



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

Efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino: Un estudio de cohorte prospectivo.

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
Médico Cirujano**

**AUTOR:**

Zuloaga Cortez, Guillermo Fernando ([orcid.org/0009-0005-8236-9796](https://orcid.org/0009-0005-8236-9796))

**ASESOR:**

Mgr. Salirrosas Fernandez, Remigio David ([orcid.org/0000-0003-2640-9376](https://orcid.org/0000-0003-2640-9376))

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:**

Salud Perinatal e Infantil

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Apoyo a la reducción de brechas y carencia en la educación en todos sus niveles

**TRUJILLO – PERÚ**

**2024**

## DEDICATORIA

A mis abuelitos Pablo Bran y Luz Arana que siempre fueron mi motor y motivo, sin ellos nada de esto habría sido posible, sus enseñanzas y consejos me convirtieron en lo que ahora soy, un beso al cielo; siempre supe que están orgullosos de mí y ahora aún más; ahora cuidare de los nuestros como ustedes lo hacían, hasta reencontrarnos pronto.

A mi tiita Elsira como yo le digo, este logro es de ella, mejores cosas vendrán para nosotros.

A mis padres Juan y Mery que fueron pieza fundamental, sus consejos y consuelos me ayudaron a seguir avanzando sin mirar atrás.

## **AGRADECIMIENTO**

Expreso mi gratitud al ser divino por darme el aliento de vida, darme la conciencia de saber que tengo propósitos en la tierra, uno de ellos el servir a la humanidad, gracias por permitirme alcanzar una de mis mayores aspiraciones y ambiciones de convertirme en Médico cirujano.

Agradezco a mi familia, por inculcarme buenos valores y por su apoyo incondicional a lo largo de mi vida y de esta grandiosa carrera como es la medicina, un peldaño más alcanzado gracias a ellos sobre todo a mis abuelitos Pablo y Luz que desde el cielo saben que este primer logro es por y para ellos, gracias a mi tía Elsira que más que tía es como una madre para mí, asimismo a mis padres Juan y Mery que nunca me dejaron caer cuando pensé que todo se me derrumbaba y no lo iba a lograr.

Agradezco a los médicos del Hospital II-1 Moyobamba su inestimable orientación teórica y práctica, que desempeñó un papel crucial en mi formación como profesional.

A mi asesor Dr. David Salirrosas Fernandez, por sus aportes, sugerencias y la motivación para concluir la presente tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenido.....	iv
Índice de tablas.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	3
III. METODOLOGÍA.....	6
3.1. Tipo y diseño de investigación.....	6
3.2. Variables y operacionalización.....	6
3.3. Población, muestra y muestreo.....	6
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección.....	8
3.5. Procedimientos.....	8
3.6. Método de análisis de datos.....	9
3.7. Aspectos éticos.....	10
IV. RESULTADOS.....	11
V. DISCUSIÓN.....	14
VI. CONCLUSIONES.....	17
VII. RECOMENDACIONES.....	18
REFERENCIAS.....	19
ANEXOS	

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Estrés materno de las gestantes.....	10
Tabla 2. Tipo de parto pretérmino más frecuente.....	11
Tabla 3. Asociación entre el estrés materno y el parto pretérmino.....	12

## RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo: Determinar el efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino. Investigación de metodología básica, analítico, observacional, de cohorte longitudinal. La muestra fue de 176 gestantes con estrés y 176 gestantes sin estrés; a las cuales se les aplicó la Escala de Estrés Percibido (PSS). Para el análisis estadístico se empleó la prueba chi-cuadrado y el modelo de regresión de Poisson para establecer el riesgo relativo (RR). Dentro de los resultados se observó que una gestante con estrés tiene riesgo de presentar parto pretérmino (RR: 1,641; IC 95% 1,032-2,607;  $p = 0,035$ ). Concluyendo que el estrés materno si tiene un efecto significativo sobre el riesgo de parto pretérmino.

**Palabras clave:** Estrés materno, embarazo, parto pretérmino.

## ABSTRACT

The aim of the research was to determine the effect of maternal stress during pregnancy on the risk of preterm birth. Research of basic methodology, analytical, observational, longitudinal cohort. The sample consisted of 176 pregnant women with stress and 176 pregnant women without stress, to whom the Perceived Stress Scale (PSS) was applied. For the statistical analysis, the chi-square test and the Poisson regression model were used to establish the relative risk (RR). The results showed that a pregnant woman with stress is at risk of preterm birth (RR: 1.641; 95% CI 1.032-2.607;  $p = 0.035$ ). It was concluded that maternal stress does have a significant effect on the risk of preterm birth.

**Keywords:** Maternal stress, pregnancy, preterm birth.

## I. INTRODUCCIÓN

El embarazo trae consigo muchos cambios a nivel fisiológico, y de estado emocional, que requieren de aprendizajes y habilidades específicas que permitan desarrollar una transición hacia una maternidad saludable. Las preocupaciones sobre el bienestar fetal, el dolor fisiológico, las interrupciones de la vida cotidiana y los trastornos mentales pueden agravarse durante la gestación (1).

El parto pretérmino (PPT) es aquel parto que se presenta en menos de las 37 semanas (ss); el PPT es considerada la 1era causa de muerte infantil, actualmente y sobre todo en países subdesarrollados los porcentajes de nacidos prematuros son altos, también se evidencia en países desarrollados, si vemos los porcentajes, estos se encuentran entre el 5-18 %; el PPT viene a ser definido como un síndrome el cual puede ser producido por muchos factores tales como infección, sobre distensión uterina, patología cervical, deficiencia de progesterona, alteraciones vasculares y estrés materno-fetal (2), (3).

Como bien sabemos, el organismo frente a eventualidades difíciles responde con estrés como una respuesta normal a este evento, las cuales con el pasar del tiempo afecta muchas funciones a nuestro organismo, pero debemos saber que todo ello podemos controlar si tenemos una mejor organización y/o mejor dicho equilibrio en nuestras vidas. En la gestación en general y principalmente en el parto se producen eventos de estrés psicofisiológico ya sea para la madre o el feto, este estrés conlleva al agotamiento, ocasionado PPT en el embarazo. En tal sentido tener estrés o episodios de estrés durante la gestación se ha relacionado íntimamente con pérdidas gestacionales ya sean tempranas o tardías, sin embargo, en la literatura existe mucha controversia (4), (5).

Diversas mujeres en la gestación y también en el postparto manifiestan muchos cambios físicos y psicológicos que realmente propician inestabilidad emocional. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el estrés afecta a 15/100 mujeres embarazadas debido a diversas preocupaciones que llevan a pensar más claramente en traer una vida al mundo. El estrés es uno de los problemas más significativos y frecuentes durante los primeros meses de embarazo, y el 9,6% de las muertes perinatales en todo el mundo están asociadas al PPT (6) (7).

