

**Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**Tesis de investigación**

**“Relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en Hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020”.**

**Presentado por: Christian Coaquira Huanca**

**Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano**

**Asesor: G.O. Cárdenas Alarcón, Wilbert S.**

**Cusco, enero del 2020**

## Contenido

<b>RESUMEN.....</b>	<b>III</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>III</b>
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>IV</b>
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>1</b>
1.1. Caracterización del problema .....	1
1.2. Formulación del problema .....	3
1.3. Objetivos generales y específicos.....	3
1.4. Marco teórico.....	4
1.5. Hipótesis .....	13
1.6. Variables .....	14
1.8. Justificación de la investigación.....	20
1.9. Limitaciones de la Investigación .....	21
1.10. Consideraciones éticas .....	21
<b>CAPITULO II: METODOS DE INVESTIGACION.....</b>	<b>22</b>
2.1. Tipo y diseño de investigación.....	22
2.2. Universo y muestra.....	22
2.3. Instrumento de recolección de datos .....	23
2.4. Procedimientos.....	24
2.5. Plan de análisis de datos.....	25
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS .....</b>	<b>26</b>
3.1. Resultados .....	26
3.2. Discusión.....	34
3.4. Conclusiones.....	37
<b>REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>39</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>44</b>
Presupuesto .....	42
Cronograma .....	43
Ficha de recolección de datos.....	44
Tests de salud mental .....	46

## RESUMEN

### “Relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en Hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020”

Coaquira Huanca C, Cardenas W,

**Antecedentes:** La psicoprofilaxis obstétrica (PO) es una intervención educativa que ha demostrado beneficios obstétricos, neonatales y en la salud materna perinatal. **Métodos:** Estudio analítico transversal, realizado en 81 puérperas que tuvieron parto vaginal al menos 7 días antes del estudio. **Resultados:** El 39,5% de las puérperas recibieron al menos una sesión de PO. La “edad mayor de 25 años” y el “grado de educación superior” son factores determinantes para la realización de PO, en cambio, la “residencia rural” lo fue para la no realización de PO. La PO fue factor protector de conducción del trabajo de parto y de síndrome de estrés post traumático. **Conclusiones:** La prevalencia de puérperas que realizaron psicoprofilaxis fue menos de la mitad y fue factor protector para conducción del parto y síndrome de estrés post traumático. **Palabras clave:** Psicoprofilaxis, Trabajo de parto, Gestante [DeCS]

## ABSTRACT

### “Relationship of antenatal education with obstetric, neonatal and perinatal mental health results of primigests in Hospitals of the City of Cusco, 2020”

Coaquira Huanca C, Cardenas W

**Background:** Obstetric psychoprophylaxis (PO) is an educational intervention that has demonstrated obstetric, neonatal and perinatal maternal health benefits. **Methods:** Cross-sectional analytical study, carried out in 81 postpartum women who had vaginal delivery at least 7 days before the study. **Results:** Only the 39.5% of the puerperal women received at least one session of PO. The “age over 25 years” and the “degree of higher education” are determining factors to perform PO, instead, the “rural residence” for the non-realization of PO. PO was a protective factor in the conduction of labor and post-traumatic stress syndrome. **Conclusions:** The prevalence of postpartum women who underwent psychoprophylaxis was less than half and was a protective factor for labor delivery and post-traumatic stress syndrome. **Keywords:** Psychoprophylaxis, Labor, Gestant [DeCS]

## INTRODUCCIÓN

La psicoprofilaxis obstétrica es una intervención educativa que prepara a las gestantes de manera integral (física y psicológica), para el desarrollo saludable del embarazo, trabajo de parto, puerperio y atención del recién nacido.

En los últimos años se han realizado estudios para determinar los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica, tales como la reducción del tiempo de la fase latente y de la fase activa del parto, evita el ingreso temprano a los establecimientos de salud, donde se ha demostrado que son más susceptibles de recibir intervenciones innecesarias como la conducción del parto con oxitocina e incluso de tener una cesárea. Así también en los estudios se ha encontrado que la Psicoprofilaxis Obstétrica ha demostrado en algunas poblaciones mejorar la salud mental materna, disminuyendo el miedo a dar a luz, aumentando la confianza en sí mismas, y disminuyendo el estrés postraumático y la tocofobia.

La psicoprofilaxis obstétrica en la actualidad ha sido relegada al personal de obstetricia, así como otras intervenciones preventivas en las que los médicos generales y especialistas en gineco-obstetricia ya no participan. Situación que debe mejorar debido a que es el médico general en su primer año de ejercicio profesional durante el Servicio Rural Urbano Marginal, es el llamado a realizar actividades principalmente preventivo promocionales para educar a la población y obtener mejores resultados en la salud perinatal.

En esta tesis se estudiaron los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica con respecto a los resultados obstétricos, neonatales y con respecto a la salud mental perinatal. Los diferentes estudios nacionales e internacionales han demostrado resultados heterogéneos con respecto a los beneficios que brinda la psicoprofilaxis, por lo que este estudio aporta a la evidencia de que se requiere el acceso a esta intervención educativa en el país.

# CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

## 1.1. Caracterización del problema

Cada año nacen 140 millones de seres humanos a nivel mundial, de los cuales la mayor cantidad nacen sin peligro neonatal ni materno, sin embargo un porcentaje si tiene la probabilidad de morir (1). El trabajo de parto es el momento más crucial de la reproducción humana, donde se da la mayor cantidad de muertes maternas y neonatales, que ha motivado la implementación de diferentes intervenciones que han ido reduciendo esta probabilidad de morir como la universalización de la atención del parto institucionalizado (1).

El parto institucionalizado según la guía para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido focalizadas en Atención Primaria de la Salud (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud, establece que el concepto de “parto institucional” no sólo implica el control de la mujer gestante, antes y durante el parto, sino también considera con la misma importancia, el punto de vista psicoafectivo, culturales y social relacionados con la maternidad y el parto (2). Este abordaje integral permite que la mujer y su pareja conozcan los procesos fisiológicos del parto y adquieran una participación activa y satisfactoria durante este etapa, además de la implementación de hábitos saludables como la alimentación y el ejercicio físico (1).

En la mayoría de países esta intervención instructiva es conocida como “Educación antenatal”(3–5), pero en otros como en el Perú, es llamada “Psicoprofilaxis obstétrica” donde además se imparten talleres donde se adquieren destrezas físicas y psicológicas para el momento del parto y puerperio (6). Según el Ministerio de Salud del Perú, la psicoprofilaxis obstétrica un proceso educativo para preparar a la gestante de manera integral (física, teórica y psicológica), para el desarrollo saludable del embarazo, trabajo de parto, puerperio y atención del recién nacido(7).

En los últimos años se han realizado estudios para determinar los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Uno de ellos es la reducción del tiempo de la fase latente y de la fase activa del parto, debido a que las mujeres que no controlan el estrés y la ansiedad originado por las contracciones uterinas liberan

catecolaminas que contrarresta el efecto de la oxitocina(8). Además que una mujer que desconoce la fases del parto ingresa tempranamente a los establecimientos de salud, donde se ha demostrado que son más susceptibles de recibir intervenciones innecesarias como la conducción del parto con oxitocina e incluso de tener una cesárea (8). Además de los beneficios obstétricos, la Psicoprofilaxis Obstétrica ha demostrado en algunas poblaciones mejorar la salud mental materna, disminuyendo el miedo a dar a luz, aumentando la confianza en sí mismas, y disminuyendo el estrés postraumático y la tocofobia. (3,4,9–11).

A pesar de los beneficios demostrados, el Ministerio de Salud del Perú en el año 2010 reportó que del total de mujeres gestantes que tuvieron control pre natal, aproximadamente sólo el 10% completó el programa de psicoprofilaxis obstétrica(12).

Por lo anteriormente descrito, se hace necesario estudiar la prevalencia local de gestantes que han realizado psicoprofilaxis y comparar sus resultados obstétricos y en salud mental con respecto a las gestantes que no tuvieron esta preparación, lo cual se realizo en el Hospital Regional del Cusco y Hospital de Contingencia Khali Runa.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema General**

¿Cuál es la relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

- 1) ¿Cuál es la prevalencia de la psicoprofilaxis obstétrica de las primigestas que tuvieron la atención del trabajo de parto en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020?
- 2) ¿Cuál es la relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos (duración de las fases del trabajo de parto, desgarro perineal, conducción del trabajo de parto, episiotomía) en primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020?
- 3) ¿Cuál es la relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados neonatales (adaptación a la vida extrauterina) en primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020?
- 4) ¿Cuál es la relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados en la salud mental perinatal (estrés post traumático, ansiedad y depresión postparto) en primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020?

