



**Universidad  
Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**Trabajo Académico**

Beneficios maternos-neonatales de la psicoprofilaxis obstétrica

**Para optar el Título Profesional de**  
Especialista en Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal

**Presentado por:**

**Autora:** Tapia Chavez, Paola

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-5038-3842>

**Asesor:** Dr. Alfaro Fernández, Paul Rubén

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8745-8270>

**Lima – Perú**

**2022**

**TESIS**

**“BENEFICIOS MATERNOS-NEONATALES DE LA PSICOPROFILAXIS  
OBSTÉTRICA”**

**ASESOR:  
DR. PAUL RUBÉN ALFARO FERNÁNDEZ**

**CODIGO ORCID  
[https://orcid.org/ 0000-0002-8745-8270](https://orcid.org/0000-0002-8745-8270)**

**DEDICATORIA:**

**En primer lugar, dedico esta tesis a Dios por haberme dado la oportunidad de estudiar esta hermosa especialidad.**

**También la dedico a mi amado esposo Alex, por su tiempo y apoyo.**

**Y a mis hijos Cristofer y Camila por ser fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más.**

## **AGRADECIMIENTO**

**Toda mi eterna gratitud y afecto a mis Catedráticos de especialidad Psicoprofilaxis Obstétrica de la Universidad Norbert Wiener, que se dieron tiempo de transmitir sus conocimientos y experiencias, para mi formación.**

**También agradezco a mis hijos por comprender que durante los estudios y la tesis fue necesario sacrificar momentos a su lado para poder concretar exitosamente mi trabajo académico.**

**JURADOS**

**PRESIDENTA:**

**DRA. SABRINA YNÉS MORALES ALVARADO**

**SECRETARIA:**

**DRA. BERTHA NATHALY REYES SERRANO**

**VOCAL:**

**MG. ELVIRA SOLEDAD BENITES VIDAL**

**ÍNDICE**

**RESUMEN**

ABSTRACT	
CAPITULO I	1
1 EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4.1 Objetivos Generales	4
1.4.2 Objetivos Específicos	4
1.5 Justificación	5
1.6 Limitaciones	6
CAPITULO II	7
2 MARCO TEORICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Base Teórica	12
2.3 Definiciones conceptuales de términos	17
2.4 Hipótesis	22
CAPITULO III	23
3. DISEÑO Y MÉTODO	23
3.1 Tipo de investigación	23
3.2 Ámbito de la investigación	23
3.3 Población y muestra	23
3.4 Operacionalización de variables e indicadores	25
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	25
3.6 Plan de procesamiento y análisis de datos	25
3.7 Aspectos éticos	26
CAPITULO IV	27
4. RESULTADOS	27
4.1 Tabla nro. 01. Características de los artículos del estudio	27
4.2 Tabla nro. 02. Beneficios maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica	44
4.3 Tabla nro. 03. Beneficios neonatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica	48
5. DISCUSIÓN	49

6. CONCLUSIONES	55
7. RECOMENDACIONES	56
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
9. ANEXOS	67
9.1 Matriz de consistencia	67
9.2 Ficha de recolección de datos	69
Porcentaje de coincidencia	73

## **RESUMEN**

**Objetivo** El objetivo de esta revisión de bibliográfica es identificar las evidencias científicas sobre los beneficios materno y neonatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

### **Metodología**

Es una revisión de bibliográfica, cualitativa y retrospectiva, los artículos revisados entre años 2011 al 2020 cuyas fuentes de búsqueda fueron de buscadores BASE, Pubmed, Google Académico. La muestra final del estudio está conformada por 13 artículos originales y estudios experimentales accesibles que tengan significancia estadística, seleccionados sobre mayor puntuación en la escala GRADE.

### **Resultado**

Los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la madre hacen referencia a la disminución de depresión y stress post parto, menor miedo y ansiedad, menor uso de analgesia, menor dolor, menor tasa de cesáreas de emergencia, consecuente menor costo al sistema de salud, inicio espontaneo del trabajo de parto, menor tiempo de dilatación y expulsivo, mayor tasa de parto vaginal, no episiotomía, mejora en la satisfacción del parto, apoyo psicosocial del acompañante, peso adecuado de la gestante, disminución de presión arterial, aumento fuerza de presión manual, disminución del flujo plasmático, aumento flexibilidad isquiosural, disminución la cifosis dorsal y lordosis lumbar. En los beneficios del recién nacido se evidencia: peso adecuado del recién nacido, el inicio de la lactancia materna se dio tempranamente, APGAR entre 8 y 10 del recién nacido.

**Conclusiones:** Según los artículos revisados llegan a admitir que la Psicoprofilaxis Obstétrica tiene diversos beneficios para la gestante y el recién nacido, por lo que su recomendación es segura y basada en evidencia científica, tal y como se ha demostrado.

**Palabras clave:** Psicoprofilaxis Obstétrica; Beneficios materno-neonatales; parto.

## **ABSTRACT**



**Objective** The objective of this literature review is to identify the scientific evidence on the maternal and neonatal benefits of Obstetric Psychoprophylaxis.

### **Method**

This is a qualitative and retrospective bibliographic study of the articles reviewed between the years 2011 to 2020 whose search sources were: The Base, Pubmed and Google Scholar. This final study sample consists of 13 original articles and accessible experimental studies that have statistical significance, selected based on the highest score on the GRADE scale.

### **Results**

The benefits of Obstetric Psychoprophylaxis in the mother refer to the reduction of depression and postpartum stress, less fear and anxiety, less use of analgesia, less pain, lower rate of emergency cesarean sections, consequently lower cost to the health system, spontaneous onset of labor, shorter dilation and expulsive time, higher vaginal delivery rate, no episiotomy, improved satisfaction with delivery, psychosocial support for the companion, adequate weight of the pregnant woman, decreased blood pressure, increased manual pressure force, decreased plasma flow, increased hamstring flexibility, decreased dorsal kyphosis and lumbar lordosis. In the benefits of the newborn, it is evident: adequate weight of the newborn, the start of breastfeeding occurred early, APGAR between 8 and 10 of the newborns.

### **Conclusions**

According to the articles reviewed, they come to admit that Obstetric Psychoprophylaxis have various benefits for the pregnant woman and the newborn, so their recommendation is safe and based on scientific evidence, as has been demonstrated.

**Keywords:** Obstetric Psychoprophylaxis; Maternal-neonatal benefits; Birth.

# **CAPITULO I**

## **1. EL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del problema**

El derecho de la mujer a tener una buena salud sexual y reproductiva, a engendrar un nuevo ser sin riesgos para su propia salud y la del neonato, ha sido una de las prioridades de los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ello debido a las cifras alarmantes de muertes maternas y neonatales en el mundo.

Según la OMS, diariamente 830 mujeres mueren debido a complicaciones durante el embarazo y parto, focalizándose en los países en vías de desarrollo. Para el año 2015, se estimó 303 mil muertes por complicaciones asociadas al embarazo y parto, resultando en una tasa de mortalidad materna de 239 por cada 100 mil nacidos vivos. Dentro de las principales causas de mortalidad tenemos a las hemorragias, infecciones, preeclampsia, complicaciones de la labor de parto y abortos. Uno de los principales factores asociados a este panorama es la no realización de controles prenatales, acudiendo a penas un 40% en países en vías de desarrollo (1).

En América Latina y El Caribe, se ha evidenciado importantes avances en cuanto a la reducción de la mortalidad materna, pasando de una tasa de 88/100000 nacidos vivos en el 2005 a 74/100000 nacidos vivos en el 2015, estando lejos aún de la propuesta de los objetivos de Organización de las Naciones Unidas planteados en el año 2000 (2).

Según el boletín del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud de Perú (MINSA), refiere que en los últimos años las cifras de muertes maternas fueron en descenso siendo 302 en el año 2019; pero con la pandemia del Covid 19 se produjo un mayor incremento de muertes maternas reportándose 429 muertes para el año 2020 pues con el confinamiento se suspendieron las atenciones en el primer nivel, consultas externas, Psicoprofilaxis Obstétrica, por lo que las mujeres embarazadas no realizaron sus controles prenatales oportunos, resultando como consecuencia el aumento de las muertes maternas, siendo la primera causa los trastornos hipertensivos, la segunda las

hemorragias y como tercera causa el COVID 19, además trastornos psicoafectivos (3).

La mortalidad neonatal, es la probabilidad de morir durante el primer mes de vida, fue en promedio de 10 defunciones por cada 1 000 nacidos vivos en los cinco años previos a la ENDES 2017-2018 (Perú), siendo en el área rural de 14 y en la urbana 9 defunciones durante el primer mes de vida por cada 1 000 nacidos vivos (4).

En relación con los trastornos psicoafectivos las estadísticas a nivel mundial señalan que la depresión prenatal no tratada es un riesgo para que se produzca la depresión posparto. En el año 2015 la depresión en el embarazo se situó en un 8.6% en países de Europa Occidental, 19,5% en Medio oriente, 17,5% en Asia del Sur y en Latinoamérica 29%. En el Perú en la investigación de Tirado, se encontró una prevalencia de riesgo de depresión de 30,5% en las gestantes, lo cual indica la gran incidencia de depresión post parto que existe en nuestro país, que no es diagnosticada y como consecuencia no tratada de forma oportuna (5). Investigaciones señalan que hasta el 13% de las mujeres en EE. UU. percibieron síntomas frecuentes de depresión después del parto, y que la ansiedad coexiste en hasta el 43% de las mujeres deprimidas durante y después del embarazo, lo que hace que la depresión y la ansiedad relacionadas con el embarazo se encuentren entre las complicaciones más comunes del embarazo (6).

Respecto a la tasa de cesáreas en Perú, el estudio publicado por Vilma Tapia y col. (2013) encontró una tasa de cesárea en el año 2000 de 25,5% y para el año 2010, 29,9%. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) publicó que la tasa de cesárea para el año 2017 era 45,4%, porcentaje que es considerado como estándar y referencial para las estadísticas nacionales. En oficina de gestión de información, unidad de inteligencia prestacional del Hospital Rebagliati (2020) se reportó una tasa de cesárea del 65.72 % (7).

Según la OMS, la preeclampsia se sitúa como segunda causa mundial de mortalidad en gestantes con un 14%, según la OPS más del 20% de muertes maternas son provocadas por problemas hipertensivos en Latinoamérica; y en Perú durante el 2018 fue la primera causa de muerte materna con un 28,7% (3).

Según el Instituto Nacional de Salud del MINSA sobre el peso de las gestantes relacionado con la semana de gestación se evidencio que la prevalencia de sobrepeso en ellas aumentó de 30.4 % a 44 %, entre los años 2009 y 2019, de acuerdo con el Informe del Sistema de información del Estado Nutricional (SIEN) publicado en julio del 2020 (8).

Frente a ese panorama epidemiológico, la OMS ha elaborado una serie de planes de intervención que buscan disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal. Dichos planes involucran mejoras en la atención de gestantes, mejoras en infraestructura de los establecimientos, mejora de los instrumentos de vigilancia y notificación, etc.

En ese sentido, el Perú ha implementado un Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal, que pretende la optimización de los recursos y la consolidación de las acciones del sistema de salud para hacer frente a la problemática descrita (9).

Dentro de dichas acciones se contempla en desarrollo de actividades preventivas, siendo una de las más importantes la Psicoprofilaxis Obstétrica.

La Psicoprofilaxis Obstétrica se define como “La preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre.” (10).

Dicha definición aleja la concepción típica que refiere que sólo es útil para “no tener dolor durante el parto”, convirtiéndose en una herramienta crucial para prevenir riesgos en el embarazo, parto y puerperio.

Así mismo la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica ASPPO, pionera y líder en Latinoamérica, se encargó de difundir y desarrollar la Psicoprofilaxis Obstétrica o preparación para el parto, como una especialidad de alto nivel dentro del área obstétrica y como una herramienta fundamental para logra una maternidad saludable, también participo en la elaboración de las Guías técnicas de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Perú y Latinoamérica (11).

Respecto a los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica Solís et al (12), en su artículo titulado “Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal” mencionan una serie de ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica a nivel materno y neonatal. Dentro de ellas tenemos menores niveles de ansiedad, ingresos a sala de parto en fase activa lo cual evitaría las innecesarias evaluaciones, menor duración de la labor de parto incluidos sus fases, menor riesgo de complicaciones, etc. En el neonato, puede evitar bajo peso al nacer, complicaciones tempranas, prematuridad, lactancia no adecuada, etc.

Por otro lado, Munares-García, en su estudio titulado “Establecimientos de salud con servicios de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Perú” encontró que, de 20 393 establecimientos registrados, solo el 8,6% tienen servicios de Psicoprofilaxis Obstétrica, estando el 75% en el primer nivel de atención, y apenas un 1.7% en el tercer nivel, reflejando una oferta escasa de los servicios de **Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)**. En cuanto a los establecimientos de ESSALUD, encontró que el 8,2% de establecimiento de primer nivel, 24% de segundo nivel y 20% de tercer nivel tienen implementado servicios de PPO (13).

## **1.2 Formulación del problema**

¿Cuáles son los beneficios maternos neonatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica?

## **1.3 Objetivo**

### **1.3.1 General**

Identificar las evidencias científicas sobre los beneficios materno y neonatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

### **1.3.2 Específicos**

1. Determinar las evidencias científicas de los beneficios maternos de la Psicoprofilaxis Obstétrica y métodos complementarios.
2. Determinar las evidencias científicas de los beneficios neonatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica y métodos complementarios

## **1.4 Justificación**

La maternidad y el nacimiento representan acontecimientos vitales en la vida de las mujeres, los cuales envuelven una serie de prácticas y concepciones vinculadas al temor de pasar una nueva experiencia. El dolor asociado al parto representa una de las mayores preocupaciones de las gestantes, generando tensión a medida que se aproxima al parto. En ese sentido, la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) resulta fundamental por su repercusión en las esferas psicoafectiva, física y teórica de las gestantes, lo cual se traduce en beneficios a nivel madre-neonato.

A pesar de los beneficios publicados de la aplicación de esta estrategia educativa, en muchos establecimientos de salud no se desarrolla; toda vez que, no tiene la difusión debida por los profesionales que integran los equipos multidisciplinarios que atienden a la gestante.

En ese sentido, la presente investigación tiene por finalidad conocer cuáles son los beneficios de la PPO a nivel madre-neonato. Los resultados obtenidos que deriven de la presente investigación servirán para actualizar y optimizar las guías Psicoprofilaxis Obstétrica actuales, además tendrían importancia a nivel institucional, debido a que corroboraría lo descrito en las diversas publicaciones científicas sobre los beneficios de la PPO, pudiendo generar una actitud positiva de los profesionales de los equipos multidisciplinarios realizando derivaciones oportunas de las gestantes. También impacta en los costos beneficios al estado, ya que ahorra gastos quirúrgicos y promueve el parto vaginal que tiene diversos beneficios para el binomio madre niño. Finalmente, serían las madres y neonatos los principales beneficiados de la investigación, al tener una evidencia científica sólida que refuerce los conocimientos previos respecto a los beneficios de la PPO.

Asimismo, la presente investigación servirá de base a futuras investigaciones institucionales en el Programa de PPO, al existir escasos estudios similares realizados en el Hospital, sería un punto de partida hacia futuras investigaciones

donde se evalúe el impacto de la PPO en diversas situaciones (Emergencia, Casos especiales).