En el Perú, en el 2019, el PPT tuvo una incidencia del 6,8 %; mientras en el 2021, se presentó en un 9,8% (8). Evidencias actualizadas sugieren dos grupos de



causas, las intrínsecas y extrínsecas; el estrés materno pertenece a las causas extrínsecas, que es un elemento que activa prematuramente el eje Hipotálamo-Hipófisis adrenal; produciendo así el PPT, ya sea elevando los niveles séricos de estrógenos o disminuyendo los niveles de la progesterona (8), (9).

Actualmente en el Hospital de Moyobamba, en los meses de abril y mayo del 2023, hubo alrededor de 92 casos de PPT; durante la anamnesis las madres indicaban que el parto se les adelantaba luego de estar afrontando una intensa situación de estrés debido a los bajos ingresos económicos, abandono de sus parejas, violencia, por dicho motivo surge indagar la asociación entre el estrés y el parto pretérmino. Este proyecto es de suma importancia, dado que existen muchos casos de PPT en el hospital de Moyobamba, y además se busca identificar la asociación del estrés y el PPT. Por otro lado, la implicancia del estudio se basa en que al demostrarse la asociación entre las variables se buscará implementar estrategias que permitan disminuir las situaciones de estrés que viven diversas gestantes y por tanto se reducirá los casos de PPT. El diseño de investigación orientará a futuros estudios. Además, se dispone de recursos humanos, financieros y tiempo para desarrollar el estudio. El problema de estudio fue ¿Cuál es el efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino? El objetivo general fue determinar el efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino. Mientras los objetivos específicos fueron determinar el nivel de estrés materno de las gestantes, determinar el tipo de parto pretérmino más frecuente, determinar la asociación entre el estrés materno y el parto pretérmino. La hipótesis de estudio fue H1: El estrés materno si tiene un efecto significativo sobre el riesgo de parto pretérmino. H0: El estrés materno no tiene un efecto significativo sobre el riesgo de parto pretérmino.

## II. MARCO TEÓRICO

En Dinamarca en el 2023, se reportó que las mujeres con niveles moderados o altos de estrés tuvieron una tasa más alta de dar a luz antes de las 37 semanas (nivel alto: 27-33 semanas (HR) 1,38; IC 95 % 1,04, 1,84; 34-36 semanas: (HR) 1,10, IC 95% 0,97, 1,25; 37-38 semanas: 1,21, IC 95% 1,15, 1,28). Estas asociaciones del estrés de la vida y del parto prematuro fueron impulsadas principalmente por preocupaciones sobre el embarazo. (10)

En el año 2022, en Pakistán, se reportó una asociación entre el PPT y el estrés, ansiedad y depresión ( $p < 0,0001$ ). Se encontró un nivel diferencial significativo del estrés entre las mujeres con PPT según el sistema familiar. Los resultados del estudio actual indican que la prevalencia del estrés es mayor entre las mujeres con PPT que entre las mujeres normales. (11)

El 2022, en Pennsylvania las gestantes presentaban un elevado estrés percibido (19%). El PPT fue más frecuente en mujeres con estrés elevado (15,2%) y el estrés incrementa el riesgo del PPT (OR: 1,55). (12)

El 2021, en Estados Unidos de América, se halló que el parto prematuro fue más predominantemente en mujeres no hispanas con antecedentes de parto prematuro espontáneo previo, por otro lado, un microbiota cervicovaginal no óptima se asocia con mayores probabilidades de PPT espontáneo recurrente (OR: 3,58). (13)

Mientras en Tailandia el 2020, el estrés predecía significativamente el parto pretérmino (OR: 8,66;  $p < 0,001$ ). Por lo tanto, se deben implementar acciones para reducir los cuadros de estrés de las gestantes. (14)

El 2018 en Ecuador, el 51% de las mujeres sufrió de estrés, el 86 % tenía riesgo de prematuridad. El estrés en la gestación y en la adolescencia puede conllevar al parto prematuro. (15)

En Suecia el 2016; los nacimientos prematuros se asociaron con un mayor estrés materno ( $p < 0,000$ ; OR 2,15). El estrés durante el embarazo se relacionó con el 54% de los nacimientos prematuros. (16)

En Sullana el 2020, se reportó que las mujeres que padecían de estrés tenían la mayor probabilidad de tener un parto pretérmino (OR = 5.47) en comparación a las mujeres que no padecían de estrés. (17)

En Moyobamba el 2020; de las gestantes atendidas el 84,4% tenían 16 y 19 años, el 54,4% fueron amas de casa, el 67,8% convivientes. La repercusión de parto prematuro fue del 27%. El estrés de las jóvenes embarazadas está asociado con el PPT ( $p < 0,05$ ). (18)

En Trujillo el 2019, se reportó que el estrés materno y el riesgo a PPT estaban asociados [OR = 1,76;  $p \leq 0.05$ ], se identificó la presencia de estrés en puérperas con parto pretérmino en un 30,97%. (19)

El PPT se origina dentro de las 28 y 36 semanas con seis días después de la última menstruación. La recurrencia está entre el 5% y el 18%. Sin embargo, los avances actualizados sugieren de datos confiables sobre la tendencia creciente en los porcentajes de aumento en prematuridad en las últimas dos décadas. (20)

Dentro de las clasificaciones encontramos el PPT precoz entre las 28ss y <34ss; PPT tardío entre 34 y <37ss; También encontramos la clasificación según clínica: PPT espontánea con membranas ovulares integra, asociado a ruptura prematura de membranas, PPT iatrogénico que es resultado de la intermisión médica prematura del embarazo por causa de la madre o el feto. (21)

La fisiopatología del parto pretérmino incluye por lo menos 4 procesos patológicos principales que conducen al parto prematuro espontáneo y una vía final común que conduce al parto. Son la activación prematura del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal de la madre y feto, la inflamación, hemorragia decidual y dilatación uterina patológica. (22) A pesar de su importancia clínica, la causa se sigue desconociendo y casi todos los casos se presentan de manera espontánea. Se conocen muchos factores de riesgo para el PPT, incluidos los trastornos inflamatorios y la historia genética, pero los mecanismos moleculares aún no se comprenden del todo. (23)

El estrés se asocia con algunas dificultades del embarazo y, por lo tanto, se cita como una afección médica notable que debe abordarse ya sea por motivos personales, sociales o específicos en la gestación. Asimismo, está vinculado con la

prematuridad, depresión y ansiedad e hipoxia al nacimiento. La manera que una persona afronta estas situaciones estresantes y adversas se llama resiliencia. Esta respuesta es individualizada, dinámica, contextual e influye en los resultados tanto de la madre como del feto. La resiliencia deficiente se asocia con hallazgos de embarazo deficientes. El contexto social en la gestación puede funcionar como un factor de protección o coadyuvante (riesgo), lo que sugiere que un entorno socialmente vulnerable juega un papel de manera desfavorable en la resiliencia y, por lo tanto, en la percepción del estrés (24).

