

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE  
OBSTETRICIA**



**PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: ANSIEDAD Y  
COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL  
PARTO. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL  
BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2021.**

**TESIS**

**Para optar el título profesional de  
OBSTETRA**

**Presentado por:  
Bachiller**

**Lazetti Milena Huaripata Villegas**

**Asesora**

**M.Cs. Obsta. Nancy Noemí Vásquez Bardales**

**Co-asesora**

**Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales**

**CAJAMARCA – PERÚ  
2022**

La fuerza natural dentro de cada uno de nosotros es el mayor sanador de todos.

**(Hipócrates)**

Se dedica a:

A Dios.

A mis padres, Augusto y Estela.

Y a mis hermanos,  
por su apoyo para hacer posible este trabajo.

Se agradece a:

Mi asesora de tesis, M.Cs. Nancy Noemí Vásquez Bardales y Co-asesora Dra. Ruth Elizabeth Vigo Bardales por guiarme en el camino de la investigación, quienes compartieron conmigo sus conocimientos para la realización de esta tesis.

A mis docentes de la E.A.P.O., por las enseñanzas impartidas a través de su ejemplo y amor por la profesión de Obstetricia.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, alma máter que me acogió durante mi formación profesional.

De igual forma al Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, por el apoyo para la realización de la presente investigación.

## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	9
INTRODUCCIÓN .....	11
CAPITULO I .....	12
EL PROBLEMA .....	12
1.1. Planteamiento del problema .....	12
1.2. Formulación del problema .....	14
1.3. Objetivos .....	14
1.3.1. Objetivo general .....	14
1.3.2. Objetivos específicos .....	14
1.4. Justificación de la investigación .....	14
CAPÍTULO II .....	16
MARCO TEÓRICO .....	16
2.1. Antecedentes .....	16
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	16
2.1.2. Antecedentes nacionales .....	17
2.1.3. Antecedentes locales .....	20
2.2. Bases teóricas .....	21
2.3. Hipótesis .....	32
2.4. Variables .....	32
2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables .....	33
CAPÍTULO III .....	34
DISEÑO METODOLÓGICO .....	34
3.1. Diseño y tipo de estudio .....	34
3.2. Área de estudio y población .....	35
3.3. Muestra .....	35
3.4. Unidad de análisis .....	35
3.5. Criterios de inclusión y exclusión .....	35

3.6. Consideraciones éticas de la investigación .....	36
3.5. Procedimiento para la recolección de datos.....	37
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	38
CAPÍTULO IV .....	41
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	41
CAPÍTULO V .....	53
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	53
CONCLUSIONES .....	64
SUGERENCIAS.....	67
ANEXOS .....	76
Anexo N°1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	76
Anexo N° 2: Esquema de las sesiones educativas de PPO-MINSA.....	79
Anexo N°3: Cartilla de validación por juicio de expertos.....	86
Anexo N° 4: Consentimiento informado a las gestantes .....	92
Anexo N° 5: Acta de sustentación de tesis.....	93

## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
<b>Tabla 1.</b> Características sociales de las gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.	41
<b>Tabla 2.</b> Características obstétricas de las gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.	43
<b>Tabla 3.</b> Nivel de ansiedad de gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo y a su ingreso a centro obstétrico. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.	45
<b>Tabla 4.</b> Relación entre el nivel de ansiedad en el trabajo de parto y la preparación psicoprofiláctica obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.	46
<b>Tabla 5.</b> Complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.	47
<b>Tabla 6.</b> Nivel de ansiedad y complicaciones maternas. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.	49
<b>Tabla 7.</b> Nivel de ansiedad y complicaciones perinatales. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.	50
<b>Tabla 8.</b> Influencia de la ansiedad en las complicaciones maternas durante el parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica.	51
<b>Tabla 9.</b> Influencia de la ansiedad en las complicaciones perinatales durante el parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica.	52

## GLOSARIO DE ABREVIATURAS

**BAI:** Beck Anxiety Inventory (Inventario de Ansiedad de Beck).

**DIRESA:** Dirección Regional de Salud.

**MINSA:** Ministerio de Salud.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**PPO:** Preparación Psicoprofiláctica Obstétrica.

**RAM:** Ruptura Artificial de Membranas.

**RENIPRESS:** Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

**RN:** Recién Nacido.

**SIVIGYP:** Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puérperas.

**STAI:** State-Trait Anxiety Inventory (Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo).

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la influencia de la ansiedad en las complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO), mediante un diseño cuantitativo, cuasiexperimental, longitudinal, correlacional, comparativo, prospectivo. La muestra se constituyó de 30 gestantes en dos grupos: preparadas y no preparadas en PPO, empleando un muestro por conveniencia. Los resultados señalan que el nivel de ansiedad se ve influenciado por la preparación psicoprofiláctica en gestantes (sig.= 0,002). Asimismo, la PPO influye en la presencia de complicaciones maternas (sig.=0,013) y perinatales (sig.=0,008), de estas complicaciones sólo en depresión perinatal (sig.= 0,006) y expulsivo prolongado (sig.= 0,032). El nivel de ansiedad influye sólo en la presencia de depresión perinatal (sig.= 0,002). Finalmente, el nivel de ansiedad influye sólo en la presencia de complicaciones maternas (sig.= 0,001), de ellas, en el grupo de gestantes no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica (sig.=0,017), y no en las complicaciones perinatales (sig.=0,141). Se concluye que la PPO sí disminuye los niveles de ansiedad durante el parto; asimismo influye en las complicaciones maternas de las gestantes no preparadas en PPO, a diferencia de las que se prepararon; más no en las complicaciones perinatales.

**Palabras clave:** Ansiedad, Psicoprofilaxis obstétrica, Complicaciones materno perinatales.

## ABSTRACT

The objective of this study was to determine the influence of anxiety on maternal and perinatal complications during labor in pregnant women prepared and not prepared for Obstetric Psychoprophylaxis (OPP), through a quantitative, quasi-experimental, longitudinal, correlational, comparative, prospective design. The sample consisted of 30 pregnant women in two groups: prepared and not prepared in OPP, using a convenience sample. The results indicate that the level of anxiety is influenced by the psychoprophylactic preparation in pregnant women (sig.= 0,002). Likewise, PPO influences the presence of maternal (sig.=0,013) and perinatal (sig.=0,008) complications, of these complications only in perinatal depression (sig.=0,006) and prolonged expulsive life (sig.=0,032). The level of anxiety influences only the presence of perinatal depression (sig.= 0,002). Finally, the level of anxiety influences only the presence of maternal complications (sig.= 0,001), of which, in the group of pregnant women not prepared for obstetric psychoprophylaxis (sig.= 0,017), and not perinatal complications (sig. =0,141). It is concluded that PPO does reduce anxiety levels during childbirth; it also influences the maternal complications of pregnant women not prepared in PPO, unlike those who were prepared; but not in perinatal complications.

**Keywords:** Anxiety, Obstetric psychoprophylaxis, Maternal and perinatal complications.

## INTRODUCCIÓN

La psicoprofilaxis obstétrica (PPO) constituye una estrategia para tener un “parto sin dolor” y así, optimizar la atención de la gestante y el recién nacido. A través de ella se promueve la participación del padre y de la familia para que el proceso del embarazo, parto y puerperio sea positivo, brindando contención emocional a la madre de los miedos y ansiedad que podría estar experimentando y que podrían afectar al recién nacido.

La ansiedad en el embarazo ocasiona complicaciones materno perinatales, las mismas que pueden desencadenarse en el parto manifestándose en patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal, disminución de la contractilidad uterina, trabajo de parto prolongado, prematuridad, partos por cesárea, bajas puntuaciones de Apgar, bajo peso al nacer y menor perímetro cefálico en el neonato, así como una vivencia poco agradable y aumento del dolor del parto(1).

Por ello, esta investigación tuvo como finalidad determinar la influencia de la ansiedad en las complicaciones maternas y perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, Cajamarca, durante el año 2021.

Asimismo, está estructurado en cinco capítulos; el primero corresponde a la delimitación y definición del problema; en el segundo, las bases teóricas que fundamentarán los hallazgos del estudio; el tercer capítulo describe la metodología empleada para el desarrollo de la investigación; en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la aplicación del instrumento, y; en el último capítulo se desarrolla el análisis y discusión de resultados. Finalmente, en las últimas secciones se muestran las conclusiones, sugerencias y anexos.

**La autora**

## CAPITULO I

### EL PROBLEMA

#### 1.1. Planteamiento del problema

La salud materna integra las dimensiones sociales, biológicas y psicológicas en buenas condiciones para lograr que el embarazo sea una experiencia positiva para la mujer(2); sin embargo, muchas gestantes suelen experimentar cambios en estas dimensiones pues vivencian cierto grado de ansiedad en este proceso. Evidencias de ello se encuentran en diferentes contextos; así, en un estudio realizado en Australia (2020), se identificó que el 13,3% de mujeres presentaban un nivel de ansiedad alta, y el 86,7% ansiedad baja; con factores estresantes previos al embarazo que favorecen el aumento de los niveles de ansiedad(3).

La ansiedad durante el embarazo y parto suelen conllevar a diferentes complicaciones, pues causa el 7,3% de muertes perinatales, además de la disminución del 5% del tamaño del cerebro fetal (4-7), teniendo efectos duraderos en su desarrollo posterior como el retraso del desarrollo psicomotor, menor capacidad de atención, problemas de conducta y sociales en un 5,6%(8). Spielberger y Jacobs al utilizar el STAI (State-Trait Anxiety Inventory o Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo) para medir el nivel de ansiedad, observaron que las gestantes mostraron preeclampsia, hemorragias, dificultades en la dilatación por baja actividad contráctil del útero, partos prematuros o prolongados, situaciones que afectaron los resultados perinatales(9).

Por otro lado, en el Perú se ha reportado que la ansiedad ocasiona complicaciones maternas como como sensación de descontrol y/o dolor excesivo en la mujer o miedo al parto en un 20%, dificultad para la dilatación cervical y partos prolongados en un 45%; 12,7% de partos pretérmino; 50,5% de partos por cesárea y peores resultados de satisfacción de hasta un 8,7%; lo que conlleva a complicaciones en el recién nacido como depresión perinatal y prematuridad en un 11,6%, bajo peso al nacer en un 9,7% (10).

Frente a ello, la OMS en su “Manual de Recomendaciones para los Cuidados durante el Parto para la experiencia de un parto positivo” brinda 56 recomendaciones, entre las cuales resalta a la psicoprofilaxis obstétrica como una herramienta importante para disminuir las complicaciones del parto y su efecto en el recién nacido, ayudando a que la gestante maneje su estado de ansiedad y, por ende, tenga una actitud positiva frente al mismo(11).

La OMS y UNICEF, en el año 2019 señalan que cada 11 segundos muere una gestante o un recién nacido(12). De igual forma, la OPS estima que en el mundo mueren 830 mujeres cada día por complicaciones en el embarazo o parto, principalmente en países de bajo desarrollo(2). En el Perú, el Instituto Nacional Materno Perinatal (2018), en la atención por el servicio de emergencia evidenció que el 57,8% fueron partos complicados, de los cuales, 301 requirieron ingreso a centro quirúrgico por complicaciones post parto (6). Esto implica mejorar las condiciones de salud de la madre y del recién nacido para disminuir las complicaciones materno perinatales.

Es por ello que el Ministerio de Salud (MINSa), con la finalidad de disminuir las complicaciones del embarazo y parto, así como los niveles de ansiedad, plantea a la Psicoprofilaxis Obstétrica como una estrategia para una experiencia de parto positiva, brindando una preparación integral de la gestante a través de la educación, desarrollo de hábitos y comportamientos saludables frente al embarazo, parto y puerperio, favoreciendo una mejor respuesta a las contracciones uterinas, menor tiempo de trabajo de parto, menor uso de fármacos, menor incidencia de partos por cesárea e instrumentados, rápida recuperación post parto, el inicio de la lactancia materna y previniendo la depresión post parto (14).