### **1.5 Limitaciones de la investigación.**

Dentro de las limitaciones en la presente revisión bibliográfica se encontró pocos estudios actuales sobre beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Así mismo fue difícil conseguir estudios con similitudes en sus poblaciones, muestras, ubicaciones geográficas y el tipo de metodología de estudio.

## **CAPITULO II**

### **2. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Antecedentes**

Caluña N y Yumbay J, (2019) Guaranda - Ecuador “Guía de actividades psicoprofiláctica para las mujeres gestantes del club de embarazadas del centro de salud de Vinchoa”. El objetivo de la presente investigación es la elaboración de una guía de actividades psicoprofilácticas para las gestantes, sus beneficios y actividades para que en el alumbramiento estén preparadas. El trabajo es descriptivo trasversal. Utilizan como instrumento una encuesta. La población fue de 25 embarazadas. Según el presente estudio hay un alto desconocimiento del programa de PPO por parte de las embarazadas, la mayor parte desconocen los cambios físicos, tiene percepción negativa del dolor, poco conocimiento de signos de alarma (48%), no conocen las actividades físicas que se realizan en la Psicoprofilaxis Obstétrica. Finalmente concluye que es necesario tener una guía de Actividades para que el personal de salud pueda preparar a las gestantes en el personal de salud de Vinchoa (14).

Luna S y Tariz G (2019) “Experiencias en gestantes sobre Psicoprofilaxis Obstétrica, realizado por enfermeras, en usuarias de ginecología del hospital San Miguel”. El propósito fue la experiencia de las mujeres gestantes que recibieron la PPO por el profesional, evitando las complicaciones maternas. La metodología es cualitativo, fenomenológico con diseño etnográfico, que describe y analiza las experiencias obstétricas de las gestantes y puérperas a profundidad, para conocer las experiencias vividas, mediante la entrevista a profundidad. Como resultados tenemos que las 10 pacientes del estudio, que recibieron terapias de PPO reconociéndolos de una manera fácil para su bienestar y el de sus hijos. Las conclusiones fueron; la preparación oportuna de estas gestantes, permitieron que estén informadas en todas las dimensiones de las técnicas durante el embarazo y el parto, además de la importancia de la lactancia materna exclusiva (15).



Rodríguez C, (2018) en Ecuador, realizó la tesis titulada “beneficios materno-neonatales de a Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de medicina familiar y comunitaria del Centro de Salud Pascuales”. El enfoque fue cuantitativo, diseño prospectivo, experimental y transversal. La muestra estuvo conformada por 50 pacientes de estas 25 recibieron PPO y 25 no, se evidencio las que las gestantes que realizan PPO tienen mayores controles prenatales (CPN), en comparación de las que no realizan PPO; Además se evidencia que las gestantes que realizaron PPO que el inicio de trabajo de parto fue espontaneo, acudieron con mayor dilatación y tuvieron mayor parto eutócico. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. En las conclusiones se encontró que, los beneficios más frecuentemente encontrados son el parto eutócico espontáneo, cesáreas programadas sin complicaciones, buen peso al nacer, Apgar adecuado e inicio óptimo de la lactancia materna (16).

Angulo J. y Arana M, (2017) en León Nicaragua “Beneficios Maternos-Perinatales asociados a la Psicoprofilaxis Obstétrica en adolescentes de la ciudad de León, año 2016-2017. La tesis tiene como objetivo determinar los beneficios al momento del parto en adolescentes embarazadas que llevaron el curso de PPO. Se realizó un trabajo de tipo descriptivo trasversal. Se evaluó una población de 30 gestantes adolescentes primigestas, mediante una encuesta. De este grupo, la mayoría refieren que no sintió temor y se sintieron preparadas al momento del parto, tuvieron parto vaginal en su mayoría, con lo que respecta a beneficios perinatales los recién nacidos tuvieron el peso dentro de los parámetros normales, con buena adaptación dentro de la primera hora de vida. Concluyendo que la PPO disminuye la morbimortalidad materna y del recién nacido (17).

Regalado J. y Alarcón G- (2017) en Quito Ecuador realiza el estudio “La Psicoprofilaxis Obstétrica durante el embarazo para mejorar el proceso y los resultados del trabajo de parto y de las condiciones del recién nacido. Estudio comparativo en tres centros de salud: Augusto Egas, Los Rosales, y la Concordia, de la provincia de Santo Domingo de los Tsáchilas, durante el periodo 2015”. El

objetivo fue analizar los efectos de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el proceso y resultado del trabajo de parto y su influencia en el recién nacido. La metodología estudio retrospectivo de corte trasversal. La muestra fue de 995 gestantes. El instrumento fue revisión de historias clínicas y en los resultados se vio los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en los periodos del trabajo de parto específicamente en la variación del tiempo menor al promedio que mencionan en las literaturas, también se menciona la disminución de riesgos por desgarro perineal (18).

Turpo Ch, (2018) en Arequipa Perú, “Beneficios Maternos y Perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en Gestantes Atendidas por Parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, Arequipa Enero - octubre 2017” con el fin de determinar los beneficios y la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes atendidas por parto. Con estudio correlacional, retrospectivo de corte trasversal. En esta revisión de 185 historias clínicas con criterios de inclusión. De los cuales fueron 83 gestantes que tuvieron preparación del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y 102 sin preparación. El autor llegó a la conclusión que las gestantes del programa tuvieron un menor periodo de dilatación y trabajo de parto en relación con las que no llevaron el programa. Y se registraron beneficios como: menor presencia de desgarros, mayor afluencia de ingresos al centro en verdadero trabajo de parto y menor cantidad de evaluaciones previas en comparación del grupo control. En relación con el recién nacido y el contacto precoz hubo mayor contacto en el grupo que tuvo preparación psicoprofiláctica a comparación del grupo control. Todos estos con estadísticas significativas (19).

Yauris C. (2018). Lima Perú realiza el “Estudio comparativo de los beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron y no acudieron al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del hospital nacional Hipólito Unanue”. El objetivo del estudio fue comparar los beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto en pacientes que recibieron y no recibieron el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. La metodología fue descriptivo, comparativo, retrospectivo, y de corte trasversal; con una muestra de 60 historias clínicas, 30

historias de pacientes que hicieron PPO con un 100% más de 6 controles prenatales y 30 que no acudieron al programa PPO, de estas solo el 47% tuvo más de 6 controles prenatales. En el primer periodo del trabajo de parto las pacientes que hicieron PPO en un 97% tuvieron una duración de 8 a 14 horas, y las que no hicieron PPO tuvieron una duración mayor a 15 horas con 43%; en el expulsivo las que hicieron PPO estuvieron en una duración de 15 a 30 minutos con un 97% y las que no hicieron PPO una duración mayor de 30 minutos con 50%. Este estudio concluye en que existe beneficios materno-perinatales en pacientes que llevan el curso PPO con relación a las que no recibieron (20).

Ccanto M., en Huancavelica-Perú, en el año 2018, realizó la tesis titulada “Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en las primigestas atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica” cuyo objetivo fue determinar los beneficios de la PPO. El diseño fue cuantitativo, diseño fue observacional prospectivo. La muestra estuvo conformada por 40 primigestas. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Las conclusiones fueron que la PPO beneficia con un menor tiempo de periodo expulsivo y fase activa, mejores puntuaciones de APGAR y menor tasa de sufrimiento fetal en los recién nacido (21).

García V, en Loreto-Perú, en el año 2017, realizó su tesis titulada “Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales, de los partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto” cuyo objetivo fue determinar la influencia de la PPO en las complicaciones materno-neonatales. El enfoque fue cuantitativo, el diseño fue observacional analítico tipo casos y controles, retrospectivo. La muestra estuvo conformada por 180 gestantes, divididas en 2 grupos de 60 (caso – realizaron PPO) y 120 (control – no realizaron PPO). El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. Las conclusiones fueron que la PPO tuvo influencia significativa al disminuir hemorragia post parto y Preeclampsia, así como bajo peso al nacer en comparación con el grupo control (22).

Zorrilla G, en el año 2016, en Perú, realizó la tesis titulada “Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores” cuyo objetivo fue determinar los beneficios del programa Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO). El enfoque de investigación fue cuantitativo, diseño observacional analítico tipo casos y controles. La muestra estuvo conformada por 53 gestantes, divididas en 2 grupos (casos –recibieron PPO, controles – no recibieron PPO). El autor concluyó que la PPO tiene beneficios significativos en parámetros materno – neonatales en gestantes preparadas en comparación con las no preparadas (23).

Chable G., García K., en México, en el año 2013, realizaron el trabajo de investigación “Ventajas de la Psicoprofilaxis Perinatal” cuyo objetivo fue determinar las ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica. El enfoque de investigación fue cuantitativo, el diseño fue observacional analítico tipo casos y controles. La muestra estuvo conformada por 2 grupos, 56 casos (recibieron PPO) y 198 controles (no recibieron PPO). Se utilizó una ficha de recolección de datos sobre el dolor, miedo y nivel de conocimiento. Las conclusiones fueron que las participantes de la PPO, lograron menores tiempos de trabajo de parto y mejor nivel de conocimiento sobre el mismo, además controlan mejor el dolor (24).

Stoll K. et al., en el año 2012, en su estudio titulado “Educación sobre el parto e intervenciones obstétricas entre mujeres canadienses de bajo riesgo: ¿hay alguna conexión?” cuyo objetivo fue evaluar el impacto de la educación sobre el parto e intervenciones obstétricas en los resultados del parto. El enfoque fue cuantitativo, el diseño correlacional. La muestra estuvo conformada por 624 gestantes entre las 35 y 39 semanas de gestación, con bajo riesgo. El instrumento utilizado fue una ficha de recolección de datos. en cuanto a los hallazgos se obtuvo que, las mujeres mayores, más educadas y nulíparas tenían más probabilidades de asistir a clases de educación sobre el parto que las mujeres más jóvenes, menos educadas y

multíparas. Asistir a clases de educación prenatal se asoció con tasas más altas de partos vaginales entre las mujeres en la muestra del estudio. Las tasas de inducción y aumento del parto y el uso de anestesia epidural no se asociaron significativamente con la asistencia a clases de educación sobre el parto (25).

## **2.2 BASES TEORICAS.**

### **2.2.1. Psicoprofilaxis Obstétrica**

#### **a) Definición**

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludable y positiva en la madre y bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz. Asimismo, fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. Asimismo, la PPO disminuye las complicaciones, y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal (26).

#### **b) Tipos**

- **Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO).** - Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal (26).
- **PPO Prenatal (PPO-PN).** - Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación. El mejor momento para iniciarla es entre el quinto y sexto mes prenatal; Sin embargo, hay que tener presente que nunca es tarde para realizarla (26).

- **PPO Intranatal (PPO-IN).** - Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante el trabajo de parto. Por el período en que se realiza, priorizará la información técnica de ayuda a la madre y persona que le brinde el acompañamiento, enfocado hacia una respuesta adecuada durante la labor. También es denominada PPO de emergencia (26).
- **PPO Postnatal (PPO-PTN).** - Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda después del parto. Por lo general se da durante el período de puerperio mediato, pudiendo ampliarse hasta los primeros meses del período de lactancia exclusiva. Su finalidad es lograr la recuperación y reincorporación óptima de la madre promoviendo cuidados en su salud sexual y reproductiva (26).
- **Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia (PPO-EM).** - Es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Es importante la adaptación de un programa o sesión intensiva teniendo en cuenta las prioridades. Busca esencialmente la tranquilidad, colaboración y participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La principal herramienta de la Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia proviene de la escuela soviética ya que busca el "automatismo de la respuesta condicionada" para facilitar una mejor actitud, rol activo y experiencia obstétrica en la madre (26).
- **Psicoprofilaxis Obstétrica en situaciones especiales (PPO-SE).** - Preparación prenatal integral que se da a las gestantes cuya gestación no reúne las condiciones normales y/o ideales, por lo que de acuerdo con cada situación especial (SE), requerirá una atención basada en las necesidades específicas de cada madre. Por su origen, la SE puede ser de tipo personal, médica o sociocultural (26).

**c) Bases doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica**

En el año 1929, Read G., representando a la escuela inglesa, describió el término "parto sin dolor". Las bases utilizadas para sustentar su teoría fue el

síndrome Temor - Tensión - Dolor, definiendo que el dolor de parto es una respuesta patológica que se produce por el miedo al mismo. Por ello, planteó que era necesario romper esa tríada, a través de la enseñanza de conocimientos relacionados e instruir las técnicas de relajación, lo cual puede influir en sus niveles de tensión, creando un entorno favorable. Los 4 elementos fundamentales para esta escuela son: educación, respiración correcta, relajación y gimnasia.

La escuela francesa, representada por Lamaze F., siendo su principal postulado, que el miedo expresado por la gestante es la principal causa de los problemas del parto. En vista de ello, implementó técnicas para contrarrestar esta situación (respiración, relajación, deambulación). Todo ello, puede contrarrestar el miedo, obteniendo un parto con poco uso de medicamentos y menos dolor. Su postulado fue “Parto sin dolor Respiración Jadeante”.

La escuela ecléctica, se basa en las escuelas rusa, inglesa y francesa, cuyo máximo representante fue Leboyer y Gavensky, dentro de sus postulados, están dirigidos al encuentro madre, padre e hijo a través de “parto sin dolor, parto sin violencia”. Las tareas para lograr ello son:

- Preparar adecuadamente a la mujer, para el parto
- Brindar las condiciones óptimas, con el personal adecuadamente preparado (11).

#### **d) Dimensiones de la Psicoprofilaxis Obstétrica**

- Dimensión actitudinal y emocional relacionada con cada fase del proceso del parto: predisposición a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la relación con la pareja, disposición para ayudar al recién nacido a establecer el vínculo afectivo, así como para atender sus necesidades dentro de un clima emocional positivo. Asimismo, la aceptación de las implicaciones

emocionales respecto al tipo de parto de parto y en la alimentación del bebé (27).

- Dimensión comportamental, que contempla el desarrollo de habilidades que permiten afrontar de una manera competente el proceso de la gestación, parto y posparto; estrategias ante los temores y molestias (dolores), técnicas de relajación, habilidades de relación y comunicación (27).
- Dimensión cognitiva, relacionada con el proceso del nacimiento y sus implicaciones en las diferentes etapas: gestación, parto y posparto. Conocimiento de los signos de alarma, cuidados especiales, señales del inicio del trabajo de parto, puericultura, recuperación postnatal, plan de nacimiento entre otros componentes (27).

#### e) Preparación Psicoprofilaxis Obstétrica

- **Preparación física (PF).** - Entrenamiento que se brinda a la gestante de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que obtenga beneficios corporales y mentales. La prepara para lograr una gestación, parto y recuperación en mejores condiciones. Ésta puede ser a través de ejercicios gestacionales, técnicas de actividad respiratoria, técnicas de relajación neuromuscular, posiciones antálgicas y/o masajes localizados, entre otros (11).
- **Preparación psicoafectiva (P-PA).** - Apoyo emocional que se brinda a la gestante/pareja gestante, permitiéndole disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas, logrando en ellos tranquilidad, seguridad y bienestar permanentes. Ayuda también en el proceso de desligar el fenómeno de temor – tensión – dolor. La preparación psicoafectiva circunscribe la Estimulación Prenatal (11).
- **Preparación teórica (PT).** - Información real y oportuna que se brinda a la gestante para que conozca y entienda aspectos relacionados con su jornada obstétrica, lo cual la ayuda a tener tranquilidad y seguridad, empoderándola



respecto de los cuidados de salud y generando en ella una cultura de prevención (11).