## **1.3. Objetivos generales y específicos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- 1) Determinar la prevalencia de la psicoprofilaxis obstétrica de las primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.

- 2) Relacionar la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos (duración de las fases del trabajo de parto, desgarro perineal, conducción del trabajo de parto y episiotomía) en la atención del trabajo de parto de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.
- 3) Comparar la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados neonatales (adaptación a la vida extrauterina) en la atención del trabajo de parto de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.
- 4) Correlacionar la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados en la salud mental perinatal (estrés post traumático, depresión y ansiedad postparto) de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.

#### **1.4. Marco teórico**

##### **1.4.1. Marco conceptual**

###### **Psicoprofilaxis Obstetrica (PO):**

Proceso que implica la preparación biopsicosocial a nivel teórico práctico que se imparte durante la gestación, parto y puerperio por personal capacitado, con el fin que la madre tenga hábitos saludables y se prepare adecuadamente para la labor de parto(6).

En el Perú se aplica a las mujeres embarazadas entre el 5to y 6to mes de gestación, con el objeto de ayudarla a que aborde y enfrente el proceso del parto sin temor, con la suficiente información, habilidades técnicas y recursos personales(6).

El personal calificado brinda conocimientos sobre los fenómenos fisiológicos del embarazo y el parto, y da entrenamiento en ejercicios prácticos para el momento del parto sobre respiración, relajación y pujidos(6). También brindan entrenamiento psicológico (relajación, autocontrol emocional, reducción de la ansiedad, el miedo, de los pensamientos en torno al embarazo y habilidades para encarar situaciones de estrés en el ámbito hospitalario) reduciendo de esta

manera el estrés y/o el temor que algunas mujeres sienten ante el parto(6).

## **Beneficios de la psicoprofilaxis obstetrica**

### **Beneficios en la salud física materna**

Los beneficios citados en la Guía técnica peruana de Psicoprofilaxis obstétrica y probados en algunos estudios son los siguientes:

- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda(7).
- Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada y por lo tanto evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto(7,8).
- Menor duración de duración de las fases del trabajo de parto (latente, activa y expulsiva)(7,8).
- Menor uso de fármacos como la oxitocina para la conducción del parto(7,13).
- Menor solicitud materna para el uso de analgesia epidural(13,14).
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas como desgarros perineales(5).
- Manifestará menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto(7,15).
- Ampliará las posibilidades de disfrutar de los procesos con participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto(4,7).
- Menor posibilidad de intervenciones innecesarias como la episiotomía, parto instrumentado e incluso cesárea(7,16,17).
- Recuperación más rápida y cómoda(7).

- **Lactancia materna:** Según la guía nacional, la psicoprofilaxis promueve la aptitud hacia la lactancia materna(7). Sin embargo, un metaanálisis de 20 estudios evaluó los efectos de la PO en la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses, donde encontraron que no existía evidencia suficiente para confirmar esta relación e indicaban que debían realizarse más estudios de calidad sobre todo en países de bajo y medianos ingresos(18).

### **Beneficios neonatales**

**Adaptación a la vida extrauterina:** En un estudio realizado en Suecia, no encontraron relación de la PO con el valor del APGAR neonatal(14).

### **Beneficios en la salud mental perinatal materna**

La enfermedad mental perinatal materna incluye un conjunto de condiciones de severidad variables desde leve hasta severo y consecuentemente crónico(13). Por lo cual se deberían identificar factores de riesgo y realizar tamizajes durante la educación antenatal o PO para poder brindar el apoyo psicológico necesario durante la gestación y el parto(13).

- **Síndrome de ansiedad generalizada (SAG):** La PO ha demostrado disminuir la prevalencia del síndrome de ansiedad generalizada pre y post parto(4,7). En el Reino Unido se realiza un tamizaje de SAG durante la gestación y postparto incluido en sus guías NICE que tiene puntuación del 0 al 6 y es considerado positivo si tiene un valor mayor o igual a 3, utilizando la escala GAD-2(13), la cual ha sido validada en español por lo que la utilizaremos en este estudio:

La escala GAD-2 utiliza los dos primeros ítems de la GAD-7

	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M.A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V. & Rejas, J. (2012). The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 114. doi: 10.1186/1477-7525-10-114.

- Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)** : El parto es considerado un precipitante para síndrome postraumático por la ansiedad de la madre sobre el parto, por las expectativas que tiene, y por cómo asimila el nuevo rol materno(11). Otros factores predisponentes durante el parto son: la pérdida de control del momento, el dolor intenso, una cesárea electiva o por emergencia, el parto instrumentado y la ausencia del padre durante el parto(11). El SPT tiene efectos en la salud materna y neonatal, además que influye en los planes reproductivos a futuro, e influye negativamente en la relación con su pareja(11). Así mismo la púérpera puede desarrollar tocofobia y por lo tanto preferir un parto por cesárea en un siguiente embarazo(11).

Como medida preventiva se ha encontrado que la educación antenatal y el soporte especializado a mujeres con factores de riesgo, disminuye la prevalencia de SPT(3,9,11).

La escala para medir el SPT será la “Escala de impacto de evento-revisada (EIE-R)”, validada en el idioma español, que Cuenta con 15 ítems.

Abajo hay una lista de comentarios que hace la gente que ha pasado por una situación de vida estresante. Por favor chequee cada uno de ellos e indique con que frecuencia estos comentarios fueron para Ud. en los últimos siete días. Si no ocurrieron durante ese período, marque "nunca".

Comentarios	Frecuencia			
	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
1. He pensado acerca de ello sin quererlo.				
2. No logré evitar perturbarme cuando pensaba acerca de ello o cuando me lo recordaban.				
3. Traté de borrarlo de mi memoria				
4. Me costó dormirme o permanecer dormido porque imágenes o pensamientos acerca de ello me aparecían en la mente.				
5. Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de ello.				
6. Soñé acerca de ello.				
7. Me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordaba.				
8. Me siento como si no hubiera ocurrido o como si no fuera real.				
9. Traté de no hablar acerca del tema.				
10. Me aparecían imágenes acerca de ello en forma intrusiva.				
11. Otras cosas me hacían pensar en ello.				
12. Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de ello, pero no me ocupé de ellos.				
13. Traté de no pensar acerca de ello.				
14. Cualquier recordatorio me traía nuevamente sentimientos referentes al hecho.				
15. Mis sentimientos acerca de ello estaban como anestesiados.				

- **Depresión Postparto:** Según la Guía nacional de PO, las gestantes que reciben PO tienen menor riesgo de sufrir de depresión postparto (7), resultado que ha sido rechazado en otros estudios(4), por lo que es conveniente estudiarlo.

En el Reino Unido se realiza un tamizaje de depresión durante la gestación y postparto incluido en sus guías NICE que tiene puntuación del 0 al 6 y es considerado positivo si tiene un valor mayor o igual a 6, utilizando la escala PHQ-2(13), la cual también utilizaremos en este estudio:

Durante las <i>últimas 2 semanas</i> , ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

## 1.4.2. Antecedentes teóricos

### Antecedentes internacionales

**Bergström, Kieler H y Waldenström (Suecia, 2007 )** en su trabajo "Psicoprofilaxis durante el trabajo de parto: asociaciones con resultados relacionados con el trabajo y la experiencia del parto"(14). Estudiaron si la realización de psicoprofilaxis durante el trabajo de parto afecta el curso del trabajo de parto en mujeres nulíparas. Teniendo como resultado que la realización de psicoprofilaxis durante el parto se asoció con un menor riesgo de cesárea de emergencia (OR 0,57; IC95%: 0,37-0,88), pero un mayor riesgo de utilización de oxitocina durante el trabajo de parto (OR 1,68; IC95% 1.23-2.28). No se encontró relación de la PO con la duración del trabajo de parto, con el APGAR, ni con la experiencia del miedo al parto. Este estudio concluyo que la PO puede reducir la tasa de cesáreas de emergencia, pero puede no afectar la experiencia del parto.