Por lo anteriormente planteado es que la presente investigación se realizó teniendo como finalidad fundamental comprobar la influencia de la ansiedad en las complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica durante el año 2021 y, así aportar a los beneficios que este programa educativo brinda a mujeres embarazadas, mejorando la calidad de vida durante el proceso reproductivo tanto para la madre como para su niño.

## **1.2. Formulación del problema**

¿Cómo influye el nivel de ansiedad en las complicaciones materno perinatales durante el parto de gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica del Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, Cajamarca, durante el año 2021?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la influencia del nivel de ansiedad en las complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, Cajamarca, durante el año 2021.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

1. Caracterizar social y obstétricamente a las gestantes en el estudio.
2. Identificar el nivel de ansiedad, durante el embarazo y al ingreso a centro obstétrico, de las gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica.
3. Identificar las complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis obstétrica.
4. Determinar la influencia del nivel de ansiedad en las complicaciones maternas durante el parto de gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica.
5. Determinar la influencia del nivel de ansiedad en las complicaciones perinatales durante el parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica.

## **1.4. Justificación de la investigación**

Durante el embarazo, la mujer puede experimentar diversas complicaciones obstétricas que ponen en peligro su salud, y, en muchos casos, su vida; manifestándose, muchas de ellas, en el momento del parto. Se ha reportado que, en el Perú, 856 mujeres sufren complicaciones en el embarazo, de las cuales, dos mueren cada día(15).

En este proceso, también, la ansiedad se presenta como una afección que afecta a la mujer a lo largo del embarazo, y provoca diversas complicaciones en el parto; que, si no

llegan a ser atendidas oportunamente, pueden poner en riesgo la salud de la madre y el perinato. Sin embargo, los problemas de salud mental de la gestante aún no son detectados en forma precoz, encontrando evidencias científicas que los niveles de ansiedad elevados en el embarazo están asociados a complicaciones obstétricas en el parto (16).

El MINSA, desde el año 2011, viene implementando el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica para proporcionar a la gestante la preparación física y psicológica que necesita, buscando disminuir el nivel de ansiedad frente al parto y las complicaciones intra y post parto. No obstante, la cobertura de este programa, a nivel nacional, no es la óptima; hasta el año 2017, de 20 393 establecimientos de salud inscritos en el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (RENIPRESS), sólo 1 749 (8,6%) contaban con el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y; en Cajamarca, sólo 74 (17). En cuanto a la participación de gestantes en el programa (2008), se reporta que del total de mujeres con atención prenatal, sólo el 10% culminó el mencionado programa y; en Cajamarca, el 1,63% (18); esta situación muestra una clara deficiencia en su implementación y la escasa promoción de sus beneficios en la población, mismos que favorecen a la salud de la madre y el niño.

Debido a la importancia de detectar a tiempo la ansiedad en la mujer embarazada, los resultados de la presente investigación permiten sugerir la incorporación de un test de ansiedad durante la atención prenatal para su detección, para posteriormente realizar el seguimiento y manejo oportuno con la finalidad de prevenir posibles complicaciones en el embarazo; proponiendo a la Psicoprofilaxis Obstétrica como una herramienta fundamental para disminuir los niveles de ansiedad en el embarazo, ayudando a la promoción de sus beneficios en la población materna, niño y familia.

Este estudio, asimismo, aporta a la investigación en el área de Ciencias de la Salud, pues sirve de base para futuros trabajos de investigación que evalúen la psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios en la salud mental de la gestante y perinato.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

**Ortega J, Pizarro P y Piera M. (México, 2014)**, realizaron una investigación de tipo descriptivo, que tuvo como objetivo determinar los niveles de ansiedad utilizando la escala de Hamilton en una muestra de 2800 gestantes en labor de parto. Los resultados mostraron que el 45% de gestantes presentaron un nivel de ansiedad medio, y el 1% un nivel de ansiedad menor. Asimismo, el 58,11% tuvo parto eutócico; el 30,07%, distócico y, el 11%, cesárea; de estos el 13% si presentaron complicaciones del parto y el 87%, no. Los autores concluyeron que, la implementación del programa de psicoprofilaxis obstétrica ayudará a mejorar estos resultados ya que muestra beneficios disminuyendo las complicaciones en el parto y los niveles de ansiedad(19).

**De Molina I, Rubio L, Roca A, et. al. (España, 2015)**, realizaron un estudio descriptivo, longitudinal, analítico y prospectivo, que tuvo como objetivo conocer el nivel de ansiedad y miedos de 78 mujeres que se encontraban en labor de parto, para relacionarlo con la forma de finalizar el parto, el Apgar, el peso de los niños al nacer y la percepción del dolor, con la finalidad de valorar la utilización del STAI y la EVA como instrumentos de medición del nivel de ansiedad en gestantes. Los resultados constatan que el 72,37% de los partos terminó por vía vaginal condicionado por el nivel de ansiedad. En cuanto al recién nacido, el 95,65% tuvieron APGAR >7 a los 5 minutos; el 4,35% entre 3 y 7 y, en ningún caso un APGAR >3. En el estudio no se pudo establecer una relación estadísticamente significativa del APGAR, peso de los recién nacidos y el nivel de ansiedad de sus madres. Además, el 30,77% de mujeres presentaron un nivel de ansiedad alto antes del parto, esta situación no condicionó la forma de finalizar el parto y el Apgar al nacer. Sin embargo, se relacionó significativamente la ansiedad con mayor miedo al dolor de parto, y peor valoración del tratamiento para su alivio(20).

**Rodríguez C. (Ecuador, 2018)**, en su investigación de tipo prospectivo, analítico, experimental y transversal, tuvo por objetivo determinar la existencia de beneficios en la madre, parto y bebé en una muestra de 50 mujeres con preparación en psicoprofilaxis obstétrica. Los resultados indican que el 56% de gestantes tuvieron un parto eutócico, de ellas el 36% no realizó psicoprofilaxis, y el 76% sí; asimismo, el 44% tuvo un parto por cesárea. Por otro lado, de las gestantes con preparación psicoprofiláctica, el 100% de recién nacidos tuvieron un APGAR favorable a diferencia del 12% de RN con APGAR no favorable del grupo de control. En conclusión, la psicoprofilaxis obstétrica brinda beneficios a la madre, pues se demostró que ayuda a tener un parto espontáneo con menor tiempo de duración, favorece la lactancia y apego precoz, y en el recién nacido se presenta un adecuado peso al nacer y Apgar favorable(21).

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

**Zorrilla G. (Lima, 2016)**, realizó un estudio de carácter cuantitativo, diseño descriptivo, comparativo y retrospectivo, donde se planteó determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en 53 gestantes en trabajo de parto y sus recién nacidos. Los resultados señalan que el periodo de dilatación en las gestantes con PPO fue <8 horas para primíparas con un 82,4% y 89,5% en multíparas; y, en las gestantes sin PPO tuvo una duración de 8-12 horas en primíparas con un 62,5% y multíparas con 47,6%. Con respecto al expulsivo prolongado, en primíparas con PPO fue del 5,9% y 31,8%, sin PPO; y para multíparas fue 5,9% con PPO y sin PPO, 31,8%. El recién nacido en primíparas y multíparas con preparación en el parto, el 100% tuvo Apgar 8 al minuto, a diferencia del 69% en el grupo de control. En conclusión, la preparación psicoprofiláctica beneficia positivamente el proceso del trabajo de parto y recién nacido(22).

**Barrientos S y Chapoñan C. (Tumbes, 2017)**, en su estudio cuantitativo correlacional, de corte longitudinal, diseño pre-experimental, utilizó el método de la entrevista y el instrumento del Dr. Zung para la ansiedad, con el objetivo de establecer la relación de las gestantes que acudieron al programa de psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de ansiedad. Los resultados demuestran en una primera etapa al inicio del programa el 47% presentó ansiedad leve; el 43%, en los límites normales y el 10% ansiedad moderada; además el 47% fueron gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica; y el 53%, gestantes no preparadas. Se evaluó el nivel de ansiedad al finalizar el programa de psicoprofilaxis, el 90% se encontraron dentro de los límites normales y el 10% obtuvo ansiedad leve. En base a lo anterior, se concluyó que el Programa de psicoprofilaxis es efectivo para disminuir el nivel de ansiedad en las gestantes(23).

**Alvarado E. (Huancayo, 2017)**, realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, con el objetivo de evaluar la asociación entre el número de sesiones de psicoprofilaxis y las complicaciones maternas y fetales que se presentaron en el trabajo de parto de 200 mujeres. Los resultados evidenciaron que del 98% de mujeres que asistieron PPO, el 70% no tuvo complicaciones maternas en el parto; y, el 97,5% no presentó complicaciones fetales. Sólo 14 mujeres presentaron ruptura prematura de membranas; 33 tuvieron desgarros vulvoperineales; 7, retención de placenta; asimismo, 5 de los recién nacidos presentaron complicaciones fetales, de ellos 2 eran prematuros y 2 con bajo peso al nacer y APGAR bajo; de estas complicaciones sólo prematuridad y bajo peso al nacer presentaron asociación estadística. En base a lo anterior el autor concluyó que existe asociación entre número de sesiones en psicoprofilaxis obstétrica y complicaciones materno fetales en el momento del parto(24).

**Durán R y Huamán C. (Huánuco,2017)**, realizaron un estudio pre-experimental (ex post facto), analítico de corte longitudinal, prospectivo en 60 gestantes durante su trabajo de parto con la finalidad de conocer la efectividad de la PPO en la disminución de los niveles de ansiedad mediante un grupo de estudio que tenía preparación en psicoprofilaxis obstétrica y otro de control que no recibió preparación. En el grupo de control de gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica el 50% tenía ansiedad moderada; 26,7%, ansiedad severa y, 23,3%, no presentan ansiedad. En contraste en el grupo de estudio se observó que el 83,3% no presentó ansiedad; 13,3%, presentó ansiedad moderada y un 3,3%, ansiedad severa. Los autores concluyeron en la efectividad de la PPO para la disminución de los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto(25).

**Pérez J. y Urbina L. (Huancayo, 2019)**, realizaron un estudio descriptivo, cuantitativo y retrospectivo, con el objetivo de determinar los beneficios materno perinatales de la Psicoprofilaxis obstétrica en 453 gestantes durante el trabajo de parto. En el grupo de gestantes con PPO el 6,4% presentó dilatación prolongada y el 65,2% fue normal; el expulsivo fue normal para 97,3% y prolongado para 2,7%; con respecto a los desgarros perineales el 17,6% si los presentó; los resultados perinatales señalan que el Apgar fue normal para el 94,7%; asimismo las alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal se presentaron en el 4,3%. Para las gestantes sin PPO, el periodo de dilatación fue prolongado en 25,6% y normal para el 44,7%; el expulsivo fue normal 95,7% y prolongado para el 4,1%; el 69,5% si presentó desgarros perineales; las complicaciones perinatales se presentaron en el 10,9%; alteraciones de la frecuencia cardíaca fetal del 9,4%. Las autoras concluyeron que la PPO tuvo una asociación estadísticamente significativa en el primer y segundo periodo del parto y Apgar(26).

**Albán L. (Trujillo, 2019)**, realizó un estudio observacional, analítico de cohortes, con el objetivo de determinar la efectividad del programa educativo de psicoprofilaxis en la disminución de la ansiedad del trabajo de parto aplicando del Test de Hamilton, en dos grupos de 25 gestantes. Se obtuvo que el programa educativo fue factor protector pues prepara física, psicológica y socialmente a la mujer logrando una participación efectiva y una experiencia positiva al parto ya que el 84% de mujeres antes del estudio presentó ansiedad, reduciéndose al 32% después del parto(27).