**f) Ventajas de la PPO en la madre**

- Menor grado de ansiedad en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda.
- Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada.
- Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación con el promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva.
- Menor duración del tiempo total del trabajo de parto.
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos en general.
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
- Manifestará menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias.
- Tendrá amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo.
- Aprenderá a disfrutar mejor de su gestación y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso.
- Ampliará las posibilidades de gozar de la jornada con participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto.

- Mejor vínculo afectivo con el bebé, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebé, ni especulaciones ni uso de técnicas no probadas o no convenientes.
- Menor posibilidad de un parto por cesárea.
- Menor riesgo de un parto instrumentado.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Aptitud total para una lactancia natural.
- Menor riesgo a tener depresión postparto (12).

**g) Ventajas perinatales**

- Mejor curva de crecimiento intrauterino.
- Mejor Vínculo Prenatal (EPN).
- Enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina (lo inocuo vs lo dudoso).
- Menor Índice de sufrimiento fetal.
- Menor Índice de complicaciones perinatales.
- Menor Índice de prematuridad.
- Mejor peso al nacer. Mejor estado (Apgar).
- Mayor éxito con la lactancia materna.
- Mejor crecimiento y desarrollo (12).

**2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES DE TERMINOS.**

**METODO COMPLEMENTARIO:**

Son aquellos métodos que **se usan junto** a la atención convencional (28).

**PROGRAMAS COMPLEMENTARIOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.**

**MINDFULNESS MBCP (ATENCION PLENA).** Es un programa de educación prenatal basado en la conciencia plena, una forma de relajación mediante técnicas de atención y yoga, permite concentrarnos en el momento presente (es decir, aquí y ahora), incluye la fisiología del parto, formas de usar la mente para trabajar con el dolor durante el trabajo de

parto, posiciones para el parto, la lactancia, la crianza de un recién nacido y el uso de la comunicación consciente durante el parto, de ocho sesiones una vez por semanas por tres horas y una sesión de 7 horas de meditación. Realizado por enfermeras parteras (29).

**CURSO MBCE** Programa de parto y crianza basados en atención plena, de ocho sesiones una vez por semanas, por tres horas y una sesión de 7 horas de meditación. El curso tiene un enfoque activo basado en habilidades de educación para el parto, habilidades de comunicación y toma de decisiones. A los participantes les entregan CD de tareas con instrucciones de meditación de atención plena y un libro de trabajo por sesiones. A cargo de midwife y educadoras (30).

**CURSO C-ICP** Sesiones para educar y apoyar a las mujeres primigrávidas y sus acompañantes al final del embarazo sobre el parto, entre 35 a 40 semanas, en casa de espera, fueron dos sesiones con acompañante, de 1 hora y 20 minutos cada una, los temas tratados son signos alarma, contracciones, trabajo de parto, parto, pujo, relajación, funciones de la mujer al inicio del parto, rol del acompañante, a cargo de parteras (31).

**CURSO MIL** (Mind in Labor: Trabajo de la mente en el dolor de parto) Es programa de educación para el parto que enseña habilidades de atención plena para afrontar el dolor y el miedo durante el parto, este curso es corto e intensivo, de tres días, para situaciones especiales. Cubre los conceptos básicos de la educación para el parto, conexión entre la mente y el cuerpo en el trabajo de parto con atención plena, trabajo del cuerpo y también aprender habilidades de paternidad y crianza basadas en la atención como apoyo a la pareja. Está dirigida para gestantes que han tenido experiencias difíciles de parto, experiencia de parto que requiera atención médica especial. Es impartida por una Matrona y una educadora (29).

**BELIEF** (sentimientos y expectativas en torno al miedo al parto). Son sesiones de psicoeducación telefónica personalizado para gestantes, en situaciones especiales con alto nivel de miedo al parto, se realiza en un marco para que las mujeres identifiquen y trabajen a través de los elementos angustiantes del parto, ofrecida por parteras, ente las 24 y 34 semanas. El tiempo de intervención es de 1.5 hora aproximadamente. Utilizan las siguientes estrategias: conexión terapéutica entre partera y gestante, aceptan y trabajan con las percepciones de las mujeres, apoyan la expresión de sentimientos, conectan el evento con emociones y comportamientos, desarrollan un plan de parto, estrategias de redes de apoyo, refuerzan los enfoques positivos para afrontar la situación y exploran soluciones. Todas reciben un folleto (32).

**METODO KIT ROSA** Preparación para el parto basada en habilidades en mujeres primerizas, un estudio multimedia de cuatro libros que contiene información sobre respiración, leguaje y habilidades táctiles, información verbal y no verbal, ejercicios de relajación, habilidades básicas aplicables al nacimiento y habilidades adicionales, dos CD que contenía como prepararse al nacimiento y habilidades para las fases de contracción y un DVD que enseña habilidades específicas para manejar el proceso del parto, ejercicios, basada en el auto aprendizaje con 40 horas de contenido y online (33).

**METODO PILATES:** Es un programa de actividad física, de bajo impacto seguro para embarazadas, de 8 semanas de duración, 2 sesiones grupales por semana con una duración de 40-45 min, repartidas a lo largo de ocho semanas como mínimo (desde la semana 26 a la 34). Las sesiones del programa de Pilates se realizan utilizando pelotas de fitball, bandas elásticas, aros mágicos y pelotas pequeñas, trabajan la correcta posición postural en reposo y durante el movimiento, para hacer actividades de fuerza y flexibilidad desde los miembros superiores a los miembros

inferiores, pasan de la bipedestación a posiciones sentadas y tumbadas, buscan fortalecer la pared abdominal y el suelo pélvico, con repeticiones de 3 a 5 veces por cada ejercicio. La estructura de las sesiones está compuesta por: verificación de la postura, fase de calentamiento (5-8 min), fase de trabajo aeróbico y tonificación (25-30 min), fase de flexibilidad (5-10 min) ayuda a la gestante a relajar los músculos y por último fase final de vuelta a la calma (5-10 min) donde se lleva a cabo técnicas de relajación (34) (11).

### **PREPARACION PRE-NATAL ACUATICA (PAFMAE):**

Es un programa de ejercicios de natación e inmersión en gestantes de 6 semanas de duración, 2 veces por semana, de 45 min por sesión (12 sesiones en total). La estructura de cada sesión consistió en: calentamiento y ejercicios de adaptación en el agua (5 min), seguido de un grupo de ejercicios aeróbicos de nivel moderado (20 min), se trabajan grupos musculares (miembros superiores, miembros inferiores, trabajo respiratorio, dorsal y abdominal) así como trabajo de la pelvis (10 min), finalizando con una fase de relajación y ejercicios lúdicos (10 min). La actividad se realizó en una piscina temperada 28-30° C, donde se hacía bipedestación, en condiciones adecuadas para la seguridad de la gestante. Se trabaja con grupos de 8-10 gestantes. Las participantes reciben indicaciones previas, entre las cuales figuraba la de tomar su desayuno habitual antes de ir al centro deportivo a realizar la actividad física (11).

### **PREPARACION PARA EL PARTO**

Conjunto de actividades para brindar preparación integral prenatal (teórica, física y psicológica) a la gestante, para un embarazo, parto y posparto en las mejores condiciones, sin temor, disminuyendo las complicaciones con posibilidad de una rápida recuperación, además de disminuir la mortalidad materna perinatal (33).

**BENEFICIOS DE LA PPO.** Son las ventajas que brinda la Psicoprofilaxis Obstétrica a la gestante y al neonato. Las ventajas son efectos positivos y beneficiosos.

**EFICACIA** Es la capacidad para lograr un efecto deseado, es hacer lo necesario para lograr los objetivos propuestos.

**EFFECTIVIDAD** Es hacer las cosas de forma correcta, que las tareas se lleven de manera eficaz y eficiente.

**COSTO EFECTIVIDAD** Es una evaluación económica que compara los efectos positivos y negativos del costo de la intervención para prevenir la cesárea innecesaria desde la perspectiva del sistema de salud.

**MATRONA** Es un profesional responsable que trabaja con mujeres para proporcionar el adecuado apoyo, cuidado y consejo durante el embarazo, parto y puerperio, así mismo al neonato y al lactante. Incluye medidas preventivas, preparación prenatal, salud sexual y reproductiva, también detecta complicaciones de la madre y el niño, este profesional puede ejercer en cualquier hospital, clínica o de forma privada (35).

**PARTERAS, MIDWIFE** Es una enfermera especializada en brindar atención a la mujer en distintas fases de su vida, es la que se encarga de dirigir el nacimiento en caso de que no haya complicaciones así mismo cuidados durante el embarazo y post parto (36).

#### **ESCALAS USADAS EN LOS ESTUDIOS.**

- **CBSEI:** autoeficacia en el parto y trabajo de parto (30) (31) (33) (37) (38).
- **EPDS:** escala de depresión post natal de Edimburgo (31) (32) (38) (39) (40).

- **W-DEC:** Cuestionario que valora el miedo (30) (32) (38) (41). Y en algunos estudios modificada para medir Satisfacción al nacer (37).
- **PCS:** Escala de dolor catastrófico (37).
- **MAIA:** Evaluación multidimensional de la conciencia interoceptiva (37).
- **FFMQ:** Cuestionario de atención plena (37) (39).
- **CES-D:** Escala de depresión (37).
- **CAQ:** Cuestionario de actitud al parto (31).
- **BCSQ:** Apoyo del acompañante durante el parto (31).
- **MAAS:** Atención plena (30).
- **DASS:** Depresión, ansiedad y estrés (30).
- **PSS-10:** Escala de estrés percibido (39).
- **DCS:** escala de toma de decisiones (38).

## 2.4 HIPÓTESIS

Existen beneficios materno-neonatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica.

## **CAPITULO III**

### **3. DISEÑO Y MÉTODO**

#### **3.1 Tipo de investigación**

##### **Según la intervención del investigador:**

Es una revisión bibliográfica o narrativa cualitativa y retrospectiva de trabajos de investigación publicados en revistas indexadas, para evaluar el efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica considerando los tipos de estudio experimentales (42) (43).

#### **3.2 Ámbito de la investigación**

Los ámbitos de investigación estuvieron formados por los artículos publicados y originales, relacionados a los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica, durante la búsqueda de información, se decidió ampliar el año de publicación de 5 a 10 años, ya que así se disponía artículos de mayor calidad para la revisión.

Una vez realizada la búsqueda en las bases de datos, se han seleccionado, en una primera revisión, aquellos artículos cuyo título sea específico sobre el tema a tratar. Seguidamente, se ha procedido a leer el resumen de estos artículos.

De los 45 artículos encontrados, se seleccionaron un total de 13 artículos, debido a duplicidades o no adecuarse a los objetivos pactados, que evalué los beneficios materno-neonatales y de la Psicoprofilaxis Obstétrica, considerando que cumplan una mayor puntuación en la escala GRADE.

#### **3.3 Población y muestra**

La población de estudio estuvo conformada por 45 artículos originales relacionadas a beneficios materno-neonatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica, publicados entre los años 2011 al 2020 cuyas fuentes de búsqueda fueron BASE, Pubmed, Cochrane, Scopus, Google Académico y repositorio de la Universidad Norbert Wiener en idiomas inglés y español.

La muestra final del estudio está conformada por 13 artículos originales y estudios experimentales accesibles que tengan significancia estadística, seleccionados



sobre mayor puntuación en la escala GRADE, dentro de la población de artículos encontrados.

El muestreo o selección de la muestra fue no probabilístico de tipo intencionado. El muestreo o selección de la muestra se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios:

### **Criterios de inclusión**

- Artículos publicados relacionados a Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Tipo de estudio:
  - Estudios experimentales con escala GRADE mayor a 4.
  - Ensayos clínicos, experimentales aleatorizado controlados.
  - Ensayos clínicos, cuasi experimentales o no aleatorizados
  - Ensayo paralelo no cegado de dos brazos
  - Estudios preexperimentales.
  - Estudios experimentales secuenciales (cuantitativo y cualitativo)
  - Diseño de método mixto secuencial.
  - Estudios analíticos
- Artículos publicados los 10 últimos años.

### **Criterios de exclusión**

- Artículos publicados antes del 2010 respecto a la PPO.
- Artículos con información incompleta.
- Estudios Descriptivos
- Tesis
- Artículos de revisión.
- Estudios con baja escala GRADE menor a 5

### **3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.**

1.Variable Independiente: PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

2: Variable Dependiente: BENEFICIOS MATERNOS NEONATALES.

### **3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se realizó la selección de los artículos de investigación que permitieron la obtención de los artículos publicados relacionados a beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica, de diversos buscadores informáticos de base de datos, como MedLine, BASE, Pubmed, Cochrane, Scopus y Google Académico. Se utilizaron las palabras de búsqueda:

- Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto.
- Psicoprofilaxis Obstétrica beneficios
- Psicoprofilaxis Obstétrica en embarazadas
- Educación prenatal y post natal
- Psicoprofilaxis Obstétrica prenatal
- Matroneria prenatal
- Psicoprofilaxis Obstétrica
- Preparación de las gestantes por matronas
- Prenatal preparation and midwife
- Benefits of prenatal preparation in pregnant women.
- Mindfulness and pregnant

### **3.6 Plan de procesamiento y análisis de datos**

Los datos recopilados fueron colocados en una matriz de bases de datos, verificando el correcto llenado de todos los datos y se realizó el resumen de artículos. Se identificaron las evidencias de sus beneficios mediante el análisis del tipo de estudio teniendo en cuenta el número de controles, la aleatorización (experimentales o cuasi experimentales). Así, como el tamaño de las muestras

utilizadas y la significancia estadística de los resultados a los cuales ha llegado el estudio.

La presente investigación es de tipo revisión de publicaciones.

- Con una población de artículos originales según los criterios de inclusión.
- Los datos recopilados fueron colocados en una matriz de bases de datos (Excel), de los estudios publicados durante los años 2010 al 2020.
- Las bases de datos usadas fueron: MedLine, BASE, Pubmed, Cochrane, Scopus y Google Académico y repositorio de la Universidad Norbert Wiener.
- Se revisaron los artículos originales y se realizó una tabla de resultados.

### **3.7 Aspectos éticos**

Se respetó la autoría y precauciones que los investigadores toman en la planificación, implementación y seguimiento de los estudios, para proteger las ideas de las investigaciones. Además se establecieron pautas éticas para la investigación clínica para proteger a los pacientes voluntarios (artículos) y preservar la integridad de la ciencia (44). Si bien es cierto, en la presente revisión bibliográfica no se trabajó directamente con los pacientes, puesto que se recopilaron datos de los artículos revisados, garantizando la veracidad de estos, durante todo el proceso de la revisión.