Los efectos del estrés tienen consecuencias sobre la salud mental y física y mayor prematuridad. La exposición de las gestantes al estrés está asociada con la falta de control emocional, preocupación por el futuro, la mala relación con la pareja, el analfabetismo y la pobreza. Estos se incrementan por ciertos factores como la adolescencia, y falta de apoyo social. Dichos factores estresantes actúan individualmente o acumulativa y exceden la manera de adaptación de la mujer embarazada. La ansiedad y la poca seguridad en el entorno de la madre-padre del niño parecen ser las principales causas de altos picos de estrés en la madre con prematuridad. (25)

Un mecanismo inflamatorio vincula el estrés materno con el parto prematuro y el bajo peso al nacer. La activación del eje hipotálamo-hipofisario (HPA) materno y fetal conduce a la contractilidad uterina, la maduración cervical y la activación de la membrana fetal en una vía de parto similar. El estrés puede favorecer el parto prematuro, aunque la exposición al estrés parece modular la inmunomodulación de forma diferente en cada persona. Los factores de riesgo médico y las exposiciones ambientales pueden explicar la influencia del estrés en los resultados del parto. (26). Durante la gestación la mujer pasa a un cambio relevante en un tiempo limitado, así como también a cambios que atraen muchas necesidades en progresión. Durante el estrés la mujer se encuentra vulnerable, depresiva y de baja autoestima. (27)

Según el Ministerio de Salud peruano, son cruciales la atención prenatal, la psicoprofilaxis según la edad gestacional en los centros maternos, por otro lado, los centros especializados en salud mental son los encargados de realizar el

seguimiento domiciliario y el tratamiento integral de las embarazadas cuando presentan problemas psiquiátricos. (28)

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

**3.1.1. Tipo de estudio:** Básica.

**3.1.2. Diseño de investigación:** Analítico, observacional, de cohorte longitudinal. (Anexo N°1).

#### **3.2. Variables y operacionalización**

##### **3.2.1. Variables**

- **Variable:** Estrés materno.
- **Variable:** Parto pretérmino.

**3.2.2. Operacionalización de variable:** (Anexo N°2)

#### **3.3. Población, muestra y muestreo**

##### **3.3.1. Población.**

352 gestantes entre 26 a 28ss del embarazo atendidas durante su control prenatal en el Hospital de Moyobamba en noviembre del 2024.

##### **Criterios de inclusión**

###### **Cohorte 1**

- Gestante con estrés.
- Gestante con estrés primigesta o multigesta.
- Gestante con estrés con alguna complicación (Trastorno hipertensivo, infecciones y hemorragias).

###### **Cohorte 2**

- Gestante sin estrés
- Gestante sin estrés primigesta o multigesta.
- Gestante sin estrés que presente alguna complicación (Trastorno hipertensivo, infecciones y hemorragias).

### **Criterios de exclusión**

- Gestante no controlada.
- Gestante que padezca otras patologías no obstétricas.
- Gestante con discapacidades mentales.

### **3.3.2. Muestra**

Se empleó la fórmula para comparar dos proporciones:

$$n = \frac{(Z\alpha/2 + Z\beta)^2 (p1 \cdot q1 + p2 \cdot q2)}{(p2 - p1)^2}$$

Sustituyendo los valores se tiene

$$p1 = 0,15^{10}$$

$$p2 = 0,27^{10}$$

Sustituyendo en fórmula:

$$n = \frac{(1,96 + 0,84)^2 (0,15 \times 0,88 + 0,27 \times 0,71)}{(0,27 - 0,15)^2}$$

$$n = 176$$

Cohorte 1: (Gestantes con estrés) = 176.

Cohorte 2: (Gestantes sin estrés) = 176.

### **3.3.3 Muestreo**

Muestreo no probabilístico por conveniencia.

#### **Unidad de análisis**

Gestante con estrés y sin estrés.

### **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

La metodología elegida para este estudio implicó la utilización de una encuesta, empleando específicamente el cuestionario de Cohen (PSS), para evaluar los niveles de estrés en mujeres embarazadas. El cuestionario constó de 14 ítems y empleo una escala Likert de 5 puntos (que va de 0 = nunca a 4 = muy a menudo) para determinar la frecuencia del estrés experimentado por las participantes. Este instrumento permitió identificar y medir los niveles de estrés en la población diana. La puntuación acumulada de la Escala de Estrés Percibido (PSS) se calculó invirtiendo los valores de los ítems específicos (4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13) utilizando la siguiente escala: 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 y 4=0. Posteriormente, se sumaron las puntuaciones de los 14 ítems. Los ítems se evaluaron mediante una escala de valoración que constó de cuatro categorías: casi nunca o nunca estresado (0-14), a veces estresado (15-28), frecuentemente estresado (29-42) y muy a menudo estresado (43-56). El instrumento fue validado por Ribeiro (29), quien informó un coeficiente de fiabilidad de alfa de Cronbach de 0,74. (Anexo N°3) Además, el instrumento incluyó cuatro factores, a saber, la edad, el nivel de estudios, el empleo y el origen. Por otro lado, también se elaboró una ficha de datos para identificar el PPT que se aplicó después de 12 ss de aplicado el instrumento durante la visita domiciliaria. (Anexo N°4)

### **3.5. Procedimientos**

Una vez concluido el proyecto, se presentó al comité de ética de la universidad para su evaluación y aprobación. Posteriormente, se presentó a los miembros del jurado, seguido de la solicitud formal de autorización para seguir adelante con el proyecto, que se envió al director del hospital. (Anexo 5). Una vez obtenido el documento, se remitió al jefe del servicio de ginecología para su adecuada coordinación. (Anexo 6). Se identificó a las gestantes entre 26 y 28ss. Si expresan su deseo de participar en la investigación, se les pidió que firmen el consentimiento informado. (Anexo N°7) A continuación, se

proporcionó a los participantes el instrumento necesario, que llenaron aprox. 15 minutos. Posterior a ello después de 12 ss mediante la visita domiciliaria se revisó el carnet del recién nacido para identificar a cuantas semanas nació y determinar si fue un PPT.