**Artieta-Pinedo, Paz-Pascual, Grandes G, Remiro-Fernandez de gamboa, (España, 2006),** en su trabajo, "Los beneficios de la educación prenatal para el proceso de parto en España(19), cuyo objetivo fue estudiar los beneficios de la educación prenatal para el proceso de parto. Se estudiaron 616 gestantes nulíparas de bajo riesgo. Se obtuvo como resultados que las mujeres que recibieron PO presentaron menor ansiedad durante el parto (OR=6.5, CI95% 6.24-6.89) comparado con las mujeres que no recibieron PO (OR=8.21. CI95% 6.87-9.55), no se encontraron diferencias con respecto al tiempo de duración de la dilatación (la fase latente, fase activa) o la fase expulsiva del parto. Se concluyó que las gestantes habían asistido a sesiones de PO experimentaron menos ansiedad, pero no menor duración del trabajo de parto.

**Georgia Ntella, (Grecia, 2017)(20)**, en su estudio “Psicoprofilaxis, Resultados del parto y lactancia” cuyo objetivo fue determinar los efectos de la PO en los resultados del trabajo de parto y en la lactancia. Se realizó un estudio transversal con 200 madres, donde 100 de ellas habían recibido PO y 100 no. Como resultados se obtuvo que el 60% de mujeres que habían asistido a PO optaron por un parto vaginal ( $p=0,01$ ), también se encontró una asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre asistencia a sesiones de PO la asistencia al programa de lactancia materna, lactancia materna e información sobre bancos de leche humana. Se concluyó que las sesiones de PO están asociadas al deseo del parto vaginal y predisponen a las mujeres a informarse sobre la lactancia materna(20).

**Gökçe İsbir y col (Turquia, 2017)** en su estudio “Los efectos de la educación prenatal en la tocofobia, autoconfianza y el síndrome de estrés postraumático (SPT) luego del parto: un estudio experimental(3)”. El estudio tuvo por objetivo determinar la eficacia de la educación antenatal para evitar la tocofobia y el SEP, además de su influencia en la autoconfianza materna. Para lo que se realizó un estudio experimental con un grupo de 44 gestantes y un grupo control de 46 gestantes, que fueron evaluadas antes y luego de la intervención. Se obtuvo como resultados que las gestantes que recibieron educación prenatal presentaron menor tocofobia y SPT ( $p < 0.001$ ), por lo que se concluyó que la educación antenatal puede ser un método eficaz para disminuir la tocofobia y el SPT que tienen consecuencias deletéreas en la salud mental perinatal.

## **Antecedentes nacionales**

**Maribel Yábar Peña (Perú, 2014)** en su estudio “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales(21)”, estudió las características y beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes. Realizó un estudio observacional transversal no comparativo, donde se encuestó 38 adolescentes en una clínica privada donde el 97.37% había recibido al menos 7 sesiones de PO. Como resultados se obtuvo 86.84% tuvieron parto vaginal, el 7.89% solicitó el uso de analgesia epidural, y el 92.11% brindó lactancia materna exclusiva. Este estudio concluyó que la mayoría de adolescentes recibieron PO y que la mayoría se benefició de menor cantidad de intervenciones.

**Barriga-Valderrama, MA (Perú, 2015).** en su estudio titulado “Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la evolución del trabajo de parto en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2012-2015(22)”, que tuvo por objetivo determinar la influencia de la PO en la evolución del trabajo de parto en 21 nulíparas. Se realizó a través de la revisión de 21 historias clínicas. Se encontró como resultados que el 71.43% de mujeres que recibieron PO tuvieron una duración de la fase activa entre 2-6 horas en cambio el 87.18% de las que no recibieron PO tuvieron una duración entre 4 a 8 horas, demostrándose una relación estadísticamente significativa ( $p > 0.001$ ). Como conclusión obtuvo que la PO está asociada a un menor tiempo de duración de la fase activa.

### 1.4.3. Definición de términos básicos

**Psicoprofilaxis Obstétrica.-** Es el conjunto de técnicas educativas, teórico-prácticas, que se aplican a las mujeres embarazadas a partir de las 28 semanas de gestación, con el objeto de ayudarla a que aborde y enfrente el proceso del parto sin temor(6).

**Parto.-** es un proceso fisiológico de culminación del embarazo humano, el cual debe ser atendido con respeto, y con la presencia de la pareja o un familiar(1).

**Test de Apgar.** - Es un examen que evalúa 5 parámetros (frecuencia cardíaca, aptitud, color de la piel, esfuerzo respiratorio y gesticulación) que se realiza al primer y quinto minuto después del nacimiento para evaluar la adaptación extrauterina(23).

**Síndrome de estrés postraumático:** Es un trastorno mental que sucede luego de experimentar un evento considerado traumático donde la puérpera siente temor y afecta su maternidad y a la gente que le rodea (19).

**Depresión Postparto:** La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas (12).

**Síndrome de ansiedad postparto:** Es el trastorno que implica la preocupación o ansiedad persistentes por determinados asuntos que son desproporcionados en relación con el impacto de los acontecimientos (12)

## **1.5. Hipótesis**

### **Hipótesis general**

La psicoprofilaxis obstétrica favorece los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.

### **Hipótesis específicas**

- 1) La prevalencia de psicoprofilaxis obstétrica será menor al 20%, en primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.
- 2) La psicoprofilaxis obstétrica favorecerá los resultados obstétricos (reducirá el tiempo de duración de las fases del trabajo de parto, disminuirá el riesgo desgarro perineal, y será un factor protector para la conducción del trabajo de parto, episiotomía) en primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.
- 3) La psicoprofilaxis obstétrica favorecerá los resultados neonatales (adaptación a la vida extrauterina) en primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.
- 4) La psicoprofilaxis obstétrica favorecerá los resultados en la salud mental perinatal (será un factor protector para estrés post traumático) en primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.

## 1.6. Variables

### Variables Implicadas

#### Variables independientes

- **Resultados obstétricos**
  - Tiempo de duración del trabajo de parto (fase de dilatación y fase expulsiva)
  - Desgarro perineal
  - Episiotomía
  - Conducción del parto con oxicitocina
- **Resultados en salud mental perinatal**
  - Síndrome de estrés postraumático
  - Depresión post-parto
  - Síndrome de ansiedad generalizada post parto
- **Resultados neonatales**
  - Adaptación a la vida extrauterina

#### Variables dependientes

- Psicoprofilaxis Obstétrica

#### Variables no implicadas:

- Edad
- Grado de instrucción
- Estado civil
- Zona de residencia
- Embarazo planificado