## CAPITULO IV: PRESENTACION Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.

### 4. RESULTADOS

TABLA NRO. 01.- CARACTERISTICAS DE LOS ARTICULOS DEL ESTUDIO

TÍTULO	AUTOR Y LUGAR	DISEÑO Y METODO	POBLACION Y MUESTRA	RESULTADO	INTERVENCIÓN E INSTRUMENTO	GRADO
1. "La Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación perinatal temprana una alternativa terapéutica grupal para la disminución sintomatológica depresiva en madres adolescentes."	Bautista J. et al - Tamazunchale S.L.P. México.	Cuantitativo cuasiexperimental, y prospectivo	-9 adolescentes embarazadas (12 a 19 años)	Los <b>resultados</b> son:  -Mejora en su estado de ánimo y la mejor relación con sus bebés en el embarazo.  -Importancia de la Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal, como una alternativa terapéutica que <b>previene y disminuye la depresión en gestantes y puérperas adolescentes</b> , presentando una diferencia estadísticamente significativa (T student=10, p=0.001).	<b>Intervención educativa: Curso Taller de PPO y EPN.</b>  <b>Escala -EPSD.</b> -Encuesta elaborada	7
2. "Efectos de una intervención psicoeducativa de parteras para reducir el miedo al parto"	Fenwick J. et al.	ensayo clínico aleatorizado	339 mujeres Intervención:170 Control:169	-El grupo de intervención tuvo una menor tasa de cesárea de emergencia que el de control (18% frente 25%).	Estudio BELIEF sentimientos y expectativas	8

<p><i>parto en las mujeres y bienestar psicológico posparto”</i></p>	<p>-Australia, Queensland</p>			<p>-En primigestas tuvieron mayor tasa de parto vaginal (65% frente a 55%).</p> <p>-Refieren que no hubo diferencias con respecto a los síntomas depresivos, pero si hubo menos flashbacks (recuerdos, pesadillas de un stress postraumático) (p=0,005) llevando a un bienestar emocional de las mujeres.</p> <p>-Destaca la labor de la partera en asesorar a las gestantes con altos niveles de miedo en el parto</p>	<p>en torno al miedo al parto.</p> <p>02 sesiones telefónicas</p> <p><b>Questionarios:</b></p> <p><b>-W-DEQ</b></p> <p>&gt;66 gran miedo.</p> <p>&gt;85 Miedo severo.</p> <p><b>-EPDS</b> escala de depresión post natal de Edimburgo.</p>	
<p>3.” <i>Beneficios y dificultades de la Psicoprofilaxis Obstétrica en</i></p>	<p>Narrea V. et al</p>	<p>Estudio no experimental,</p>	<p>La población es de 80 gestantes nulíparas y</p>	<p>Entre los resultados que describieron fueron los <b>beneficios maternos</b> con PPO:</p>	<p><b>Programa de sesiones de PPO</b></p>	<p>5</p>

<p><i>gestantes de la comunidad de Progreso, Guayas”</i></p>	<p>Ecuador, Guayas</p>	<p>transversal, cuantitativo, casos y controles, retrospectivo, descriptivo</p>	<p>multíparas que asistieron PPO. Casos=56 Controles=24</p>	<p><b>-Tiempo de dilatación menor</b> de 6 horas (OR=2.11). <b>-Menor uso de analgésicos</b> (OR=3.64) <b>-Expulsivo menor a 25 minutos</b> (OR=4.63) <b>-La mayoría tuvo parto eutócico</b> (OR=6.27) <b>Los <u>beneficios en el RN</u> (&gt; 6 sesiones):</b> <b>-Los hijos de las madres que hacen PPO tienen <b>APGAR entre 8-10</b></b> <b>-la PPO tiene efecto protector en las apneas al nacer</b> (p altamente significativo).</p>	<p><b>de Ecuador</b> con asistencia de 6 a más sesiones <b>Ficha recolección de datos</b></p>	
<p>4. <i>“Eficacia de la preparación para el parto con acompañante para el miedo al parto, la autoeficacia y el apoyo materno en mujeres primigesta en Malawi”</i></p>	<p>Munkhondya B. et al  -Malawi</p>	<p>Cuasiexperimental</p>	<p>70 mujeres primigestas  Intervención =35  Control=35</p>	<p>Los resultados que encontraron fueron: -Disminución significativa de miedo al parto. -Autoeficacia del parto. -Apoyo psicosocial del acompañante.  La intervención del C-ICP fue eficaz con p&lt; 0.001</p>	<p>Curso de intervención <b>C-ICP</b>  Dos sesiones con acompañante  <b>Questionarios:</b> -CBSEI</p>	<p>7</p>

					-BCSQ -CAQ	
5." <i>Un análisis de costo-efectividad de la psicoeducación de parteras para mujeres embarazadas temerosas: una perspectiva del sistema de salud para el período prenatal</i> "	Toohill J. et al  -Australia en 3 hospitales de maternidad de Queensland	Ensayo controlado aleatorio	184 mujeres  Intervención :91  Control:93	Los resultados encontrados en este estudio fueron  -Por cada 5 mujeres asesoradas se redujo una cesárea.  -El costo medio del grupo de intervención en salud fue inferior en comparación del grupo control separado del precio de la psicoeducación, pero no significativo (p=0,78).  -Se recomiendan en este estudio que las parteras brinden una psicoeducación a las mujeres con miedo al parto.  -Como beneficio las gestantes temerosas desarrollan sentimientos positivos anticipados para su parto y así logran un parto vaginal.	- <b>BELIEF</b> Estudio de sentimientos y expectativas en torno al miedo al parto. 02sesiones telefónicas (24 y 34 semanas)  <b>Cuestionarios</b> -W-DEQ - <b>Encuesta</b> Razón costo efectividad .	8

<p>6. "Efectividad de un estudio piloto de educación sobre el parto basado en la atención plena sobre la autoeficacia materna y miedo al parto"</p>	<p>Byrne J. et al.  -Australia, centros de maternidad</p>	<p>Preexperimental de medidas repetidas</p>	<p>12 mujeres</p>	<p>Como resultados encontraron: -La mejora de <b>auto eficacia en el parto</b> con el cuestionario CBSEI. -<b>Disminución de miedo al parto</b> medida con la escala W-DEQ los cuales presenta una mejora estadística significativa. -En el puerperio se evidencia <b>disminución significativa de la ansiedad</b>, medida con el cuestionario DASS.</p>	<p><b>Protocolo MBCE</b>  8 sesiones grupales. semanales  <b>Cuestionario</b>  -MAAS, -W-DEQ, - DASS -CBSEI</p>	<p>7</p>
<p>7. "Evaluación de la efectividad de los programas basados en la atención plena sobre la salud mental durante el embarazo y la maternidad temprana"</p>	<p>Pan W. et al  -Taiwan</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio.</p>	<p>74 mujeres  Intervención:39 Comparación:35</p>	<p>Los <b>resultados</b> encontrados son: - La <b>disminución significativa del stress (PSS)</b> - <b>Disminución de depresión (EPDS)</b> post parto en relaciona al grupo de comparación.</p>	<p><b>Programa de intervención</b> Mindfulness <b>MBCP</b> efectos del programa de parto y crianza de los hijos basado en la atención plena <b>Sesiones</b> 8 <b>Cuestionarios:</b> -PSS-10 -EPDS -FFMQ</p>	<p>8</p>



<p>8. "Beneficios de preparación para el parto con entrenamiento de atención plena"</p>	<p>Duncan L. et al  -UCSF (universidad de California, San Francisco)</p>	<p>Ensayo controlado aleatorio</p>	<p>Muestra =29 Control = 14 Estudio (MIL)= 15</p>	<p>-Las pacientes del programa MIL usaron menos analgesia opioide que los del control. -Se evidencia que el grupo MIL presenta mayor autoeficacia en el parto según escala CBSEI y <math>p &lt; 0.05</math>. -El dolor según escala PCS disminuyo en el grupo MIL a diferencia que se mantuvo en el grupo control, siendo estadísticamente significativo. -Respecto a la escala CES-D de depresión post parto, se redujo los síntomas de DPP durante el seguimiento del grupo MIL en relación con el grupo control. Presenta una RR 0.5 con Asociación Significativa.</p>	<p>Curso MIL. Trabajo de la mente en el dolor de parto. Curso intensivo de 2.5 días.  <b>Escalas utilizadas</b> : -CBSEI -PCS -MAIA -FFMQ -CES-D -WDEQ</p>	<p>7</p>
<p>9. "Un ensayo controlado aleatorio de una intervención psicoeducativa de parteras para reducir el miedo al parto en mujeres embarazadas"</p>	<p>Toohill J. et al  -Australia, Queensland  -</p>	<p>Ensayo paralelo no cegado de dos brazos.</p>	<p>Población de 339 gestantes  Intervención =170 Control=169</p>	<p>Los resultados que hallaron fueron:  -Reducción del miedo al parto, con diferencia significativa. <math>P &lt; 0.001</math>  -Autoeficacia del parto, <math>p &lt; 0.002</math>  -Reducción de los síntomas depresivos, pero no fueron significativos</p>	<p><b>Método</b> BELIEF Estudio de sentimientos y expectativas en torno al miedo al parto.  <b>Escala</b></p>	<p>8</p>

					-W DEC A -CBSEI -DCS -EPDS	
10. "Efectividad de un programa de actividad física mediante el método Pilates en el embarazo y en el proceso del parto"	Rodríguez L. et al.  -España Gibraltar	Ensayo clínico aleatorizado	105 mujeres gestantes  Intervención=50 (Programa de actividad física Pilates para embarazadas+ Práctica clínica habitual)  Control =55 (Práctica clínica habitual)	Como resultados en este estudio evidencio:  -Aumento fuerza de presión manual, aumento flexibilidad isquiosural, disminución de la cifosis dorsal y lordosis lumbar, con $p < 0.001$  -En el proceso del parto se ve mejora significativa en el tipo de parto, no episiotomía, menor analgesia y menor peso del RN, con $p < 0.001$  -Menor peso, disminución de presión arterial, con p altamente significativo.	<b>Programa de actividad física pilates en embarazadas.</b>  -Ocho semanas (16 sesiones)  <b>Recogida de datos:</b> -Balanza -Tallímetro - Tensiómetro - Dinamómetro - Goniómetro - Inclinómetro	8

<p>11. "Efecto de un programa de actividad física en el medio acuático sobre las constantes hemodinámicas en mujeres embarazadas"</p>	<p>Vásquez J. et al</p> <p>-España, Ceuta.</p> <p>-</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>46 mujeres gestantes</p> <p>Estudio=18 PAFMAE + Práctica clínica habitual</p> <p>Control=28 (Práctica clínica habitual)</p>	<p>Los resultados referidos del estudio son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Evidenciaron una <b>mejora significativa en disminuir la presión arterial</b>, (<math>p &lt; 0.05</math>).</li> <li>-Observaron que tuvieron <b>diminución del volumen plasmático</b> en relación con el grupo control, con significancia estadística <math>p &lt; 0,001</math></li> <li>-Evidenciaron diferencia significativa en los <b>niveles mayores de fracción de excreción de sodio</b>, con significancia estadística <math>p &lt; 0,05</math>.</li> <li>-Por lo tanto, este programa <b>contribuye al equilibrio hidro salino</b>, previniendo el aumento del volumen plasmático y actividad de del eje renina aldosterona.</li> </ul>	<p><b>PAFMAE</b></p> <p>Programa de actividad física medio acuático para embarazadas, Seis semanas (12 sesiones). Cada sesión de 45 min.</p> <p><b>Recojo de datos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Presión arterial y Frecuencia cardiaca</li> <li>-Medidas analíticas: sangre, orina.</li> <li>-Volumen plasmático</li> </ul>	<p>8</p>
<p>12. "Los efectos de un curso de preparación para el parto en los resultados del</p>	<p>Hatamleh R. et al</p> <p>Jordania, Amman</p>	<p>Ensayo clínico aleatorizado</p>	<p>128 mujeres nulíparas</p>	<p>Los <b>resultados</b> que hallaron fueron:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Se presento inicio espontaneo de trabajo de parto. (<math>p &lt; 0,02</math>)</li> </ul>	<p><b>Curso de preparación para el parto</b></p>	<p>8</p>

<i>parto entre mujeres jordanas nulíparas”</i>			Estudio= 64 Control=64	-Las gestantes acudieron en trabajo de parto con dilatación avanzada.  - El inicio de la lactancia materna se dio tempranamente.	<b>Questionario</b>  -Socio demográfico -Hoja de datos de resultado del nacimiento	
<i>13.” La preparación para el parto basada en habilidades aumenta la autoeficacia en el parto para las madres primerizas”</i>	Howarth A. et al.  -Nueva Zelanda	Ensayo clínico aleatorizado	137 primigestas de Nueva Zelanda.  Tres grupos: <u>Intervención</u> =Kit rosa  <u>Control</u> =folletos de nacimientos  <u>TAU</u> =Nada	Encontraron que los resultados fueron <b>mejor satisfacción del parto, menor percepción del dolor y menor depresión posparto</b> con ( $p<0,01$ ). Concluyeron que la preparación para el parto permitió que las madres logren mayor control y seguridad basado en sus habilidades.	<b>Método Kit rosa</b> para dar a luz mejor. Estudio multimedia de autoaprendizaje 40 horas de contenido.  <b>Escalas:</b> CBCEI.  Dos controles (a las 24 y 36 sem.)	8

#### 4.1 DESCRIPCION DE LOS RESULTADOS

Respecto al estudio de **Bautista J.** (2018) titulada “La Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación perinatal temprana una alternativa terapéutica grupal para la disminución sintomatológica depresiva en madres adolescentes”, es un estudio cuantitativo, cuasiexperimental, transversal y prospectivo en adolescentes, con población de 9 de 15 gestantes de 12 a 19 años, la intervención fue de 12 sesiones de 3 horas cada una, donde se realizó gimnasia prenatal, respiración, relajación, masaje Shantala, estimulación perinatal; utilizaron material audio visual y técnicas demostrativas. Usaron la Escala de depresión de Edimburgo (EPDS) pre-intervención y post intervención, además una encuesta elaborada del curso taller PPO y EPN. Los **resultados** señalan que la Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal son una alternativa terapéutica que **previene y disminuye la depresión en gestantes y puérperas adolescentes**, presentando una diferencia estadísticamente significativa (T student=10, **p=0.001**), además presentan una mejora **en su estado de ánimo y mejor relación con sus bebés** en el embarazo (40).

El estudio llevado a cabo por **Fenwick J., et al** (2015) titulado: “Efectos de una intervención psicoeducativa de parteras para reducir el miedo al parto en las mujeres y bienestar psicológico posparto” fue ensayo clínico aleatorizado, con muestra de 339 mujeres; 170 de intervención y 169 de control, que utilizó el método BELIEF realizado en dos sesiones psicoeducativas telefónicas, ofrecida por parteras, con tres intervenciones (Primera: entre 12 a 24 semanas, Segunda: a las 36 semanas y Tercera: 6 semanas post parto) de cuestionarios que valoran el miedo: W-DEQ (mayor de 66 puntos gran miedo, mayor a 85 miedo severo) y EPDS escala de depresión post natal de Edimburgo. Tuvo como objetivo revisar las expectativas y sentimientos actuales en torno al miedo al parto por parte de las gestantes.

Los beneficios en el grupo de intervención fueron **menor tasa de cesárea de emergencia** 18% frente 25% del control también **las primigestas tuvieron mayor tasa de parto vaginal** 65% frente a 55% al del grupo control. No se

encontró diferencias con respecto a los síntomas depresivos, pero sí **presentaron menos flashbacks** (recuerdos, pesadillas de un stress postraumático) ( $p=0,005$ ) llevando a un bienestar emocional de las mujeres. Así mismo **se destaca la labor de la partera en asesorar a las gestantes con altos niveles de miedo** en el parto. (32)

El estudio de **Narrea V. et al (2020)**, titulada “Beneficios y dificultades de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes de la comunidad de Progreso, Guayas”, con metodología de estudio no experimental, tipo transversal, cuantitativo, con población de 80 gestantes nulíparas y multíparas que asistieron a la PPO en Ecuador; casos 56, controles 24. El programa de intervención fue de seis a más sesiones de PPO y el instrumento fue una ficha recolección de datos. Sus **resultados** entre los **beneficios maternos** de la PPO fueron, **menor tiempo de dilatación de 6 horas** ( $p<0.05$ ), **menor uso de analgésicos en trabajo de parto** con  $p$  altamente significativo, **expulsivo menor a 25 minutos** con  $p$  altamente significativo y la **mayoría tuvo parto eutócico** con  $p$  altamente significativo. Los **beneficios en el RN** fueron que los hijos de las madres que hacen PPO mayor a 6 sesiones tienen **APGAR entre 8-10**, la PPO tiene **efecto protector en las apneas al nacer** ( $p$  altamente significativo) (45).

