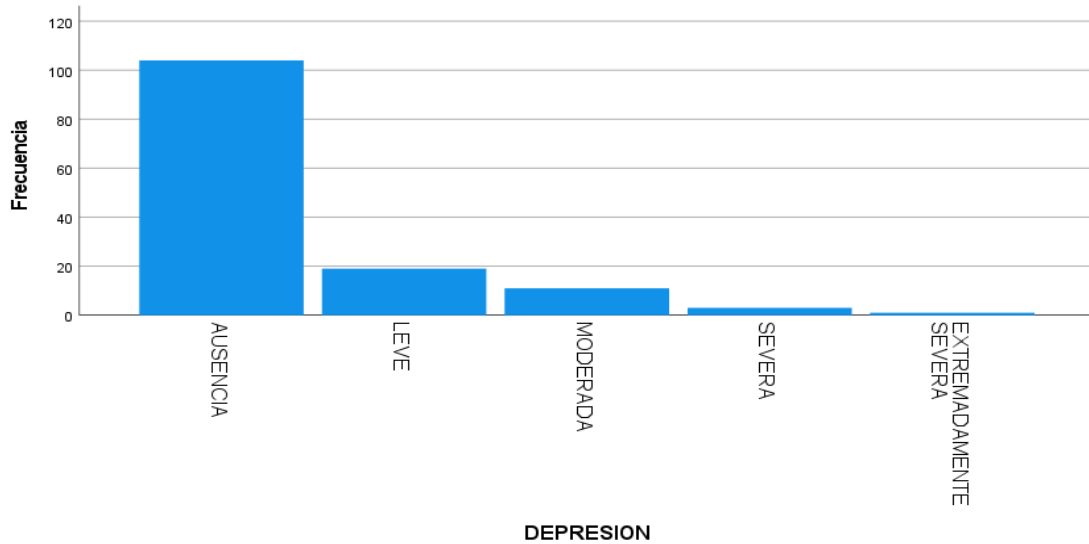
Trastornos mentales de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.

	GRADO DE SEVERIDAD	N°	%
DEPRESIÓN	Ausencia	104	75,4%
	Leve	19	13,8%
	Moderada	11	8,0%
	Severa	3	2,2%
	Extremadamente severa	1	0,6%
	Total	138	100%
ANSIEDAD	Ausencia	84	60,9%
	Leve	17	12,3%
	Moderada	23	16,7%
	Severa	8	5,8%
	Extremadamente severa	6	4,3%
	Total	138	100%
ESTRÉS	Ausencia	102	73,9%
	Leve	16	11,6%
	Moderada	10	7,2%
	Severa	7	5,1%
	Extremadamente severa	3	2,2%
	Total	138	100%

Fuente: Elaboración propia

Figura 6.

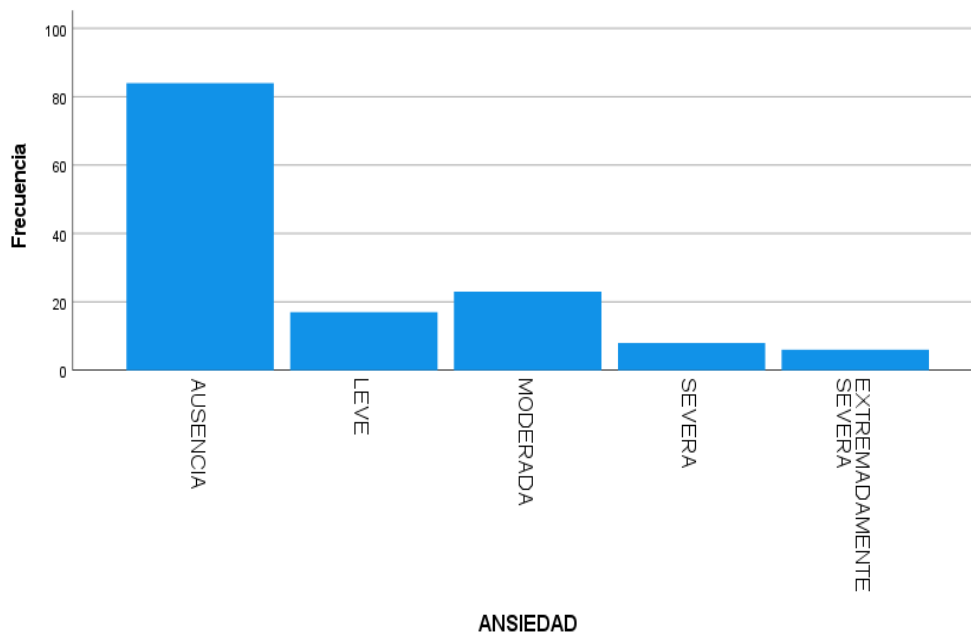
Gráfico de barras de depresión de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Figura 7.

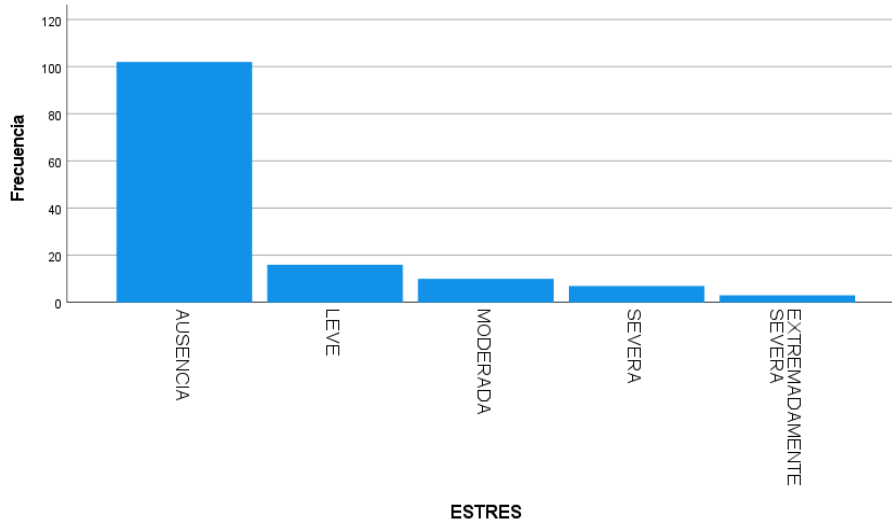
Gráfico de barras de ansiedad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Figura 8.

Gráfico de barras de estrés de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Según la tabla 8 y las figuras 6, 7 y 8 del total de gestantes atendidas en el consultorio externo de Obstetricia (n=138) respecto a la depresión, el 13,8% (n=19) presentan un cuadro leve; el 8% (n=11) tienen un cuadro moderado y el restante 2,8% (n=4) entre severo y extremadamente severo, sumando un 24,6% (n=34) de gestantes que padecen de depresión. En cuanto a la ansiedad, el 16,7% (n=23) presentan un cuadro moderado; el 12,3% (n=17) tienen un cuadro leve y el restante 10,1% (n=14) entre severo y extremadamente severo, sumando un 39,1% (n=54) de gestantes que sufren de ansiedad. En tanto, respecto al estrés, el 11,6% (n=16) presentaron un cuadro leve; el 7,2% (n=10) tienen un cuadro moderado y el restante 7,3% (n=10) entre un cuadro severo y extremadamente severo, sumando un 26.1% (n=36) de gestantes que se ven afectadas por el estrés.

Tabla 9.

Tau C de Kendall para la adaptación psicosocial y el grado de severidad de depresión de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.

Depresión	Adaptación psicosocial				Tau C de Kendall	
	Inadaptación	Desadaptación	Adaptación	Total	Valor	p-valor
Ausencia	16	43	45	104	-0.474	0,001
Leve	0	17	2	19		
Moderada	0	11	0	11		
Severa	2	1	0	3		
E. Severa	1	0	0	1		
Total	19	72	47	138		

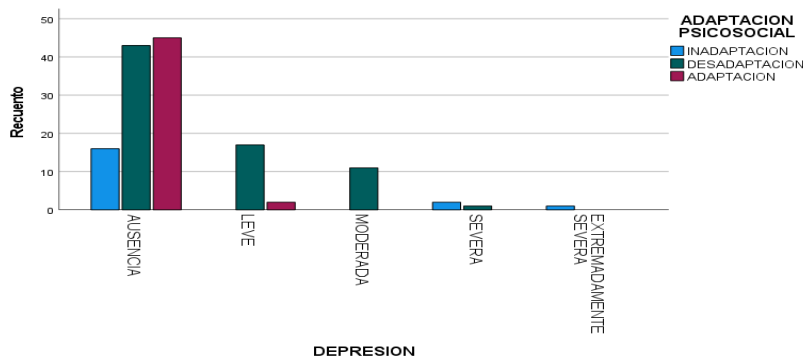
Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Según la tabla 9, mediante la prueba no paramétrica Tau C de Kendall para determinar la relación de la adaptación psicosocial y depresión, se obtuvo un valor de -0.474 con p-valor de 0,001 el cual es inferior al nivel de significancia; por lo tanto, se interpreta que hay una asociación inversa moderada entre ambas variables de estudio.

Figura 9.

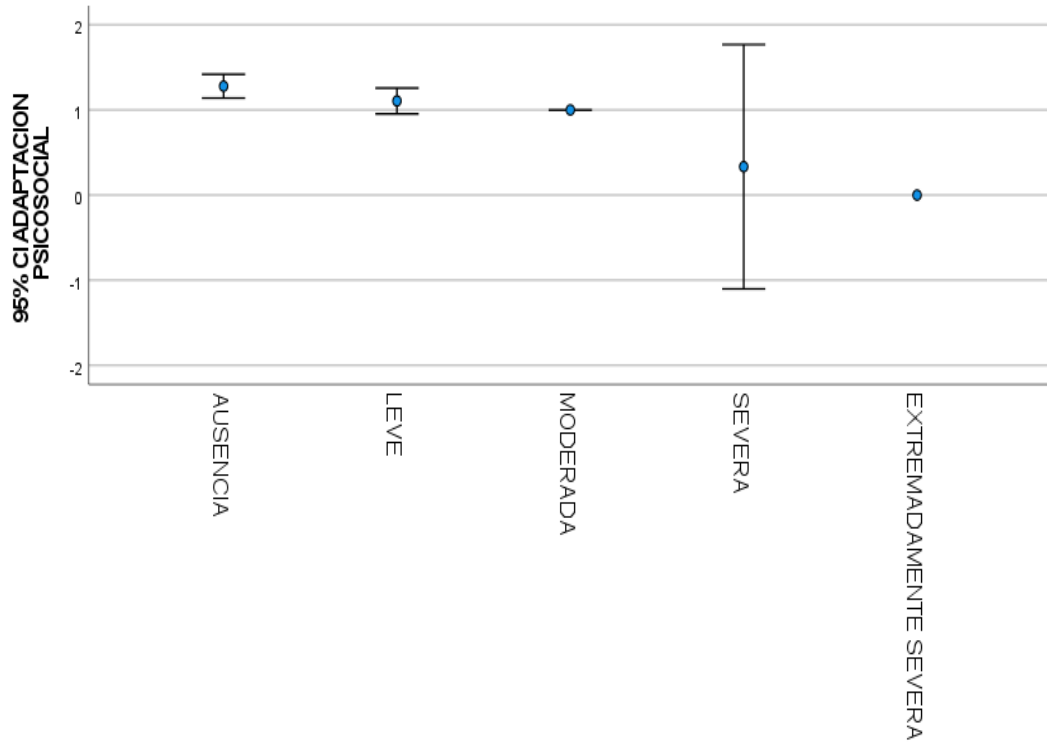
Gráfico de barras de la adaptación psicosocial y del grado de depresión de las embarazadas atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Figura 10.

Barras de error de la adaptación psicosocial y del grado de depresión de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En las figuras 9 y 10 se muestra el gráfico de barras y las barras de error respectivamente, de la adaptación psicosocial respecto a la gravedad de la depresión, donde se observa que a menor adaptación existe mayor gravedad de depresión, siendo una relación inversa.

Tabla 10.

Tau C de Kendall para la adaptación psicosocial y el grado de severidad de ansiedad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.