## 1.7. Definición operacional de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona.	Cuantitativa discreta	Directa	Número de años que ha vivido	De intervalo	Cuestionario	Edad en Años: _____	La variable "Edad" se expresará como el valor numérico en años.
<b>Grado de instrucción</b>	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	Cualitativa	Directa	Grado de instrucción alcanzado	Ordinal	Cuestionario	Marque con una "X" el grado de instrucción que usted ha alcanzado: 0. Ninguno 1. Primaria 2. Secundaria 3. Técnico superior 4. Universitario	La variable "Grado de instrucción" se expresará como: Ninguno, Primaria incompleta, Primaria completa, Secundaria incompleta, Secundaria completa, Técnico superior incompleto, Técnico superior completo, Universitario incompleto o Universitario completo, según la respuesta dada en el cuestionario.
<b>Zona de residencia</b>	Tipo de zona del lugar donde reside o residió el paciente.	Cualitativa	Directa	Nombre del lugar en que vivió los últimos 5 años	Nominal	Cuestionario	Nombre del distrito, provincia, región y departamento en que vivió, los últimos 5 años: _____ _____ Tipo de zona: a) Urbana b) Rural	La variable "Zona de residencia" se expresará como: rural o urbana.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Planificación del	Es la decisión y preparación para que una mujer quede embarazada, con el adecuado control médico(24)	Cualitativa Directa	Repuesta de la puérpera en cuanto a si su embarazo fue previamente decidido o no.	No min al	Cuestio nario	¿Ud. Planifico su embarazo? a ) No b) Si 1.2.3.	La variable “planificación del embarazo” se expresa en “si” o en “No”
Tiempo de duración del trabajo de parto	Es el tiempo que transcurre entre el inicio de las contracciones uterinas que originan cambios cervicales hasta el nacimiento del bebe.	Cuantitativo Indirecto	Valor numérico en horas del periodo de tiempo de cada fase del trabajo de parto.	De razó n	Informe de atención del parto	Tiempo en horas de cada fase: Fase latente: — Fase activa: — Periodo expulsivo_____	La variable “Tiempo de duración del trabajo de parto” se expresará en horas.
Desgarro perineal	Los desgarros perineales, suceden cuando la cabeza del bebé que sale de la abertura vaginal lesiona el periné en cualquier componente, piel o músculos y fascias.	Cualitativa Indirecto	Diagnóstico de desgarro registrado en el informe de atención del parto.	Ordi nal	Informe de atención del parto	Desgarro perineal: a) No b) Si, grado I c) Si, grado II d) Si, grado III e) Si, grado IV	La variable “Desgarro perineal” se expresará en “no”, o si fuera afirmativo, se expresará con el grado de desgarro.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Episiotomía	Corte quirúrgico del periné con tijeras para evitar desgarros y favorecer el nacimiento(25)	Cualitativa	Indirecto	Realización de episiotomía registrada en el informe de atención del parto.	Nominal	Informe de atención del parto	Episiotomía: f) No g) Si	La variable "Episiotomía" se expresará en si se realizó o no con las expresiones "no", o "si".
Conducción del parto con oxitocina	Es el uso de oxitocina endovenosa ante el diagnostico de prolongación de la fase activa (dilatación <0.5cm/hora)(26)	Cualitativa	Indirecto	Utilización de oxitocina, registrada en el informe de atención del parto.	Nominal	Informe de atención del parto	Conducción del parto con oxitocina: h) No i) Si	La variable "Conducción del parto con oxitocina" se expresará en si se realizó o no con las expresiones "no", o "si".
Síndrome de estrés postraumático	Es un trastorno mental que sucede luego de experimentar un evento considerado traumático donde la puérpera siente temor y afecta su maternidad y a la gente que le rodea(9).	Cualitativa	Indirecto	Valor de la escala de Impacto de evento-revisada.	Ordinal	Cuestionario telefónico a los 7 días postparto	Escala De impacto de evento-revisada el cual se realizará vía telefónica a los 7 días postparto en caso que la paciente haya sido dada de alta. a) > 20 puntos: positivo b) < a 20 puntos: negativo	La variable "síndrome de estrés postraumático" se expresará en "positivo" o "negativo" según diagnóstico.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
<b>Depresión postparto</b>	La depresión posparto es un trastorno del estado de ánimo que puede afectar a las mujeres después de dar a luz. Las madres que padecen depresión posparto tienen sentimientos de extrema tristeza, ansiedad y cansancio que les dificultan realizar las actividades diarias del cuidado de sí mismas y de otras personas(13).	Cualitativa	Indirecto	Valor de la escala PHQ-2	Ordinal	Cuestionario	Valor de la escala PHQ-2: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;3: Negativo</li> <li>• &gt;= 3: positivo</li> </ul>	La variable "depresión postparto" se expresará en "positivo" o "negativo" según diagnóstico.
<b>Ansiedad postparto</b>	Es el trastorno que implica la preocupación o ansiedad persistentes por determinados asuntos que son desproporcionados en relación con el impacto de los acontecimientos(13)	Cualitativa	Indirecto	Valor de la escala GAD-2	Ordinal	Cuestionario	Valor de la escala GAD-2: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;3: Negativo</li> <li>• &gt;= 3: positivo</li> </ul>	La variable "síndrome de ansiedad generalizada postparto" se expresará en "positivo" o "negativo" según diagnóstico.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	NATURALEZA DE LA VARIABLE	FORMA DE MEDICIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE MEDICIÓN	EXPRESIÓN FINAL DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE
<b>Adaptación a la vida extrauterina</b>	Cambios fisiológicos neonatales que le permiten sobrevivir extra útero(27).	Cuantitativo	Indirecto	Valor de la escala de APGAR	Ordinal	CLAP	Valor de la escala de APGAR:_____	La variable “Adaptación a la vida extrauterina” se expresará con el valor numérico de la escala de APGAR.
<b>Psicoprofilaxis Obstétrica</b>	Proceso que implica la preparación biopsicosocial a nivel teórico practico que se imparte durante la gestación, parto y puerperio por personal capacitado, con el fin que la madre tenga hábitos saludables y se prepare adecuadamente para la labor de parto (6).	Cuantitativo	Indirecto	Asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica	De Razón	CLAP	Numero de sesiones de psicoprofilaxis: _____  Semanas de gestación con que inició la psicoprofilaxis: _____	La variable “psicoprofilaxis obstétrica” se expresará en el número de sesiones a las que asistió la puerpera.

## **1.8. Justificación de la investigación**

### **1.8.1 Trascendencia e importancia**

El trabajo de parto es un evento fisiológico que muchas veces es asociado a dolor, miedo y tensión que va creciendo a medida que progresa el embarazo y el parto, todos estos acontecimientos se presentan en diferentes grados de acuerdo a cada entorno y ambiente cultural.

En este proyecto de investigación se van a buscar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica con respecto a los resultados obstétricos, neonatales y con respecto a la salud mental perinatal. Los diferentes estudios nacionales e internacionales han demostrado resultados heterogéneos con respecto a los beneficios que brinda la psicoprofilaxis, por lo que se requieren más estudios para obtener resultados concluyentes para mejorar el acceso a esta intervención educativa en el país. Por lo que nuestro objetivo es verificar los resultados en nuestro medio, pues en nuestra región no hay algún estudio que corrobore estos datos mencionados, para así proponer una intervención regional y contribuir también con la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

Es el médico general en su primer año de ejercicio profesional durante el Servicio Rural Urbano Marginal, es el llamado a realizar actividades principalmente preventivas promocionales para educar a la población y obtener mejores resultados en la salud perinatal.

### **1.8.2 Aporte al conocimiento**

Los resultados obtenidos a partir del desarrollo del presente estudio serán precedente no sólo para aportar con los beneficios si no también servirá para evaluar la efectividad de la Psicoprofilaxis Obstétrica en nuestro medio, generando conocimiento sobre la aplicación de este instrumento en nuestra población.

Así mismo se hace importante que los residentes de gineco-obstetricia y los asistentes reciban capacitaciones sobre los factores biopsicosociales

de la gestación y el parto, para poder derivar a tiempo a sus pacientes a especialistas en salud mental, para que el beneficio de la madre, el bebé y toda la familia.

### **1.8.3 Viabilidad**

Se ha constatado la disponibilidad de unidades de estudio, recursos, tiempo, conocimiento metodológico y diseño que serán respetados dentro del marco ético para conducir eficazmente la investigación.

## **1.9. Limitaciones de la Investigación**

- Estudios con metodología heterogénea para la comparación de resultados, por lo que se usarán las escalas más frecuentemente utilizadas en estos estudios y que tengan validez.
- Demora en el tiempo de obtención de la aprobación del comité de Ética del Hospital Regional del Cusco.
- Inadecuado llenado del reporte de parto, para la obtención de datos con respecto a los resultados obstétricos.

## **1.10. Consideraciones éticas**

El presente proyecto de investigación se regirá bajo los principios planteados en la declaración de Helsinki y el código de Núremberg.

- Al ser un estudio observacional, no contempla ningún riesgo para las participantes.
- Se conservará en todo momento el anonimato de las participantes.
- Se solicitará la aprobación del presente proyecto al Comité de Investigación y Ética del Hospital Regional del Cusco. Asimismo, se presentará al Instituto de Investigación Médica de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco.

## CAPITULO II: METODOS DE INVESTIGACION

### 2.1. Tipo y diseño de investigación

Es una investigación de tipo observacional, transversal analítico

### 2.2. Universo y muestra

**Descripción de la población:** Todas las puérperas cuyos partos fueron atendidos en el Hospital Regional del Cusco y Hospital de Contingencia Khali Runa – Cusco, durante el mes de febrero del 2020.

#### **Criterios de inclusión y exclusión:**

##### **Criterios de inclusión:**

- Puérperas primíparas con parto a término (37 – 41 semanas) de feto único, vía vaginal eutócico.