### 3.6. Método de análisis de datos

Una vez finalizada la recogida de datos, se creó una base de datos utilizando el SPSS 27.0 con el fin de realizar los análisis pertinentes. La estadística descriptiva se presentó mediante tablas de doble entrada, las cuales mostraron los resultados de las variables en estudio en términos de proporciones y porcentajes. En la estadística inferencial se utilizó la prueba chi-cuadrado para la comprobación de hipótesis, y la significancia estuvo determinada por un valor p inferior a 0,05.

El estudio empleó el modelo de regresión de Poisson para establecer el riesgo relativo (RR), que sirvió como estimación de la asociación entre las variables investigadas. Un RR superior a 1 indicó una mayor probabilidad de parto pretérmino en las embarazadas que experimentan estrés, mientras que un RR inferior a 1 sugirió una menor probabilidad de parto pretérmino.

<b>Estrés materno</b>	<b>Parto pretérmino</b>	
	<b>Si</b>	<b>No</b>
<b>Si</b>	<b>a</b>	<b>b</b>
<b>No</b>	<b>c</b>	<b>d</b>

**Riesgo relativo (RR):**  $a / (c+d) / c / (a+b)$



### 3.7. Aspectos éticos

Se tuvo en cuenta los siguientes principios:

**Beneficencia:** Se respetará este principio mediante la revisión exclusiva de historias clínicas, asegurando que los hallazgos obtenidos se utilicen para el beneficio de las gestantes.

**No-Maleficencia:** El estudio está diseñado para no causar perjuicio a los participantes. Los datos recogidos serán manejados con estricta confidencialidad para preservar la privacidad de los pacientes.

**Autonomía:** Cada participante tendrá la libertad de elegir si desea o no participar en el estudio, lo cual será documentado a través de la firma de un consentimiento informado.

**Justicia:** Se garantizará un tratamiento equitativo y respetuoso de todos los datos recopilados, protegiendo la dignidad de las gestantes y evitando la divulgación pública de información personal.

#### IV. RESULTADOS

En la tabla 1 nos muestra que se evaluaron los niveles de estrés materno en 352 gestantes, encontrando que el 50% (176 gestantes) reportaron estar casi nunca o nunca estresadas, el 23.3% (82 gestantes) a veces estresadas, el 21.3% (75 gestantes) frecuentemente estresadas, y el 5.4% (19 gestantes) muy a menudo estresadas. Estos resultados indican que una mayoría de las gestantes experimentan bajos niveles de estrés percibido, aunque una proporción considerable también enfrenta frecuencias más altas de estrés durante el embarazo.

**Tabla 1. Estrés materno de las gestantes**

<b>Nivel de estrés materno</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Muy a menudo estresado	19	5,4
Frecuentemente estresado	75	21,3
A veces estresado	82	23,3
Casi nunca o nunca estresado	176	50
<b>TOTAL</b>	<b>352</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

La Tabla 2 muestra los tipos de parto pretérmino observados entre las gestantes estudiadas, indicando que el 82.7% (86 gestantes) de los partos pretérminos fueron tardíos, ocurriendo entre las semanas 34 y menos de 37 (parto pretérmino tardío), mientras que el 17.3% (18 gestantes) fueron partos pretérminos precoces, ocurriendo entre las semanas 28 y menos de 34 (parto pretérmino precoz). Estos datos reflejan una predominancia del parto pretérmino tardío sobre el precoz en la muestra analizada, sumando un total de 104 casos de parto pretérmino.

**Tabla 2. Tipo de parto pretérmino más frecuente**

<b>Tipo de parto pretérmino</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Parto pretérmino precoz: 28 y <34ss.	18	17,3
Parto pretérmino tardío: 34 y <37ss.	86	82,7
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

La Tabla 3 nos indica la asociación entre el estrés materno y el parto pretérmino en 352 gestantes, distribuidas equitativamente entre aquellas con estrés (176) y sin estrés (176). De las gestantes con estrés, el 34.7% (61 gestantes) tuvieron un parto pretérmino, mientras que el 65.3% (115 gestantes) no lo tuvieron. Entre las gestantes sin estrés, el 24.4% (43 gestantes) experimentaron parto pretérmino y el 75.6% (133 gestantes) no. El análisis estadístico reveló un valor de chi-cuadrado de 4.422 con un valor p de 0.035 y un Riesgo Relativo (RR) de 1.641, indicando una asociación significativa entre el estrés materno y la incidencia de parto pretérmino, con un intervalo de confianza del 95% de 1.032 a 2.607. Esto sugiere que las gestantes con estrés tienen una probabilidad 1.641 veces mayor de tener un parto pretérmino comparado con aquellas sin estrés.

**Tabla 3. Asociación entre el estrés materno y el parto pretérmino**

Estrés materno	Parto pretérmino					
	Si		No		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Si	61	34,7	115	65,3	176	100
No	43	24,4	133	75,6	176	100
<b>TOTAL</b>	104	29,5	248	70,5	352	100

X<sup>2</sup>= 4,422    p= 0,035    RR: 1,641    IC95%: 1,032 – 2,607

**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

## V. DISCUSIÓN

El parto pretérmino representa uno de los desafíos más frecuentes en el embarazo a nivel global, y es una causa principal de mortalidad neonatal. Anualmente, la incidencia de nacimientos prematuros está en aumento. La etiología de este fenómeno es compleja y multifactorial, con el estrés psicosocial materno identificado como uno de los factores prevenibles que contribuyen al PPT.

En el estudio, el 50% de las gestantes reportó estar casi nunca estresada, el 23.3% indicó que a veces se sentía estresada, el 21.3% frecuentemente se sentía estresada, y el 5.4% estaba muy a menudo estresada. Al comparar estos datos con los hallazgos de Guerra (15), se observaron diferencias significativas: en su estudio, el 51% de las gestantes experimentó estrés. Asimismo, Quispe (18) reportó que el 87.8% de las gestantes sufrió de estrés, ambos estudios sugiriendo variaciones en la prevalencia y del estrés entre diferentes poblaciones estudiadas.

El tipo de parto más común en este estudio fue el PPT tardío, representando el 82.7% de los casos, seguido por el PPT precoz con un 17.3%. Al comparar estos resultados con los hallazgos de Quispe (18), se observan similitudes en la distribución de los partos: Quispe reportó que el 60% de las gestantes experimentaron PPT tardío, mientras que el 32.2% tuvieron partos muy prematuros y el 7.8% partos extremadamente prematuros, reflejando una tendencia general hacia partos más cercanos al término dentro de la categoría de prematuros.