**Pocomucha G. (Ayacucho, 2019)**, realizó un estudio de diseño cuasi-experimental, prospectivo, observacional, analítico, correlacional; con el objetivo de determinar la diferencia en los niveles de ansiedad en dos grupos de 20 mujeres en trabajo de parto, que presentaron la característica de haber realizado o no psicoprofilaxis obstétrica. Con respecto a los niveles de ansiedad los resultados evidenciaron en el grupo de gestantes con psicoprofilaxis obstétrica, el 35% presentaron un nivel de ansiedad normal, ansiedad mínima en un 45% y, ansiedad severa en 20%. En el grupo de mujeres no preparadas, el 15% tuvo ansiedad mínima, ansiedad severa un 70% y ansiedad máxima un 15%. Se llegó a la conclusión de que existe diferencia significativa entre los niveles de ansiedad en trabajo de parto, siendo los niveles menores en las mujeres que realizaron psicoprofilaxis obstétrica(4).

**Yana F. (Juliaca, 2019)**, realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal; con el objetivo de determinar en 172 mujeres en trabajo de parto la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en los niveles de ansiedad. Los resultados obtenidos señalan que el inicio de trabajo de parto fue espontáneo en 95,3%; el 78,4% tuvo un periodo de dilatación adecuado; se presentaron complicaciones fetales en un 69,2%; el periodo expulsivo fue adecuado en un 79,6%; la finalización del parto fue vaginal en un 78,5%; donde el 69,2% tuvo alumbramiento dirigido, con duración adecuada del mismo en 68,1%; donde las mujeres no presentaron ansiedad en 87,2%. Se llegó a la conclusión que la psicoprofilaxis obstétrica favorece en la duración adecuada de los periodos del parto, influyendo en los niveles de ansiedad(6).

**Azañero C. y Blas L. (Lima, 2019)**, realizaron una investigación en dos grupos de 40 mujeres en trabajo de parto, con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica; en un estudio de diseño no experimental, prospectivo, transversal, bivariado, para determinar la existencia de alguna diferencia en el nivel de ansiedad utilizando el inventario de ansiedad STAI. Al medir el nivel de ansiedad los resultados de la investigación señalan que en el grupo de mujeres que realizaron psicoprofilaxis obstétrica el 80% tuvieron

ansiedad rasgo en un nivel moderada y ansiedad baja el 20%; en cuanto a la ansiedad estado el 87,5% fue nivel medio y 12,5% ansiedad baja. En el segundo grupo de mujeres no preparadas, el nivel de ansiedad rasgo fue 82,5% con nivel medio y; 17,5%, nivel bajo; con respecto a la ansiedad estado, el 85% tuvo nivel medio y; 12,55%, nivel bajo. Los autores concluyeron que no se encontró diferencia significativa entre el nivel de ansiedad en trabajo de parto y la participación en psicoprofilaxis obstétrica(28).

**Medina T y Montoya S. (Lima, 2019)**, en su estudio de carácter básico, transversal, comparativo y explicativo, tuvieron como objetivo determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en el nivel de ansiedad en un grupo de 60 mujeres en trabajo de parto en fase activa utilizando el test del Dr. Zung. En el grupo de mujeres que realizaron el programa el 73% no presentaron ansiedad; el 21,6%, ansiedad leve y; ansiedad moderada, el 5,4%. Del grupo que no realizaron el programa, presentaron ansiedad leve en un 52,2% y; ansiedad moderada el 47,8%. Se concluyó que la psicoprofilaxis obstétrica influye en el nivel de ansiedad de mujeres en trabajo de parto durante la fase activa(29).

**Osorio R. (Lima, 2019)**, en su estudio de tipo observacional, prospectivo, longitudinal de nivel aplicativo, se planteó comprobar el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en 60 primíparas, con el método de caso control. Los resultados señalan que no hay diferencia significativa en la duración y dolor del período de dilatación, expulsivo y alumbramiento en ambos grupos de estudio. Sin embargo, si hubo diferencia significativa en la forma de afrontamiento al parto en el grupo que realizó las sesiones. Se concluyó que existe un efecto positivo sobre el comportamiento durante el trabajo de parto en gestantes preparadas en psicoprofilaxis(30).

### **2.1.3. Antecedentes locales**

**Díaz F. (Cajamarca, 2019)**, realizó un estudio longitudinal cuasi-experimental con el objetivo de determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en primigestas en una muestra de 10 gestantes atendidas en control prenatal, utilizando técnicas como la entrevista, encuesta, observación y análisis documental, además de instrumentos como ficha de recolección de datos, cuestionario, lista de cotejo y las historias clínicas. Se concluyó que el programa de psicoprofilaxis obstétrica, resultó efectivo en el proceso del embarazo, parto, puerperio, además mostró resultados favorables en la salud del recién nacido(31).

**Loyola I, Vigo R, Sánchez J, et. al. (Cajamarca, 2019)**, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar los efectos de la educación prenatal en los niveles de ansiedad de las gestantes que acuden al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, mediante un diseño no experimental, de corte longitudinal; tipo descriptivo y correlacional. Los hallazgos reportaron que, al iniciar el programa de psicoprofilaxis obstétrica, el nivel de ansiedad rasgo fue alto en un 61,23%; sin embargo, al finalizarlo disminuyó a 6,14%. Con respecto a la ansiedad estado el nivel alto al inicio del programa fue de 73,5%, y se redujo al final del programa al 12, 3%, asimismo a mayor número de sesiones, menor nivel de ansiedad; concluyendo que la educación prenatal con acompañamiento de su pareja produce un nivel de ansiedad bajo con 28,6% al final del programa educativo a diferencia del grupo de gestantes que no tuvieron acompañante(32).

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Ansiedad**

Según Sigmund Freud (33); es "una emoción humana" fundamental, que se manifiesta como respuestas emocionales comprendiendo aspectos subjetivos o cognitivos que implican comportamientos y alteraciones fisiológicas poco ajustados a la realidad frente a una amenaza externa poco conocida relacionado con la anticipación de peligros futuros(34).

En el embarazo, altos niveles de ansiedad suelen conllevar a complicaciones obstétricas y neonatales, como consecuencia del miedo y desconocimiento del proceso del parto, experiencias previas negativas o problemas familiares, económicos o sociales, así como conocimiento de experiencias ajenas a la mujer sobre el dolor que implica el parto(35).

#### **2.2.1.1. Clasificación de la ansiedad**

**a. Nivel de ansiedad leve:** estado de alerta en la gestante, donde su percepción y atención están incrementadas permitiendo el aprendizaje, pero aún puede afrontar y resolver situaciones problemáticas cotidianas. Se caracteriza por insomnio, sensación de malestar y agotamiento físico(36).

**b. Nivel de ansiedad moderado:** se presenta con una disminución de la atención y percepción, dificultad de concentración y disminución de la capacidad para analizar la realidad de forma objetiva, la gestante sólo se centra en las preocupaciones inmediatas bloqueando determinadas áreas para ello. Se manifiesta con el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, presencia de temblores y estremecimientos(36).

**c. Nivel de ansiedad grave:** los signos y síntomas se agravan hasta conllevar a la incapacidad para concentrarse y deficiencia para percibir la realidad centrándose sólo en detalles específicos. Los signos que presenta son taquicardia, dolor de cabeza y/o náuseas(36).

**d. Pánico:** nivel de ansiedad máximo donde la persona presenta una percepción distorsionada de la realidad, incapacidad para comunicarse, actuar, concentrarse o aprender, causando alteraciones en el equilibrio orgánico (vómitos, agitación psicomotriz entre otros). La persona pierde el control sobre sí misma y su entorno, necesitando ayuda profesional(36).

#### **2.2.1.2. Ansiedad durante el parto**

La mujer experimenta la ansiedad como una sensación de peligro constante, que le impide finalizar el proceso del parto, conllevando a diversas complicaciones maternas y perinatales. Durante el embarazo es causada por inestabilidad emocional, cambios psicológicos, sociales, familiares y físicos, la preocupación por el desarrollo del bebé, lo que genera miedo al parto, a las contracciones, a los procedimientos que realiza el personal de salud, por ser una experiencia nueva o haber tenido una no satisfactoria ni feliz, desarrollando una valoración negativa al mismo(20).

#### **2.2.1.3. Prevención de la ansiedad durante el embarazo**

Durante el primer trimestre de embarazo las mujeres pueden experimentar el aumento en los niveles de ansiedad, acrecentando el riesgo de abortos espontáneos o presencia alteraciones congénitas en el bebé, como labio leporino o disminución del tamaño del cerebro fetal.

Posteriormente, los niveles de ansiedad se ven aumentados conforme se llega el momento del parto, esto se produce por el miedo o temor constante por los peligros o riesgos que conlleva el parto o las complicaciones que pudieran ocurrir, miedo al dolor de las contracciones, situaciones económicas o familiares que sobrepasan a la gestante.

Es por ello que se recomienda la preparación psicológica, cognitiva, física y en pareja mediante psicoprofilaxis obstétrica, lo que le permitirá a la gestante sobrellevar el proceso del embarazo mediante el manejo de los momentos de sensibilidad, utilizando técnicas de relajación y respiración para la preparación de la mujer hacia una experiencia positiva del parto(33).

#### **2.2.1.4. Complicaciones del parto y ansiedad**

Durante el parto, la presencia de la ansiedad se produce por aumento de los niveles de la hormona de estrés, cortisol, que ocasiona diversas complicaciones materno perinatales como partos pretérmino, partos prolongados, preeclampsia, disminución del tamaño del cerebro fetal, bajo peso al nacer, bajas puntuaciones de Apgar, así como una vivencia negativa, sensación de descontrol, miedo y aumento del dolor del parto(37).

#### **2.2.2. Trabajo de parto**

Es un proceso que implica cambios fisiológicos que producen la salida fetal a través del canal del parto. Este proceso se caracteriza por la presencia de fenómenos activos y pasivos(38).

##### **2.2.2.1. Preparación para el trabajo de parto**

Antes del inicio del parto, suceden diversos procesos fisiológicos:

**a. Descenso:** en las primigestas la cabeza fetal desciende y pasa el borde superior de la pelvis entre una a dos semanas antes del parto, y en multíparas antes de comenzar el trabajo de parto(39).

**b. Trabajo de parto falso:** se caracteriza por contracciones irregulares casi siempre indoloras conocidas como contracciones de Braxton Hicks, que no producen dilatación ni borramiento cervical, considerándose un falso trabajo de parto, durante las últimas 4 a 8 semanas del embarazo(39).

**c. Borramiento cervical:** ocurre antes del inicio del trabajo de parto, donde el cérvix se reblandece por aumento de contenido de agua y lisis de colágena y se retrae hacia el segmento uterino inferior. Se reconoce el inicio de trabajo de parto por la expulsión del tapón mucoso(39).

##### **2.2.2.2. Fases del parto**

Son cuatro, que no deben confundirse con etapas clínicas del trabajo de parto. Estas fases son: preludio, preparación, proceso y la recuperación(40).

**a. Preludio:** quiescencia uterina y ablandamiento del cuello uterino.

- *Quiescencia uterina:* estabilidad del músculo uterino que corresponde al 95% del embarazo. El miometrio no se contrae, y el músculo uterino pierde la capacidad de responder a estímulos naturales.

De igual forma se inician los cambios de tamaño y vascularidad. Pueden notarse algunas contracciones de Braxton Hicks, pero no producen cambios cervicales, produciéndose el falso trabajo de parto(40).

- *Ablandamiento del cuello uterino:* ocurre la distensión del cuello uterino por remodelación de su consistencia al finalizar el embarazo, que se debe al aumento de vascularidad, hipertrofia glandular y cambios en la composición de la matriz extracelular(40).

**b. Preparación para el trabajo de parto:** la estabilidad del músculo uterino se ve interrumpido por los cambios uterinos en las últimas seis u ocho semanas de embarazo. Estas modificaciones pueden causar trabajo de parto prematuro(40). Dentro de estos cambios, se producen:

- *Cambios miométriales:* se producen por las contracciones del parto. Estos cambios se deben a alteraciones en la conjugación de proteínas clave, que incluyen el receptor para la oxitocina, receptor F para prostaglandinas y conexina 43; receptores que aumentan la irritabilidad uterina y capacidad de respuesta a uterotoninas. Asimismo, se forma el segmento uterino inferior, que ayuda al descenso de la cabeza fetal(40).