En el artículo de **Munkhondya B. et al (2020)**, “Eficacia de la preparación para el parto con acompañante para el miedo al parto, la autoeficacia y el apoyo materno en mujeres primigesta en Malawi”, es un estudio Cuasiexperimental, con muestra una de 70 mujeres primigestas, dos grupos: uno de intervención de 35 participantes, en este grupo las mujeres y sus parejas recibieron dos sesiones de preparación y el otro grupo control de 35 participantes, que recibió atención de rutina. El curso de intervención C-ICP fue diseñado para educar y apoyar a las mujeres primigrávidas y sus acompañantes al final del embarazo a través de educación sobre el parto, entre 35 a 40 semanas en casa de espera fueron dos sesiones con acompañante de 1 hora y 20 minutos cada una, los temas tratados son signos alarma, contracciones, trabajo de parto, parto, pujo,

relajación, funciones de la mujer al inicio del parto, rol del acompañante. Utilizaron los cuestionarios CAQ (Cuestionario de actitud al parto), CBSEI (autoeficacia en el parto y trabajo de parto), BCSQ (apoyo del acompañante durante el parto). El curso de intervención fue eficaz con  $p < 0.001$ . Los beneficios que se encontraron fueron **disminución significativa de miedo al parto, mayor autoeficacia del parto y apoyo psicosocial del acompañante.** (31).

El presente estudio de **Toohill J.** et al (2017) titulado “Un análisis de costo-efectividad de la psicoeducación de parteras para mujeres embarazadas temerosas: una perspectiva del sistema de salud para el período prenatal” de metodología ensayo controlado aleatorio, con una población de 91 gestantes en el grupo de intervención y 93 en el grupo control. Utilizaron el estudio BELIEF (sentimientos y expectativas en torno al miedo al parto.) un método de psicoeducación telefónica entre las 24 y 34 semanas, con estrategias de conexión asertiva entre partera y gestante, escucha activa, expresión de sentimientos, conexión de emociones y comportamientos (46). El cuestionario W-DEQ (Escala de miedo al parto) fue tomado al momento del reclutamiento y a las 36 semanas, mismo que fue devuelto 6 semanas post parto, y una encuesta razón costo efectividad. El estudio concluye que **por cada cinco mujeres asesoradas se redujo una cesárea** (IC 95 y  $p=0.014$ ). Como **beneficio las gestantes temerosas desarrollan sentimientos positivos anticipados para su parto y así logran un parto vaginal.** Además, el estudio **recomienda que los servicios de maternidad apoyen a las parteras a brindar una psicoeducación a las mujeres con miedo** al parto (41).

El artículo de **Byrne J.** et al (2014) que titula “Efectividad de un estudio piloto de educación sobre el parto basado en la atención plena sobre la autoeficacia materna y miedo al parto”, con una metodología preexperimental de medidas repetidas, fue realizado en 12 mujeres gestantes y sus acompañantes de 18 a 28 semanas de gestación, asistieron a 8 sesiones grupales semanales de 2.5

horas cada una, adicional se entregó un CD de tareas, de meditación y un libro de trabajo. Utilizaron el protocolo MBCE con las siguientes escalas MAAS (atención plena), W-DEQ (miedo al parto), DASS (Depresión, ansiedad y estrés), CBSEI (autoeficacia); que se evaluaron en tres oportunidades: antes de entregar los libros y el CD, la segunda terminada las ocho sesiones y finalmente de 3 a 6 semanas después del nacimiento de sus bebés. Este estudio tiene como **beneficios la auto eficacia** en el parto evaluada con el cuestionario CBSEI con **p<0.006**, además **disminución de miedo al parto** medida con la escala W-DEQ los cuales presenta una mejora **estadística significativa p < 0.006**, así mismo en el puerperio se evidencia **disminución significativa de la ansiedad**, medida con el cuestionario DASS (30).

En el estudio de **Pan W. et al** (2019) titulado “Evaluación de la efectividad de los programas basados en la atención plena sobre la salud mental durante el embarazo y la maternidad temprana” es un ensayo controlado aleatorio con cegamiento simple, realizado en Taiwán, con una población de 74 mujeres: intervención 39 y control 35, de 13 a 28 semanas. Utilizaron el MBCP (Programa de intervención de parto y crianza basados en atención plena) de ocho sesiones una vez por semanas por tres horas y una sesión de 7 horas de meditación. Usaron las escalas PSS-10 (Escala de estrés percibido) **p =0.009**, EPDS (Escala de depresión post natal de Edimburgo) **p=0.008**, FFMQ (Cuestionario de atención plena en cinco facetas), estas se aplicaron dos veces a la mitad del embarazo y tres meses post parto. Los **beneficios** encontrados son la **disminución significativa del stress (PSS) y depresión (EPDS)** post parto en relaciona al grupo de comparación (39).

El estudio llevado a cabo por **Duncan L, et al** (2017). cuyo título es “Beneficios de preparación para el parto con entrenamiento de atención plena”, fue un ensayo controlado aleatorio con comparación activa, con una muestra de 29 gestantes, 14 de control y 15 de intervención. En este artículo, el grupo de estudio llamado MIL (Mind in Labor), un programa de educación para el parto



que enseña habilidades de atención plena para afrontar el dolor y el miedo durante el parto, donde se llevó un curso corto, intensivo, de dos días y medio. Utilizaron para los resultados las siguientes escalas de medición: CBSEI (autoeficacia en el parto), PCS (Escala de dolor catastrófico), MAIA (Evaluación multidimensional de la conciencia interoceptiva), FFMQ (Cuestionario de atención plena), CES-D (Escala de depresión), WDEQ modificada (Satisfacción al nacer). En este estudio encontraron los beneficios de **mayor autoeficacia** en el parto según escala CBSEI; con  $p < 0.05$ . Respecto **al dolor** según escala PCS disminuyó **en el grupo intervención**, siendo estadísticamente significativo, a diferencia que en el grupo control se mantuvo el dolor. Las pacientes del programa usaron **menos analgesia** opioide que los del control. Respecto a la escala CES-D de depresión post parto, **se redujo los síntomas de depresión post parto** durante el seguimiento del grupo de intervención en relación con el grupo control, con una RR= 0.5 con asociación significativa (37).

Respecto al estudio **Toohill J.** et al (2014), titulada “Un ensayo controlado aleatorio de una intervención psicoeducativa de parteras para reducir el miedo al parto en mujeres embarazadas”, con un ensayo paralelo no cegado de dos brazos, con población de 339 mujeres, de intervención 170 y control 169, usa el Método BELIEF (Emociones al nacer buscando mejorar el miedo expectante), los cuales fueron sesiones de psicoeducación telefónica dada por parteras en dos oportunidades a las 24 y 34 semanas de embarazo. Utilizaron cuatro escalas de medición W-DEC A (escala de miedo al parto), CBSEI (escala autoeficacia al parto), DCS (escala de toma de decisiones), EPDS (escala de depresión). Entre sus resultados encontraron evidencia que hubo diferencias significativas en el grupo de intervención con **reducción del miedo al parto  $p < 0.001$** , y **autoeficacia del parto  $p < 0.002$** , los síntomas depresivos y la toma de decisiones se redujeron de forma no significativa. Concluye que **el bienestar emocional prenatal puede dar experiencias positivas en el parto** (38).

El estudio de **Rodríguez L. et al (2017)**, titulado “Efectividad de un **programa de actividad física mediante el método Pilates en el embarazo y en el proceso del parto**” es un ensayo clínico aleatorizado, con población de 105 mujeres gestantes, un grupo de intervención de 50 y el grupo control de 55 (que lleva práctica clínica habitual), fue el **programa para gestantes de actividad física pilates** de ocho semanas (16 sesiones), con grupos de 10 a 12 gestantes, se usaron pelotas de fitball, bandas elásticas, aros mágicos y pelotas pequeñas. Se trabajo postura, flexibilidad y fuerza de los miembros superiores e inferiores, en posiciones paradas, sentadas y echadas. Las sesiones estuvieron organizadas de la siguiente manera: primero verificación de la postura, luego fase de calentamiento (5-8 min), siguiendo fase de trabajo aeróbico y tonificación (25-30 min), fase de flexibilidad (5-10 min), fase de relajación de la musculatura y elongar la misma y por último fase final de vuelta a la calma (5-10 min) donde se llevaron a cabo técnicas de relajación. Como **resultados** en este estudio evidenciaron una mejora significativa ( $p < 0.01$ ) en el **peso adecuado de la gestante, disminución de presión arterial, aumento fuerza de presión manual, aumento flexibilidad isquiosural, disminución la cifosis dorsal y lordosis lumbar**. En el proceso del parto se ve **mejora significativa en el tipo de parto, disminuye el número de cesáreas, no episiotomía, menor analgesia y menor peso del Recién Nacido** (34).

Respecto al estudio de **Vásquez J. et al (2017)**, titulado “Efecto de un **programa de actividad física en el medio acuático** sobre las constantes hemodinámicas en **mujeres embarazadas**”, un ensayo clínico aleatorizado, con población de 46 mujeres gestantes con un grupo de estudio de 18 y grupo control de 28 (con los programas habituales); que iniciaban a las 24-26 y terminaban a las 34-36 semanas de gestación , el programa de actividad física medio acuático (PAFMAE) de seis semanas (12 sesiones) con grupos de 8 a 10 gestantes, con inmersión hasta el cuello, la estructura de cada sesión consistió en: calentamiento previo y ejercicios de adaptación al medio acuático

(5 min), seguido con un grupo de ejercicios aeróbicos de nivel moderado (20 min), donde se trabajan grupos musculares (miembros superiores, miembros inferiores, trabajo respiratorio, dorsal y abdominal) así como trabajo de la pelvis (10 min), finalizando con una fase de relajación y ejercicios lúdicos (10 min). Al inicio y al final del programa PAFMAE se tomaron exámenes de sangre y orina. Los **resultados** en el grupo experimental evidencian **una mejora significativa en la presión arterial ( $p < 0.05$ )**. Así mismo se observa que tuvieron **diminución del volumen plasmático en relación con el grupo control ( $p < 0.001$ )**. También se evidenció diferencia significativa en los **niveles mayores de fracción de excreción de sodio ( $p < 0.05$ )**. Por lo tanto, **este programa contribuye al equilibrio hidro salino, previniendo el aumento del volumen plasmático y actividad del eje renina angiotensina aldosterona**, teniendo efecto significativo (47).

El estudio **Hatamleh R. et al** (2019) titulado “Los efectos de un curso de preparación para el parto en los resultados del parto entre mujeres jordanas nulíparas”, es un ensayo clínico aleatorizado, con una población de 128 mujeres nulíparas, con dos grupos: estudio de 64 y control de 64. El curso de preparación para el parto, fueron de 3 clases semanales, por 3 semanas con duración de 40 minutos, donde se realizaba gimnasia prenatal, relajación, respiración, concentración, manejo del dolor y material adicional por aplicación móvil (WhatsApp), utiliza como instrumento un cuestionario (validado), que se tomó en dos momentos, en el reclutamiento y a las 24 a 48 horas después del parto. Como **resultados** encontraron **inicio espontaneo del trabajo de parto. ( $p < 0.02$ )**, **las gestantes acudieron en trabajo de parto con dilatación cervical avanzada** y **el inicio de la lactancia materna se dio tempranamente** (48).

El estudio de **Howarth A. et al** (2018), titulado “La preparación para el parto basada en habilidades aumenta la autoeficacia en el parto para las madres primerizas” es un ensayo clínico aleatorizado realizado en Nueva Zelanda, con muestra 137 participantes, entre las edades 18 y 42 años, fueron tres grupos

de estudio, el de intervención, control y TAU; en el grupo de intervención se utilizó el “Método Kit rosa para dar a luz mejor” que es un estudio multimedia y de libros, que enseñan respiración, leguaje y habilidades táctiles, información verbal y no verbal, ejercicios de relajación, dos CD que contenía como prepararse al nacimiento y habilidades para fases de contracción y un DVD que enseña habilidades específicas para manejar el proceso del parto, ejercicios, basada en el auto aprendizaje con 40 horas de contenido. Realizaron dos evaluaciones la primera a las 24 semanas y la segunda a las 36 semanas. Este ensayo evalúa la autoeficacia durante el trabajo de parto y parto (mediante escala CBCEI). Los beneficios fueron **mejor satisfacción del parto, menor percepción del dolor y menor depresión posparto** evidenciados en la segunda intervención, encontrando diferencia significativa ( $p < 0,01$ ). Concluyendo que la **preparación para el parto permitió que las madres logren mayor control y seguridad basado en sus habilidades** (33).