Ansiedad	Adaptación psicosocial			Total	Tau C de Kendall	
	Inadaptación	Desadaptación	Adaptación		Valor	p-valor
Ausencia	8	32	44	84	-0.622	0,000
Leve	0	14	3	17		
Moderada	0	23	0	23		
Severa	6	2	0	8		
E. Severa	5	1	0	6		
Total	19	72	47	138		

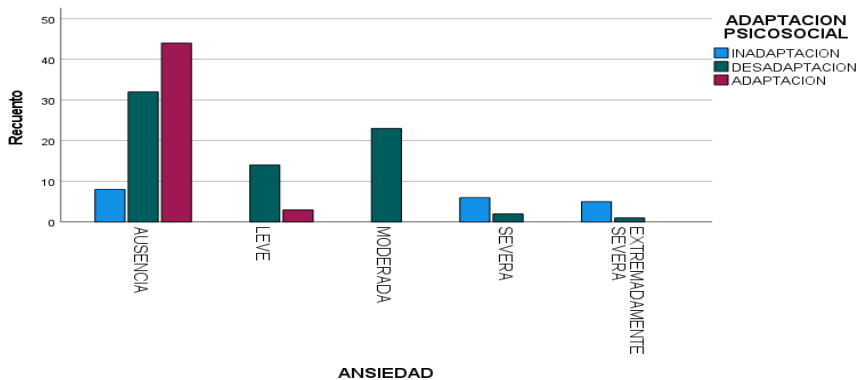
Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 10, al aplicar la prueba no paramétrica Tau C de Kendall para determinar la relación de la adaptación psicosocial y la ansiedad, se obtuvo un valor de -0.622 con p-valor de 0,000 el cual es inferior al nivel de significancia; por lo tanto, se interpreta que hay una asociación inversa alta entre ambas variables de estudio.

Figura 11.

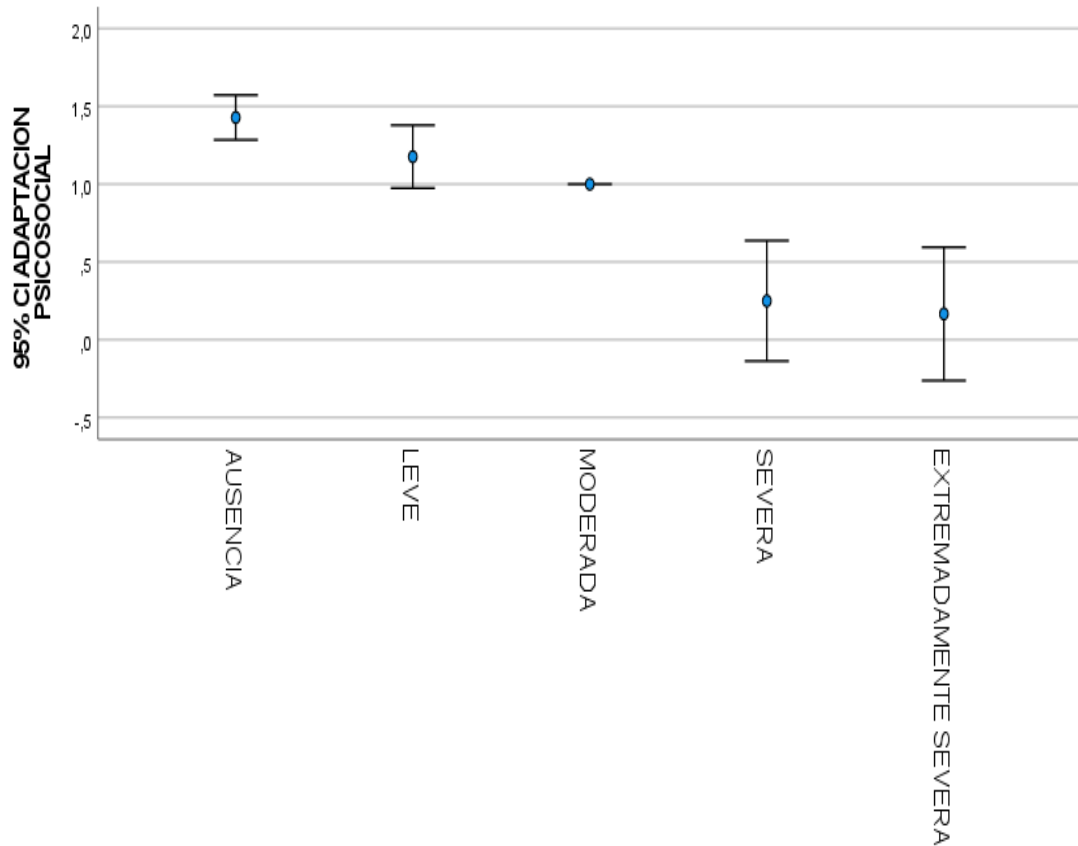
Gráfico de barras de la adaptación psicosocial y del grado de ansiedad de las embarazadas atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Figura 12.

Barras de error de la adaptación psicosocial y del grado de ansiedad de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

Se observan en las figuras 11 y 12 el gráfico de barras y las barras de error respectivamente, de la adaptación psicosocial respecto a la gravedad de la ansiedad, donde se demuestra que a menor adaptación se presenta mayor gravedad de ansiedad, mostrando una relación inversa.

Tabla 11.

Tau C de Kendall para la adaptación psicosocial y el grado de severidad de estrés de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.

Estrés	Adaptación psicosocial			total	Tau C de Kendall	
	Inadaptación	Desadaptación	Adaptación		Valor	p-valor
Ausencia	12	44	46	102	-0.471	0,000
Leve	0	15	1	16		
Moderada	0	10	0	10		
Severa	5	2	0	7		
E. Severa	2	1	0	3		
Total	19	72	47	138		

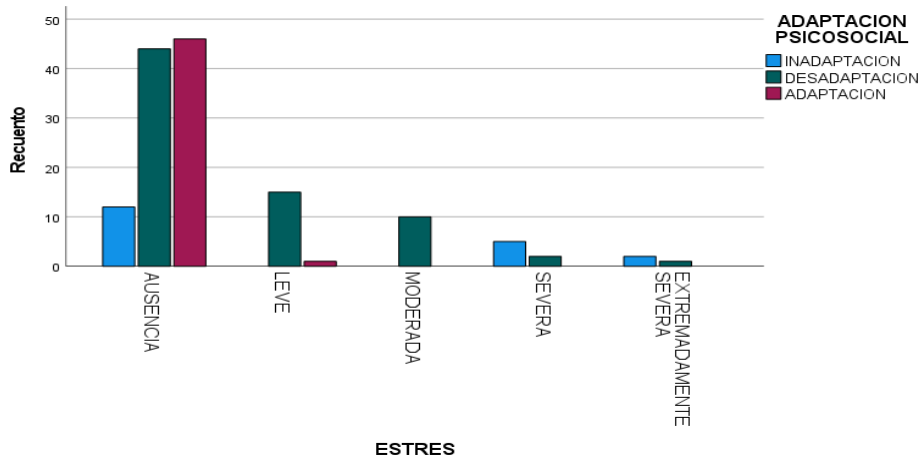
Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En la tabla 11, al emplear la prueba no paramétrica Tau C de Kendall para determinar la relación de la adaptación psicosocial y el estrés, se obtuvo un valor de -0.471 con p-valor de 0,000 el cual es inferior al nivel de significancia; por lo tanto, se interpreta que hay una asociación inversa moderada entre ambas variables de estudio.

Figura 13.

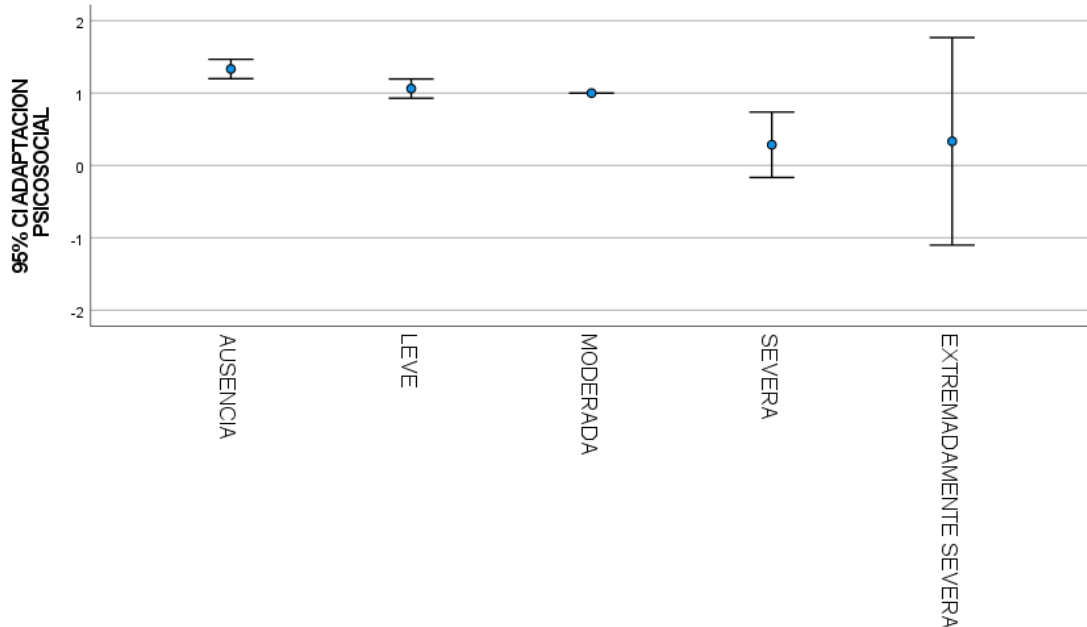
Gráfico de barras de la adaptación psicosocial y del grado de estrés de las embarazadas atendidas en el consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Figura 14.

Barras de error de la adaptación psicosocial y del grado de estrés de las embarazadas que asistieron al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB - Puno 2024.



Fuente: Elaboración propia

Interpretación:

En las figuras 13 y 14 se observan el gráfico de barras y las barras de error respectivamente, de la adaptación psicosocial respecto a la gravedad del estrés, donde se demuestra que a menor adaptación existe mayor gravedad de estrés, mostrando una relación inversa.

4.2 DISCUSIÓN

El embarazo es un estado que requiere una gran capacidad de adaptación a cambios fundamentales, tanto en el aspecto biológico como en el plano psicológico y social, y se demostró en numerosas investigaciones de relevancia que los elementos psicosociales están ligados a trastornos mentales durante la gestación, como la ansiedad



y depresión, con respecto al estrés puede generarse si la embarazada presenta dificultades para adaptarse al embarazo.

Esta investigación estudió las relaciones entre el nivel de adaptación psicosocial al embarazo y el grado de severidad de depresión, ansiedad y estrés, considerando que la frecuencia de la inadecuada adaptación psicosocial al embarazo en las gestantes es variable como lo demostraron diversos estudios. En el estudio actual se identificó que el 52,2% del total de gestantes encuestadas mostraron desadaptación al embarazo; y el 31,8% presentaron inadaptación, conformando un 84% de embarazadas que exhiben inadecuada adaptación al embarazo mientras que el 16% tuvieron adecuada adaptación; resultados similares determinó Paredes J. (2022) en Cajamarca, un 93,5% de embarazadas presentaron inadecuada adaptación al embarazo y un 6,5% (28); adecuada adaptación, así mismo Chávez J. (2018) en Chachapoyas halló un 61,4% de adaptación inadecuada al embarazo mientras que el 38,6% de las gestantes presentaron adecuada adaptación (31). Sin embargo, Fiskin G. (2017) en Turquía evidenciaron un 47% de inadecuada adaptación psicosocial al embarazo en las embarazadas y un 53% de adecuada adaptación, resultados que difieren con nuestra investigación. (5)

Con respecto a las dimensiones de la adaptación psicosocial se encontraron niveles altos de la identificación con el rol materno (71,0%), la calidad de relación con la madre (66,7%) y la calidad de relación con la pareja (63,1%), y niveles medios de preparación para el parto (62,3%), además de niveles bajos de la preocupación por el bienestar propio y del bebé (58,7%), semejante a diferentes estudios (26,27,31,196), lo que nos establece que las embarazadas necesitan conquistar las habilidades necesarias en cuanto a la preparación y motivación para la nueva identidad de la mujer en la maternidad, también nos indica que el apoyo social eficiente reflejado en la relación con la pareja y la



madre de la embarazada, contribuyen a la transición de la maternidad. Por otra parte, es un tanto preocupante que las gestantes se sientan regularmente a poco preparadas para el parto, lo cual debe alertar a los profesionales de salud para abordar este aspecto trascendental durante el embarazo. Asimismo, es angustiante que las gestantes presenten carencia de preocupación por el bienestar propio y del bebé, lo cual puede desencadenar un pobre bienestar materno y fetal junto con sus complicaciones relacionadas.