- *Maduración del cuello uterino:* en el cérvix se produce una remodelación, que conduce a la disminución de su resistencia y dilatación, por el inicio de las contracciones(40).

**c. Trabajo de parto:** se conoce como trabajo de parto activo, es aquí donde se consideran los períodos clínicos del trabajo de parto como dilatación, expulsión y alumbramiento(40).

**d. Recuperación o puerperio:** después del parto, el útero permanece en un estado de contracción rígida, que ayuda a la compresión de los vasos uterinos permitiendo la trombosis (40).

### **2.2.2.3. Etapas del parto**

Aparecen contracciones frecuentes, intensas y con buena duración que provocan cambios cervicales(40). Se diferencian tres etapas.

**a. Dilatación:** desde el comienzo del parto hasta la dilatación completa del cérvix uterino(40). A su vez, se divide en dos fases.

- Fase latente: inicia con contracciones suaves e irregulares, que llegan a ser más intensas, frecuentes y regulares a medida que el trabajo de parto progresa, ocasionando la dilatación lenta del cuello uterino hasta los 3 a 4 centímetros. No obstante, cuando esta fase se prolonga, excede las 20 horas de duración en nulípara y 14 en multípara(39).

- Fase activa: en esta fase se produce el aumento de la velocidad de dilatación, que empieza entre los 3 a 4 centímetros, seguido del descenso de la presentación fetal. Se subdivide a su vez en 3 fases, las cuales son:

- *Fase de Aceleración:* se produce un incremento de la dilatación en forma gradual, hasta alcanzar un período de dilatación rápida(38).

- *Fase de Máxima Inclinación:* la dilatación en este período se alcanza a 1,2 cm/hora en nulíparas y; 1,5 cm/hora en multíparas(38).

- *Fase de desaceleración:* la velocidad de dilatación disminuye, y termina en la dilatación cervical máxima que es a los 10 centímetros(38).

**b. Expulsivo:** comprende desde la dilatación máxima del cuello uterino hasta la salida del feto del útero. Suele durar entre 50 minutos para nulíparas y; 20 para multíparas. Si sobrepasa las 2 horas de duración en nulíparas y; 1 hora en multíparas, se considera un expulsivo prolongado(38).

**c. Alumbramiento:** periodo que comprende entre la expulsión del recién nacido y el alumbramiento de placenta, cordón umbilical y membranas ovulares, tiene una duración de 15 minutos, cuando supera los 30 minutos se considera prolongado(38).

### 2.2.3. Complicaciones del trabajo de parto

Según Williams, “distocia significa parto difícil, y se caracteriza por un lento avance anormal del parto” (33, p.464) que se pueden presentar por anomalías de las fuerzas expulsivas o pelvis ósea materna, alteraciones de la presentación o alteraciones de los tejidos blandos. La presencia de distocias en el trabajo de parto se relaciona con complicaciones obstétricas maternas y perinatales(40).

### 2.2.3.1. Complicaciones maternas

#### a. Alteraciones de la frecuencia de las contracciones uterinas

- *Bradisistolia*: se presenta menos de tres contracciones uterinas en 10 minutos durante la fase activa, generando una presión insuficiente para crear algún cambio cervical, por lo que su manejo requiere uso de oxitocina o rotura artificial de membranas (RAM) (34).

- *Taquisistolia*: se presentan más de 5 contracciones en 10 minutos, provocando pérdida del bienestar fetal, pues no permite el descanso adecuado del cuerpo uterino y en consecuencia la oxigenación del bebé, su manejo requiere el uso de útero inhibidores(42).

**b. Expulsivo prolongado:** si sobrepasa las 2 horas de duración en nulíparas y; 1 hora en multíparas(38). A medida que el tiempo aumenta, y se prolonga, crece la posibilidad de realizar un parto por cesárea o instrumentado, y también la existencia de un traumatismo perineal, hemorragia post parto y corioamnionitis. Es por ello que en aquellas mujeres que han recibido entrenamiento en pujo materno en el expulsivo, el tiempo de duración de esta etapa suele ser más corto(40).

**c. Desgarros vulvoperineales:** las lesiones del piso pélvico suelen ser frecuente durante el parto vaginal, que se producen por la presión de la cabeza fetal y la presión por los esfuerzos expulsivos maternos(40). Se clasifican como laceraciones o desgarros de primer a cuarto grado:

- *Desgarros de primer grado:* lesión superficial que afectan el frenillo, la piel perineal y la membrana mucosa vaginal. Incluyen desgarros periuretrales, que pueden producir hemorragia profusa(40).

- *Desgarros de segundo grado:* daña la fascia y el músculo del cuerpo del perineo. Suelen extenderse hacia arriba a uno o ambos lados de la vagina, donde se observa una lesión de forma triangular(40).

- *Desgarros de tercer grado:* afecta el músculo del esfínter externo anal(40).

- *Desgarro de cuarto grado:* compromete la mucosa anorrectal (esfínteres externo e interno del ano) y muestra la luz del conducto rectal(40).

### **2.2.3.2. Complicaciones perinatales**

**a. Alteración de la frecuencia cardíaca fetal:** situación en que la frecuencia cardíaca fetal sufre alteraciones que puede ser causado por prolapso de cordón, placenta previa sangrante, ruptura uterina, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, hiperestimulación uterina, insuficiencia uteroplacentaria. Su diagnóstico se efectúa con el registro electrónico de la frecuencia cardíaca fetal, mostrando bradicardia fetal (<110 latidos por minuto) o taquicardia (>160 latidos por minutos), además de desaceleraciones tardías o variables. Su manejo consiste en colocar a la gestante en posición decúbito lateral(43).

**b. Depresión perinatal:** se define como aquella depresión fetal gradual. La salud fetal puede clasificarse en: normal, de estrés y de sufrimiento; cuando se manifiesta este último se traduce en una amenaza temprana del bienestar fetal. Se atribuye a hipotensión, hipovolemia, bajo aporte de oxígeno, hipertoniá uterina, compresión del cordón, anemia. El diagnóstico se hace mediante el puntaje de APGAR para sufrimiento fetal(44), que permite reconocer a los recién nacidos que requieran reanimación, valorando la frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono muscular, irritabilidad refleja y color, dando a cada criterio una puntuación de 0 a 2. Se evalúa en dos momentos, primero al minuto para reconocer al recién nacido que necesita de reanimación inmediata, y luego a los cinco minutos para evaluar el progreso de la reanimación y el pronóstico del recién nacido(40). Se interpreta como:

- Normal: 8-10.
- Depresión leve a moderada: 4-7.
- Depresión severa: 0-3 (45).

**c. Caput succedaneum:** ocurre en los trabajos de parto que se prolongan antes de completar la dilatación completa del cuello uterino, provocando que la región del cuero cabelludo fetal que se sitúa justo por encima del cuello uterino se edematice. Usualmente se forma cuando la cabeza fetal se halla en la parte más baja del canal de parto encontrando resistencia del suelo pélvico rígido(40).

**d. Moldeamiento de la cabeza fetal:** a lo largo del parto, la cabeza fetal cambia de posición para conseguir pasar por los diferentes diámetros de la pelvis. No obstante, se produce el moldeamiento o cabalgamiento de las suturas de la cabeza fetal como resultado del trabajo de parto prolongado, restableciéndose en el transcurso de la semana después del parto, sin embargo existen casos persistentes(40).

Se registra en el partograma por grados:

- Grado I: se palpan las suturas lado a lado, donde ambos parietales están separados uno al lado del otro(46).
- Grado II: las suturas se encuentran superpuestas, pero pueden ser reductibles, se palpan los parietales uno encima del otro, pero se pueden separar cuando finaliza la contracción o de forma digital(46).
- Grado III: las suturas están superpuestas, es decir un parietal está encima del otro, y ya no se pueden reducir o separar cuando termina la contracción ni de manera digital(46).

#### **2.2.4. Educación para la salud**

Es un proceso que comprende el desarrollo de capacidades y habilidades sociales y personales que la gestante desarrollará a través de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica para mejorar su salud, con el propósito de disminuir las complicaciones materno perinatales que se presentan en el trabajo de parto que pueden ser originadas por la ansiedad(47).

#### **2.2.5. Programa de psicoprofilaxis obstétrica**

Según el MINSA (14), en su guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, la define como:

“El proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido/a, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar. Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto” (p. 2).

##### **2.2.5.1. Bases doctrinarias de la psicoprofilaxis obstétrica**

La psicoprofilaxis obstétrica se fundamenta en las teorías de diferentes autores pertenecientes a diferentes escuelas, quienes, por medio de la educación a la gestante buscan brindarle protagonismo, y su recién nacido; así como desacondicar el dolor durante el parto, proponen diversas teorías.

**a. Escuela inglesa:** Representada por el Dr. Grantly Dick Read, quien afirma mediante su postulado: “el temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal”, el mismo que propone a la educación, respiración, relajación y gimnasia para ayudar a prevenir el temor en el parto(14).

**b. Escuela rusa:** Representada por Platonov, Velvovsky, Nikolaiev con el postulado “el parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación activa de la mujer”, determinando que el dolor del parto es un acto condicionado y puede descondicionarse(14).

**c. Escuela francesa:** Del Dr. Fernand Lamaze, que propone en su postulado “el parto sin dolor por el medio psicoprofiláctico en base a la educación neuromuscular”, con sus bases teóricas similares a la escuela rusa, que tiene como eje central a la educación para evitar el dolor(14).

#### **2.2.5.2. Componentes de la psicoprofilaxis obstétrica**

- *Entrenamiento cognitivo:* mediante la educación a la madre sobre fisiología, anatomía, cambios en el embarazo y el crecimiento fetal(24).

- *Entrenamiento psicológico:* se brinda consejos y estímulos positivos a la mujer sobre su embarazo, con la finalidad de generar tranquilidad y seguridad para afrontarlo(24).

- *Entrenamiento físico:* se prepara a la gestante físicamente mediante gimnasia obstétrica, con la finalidad de fortalecer la pelvis materna para el trabajo de parto(24).

- *Entrenamiento en pareja:* permite la participación de la pareja o familia, para brindar a la gestante el apoyo y confianza emocional que necesita para reducir el miedo al parto(24).

#### **2.2.5.3. El método inglés**

Propuesto por Dick (1933) Read, tocólogo inglés, en su libro “Parto sin dolor”; quien plantea que el miedo es el principal agente base del dolor en el parto normal, creando un círculo vicioso de temor-tensión-dolor. Afirma que se puede suprimir el temor y superar la tensión por medio del relajamiento físico y mental mediante la educación a la mujer sobre el proceso del embarazo y del parto, y cómo colaborar en ambos para generarle confianza, previniendo la tensión y en consecuencia las desviaciones del

trabajo de parto. Igualmente, destaca la importancia de contar con personal preparado para educar a la mujer en labor de parto que se halle tensa y brindarle apoyo(48).

#### **2.2.5.4. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica**

##### **a. Beneficios para la madre**

- Disminuye el nivel de ansiedad en la gestante, generando una actitud positiva frente al parto, ya que le permite responder apropiadamente a las contracciones uterinas, por medio del uso adecuado de las técnicas de relajación, respiración, masajes; reduciendo el tiempo del trabajo de parto en relación al promedio normal.
- El esfuerzo que realiza la gestante es más eficiente, pues intensifica su concentración, y le permite utilizar adecuadamente su energía para la etapa de la expulsión.
- Reduce la probabilidad de usar fármacos, la incidencia de cesárea y parto instrumentado.
- Disminuye el riesgo de presentar complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto.
- Promueve la participación de la pareja o la familia, asimismo se le brinda preparación para que puedan estar presentes durante el parto, ejerciendo un rol fundamental de apoyo y soporte a la gestante.
- Mejora la percepción de la mujer sobre la experiencia del parto.
- La recuperación post parto es más rápida y cómoda para la mujer, además facilita la lactancia materna exclusiva y disminuye la incidencia de depresión post parto(14).