#### **4.2 ANALISIS DESCRIPTIVO DE LOS RESUSLTADOS.**

Los resultados los hemos dividido en dos apartados, para su mejor comprensión, intentamos relacionar la aportación de los autores en beneficios materno y neonatales:

#### 4.2.1 BENEFICIOS MATERNOS:

**TABLA NRO. 02.- BENEFICIOS MATERNOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.**

RESULTADOS DE BENEFICIOS		NUMERO DE ESTUDIOS		TIPOS DE ESTUDIOS	
MATERNOS	TIPO DE BENEFICIOS	Numero de artículos	Total		
<b>A</b>	1	-↓Niveles de depresión postparto,	1,7,8,13.	<b>4</b>	ECA, Cuasi experimental.
	2	-↓Niveles de ansiedad y angustia	5,6.	<b>2</b>	ECA, Preexperimental,
	3	-↓Niveles de miedo y stress	2,4,6,7,9,13.	<b>6</b>	ECA, Cuasi experimental, Ensayo paralelo no cegado.
<b>B</b>	1	-↓Percepción y manejo del Dolor	8,13.	<b>2</b>	ECA.
	2	-↓Uso de analgésicos del dolor	3,8,10.	<b>3</b>	ECA, Estudio no experimental
<b>C</b>	1	-↑Autoeficacia,	4,6,8,9.	<b>4</b>	ECA, Cuasi experimental, Preexperimental, Ensayo paralelo no cegado
	2	-↑Satisfacción del parto	13	<b>1</b>	ECA
	3	-↑Psicoeducación por parteras	2,5.	<b>2</b>	ECA.
	4	-Acompañamiento psicosocial	4	<b>1</b>	Cuasi experimental
<b>D</b>	1	Tipo de parto (Tasa de Vaginal y Cesárea)	2,3,5,10,11.	<b>5</b>	ECA, Estudio no experimental

	2	↓Tiempo de dilatación	3,11.	<b>2</b>	ECA, Estudio no experimental
	3	↓Tiempo de expulsivo	3.	<b>1</b>	Estudio no experimental
	4	↓Episiotomía y Desgarro Perineal.	10.	<b>1</b>	ECA,
<b>E</b>	1	↓Nivel de aumento de peso en gestación	10.	<b>1</b>	ECA
	2	↓Niveles de Presión Arterial	10,11.	<b>2</b>	ECA
	3	↓Fuerza Muscular, Flexibilidad y Estabilidad	10.	<b>1</b>	ECA
	4	Postura de columna en la Gestación	10.	<b>1</b>	ECA
	5	Variables hemodinámicas -↓Volumen Plasmático -↑Excreción de sodio -Equilibrio hidro salino	11.	<b>1</b>	ECA
<b>F</b>	1	↓Costos en salud	5.	<b>1</b>	ECA

En este apartado se expondrá todos aquellos beneficios maternos, estando dividido en siete grandes áreas que agrupan a los beneficios por caracterices similares:

**A. Niveles de miedo, stress, ansiedad, angustia y depresión postparto:**

Referente a la depresión post parto señalan que la Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal son una alternativa terapéutica que **previene y disminuye la depresión en gestantes y púerperas adolescentes** según Bautista J. (2018), Howarth A.et al (2018), Pan W. et al (2019) y Duncan L, et al (2017). Así mismo Byrne J. et al (2014), Fenwick J et al (2017), Toohill J. et al (2014), Munkhondya B. et al (2020) y Pan W. et al (2019) señalan en sus estudios que la preparación para el parto **disminuye el miedo al parto, stress y flashback (recuerdos postraumáticos del parto)**. También con respecto a la **ansiedad y angustia**

Toohill J. et al (2014) y Byrne J. et al (2014) **encuentran beneficios en las gestantes temerosas, quienes desarrollan sentimientos positivos anticipados para su parto, además disminución significativa de la ansiedad.**

#### **B. Percepción-manejo del dolor y uso de analgésicos del dolor:**

Howarth A. et al (2018) y Duncan L, et al (2017) detallan como beneficio que hubo **menor percepción del dolor en las parturientas.** Y con respecto al uso de analgésicos Duncan L, et al (2017), Narrea V. et al (2020) y Rodríguez L. et al (2017) mencionan que hubo menor **uso de analgésicos en trabajo de parto.**

#### **C. Autoeficacia, Niveles de Satisfacción y Psicoeducación por parteras:**

Munkhondya B. et al (2020), Duncan L, et al (2017), Byrne J. et al (2014) y Toohill J. et al (2014) señalan **mayor autoeficacia del parto, como resultado del apoyo psicosocial y sentimientos positivos de la embarazada.** Así mismo, **mejores niveles de satisfacción en el parto** según Howarth A. et al (2018), también resultados positivos al **apoyo psicosocial del acompañante** según Munkhondya B. et al (2020). Por último, Toohill J. et al (2017) y Fenwick J., et al (2015), recomiendan **que los servicios de maternidad apoyen a las parteras a brindar una psicoeducación a las mujeres con miedo al parto.**

#### **D. Tiempo de dilatación, Tiempo de expulsivo, Tipo de parto, Episiotomía:**

Narrea V. et al (2020) y Hatamleh R. et al encontraron como beneficio de la Psicoprofilaxis Obstétrica **menor tiempo de dilatación de 6 horas y expulsivo menor a 25 minutos.**

Fenwick J, et al (2015), Toohill J. et al (2017), Rodríguez L. et al (2017), Hatamleh R. et al (2019) y Narrea V. et al (2020) coinciden en señalar que hubo **menor tasa de cesárea y mayor tasa de parto vaginal.** Además, Rodríguez L. et al (2017) señala que **no fue necesario realizar episiotomía en las parturientas y que hubo menor número de desgarros perineales.**

### **E. Niveles de Presión Arterial, Variables Hemodinámicas, Peso en la gestación, Fuerza Muscular, Flexibilidad y Estabilidad, Postura de columna en la Gestación:**

Respecto a Niveles de Presión Arterial según Rodríguez L. et al (2017) y Vázquez J. et al (2017) encontraron beneficios en la preparación física (pilates y actividad física en medio acuático para gestantes), como método complementario de Psicoprofilaxis Obstétrica, mejora **significativa de la presión arterial en las gestantes**, previniendo la preeclampsia. En relación con las constantes hemodinámicas **Vásquez J. et al (2017)** encontró los beneficios de **diminución del volumen plasmático, aumento en los niveles de fracción de excreción de sodio** y además **contribuye al equilibrio hidro salino** de la gestante, que ayuda en la regulación de la presión arterial de las gestantes. Otro beneficio en relación con el Nivel de aumento de peso en la gestante, según Rodríguez L. et al (2017), es que **disminuye el peso en la gestante**. Así mismo Rodríguez L. et al (2017) evidencia la mejora en la gestante en la **Estabilidad y Postura de la columna** medida por la cifosis dorsal y lordosis lumbar, también se evidencio **mejora en la tonificación, fuerza muscular y flexibilidad** de la embarazada.

### **F. Costos en salud:**

Según Toohill J. et al (2017) encontró el **beneficio** de que por cada cinco mujeres preparadas se **redujo** una cesárea (IC 95%), disminuyendo los costos en el sistema sanitario.



#### 4.2.2 BENEFICIOS NEONATALES:

TABLA NRO. 03.- BENEFICIOS NEONATALES DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.

RESULTADOS DE BENEFICIOS		NUMERO DE ESTUDIOS		TIPOS DE ESTUDIOS
NEONATALES	TIPO DE BENEFICIOS	Numero de artículos	Total	
<b>A</b>	Nivel de APGAR al nacer y a los 5 minutos	3.	<b>1</b>	Estudio no experimental
<b>B</b>	Lactancia materna temprana	11.	<b>1</b>	ECA,
<b>C</b>	Peso al nacer de Recién Nacido	10.	<b>1</b>	ECA

Entre los beneficios neonatales se describen los siguientes tipos de ventajas, divididos en tres áreas:

#### **Nivel de APGAR al nacer y a los 5 minutos, Lactancia materna temprana, Peso al nacer:**

Según Narrea V. et al (2020) los hijos de las madres que hacen Psicoprofilaxis Obstétrica **tienen APGAR entre 8-10**, así mismo Hatamleh R. et al (2019) y Narrea V. et al (2020) evidencia otro beneficio que es el inicio de la **Lactancia materna temprana y favorece el contacto precoz piel a piel.** (49); también Rodríguez L. et al (2017) con relación al Peso del Nacimiento refiere que fue **optimo en el Recién Nacido** y que la Psicoprofilaxis Obstétrica tiene **efecto protector en las apneas al nacer.**

## 5. DISCUSIÓN

A continuación, presentamos la discusión de los 13 artículos que fueron organizados de acuerdo con los Beneficios maternos y neonatales.

Desde tiempos muy remotos el parto es un periodo muy especial donde en algunas ocasiones como narra en la Biblia, Raquel muere al dar a luz (Gn. 35,17); con el que se evidencia el temor al parto en la mujer embarazada por lo que se empiezan a realizar una serie de intervenciones. En el siglo XX con las Escuelas Inglesa, Francesa, Soviética y Ecléctica se logró desarrollar la Psicoprofilaxis Obstétrica, así mismo en los últimos años está evolucionando con nuevos métodos y técnicas para mejorar la preparación integral de la gestante, recién nacido, acompañante y entorno familiar. Es muy importante usar diversos tipos de herramientas especialmente en pacientes en situaciones especiales con una intervención específica y adecuada para estos tipos de pacientes, como se puede ver en los diferentes estudios por ejemplo pacientes evaluadas con alto miedo al parto, depresión post parto, ansiedad, stress utilizan técnicas de Atención Plena; pacientes con hipertensión arterial y obesas el programa de actividades acuáticas durante el embarazo; métodos de actividad física pilates para dorso lumbalgias y comorbilidad musculo esquelética, todos estos métodos nos hacen ver que las intervenciones en esta etapa son muy importante más cuando la gestante tiene una comorbilidad.

Continuando con estudios de la revisión bibliográfica de los artículos tenemos:

Los factores (miedo, ansiedad, stress), plantean riesgos para la adaptación en el embarazo, parto y posparto temprano; **Molgora S**, et al (2018) en su estudio concluye que las variables psicológicas son factores predictores de miedo al parto, donde es importante diferencian los niveles bajos y altos de miedo, encontrando la prevalencia del miedo al parto en un 20 a 25% y en un 6 a 10 % un miedo severo en embarazadas afectando sus actividades diarias (50). **Veringa I. et al** 2016 en su estudio refiere que es importante el manejo del miedo en las gestantes por los efectos negativos y perjudiciales, como mayor tasa de nacimientos de partos prematuros (12%), una mayor incidencia de edad gestacional pequeña (15%),

ingreso del lactante a cuidados intensivos y mala calidad del lactante al dormir, además concluye que los niveles de miedo y ansiedad al parto disminuyeron con los programas de preparación al parto usados en los estudios revisados por este metaanálisis (51); que coincide con **Byrne J. et al (2014)**, **Fenwick J et al (2017)**, **Toohill J. et al (2014)**, **Munkhondya B. et al (2020)** y **ASPPO (2016)** (11) quienes señalan que la preparación para el parto disminuye el **miedo al parto y disminuye la ansiedad en el puerperio**, mejorando las habilidades y conocimientos de las gestantes respecto a este (30) (32). También el **stress post parto se ve disminuido** según **Pan W. et al (2019)**.

Respecto a la **depresión post parto** descrita como trastorno afectivo es la complicación con más trascendencia clínica, **Duncan L, et al (2017)** con el curso MIL (Mind in labor: mente en el trabajo de parto), para situaciones especiales, demuestra el beneficio de **reducir los síntomas en la depresión post parto**, que coincide con el estudio de **Pan W. et al (2019)** quien demuestra disminución significativa de **depresión** post parto con el programa de atención plena MBCP, con estructura similar a la PPO estándar, similar hallazgo en el estudio de **Bautista J. (2018)** quien señala que con la PPO y EPN **previene y disminuye la depresión en gestantes y puérperas adolescentes**. La directiva "Atención integral de la salud materna en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio" 02- GCPS-EsSalud 2017 reconoce que la depresión post parto afecta a 10% de mujeres atendidas y que, al no lograr un tratamiento oportuno, se ven afectas en su núcleo familiar, con consecuencias a largo plazo, por lo cual mencionan que debe usar la Escala de Edimburgo incluida en el Anexo 20 (52), concordando con los estudios de Pan y Bautista los cuales usan dicha escala para detectar gestantes en riesgo de depresión; esta escala si bien esta normada, no es utilizada de forma rutinaria por el profesional por falta de personal y tiempo en su labor asistencial.

Respecto al Percepción, manejo del Dolor y Uso de analgésicos, se encuentra que **Howarth A. et al (2018)** y **Hernández R. et al (2018)** en sus resultados mencionan que las gestantes presentan menos **percepción del dolor y logran un mayor control para el dolor**, también **Duncan L, et al (2017)** y **ASPPO (2016)** (11) señala que las pacientes usaron **menos analgesia** opioide. Así mismo los estudios de

**Rodríguez L.** et al (2017), **Hernández R.** et al (2018) y **Narrea V.** et al (2020) refieren **menor uso de analgésicos** (49).

En referencia a la Autoeficacia y Satisfacción del parto, **Duncan L, et al** (2017), **Howarth A.et al** (2018), **Byrne J.** et al (2014) y **Toohill J.** et al (2014) en sus resultados concuerdan **mejor satisfacción del parto y autoeficacia en el momento del parto**. Respecto a Psicoeducación y Apoyo Psicosocial de la Compañera, según Munkhondya B. et al (2020) señala que hay una reducción del miedo al parto, mejora la autoeficacia y el mayor apoyo psicosocial del acompañante en el proceso del parto.

En relación con el Tipo de parto, Vaginal y Cesárea, según **Fenwick J. et al** (2015), **Toohill J.** et al (2017), **Rodríguez L.** et al (2017) y **ASPPO** (2016) (11), quienes coinciden en sus estudios en encontrar **menor tasa de cesárea** en los grupos de intervención. Así mismo Fenwick **J., et al** (2015), **Hatamleh R.** et al (2019), **Hernández R.** et al (2018) y **Narrea V.** et al (2020) mencionan la ventaja que **las gestantes tuvieron como inicio espontaneo de trabajo de parto** y mayor **tasa de parto vaginal**.

En cuanto al Tiempo de dilatación, expulsivo, Episiotomía y Desgarro perineal los beneficios que fueron encontrados por **Hatamleh R.** et al (2019), **Narrea V.** et al (2020) y **ASPPO** (2016) (11) quienes mencionan que las **gestantes acudieron con dilatación avanzada en fase activa, menor tiempo de dilatación** de 6 horas y **expulsivo menor a 25 minutos**. Así mismo los estudios de **Rodríguez L.** et al (2017), **Hernández R.** et al (2018) y **Narrea V.** et al (2020) señalan que **no fue necesario realizar episiotomía en las parturientas en un 98% y que hubo menor número de desgarros perineales**.

En relación Costos en salud se encontró el **beneficio** de que por cada cinco mujeres preparadas se **redujo** una cesárea (IC 95%), disminuyendo los costos en el sistema sanitario **Toohill J.** et al (2017).

En relación con el Nivel de aumento de peso en la gestación, según **Rodríguez L.** et al (2017) el programa de preparación para el parto, con método pilates, contribuye a tener un estilo de vida saludable en la gestante, previniendo macrosomía, parto prematuro y preclamsia; que concuerda con **Felder et al.** (53) quien encuentra que

hay menor aumento de peso y ayuda a las madres con sobrepeso desde el punto vista nutricional.

Respecto a Niveles de Presión Arterial según **Rodríguez L. et al (2017)** y **Vázquez J. et al (2017)** se encuentra que hay una **mejora significativa de la presión arterial**. Así mismo el estudio de **Hernández S. (2015)** se evidencia que las sesiones de actividad física mantienen la salud cardiovascular, previniendo la preclamsia (54).

En relación con las constantes hemodinámicas de Nivel de Volumen Plasmático, Niveles de fracción de excreción de sodio y Equilibrio hidrosalino en gestantes, **Vásquez J. et al (2017)** encontró que hay **diminución del volumen plasmático, existe aumento en los niveles de fracción de excreción de sodio** y además este **programa contribuye al equilibrio hidro salino** de la gestante.

Según **Rodríguez L. et al (2017)** y **Hernández R. et al (2018)** coinciden en evidenciar la mejora en la gestante respecto a la **Estabilidad y Postura de la columna** medida por la cifosis dorsal y lordosis lumbar, también se evidencio **mejora en la tonificación, fuerza muscular y flexibilidad** de la embarazada. Así mismo, **Hernández R. et al (2018)** e **Hidalgo M. et al (2017)** señala la importancia del **fortalecimiento del suelo pélvico** en embarazadas que reciben preparación para el parto mejorando su conocimiento y cuidado, además refieren que la obstetra es la profesional que les enseña sobre este tema (55). También **Hernández R.** menciona respecto al **Número de compensaciones en Pilates hay disminución de compensaciones** con la consecuente **disminución el riesgo de lesiones en gestantes**.

Según **Vidal A. et al (2012)** en su trabajo de investigación concluyen que el curso de preparación psicofísica brinda satisfacción y seguridad a la embarazada (56). Queda demostrado que los programas de preparación para el parto con actividad física tanto en medio acuático, Pilates y gimnasia **ayuda al sistema cardiovascular, la irrigación sanguínea y tonificación muscular, elasticidad de la pelvis, además de prevenir el incremento de peso exagerado en la embarazada, favorece el control de la presión arterial y diabetes gestacional,**

**entre varios otros beneficios.** Así mismo **Ortiz S. et al (2020)** concluye que la actividad física de las gestantes debe adecuarse a los requerimientos mínimos y que los profesionales deben de tener buen grado de conocimientos, el cual deben conseguirlo en su formación profesional (57).