Los resultados indican que el estrés materno tiene un impacto significativo sobre el riesgo de PPT; el riesgo Relativo (RR) es de 1.641, con un intervalo de confianza del 95% entre 1.032 y 2.607. Esto sugiere que las gestantes que experimentan estrés durante el embarazo tienen 1.641 veces más probabilidades de enfrentar un PPT en comparación con aquellas sin estrés. Al comparar estos hallazgos con el estudio de Bergeron (10), se encuentran similitudes; Bergeron reportó un Hazard Ratio (HR) de 1.38 (IC95%: 1.04-1.84), indicando un mayor riesgo de PPT asociado con el estrés. Este vínculo sugiere que la duración de la gestación tiende a ser más corta en mujeres bajo estrés, posiblemente debido a preocupaciones específicas relacionadas con el embarazo y la salud personal de la madre.

Además, Kornfield (12) encontró resultados que respaldan este estudio, vinculando el estrés materno con un aumento en el riesgo de PPT, con una Odds Ratio (OR) de 1.55 y un intervalo de confianza del 95% de 1.09 a 2.19. El ambiente neuroendocrino durante el embarazo es particularmente complejo, caracterizado por cambios significativos en la regulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y en la producción de neuroesteroides. Durante la gestación, se observa un incremento en la producción de cortisol y de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), donde el cortisol promueve la liberación de CRH por la placenta, y ambos elementos son cruciales para la maduración fetal y la regulación del tiempo de parto. Se sugiere que la angustia psicosocial materna puede causar alteraciones en los niveles normales de cortisol durante el embarazo, haciendo que la producción de CRH placentaria sea más sensible al estrés psicológico materno, lo que probablemente aumenta el riesgo de PPT

Además, Gerson (13) reportó hallazgos preocupantes, demostrando que las gestantes bajo estrés presentan un riesgo significativamente elevado de PPT, con una Odds Ratio (OR) de 6.01 y un IC 95% que oscila entre 1.002 y 36.03. Este aumento en el riesgo se atribuye a la influencia de varios factores psicosociales que pueden desencadenar resultados adversos durante el embarazo a través de distintas rutas fisiológicas. Entre estas se incluyen mecanismos neuroinflamatorios, infecciosos, mediados por microbiomas y neuroendocrinos, destacando la complejidad de las interacciones entre el estrés y los procesos biológicos que afectan el desenlace del embarazo.

En 2020, Tanpradit (14) identificó que el nivel de estrés es un predictor significativo de PPT, con una Odds Ratio (OR) de 8.66 y un intervalo de confianza del 95% de 3.64 a 20.63, evidenciando una alta significancia estadística ( $p < 0.001$ ). El estrés psicosocial está reconocido cada vez más como un factor de riesgo crucial para el PPT debido a los cambios neuroendocrinos, inmunoinflamatorios, vasculares y comportamentales que induce durante el embarazo. Adicionalmente, las modificaciones en el estilo de vida, como la urbanización, las normas de salud, la actividad física, las condiciones laborales, y el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas, también contribuyen al aumento del estrés psicosocial. El estrés

percibido se refiere a las sensaciones o pensamientos que una persona tiene acerca de la intensidad del evento o situación particular que viene afrontando.

En 2016, Lilliecreutz (16) encontró que el estrés materno era prevalente entre las mujeres que experimentaron PPT, con una Odds Ratio (OR) de 2.15 y un intervalo de confianza del 95% de 1.18 a 3.92. Este estudio subraya cómo el estrés psicológico y social durante el embarazo puede impactar negativamente en los resultados perinatales, incluyendo un aumento en la morbilidad infantil, reducción del peso al nacer y un incremento en la probabilidad de PPT. Además, la investigación sugiere que la exposición continua in útero a inhibidores de la recaptación de serotonina para tratar la depresión, o una depresión no tratada, también se asocia con un elevado riesgo de PPT.

En un estudio nacional realizado por Ortiz (17), se observaron resultados semejantes, demostrando que el estrés gestacional aumenta significativamente el riesgo de PPT. Este estudio encontró una Odds Ratio (OR) de 5.47 con un intervalo de confianza del 95% de 2.45 a 12.4, reforzando la evidencia de que el estrés durante el embarazo es un factor de riesgo crítico para el parto antes de término.

El estrés gestacional no solo incrementa el riesgo de abortos espontáneos durante el embarazo, sino que también predispone a la madre a enfrentar complicaciones como infecciones perinatales, PPT, hemorragias y preeclampsia. Adicionalmente, se considera que el estrés prenatal tiene un impacto adverso en los niños, predisponiéndolos a una variedad de condiciones que puede complicar su salud. Entre estas condiciones se incluyen trastornos del estado de ánimo, trastorno por déficit de atención, infecciones perinatales, obesidad en la infancia temprana, así como enfermedades degenerativas en la adultez, como enfermedades cardiovasculares, cáncer, y diabetes. Estos efectos subrayan la necesidad de abordar el estrés durante el embarazo para mejorar tanto la salud materna como la del niño (30).

Estos problemas sociomédicos son fundamentales y forman parte de las agendas de salud pública en numerosos países alrededor del mundo. Aunque estos conceptos son ampliamente reconocidos, las investigaciones más recientes

enfrentan dificultades para confirmar completamente estas premisas, lo que sugiere la necesidad de estudios adicionales y más detallados para entender mejor las dinámicas y las implicaciones del estrés gestacional en los resultados del embarazo (30).

## **VI. CONCLUSIONES**

- La mitad de las gestantes reportaron que nunca experimentaron estrés durante el embarazo, mientras que menos de la mitad indicaron que ocasionalmente se sentían estresadas. Un grupo menor afirmó estar frecuentemente estresado y solo un pequeño porcentaje describió estar muy a menudo estresado.
- En términos de los tipos de parto, un alto porcentaje de las gestantes tuvo partos pretérmino tardíos, comparado con un menor porcentaje que experimentó partos pretérmino precoces.
- Estos hallazgos confirman que el estrés materno juega un rol significativo en el aumento del riesgo de parto pretérmino, subrayando la importancia de estrategias de intervención para manejar el estrés durante el embarazo a fin de mejorar los resultados perinatales.



## VII. RECOMENDACIONES

- Es crucial educar a las gestantes sobre técnicas efectivas de manejo del estrés y sobre las señales de alarma que deben monitorizar durante la gestación.
- Los profesionales de la salud deben emplear una comunicación asertiva para identificar y abordar oportunamente situaciones de estrés en las gestantes, facilitando así un entorno de apoyo que pueda mitigar los potenciales efectos negativos del estrés.
- Realizar estudios adicionales que exploren otros factores que puedan influir en el riesgo de parto pretérmino. Esto ayudará a desarrollar estrategias de intervención más completas y dirigidas.