##### **b. Beneficios para el recién nacido**

- Disminuye el índice de morbilidad del recién nacido, mejorando su puntuación de Apgar.
- Beneficia el vínculo post natal entre padre-recién nacido-madre.
- Permite el buen desarrollo psicomotor y mejora la integración socio familiar(49).

### **2.2.6. Inventario de ansiedad de Beck (BAI)**

El inventario de ansiedad de Beck por sus siglas en inglés BAI (Beck Anxiety Inventory), de los autores Beck, Epstein, Brown y Steer, publicado en 1998; es un test útil para estimar los síntomas somáticos de ansiedad, que ocurrieron en la última semana hasta el momento actual de la aplicación del test. Se elaboró con la finalidad de disponer de un instrumento breve (21 ítems) que identificaría y evaluaría los síntomas de ansiedad clínica y que además ayudaría en la diferenciación de síntomas de depresión(50).

Según su autor, Beck señala:

“el BAI se desarrolló para abordar la necesidad de un instrumento que pudiera discriminar fiablemente la ansiedad de la depresión y, al mismo tiempo, mostrase validez convergente” (Beck et al. p. 893).

Lo 21 los ítems del Inventario de Ansiedad de Beck evalúan el 44,8% de los síntomas específicos de la ansiedad clínica, a diferencia del Cuestionario de ansiedad estado-rasgo, sólo reflejan el 17,4% de los síntomas específicos de la ansiedad clínica. Es por ello que se considera al BAI ideal para evaluar conductas (cognitivas, emocionales, motoras o fisiológicas) anormales o patológicas de ansiedad, ya que pregunta por el grado de molestia (nada, leve, moderado o grave) durante la última semana(50).

### **2.2.7. Partograma**

Es un instrumento que se utiliza como registro gráfico visual para evaluar el parto normal y que funciona como un sistema de advertencia temprana del progreso del trabajo de parto distócico tomando en cuenta la dilatación cervical y el descenso de la cabeza fetal en el tiempo, con el objetivo de disminuir la alta incidencia de mortalidad materna y perinatal. Es así que la OMS ha creado un formato estándar de partograma que se aplica en muchos países como Indonesia, Tailandia y Malasia, donde los estudios han determinado su efectividad, bajo costo y factibilidad(51).

#### **2.2.7.1. Objetivos del partograma**

- Reducir los índices de morbilidad materno perinatales permitiendo el diagnóstico precoz y oportuno de las desviaciones de la evolución normal del trabajo de parto y parto.
- Proporcionar a obstetras y personal médico un instrumento económico y accesible, para uso y registro universal del seguimiento del trabajo de parto, facilitando el archivo y análisis del proceso de parto.

- Diagnosticar oportunamente el trabajo de parto prolongado para asegurar una participación oportuna del personal de salud y referencia a un centro de salud de mayor complejidad.
- Disminuir el intervencionismo, índice de cesáreas, partos instrumentados, además de la asfixia al nacer y sus consecuencias.
- Crear un instrumento universal para una adecuada comunicación entre el personal médico ajeno al caso o con diferentes idiomas(51).

### **2.3. Hipótesis**

H<sub>1</sub>: La preparación de las gestantes en Psicoprofilaxis Obstétrica, disminuye los niveles de ansiedad durante el parto de gestantes atendidas en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, Cajamarca 2021.

H<sub>2</sub>: A menor nivel de ansiedad, menor incidencia, significativa, de complicaciones maternas y perinatales durante el parto de gestantes preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica en comparación de aquellas que no participaron del programa educativo, en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, Cajamarca 2021.

### **2.4. Variables**

#### **2.4.1. Variable independiente**

Nivel de ansiedad

#### **2.4.2. Variable dependiente**

Complicaciones materno perinatales del parto

## 2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN
1.V. INDEPENDIENTE: NIVEL DE ANSIEDAD	Respuesta emocional negativa, asociado a preocupaciones excesivas que manifiesta la gestante en labor de parto (41).	NIVEL DE ANSIEDAD	Ansiedad muy baja	Entre 0 a 21	Intervalo
			Ansiedad moderada	Entre 22-35	
			Ansiedad severa	Mayor a 36	
2.V. DEPENDIENTE: COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL PARTO.	Cuadros clínicos que ponen en riesgo la vida de la madre y el feto durante el trabajo de parto. (33)	COMPLICACIONES MATERNAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	Alteración de la frecuencia de la dinámica uterina	Bradisistolia	Ordinal
				Taquisistolia	
			Expulsivo prolongado	>2h en nulíparas	Ordinal
				>1 h en multíparas	
			Desgarros vulvoperineales	Primer grado	Ordinal
				Segundo grado	
		Tercer grado			
		Cuarto grado			
		COMPLICACIONES PERINATALES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	Alteración de la frecuencia cardíaca fetal	Bradicardia	Ordinal
				Taquicardia	
			Moldeamiento de las suturas fetales	Grado I	Ordinal
				Grado II	
Grado III					
Caput succedaneum	Presenta		Nominal		
	No presenta				
Depresión perinatal	APGAR al minuto	Intervalo			
	APGAR a los cinco minutos				

## CAPÍTULO III

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1. Diseño y tipo de estudio

El presente estudio es de diseño cuantitativo, de alcance correlacional, cuasiexperimental, de corte longitudinal, comparativo, prospectivo.

**Cuantitativo:** se utilizó métodos y técnicas cuantitativas para medir las unidades de análisis(52).

**Correlacional:** porque se relacionó el nivel de ansiedad y su efecto en la complicaciones materno perinatales de gestantes preparadas o no en psicoprofilaxis obstétrica (52).

**Cuasiexperimental:** las participantes del estudio fueron clasificadas en gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica para establecer la comparación entre ambos grupos de estudio(52).

**Corte longitudinal:** se efectuó la medición de las variables en varios momentos a lo largo de la investigación (52).

**Comparativo:** porque se realizó el contraste entre el nivel de ansiedad que presentan las gestantes preparadas en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, con aquellas que no estuvieron preparadas, estableciendo las diferencias en las complicaciones del trabajo de parto entre ambos grupos (52).

**Prospectivo:** la recolección de datos se realizó desde el inicio de los acontecimientos y a medida que estos fueron sucediendo(53).

### **3.2. Área de estudio y población**

El estudio se ejecutó en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, en el área de Gineco Obstetricia, ubicado en la Jr. Pachacútec N° 489 cuadra 4, en la provincia de Baños de Inca.

La población estuvo conformada por todas las mujeres en trabajo de parto, durante los meses de septiembre a diciembre del 2021.

### **3.3. Muestra**

La muestra se constituyó de 30 mujeres, divididas en dos grupos; el primer grupo de 15 gestantes en trabajo de parto que participaron en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, y; el otro, de 15 mujeres sin preparación psicoprofiláctica, durante los meses de septiembre a diciembre, atendidas en Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

La presente investigación empleó el muestro por conveniencia(52), es decir, la muestra estuvo constituida por los casos disponibles a los que se tuvo acceso para establecer la comparación en el nivel de ansiedad en ambos grupos de estudio.

### **3.4. Unidad de análisis**

Estuvo conformada por cada una de las gestantes en trabajo de parto que se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica, durante los meses de septiembre a diciembre del año 2021, atendidas en el Centro de Salud Materno infantil Baños del Inca.

### **3.5. Criterios de inclusión y exclusión**

#### **Criterios de inclusión**

- Mujeres con gestación a término.
- Mujeres embarazadas con edad mayor o igual a 18 años.
- Mujeres, que acudieron a Centro Obstétrico, en fase activa de trabajo de parto y con 4 a 7 cm de dilatación.
- Para el grupo de gestantes que participaron del programa de psicoprofilaxis obstétrica: aquellas que recibieron un mínimo de 4 sesiones educativas en psicoprofilaxis obstétrica.

#### **Criterios de exclusión**

- Gestantes que no dieron su consentimiento para participar en la investigación.
- Mujeres con complicaciones médicas durante el embarazo.

- Mujeres que hayan ingerido infusiones para acelerar el trabajo de parto.
- Gestantes con retardo mental o alguna incapacidad física.
- Gestantes con incompatibilidad céfalo pélvica.
- Mujeres con antecedente de cesáreas anteriores.

### **3.6. Consideraciones éticas de la investigación**

La presente investigación se fundamenta en los criterios éticos dirigidos a asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, los que son:

**Autonomía:** la gestante entrevistada tuvo la libertad de emitir sus respuestas, cuidando de no ser influenciadas por parte de otras personas o de la investigadora.

**Beneficencia:** se procuró el máximo bienestar de la paciente en el momento de la aplicación del instrumento del estudio, previo consentimiento informado para la aplicación del cuestionario y acceso a su historia clínica.

**Cuidado de la vida, medio ambiente y respeto a la biodiversidad:** se respetó a la paciente y producto de la concepción, así como al medio ambiente y biodiversidad en los recursos que se emplearon en la investigación.

**Difusión del conocimiento:** los resultados de la investigación contribuyen a la comunidad científica a ampliar el conocimiento que se tenga en el área de la línea de investigación.

**Honestidad:** no hubo alteración de los resultados obtenidos en la investigación a fin de garantizar la veracidad de la investigación.

**Justicia:** a cada persona que participó del estudio se le brindó el mismo trato y prioridad, mediante consentimiento informado, valoración de riesgos y beneficios, selección adecuada de los sujetos de la muestra.

**Libertad de investigación:** la investigación no presentó conflictos de interés, además se tuvo libertad en la elección tema de investigación, teniendo el acceso a los recursos que se necesitan para la misma.

**Responsabilidad:** la información personal referida por la gestante fue tratada con confidencialidad y respetando el anonimato, utilizándose sólo para fines de investigación.

**Transparencia:** la investigación se basa en los principios éticos, garantizando la transparencia en su proceso.

### **3.5. Procedimiento para la recolección de datos**

La recolección de los datos se realizó en dos grupos de gestantes:

1. Mujeres preparadas en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica: se captó a las gestantes en el Centro de Salud Baños del Inca y; previa información del proceso, se las invitó a participar del programa, el cual se realizó en forma virtual, dada la situación de aislamiento social, por emergencia sanitaria por el COVID-19. Se impartió seis sesiones educativas, tomando en cuenta los momentos que indica la Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal del MINSA (anexo 2). Se realizó la medición del nivel de ansiedad de las gestantes participantes del programa, mediante la aplicación del Inventario de ansiedad de Beck (anexo 1) en tres momentos: al inicio y fin el programa educativo, y; el tercer momento se realizó cuando la gestante ingresó a centro obstétrico en trabajo de parto, fase activa, con 4 a 7 cm de dilatación.

2. Mujeres sin preparación psicoprofiláctica: se tomó en cuenta a aquellas mujeres gestantes, atendidas en Centro de Salud Materno infantil Baños del Inca, que acudieron a la atención prenatal entre las 35 a 38 semanas de gestación para la primera medición del nivel de ansiedad; la segunda medición se realizó una semana antes de la fecha probable de parto, y; posteriormente se finalizó la medición del nivel de ansiedad, cuando la gestante ingresó a centro obstétrico, en trabajo de parto, fase activa y, entre los 4 a 7 cm de dilatación.

3. Luego de producido el parto, se realizó el registro de las complicaciones que se presentaron en ambos grupos de mujeres.

Para la recolección de los datos se ejecutaron los siguientes pasos:

- Solicitud dirigida a la DIRESA y jefe del Centro de Salud Materno infantil Baños del Inca, para obtener autorización para la aplicación del instrumento de recolección de datos, previa verificación de los criterios de inclusión y exclusión de la población en estudio.

- Captación de gestantes para los dos grupos de estudio, seguimiento de las mismas a lo largo de su embarazo para la medición del nivel de ansiedad, previa firma del consentimiento informado.
- Aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck a las gestantes, en los tres momentos indicados anteriormente.
- Al finalizar el trabajo de parto, se registró la presencia de complicaciones materno-perinatales empleando como fuente la historia clínica obstétrica.