Respecto a los beneficios Neonatales, según **Narrea V. et al (2020)** los hijos de las madres que hacen PPO **tienen APGAR entre 8-10**, así mismo **Hatamleh R. et al (2019)**, **Narrea V. et al (2020)** y **ASPPO (2016)** (11) evidencia otro beneficio que es el inicio de la Lactancia materna temprana y favorece el contacto precoz piel a piel (49); también **Rodríguez L. et al (2017)** con relación al Peso del Nacimiento refiere que fue **optimo en el Recién Nacido** y que la PPO tiene **efecto protector en las apneas al nacer.**

Con esta revisión bibliográfica podemos reafirmar los múltiples beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica y métodos complementarios, especialmente en la PPO en situaciones especiales con pacientes que van en aumento, debido a los malos estilos de vida que influyen en la epigenética de las pacientes que atraviesan comorbilidades tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, colestasis o que acuden con síntomas psicoafectivos, con altos niveles de miedo, angustia o depresión detectadas en el momento de la intervención, más aún en la coyuntura actual de pandemia, donde se ha visto mermada la salud emocional y en los últimos años la postergación de la maternidad debido a factores socioculturales que prefieren el desarrollo personal y laboral, en consecuencia realizan concepciones tardías, por lo que ha aumentado la tasa de procedimientos FIV, llevando esto a gestaciones de alto riesgo, por lo que los servicios públicos de salud deben estar preparados para atender este grupo de pacientes cada vez mayor, especialmente si son de alta complejidad, así mismo la PPO de emergencia, con pacientes que ingresan las últimas semanas de gestación al programa, muchas de ellas refieren por carga laboral.

Finalmente indicar que se debe revisar con mayor frecuencia y actualizar los programas de la PPO en nuestro país, tomando en cuenta el contexto en el que se va a desarrollar. La Guía Técnica del Ministerio de Salud para la Psicoprofilaxis

Obstétrica y estimulación prenatal del MINSA 2011 cuenta con seis sesiones, similar a la última Guía Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica en el contexto de la pandemia por el COVID 19 del Seguro Social de salud -ESSALUD (2020) que coinciden en 6 sesiones, Prenatales y cuatro Posnatales, este último incluye la modalidad virtual de Tele taller y Tele orientación por la pandemia innovando en la modalidad a distancia o virtual en nuestro país, coincidiendo con algunos estudios revisados como Fenwick J. et al. y Toohill J.

## **6. CONCLUSIONES**

1. Los beneficios maternos son: menor miedo y ansiedad, peso adecuado de la gestante, disminución de presión arterial, aumento fuerza de presión manual, disminución del flujo plasmático, aumento flexibilidad isquiosural, disminución la cifosis dorsal y lordosis lumbar, inicio espontaneo del trabajo de parto, menor tiempo de dilatación y expulsivo, menor dolor, menor uso de analgesia, mayor tasa de parto vaginal, no episiotomía, mejora en la satisfacción del parto y apoyo psicosocial del acompañante, menor tasa de cesáreas de emergencia, disminución de depresión y stress post parto, consecuente menor costo al sistema de salud.
2. Así mismo los beneficios neonatales señalados en los artículos son: peso adecuado del neonato, APGAR entre 8 y 10 del recién nacido, inicio de la lactancia materna temprana.



## **7. RECOMENDACIONES**

- 1.Actualizar las guías y manuales de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Perú con mayor frecuencia para poder optimizarlos y mejorarlos, que vaya acorde con los nuevos estudios y la realidad nacional.
- 2.Incorporar en los manuales y guías de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Perú las escalas de depresión, miedo y estrés que ayude a diagnosticar trastornos psicoafectivos en el embarazo y puerperio.
- 3.Optimizar la preparación prenatal para casos especiales, en las distintas comorbilidades para ser resueltos en los niveles de mayor complejidad de las instituciones de salud, por los malos estilos de vida.
- 4.Promover que el profesional en Psicoprofilaxis Obstétrica deba obtener la especialidad además de habilidades de consejería, empatía de atención y escucha activa en cada gestante, para poder brindar una atención plena.
- 5.Supervisar el cumplimiento del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica a nivel nacional, para que la obstetra especialista pueda aplicarlo, disminuyendo los costos en salud al Estado y sus familias.
- 6.Fomentar la atención de Psicoprofilaxis Obstétrica adaptada a la interculturalidad e individualidad en el Perú.
- 7.Ampliar investigaciones experimentales, ensayos clínicos controlados aleatorizados y estudio de costo beneficio en nuestro país.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [sede Web]. Ginebra - Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019 [acceso 06 de agosto de 2019; Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
2. Organización de las Naciones Unidas. Mortalidad materna. [sede Web]. Nueva York - EEUU: Organización Naciones Unidas; 2018 [acceso 06 de agosto de 2019; Internet]. Disponible en: <https://oig.cepal.org/es/indicadores/mortalidad-materna>.
3. Guevara E. La preeclampsia, problema de salud pública. Revista Peruana De Investigación Materno Perinatal [Internet] 2019; 8(2), 7–8. Disponible en: <https://doi.org/10.33421/inmp.2019147>.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores: objetivos de desarrollo sostenible. [sede Web]. Lima - Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017 [acceso 06 de agosto de 2019; Internet]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap013.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/pdf/cap013.pdf).
5. Solis M, Salazar E, Reyes V. Depresión en gestantes y apoyo de la pareja. Rev Per Inv Materno Perinatal [Internet] 2018; 7(2):16-20. Disponible en: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/113>.
6. NIH. ¿Cuáles son algunas complicaciones comunes del embarazo?. [Internet]. EE.UU; NIH; 2021 [Revisado el 07 de dic 2021]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/pregnancy/informacion/complicaciones>.
7. Barrena M, Quispesaravia P, Flores M, León C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. Rev Perú Ginecol Obstet [Internet] 2020;66(2). Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322020000200004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322020000200004).

8. INS. Prevalencia de sobrepeso en gestantes aumentó de 30.4% a 44%. INS [Internet] 2020. Disponible en: Prevalencia de sobrepeso en gestantes aumentó de 30.4% a 44%. Disponible en: <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/prevalencia-de-sobrepeso-en-gestantes-aumento-de-304-44#:~:text=Prevalencia%20de%20sobrepeso%20en%20gestantes,44%25%20%7C%20INSTITUTO%20NACIONAL%20DE%20SALUD>.
9. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Nacional para la reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal [Internet]. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2015 [acceso 06 de agosto de 2019; Internet]. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/481\\_DGSP240.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/481_DGSP240.pdf).
10. Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal [Internet]. Lima - Perú: Ministerio de Salud; 2011 [acceso 06 de agosto de 2019; Internet]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4172.pdf>.
11. **ASPPO Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstetrica**. Manual de Psicoprofilaxis Obstetrica. Cuarta edicion. Lima Peru: Lettera Grafica SAC; 2016. 300 p, ISBN: 978-612-45761-2-6.
12. Solis H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Horiz Méd Lima [Internet] 2012; 12(2): 49–52. Disponible en: [https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/105#:~:text=La%20Psicoprofilaxis%20Obst%C3%A9trica%20\(PPO\)%20es,gestaci%C3%B3n%20parto%20y%20post%20parto](https://www.horizontemedico.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/105#:~:text=La%20Psicoprofilaxis%20Obst%C3%A9trica%20(PPO)%20es,gestaci%C3%B3n%20parto%20y%20post%20parto).
13. Munares-García O. Establecimientos de Salud con servicios de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Perú. Rev Int Salud Materno Fetal [revista en Internet] 2017; 2(1): 11-15. Disponible en: [www.revistamaternofetal.com › index.php › RISMF › article › download%0A](http://www.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/download/0A).

14. Caluña N, Yumbay J. Guía de actividades psicoprofiláctica para las mujeres gestantes del club de embarazadas del centro de salud de Vinchoa. [tesis Licenciatura]. Guaranda - Ecuador: Universidad Estatal de Bolívar; 2019.
15. Luna S, Tariz G. Experiencias en gestantes sobre Psicoprofilaxis Obstétrica, realizado por enfermeras, en usuarias de ginecología del hospital San Miguel. [tesis Licenciatura]. Guaranda - Ecuador: Universidad Estatal de Bolívar; 2019.
16. Rodríguez C. Beneficios materno-perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes de los consultorios de medicina familiar y comunitaria del Centro de Salud Pascuales. [tesis Licenciatura]. Ecuador: Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12205/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-99.pdf>.
17. Angulo J, Arana M. Beneficios Maternos-Perinatales asociados a la Psicoprofilaxis Obstétrica en adolescentes de la ciudad de León, año 2016-2017. [tesis Licenciatura]. León Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/7358>.
18. Regalado J, Alarcón G. La Psicoprofilaxis Obstétrica durante el embarazo para mejorar el proceso y los resultados del trabajo de parto y de las condiciones del recién nacido. Estudio comparativo en tres centros de salud: Augusto Egas, Los Rosales, y la Concordia, de la provincia de Santo Domingo de los Tsachilas, durante el periodo 2015. [tesis Especialidad]. Quito Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2017. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13631>.
19. Turpo V. Beneficios Maternos y Perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en Gestantes Atendidas por Parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz - Zamácola, Arequipa Enero - octubre 2017. [tesis Licenciatura]. Arequipa Perú: Universiada Católica Santa María; 2018. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7758>.
20. Yauris C. Estudio comparativo de los beneficios maternos y perinatales durante el trabajo de parto de pacientes que acudieron y no acudieron al

- programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del hospital nacional Hipólito Unanue. [tesis Licenciatura]. Lima Perú: Universidad Norbert Winner; 2018. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1992>.
21. Ccanto M. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en las primigestas atendidas en el Hospital Regional Zacarias Correa Valdivia de Huancavelica. [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018. Disponible en: [www.repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1794/TESIS\\_2018\\_OBS\\_TETRICIA\\_MARILUZ%2520CCANTO%2520MORAN\\_PDF.pdf](http://www.repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/1794/TESIS_2018_OBS_TETRICIA_MARILUZ%2520CCANTO%2520MORAN_PDF.pdf).
  22. García V. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales, de partos atendidos en el Hospital Regional de Loreto. [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2016. Disponible en: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4603/Vidal\\_Tesis\\_Titulo\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4603/Vidal_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
  23. Zorrilla G. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto. [tesis Licenciatura]. Perú: Universidad de San Martín de Porres; 2016. Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2275>.
  24. Chable-Uitz G, García K. Ventajas de la Psicoprofilaxis Perinatal. Rev Sanid Milit Mex [revista en Internet] 2013; 67(10): 106-114. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sanmil/sm-2013/sm133c.pdf>.
  25. Stoll K, Hall W. Childbirth Education and Obstetric Interventions Among Low-Risk Canadian Women: Is There a Connection?. The Journal of Perinatal Education [revista en Internet] 2012; 21(4): 229-237. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489119/pdf/JPE21-4\\_PTR\\_A6\\_229-237.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3489119/pdf/JPE21-4_PTR_A6_229-237.pdf).
  26. Morales S, Guibovich A, Yabar M. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horiz Med Lima [Internet] 2014; 14 (4): 1727-558X. Disponible en:

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-558X2014000400010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010).

27. Ministerio de Salud Pública. Norma Técnica De Psicoprofilaxis Obstétrica Y Estimulación Prenatal [Internet]. Quito – Ecuador. Ministerio de Salud Pública; 2014 [ acceso 06 de agosto de 2019; Internet]. Disponible en: [https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas\\_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf](https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf).
28. American Cancer Society. Métodos complementarios y alternativos para la atención del cáncer. [Internet] [revisado el 30 de noviembre 2021]. EE. UU.: American Cancer Society; 2015. Disponible en: <https://www.cancer.org/content/dam/CRC/PDF/Public/242.96.pdf>.
29. Mindful birthing. Parto y Crianza basado en MBCP. [Internet]. España: Mindfulbirthing. Org; 2020 [citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.mindfulbirthing.org/classes>.
30. Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a Mindfulness-Based Childbirth Education Pilot Study on Maternal Self-Efficacy and Fear of Childbirth. *Journal of Midwifery & Women’s Health* [Internet] 2014; 59 (2):192–197. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24325752/>.
31. Munkhondya B, Munkhondya E, Chirwa E, Wang H. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] 2020; 20 (48). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2717-5>.
32. Fenwick J, Toohill J, Gamble J, Creedy D, Buist A, Turkstra E, et al. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. *BMC Pregnancy and Childbirth* [Internet] 2013; 13(190). Disponible en:

- <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-190>.
33. Howarth A, Swain N. Skills-based childbirth preparation increases childbirth self-efficacy for first time mothers. *Midwifery* [Internet] 2019; 70: 100–105. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30611113/>.
  34. Rodríguez L, Ruiz C, Vásquez J, Ramírez J, Villaverde C, Torres G. Efectividad de un programa de actividad física mediante el método Pilates en el embarazo y en el proceso del parto. *Enfermería Clínica* [Internet] 2017; 27 (5): 271-277. Disponible en: [http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Efectividad\\_de\\_un\\_programa\\_de\\_actividad\\_f%C3%ADsica\\_mediante\\_el\\_m%C3%A9todo\\_Pilates\\_en\\_el\\_embarazo\\_y\\_en\\_el\\_proceso\\_del\\_parto.pdf](http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Efectividad_de_un_programa_de_actividad_f%C3%ADsica_mediante_el_m%C3%A9todo_Pilates_en_el_embarazo_y_en_el_proceso_del_parto.pdf).
  35. OMS. Definición de matrona. *Lives: Boletín de la alianza para la salud de la madre, del recién nacido y del niño* [Internet] 2006; 2: 1-16. Disponible en: [https://www.who.int/pmnch/media/lives/Lives2span\\_web.pdf](https://www.who.int/pmnch/media/lives/Lives2span_web.pdf).
  36. Velasco P. Qué necesito para ser matrona [Internet]. España: Emagister.com. 2019 [citado 2 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.emagister.com/blog/que-necesito-para-ser-matrona/>.
  37. Duncan L, Cohn M, Chao M, Cook J, Riccobono J, Bardacke N. Benefits of preparing for childbirth with mindfulness training: a randomized controlled trial with active comparison. *BMC Pregnancy and Childbirth* [ Internet] 2017; 17:140. Disponible en : <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1319-3>.
  38. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy D, Buist A, Turkstra E, et al. A Randomized Controlled Trial of a Psycho-Education Intervention by Midwives in Reducing Childbirth Fear in Pregnant Women. *Birth* [Internet] 2014; 41(4): 384-394. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4257571/>.