##### **Criterios de exclusión:**

- Puérperas con patologías asociadas o concomitantes (trastorno hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, etc.)
- Anomalías neonatales
- Puérperas que no den su consentimiento informado.

Siendo nuestra variable principal de tipo cualitativa y con una población finita, para el cálculo del tamaño de muestra utilizaremos la siguiente formula:

$$n = \frac{NZ^2PQ}{d^2(N - 1) + Z^2PQ}$$

donde:

n= tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

Z= coeficiente de confiabilidad, con nivel de confianza del 95%, que corresponde a 1.96

d= nivel de precisión absoluta.

P= proporción estimada al 10%

Q= (1-P) = 10%

### **Tamaño de muestra:**

Se utilizó la calculadora estadística Epi Info 7, aceptando un riesgo alfa de 0.05 y un riesgo beta de 0.2 en un contraste bilateral, se precisan 90 puérperas para detectar una diferencia igual o superior a 0.1 unidades. Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 5%. Se asume que la proporción en el grupo de referencia es del 0.1 en base a los resultados del programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud, donde sólo el 10% de gestantes reciben psicoprofilaxis obstétrica.

Riesgo alfa	0,05
Tipo de contraste	Bilateral
Riesgo beta	0,2
Proporción de referencia poblacional según estudio previo	0,1
Proporción prevista de pérdidas de seguimiento	0,05

### **Técnicas de muestreo**

Se realizará un muestreo aleatorio simple de acuerdo al número de puérperas hospitalizadas que cumplen con los criterios de inclusión del servicio de Ginecobstetricia del Hospital Regional del Cusco. Se recolectará los datos hasta llegar al número mínimo de muestra.

## **2.3. Instrumento de recolección de datos**

### **Técnicas**

Para la recolección de datos se utilizará un cuestionario tipo entrevista realizada por el tesista para responder las dudas respectivas de las encuestados y que luego de llenado será recogido por el investigador para su análisis y obtención de datos.

### **Instrumentos**

**- Partes Constitutivas del instrumento:**

Se elaboró un instrumento estructurado tipo cuestionario que contienen preguntas sobre características sociodemográficas de la puérpera, y test sobre depresión postparto y ansiedad generalizada. Luego contiene preguntas que serán recolectadas del informe de atención del parto sobre resultados obstétricos y neonatales.

#### **- Resumen del instrumento**

Se utilizará los test validados:

- Depresión Postparto: PHQ-2
- Síndrome de ansiedad generalizadas: GAD-2
- Síndrome de estrés postraumático: Escala De impacto de evento-revisada el cual se realizará vía telefónica a los 7 días postparto en caso que la paciente haya sido dada de alta.

#### **2.4. Procedimientos**

1. En un primer momento, se solicitó la aprobación del tema de investigación al INIME de la E.P de Medicina Humana de la UNSAAC y se presentará el proyecto de tesis.
2. Se solicitó la designación del asesor de tesis y de los 2 jurados A.
3. Se presentó el proyecto de tesis (presentación al 50%) ante los jurados A.
4. Se solicitó la revisión y aprobación por el Comité Institucional de Ética en investigación del Hospital Regional del Cusco, seguido de la solicitud del permiso para poder aplicar las encuestas.
5. El tesista se presentó ante las puérperas y presentará el título de la investigación y explicará sobre el objetivo general y los objetivos específicos y la forma de llenado de las encuestas y absolverá cualquier duda.
6. Posteriormente, las encuestas fueron digitadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010.
7. Se procedió al análisis estadístico por parte del investigador
13. Se redactó el informe final de la tesis ante el jurado A (presentación al 100%)
14. Se presentará el informe final ante el jurado B.

## **2.5. Plan de análisis de datos**

Los datos obtenidos fueron incluidos en una base de datos la cual será una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2013.

El análisis univariado de los resultados descriptivos se muestran con medidas de tendencia central, medidas de dispersión, frecuencias absolutas y relativas. El análisis bivariado de la asociación entre las variables independientes y la psicoprofilaxis obstétrica se puso a prueba en un análisis bivariado con la prueba de Chi Cuadrado, o la prueba Exacta de Fisher, según corresponda.

Para explorar los beneficios asociados a la PO se calcularon razones de prevalencias (RP) y sus intervalos de confianza al 95% (IC95%) usando regresiones de Poisson crudas y ajustadas con varianza robusta.

Para el estudio estadístico se utilizó el paquete estadístico STATA versión 14.0.

## CAPITULO III: RESULTADOS

### 3.1. Resultados

Se evaluó a un total de 90 puérperas que hayan tenido parto vaginal en los 7 días previos a la realización de la encuesta, de las cuales sólo 81 tenían sus historias clínicas completas, por lo cual la muestra de nuestro estudio estuvo constituida por 81 puérperas.

**Tabla 1. Psicoprofilaxis obstétrica**

	Pacientes que realizaron sesiones de psicoprofilaxis	Media	Desviación Estándar	Mínimo	Máximo
Semana de inicio de psicoprofilaxis	31	22,10	3,17	20	29
Numero de psicoprofilaxis	31	2,84	1,57	1	6
Prevalencia	39,5%				

Sobre la prevalencia, se encontró que sólo el 39,5% de las puérperas evaluadas de forma aleatoria recibieron sesiones de psicoprofilaxis. La media de la semana de gestación de inicio de las sesiones de psicoprofilaxis fue de  $22,10 \pm 3,17$  semanas. La media del número de sesiones de psicoprofilaxis fue de  $2,84 \pm 1,57$ .

**Tabla 2. Características sociodemográficas**

Variables	Sin sesiones de psicoprofilaxis	Con sesiones de psicoprofilaxis	Total	p
Edad (media $\pm$ DS)	20,1 $\pm$ 3,7	24,3 $\pm$ 4,4	21,8 $\pm$ 4,5	0,262
Edad				<0,001
18-24 años	44 (89.80)	16 (50.00)	60 (74.07)	
Mayor e igual 25 años	5 (10.20)	16 (50.00)	21 (25.93)	
Estado civil				0,968
Sin pareja	9 (18.37)	7 (21.88)	16 (19.75)	
Con pareja	40 (81.63)	25 (78.13)	65 (80.25)	
Residencia				0,001
Urbano	19 (38.78)	26 (81.25)	45 (55.56)	
Rural	30 (61.22)	6 (18.75)	36 (44.44)	
Embarazo planificado				<0,001
Si	6 (12.24)	16 (50.00)	22 (27.16)	
No	43 (87.76)	16 (50.00)	59 (72.84)	

La media de edad de las puérperas que no realizaron psicoprofilaxis fue de 20,1  $\pm$  3,7, edad menor a las puérperas que si la realizaron (24,3  $\pm$  4,4). Con respecto al estado civil el 78,13% de puérperas que realizaron psicoprofilaxis tenían pareja estable, porcentaje que fue parecido en las puérperas que no realizaron.

El 81,25% de las puérperas que recibieron psicoprofilaxis residía en zona urbana, en cambio la mayoría de puérperas que no recibieron psicoprofilaxis residían en zona rural (61,22%).

Con respecto al embarazo planificado el 87,76% de puérperas que no realizaron psicoprofilaxis no habían planificado su embarazo, en cambio el porcentaje de falta de planificación en el grupo que si realizo psicoprofilaxis fue menor, con un 50%.