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

Para el recojo de la información la técnica empleada fue la encuesta, mediante el instrumento del cuestionario oral, diseñado por la investigadora para reunir información general de las pacientes, complementado con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Para el registro de las complicaciones obstétricas del trabajo de parto se aplicó una lista de recojo de información haciendo uso de la historia clínica.

#### **Descripción del instrumento**

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario oral estructurado (Anexo 1), elaborado por la autora de la investigación, complementado con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) estructurado por Beck, Epstein, Brown y Steer (43), un test útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, como desórdenes de ansiedad y cuadros depresivos, que hacen referencia a la última semana y al momento actual.

Utiliza la Escala Likert de 4 puntos sobre grado de molestia, consta de 21 preguntas, cada una con un valor de 0 a 3, donde 0 es "en absoluto"; 1, "levemente, no me molesta mucho"; 2, "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación más alta de 3, "severamente, casi no podía soportarlo". Con un rango de puntuación entre 0 y 63, los resultados se interpretaron como:

- Ansiedad muy baja, de 0 a 21 puntos.
- Ansiedad moderada, entre 22 a 35 puntos.
- Ansiedad severa, mayor a 36 (42).

El instrumento de recolección de datos, se constituyó de la siguiente manera:

1. Datos del cuestionario: N° de cuestionario, N° de historia clínica, provincia, distrito y establecimiento de salud.

2. Datos generales de la paciente: edad, estado civil, procedencia, escolaridad, semanas de gestación, tipo de parto, número de gestaciones, percepción al finalizar el parto.

3. Asistencia al Programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica: número de sesiones de psicoprofilaxis realizadas, tiempo que permaneció en las sesiones, actividades realizadas en las sesiones.

4. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

5. Datos del parto: complicaciones maternas, complicaciones perinatales.

### **3.7. Validez y confiabilidad**

#### **Validez**

Al ser un instrumento de autoría de la investigadora, para verificar su validez se llevó a cabo el método de agregados individuales mediante juicio de expertos. Para ello se contó con la participación de tres profesionales obstetras expertos en psicoprofilaxis obstétrica con grado de maestro y/o grado doctor.

#### **Confiabilidad**

Al finalizar la validez del instrumento, se realizó la aplicación del instrumento mediante una prueba piloto para obtener la confiabilidad del mismo al no haber sido aplicado anteriormente en Cajamarca.

La prueba piloto fue aplicada en el Centro de Salud La Tulpuna, a 16 mujeres gestantes con fecha probable de parto en el mes de junio del 2021 (8 de ellas participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica y; 8, no). Luego se analizaron los resultados mediante alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0,79; lo que indicó que el instrumento es altamente confiable; es decir, su aplicación repetida obtendrá resultados similares.

Asimismo, para evitar los datos perdidos el cuestionario fue llenado por el investigador, mediante su lectura a la paciente y, para el recojo de la información de las complicaciones materno perinatales la información se registró utilizando la historia clínica; inmediatamente después se ingresó la información en la base de datos. Además, se asume un 95% de confiabilidad de los resultados ya que los datos fueron recolectados por la misma autora de la investigación.

### **3.8 Procesamiento y análisis de datos**

#### **Procesamiento**

Después de recopilar los datos se realizó el procesamiento de la información a través del programa IBM SPSS versión 25 y Microsoft Excel con la finalidad de generar una base de datos. Las variables fueron analizadas mediante tablas simples y de contingencia; se aplicó la prueba de significancia estadística Chi Cuadrado para cada una de las hipótesis.

#### **Análisis de datos**

- **Fase descriptiva:** se describió los resultados más importantes y se contrastó su semejanza con antecedentes y teorías.
  
- **Fase inferencial:** se utilizó la prueba de significancia estadística Chi cuadrado para verificar la significancia estadística entre el nivel de ansiedad y la presencia de complicaciones materno perinatales en gestantes con PPO y gestantes sin PPO.

## CAPÍTULO IV

### INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Características sociales y obstétricas

**Tabla 1. Características sociales de las gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.**

CARACTERÍSTICAS SOCIALES		PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA					
		GESTANTES PREPARADAS		GESTANTES NO PREPARADAS		TOTAL	
		N	%	N	%	N	%
<b>EDAD</b>	Entre 18-25 años	10	67%	8	53%	18	60%
	Entre 26-35 años	3	20%	6	40%	9	30%
	>36 años	2	13%	1	7%	3	10%
<b>ESTADO CIVIL</b>	Soltera	1	7%	4	27%	5	17%
	Casada	2	13%	0	0%	2	7%
	Conviviente	12	80%	11	73%	23	77%
<b>PROCEDENCIA</b>	Rural	4	27%	6	40%	10	33%
	Urbano	8	53%	8	53%	16	53%
	Urbano marginal	3	20%	1	7%	4	13%
<b>ESCOLARIDAD</b>	Ninguna	0	0%	1	7%	1	3%
	Primaria	2	13%	4	27%	6	20%
	Secundaria	8	53%	4	27%	12	40%
	Superior	5	33%	6	40%	11	37%
<b>INGRESOS ECONÓMICOS</b>	< 930	7	47%	10	67%	17	57%
	Entre 930-1500	7	47%	4	27%	11	37%
	Más de 1500	1	7%	1	7%	2	7%
<b>TOTAL</b>		<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

En la tabla N°1, se observa que, en ambos grupos de gestantes con y sin preparación psicoprofiláctica, predomina el rango de edad de 18 a 25 años, con 67% y 53% respectivamente.

El estado civil conviviente prevalece en los dos grupos de gestantes con 80% para aquellas que participaron del programa de PPO y 73% para quienes no lo hicieron.

Se aprecia, asimismo, que en el 53%, ambos grupos procedían de la zona urbana, además, el 40% provenía de zona rural y no tuvo preparación en psicoprofilaxis.

Respecto al nivel educativo, el 53% de gestantes preparadas en PPO poseen educación secundaria, y; el 40% tenía educación superior y no tuvo preparación en psicoprofilaxis.

El 67% de gestantes no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica viven con ingresos económicos inferiores menores a un mínimo vital (930 soles); en cambio un 47% de gestantes tenían ingresos entre uno a dos mínimos vitales (930 y 1500 soles) y tuvieron preparación en psicoprofilaxis.

**Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.**

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS		PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA					
		GESTANTES PREPARADAS		GESTANTES NO PREPARADAS		TOTAL	
		N	%	N	%	N°	%
<b>SEMANAS DE GESTACIÓN</b>	Entre 35-38 semanas	1	7%	2	13%	3	10%
	Entre 39-40 semanas	14	93%	13	87%	27	90%
	>41 semanas	0	0%	0	0%	0	0%
<b>TÉRMINO DEL TRABAJO DE PARTO</b>	Parto vía vaginal	14	93%	10	67%	24	80%
	Parto vía cesárea	1	7%	5	33%	6	20%
<b>N° DE EMBARAZOS</b>	< de 3	12	80%	10	67%	22	73%
	De 3-5	3	20%	4	27%	7	23%
	>5	0	0%	1	7%	1	3%
<b>PERCEPCIÓN AL FINALIZAR DEL PARTO</b>	Mala	0	0%	4	27%	4	13%
	Regular	2	13%	6	40%	8	27%
	Buena	11	73%	5	33%	16	53%
	Muy buena	2	13%	0	0%	2	7%
<b>TOTAL</b>		<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>15</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

En la presente tabla se observan las características obstétricas de las gestantes del estudio. El 90% de gestantes de ambos grupos llegaron al momento de su parto entre las 39-40 semanas de gestación; con respecto del grupo de mujeres no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica, el 7% llegó a las 35-38 semanas. En este sentido es importante resaltar que el parto se produjo después de las 37 semanas, obteniendo un producto a término; a diferencia del grupo de gestantes no preparadas, obteniendo un 13% de embarazos entre las 35-38 semanas que llegaron a trabajo de parto.

El término del trabajo de parto en el grupo de gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica fue predominantemente vaginal en un 93% y sólo el 7% terminaron en cesárea, a diferencia del grupo de gestantes sin preparación las que tuvieron un 33% de cesáreas.

Con respecto al número de embarazos previos, el 73% tuvo menos de 3 embarazos, reflejándose con un 80% y 67% en el grupo de mujeres preparadas o no en psicoprofilaxis obstétrica respectivamente.

Se preguntó acerca de la percepción de la mujer al finalizar el parto, el grupo de gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica manifestó mejor percepción de la experiencia del parto pues ninguna gestante lo calificó como “mala”, el 13% se sentía “regular”, el 73%, “buena” y 13%, “muy buena”; en contraste, el grupo de gestantes no preparadas pues refirieron percepción negativa, ya que el 27% calificó como “mala” su experiencia, el 40% “regular” y sólo el 33%, “buena”, concluyendo que existe una diferencia marcada con respecto a este nivel de percepción por la culminación del embarazo con respecto al grupo de estudio, siendo menor este porcentaje con respecto al otro grupo de mujeres, e incluso calificando la culminación del embarazo como “mala”.

## 4.2 Nivel de ansiedad

**Tabla 3. Nivel de ansiedad de gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo y a su ingreso a centro obstétrico. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.**

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	NIVEL DE ANSIEDAD								
		PRIMERA MEDICIÓN		SEGUNDA MEDICIÓN		TERCERA MEDICIÓN		PROMEDIO	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
<b>GESTANTES PREPARADAS</b>	MUY BAJA	14	93,3%	15	100,0%	10	66,7%	13,0	86,7%
	MODERADA	1	6,7%	0	0,0%	4	26,7%	1,7	11,1%
	SEVERA	0	0,0%	0	0,0%	1	6,7%	0,3	2,2%
<b>GESTANTES NO PREPARADAS</b>	MUY BAJA	15	100,0%	13	86,7%	1	6,7%	9,7	64,4%
	MODERADA	0	0,0%	2	13,3%	7	46,7%	3,0	20,0%
	SEVERA	0	0,0%	0	0,0%	7	46,7%	2,3	15,6%
<b>TOTAL</b>		<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

En la tabla que antecede se puede apreciar que el nivel de ansiedad en el grupo de gestantes con preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica, se manifestó como MUY BAJA, durante las mediciones en el embarazo, con porcentajes de 93,3% y 100%; con una ligera disminución en la tercera evaluación a 66,7%, pero manteniendo en nivel de ansiedad MUY BAJA; además se aprecia que un 26,7% presentó un nivel de ansiedad MODERADA.

En contraste con ello, las gestantes que no recibieron preparación en psicoprofilaxis, manifestaron un nivel de ansiedad MUY BAJA, en 100% y 86,7%, en la primera y segunda medición durante el embarazo, aumentando su ansiedad a un nivel SEVERA cuando se inició el parto, es decir, en la tercera medición, con un 46,7%. Este grupo de gestante manifestó un mayor nivel de ansiedad, en comparación con el anterior.

**Tabla 4. Relación entre el nivel de ansiedad en el trabajo de parto y la preparación psicoprofiláctica obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.**

NIVEL DE ANSIEDAD	PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA				TOTAL		SIGNIFICANCIA
	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas		N°	%	
	N°	%	N°	%			
<b>MUY BAJA</b>	10	33,3%	1	3,3%	11	36,7%	<b>0,002</b>
<b>MODERADA</b>	4	13,3%	7	23,3%	11	36,7%	
<b>SEVERA</b>	1	3,3%	7	23,3%	8	26,7%	

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

En la tabla se puede observar que el 33,3% de gestantes tuvieron un nivel muy bajo de ansiedad y tuvieron preparación psicoprofiláctica, además un 23,3% tuvo un nivel de ansiedad moderado y no tuvo preparación psicoprofiláctica. Asimismo, las gestantes que no tuvieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica presentaron un nivel mayor de ansiedad severa del 23,3%; a diferencia del grupo de estudio, que sólo presentó 3,3%.

Además, se aplicó una prueba chi cuadrado, la cual arrojó una significancia menor a 0,05 (sig.= 0,002), por lo tanto, el nivel de ansiedad se ve influenciado por la preparación psicoprofiláctica en gestantes.