39. Pan W, Wen Ch, Ming S, Ling M. Assessing the effectiveness of mindfulness based programs on mental health during pregnancy and early motherhood a randomized control trial. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet] 2019; 19 (346). Disponible en: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-019-2503-4>.
40. Bautista J, Ramos B, Ranauro M, Castañeda E. La Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación perinatal temprana una alternativa terapéutica grupal para la disminución sintomatológica depresiva en madres adolescentes. Tlatemoani: Revista Académica de Investigación [Internet] 2018; 9(27):23-39. En línea: <https://www.eumed.net/rev/tlatemoani/27/psicoprofilaxis.html>
41. Toohill J, Callander E, Gamble J, Creedy D, Fenwick J. A cost effectiveness analysis of midwife psycho-education for fearful pregnant women – a health system perspective for the antenatal period. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet] 2017; 17:217. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5504805/>.
42. Galvez A. Revisión bibliográfica: usos y utilidades. Rev Matronas Profesion [internet] 2002; 10: 25-31. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol3n10pag25-31.pdf>.
43. Aguilera R. Revisión sistemática, revisión narrativa o metaanálisis. Rev Soc Esp Dolor [internet] 2014; 21(6): 359-360. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-80462014000600010>.
44. Arellano J, Hall R, Hernandez J. Ética de la Investigación Científica. Primera edición. Ciudad de México: Universidad Autónoma de Querétaro; 2014. 1-271 p, ISBN: : 978-607-513-127-6. Disponible en: <http://www.bob-hall.net/etica-de-la-investigacion-cientifica.pdf>.
45. Narrea V, Requena A, Rodríguez K, Jiménez E. Beneficios y dificultades de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes de la comunidad de Progreso, Guayas. ProSciencias [Internet] 2020; 4(36): 30-40. Disponible en: [https://redib.org/Record/oai\\_articulo2896948-beneficios-y-dificultades-de-la](https://redib.org/Record/oai_articulo2896948-beneficios-y-dificultades-de-la)



psicoprofilaxis-obst%C3%A9trica-en-gestantes-de-la-comunidad-de-progreso-guayas.

46. Fenwick J, Gamble J, Creedy D, Buist A, Turkstra E, Sneddon A, et. Study protocol for reducing childbirth fear: a midwife-led psycho-education intervention. BMC Pregnancy Childbirth. [Internet] 2013; 13 (190). Disponible en:  
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-190>.
47. Vásquez J, Ruiz C, Rodríguez L, Ramírez J, Villaverde C, Torres G. Efecto de un programa de actividad física en el medio acuático sobre las constantes hemodinámicas en mujeres embarazadas. Enfermería Clínica [Internet] 2017; 1-10 p. Disponible en:  
[http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Efecto\\_de\\_un\\_programa\\_de\\_actividad\\_f%C3%ADsica\\_en\\_el\\_medio\\_acu%C3%A1tico\\_sobre\\_las\\_constantes\\_hemodin%C3%A1micas\\_en\\_mujeres\\_embarazadas.pdf](http://comatronas.es/contenidos/2017/11/Efecto_de_un_programa_de_actividad_f%C3%ADsica_en_el_medio_acu%C3%A1tico_sobre_las_constantes_hemodin%C3%A1micas_en_mujeres_embarazadas.pdf).
48. Hatamleh R, Abujilban S, AbdelMahdi A, Abuhammad S. The effects of a childbirth preparation course on birth outcomes among nulliparous Jordanian women. Midwifery [Internet] 2019; 17:23–29. Disponible en:  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30771607/>.
49. Narrea V, Requena A, Jiménez E, Castro M. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el proceso del trabajo de parto, en gestantes atendidas en el Hospital Universitario. ProSciences [Internet] 2020; 4 (32): 72-80. Disponible en:  
[https://redib.org/Record/oai\\_articulo2649954-beneficios-de-la-psicoprofilaxis-obst%C3%A9trica-en-el-proceso-del-trabajo-de-parto-en-gestantes-atendidas-en-el-hospital-universitario](https://redib.org/Record/oai_articulo2649954-beneficios-de-la-psicoprofilaxis-obst%C3%A9trica-en-el-proceso-del-trabajo-de-parto-en-gestantes-atendidas-en-el-hospital-universitario).
50. Molgora S, Fenaroli V, Prino L, Rollè L, Sechi C, Trovato A, et al. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety,

- depression, and couple adjustment. *Women Birth* [Internet] 2018;31(2):117-123. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28709777/>.
51. Veringa I, Bruin E, Bardacke N, Duncan L, Van Steensel L, Dirksen C, et al. 'I've Changed My Mind', Mindfulness-Based Childbirth and Parenting (MBCP) for pregnant women with a high level of fear of childbirth and their partners: study protocol of the quasi-experimental controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet] 2016; 16:377. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5100329/>.
  52. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Directiva No 002-GCPS-ESSALUD-2017: Atención integral de la salud materna en las etapas preconcepcional, embarazo, parto y puerperio. [Internet]. Perú: EsSalud; 2017 [acceso 20 de agosto de 2021; Internet]. Disponible en: [https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/ESSA\\_ad840ad611fbd1764e99a79342017782](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/ESSA_ad840ad611fbd1764e99a79342017782).
  53. Felder J, Roubinov D, Bush N, Coleman-Phox K, Vieten C, Laraia B, et al. Effect of prenatal mindfulness training on depressive symptom severity through 18-months postpartum: A latent profile analysis. *Journal of Clinical Psychology* [Internet] 2018; 74(7):1117-1125. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7695044/>.
  54. Hernández S. Implementación de un programa de ejercicios terapéuticos aplicado a mujeres embarazadas, para la prevención de sobrepeso y preeclampsia (estudio realizado en centro de atención permanente San Cristóbal, Totonicapán, Guatemala, de octubre a diciembre 2014. [tesis Licenciatura]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2015. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesisjcem/2015/09/15/Hernandez-Silvia.pdf>.
  55. Hidalgo M, López M, Román M, García A. Conocimientos de las gestantes sobre los cuidados del suelo pélvico. ¿Aportan las matronas suficiente información acerca de los cuidados del suelo pélvico? *Nure Inv.* [Internet]

- 2017;14(90). Disponible en:  
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1145/80>.
56. Vidal A, Reyes M, Fernández Y, González G, Acosta T, Yero L. Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. Rev Elect Méd en Cienfuegos [Internet] 2012; 10(1). Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/pdf/1800/180023041002.pdf>.
57. Ortiz S, Sanz I, Durán S, Rubio C, Fernández J. Hábitos de ejercicio físico durante la gestación y sus factores asociados. Nure Inv. [Internet] 2020; 17(107). Disponible en:  
<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1930/926>

**ANEXO I**  
**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

<b>PROBLEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>HIPÓTESIS</b>	<b>METODOLOGÍA</b>
PROBLEMA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN
¿Existirá relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios materno-neonatales en parturientas en base de artículos revisados?	Analizar la relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios materno-neonatales en parturientas.	H1: Existe relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios materno-neonatales en parturientas en base a artículos revisados.  HO: No existe relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios materno-neonatales en parturientas en base a artículos revisados.	<b>Según la intervención del investigador:</b>  Observacional, cualitativo puesto que no se manipularán variables.
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>		<b>POBLACIÓN Y MUESTRA</b>
Analizar la relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios materno-neonatales en parturientas.	1. Identificar la relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios materno-neonatales en parturientas desde el componente psicoafectivo.		La población será 30 artículos publicados, de los que se tomarán 16 artículos como muestra del estudio. Las características de los artículos, es que sean ensayos clínicos, observacional, descriptivo, transversal / longitudinal, cualitativo /

	<p>2. Identificar la relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios materno-neonatales en parturientas desde el componente físico.</p> <p>3. Identificar la relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios materno-neonatales en parturientas desde el componente teórico.</p>		<p>cuantitativo, no experimental / cuasi experimental, retrospectivos / prospectivos</p>
--	--	--	--

**ANEXO II**  
**FICHA DE RECOLECCION DE DATOS**

<b>Nro.</b>	<b>MOTOR DE BUSQUEDA</b>	<b>FECHA</b>	<b>ECUACION</b>	<b>RESULTADOS MAS RELEVANTES</b>	<b>AUTOR</b>
1	Pub Med	15-Set-20	Mindfulness	<i>Beneficios de prepararse para el parto con entrenamiento de atención plena: un ensayo controlado aleatorio con comparación activa.</i>	Duncan, Larissa G, Cohn, Michael A,Chao, María T
2	Pub Med	15-Set-20	Mindfulness	<i>Efectos de una intervención psicoeducativa de parteras para reducir el miedo al parto en las mujeres resultados del parto y bienestar psicológico posparto</i>	Fenwick J., Toohill J., Gamble J, Creedy D., Buist A., Turkstra E.,Sneddon A., Scuffham P., Elsa L. Ryding E.
3	Pub Med	15-Set-20	Mindfulness	<i>La preparación para el parto basada en habilidades aumenta la autoeficacia en el parto para las madres primerizas</i>	Howarth A., Swain N.
4	Pub Med	15-Set-20	Mindfulness	<i>Eficacia de la preparación para el parto con acompañante para el miedo al parto, la autoeficacia y el apoyo materno en mujeres primigesta en Malawi</i>	Munkhondya B., Munkhondya E., Chirwa E. Wang H.
5	Pub Med	15-Set-20	Mindfulness	<i>Un análisis de costo-efectividad de la psicoeducación de parteras para mujeres embarazadas temerosas - una perspectiva del sistema de salud para el período prenatal</i>	Toohill J., Callander E., Gamble J., Creedy D., Fenwick J.
6	Pub Med	15-Set-20	Mindfulness	<i>Eficacia de un estudio piloto de educación sobre el parto basado en la atención plena sobre la autoeficacia materna y miedo al parto</i>	Byrne J., Hauck Y., Fisher C., Bayes S., Schutze R.
7	Pub Med	15-Set-20	Mindfulness	<i>Evaluación de la efectividad de los programas basados en la atención plena sobre la salud mental durante el embarazo y la maternidad temprana: un ensayo de control aleatorio</i>	Pan W., Wen Ch., Ming S., Ling M.

8	Pub Med	16-Set-20	Prenatal preparation and midwife	<b>LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ESTIMULACIÓN PERINATAL TEMPRANA UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA GRUPAL PARA LA DISMINUCIÓN SINTOMATOLÓGICA DEPRESIVA EN MADRES ADOLESCENTES</b>	Bautista Valdivia Jhonny, Ramos Zúñiga Beatriz
9	Pub Med	16-Set-20	Benefits of prenatal preparation in pregnant women.	<i>Un ensayo controlado aleatorio de una intervención psicoeducativa por parteras para reducir el miedo al parto en embarazadas Mujer</i>	Toohill J., Fenwick J. Gamble J., Creedy D.
10	Pub Med	17-Set-20	Benefits of prenatal preparation in pregnant women.	<i>Efectividad de un programa de actividad física mediante el método Pilates en el embarazo y en el proceso del parto</i>	Rodríguez L., Ruiz C., Vásquez J., Ramírez J., Villaverde C., Torres G.
11	Pub Med	17-Set-20	Benefits of prenatal preparation in pregnant women.	<i>Efecto de un programa de actividad física en el medio acuático sobre las constantes hemodinámicas en mujeres embarazadas</i>	Vásquez J., Ruiz C., Rodríguez L., Ramírez J., Villaverde C., Torres G
12	Pub Med	17-Set-20	Benefits of prenatal preparation in pregnant women.	<i>Los efectos de un curso de preparación para el parto en los resultados del parto entre mujeres jordanas nulíparas</i>	Hatamleh R., Abujilban S., AbdelMahdi A., Abuhammad S.
13	Pub Med	17-Set-20	Benefits of prenatal preparation in pregnant women.	<b>EFFECTOS DE UN PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA CON EL MÉTODO PILATES SOBRE LA FUNCIONALIDAD DE MUJERES EMBARAZADAS. ESTUDIO PILOTO</b>	Hernández R, Molina G
14	Pub Med	1-Set-20	Mindfulness	<i>Yoga prenatal para mujeres jóvenes: un estudio de métodos mixtos de aceptabilidad y beneficios</i>	Amanda E, Loftus V, Nicolson S y Harms L
15	BASE	16-Set-20	beneficios de la Psicoprofilaxis	13.Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el proceso del trabajo de parto, en gestantes atendidas en el Hospital Universitario	Narrea Morales Vecky

			Obstétrica en el trabajo de parto		
16	BASE	16-Set-20	beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto	20. Beneficios y dificultades de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes de la comunidad de Progreso, Guayas	Narrea Morales Vecky
17	GOOGLE ACADEMICO	16-Set-20	"Psicoprofilaxis Obstétrica" beneficios	<u>La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales</u>	M Yábar Peña
18	GOOGLE ACADEMICO	16-Set-20	"Psicoprofilaxis Obstétrica" beneficios	<u>Psicoprofilaxis Obstétrica y sus beneficios para la gestante</u>	Kerly Bachita Zambrano Macías; María Paulina Torres Vásconez
19	GOOGLE ACADEMICO	17-Set-20	beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto	<b>Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos</b>	<b>Sabrina Morales Alvarado</b>
20	BASE	17-Set-20	"Psicoprofilaxis Obstétrica" beneficios	La actividad física y la estimulación prenatal en la etapa de gestación	Orlando, Romero-Ibarra ; Jonhny, Olivo-Solís
21	BASE	17-Set-20	"Psicoprofilaxis Obstétrica" beneficios	LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ESTIMULACIÓN PERINATAL TEMPRANA UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA GRUPAL PARA LA DISMINUCIÓN SINTOMATOLÓGICA DEPRESIVA EN MADRES ADOLESCENTES	Bautista Valdivia Jhonny, Ramos Zúñiga Beatriz
22	BASE	18-Set-20	Psicoprofilaxis Obstétrica	ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CON SERVICIOS DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICAS EN EL PERU	Oscar Munares García
24	BASE	18-Set-20	Psicoprofilaxis Obstétrica	Factores que influyen en el cumplimiento de gestantes participantes a programas de Psicoprofilaxis Obstétrica	Carlos Andrés Quiroz Mora
25	BASE	18-Set-20	Psicoprofilaxis Obstétrica	LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ESTIMULACIÓN PERINATAL TEMPRANA UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA GRUPAL PARA LA DISMINUCIÓN SINTOMATOLÓGICA DEPRESIVA EN MADRES ADOLESCENTES	Ramos Zúñiga Beatriz Bautista Valdivia Jhonny



26	BASE	20-Set-20	Psicoprofilaxis Obstétrica	<u>Estrategia de intervención para la preparación psicofísica de la embarazada</u>	Mariam Santisteban Gómez*, María Cristina Pérez Guerrero**
27	BASE	20-Set-20	Psicoprofilaxis Obstétrica en embarazadas	<u>Un plan de acción para incrementar la incorporación de las embarazadas al programa de Psicoprofilaxis con actividad física</u>	Rafaela Montero Lafargue
28	BASE	20-Set-20	Psicoprofilaxis Obstétrica en embarazadas	Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el periodo preparto en las adolescentes embarazadas del Centro de salud sexual y reproductiva para adolescentes.	Janiesky Yolieth González Suárez, Yasira Marjany Smith Mitchell.
29	BASE	20-Set-20	Psicoprofilaxis Obstétrica en embarazadas	<u>Preparación psicoprofiláctica en el embarazo relacionada con la información que se proporciona a las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa y...</u>	Almeida Peñaherrera Diana, Palacios Rocero Mercedes
30	BASE	20-Set-20	Psicoprofilaxis Obstétrica en embarazadas	<u>Proposal of indicators for physical exercises of the Psychoprophylaxis Program in pregnancies in San Justo Community in Guantnamo municipality; Propuesta de indicadores para...</u>	Dourimond Durand Luis, García Corona Lizet

# PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y BENEFICIOS MATERNO-NEONATALES EN PARTURIENTAS

## INFORME DE ORIGINALIDAD

10%

INDICE DE SIMILITUD

10%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
2	pt.scribd.com Fuente de Internet	2%
3	1library.co Fuente de Internet	1%
4	doczz.es Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Wiener Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Activo