La OMS, reporta que una de cada cinco embarazadas sufre trastornos mentales como depresión, ansiedad o estrés, los cuales pueden presentar consecuencias negativas en el bienestar materno y fetal, incluyendo complicaciones obstétricas, neonatales e incluso en el futuro del niño. Por ende, es tan importante tamizar y detectar los trastornos de salud mental en las gestantes.

Referente al grado de depresión se evidenció que las embarazadas del HRMNB presentaron depresión leve (13,8%), moderada (8%), severa y extremadamente severa (2,8%), obteniendo un 24,6% de embarazadas con depresión; resultados similares al trabajo de investigación realizado por Chávez V. (2022) en Arequipa, que hallaron un 16,3% de las embarazadas con depresión, donde según la gravedad de severidad presentaron depresión leve (9,7%), moderada (3,2%), severa y extremadamente severa (3,2%) (29), de igual forma Monterrosa A. (2022) en Colombia, encontró 26,9% de depresión en las embarazadas (24).

En cuanto a la relación de la adaptación psicosocial con la depresión de las gestantes, se obtuvo una relación estadísticamente significativa con un valor de p de 0,001 ($p < 0,05$); este resultado concuerda con lo desarrollado por Paredes J. (2022) en Cajamarca, en el cual se demuestra que la asociación entre ambas variables de estudio es altamente significativa, con un valor de $p < 0,001$ (28). Igualmente Fiskin G. (2017) en



Turquía encontró una relación estadísticamente significativa entre las dos variables ($p < 0,001$) (5).

En relación a la variable ansiedad se detectó que las embarazadas del HRMNB presentaron ansiedad leve (12,3%), moderada (16,7%), severa y extremadamente severa (10,1%), obteniendo un 39,1% de embarazadas con ansiedad; resultados análogos al estudio realizado por Chávez V. (2022) en Arequipa, en el cual se evidencia que un 41,3% de las embarazadas padecen ansiedad, donde según la gravedad de severidad presentaron ansiedad leve (9,8%), moderada (16,3%), severa y extremadamente severa (15,2%) (29), de la misma forma Monterrosa A. (2022) en Colombia, encontró 37,5% de ansiedad en las embarazadas (24).

Respecto a la relación de la adaptación psicosocial con la ansiedad de las gestantes, se aprecia una asociación estadísticamente significativa con un valor de p de 0,000 ($p < 0,05$). Este resultado coincide con lo analizado por Burgos R. (2022) en Trujillo, evidenciando que la relación entre ambas variables es altamente significativa, con un valor de $p < 0,05$ (27). Asimismo Ontiveros P. (2010) en México determinó una relación estadísticamente significativa entre las dos variables de estudio ($p < 0,01$) (2).

En lo referente al estrés se identificó que las embarazadas del HRMNB presentaron estrés leve (11,6%), moderada (7,2%), severa y extremadamente severa (7,3%), obteniendo un 26,1% de embarazadas con estrés. Los resultados concuerdan con Chávez V. (2022) en Arequipa, que reportó un 26,1% de las embarazadas con estrés, donde según la gravedad de severidad presentaron ansiedad leve (10,9%), moderada (9,8%), severa y extremadamente severa (5,4%) (29), asimismo Monterrosa A. (2022) en Colombia, encontró 23,1% de embarazadas que padecen estrés (24).



En consideración a la relación de la adaptación psicosocial con el estrés de las gestantes, se determinó una asociación estadísticamente significativa con un valor de p de 0,000 ($p < 0,05$). Por su parte, el autor Kuo S. (2007) en Taiwán, indica en su investigación que la inadecuada adaptación psicosocial al embarazo se asocia significativamente con el grado de estrés que presentan las gestantes ($p < 0,05$). (182)

Por ende, los resultados indican que la adaptación materna durante el embarazo guarda una relación poderosa con los trastornos mentales como la ansiedad, depresión y estrés y justifican su inclusión en la evaluación prenatal y la intervención de atención médica.



V. CONCLUSIONES

- Respecto al nivel de adaptación psicosocial se identificó que el 52,2% de las embarazadas presentó desadaptación al embarazo; y el 31,8% inadaptación, conformando un 84% de embarazadas que exhiben inadecuada adaptación al embarazo mientras que el 16% tuvo adecuada adaptación. En las dimensiones de la adaptación psicosocial se encontraron niveles medios de preparación para el parto (62,3%), además de niveles bajos de la preocupación por el bienestar propio y del bebé. (58,7%)
- Referente al nivel de depresión, ansiedad y estrés en las gestantes, en la investigación se obtuvo un 24,6% de embarazadas con depresión; 39,1% con ansiedad y 26,1% con estrés.
- Existe asociación del nivel de depresión según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo ($p=0,001$) en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024. Donde se demostró que a una menor adaptación se expresa mayor gravedad de depresión en las embarazadas.
- Existe asociación del nivel de ansiedad según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo ($p=0,000$) en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024. Donde se demostró que a una menor adaptación se expresa mayor gravedad de ansiedad en las embarazadas.
- Existe asociación del nivel de estrés según el nivel de adaptación psicosocial al embarazo ($p=0,000$) en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del HRMNB de Puno, 2024. Donde se demostró que a una menor adaptación se expresa mayor gravedad de estrés en las embarazadas.



VI. RECOMENDACIONES

A la Dirección Regional de Salud Puno

- Se recomienda que al plantear políticas de atención prenatal, aborden la evaluación periódica mental en las embarazadas y de esta forma se acortará la brecha entre la atención en salud física y salud mental.
- Debería diseñarse programas de intervención que propongan la preparación de una maternidad positiva y responsable para así disminuir el impacto de la inadecuada adaptación materna en la aparición de trastornos mentales como depresión, ansiedad y estrés, estos programas se implementarían en los consultorios de obstetricia.
- Viabilizar el presupuesto para realizar campañas en salud mental perinatal para ofrecer información en estrategias de prevención y cuidado.

Al Hospital Regional Manuel Núñez Butrón de Puno

- Explorar la salud mental de las embarazadas, tomando en consideración sus interacciones biopsicosociales del proceso relacionado al embarazo, debido a que la presente investigación determinó su relación significativa.
- Se sugiere a los profesionales de salud que intervienen en la atención de la embarazada, el poder elaborar un tamizaje de salud mental en el primer control prenatal. En relación a ello, se aconseja la aplicación de instrumentos como la escala DASS-21.
- Surge la necesidad de realizar la detección del nivel de adaptación materna de la embarazada mediante el PSQ, en los programas de control prenatal y de esta forma contribuirá a visualizar la transición a la maternidad desde un punto de vista holístico,



permitiendo que los profesionales de salud promuevan la adaptación y transición a la maternidad en las gestantes.

- Mejorar los programas de educación prenatal, como la psicoprofilaxis obstétrica e implementar el plan de parto, debido a que en la investigación se encontró que el 62% de las embarazadas presentan un nivel medio en la dimensión “preparación para el parto”, y respecto a la dimensión “preocupación por el bienestar propio y del bebé”; un nivel bajo en un 58% de las gestantes.
- Ofrecer capacitaciones y charlas a los profesionales de salud en el servicio de obstetricia sobre la adaptación, apoyo en el embarazo y de la presencia de trastornos mentales durante el embarazo.

A la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno

- Que se fomente en la educación médica, el estudio de la psicobiología y psicopatología del embarazo, ya que podría incluirse los hallazgos del presente estudio en el desarrollo de temas que nos ayuden a comprender mejor la maternidad y los factores psicosociales relacionados al embarazo, así como de los trastornos mentales perinatales.

A las líneas de investigación en salud

- Ampliar y profundizar investigaciones en atención a la adaptación materna y la salud mental de la embarazada, con el propósito de proyectar intervenciones basadas en evidencia.
- Realizar investigaciones sobre la adaptación psicosocial y los trastornos mentales de la gestante en otras poblaciones, por ejemplo, en diversos niveles socioeconómicos, mujeres en proceso de fertilización, embarazadas adolescentes, gestantes con riesgo



obstétrico alto y mujeres víctimas de violencia en el transcurso del embarazo. Estas investigaciones futuras ofrecerán conocimiento sobre la existencia de diferencias en la adaptación psicosocial al embarazo y la salud mental en la gestante, por las características de las poblaciones descritos.



VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mazza M, Avallone C, Kotzalidis GD, Marano G, Moccia L, Serio AM, et al. Depressive symptoms during pregnancy: Prevalence and correlates with affective temperaments and psychosocial factors. *J Pers Med* [Internet]. 2023 [citado el 9 de abril de 2024]; 13(2):211. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/jpm13020211>
2. Ontiveros-Pérez M, López-España JT. Adaptación Psicosocial y Niveles de Ansiedad en Embarazadas Primigestas de Bajo Riesgo Obstétrico [Internet]. *Medigraphic.com*. 2010 [citado el 19 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/bolclinhosinfson/bis-2010/bis102b.pdf>
3. Bjelica A, Cetkovic N, Trninic-Pjevic A, Mladenovic-Segedi L. El fenómeno del embarazo: una visión psicológica. *Ginekol Pol* [Internet]. 2018 [citado el 19 de marzo de 2024]; 89 (2):102–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29512815/>
4. Oiberman A. *Nacer y acompañar: Abordajes clínicos de la Psicología Perinatal*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2013.
5. Fiskin G, Kaydirak MM, Oskay UY. Psychosocial adaptation and depressive manifestations in high-risk pregnant women: Implications for clinical practice. *Worldviews Evid Based Nurs* [Internet]. 2017 [citado el 19 de marzo de 2024]; 14 (1):55–64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27930857/>
6. Dieckmann L, Czamara D. Epigenetics of prenatal stress in humans: the current research landscape. *Clin Epigenetics* [Internet]. 2024 [citado el 19 de marzo de 2024]; 16 (1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3830834>
7. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. *Who.int*. World Health Organization; 2022 [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>
8. Kingston D, Austin M-P, Hegadoren K, McDonald S, Lasiuk G, McDonald S, et al. Study protocol for a randomized, controlled, superiority trial comparing the clinical and cost- effectiveness of integrated online mental health assessment-referral-care in pregnancy to usual prenatal care on prenatal and postnatal mental health and infant health and development: the Integrated Maternal Psychosocial Assessment to Care Trial (IMPACT). *Trials* [Internet]. 2014 [citado el 9 de abril de 2024];15(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24597683/>



9. World Health Organization. Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries: report of the meeting, Geneva, Switzerland [Internet]. World Health Organization. 2008 [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43975/9789241597142_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
10. Fonseca-Machado M de O, Alves LC, Monteiro JC dos S, Stefanello J, Nakano AMS, Haas VJ, et al. Depressive disorder in pregnant Latin women: does intimate partner violence matter? J Clin Nurs [Internet]. 2015 [citado el 9 de abril de 2024]; 24(9–10):1289–99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25581085/>
11. Goyes-Guerra MB, Rosero-Ordóñez SF, Flores-Brito PR. Prevalencia de depresión en el embarazo y puerperio. Diferencia entre multíparas y primigestas. Vida y Salud [Internet]. 1 de marzo de 2022 [citado 9 de abril de 2024];6 (1):34-42. Disponible en: <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/1692>
12. Ramos IF, Campos B, Schetter CD. Pregnancy anxiety and beliefs surrounding motherhood in Latinas: A qualitative study. Journal of Latinx Psychology [Internet]. 2022 [citado el 9 de abril de 2024];10 (4):277–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/lat0000208>
13. Kartal, Y. A. (s/f). Anxiety, depression and coping with stress styles of pregnant women with preterm labor risk. Internationaljournalofcaringsciences.org. Recuperado el 10 de abril de 2024, de https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/9_kartal_original_10_2.pdf
14. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2012 [citado el 10 de abril de 2024]; 25(2):141–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22262028/>
15. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. BMC Public Health [Internet]. 2020 [citado el 9 de abril de 2024]; 20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32019560/>