### 4.3 Complicaciones materno perinatales

**Tabla 5. Complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.**

COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES			PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA				TOTAL		SIGNIFICANCIA
			Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas				
			N°	%	N°	%	N°	%	
COMPLICACIONES MATERNAS	Alteración de la frecuencia de la dinámica uterina	No presenta	15	50%	13	43%	28	93%	<b>0,143</b>
		Presenta	0	0%	2	7%	2	7%	
	Expulsivo prolongado	No presenta	15	50%	11	37%	26	87%	<b>0,032</b>
		Presenta	0	0%	4	13%	4	13%	
	Desgarros vulvo Perineales	No presenta	14	47%	13	43%	27	90%	<b>0,543</b>
		Presenta	1	3%	2	7%	3	10%	
TOTAL DE COMPLICACIONES MATERNAS		No presenta	14	47%	8	27%	22	73%	<b>0,013</b>
		Presenta	1	3%	7	23%	8	27%	
COMPLICACIONES PERINATALES	Alteración de la frecuencia cardíaca fetal	No presenta	14	47%	10	33%	24	80%	<b>0,068</b>
		Presenta	1	3%	5	17%	6	20%	
	Moldeamiento de las suturas fetales	No presenta	14	47%	15	50%	29	97%	<b>0,309</b>
		Presenta	1	3%	0	0%	1	3%	
	Caput succedaneum	No presenta	15	50%	12	40%	27	90%	<b>0,068</b>
		Presenta	0	0%	3	10%	3	10%	
	Depresión perinatal	No presenta	15	50%	9	30%	24	80%	<b>0,006</b>
		Presenta	0	0%	6	20%	6	20%	
TOTAL DE COMPLICACIONES PERINATALES		No presenta	13	43%	6	20%	19	63%	<b>0,008</b>
		Presenta	2	7%	9	30%	11	37%	
TOTAL		No presenta	12	40%	5	17%	17	57%	
		Presenta	3	10%	10	33%	13	43%	

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

En esta tabla se puede comentar que sólo el 10% de gestantes que participaron del Programa Educativo en Psicoprofilaxis Obstétricas, presentaron complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto; en contraste al 33% de aquellas que no recibieron tal preparación.

Se evidencia que todas las complicaciones maternas, consideradas para este estudio, se manifestaron cuando las gestantes no se prepararon en PPO, con 7%, 13% y 7% para la alteración de la frecuencia de la dinámica uterina, expulsivo prolongado y desgarros vulvoperineales, respectivamente.

A diferencia de lo mencionado en el párrafo anterior, se aprecia que, en aquellas gestantes en trabajo de parto que si participaron del Programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica se evidencia sólo una complicación, referida a los desgarros vulvoperineales, en un 3%.

Asimismo, al aplicar la prueba de chi cuadrado arroja una significancia menor de 0,05 para las complicaciones maternas ( $\text{sig.}=0,032$ ); es decir, se ven influenciadas por la preparación en psicoprofilaxis obstétrica.

En referencia a las complicaciones perinatales, los hallazgos revelan que estas se hicieron presentes, con mayor incidencia, cuando las gestantes no se prepararon en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, tal es así que se aprecia que la depresión perinatal, alteración de la frecuencia cardíaca fetal y caput succedaneum tuvieron 20%, 17% y 10%, respectivamente. En contraste, cuando las gestantes recibieron dicha preparación, sólo se presentó alteración de la frecuencia cardíaca fetal y moldeamiento de las suturas fetales en 3% para ambas complicaciones.

Asimismo, al realizar la prueba de chi cuadrado para cada una de las complicaciones, depresión perinatal ( $\text{sig.}=0,002$ ) y expulsivo prolongado ( $\text{sig.}=0,032$ ) se ven influenciadas por la preparación en psicoprofilaxis obstétrica.

De igual forma, la prueba estadística arroja una significancia menor de 0,05 ( $\text{sig.}=0,008$ ) para las complicaciones perinatales, por lo que las mismas se ven influenciadas por la preparación en psicoprofilaxis obstétrica.

#### 4.4 Ansiedad y complicaciones maternas

**Tabla 6. Nivel de ansiedad y complicaciones maternas. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.**

COMPLICACIONES MATERNAS		NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL		SIGNIFICANCIA
		MUY BAJA		MODERADA		SEVERA		N°	%	
		N°	%	N°	%	N°	%			
ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DINÁMICA UTERINA	No presenta	11	36,7%	11	36,7%	6	20,0%	28	93,3%	0,053
	Bradisistolia	0	0,0%	0	0,0%	2	6,7%	2	6,7%	
	Taquisistolia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
EXPULSIVO PROLONGADO	No presenta	11	36,7%	10	33,3%	5	16,7%	26	86,7%	0,052
	Presenta	0	0,0%	1	3,3%	3	10,0%	4	13,3%	
DESGARROS VULVO PERINEALES	No presenta	11	36,7%	10	33,3%	6	20,0%	27	90,0%	0,199
	Primer grado	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%	2	6,7%	
	Segundo grado	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%	

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

La tabla 6 se observa que cuando los niveles de ansiedad son MUY BAJA y MODERADA, no hay alteración de la frecuencia dinámica uterina como complicación materna, sin embargo, cuando el nivel de ansiedad es SEVERA, se presenta bradisistolia en 6,7%. La prueba chi cuadrado arroja una significancia de 0,053, mayor a 0,05, por lo que se acepta que el nivel de ansiedad no influye en la alteración en la frecuencia de la dinámica uterina.

Respecto a la complicación expulsivo prolongado se aprecia que el 86,7% no presentaron esta complicación y tuvieron algún nivel de ansiedad; en contraste del 10,0% y 3,3% de mujeres que si presentaron esta complicación y tuvieron ansiedad SEVERA y MODERADA respectivamente. Es estas variables, la prueba chi cuadrado indica una significancia de 0,052, la misma que es mayor a 0,05, por lo que se asume que el nivel de ansiedad no está relacionado con la presencia de expulsivo prolongado.

Referente a los desgarros vulvoperineales, los hallazgos indican que cuando el nivel de ansiedad es MODERADA y SEVERA se presentan esta complicación en un 3,3% como desgarro en primer y segundo grado, respectivamente. La prueba chi cuadrado, arroja una significancia de 0,199; mayor a 0,05, por lo que se acepta que el nivel de ansiedad no está relacionado con los desgarros vulvoperineales.

#### 4.5. Ansiedad y complicaciones perinatales

**Tabla 7. Nivel de ansiedad y complicaciones perinatales. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021.**

COMPLICACIONES PERINATALES		NIVEL DE ANSIEDAD						TOTAL		SIGNIFICANCIA
		MUY BAJA		MODERADA		SEVERA		N°	%	
		N°	%	N°	%	N°	%			
ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL (FCF)	No presenta	10	33,3%	9	30,0%	5	16,7%	24	80,0%	<b>0,413</b>
	Bradicardia	1	3,3%	2	6,7%	2	6,7%	5	16,7%	
	Taquicardia	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	1	3,3%	
MOLDEAMIENTO DE LAS SUTURAS FETALES	No presenta	10	33,3%	11	36,7%	8	26,7%	29	96,7%	<b>0,409</b>
	Presenta	1	3,3%	0	0,0%	0	0,0%	1	3,3%	
CAPUT SUCEDANEUM	No presenta	11	36,7%	9	30,0%	7	23,3%	27	90,0%	<b>0,351</b>
	Presenta	0	0,0%	2	6,7%	1	3,3%	3	10,0%	
	Normal	11	36,7%	10	33,3%	3	10,0%	24	80,0%	
DEPRESIÓN PERINATAL	Depresión leve-moderada	0	0,0%	1	3,3%	5	16,7%	6	20,0%	<b>0,002</b>

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

En esta tabla se observa que cuando las gestantes presentaron un nivel de ansiedad MUY BAJA, MODERADA y SEVERA ocurría bradicardia fetal en un 3,3% y 6,7% respectivamente y; con nivel de ansiedad SEVERA se hace evidente la taquicardia en un 3,3%. La prueba de chi cuadrado arrojó una significancia de 0,413, por lo que se acepta que la alteración de la FCF y el nivel de ansiedad no están relacionadas.

Con respecto a la presencia de moldeamiento de las suturas fetales de primer grado, sólo el 3,3% presentaron un nivel de ansiedad MUY BAJA y tuvo esta complicación. La prueba chi cuadrado arrojó una significancia 0,409, es así que se acepta que no existe relación entre el nivel de ansiedad y el moldeamiento de las suturas fetales.

La complicación perinatal caput sucedaneum durante el trabajo de parto se presenta cuando la ansiedad es MODERADA, con 6,7%. La prueba chi cuadrado, arrojó una significancia de 0,351, indicando que no hay relación o influencia entre ambas variables.

Finalmente, se aprecia que el 16,7% presentó un nivel de ansiedad SEVERA relacionado a la presencia de depresión perinatal leve a moderada. Siendo este caso el único que muestra una significancia de 0,002, menor a 0,05, por lo que se acepta que el nivel de ansiedad influye en la depresión perinatal.

#### 4.7. Prueba de hipótesis

**Tabla 8. Influencia de la ansiedad en las complicaciones maternas durante el parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica.**

COMPLICACIONES MATERNAS		NIVEL DE ANSIEDAD						SIGNIFICANCIA
		MUY BAJA		MODERADA		SEVERA		
		N°	%	N°	%	N°	%	
<b>GESTANTES PREPARADAS</b>	<b>Presentan</b>	0	0%	1	7%	0	0%	<b>0,229</b>
	<b>No presentan</b>	10	67%	3	20%	1	7%	
<b>GESTANTES NO PREPARADAS</b>	<b>Presentan</b>	0	0%	1	7%	6	40%	<b>0,017</b>
	<b>No presentan</b>	1	7%	6	40%	1	7%	
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>37%</b>	<b>11</b>	<b>37%</b>	<b>8</b>	<b>27%</b>	<b>0,001</b>

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

En la tabla 8 se observa la relación del nivel de ansiedad en la presencia de complicaciones maternas durante el trabajo de parto, donde se puede apreciar que el 37% de gestantes presentó un nivel de ansiedad MUY BAJA y MODERADA, y el 27% presentó ansiedad SEVERA.

Cuando las gestantes se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica, sólo el 7% presentó alguna complicación materna y evidenció un nivel de ansiedad MODERADA. Al aplicar la prueba de chi cuadrado arroja una significancia mayor a 0,05 (sig.= 0,229) por lo que se niega que el nivel de ansiedad influye en la presencia de complicaciones maternas de gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica.

Por otro lado, cuando las gestantes no se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica, 47% presentaron alguna complicación, de ellas el 7% tuvo ansiedad MODERADA y 40%, ansiedad SEVERA. La prueba de chi cuadrado arroja un valor de significancia menor a 0,005 (sig.= 0,017) por lo que se acepta que el nivel de ansiedad influye en la presencia de complicaciones maternas de gestantes no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica.

Por último, la prueba de chi cuadrado arroja un nivel de significancia menor de 0,05 (sig.=0,001), por lo que se confirma que el nivel de ansiedad si influye en la presencia de complicaciones maternas.

**Tabla 9. Influencia de la ansiedad en las complicaciones perinatales durante el parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica.**

COMPLICACIONES PERINATALES		NIVEL DE ANSIEDAD						SIGNIFICANCIA
		MUY BAJA		MODERADA		SEVERA		
		N°	%	N°	%	N°	%	
<b>GESTANTES PREPARADAS</b>	<b>Presentan</b>	2	13%	0	0%	0	0%	<b>0,386</b>
	<b>No presentan</b>	8	53%	4	27%	1	7%	
<b>GESTANTES NO PREPARADAS</b>	<b>Presentan</b>	0	0%	4	27%	5	33%	<b>0,562</b>
	<b>No presentan</b>	1	7%	3	20%	2	13%	
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>37%</b>	<b>11</b>	<b>37%</b>	<b>8</b>	<b>27%</b>	<b>0,141</b>

Fuente: Cuestionario de inventario de ansiedad de Beck y complicaciones materno perinatales del parto.