**Tabla 3. Resultados obstétricos**

Variables	Sin sesiones de psicoprofilaxis	Con sesiones de psicoprofilaxis	Total	p
Dilatación de ingreso al hospital				0,805*
Media $\pm$ DS	4,2 $\pm$ 1,3	4,8 $\pm$ 1,3	4,5 $\pm$ 1,3	
Fase latente en horas				0,037*
Media $\pm$ DS	11 $\pm$ 2,6	10,8 $\pm$ 2,4	10,4 $\pm$ 1,8	
Fase activa en horas				0,506*
Media $\pm$ DS	5,1 $\pm$ 0,9	4,6 $\pm$ 0,8	4,9 $\pm$ 0,9	
Fase expulsiva en minutos				0,08*
Media $\pm$ DS	28,1 $\pm$ 10,7	26,3 $\pm$ 9,9	23,7 $\pm$ 8	
Fase de alumbramiento en minutos				0,905*
Media $\pm$ DS	8,7 $\pm$ 2,8	8,1 $\pm$ 27,2	8,5 $\pm$ 2,8	
Desgarro perineal				0,677
No	42 (85.71)	25 (78.13)	67 (82.72)	
I grado	6 (12.24)	6 (18.75)	12 (14.81)	
II grado	1 (2.04)	1 (3.13)	2 (2.47)	
Episiotomía				0,47
No	19 (38.78)	15 (46.88)	34 (41.98)	
Si	30 (61.22)	17 (53.13)	47 (58.02)	
Conducción del parto				0,006
No	31 (63.27)	29 (90.63)	60 (74.07)	
Si	18 (36.73)	3 (9.38)	21 (25.93)	

\*p valor hallado con la Prueba de Mann Whitney

Como resultados obstétricos se encontraron diferencias en la media de duración de la fase de dilatación activa, la fase expulsiva y el alumbramiento del parto, las cuales no fueron estadísticamente significativas. Excepto la duración de la fase latente, la cual fue  $11 \pm 2,6$  horas en las puérperas que no recibieron PO, y de  $10,8 \pm 2,4$  en las que, si recibieron, diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,037$ ).

Con respecto al desgarro perineal y la episiotomía no se encontró diferencia estadísticamente significativa, en cambio con respecto a la conducción del parto con oxitocina el 63,27% de puérperas sin PO previa la requirió, comparado con el 9,38% de las mujeres con PO previa que también la requirió.

**Tabla 4. Resultados neonatales**

Variables	Sin sesiones de psicoprofilaxis	Con sesiones de psicoprofilaxis	Total	p
APGAR al 1er minuto				0,528
Media $\pm$ DS	7,4 $\pm$ 0,6	7,6 $\pm$ 0,6	7,5 $\pm$ 0,6	
APGAR al 5to minuto				0,93
Media $\pm$ DS	8,88 $\pm$ 0,33	8,88 $\pm$ 0,34	8,88 $\pm$ 0,33	

No se encontró asociación estadísticamente significativa con el valor de APGAR al minuto ni a los 5 minutos, con el haber realizado PO previa.

**Tabla 5. Resultados en la salud mental perinatal**

Variables	Sin sesiones de psicoprofilaxis	Con sesiones de psicoprofilaxis	Total	p
Depresión según PHQ-2				0,089**
No	35 (71.43)	28 (87.50)	63 (77.78 )	
Si	14 (28.57)	4 (12.50)	18 (22.22 )	
Ansiedad según GAD-2				0,464**
No	33 (67.35)	19 (59.38)	52 (64.20 )	
Si	16 (32.65)	13 (40.63)	29 (35.80 )	
Síndrome de estrés post traumático				0,044**
Subclínico	26 (53.06)	25 (78.13)	51 (62.96 )	
Leve	19 (38.78)	7 (21.88)	26 (32.10 )	
Moderado (clínicamente significativo)	4 (8.16)	0 (0.00)	4 (4.94 )	

\*\* p valor hallado con la prueba de Chi2

Como resultados de la psicoprofilaxis obstétrica en la salud mental perinatal sólo se encontró asociación estadísticamente significativa con el síndrome de estrés postraumático donde el 8,16% y el 0% de puérperas que no realizaron y realizaron PO respectivamente, padecieron de esta patología (p=0,044).

**Tabla 6. Factores determinantes para realizar psicoprofilaxis obstétrica**

Factores asociados	RP (IC95%)	p
Edad: > 25 años	2,86(1,76-4,64)	< 0,001
Grado de educación: Superior	3,33(1,92-5,78)	< 0,001
Estado civil: tener pareja estable	0,88(0,46-1,67)	0,693
Residencia: Rural	0,29(0,13-0,63)	0,002
Planificación del embarazo: si	1,37(0,23-1,61)	< 0,001

En este estudio se encontró que la “edad mayor de 25 años” (RP=2,86 (IC95%=1,76-4,64)) y el “grado de educación superior” (RP=3,33(IC95%=1,92-5,78)) son factores determinantes para que la gestante decida realizar psicoprofilaxis. En cambio, la “residencia rural” fue un factor determinante para la no realización de psicoprofilaxis (RP=0,29(IC95%=0,13-0,63)).

**Tabla 7. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en los resultados obstétricos**

	RP (IC95%)	p
Conducción	0,26(0,08-0,8)	0,019
Episiotomía	0,87(0,58-1,29)	0,483
Dilatación > 4cm de ingreso	1,62(0,99-2,66)	0,055
Fase latente < 10 horas	0,94(0,61-1,46)	0,79
Fase activa > 4 horas	1(0,56-1,79)	1
Fase expulsiva > 25 minuto	0,71(0,42-1,19)	0,193
Alumbramiento > 8 minutos	0,77(0,53-1,12)	0,165
APGAR minuto 1 normal (7-10)	1,07(0,99-1,14)	0,085

Se encontró que la PO es un factor protector para la conducción del parto (RP=0,26(IC95%0,08-0,8; p=0,019), siendo el único resultado obstétrico en el que favoreció el haber realizado PO.

**Tabla 8. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la salud materna perinatal**

	<b>RP (IC95%)</b>	<b>p</b>
<b>Síndrome de estrés post traumático</b>	0,61(0,44-0,83)	0,002
<b>Depresión</b>	0,44(0,16-1,22)	0,114
<b>Ansiedad</b>	1,24(0,69-2,23)	0,464

Se encontró que la PO es factor protector para síndrome de estrés postraumático (RP=0,61(IC95%=0,44-0,83); p=0,002). En cambio no se encontró relación de la PO con la depresión (RP=0,44(IC95%=0,16-1,22); p=0,114) ni con la ansiedad postparto (RP=1,24(IC95%=0,69-2,23); p=0,464)

## **3.2. Discusión**

### **Resultados principales**

Se estudiaron 81 puérperas mediatas que habían tenido parto vaginal al menos 7 días antes de la realización de la encuesta. Se encontró que sólo el 39,5% de las puérperas evaluadas de forma aleatoria recibieron sesiones de psicoprofilaxis.

Como factores determinantes para la realización de psicoprofilaxis obstétrica En este estudio se encontró que la “edad mayor de 25 años” y el “grado de educación superior” son factores determinantes para que la gestante decida realizar psicoprofilaxis. En cambio, la “residencia rural” fue un factor determinante para la no realización de psicoprofilaxis.

Con respecto a los resultados obstétricos, se encontró que la PO era factor protector de conducción del trabajo de parto y con respecto a los resultados en la salud materna perinatal se encontró que la PO se asocia menor riesgo de sufrir de síndrome de estrés post traumático.

### **Prevalencia de psicoprofilaxis obstétrica**

En nuestro estudio se encontró que solo el 39,5% realizo PO, cifra superior a la referida en los resultados del programa de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud, donde sólo el 10% de gestantes reciben psicoprofilaxis obstétrica en el Perú(28).

En cambio en un estudio realizado en Lima en un estudio realizado en gestantes adolescentes se encontró que el 100% había asistido a al menos 1 sesión de psicoprofilaxis(21), resultado mucho mayor a nuestro estudio el cual puede deberse a que el 97% de estas pacientes tenían más de 7 controles prenatales lo cual puede haber influido positivamente en su asistencia a las clases de psicoprofilaxis.

Esta intervención fue instituida en los años 70, la cual es conocida como psicoprofilaxis obstétrica en el Perú y se brinda a embarazadas entre el 5to y el 6to mes con el objeto de ayudarlas a que aborde y enfrente el proceso del parto sin temor, con la suficiente información, habilidades técnicas y recursos

personales(6) . La cual en otros países es conocida como “Educación antenatal”(3–5).

### **Psicoprofilaxis y resultados obstétricos**

Con respecto a los resultados obstétricos, se encontró que la PO era factor protector de conducción del trabajo de parto. Resultado contrario al encontrado en el estudio de Bergstrom en Suecia, donde la PO produjo mayor riesgo de utilización de oxitocina durante el trabajo de trabajo (OR 1,68; IC95% 1.23-2.28) (14). Nuestro resultado como factor protector puede tener relación con que las mujeres que reciben psicoprofilaxis podrían tener un mejor manejo del dolor por lo que los médicos gineco-obstetras puedan no haber considerado la conducción del parto necesaria.