## REFERENCIAS

1. Furtado L, Machado P, Carneiro M. Técnica de Imaginación Guiada en el manejo de la ansiedad materna durante el embarazo: revisión integradora. *Enferm. glob.* [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio del 2023]; 18( 53 ): 608-645. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.313361>.
2. Acuña TM. Parto pretermino. *Rev Medica Sinerg.* [Internet]. 2017 [citado el 20 de julio del 2023]; 2(9):12-4. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/97>
3. Di Renzo GC, Tosto V, Giardina I. The biological basis and prevention of preterm birth. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* [Internet]2018 [citado el 20 de julio del 2023]; 52:13-22. Disponible en: <https://doi:10.1016/j.bpobgyn.2018.01.022>
4. Cisneros C, Bedoya M, Lázaro B, Mendoza K y Cisneros E. Ser gestante en tiempos de pandemia: Una mirada de la salud mental antes y durante la pandemia. *Rev. Fac. Med. Hum.* [Internet]. 2022 [citado el 20 de julio del 2023]; 22( 2 ): 402-408. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v22i2.4802>.
5. Serrano D. Influencia de la vía del parto sobre los biomarcadores de estrés y los resultados Universitat de València perinatales. [Internet]. 2021 [citado el 11 de julio de 2023]. 1(1) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=311243>
6. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado. Recomendaciones para llevar un embarazo saludable con salud mental. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado; 2022. [citado 11 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2016/027.html>
7. Chavez R, Beltrán B, Arango P. Factores sociodemográficos en el riesgo de parto prematuro en gestantes del hospital Sergio Bernales en el período de 2019-2020. *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal.* [Internet]. 2023 [citado el 11 de julio de 2023]; 11(4):19-26. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/314>
8. Huarcaya R, Cerda M, Barja-Ore J, Huarcaya R, Cerda M, Barja J. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino en madres jóvenes atendidas en un hospital de Perú. *MEDISAN.* [Internet]. 2021 [citado el 11 de julio de 2023];25(2):346-56.

Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192021000200346](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000200346)

9. Huertas E. Parto pretérmino: causas y medidas de prevención. Rev Peru Ginecol Obstet. [Internet]. 2018 [citado el 11 de julio de 2023];64(3):399-404. Disponible en: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2104>
10. Bergeron J, Cederkvist L, Fortier I, Rod NH, Andersen PK, Andersen AMN. Maternal stress during pregnancy and gestational duration: A cohort study from the Danish National Birth Cohort. Pediatr Perinat Epidemiol. [Internet]. 2023 [citado el 11 de julio de 2023];37(1):45-56. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35934879/>
11. Shagufta S, Rehman Z, Nighat, G. Stress, Anxiety and Depression Risk Factors for Preterm Birth among Women. [Internet]. 2022 [citado 12 de julio de 2023]; 6(2):1066-1076. Disponible en: [http://doi.org/10.35484/pssr.2022\(6-II\)87](http://doi.org/10.35484/pssr.2022(6-II)87)
12. Kornfield SL, Riis VM, McCarthy C, Elovitz MA, Burris HH. Maternal perceived stress and the increased risk of preterm birth in a majority non-Hispanic Black pregnancy cohort. J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc. [Internet]. 2022 [citado 12 de julio de 2023];42(6):708-13. Disponible en: <http://doi:10.1038/s41372-021-01186-4>
13. Gerson KD, McCarthy C, Ravel J, Elovitz MA, Burris HH. Effect of a Nonoptimal Cervicovaginal Microbiota and Psychosocial Stress on Recurrent Spontaneous Preterm Birth. Am J Perinatol. [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2023];38(5): 407-13. Disponible en: <http://doi:10.1055/s-0040-1717098>
14. Tanpradit K, Kaewkiattikun K. The Effect of Perceived Stress During Pregnancy on Preterm Birth. Int J Womens Health. [Internet] 2020 [citado 12 de julio de 2023];12:287-93. Disponible en: <http://doi:10.2147/IJWH.S239138>
15. Guerra E. Relación del estrés en adolescentes y el parto pretérmino. Ecuador: Universidad de Guayaquil; 2018 [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/31618>
16. Lilliecreutz C, Larén J, Sydsjö G, Josefsson A. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet] 2016 [citado 12 de julio de 2023];16(1):5. Disponible en: <http://doi:10.1186/s12884-015-0775-x>

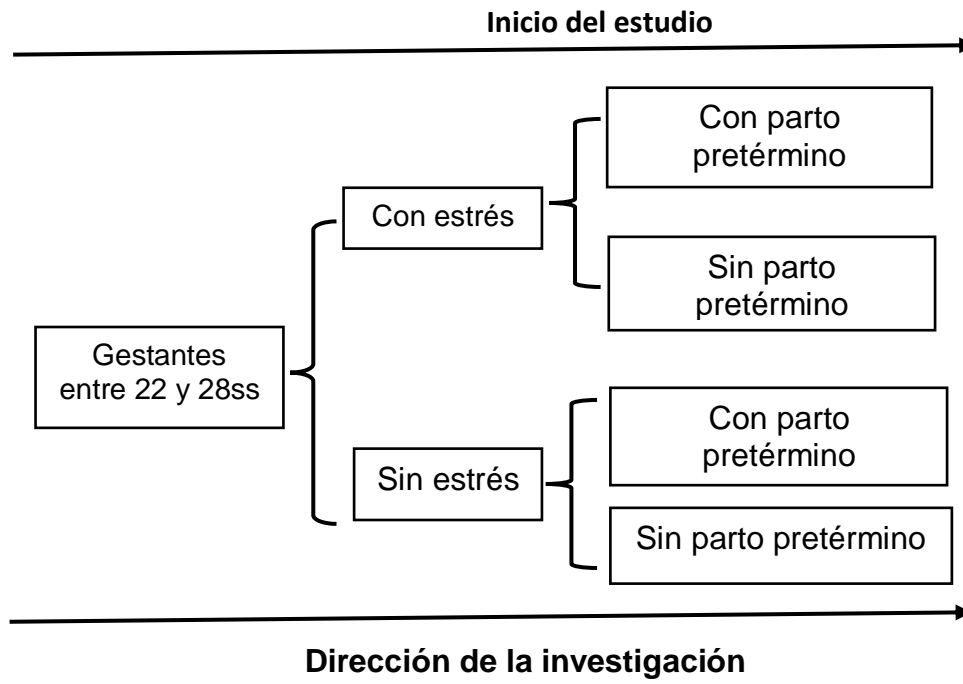
17. Ortiz MRC. Ansiedad, depresión y estrés como factores de riesgo de amenaza de parto pretérmino en el Hospital de Apoyo II - Sullana en los años 2019-2020. Piura: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020. [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6132>
18. Quispe FA, Maza MB. Estrés y parto prematuro en adolescentes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba, julio – noviembre 2019. San Martín: Universidad Nacional de San Martín; 2020. [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unsm.edu.pe/handle/11458/3754>
19. Miranda AV. Trastorno de estrés postraumático como factor asociado a parto pretérmino. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2019. [citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5182>
20. Sumán V, Lutero EE. Trabajo prematuro. [Actualizado el 8 de agosto de 2023]. En: StatPearls [Internet]. Isla del Tesoro (FL): StatPearls Publishing; 2024. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536939/>
21. Montero A, Ferrer R, Paz D, Pérez M, Díaz Y. Riesgos maternos asociados a la prematuridad. MULTIMED. [Internet]. 2019 [citado 12 de julio de 2023]; 23 (5): 19. Disponible en: <https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/1374>
22. Mitrogiannis I, Evangelou E, Efthymiou A, et al. Risk factors for preterm birth: an umbrella review of meta-analyses of observational studies. BMC Med. [Internet]. 2023 [citado 12 de julio de 2023]; 21(1):494. Disponible en: <https://doi:10.1186/s12916-023-03171-4>
23. Couceiro J, Matos I, Mendes JJ, Baptista PV, Fernandes AR, Quintas A. Inflammatory factors, genetic variants, and predisposition for preterm birth. Clin Genet. [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2023];100(4):357-367. Disponible en: <https://doi:10.1111/cge.14001>
24. Alves AC, Cecatti JG, Souza RT. Resilience and Stress during Pregnancy: A Comprehensive Multidimensional Approach in Maternal and Perinatal Health. ScientificWorldJournal. [Internet]. 2021 [citado 12 de julio de 2023]; 2021:9512854. Disponible en: <https://doi:10.1155/2021/9512854>
25. Merklinger A, Kapiszewska M. The Effect of Prenatal Stress, Proxied by Marital and Paternity Status, on the Risk of Preterm Birth. Int J Environ Res Public Health.