16. Becker M, Weinberger T, Chandy A, Schmukler S. Depression during pregnancy and postpartum. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2016 [citado el 9 de abril de 2024]; 18(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26879925/>
17. Alderdice F, McNeill J, Lynn F. A systematic review of systematic reviews of interventions to improve maternal mental health and well-being. *Midwifery* [Internet]. 2013 [citado el 9 de abril de 2024];29(4):389–99. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22882967/>
18. Leigh B, Milgrom J. Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2008 [citado el 9 de abril de 2024];8(1):24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244x-8-24>
19. Betegón AA, Moliner MG, Nadal GM, Sáez AC, Tercero SP, Tricas JG, et al. Impact of maternal stress or anxiety on the fetal or neonatal weight: a literature review [Internet]. *Ionoscloud.com*. [citado el 9 de abril de 2024]. Disponible en: <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/BH5i04LoLi7M1SKzoqxXrQ589PKXbZ3a7k9EAH3d.pdf>
20. Coussons-Read ME. Effects of prenatal stress on pregnancy and human development: mechanisms and pathways. *Obstet Med* [Internet]. 2013 [citado el 19 de marzo de 2024]; 6(2):52–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27757157/>
21. Duthie L, Reynolds RM. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis in pregnancy and postpartum: Influences on maternal and fetal outcomes. *Neuroendocrinology* [Internet]. 2013 [citado el 19 de marzo de 2024];98(2):106–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23969897/>
22. Artica-Martinez JJG. Adaptación y validación del cuestionario de autoevaluación prenatal en gestantes usuarias del Instituto Nacional Materno Perinatal. *Investigación Materno Perinatal* [Internet]. 2019 [citado el 19 de marzo de 2024];8 (4):19–24. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/169>
23. Tang X, Lu Z, Hu D, Zhong X. Influencing factors for prenatal Stress, anxiety and depression in early pregnancy among women in Chongqing, China. *J Affect Disord* [Internet]. 2019 [citado el 10 de abril de 2024]; 253:292–302. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31077972/>



24. Monterrosa-Castro Á, Rodelo-Correa A, Monterrosa-Blanco A, et al. Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecol Obstet Mex.* 2022; 90 (02):134-147.
25. Simó S, Zúñiga L, Izquierdo MT, Rodrigo MF. Effects of ultrasound on anxiety and psychosocial adaptation to pregnancy. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2019 [citado el 20 de marzo de 2024]; 22(4):511–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30324247/>
26. Nakamura Y, Yoshizawa T, Atogami F. Assessments of maternal psychosocial adaptation for pre-labor hospitalized pregnant women in Japan. *Nurs Rep* [Internet]. 2011 [citado el 20 de marzo de 2024]; 1(1):9. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2039-4403/1/1/e9>
27. Alayo Burgos RG, Alva Burgos AC. Relación entre la adaptación psicosocial al embarazo y nivel de ansiedad en mujeres que acuden a los procedimientos de fecundación in vitro en la clínica privada Fertilita Trujillo- 2021. Universidad Privada Antenor Orrego - UPAO; 2023.
28. Torres P, del Carmen J. Nivel de adaptación psicosocial y depresión en gestantes. Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca, 2022. Universidad Nacional de Cajamarca; 2023
29. Suaña VYC. 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 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2022 [citado el 10 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/0994b25b-128f-4a81-ac31-9c8681afe47e>
30. Palacios C, Clotilde E. Autoevaluación prenatal y vinculación afectiva prenatal en gestantes de Chimbote en el contexto COVID-19, Perú 2021. Universidad San Pedro; 2022
31. Vargas C, Emanuel J. Nivel de adaptación psicosocial del embarazo en gestantes atendidas en el Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas, 2017. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza - UNTRM; 2018.
32. Cáceres-Manrique Flor de María, Molina-Marín Gloria, Ruiz-Rodríguez Myriam. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan* [Internet]. 2014 Sep [cited 2024 June 05] ; 14(3): 316-326. Available



- from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972014000300004&lng=en
33. Molina ME. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. Psykhe [Internet]. 2006 [citado el 6 de junio de 2024];15(2):93–103. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-22282006000200009
 34. Espinoza-Lecca E, La madre, seguridad y visión de futuro frente al rol materno.. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2011;15(2):102-105. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203122516006>
 35. United Nations. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer | Naciones Unidas. [citado el 6 de junio de 2024]; Disponible en: <https://www.un.org/es/conferences/women/beijing1995>
 36. Pereira M, Ferreira A. Neuroanatomical and neurochemical basis of parenting: Dynamic coordination of motivational, affective and cognitive processes. Horm Behav [Internet]. 2016 [citado el 7 de junio de 2024];77:72–85. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26296592/>
 37. Galea LAM, Frick KM, Hampson E, Sohrabji F, Choleris E. Why estrogens matter for behavior and brain health. Neurosci Biobehav Rev [Internet]. 2017;76:363–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.024>
 38. Numan M. Motivational systems and the neural circuitry of maternal behavior in the rat. Dev Psychobiol [Internet]. 2007 [citado el 10 de junio de 2024];49(1):12–21. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17186513/>
 39. Rehbein E, Hornung J, Sundström Poromaa I, Derntl B. Shaping of the female human brain by sex hormones: A review. Neuroendocrinology [Internet]. 2021 [citado el 7 de junio de 2024];111(3):183–206. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32155633/>
 40. Eşel E. Neurobiology of motherhood. Turk Psikiyatri Derg [Internet]. 2010 [citado el 7 de junio de 2024];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20204906/>
 41. Leckman JF, Herman AE. Maternal behavior and developmental psychopathology. Biol Psychiatry [Internet]. 2002 [citado el 7 de junio de 2024];51(1):27–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11801229/>



42. Kinsley CH, Lambert KG. Reproduction-induced neuroplasticity: Natural behavioural and neuronal alterations associated with the production and care of offspring. *J Neuroendocrinol* [Internet]. 2008 [citado el 7 de junio de 2024];20(4):515–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18266940/>
43. Pawluski JL, Hoekzema E, Leuner B, Lonstein JS. Less can be more: Fine tuning the maternal brain. *Neurosci Biobehav Rev* [Internet]. 2022 [citado el 7 de junio de 2024];133(104475):104475. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.11.045>
44. Champagne FA. Epigenetic mechanisms and the transgenerational effects of maternal care. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2008 [citado el 7 de junio de 2024];29(3):386–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18462782/>
45. Oatridge A, Holdcroft A, Saeed N, Hajnal JV, Puri BK, Fusi L, et al. Change in brain size during and after pregnancy: study in healthy women and women with preeclampsia. *AJNR Am J Neuroradiol* [Internet]. 2002 [citado el 7 de junio de 2024];23(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11827871/>
46. Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, García-García D, et al. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci* [Internet]. 2017 [citado el 7 de junio de 2024];20(2):287–96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27991897/>
47. Servin-Barthet C, Martínez-García M, Pretus C, Paternina-Die M, Soler A, Khymenets O, et al. The transition to motherhood: linking hormones, brain and behaviour. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2023 [citado el 7 de junio de 2024];24(10):605–19. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41583-023-00733-6>
48. Hoekzema E, Tamnes CK, Berns P, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, et al. Becoming a mother entails anatomical changes in the ventral striatum of the human brain that facilitate its responsiveness to offspring cues. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2020 [citado el 7 de junio de 2024];112(104507):104507. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31757430/>
49. Lepousez G, Nissant A, Lledo P-M. Adult neurogenesis and the future of the rejuvenating brain circuits. *Neuron* [Internet]. 2015 [citado el 7 de junio de 2024];86(2):387–401. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25905812/>



50. Ming G-L, Song H. Adult neurogenesis in the mammalian brain: Significant answers and significant questions. *Neuron* [Internet]. 2011 [citado el 7 de junio de 2024];70(4):687–702. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21609825/>
51. Leuner B, Sabihi S. The birth of new neurons in the maternal brain: Hormonal regulation and functional implications. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2016 [citado el 7 de junio de 2024];41:99–113. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26969795/>
52. Numan M, Insel TR. *La neurobiología del comportamiento de los padres*. Nueva York: Springer; 2003
53. Fleming AS, Ruble D, Krieger H, Wong PY. Hormonal and experiential correlates of maternal responsiveness during pregnancy and the puerperium in human mothers. *Horm Behav* [Internet]. 1997 [citado el 7 de junio de 2024];31(2):145–58. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9154435/>
54. Leckman JF, Feldman R, Swain JE, Eicher V, Thompson N, Mayes LC. Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment. *J Neural Transm (Vienna)* [Internet]. 2004 [citado el 7 de junio de 2024];111(7). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15205997/>
55. Meyer-Lindenberg A, Domes G, Kirsch P, Heinrichs M. Oxitocina y vasopresina en el cerebro humano: neuropéptidos sociales para la medicina traslacional. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2011 [citado el 8 de junio de 2024];12(9):524–38. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21852800/>
56. Kim S. The mind in the making: Developmental and neurobiological origins of mentalizing. *Personal Disord* [Internet]. 2015 [citado el 8 de junio de 2024];6(4):356–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26436579/>
57. Kim S, Strathearn L. Oxytocin and maternal brain plasticity: Oxytocin and maternal brain plasticity. *New Dir Child Adolesc Dev* [Internet]. 2016 [citado el 8 de junio de 2024];2016(153):59–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/cad.20170>
58. Opacka-Juffry J, Mohiyeddini C. Experience of stress in childhood negatively correlates with plasma oxytocin concentration in adult men. *Stress* [Internet]. 2012 [citado el 8 de junio de 2024];15(1):1–10. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21682649/>
59. Samuel S, Hayton B, Gold I, Feeley N, Carter CS, Zelkowitz P. Attachment security and recent stressful life events predict oxytocin levels: a pilot study of pregnant



- women with high levels of cumulative psychosocial adversity. *Attach Hum Dev* [Internet]. 2015 [citado el 8 de junio de 2024];17(3):272–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25862151/>
60. Zekowitz P, Gold I, Feeley N, Hayton B, Carter CS, Tulandi T, et al. Psychosocial stress moderates the relationships between oxytocin, perinatal depression, and maternal behavior. *Horm Behav* [Internet]. 2014 [citado el 8 de junio de 2024];66(2):351–60. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24956026/>
61. Olza-Fernández I, Marín Gabriel MA, Gil-Sanchez A, Garcia-Segura LM, Arevalo MA. Neuroendocrinology of childbirth and mother–child attachment: The basis of an etiopathogenic model of perinatal neurobiological disorders. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2014 [citado el 8 de junio de 2024];35(4):459–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24704390/>
62. Brunton PJ, Russell JA. The expectant brain: adapting for motherhood. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2008 [citado el 7 de junio de 2024];9(1):11–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18073776/>
63. Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S, Strathearn L. Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2007 [citado el 7 de junio de 2024];48(3–4):262–87. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17355399/>
64. Jin S-H, Blendy JA, Thomas SA. Cyclic AMP response element-binding protein is required for normal maternal nurturing behavior. *Neuroscience* [Internet]. 2005 [citado el 7 de junio de 2024];133(3):647–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15893884/>
65. Curley JP, Keverne EB. Genes, brains and mammalian social bonds. *Trends Ecol Evol* [Internet]. 2005 [citado el 7 de junio de 2024];20(10):561–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16701435/>
66. Moriceau S, Sullivan RM. Neurobiology of infant attachment. *Dev Psychobiol* [Internet]. 2005 [citado el 7 de junio de 2024];47(3):230–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16252291/>
67. Stern DN. *The motherhood constellation: A unified view of parent-infant psychotherapy*. Londres, Inglaterra: Basic Books; 1995.
68. Stern DN. *The present moment in psychotherapy and everyday life*. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: WW Norton; 2004.