Así también se encontró relación estadísticamente significativa ( $p=0,037$ ) con la media de la fase latente donde el grupo que no realizo psicoprofilaxis tuvo una media de  $11 \pm 2,6$  horas en comparación con el grupo que si realizo que tuvo una media de  $10,8 \pm 2,4$  horas. Este resultado es compatible con los beneficios expuestos en la norma técnica peruana de Psicoprofilaxis obstétrica donde refiere que se asocia a menor duración de duración de las fases del trabajo de parto (latente, activa y expulsiva) y es un resultado similar al estudio de Kobayashi donde refiere también la menor duración de la fase latente (7,8).

### **Psicoprofilaxis y síndrome de estrés post traumático**

En nuestro estudio se encontró que la PO es factor protector para síndrome de estrés postraumático (RP=0,61(IC95%=0,44-0,83);  $p=0,002$ ). Resultado similar al de Gökçe İsbir y colaboradores donde se obtuvo como resultados que las gestantes que recibieron educación prenatal presentaron menor tocofobia y SPT ( $p<0.001$ ) (3), Por lo que podríamos afirmar que la educación antenatal puede ser un método eficaz para disminuir el síndrome de estrés postraumático que tienen consecuencias deletéreas en la salud mental perinatal.

Así mismo se encontró un 8,16% de prevalencia de síndrome de estrés post traumático en las puérperas que no habían recibido clases de psicoprofilaxis , cifra mayor al 3,17% encontrado en una revisión sistemática (9)

El parto es considerado un precipitante para síndrome postraumático por la ansiedad de la madre sobre el parto, por las expectativas que tiene, y por cómo asimila el nuevo rol materno (18), asociado a otros factores predisponentes como la pérdida de control del momento, el dolor intenso, una cesárea electiva o por emergencia, el parto instrumentado y la ausencia del padre durante el parto (18), factores que se aprenden a controlar en las sesiones de psicoprofilaxis. Así también el riesgo de padecer de estrés post traumático se incrementa en países de bajos y medianos ingresos(29).

La asociación entre la psicoprofilaxis y el síndrome de estrés post traumático es de importancia porque este tiene efectos deletéreos en la salud materna y neonatal, influye en los planes reproductivos a futuro, e influye negativamente en la relación con su pareja (18). Así mismo la puérpera puede desarrollar tocofobia y por lo tanto preferir un parto por cesárea en un siguiente embarazo (18).

La falta de información sobre tratamientos efectivos para el trastorno de estrés postraumático después del parto, es una brecha significativa en el conocimiento actual, con investigaciones hasta la fecha limitadas a estudios de casos. En la literatura sobre el tratamiento del síndrome de estrés postraumático con reconocidas como efectivas la terapia cognitivo conductual (TCC) y la desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (EMDR) , pero estos enfoques de tratamiento aún no se han probado rigurosamente en un contexto postnatal.

### **3.3 Conclusiones**

- 1) La prevalencia primigestas que realizan psicoprofilaxis obstétrica fue de 39,5% en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.
- 2) La psicoprofilaxis obstétrica tiene relación con la duración de la fase latente y es factor protector para la conducción del trabajo de parto, en la atención del trabajo de parto de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.
- 3) La psicoprofilaxis obstétrica no tiene relación con los resultados neonatales (adaptación a la vida extrauterina) en la atención del trabajo de parto de primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.
- 4) La psicoprofilaxis obstétrica es un factor protector para evitar el estrés post traumático en primigestas en los hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020.

### 3.4. Recomendaciones

- La psicoprofilaxis obstétrica en la actualidad ha sido relegada al personal de obstetricia, así como otras intervenciones preventivas en las que los médicos generales y especialistas en gineco-obstetricia ya no participan. Situación que debe mejorar debido a que es el médico general en su primer año de ejercicio profesional durante el Servicio Rural Urbano Marginal, es el llamado a realizar actividades principalmente preventivo promocionales para educar a la población y obtener mejores resultados en la salud perinatal. Así mismo se hace importante que los residentes de gineco-obstetricia y los asistentes reciban capacitaciones sobre los factores biopsicosociales de la gestación y el parto, para poder derivar a tiempo a sus pacientes a especialistas en salud mental, para que el beneficio de la madre, el bebé y toda la familia.
- Otra recomendación va en torno a que la psicoprofilaxis según nuestro estudio y según la literatura es una medida preventiva de síndrome de estrés postraumático que se desencadena postparto, por lo que esta asociación debería ser estudiada en posteriores estudios observacionales y de intervención, donde se ponga a prueba mejorar la comunicación clínica efectiva mediante la implementación y la evaluación de un sistema de comunicación de la gestante con el personal de salud.
- Por las recomendaciones vertidas, consideramos que se requiere una Guía Nacional de psicoprofilaxis para la unificación de los conocimientos que se imparten, así como los talleres, la cual esté basada en evidencia científica y así todas las gestantes puedan beneficiarse obstétrica y mentalmente.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Organización Mundial de la Salud. Cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. 2018. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>
2. Organización Panamericana de la Salud. Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizadas en APS (CLAP). 2da, editor. CLAP/SMR; 2010.
3. Gökçe İsbir G, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Appl Nurs Res.* 2016;32:227–32.
4. Suto M, Takehara K, Yamane Y, Ota E. Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;210(August 2016):115–21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.025>
5. O’Kelly SM, Moore ZE. Antenatal maternal education for improving postnatal perineal healing for women who have birthed in a hospital setting. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;2017(12).
6. Alvarado SM, Mesinas AG, Peña MY. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Horiz Med (Barcelona).* 2014;14(4):53–7.
7. MINSAL| Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. 2012.
8. Kobayashi S, Hanada N, Matsuzaki M, Takehara K, Ota E, Sasaki H, et al. Assessment and support during early labour for improving birth outcomes (Review). 2017;
9. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The aetiology of post-traumatic stress following childbirth: A meta-analysis and theoretical framework. *Psychol Med.* 2016;46(6):1121–34.
10. Badaoui A, Kassm SA, Naja W. Fear and Anxiety Disorders Related to Childbirth: Epidemiological and Therapeutic Issues. *Curr Psychiatry Rep.* 2019;21(4):1–14.
11. Slade P, Milby E. Birth trauma and post-traumatic stress. *Biopsychosocial*

- Factors in Obstetrics and Gynaecology. 2017. 348–358 p.
12. Ministerio de Salud del Perú. Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de Salud [Internet]. 2010. 1–66 p. Available from: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1134\\_OEI242.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1134_OEI242.pdf)
  13. Jomeen J. Assessment of psychosocial health during the perinatal period. *Biopsychosoc Factors Obstet Gynaecol*. 2017;228–36.
  14. Bergström M, Kieler H, Waldenström U. Psychoprophylaxis during labor: Associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010;89(6):794–800.
  15. Dolor MDE, El D, Alivio MDE, Dolor DEL, Parto DEL. Analgesia del parto. *Progresos en Obstet y Ginecol*. 2008;51(6):374–83.
  16. Pinar G, Avsar F, Aslantekin F. Evaluation of the Impact of Childbirth Education Classes in Turkey on Adaptation to Pregnancy Process, Concerns About Birth, Rate of Vaginal Birth, and Adaptation to Maternity: A Case-Control Study. *Clin Nurs Res*. 2018;27(3):315–42.
  17. Afshar Y, Wang ET, Mei J, Esakoff TF, Pisarska MD, Gregory KD. Childbirth Education Class and Birth Plans Are Associated with a Vaginal Delivery. *Birth*. 2017;44(1):29–34.
  18. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration ( Review ) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. *Cochrane Libr*. 2016;(12):1–70.
  19. Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro-Fernandezdegamboa G, Odriozola-Hermosilla I, Bacigalupe A, et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res*. 2010;59(3):194–202.
  20. Ntella G. Psychoprophylaxis, Labor Outcome and Breastfeeding. *Int J Caring Sci [Internet]*. 2017;10(1):1–185. Available from: [www.internationaljournalofcaringsciences.org](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org)
  21. Peña MY. La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. *Horiz Médico Peru*. 2014;14(2):39–44.
  22. Barriga Valderrama MA. Influencia de la psicoprofilaxis obstetrica en la evolucion del trabajo de parto en gestantes nuliparas atendidas en el