- [Internet]. 2019 [citado 12 de julio de 2023];16(2):273. Disponible en: <https://doi:10.3390/ijerph16020273>
26. Ekeke P, Mendez DD, Yanowitz TD, Catov JM. Racial Differences in the Biochemical Effects of Stress in Pregnancy. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2020 [citado el 15 de julio del 2023];17(19):6941. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7579659/>
27. Abera M, Hanlon C, Daniel B, et al. Effects of relaxation interventions during pregnancy on maternal mental health, and pregnancy and newborn outcomes: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. [Internet]. 2024 [citado el 15 de abril del 2024];19(1):e0278432. Disponible en: <https://doi:10.1371/journal.pone.0278432>
28. Ministerio de Salud del Perú. Minsa recomienda poner atención en la salud mental durante el embarazo. Lima: MINSA; 2019.[citado 12 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/45070-minsa-recomienda-poner-atencion-en-la-salud-mental-durante-el-embarazo>
29. Ribeiro PH, Nielsen T, Smithers LG, Roberts R, Jamieson L. Measuring stress in Australia: validation of the perceived stress scale (PSS-14) in a national sample. *Health Qual Life Outcomes*. [Internet]. 2020 [citado el 08 de julio del 2023];18(1):100. Disponible en: <https://doi:10.1186/s12955-020-01343-x>
30. González R, Sánchez EN, Chavarría A, Gutiérrez G, Romo T. Evaluating Stress during Pregnancy: Do We Have the Right Conceptions and the Correct Tools to Assess It? *J Pregnancy*. [Internet]. 2018 [citado el 01 de julio del 2023]; 2018:4857065. Disponible en: <https://doi:10.1155/2018/4857065>

# ANEXOS

## Anexo N° 1

Figura 1. Diseño de la investigación



## Anexo N° 2

### Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Estrés materno	Es una reacción fisiológica de nuestro organismo frente a situaciones difíciles. (4)	Información que se recolectara a través del test Perceived Stress Scale (PSS) (29)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nunca está estresado</li> <li>● De vez en cuando está estresado</li> <li>● A menudo está estresado</li> <li>● Muy a menudo está estresado.</li> </ul>	Cualitativa nominal
Parto Pretérmino	Se define como el parto que se da antes de las 37 semanas. (2)	Información registrada en la historia clínica	PPT precoz <34 ss; PPT tardío entre 34-36ss	Cualitativa nominal
<b>Covariables</b>				
Edad	Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento de la persona.	Años de vida de la gestante registrado en la historia clínica	≤ 20 años 21-30 años 31-40 años ≤41años	Cualitativa De razón
Grado de instrucción	Nivel de estudios logrado por la persona.	Nivel académico alcanzado por la gestante registrado en la historia clínica	Sin grado de instrucción Primaria Secundaria Superior	Cualitativa nominal
Ocupación	Trabajo desarrollado por la persona.	Ocupación de la gestante registrada en la historia clínica	Ama de casa Trabajadora dependiente Trabajador independiente	Cualitativa nominal
Procedencia	Lugar donde reside una persona.	Lugar de residencia de la gestante registrada en la historia clínica	Urbana Rural	Cualitativa nominal

### Anexo N° 3

#### Escala de Estrés Percibido - *Perceived Stress Scale (PSS)*

##### Datos generales

1. Edad: \_\_\_\_\_
2. Grado de instrucción:
  - a) Sin grado de instrucción
  - b) Primaria
  - c) Secundaria
  - d) Superior
3. Ocupación:
  - a) Ama de casa
  - b) Trabajadora dependiente
  - c) Trabajador independiente
4. Procedencia:
  - a) Urbana
  - b) Rural

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

(0) Nunca (1) Casi nunca (2) De vez en cuando (3) A menudo (4) Muy a menudo

Ítems					
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	0	1	2	3	4
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	0	1	2	3	4
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	0	1	2	3	4



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

**Anexo N° 4**

**“Efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino: Un estudio de cohorte prospectivo”**

**Ficha de recolección de datos**

Fecha de la visita domiciliaria: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Peso al nacer: \_\_\_\_\_

Talla al nacer: \_\_\_\_\_

Edad gestacional de nacimiento: \_\_\_\_\_

Comorbilidades del recién nacido: \_\_\_\_\_

## Anexo N° 5



### OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO MAYO

HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA-UNID. CAPACITACIÓN Y APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

N° Reg. 011-2024096210

Moyobamba, 26 de febrero 2024

#### CARTA N° 012- 2024-DIRESA-OGESS-AM/HII-1M/UCADel

**SEÑOR:**  
**REMIGIO DAVID SALIRROSAS FERNANDEZ**  
Docente RENACYT  
Escuela Profesional de Medicina Humana  
Universidad Cesar Vallejo – Campus Trujillo  
Ciudad.-

**ASUNTO :** SE AUTORIZA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN.

**REFERENCIA :** a) Solicitud S/N de fecha 05 de febrero del 2024 N° Reg. 011-2024798751  
b) NOTA DE COORD. N° 027-2024-DIRESA-OGESS-AM/HII-1M/UCADel  
N° Reg. 011-2024949589  
c) NOTA DE COORD. N° 047-2024-DIRESA-OGESS-AM/HII-1M-SGO  
N° Reg. 011-2024132374

Reciba un saludo cordial, visto solicitud presentada y conforme al documento de la referencia c), se **AUTORIZA** al estudiante **GUILLERMO FERNANDO ZULUOGA CORTEZ** de la carrera profesional de Medicina Humana de la Universidad Cesar Vallejo – Campus Trujillo, la **aplicación de instrumento de investigación (encuesta) y revisión de historias clínicas** para la recopilación de información como parte de las actividades de elaboración de proyecto de investigación titulado: **"Efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino"**.