69. Alba C, Aler I, Olza I. Neurobiología del parto. En: Maternidad y salud. Ciencia, conciencia y experiencia. Informes, estudios e investigación. Madrid: Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
70. O'Hara MW, Wisner KL. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 [citado el 7 de junio de 2024];28(1):3–12. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
71. Barba-Müller E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2019 [citado el 10 de junio de 2024];22(2):289–99. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-018-0889-z>
72. Wohleb ES, Franklin T, Iwata M, Duman RS. Integrating neuroimmune systems in the neurobiology of depression. *Nat Rev Neurosci* [Internet]. 2016 [citado el 7 de junio de 2024];17(8):497–511. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27277867/>
73. Payne JL, Maguire J. Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Front Neuroendocrinol* [Internet]. 2019;52:165–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
74. Paricio del Castillo Rocío, Polo Usaola Cristina. Maternidad e identidad materna: deconstrucción terapéutica de narrativas. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* [Internet]. 2020 Dic [citado 2024 Jun 07] ; 40(138): 33-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352020000200003&lng=es. Epub 15-Feb-2021. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-573520200020003>.
75. Wadehul F, Glover L, Jomeen J. Conceptualising women's perinatal well-being: A systematic review of theoretical discussions. *Midwifery* [Internet]. 2020 [citado el 5 de junio de 2024];81(102598):102598. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31835103/>
76. Neely E, Reed A. Towards a mother-centred maternal health promotion. *Health Promot Int* [Internet]. 2023 [citado el 5 de junio de 2024];38(2). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/daad014>
77. Martínez Juan Miguel, Delgado Miguel. Women's expectations and evaluation of a maternal educational program. *Colomb. Med.* [Internet]. 2013 Sep [cited 2024 June



- 05] ; 44(3): 134-138. Available from:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342013000300002&lng=en.
78. Peñaranda F, Bastidas M, Escobar G, Torres N, Arango A. Educación para la salud: una mirada alternativa al modelo biomédico. Experiencias basadas en la evaluación del programa de crecimiento y desarrollo. Medellín: La Carreta Editores y Universidad de Antioquia; 2010.
79. Heaman MI, Sword WA, Akhtar-Danesh N, Bradford A, Tough S, Janssen PA, et al. Quality of prenatal care questionnaire: instrument development and testing. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2014 [citado el 6 de junio de 2024];14(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24894497/>
80. Bird A. Thomas Kuhn. En: Zalta EN, editor. The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Spring 2022. Metaphysics Research Lab, Stanford University; 2022.
81. Slade A, Grienberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A. Funcionamiento reflexivo materno, apego y brecha de transmisión: un estudio preliminar. Adjunte Hum Dev [Internet]. 2005 [citado el 22 de mayo de 2024];7(3):283–98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16210240/>
82. Laxton-Kane M, Slade P. El papel del vínculo materno prenatal en la experiencia del embarazo de una mujer y sus implicaciones para el proceso de atención. J Reprod Psicología Infantil [Internet]. 2002 [citado el 22 de mayo de 2024];20(4):253–66. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/f71cf61accb5e8adf05f74a5d2ff5d554ad1a1e1>
83. Flapan M. Un paradigma para el análisis de las motivaciones de tener hijos en mujeres casadas antes del nacimiento del primer hijo. Am J Ortopsiquiatría [Internet]. 1969;39(3):402–17. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2013-40692-007.pdf>
84. Deave T. Asociaciones entre el desarrollo infantil y las actitudes de las mujeres hacia el embarazo y la maternidad. J Reprod Psicología Infantil [Internet]. 2005;23(1):63–75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02646830512331330938>
85. Hart R, McMahon CA. Estado de ánimo y adaptación psicológica al embarazo. Arch Women Ment Health [Internet]. 2006 [citado el 23 de mayo de 2024];9(6):329–37. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16830068/>



86. Luz R, George A, Vieux R, Spitz E. Determinantes prenatales del apego parental y la alianza parental: ¿En qué se diferencian las madres y los padres?: Rol de los padres: ¿En qué se diferencian las madres y los padres? Salud mental infantil J [Internet]. 2017 [citado el 23 de mayo de 2024];38(2):183–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28182282/>
87. Sevenri FM, Prattichizzo D, Casarosa E, Barbagli F, Ferretti C, Altomare A, et al. El toque fetal virtual a través de una interfaz háptica disminuye la ansiedad materna y el cortisol salival. J Soc Gynecol Investig [Internet]. 2005 [citado el 23 de mayo de 2024];12(1):37–40. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15629669/>
88. Westdahl C, Milan S, Magriples U, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. Social support and social conflict as predictors of prenatal depression. Obstet Gynecol [Internet]. 2007 [citado el 27 de mayo de 2024];110(1):134–40. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/01.aog.0000265352.61822.1b>
89. St-André M. Psicoterapia durante el embarazo: oportunidades y desafíos. Soy J Psychother [Internet]. 1993 [citado el 23 de mayo de 2024];47(4):572–90. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8285302/>
90. Wenner NK, Cohen MB, Weigert EV, Kvarnes RG, Ohaneson EM, Fearing JM. Emotional problems in pregnancy†. Psychiatry [Internet]. 1969 [citado el 27 de mayo de 2024];32(4):389–410. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5349842/>
91. Brown MA. Social support, stress, and health: a comparison of expectant mothers and fathers. Nurs Res [Internet]. 1986 [citado el 27 de mayo de 2024];35(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3633508/>
92. Zambrana RE, Dunkel-Schetter C, Scrimshaw S. Factors which influence use of prenatal care in low-income racialethnic women in Los Angeles county. J Community Health [Internet]. 1991 [citado el 27 de mayo de 2024];16(5):283–95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1955579/>
93. Kimbro RT. Together forever? Romantic relationship characteristics and prenatal health behaviors. J Marriage Fam [Internet]. 2008;70(3):745–57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2008.00518.x>
94. Dole N, Savitz DA, Siega-Riz AM, Hertz-Picciotto I, McMahon MJ, Buekens P. Psychosocial factors and preterm birth among African American and white women in central North Carolina. Am J Public Health [Internet]. 2004 [citado el 27 de mayo de 2024];94(8):1358–65. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2105/ajph.94.8.1358>



95. Steinberg JR, Sanders L, Cousens S. Small-for-gestational-age births are associated with maternal relationship status: A population-wide analysis. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 [citado el 27 de mayo de 2024];20(8):1651–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27007984/>
96. Herbell K PhD, RN, Zauszniewski JA PhD, RN-BC. Stress experiences and mental health of pregnant women: The mediating role of social support. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 [citado el 27 de mayo de 2024];40(7):613–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31021665/>
97. Razurel C, Kaiser B, Antonietti J-P, Epiney M, Sellenet C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women Health* [Internet]. 2017 [citado el 27 de mayo de 2024];57(2):154–72. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26909523/>
98. Poh HL, Koh SSL, He H-G. An integrative review of fathers' experiences during pregnancy and childbirth. *Int Nurs Rev* [Internet]. 2014 [citado el 27 de mayo de 2024];61(4):543–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25358873/>
99. Widarsson M, Engström G, Tydén T, Lundberg P, Hammar LM. 'Paddling upstream': Fathers' involvement during pregnancy as described by expectant fathers and mothers. *J Clin Nurs* [Internet]. 2015 [citado el 27 de mayo de 2024];24(7–8):1059–68. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25662781/>
100. Pilkington PD, Milne LC, Cairns KE, Lewis J, Whelan TA. Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2015 [citado el 27 de mayo de 2024];178:165–80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25837550/>
101. Feinberg ME, Jones DE, Roettger ME, Hostetler ML, Sakuma K-L, Paul IM, et al. Preventive effects on birth outcomes: Buffering impact of maternal stress, depression, and anxiety. *Matern Child Health J* [Internet]. 2016 [citado el 27 de mayo de 2024];20(1):56–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26194453/>
102. Thome M, Arnardottir SB. Evaluation of a family nursing intervention for distressed pregnant women and their partners: a single group before and after study. *J Adv Nurs* [Internet]. 2013 [citado el 27 de mayo de 2024];69(4):805–16. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22709258/>



103. Lothian J. Birth plans: The good, the bad, and the future. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2006 [citado el 27 de mayo de 2024];35(2):295–303. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16620258/>
104. Karabulut Ö, Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev* [Internet]. 2016 [citado el 27 de mayo de 2024];63(1):60–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26612181/>
105. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2009 [citado el 27 de mayo de 2024];38(5):567–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19883478/>
106. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2018 [citado el 27 de mayo de 2024];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29329526/>
107. Erkaya R, Karabulutlu Ö, Çalık KY. Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. *Procedia Soc Behav Sci* [Internet]. 2017;237:1045–52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.sbspro.2017.02.151>
108. Floris L, Irion O. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study. *J Health Psychol* [Internet]. 2015 [citado el 27 de mayo de 2024];20(4):446–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24155186/>
109. Schachman KA, Lee RK, Lederma RP. Baby boot camp: Facilitating maternal role adaptation among military wives. *Nurs Res* [Internet]. 2004 [citado el 27 de mayo de 2024];53(2):107–15. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15084995/>
110. Yuenyong S, O'Brien B, Jirapeet V. Effects of labor support from close female relative on labor and maternal satisfaction in a Thai setting. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2012;41(1):45–56. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1552-6909.2011.01311.x>
111. İsbir GG, Serçekuş P. The effects of intrapartum supportive care on fear of delivery and labor outcomes: A single-blind randomized controlled trial. *J Nurs Res* [Internet]. 2017 [citado el 27 de mayo de 2024];25(2):112–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28277391/>



112. Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Ryding E-L, et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2015 [citado el 27 de mayo de 2024];36(1):1–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25417935/>
113. Ip W-Y, Tang CSK, Goggins WB. An educational intervention to improve women’s ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs* [Internet]. 2009 [citado el 27 de mayo de 2024];18(15):2125–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19583645/>
114. Cicek S, Basar F. The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complement Ther Clin Pract* [Internet]. 2017 [citado el 27 de mayo de 2024];29:213–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29122264/>
115. Teles LMR, Américo CF, Oriá MOB, Vasconcelos CTM, Brüggemann OM, Damasceno AK de C. Eficacia de manual educativo para acompañantes de parto: estudio piloto de ensayo clínico aleatorizado. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2018 [citado el 27 de mayo de 2024];26:e2996. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/XQJSLnVb7wQFpYphzqmKFGw/abstract/?lang=es>
116. Matvienko-Sikar K, Dockray S. Effects of a novel positive psychological intervention on prenatal stress and well-being: A pilot randomised controlled trial. *Women Birth* [Internet]. 2017 [citado el 27 de mayo de 2024];30(2):e111–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27810284/>
117. Beebe KR, Lee KA, Carrieri-Kohlman V, Humphreys J. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2007 [citado el 30 de mayo de 2024];36(5):410–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17880311/>
118. Treatment and management of Mental Health Conditions During Pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline no. 5: *Obstet Gynecol* [Internet]. 2023 [citado el 11 de junio de 2024];141(6):1262–88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37486661/>
119. Cohen LS. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* [Internet]. 2006 [citado el 31 de mayo de 2024];295(5):499. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16449615/>



120. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *Lancet* [Internet]. 2012 [citado el 31 de mayo de 2024];379(9820):1045–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22189047/>
121. Maguire J, McCormack C, Mitchell A, Monk C. Neurobiology of maternal mental illness. En: *Neurology and Pregnancy - Pathophysiology and Patient Care*. Elsevier; 2020. p. 97–116.
122. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists. *Gen Hosp Psychiatry* [Internet]. 2009 [citado el 11 de junio de 2024];31(5):403–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.04.003>
123. Wisner KL, Sit DKY, McShea MC, Rizzo DM, Zoretich RA, Hughes CL, et al. Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2013 [citado el 11 de junio de 2024];70(5):490. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
124. Lara Ma. Asunción, Navarro Claudia, Navarrete Laura, Cabrera Alejandra, Almanza Jesús, Morales Francisco et al . Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la ciudad de México. *Salud Ment* [revista en la Internet]. 2006 Ago [citado 2024 Mayo 31] ; 29(4): 55-62. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252006000400055&lng=es
125. Luna Matos ML, Salinas Piélago J, Luna Figueroa A. Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009 [citado el 31 de mayo de 2024];26(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20107678/>
126. Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: Systematic review. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2004 [citado el 31 de mayo de 2024];103(4):698–709. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15051562/>