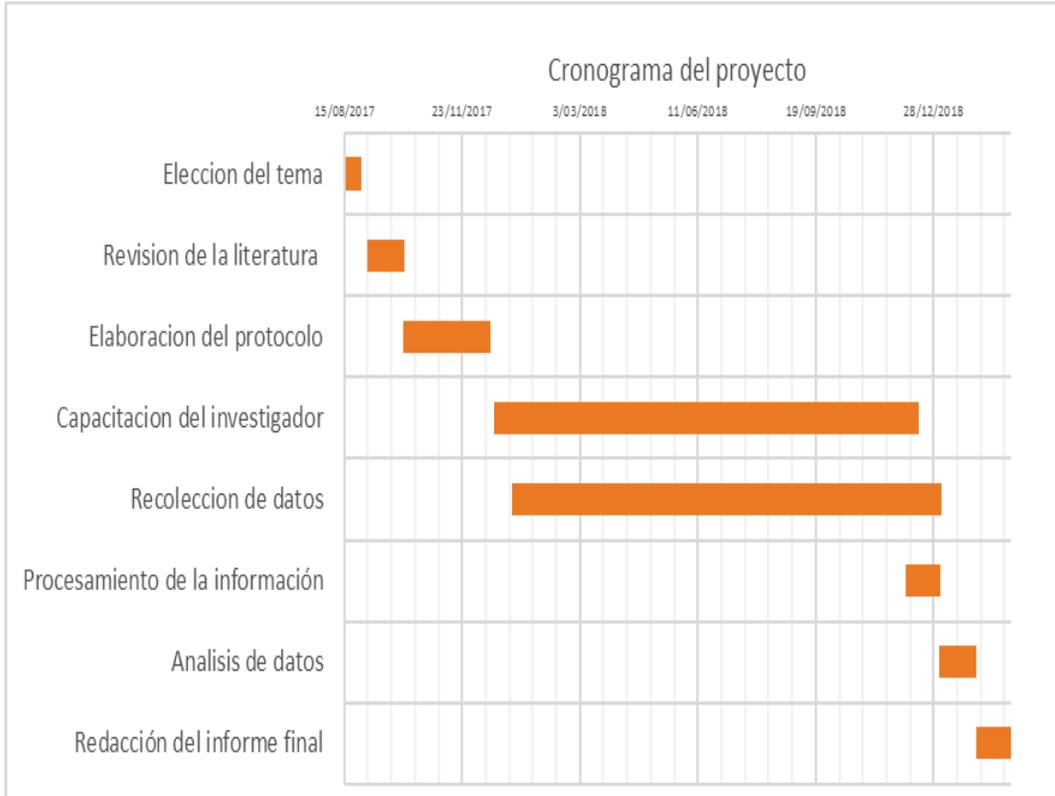
- Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2012-2015.  
[Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2016. Available from:  
[http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2078/1/עהvarria\\_pv.pdf](http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2078/1/עהvarria_pv.pdf)
23. Medline plus: enciclopedia medica. La prueba de Apgar: MedlinePlus enciclopedia médica [Internet]. [cited 2020 Feb 3]. Available from:  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003402.htm>
  24. The American College of Obstetricians and Gynecologists. La planificación de su embarazo. 2019.
  25. Jiang H, Qian X, Carroli G, Garner P. Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth ( Review ) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2017;(2):77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sci-hub/tw/pubmed/28176333>
  26. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para la conducción del trabajo de parto. 2015.
  27. Cannizzaro DCM, Paladino MA. Fisiología y fisiopatología de la adaptación neonatal. Anest Analg Reanim. 2011;24(2):59–74.
  28. MINSA| Ministerio de Salud del Perú. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Ministerio de Salud. 2015. Available from:  
<http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/handle/123456789/28#sthash.2VzaXidu.dpuf>
  29. Fisher J, de Mello MC, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low-and lower-middle-income countries: A systematic review. Bull World Health Organ. 2012;90(2):139–49.

## Presupuesto

Será autofinanciado por el autor

Insumos	Cantidad	Costo unitario	Costo total
Fotocopias del cuestionario	163 copias	S/. 0.20	S/. 32.60
Impresión de 8 ejemplares del proyecto	800 hojas	S/. 0.10-0.20	S/. 80.00
Material de oficina (lapiceros, archivador, resaltador, hojas)	-----	-----	S/. 40.00
Tramites en la Universidad y en el hospital	-----	-----	S/. 80.00
Llamadas telefónicas	1630 min	S/. 0.20	S/. 30.00
Empastado	5 ejemplares	S/. 25.00	S/. 125.00
<b>TOTAL</b>			<b>S/. 387.6</b>

## Cronograma



## ANEXOS

### Ficha de recolección de datos

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
<b>Relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en el Hospitales de la Ciudad del Cusco, 2020</b>
<b>Número de Historia Clínica:</b>
<b>Número telefónico:</b>
<b>I. Características Sociales y demográficas</b>
1. Edad: ..... años. 2. Grado de instrucción a) Ninguno b) Primaria c) Secundaria d) Técnico superior e) Universitario 3. Estado civil a) Soltera b) Conviviente c) Casada d) Separada o viuda 0. Zona de residencia o Urbana o Rural 4. ¿Ud. planifico su embarazo? a) No b) Si
<b>II. Características de psicoprofilaxis</b>
7. Semanas de gestación con que inició la psicoprofilaxis: .... 8. Número de sesiones de psicoprofilaxis que asistió: .....
<b>IV. Características del parto</b>

8. Tiempo de cada etapa del trabajo parto

- En cuanto de dilatación llegó la gestante al hospital: \_\_\_\_ cm
- Dilatación: Fase latente .....horas Fase activa..... horas
- Expulsión: ..... horas
- Alumbramiento: ..... horas

9. Estado de los músculos del suelo pélvico

- Desgarro perineal NO ( )  
SI ( ) → Grado: I ( ) II ( ) III ( ) IV ( )
- Episiotomía NO ( ) SI ( )
- Conducción del parto con oxitocina NO ( ) SI ( )

**III. Características del neonato**

13. APGAR

- Minuto 1 de vida: .....
- Minuto 5 de vida: .....

## Test de salud mental

### a. Escala de Impacto de Evento para Estrés Post traumático

Nombre:.....

Ocupación:.....

En ..... tuve la siguiente experiencia de vida.....

Abajo hay una lista de comentarios que hace la gente que ha pasado por una situación de vida estresante. Por favor chequee cada uno de ellos e indique con que frecuencia estos comentarios fueron para Ud. en los últimos siete días. Si no ocurrieron durante ese período, marque "nunca".

Comentarios	Frecuencia			
	Nunca	Rara vez	A veces	A menudo
1. He pensado acerca de ello sin quererlo.				
2. No logré evitar perturbarme cuando pensaba acerca de ello o cuando me lo recordaban.				
3. Traté de borrarlo de mi memoria				
4. Me costó dormirme o permanecer dormido porque imágenes o pensamientos acerca de ello me aparecían en la mente.				
5. Tengo oleadas de sentimientos muy fuertes acerca de ello.				
6. Soñé acerca de ello.				
7. Me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordaba.				
8. Me siento como si no hubiera ocurrido o como si no fuera real.				
9. Traté de no hablar acerca del tema.				
10. Me aparecían imágenes acerca de ello en forma intrusiva.				
11. Otras cosas me hacían pensar en ello.				
12. Percibía que aún tenía un montón de sentimientos acerca de ello, pero no me ocupé de ellos.				
13. Traté de no pensar acerca de ello.				
14. Cualquier recordatorio me traía nuevamente sentimientos referentes al hecho.				
15. Mis sentimientos acerca de ello estaban como anestesiados.				

## b. Test GAD-2 para síndrome de ansiedad generalizada

La escala GAD-2 utiliza los dos primeros ítems de la GAD-7

	Nunca	Menos de la mitad de los días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	0	1	2	3
No ha podido dejar de preocuparse	0	1	2	3

García-Campayo, J., Zamorano, E., Ruiz, M.A., Pérez-Páramo, M., López-Gómez, V. & Rejas, J. (2012). The assessment of generalized anxiety disorder: psychometric validation of the Spanish version of the self-administered GAD-2 scale in daily medical practice. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 114. doi: 10.1186/1477-7525-10-114.

## c. Test PHQ-2 para depresión

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas?	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3