En ese sentido, a efectos que le brinden las facilidades necesarias el estudiante, debe presentar este documento ante el Servicio de Gineco Obstetricia, para la recopilación de datos acorde con el objetivo de su investigación.

Sin otro particular, me suscribo de Usted.

Atentamente;

  
  
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA  
.....  
**Dr. Alexander Perez Tavera**  
JEFE DE LA UNIDAD DE  
CAPACITACIÓN Y DOCENCIA  
C M/P 53210 R.N.E 32187

Anexo N° 6



HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA

SERVICIO DE GINECO OBSTETRICIA

"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

EXP. N°011-2024.132374

NOTA INFORMATIVA N° 047-2024-DIRESA-OGESS-AM/HII-1M -SGO

A : M.C. ALEXANDER PEREZ TAVARA  
Jefe de la Unidad de Capacitación y Docencia

DE : MGO. ROGER CASTAÑEDA VASQUEZ  
Jefe del Servicio de Gineco Obstetricia

ASUNTO : AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DE INSTRUMENTO DE PROYECTO DE INVESTIGACION

REF. : NOTA DE COORDINACION N° 027-2024-DIRESA-OGESS-AM/HII-1M/UCADel Reg. N° 011-2024-949589

FECHA : Moyobamba, 20 de febrero de 2024

Mediante el presente, es grato dirigirme a Usted para saludarle cordialmente, y en atención al documento de la referencia, comunico **AUTORIZACION** para que el alumno **Guillermo Fernando Zuluoga Cortez**, realice la aplicación de encuesta en los Consultorios Externos de ARO-Alto Riesgo Obstétrico, así como la revisión de las historias clínicas para constataciones.

Atentamente;

  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD SAN MARTÍN  
OFICINA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD ALTO RIESGO  
**Dr. Roger Castañeda Vásquez**  
Jefe del Servicio de Gineco - Obstetricia  
C.M.P. 25490 - R.N.E 23011

HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA  
UNIDAD DE DOCENCIA Y  
CAPACITACIÓN  
20 FEB 2024  
RECIBIDO  
HORA 12:19 PM FIRMA 

 HOSPITAL II-1 MOYOBAMBA  
UNIDAD DE DOCENCIA Y CAPACITACIÓN  
PASE A:   
PARA: **Dr. Feilid**  
FECHA:  FIRMA:   
  
Fete UCADel

C.c.  
Archivo  
RCV/ISGO  
DIRV/ Sec.

## **Anexo N° 7**

### **Consentimiento Informado (\*)**

Título de la investigación: “Efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino: Un estudio de cohorte prospectivo”

Investigador: Zuloaga Cortez Guillermo Fernando

Propósito del estudio:

Le invitamos a participar en la investigación titulada “Efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino: Un estudio de cohorte prospectivo”, cuyo objetivo es Determinar el efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino. Esta investigación es desarrollada por estudiantes de pregrado de la carrera profesional de Medicina, de la Universidad César Vallejo del campus Trujillo, aprobado por la autoridad correspondiente de la Universidad y con el permiso del Hospital de Moyobamba.

### **Procedimiento**

Si usted decide participar en la investigación se realizará lo siguiente (enumerar los procedimientos del estudio):

1. Se realizará una encuesta o entrevista donde se recogerán datos personales y algunas preguntas sobre la investigación titulada: “Efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino: Un estudio de cohorte prospectivo”
2. Esta encuesta o entrevista tendrá un tiempo aproximado de 15 minutos y se realizará en el Hospital de Moyobamba. Las respuestas al cuestionario o guía de entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

\* Obligatorio a partir de los 18 años

**Participación voluntaria (principio de autonomía):**

Puede hacer todas las preguntas para aclarar sus dudas antes de decidir si desea participar o no, y su decisión será respetada. Posterior a la aceptación no desea continuar puede hacerlo sin ningún problema.

**Riesgo (principio de No maleficencia):**

Indicar al participante la existencia que NO existe riesgo o daño al participar en la investigación. Sin embargo, en el caso que existan preguntas que le puedan generar incomodidad. Usted tiene la libertad de responderlas o no.

**Beneficios (principio de beneficencia):**

Se le informará que los resultados de la investigación se le alcanzará a la institución al término de la investigación. No recibirá ningún beneficio económico ni de ninguna otra índole. El estudio no va a aportar a la salud individual de la persona, sin embargo, los resultados del estudio podrán convertirse en beneficio de la salud pública.

**Confidencialidad (principio de justicia):**

Los datos recolectados deben ser anónimos y no tener ninguna forma de identificar al participante. Garantizamos que la información que usted nos brinde es totalmente Confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de la investigación. Los datos permanecerán bajo custodia del investigador principal y pasado un tiempo determinado serán eliminados convenientemente.

**Problemas o preguntas:**

Si tiene preguntas sobre la investigación puede contactar con el Investigador:

Zuloaga Cortez Guillermo Fernando; email: gzuloaga2710@gmail.com

**Consentimiento**

Después de haber leído los propósitos de la investigación autorizo participar en la investigación antes mencionada.

Fecha y hora: .....

Firma: .....



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, SALIRROSAS FERNANDEZ REMIGIO DAVID, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Efecto del estrés materno durante el embarazo sobre el riesgo de parto pretérmino: Un estudio de cohorte prospectivo.", cuyo autor es ZULOAGA CORTEZ GUILLERMO FERNANDO, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 14.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 18 de Mayo del 2024

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
SALIRROSAS FERNANDEZ REMIGIO DAVID <b>DNI:</b> 42153981 <b>ORCID:</b> 0000-0003-2640-9376	Firmado electrónicamente por: RSALIRROSASFE el 22-05-2024 14:42:44

Código documento Trilce: TRI - 0750859