127. LaRocco-Cockburn A, Reed SD, Melville J, Croicu C, Russo JE, Inspektor M, et al. Improving depression treatment for women: Integrating a collaborative care depression intervention into OB-GYN care. *Contemp Clin Trials* [Internet]. 2013 [citado el 31 de mayo de 2024];36(2):362–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cct.2013.08.001>
128. Kelly RH, Zatzick DF, Anders TF. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstetrics. *Am J Psychiatry* [Internet]. 2001 [citado el 31 de mayo de 2024];158(2):213–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11156803/>
129. Underwood L, Waldie K, D’Souza S, Peterson ER, Morton S. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2016 [citado el 10 de junio de 2024];19(5):711–20. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27085795/>
130. Heron J, O’Connor TG, Evans J, Golding J, Glover V. The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *J Affect Disord* [Internet]. 2004 [citado el 10 de junio de 2024];80(1):65–73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15094259/>
131. Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, et al. Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: Data from the first 500 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry* [Internet]. 2004;161(12):2222–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2222>
132. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan MY, Gavin A. Estrés psicosocial durante el embarazo. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2010 [citado el 31 de mayo de 2024];202(1):61.e1-61.e7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19766975/>
133. Pereira PK, Lovisi GM, Pilowsky DL, Lima LA, Legay LF. Depresión durante el embarazo: prevalencia y factores de riesgo entre mujeres que asisten a una clínica de salud pública en Río de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2009 [citado el 31 de mayo de 2024];25(12):2725–36. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20191163/>
134. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, Yoo H, Marcus SM, Davis MM. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet*



- Gynecol [Internet]. 2010 [citado el 31 de mayo de 2024];202(1):5–14. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.09.007>
135. De Oliveira Fonseca-Machado M, University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Camargo Alves L, Scotini Freitas P, dos Santos Monteiro JC, Gomes-Sponholz F, et al. Mental health of women who suffer intimate partner violence during pregnancy. Invest Educ Enferm [Internet]. 2014 [citado el 31 de mayo de 2024];32(2):291–305. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25230039/>
136. Lam N, Contreras H, Mori E, Hinostroza W, Hinostroza R, Torrejón E, et al. Factores psicosociales y depresión antenatal en mujeres gestantes. Estudio multicéntrico en tres hospitales de Lima, Perú. Abril a junio de 2008. Revista Peruana de Epidemiología [Internet]. 2010;14(3):193–200. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119676005>
137. Enrique Jadresic M. Depresión perinatal: Detección y tratamiento. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2014;25(6):1019–28. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70651-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70651-0)
138. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5 (R)). 5a ed. Arlington, TX, Estados Unidos de América: American Psychiatric Association Publishing; 2013.
139. Committee opinion no. 630: Screening for perinatal depression. Obstet Gynecol [Internet]. 2015 [citado el 11 de junio de 2024];125(5):1268–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25932866/>
140. Hutchens J, Frawley J, Sullivan EA. Quality of life and mental health of women who had cardiac disease in pregnancy and postpartum. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2022 [citado el 12 de junio de 2024];22(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-022-05123-x>
141. Stewart D. Depression during pregnancy. Canadian Family Physician. 2005;51(8):1061.
142. Antenatal and postnatal mental health: The NICE guideline on clinical management and service guidance. 2007 [citado el 31 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21678630/>
143. Yonkers KA, Wisner KL, Stewart DE, Oberlander TF, Dell DL, Stotland N, et al. The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and



- Gynecologists. Gen Hosp Psychiatry [Internet]. 2009 [citado el 31 de mayo de 2024];31(5):403–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2009.04.003>
144. Polen KND, Rasmussen SA, Riehle-Colarusso T, Reefhuis J, and the National Birth Defects Prevention Study. Association between reported venlafaxine use in early pregnancy and birth defects, national birth defects prevention study, 1997–2007. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol [Internet]. 2013 [citado el 31 de mayo de 2024];97(1):28–35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23281074/>
145. Penberthy JK, Hook JN, Hetteema J, Farrell-Carnahan L, Ingersoll K. Depressive symptoms moderate treatment response to brief intervention for prevention of alcohol exposed pregnancy. J Subst Abuse Treat [Internet]. 2013 [citado el 31 de mayo de 2024];45(4):335–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23810264/>
146. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Iyengar S, Katon WJ. A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 2010 [citado el 11 de junio de 2024];67(10):1012. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20921117/>
147. Szegda K, Markenson G, Bertone-Johnson ER, Chasan-Taber L. Depression during pregnancy: a risk factor for adverse neonatal outcomes? A critical review of the literature. J Matern Fetal Neonatal Med [Internet]. 2014 [citado el 11 de junio de 2024];27(9):960–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24044422/>
148. Ciesielski TH, Marsit CJ, Williams SM. Maternal psychiatric disease and epigenetic evidence suggest a common biology for poor fetal growth. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2015 [citado el 11 de junio de 2024];15(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26303856/>
149. Dunkel Schetter C, Tanner L. Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. Curr Opin Psychiatry [Internet]. 2012 [citado el 31 de mayo de 2024];25(2):141–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22262028/>
150. Markham JA, Koenig JI. Prenatal stress: Role in psychotic and depressive diseases. Psychopharmacology [Internet]. 2011 [citado el 31 de mayo de 2024];214(1):89–106. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00213-010-2035-0>



151. Jadresic M Enrique. Depresión en el embarazo y el puerperio. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2010 Dic [citado 2024 Mayo 31]; 48(4): 269-278. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000500003&lng=es
152. Federenko IS, Wadhwa PD. Women's mental health during pregnancy influences fetal and infant developmental and health outcomes. CNS Spectr [Internet]. 2004 [citado el 11 de junio de 2024]; 9(3):198–206. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14999160/>
153. Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M, Grunau R, Misri S, Devlin AM. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. Epigenetics [Internet]. 2008 [citado el 11 de junio de 2024];3(2):97–106. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18536531/>
154. Marcus SM. Depression during pregnancy: rates, risks and consequences--Motherisk Update 2008. J Popul Ther Clin Pharmacol [Internet]. 2009 [citado el 31 de mayo de 2024]; 16(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19164843/>
155. Lartigue T, Maldonado-Durán JM, González-Pacheco I, et al. Depresión en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum. 2008;22 (2):111-131.
156. de México R de G y. O. Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria [Internet]. Org.mx. [citado el 12 de junio de 2024]. Disponible en: <https://ginecologiayobstetricia.org.mx/articulo/nivel-de-ansiedad-segun-el-trimestre-del-embarazo-en-un-establecimiento-de-salud-de-atencion-primaria>
157. Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry [Internet]. 2017 [citado el 31 de mayo de 2024];210(5):315–23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28302701/>
158. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. J Affect Disord [Internet]. 2016 [citado el 31 de mayo de 2024];191:62–77. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26650969>
159. Asselmann E, Venz J, Wittchen H-U, Martini J. Maternal anxiety and depressive disorders prior to, during and after pregnancy and infant interaction behaviors during



- the Face-to-Face Still Face Paradigm at 4 months postpartum: A prospective-longitudinal study. *Early Hum Dev* [Internet]. 2018;122:45–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2018.05.007>
160. Tuovinen S, Lahti-Pulkkinen M, Girchenko P, Lipsanen J, Lahti J, Heinonen K, et al. Maternal depressive symptoms during and after pregnancy and child developmental milestones. *Depress Anxiety* [Internet]. 2018 [citado el 31 de mayo de 2024];35(8):732–41. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29667739/>
161. Fairbrother N, Janssen P, Antony MM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 [citado el 31 de mayo de 2024];200:148–55. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27131505/>
162. Fawcett EJ, Fairbrother N, Cox ML, White IR, Fawcett JM. The prevalence of anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A multivariate Bayesian meta-analysis. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado el 31 de mayo de 2024];80(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31347796/>
163. Grigoriadis S, Graves L, Peer M, Mamisashvili L, Tomlinson G, Vigod SN, et al. Maternal anxiety during pregnancy and the association with adverse perinatal outcomes: Systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2018 [citado el 12 de junio de 2024];79(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30192449/>
164. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2008 [citado el 10 de junio de 2024];65(7):805. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/482762>
165. Screening and diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and postpartum: ACOG Clinical Practice Guideline no. 4: *Obstet Gynecol* [Internet]. 2023 [citado el 12 de junio de 2024];141(6):1232–61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37486660/>
166. Kingston D, Janes-Kelley S, Tyrrell J, Clark L, Hamza D, Holmes P, et al. An integrated web-based mental health intervention of assessment-referral-care to reduce stress, anxiety, and depression in hospitalized pregnant women with medically high-risk pregnancies: A feasibility study protocol of hospital-based implementation. *JMIR*



- Res Protoc [Internet]. 2015 [citado el 31 de mayo de 2024];4(1):e9. Disponible en: <https://www.researchprotocols.org/2015/1/e9/>
167. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med* [Internet]. 2022 [citado el 31 de mayo de 2024];35(2):205–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32419558/>
168. Ravaldi C, Wilson A, Ricca V, Homer C, Vannacci A. Pregnant women voice their concerns and birth expectations during the COVID-19 pandemic in Italy. *Women Birth* [Internet]. 2021 [citado el 31 de mayo de 2024];34(4):335–43. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32684343/>
169. Huizink AC, Menting B, Oosterman M, Verhage ML, Kunseler FC, Schuengel C. The interrelationship between pregnancy-specific anxiety and general anxiety across pregnancy: a longitudinal study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2014 [citado el 31 de mayo de 2024];35(3):92–100. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25093467/>
170. Akiki S, Avison WR, Speechley KN, Campbell MK. Determinants of maternal antenatal state-anxiety in mid-pregnancy: Role of maternal feelings about the pregnancy. *J Affect Disord* [Internet]. 2016 [citado el 22 de mayo de 2024];196:260–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26945124/>
171. Mulder EJH, Ververs FFT, de Heus R, Visser GHA. Selective serotonin reuptake inhibitors affect neurobehavioral development in the human fetus. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2011 [citado el 31 de mayo de 2024];36(10):1961–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21525859/>
172. Sinesi A, Maxwell M, O’Carroll R, Cheyne H. Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych Open* [Internet]. 2019 [citado el 31 de mayo de 2024];5(1). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1192/bjo.2018.75>
173. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2017 [citado el 31 de mayo de 2024];219:86–92. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28531848/>
174. Rallis S, Skouteris H, McCabe M, Milgrom J. A prospective examination of depression, anxiety and stress throughout pregnancy. *Women Birth* [Internet]. 2014



- [citado el 31 de mayo de 2024];27(4):e36–42. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25240846/>
175. Misri S, Abizadeh J, Sanders S, Swift E. Perinatal generalized anxiety disorder: Assessment and treatment. *J Womens Health (Larchmt)* [Internet]. 2015;24(9):762–70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1089/jwh.2014.5150>
176. Dunkel Schetter C, Rahal D, Ponting C, Julian M, Ramos I, Hobel CJ, et al. Anxiety in pregnancy and length of gestation: Findings from the healthy babies before birth study. *Health Psychol* [Internet]. 2022 [citado el 12 de junio de 2024];41(12):894–903. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1037/hea0001210>
177. Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Moore Simas TA, et al. Consensus bundle on maternal mental health: Perinatal depression and anxiety. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2017 [citado el 12 de junio de 2024];129(3):422–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000001902>
178. Lopategui E. ESTRÉS: © 2000 Edgar Lopategui Corsino [Internet]. *Saludmed.com*. [citado el 31 de mayo de 2024]. Disponible en: <http://www.saludmed.com/Documentos/Estres.html>
179. Rivas APÑ. Estrés emocional en gestantes con preeclampsia atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo de junio – julio del 2014 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/11856/Nopo_ra-Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
180. Chung ESK. Estresores Psicosociales Asociados a Preeclampsia en Mujeres Hospitalizadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2011. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
181. Gourounti K. Psychological stress and adjustment in pregnancy following assisted reproductive technology and spontaneous conception: A systematic review. *Women Health* [Internet]. 2016 [citado el 12 de junio de 2024];56(1):98–118. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26212077>
182. Matvienko-Sikar K, Dockray S. Effects of a novel positive psychological intervention on prenatal stress and well-being: A pilot randomised controlled trial. *Women Birth* [Internet]. 2017 [citado el 12 de junio de 2024];30(2):e111–8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27810284/>



183. Sierra JC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar [Internet]. Bvsalud.org. [citado el 12 de junio de 2024]. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/malestar/v3n1/02.pdf>
184. Kuo S-H, Wang R-H, Tseng H-C, Jian S-Y, Chou F-H. A comparison of different severities of nausea and vomiting during pregnancy relative to stress, social support, and maternal adaptation. J Midwifery Womens Health [Internet]. 2007 [citado el 17 de junio de 2024]; 52(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17207743/>
185. Woods SM, Melville JL, Guo Y, Fan M-Y, Gavin A. Psychosocial stress during pregnancy. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2010 [citado el 12 de junio de 2024];202(1):61.e1-61.e7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2009.07.041>
186. Guardino CM, Dunkel Schetter C. Coping during pregnancy: a systematic review and recommendations. Health Psychol Rev [Internet]. 2014 [citado el 5 de junio de 2024];8(1):70–94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24489596/>
187. Ibrahim SM, Lobel M. Conceptualization, measurement, and effects of pregnancy-specific stress: review of research using the original and revised Prenatal Distress Questionnaire. J Behav Med [Internet]. 2020 [citado el 5 de junio de 2024];43(1):16–33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31183596/>
188. Regueiro AM. CONCEPTOS BÁSICOS: ¿QUE ES EL ESTRÉS Y CÓMO NOS AFECTA? [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.uma.es/media/files/tallerestr%C3%A9s.pdf>
189. Hartman S, Freeman SM, Bales KL, Belsky J. Prenatal stress as a risk—and an opportunity—factor. Psychol Sci [Internet]. 2018 [citado el 12 de junio de 2024];29(4):572–80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1177/0956797617739983>
190. Vinaccia S, Sánchez MV, Bustamante EM, Cano ÉJ, Tobón S. Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. Int J Clin Health Psychol [Internet]. 2006;6(1):41–51. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760103>
191. Bush NR, Savitz J, Coccia M, Jones-Mason K, Adler N, Boyce WT, et al. Maternal stress during pregnancy predicts infant infectious and noninfectious illness. J Pediatr [Internet]. 2021 [citado el 12 de junio de 2024];228:117-125.e2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2020.08.041>



192. Brunton PJ. Effects of maternal exposure to social stress during pregnancy: consequences for mother and offspring. *J Reprod Fertil* [Internet]. 2013 [citado el 21 de mayo de 2024]; 146(5):R175–89. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23901130/>
193. Phelan AL, DiBenedetto MR, Paul IM, Zhu J, Kjerulff KH. Psychosocial stress during first pregnancy predicts infant health outcomes in the first postnatal year. *Matern Child Health J* [Internet]. 2015 [citado el 12 de junio de 2024];19(12):2587–97. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26152890/>
194. Andersson NW, Hansen MV, Larsen AD, Hougaard KS, Kolstad HA, Schlünssen V. Prenatal maternal stress and atopic diseases in the child: a systematic review of observational human studies. *Allergy* [Internet]. 2016 [citado el 12 de junio de 2024];71(1):15–26. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26395995/>



ANEXOS

ANEXO 1: Autorización del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón para la ejecución de tesis



PERÚ Ministerio de Salud

HOSPITAL REGIONAL
"MANUEL NUÑEZ BUTRON" PUNO
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION
AV. El Sol 1021-Puno Teléfonos 351021-369696

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de nuestra Independencia y de la Conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Puno, 14 de mayo del 2024

OFICIO N° 001271 -2024-D-UAID-HR "MNB" – PUNO

Señor Dr.:

Robert MOLLEPAZA M.

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Presente.-

ASUNTO: Presentación de Tesista.

Por medio del presente es grato dirigirme a usted para, presentar a la señorita **Karen Mónica HAÑARI GOMEZ, Bachiller de Medicina** de la Escuela Profesional de Medicina Humana - Universidad Nacional del Altiplano Puno; quien desarrollará el Trabajo de Investigación Titulado **"ADAPTACION PSICOSOCIAL AL EMBARAZO ASOCIADO AL NIVEL DE DEPRESION, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN GESTANTES QUE ASISTEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON PUNO 2024;** a partir de la fecha, con la autorización de su Jefatura. Se solicita brindar las facilidades del caso.

Es propicia la oportunidad para expresarle mis consideraciones más distinguidas.

Atentamente,



M. JEAN PAUL G. VALENCIA REMOSO
CMP 50691-RNE 47083
DIRECTOR
HOSPITAL REGIONAL "MNB" - PUNO

JPVR/MBA/MLM

CC.





ANEXO 2: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

Yo, _____, de _____ años de edad, acepto de manera voluntaria participar en la investigación titulada "***Adaptación psicosocial al embarazo asociado al nivel de depresión, ansiedad y estrés en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2024***", para lo cual se aplicará el Cuestionario de Autoevaluación Prenatal y la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés. El estudio será desarrollado por el bachiller Karen Mónica Hañari Gómez, egresado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional del Altiplano Puno. La aplicación de los instrumentos se realizará como parte de una investigación para optar el título de Médico Cirujano:

Durante este proceso, se considerarán los siguientes criterios:

- Esta aplicación implicará una sesión, durante la cual se aplicará los instrumentos, los que no resultarán perjudiciales para la integridad de la persona.
- El investigador se compromete a no revelar la identidad de la participante en ningún momento de la investigación, ni después de ella.
- Los resultados de la prueba aplicada se utilizarán para los fines académicos de la investigación, salvaguardando siempre la identidad del participante.

Puno, ____ de _____ del 2024

Firma de la participante

Firma del investigador



ANEXO 3: Factores epidemiológicos de la gestante

Factores epidemiológicos de la participante

Edad			
Trimestre de gestación	I Trimestre	II Trimestre	III Trimestre
Paridad	Primigrávida	Multigrávida	-



ANEXO 4: Cuestionario de autoevaluación prenatal

Cuestionario de autoevaluación prenatal – versión de 30 ítems

Instrucciones:

A continuación, se presentan afirmaciones que han sido elaboradas para mujeres embarazadas con el propósito de describirse a sí mismas. Lea con atención cada afirmación y decida cuál de las opciones (mucho, con frecuencia, solo un poco, nada) describe mejor su forma de pensar y/o sentir. Luego marque con un aspa (X) en la casilla de la opción elegida.

A = MUCHO B = CON FRECUENCIA C = SOLO UN POCO D = NADA

	A	B	C	D
1 Siento que criar a mi bebé será gratificante				
2 Puedo soportar bien el dolor durante el parto				
3 Mi madre muestra interés por mi bebé que está por nacer				
4 Me preocupa que mi bebé pueda tener anomalías				
5 Mi pareja y yo conversamos del bebé que va a nacer				
6 Estoy informada de lo que me espera en el parto				
7 Saber que el parto tiene que terminar me ayudará a mantener el control				
8 Mi madre espera con ilusión a su nieto				
9 Mi pareja me entiende (me calma) cuando me molesto				
10 Me preocupo por los problemas que mi bebé podría tener al nacer				
11 En estos momentos, me siento bien cuando estoy con mi madre				
12 Mi pareja está interesado en conversar conmigo del embarazo				
13 Estoy nerviosa por las complicaciones que ocurran en el parto				
14 Estoy contenta de estar embarazada				
15 Me preocupa que algo salga mal durante el parto				
16 Durante este embarazo, mi madre me da seguridad cuando tengo dudas de mi misma				
17 Me preocupa perder a mi bebé en el parto				
18 Sé algunas cosas que me pueden ayudar en el parto				
19 Puedo contar con el apoyo de mi pareja en el parto				
20 Me siento preparada para lo que suceda en el parto				
21 Pienso que puedo soportar la incomodidad del parto				
22 Tengo confianza en mí habilidad para mantener la calma durante el parto				
23 Tengo confianza de tener un parto normal				
24 Siento que ya amo a mi bebé				
25 Estoy feliz con este embarazo				
26 Creo que puedo ser una buena madre				
27 Siento que voy a disfrutar de mi bebé				
28 Me gusta ver a otros padres e hijos juntos				
29 Espero con ilusión dar a luz				
30 Temo ser lastimada durante el parto				

ANEXO 5: Dimensiones del PSQ con sus respectivos ítems

Dimensión	Nº de ítem	Afirmación
Identificación con el rol materno	1	Siento que criar a mi bebé será gratificante
	14	Estoy contenta de estar embarazada
	24	Siento que ya amo a mi bebé
	25	Estoy feliz con este embarazo
	26	Creo que puedo ser una buena madre
	27	Siento que voy a disfrutar de mi bebé
	28	Me gusta ver a otros padres e hijos juntos
	29	Espero con ilusión dar a luz
Preocupación por el bienestar propio y del bebé	4	Me preocupa que mi bebé pueda tener anomalías
	10	Me preocupo por los problemas que mi bebé podría tener al nacer
	13	Estoy nerviosa por las complicaciones que ocurran en el parto
	15	Me preocupa que algo salga mal durante el parto
	17	Me preocupa perder a mi bebé en el parto
	30	Temo ser lastimada durante el parto
Preparación para el parto	2	Puedo soportar bien el dolor durante el parto
	6	Estoy informada de lo que me espera en el parto
	7	Saber que el parto tiene que terminar me ayudará a mantener el control
	18	Sé algunas cosas que me pueden ayudar en el parto
	20	Me siento preparada para lo que suceda en el parto
	21	Pienso que puedo soportar la incomodidad del parto
	22	Tengo confianza en mí habilidad para mantener la calma durante el parto
	23	Tengo confianza de tener un parto normal
Relación con la madre	3	Mi madre muestra interés por mi bebé que está por nacer
	8	Mi madre espera con ilusión a su nieto
	11	En estos momentos, me siento bien cuando estoy con mi madre
	16	Durante este embarazo, mi madre me da seguridad cuando tengo dudas de mi misma
Relación con la pareja	5	Mi pareja y yo conversamos del bebé que va a nacer
	9	Mi pareja me entiende (me calma) cuando me molesto
	12	Mi pareja está interesado en conversar conmigo del embarazo
	19	Puedo contar con el apoyo de mi pareja en el parto

ANEXO 6: Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21)

Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21)

Indicaciones:

Por favor lea las afirmaciones y de acuerdo a cómo te sentías durante el mes pasado coloque un círculo alrededor de un número

- 0: No me ha ocurrido
- 1: Me ha ocurrido un poco o durante parte del tiempo
- 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo

1.- Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2.- Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3.- No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4.- Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5.- Se me hizo difícil tomar la iniciativa	0	1	2	3
6.- Reaccione exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7.- Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8.- Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9.- Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10.- Sentí que no tenía por qué vivir	0	1	2	3
11.- Note que me agitaba	0	1	2	3
12.- Se me hizo difícil terminar las cosas	0	1	2	3
13.- Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14.- No tolere nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15.- Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16.- No me pude entusiasmar por nada	0	1	2	3
17.- Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3

ANEXO 7: Subescalas del DASS-21 con sus respectivos ítems

Subescala	Nº de ítem	Afirmación
Depresión	3	No podía sentir ningún sentimiento positivo
	5	Se me hizo difícil tomar la iniciativa
	10	Sentí que no tenía por qué vivir
	13	Me sentí triste y deprimido
	16	No me pude entusiasmar por nada
	17	Sentí que valía muy poco como persona
	21	Sentí que la vida no tenía ningún sentido
Ansiedad	2	Me di cuenta que tenía la boca seca
	4	Se me hizo difícil respirar
	7	Sentí que mis manos temblaban
	9	Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo
	15	Sentí que estaba al punto de pánico
	19	Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico
	20	Tuve miedo sin razón
Estrés	1	Me costó mucho relajarme
	6	Reaccione exageradamente en ciertas situaciones
	8	Sentí que tenía muchos nervios
	11	Note que me agitaba
	12	Se me hizo difícil terminar las cosas
	14	No tolere nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo
	18	Sentí que estaba muy irritable



ANEXO 8: Programación mensual de metas físicas 2023 total – P.P. Salud Materno Neonatal – HR “MNB” – Puno

PROGRAMACION MENSUAL DE METAS FISICAS 2023 TOTAL - P.P. SALUD MATERNO NEONATAL - HR "MNB" - PUNO																
PRODUCTOS	UNIDAD M.	META 2023	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOTAL	AVANCE
3000001 ACCIONES COMUNES	INFORME	4														0
Actividad: Monitoreo, Supervisión, 50004430 Evaluación y Control de Salud Materno neonatal (50004430)	INFORME	4	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	25
3000005 ADOLESCENTES ACEDEN A SERVICIOS DE SALUD PARA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO	ADOLESCENTE ATENDIDA	800	7	9	4	11	35	11	9	12	76	88	168	107	537	67.125
5000502 ATENCIÓN INTEGRAL PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE	ADOLESCENTE ATENDIDA	800	7	9	4	7	35	11	9	12	47	81	168	107	497	62.1
ADOLESCENTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO	ADOLESCENTE SUPLEMENTADA	160	0	0	0	4	0	0	0	0	0	29	7	0	40	25
3033172 ATENCIÓN PRENATAL REENFOCADA	GESTANTE CONTROLADA	120	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3317201 ATENCIÓN A LA GESTANTE	GESTANTE CONTROLADA	120	13	23	0	15	25	3	31	4	10	0	1	0	125	104.1
3317202 VACUNA A LA GESTANTE	GESTANTE PROTEGIDA	96	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3317204 EXAMENES DE LABORATORIO COMPLETO	GESTANTE ATENDIDA	120	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	1.6
3317205 ECOGRAFIA OBSTETRICA	GESTANTE ATENDIDA	120	237	0	185	134	165	187	20	8	3	0	45	61	1045	870
3317206 ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DE LA GESTANTE	GESTANTE ATENDIDA	84	0	0	0	0	0	0	0	18	55	28	23	17	141	167.8
3317209 EVALUACIÓN DEL BIENESTAR FETAL	GESTANTE EXAMINADA	120	76	60	35	37	63	78	44	37	43	26	24	33	556	463.3
3317210 GESTANTE CON SUPLEMENTO DE HIERRO Y ACIDO FOLICO	GESTANTE SUPLEMENTADA	120	1	0	2	0	0	0	21	6	30	3	0	0	63	52.5
3033291 POBLACION ACCEDE A METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	PERSONA ATENDIDA	900	94.92	91.18	89.72	51.9	67.5	68.84	80.21	89.37	111.74	102	65.93	72.86	994.16	109.57444
3329101 AQV masculino	PAREJA PROTEGIDA	AD	0	0	2	7	2	1	0	1	1	1	1	15	31	AD
3329102 Complicación AQV masculino	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3329103 AQV femenino	PAREJA PROTEGIDA	AD	8	8	12	8	3	3	7	8	11	5	4	8	85	AD
3329104 Complicación de AQV femenino	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3329105 Dispositivos Intrauterinos (Método DIU)	PAREJA PROTEGIDA	54	0	0	1	1	1	0	0	4	0	2	2	1	12	22.2
3329106 Anticonceptivo hormonal inyectable	PAREJA PROTEGIDA	162	0.76	4	3.5	6.75	3.5	4.75	2	1.69	5.75	3	2.5	2	40.2	24.6
3329107 Métodos de barrera	PAREJA PROTEGIDA	108	57.89	7.3	9.8	3.9	4.2	5.1	6.2	24.7	28.4	17	15.7	14.5	194.49	180.5
3329108 Anticonceptivo hormonal oral	PAREJA PROTEGIDA	117	2.84	1.46	3.84	0.92	2.7	0.61	1.92	2.46	2.92	3.07	1.23	0.61	24.58	21.3
3329109 Anticoncepción oral de emergencia (AOE)	PERSONA ATENDIDA		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3329110 Métodos de abstinencia periódica	PAREJA PROTEGIDA	18	0	0	3.78	0.33	0.3	1.3	0.17	0.17	0.5	0	0.17	0.17	6.89	38.8
3329111 Método de lactancia materna exclusiva(MELA)	PAREJA PROTEGIDA	153	21.5	52.5	36.5	20.5	46	37	42.5	37	39.5	44.5	20.5	16	414	270
3329112 Complicaciones por uso de DIU	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3329113 Anticonceptivo hormonal mensual inyectable	PAREJA PROTEGIDA	72	0.75	0.92	1	1.5	3.8	1.08	1.42	1.25	0.67	0.42	0.83	0.58	14.22	62.5
3329114 Condón femenino	PAREJA PROTEGIDA	27	2.3	0	0.3	0	0	0	0	0.1	0	0	0	0	2.7	11.1
3329115 Implante	PAREJA PROTEGIDA	250	1.08	25	16	2	1	15	19	9	22	26	18	15	169.08	68
3329116 EFECTOS SECUNDARIOS DEL IMPLANTE	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3329117 EXTRACCIÓN O REMOCIÓN DEL IMPLANTE	PACIENTE ATENDIDO		0	0	0	0	0	0	2	4	0	3	1	2	12	
3033292 POBLACION ACCEDE A SERVICIOS DE CONSEJERIA EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	PERSONA ATENDIDA	5500	238	245	495	293	321	238	201	285	281	305	270	271	3443	62.6
3329201 Orientación/consejería en salud sexual y reproductiva	PERSONA ATENDIDA	4500	238	245	495	293	321	238	201	276	280	305	270	271	3433	76.2
3329202 CAPTACION DE MUJERES CON DEMANDA INSATISFECHA DE PLANIFICACION FAMILIAR	PERSONA ATENDIDA	650	0	0	0	0	0	0	0	9	1	0	0	0	10	1.5
3329203 ATENCIÓN PREGESTACIONAL	PERSONA ATENDIDA	350	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3033294 ATENCIÓN DE LA GESTANTE CON COMPLICACIONES	CASO TRATADO	1370	88	75	121	112	97	109	81	67	91	106	108	142	1197	87.372263
3329404 Amenaza de parto prematuro	CASO TRATADO	124	7	5	9	5	22	12	3	7	5	10	11	15	111	89.5
3329406 Hemorragias de la 1er mitad del embarazo sin	CASO TRATADO	90	22	28	31	29	24	22	27	21	19	28	30	28	309	343.3
3329407 Hemorragia de la 2da mitad del embarazo	CASO TRATADO	122	5	3	4	11	2	6	5	1	4	4	2	8	55	45
3329408 Hipertensión gravídica	CASO TRATADO	82	1	1	3	2	5	0	1	1	2	2	5	7	30	36.5
3329409 Infección del tracto urinario en el embarazo	CASO TRATADO	190	6	6	15	13	5	14	7	4	11	14	11	18	124	65.2
3329413 Ruptura prematura de membranas y otra	CASO TRATADO	98	10	14	6	23	4	9	5	12	10	9	11	15	128	130.6
3329414 Hemorragias de la 1era mitad del embarazo con	CASO TRATADO	100	3	2	1	3	4	1	3	2	5	1	1	8	34	34
3329415 Trastorno hipertensivos en el embarazo	CASO TRATADO	194	23	11	28	13	16	29	16	12	13	16	24	26	227	117
3329416 Trastorno metabólicos del embarazo	CASO TRATADO	80	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	3.7
3329417 Otras enfermedades del embarazo	CASO TRATADO	92	9	1	4	6	6	1	2	0	4	5	5	5	48	52.1
3329418 GESTANTE CON ANEMIA	CASO TRATADO	198	2	4	19	7	9	15	12	7	17	17	8	11	128	64.6
3033295 ATENCIÓN DEL PARTO NORMAL	PARTO NORMAL	1500	95	96	80	74	99	81	99	94	92	73	77	76	1036	69.066667
2.9.1 Atención del parto normal / atención del parto vaginal (3329501)	PARTO NORMAL	1500	95	96	80	74	99	81	99	94	92	73	77	76	1036	69
3033296 ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO NO QUIRURGICO	PARTO COMPLIC.	470	10	16	18	24	22	26	16	31	14	21	8	5	211	44.893617
3329601 Parto Distócico/ Trabajo de Parto Disfuncional	PARTO COMPLICADO	330	8	14	9	16	11	15	9	26	10	17	5	0	140	42.4
3329602 Hemorragias Intraparto y Postparto	PARTO COMPLICADO	140	2	2	9	8	11	11	7	5	4	4	3	5	71	50.7
3033297 ATENCIÓN DEL PARTO COMPLICADO QUIRURGICO	CESAREA	790	49	38	35	50	35	39	34	45	50	47	36	40	498	63.03797
3329701 CESAREA	CESAREA	790	49	38	35	50	35	39	34	45	50	47	36	40	498	63



ANEXO 9: Declaración jurada de autenticidad de tesis.



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



VRI
Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD DE TESIS

Por el presente documento, Yo Karen Mónica Hañara Gómez
identificado con DNI 71061709 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado
Medicina Humana

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:
" Adaptación psicosocial al embarazo asociado al nivel de depresión,
ansiedad y estrés en gestantes que asisten al consultorio externo de
Obstetricia del Hospital Regional Manuel Niñez Butrón, Puno 2024 "

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

En caso de incumplimiento de esta declaración, me someto a las disposiciones legales vigentes y a las sanciones correspondientes de igual forma me someto a las sanciones establecidas en las Directivas y otras normas internas, así como las que me alcancen del Código Civil y Normas Legales conexas por el incumplimiento del presente compromiso

Puno 08 de julio del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella



ANEXO 10: Autorización para el depósito de tesis en el repositorio institucional.



Universidad Nacional
del Altiplano Puno



Vicerrectorado
de Investigación



Repositorio
Institucional

AUTORIZACIÓN PARA EL DEPÓSITO DE TESIS O TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Por el presente documento, Yo Karen Mónica Huará Gómez,
identificado con DNI 71061709 en mi condición de egresado de:

Escuela Profesional, Programa de Segunda Especialidad, Programa de Maestría o Doctorado

Medicina Humana

informo que he elaborado el/la Tesis o Trabajo de Investigación denominada:

“Adaptación psicosocial al embarazo asociado al nivel de depresión, ansiedad y estrés en gestantes que asisten al consultorio externo de Obstetricia del Hospital Regional Manuel Núñez Butrón, Puno 2024”

para la obtención de Grado, Título Profesional o Segunda Especialidad.

Por medio del presente documento, afirmo y garantizo ser el legítimo, único y exclusivo titular de todos los derechos de propiedad intelectual sobre los documentos arriba mencionados, las obras, los contenidos, los productos y/o las creaciones en general (en adelante, los “Contenidos”) que serán incluidos en el repositorio institucional de la Universidad Nacional del Altiplano de Puno.

También, doy seguridad de que los contenidos entregados se encuentran libres de toda contraseña, restricción o medida tecnológica de protección, con la finalidad de permitir que se puedan leer, descargar, reproducir, distribuir, imprimir, buscar y enlazar los textos completos, sin limitación alguna.

Autorizo a la Universidad Nacional del Altiplano de Puno a publicar los Contenidos en el Repositorio Institucional y, en consecuencia, en el Repositorio Nacional Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto, sobre la base de lo establecido en la Ley N° 30035, sus normas reglamentarias, modificatorias, sustitutorias y conexas, y de acuerdo con las políticas de acceso abierto que la Universidad aplique en relación con sus Repositorios Institucionales. Autorizo expresamente toda consulta y uso de los Contenidos, por parte de cualquier persona, por el tiempo de duración de los derechos patrimoniales de autor y derechos conexos, a título gratuito y a nivel mundial.

En consecuencia, la Universidad tendrá la posibilidad de divulgar y difundir los Contenidos, de manera total o parcial, sin limitación alguna y sin derecho a pago de contraprestación, remuneración ni regalía alguna a favor mío; en los medios, canales y plataformas que la Universidad y/o el Estado de la República del Perú determinen, a nivel mundial, sin restricción geográfica alguna y de manera indefinida, pudiendo crear y/o extraer los metadatos sobre los Contenidos, e incluir los Contenidos en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

Autorizo que los Contenidos sean puestos a disposición del público a través de la siguiente licencia:

Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visita: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

En señal de conformidad, suscribo el presente documento.

Puno 08 de julio del 2024

FIRMA (obligatoria)



Huella