En la tabla anterior se muestran la presencia de complicaciones perinatales en relación con el nivel de ansiedad, donde el 37% de gestantes presentaron ansiedad MUY BAJA y MODERADA, y el 27%, ansiedad SEVERA.

En el grupo de gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica sólo el 13% presentaron complicaciones perinatales teniendo un nivel de ansiedad MUY BAJA. En el caso de las gestantes que no presentaron complicaciones perinatales, el 53% tuvieron un nivel de ansiedad MUY BAJA; el 27%, ansiedad MODERADA y sólo el 7% tuvo ansiedad SEVERA. Al aplicar la prueba de chi cuadrado se evidencia que no existe significancia estadística (sig.= 0,386), por lo que el nivel de ansiedad no influye en la presencia de complicaciones perinatales en gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica.

De modo similar ocurre en el grupo de gestantes no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica, pues el 27% presentaron complicaciones perinatales y ansiedad MODERADA, y 33% ansiedad SEVERA, siendo estos niveles mayores a los apreciados en el grupo anterior. Cuando no presentaron complicaciones perinatales presentaron ansiedad MUY BAJA, MODERADA y SEVERA en 7%, 20% Y 13%, respectivamente. Además, al aplicar la prueba de chi cuadrado arroja un valor mayor de 0,05 (sig.=0,562) por lo que el nivel de ansiedad no influye en la presencia de complicaciones perinatales de gestantes no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica. Así pues, el nivel de ansiedad no influye en la presencia de complicaciones perinatales pues, al aplicar la prueba de chi cuadrado arroja un valor superior de 0,05 (sig.= 0,141) por lo que se rechaza la hipótesis de manera parcial.

## CAPÍTULO V

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La psicoprofilaxis obstétrica se presenta como una herramienta que permite tener una experiencia positiva durante el embarazo, parto y puerperio mejorando la relación entre la madre y perinato, brindando mejores resultados en cuando apego, vínculo post natal y desarrollo de habilidades y capacidades del niño (8).

En la tabla N°1, al caracterizar socialmente a las gestantes del estudio, se encontró en ambos grupos un rango de edad común entre los 18 a 25 años, con un 67% de gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica y 53% de gestantes sin preparación; con respecto al estado civil, en ambos grupos predomina el estado civil conviviente, con 80% y 73%, respectivamente. La procedencia de las gestantes del estudio fue urbana, con un 53% en ambos grupos; además, el grado de escolaridad para ambos grupos de gestantes fue secundaria con 53% y 40% respectivamente, así como el nivel de ingresos económicos de las gestantes fue <930 soles, 47% y 57% en ambos grupos.

Estos resultados son casi similares a los encontrados por Medina(29), quien reporta que el 56,8% de gestantes se encontraron en un rango de edad de 19-34 años y tuvieron preparación obstétrica y, el 52,2%, no; con respecto al estado civil el 48,6% era casada y tuvo preparación y; el 43,5%, no; pero señala que el 64,8% de gestantes con PPO tenía educación superior y, el 39,1%, educación superior no universitaria y no acudían a las sesiones.

Asimismo, Albán(27) señala que las gestantes que acuden a psicoprofilaxis obstétrica tienen una edad media de 25 años, y que el 44% de ellas son convivientes, con una escolaridad del 37,93% como secundaria incompleta. Al igual que lo encontrado por Pérez J. y Urbina L.(26) pues el 68,4% se encontraba entre 20-34 años y el 68,4% era conviviente, y el 54,5% tuvieron educación secundaria. Así también, los resultados Alvarado(24) son semejantes, pues el 32,5% tenía un rango de edad entre 18-24 años y 56% era conviviente y el 49% tenía educación superior.

De acuerdo con Zorrilla(22), las gestantes con PPO eran jóvenes en un 81,1% y el 50,9%, convivientes y; quienes no tenían PPO, el 84,9% eran jóvenes y de ellas el 49,1%, convivientes. Barrietos(23) coincide que el 43% de gestantes que realiza psicoprofilaxis obstétrica tiene secundaria completa y el 57% de gestantes que acuden al programa de psicoprofilaxis obstétrica tiene entre 15-20 años y el 73% es conviviente; al igual que lo reportado por Durán(25) quien encontró que de las gestantes con PPO y sin PPO, el 63,3% tenía un rango de edad entre 19-30 años y 20-32 años, el 73,3% de gestantes que acudía a psicoprofilaxis había realizado sus estudios secundarios, el 80% era de la zona urbana y; en el grupo de quienes no asisten a las sesiones el 93% tenía educación secundaria y el 80%, urbana.

Estos resultados son similares a los encontrados por Rodríguez(21) pues en su estudio el 60% de gestantes que acuden a psicoprofilaxis obstétrica tenía secundaria completa, difiriendo poco en el rango de edad con un 50% entre 20 a 24 años; y el estado civil siendo de unión libre con un 78%. De igual forma, Azañero(28) señala que la edad promedio es 24 años y el 75% de gestantes que acuden al programa de psicoprofilaxis es conviviente, y de las gestantes que no acuden al programa es de 23 años, con un 72,5% de gestantes convivientes; menciona también que de las gestantes que acuden a psicoprofilaxis el 70% tiene secundaria y las que no van, 75%.

Además, Pocomucha(4), señala en su estudio que la edad promedio de gestantes que acuden a preparación en psicoprofilaxis obstétrica y llegan a completar las sesiones es de 23,95 años; y la edad de las gestantes que no tienen preparación es de 29,50 años; sin embargo, el 65% y 70% eran convivientes; el 85% de gestantes que acudieron a psicoprofilaxis obstétrica tenía secundaria, mientras que el 45% de gestantes que no iba a psicoprofilaxis tenía educación primaria.

En el estudio realizado por Díaz(31), el 50% de gestantes que acuden al programa de psicoprofilaxis se encontró entre 20-25 años y 50% era conviviente, el 90% era de zona urbana, 50% tenía educación secundaria. Asimismo, el 30,6% de gestantes que asisten a psicoprofilaxis eran gestantes entre 20-24 años y 49,9%, conviviente; y el 57,1% de gestantes según Loyola(32), tenía educación superior e iba a las sesiones de psicoprofilaxis.

Determinar el rango de edad de la gestante es de importancia cuando permite que la mujer asuma responsabilidades con su embarazo, dentro de ellas, el de acudir a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

De igual forma, el estado civil en el que se encuentre pues este será un indicador del apoyo que se le pueda estar brindando a la gestante y el estado emocional en el que se encuentre; ello le permitirá desarrollar conductas adecuadas respecto a la forma de llevar el embarazo y su actitud hacia el mismo.

La educación permite que la persona adquiera mayor conocimiento y tome conciencia de la importancia de asistir a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, participe en el mismo y manifiesta que, aunque los ingresos económicos no sean los mejores o vivan en zonas alejadas de la ciudad, la gestante necesita una forma de apoyo y guía durante el embarazo y se componga de una preparación integral para el parto, lo que le permita mejorar en el control de sus emociones.

En la tabla N°2, al caracterizar obstétricamente a las gestantes del estudio, ambos grupos se encontraron entre las 39-40 semanas en un 90% al finalizar su embarazo; asimismo el término del trabajo de parto en ambos fue vaginal, en un 93% para el grupo de gestantes preparadas en psicoprofilaxis y en 67% para las gestantes que no se prepararon. En ambos grupos de estudio, coinciden en que las gestantes tenían menos de 3 embarazos, 80% y 67%, respectivamente. Al finalizar el parto las mujeres que recibieron preparación psicoprofiláctica manifestaron en un 73% como “buena” la experiencia del parto, a diferencia del grupo de no preparadas, pero sólo en un 53%, teniendo una mayor percepción negativa calificando como “mala” su experiencia en un 27%.

De acuerdo con Rodríguez(21), estos resultados son similares pues el 76% de gestantes con preparación en psicoprofilaxis tuvo un parto eutócico, a diferencia de las gestantes que no tuvo preparación quienes prefirieron optar por una cesárea en un 24% y al 40% se la practicó una cesárea de emergencia.

Yana(6) manifiesta en su estudio que las gestantes que asisten a sesiones de psicoprofilaxis, el 78,5% tienen parto por vía vaginal y sólo el 21,5% finalizan en cesárea. Según por lo encontrado por Pérez J. y Urbina L.(26), el 93,8% de gestantes tenía un embarazo a término, de ellas el 41,3% tuvo PPO y el 58,7%,no.

También, Durán(25) indica que el 53% de gestantes que no tiene PPO son primíparas, pero el 56% de gestantes con PPO son multíparas. Otro autor, Loyola(32) observa que las gestantes que acuden a sesiones de psicoprofilaxis son primigestas el 55,1%.

Por otro lado De Molina(20) en su estudio señala que cuando las gestantes tenían mayor nivel de ansiedad presentaron peores resultados al puntuar el nivel de satisfacción, siendo estadísticamente significativo.

Las características obstétricas de las gestantes constituyen un factor predictor del tipo de parto, pues aquellas mujeres que se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica tienen mayor probabilidad de un parto vaginal y hacen una valoración positiva de su experiencia, en comparación del grupo de gestantes que no tuvieron preparación psicoprofiláctica, quienes fueron intervenidas con mayor frecuencia mediante cesárea para la culminación de su embarazo y calificaron de manera negativa su experiencia.

En la tabla N°3, al medir el nivel de ansiedad durante el embarazo y al ingreso a centro obstétrico de las gestantes que se prepararon o no en psicoprofilaxis obstétrica, se encontró que las gestantes que recibieron psicoprofilaxis obstétrica, en una primera medición presentaron el 93,3% un nivel de ansiedad MUY BAJA, mientras que en una segunda medición al finalizar las sesiones de psicoprofilaxis el 100% de gestantes tenían un nivel de ansiedad MUY BAJA, evidenciando que la preparación psicoprofiláctica favorece en la disminución de los niveles de ansiedad; a pesar de ello, en la tercera medición se evidenció un descenso a 66,7% de gestantes con nivel MUY BAJO de ansiedad y el 26,7%, un nivel de ansiedad MODERADA.

Del mismo modo, al medir el nivel de ansiedad en el grupo de gestantes que no recibieron preparación en psicoprofilaxis, presentaron ansiedad MUY BAJA en un 100%; en una primera medición, este nivel desciende al 86,7% con ansiedad MUY BAJA y comienza con 13,3% de ansiedad MODERADA; por último, en la tercera medición al momento del parto el 46,7% de gestantes presentaron ansiedad MODERADA y SEVERA en la misma proporción. Por consiguiente, al aplicar la prueba chi cuadrado, en la tabla N° 4, se demuestra que existe correlación significativa con respecto a la preparación psicoprofiláctica y la disminución de los niveles de ansiedad de las gestantes durante el parto (sig.=0,002).

Según lo encontrado por De Molina(20), en su estudio el 30,77% de gestantes presentó un nivel de ansiedad alto antes del parto y correlación estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad que presentaron las gestantes antes del parto y el miedo al dolor, pues a mayor ansiedad, mayor miedo al dolor. Así pues, Ortega(35) señala que los niveles de ansiedad de las gestantes en el momento del parto son MENOS QUE ANSIEDAD MAYOR según la escala de Hamilton en un 45%.

De igual manera Albán(27), explica que el nivel de ansiedad de las gestantes antes del programa educativo era del 84%, y al finalizar estos niveles descendieron hasta el 32%. Asimismo, Pocomucha(4) determina que el 45% de gestantes que completan el programa de psicoprofilaxis tienen ansiedad mínima en el momento del parto, a diferencia de las gestantes que no tienen preparación en psicoprofilaxis quienes presentan ansiedad marcada o severa de hasta el 70%. Tal como Yana(6), observa que el 87,2% de pacientes que son atendidas durante el trabajo de parto y tienen preparación en psicoprofilaxis obstétrica no presentan ansiedad.

Se asemeja a lo que Medina(29) da a conocer, pues el 73% de gestantes que se prepararon en psicoprofilaxis no presentaron ansiedad, a diferencia del 52,2% de gestantes que no participaron del programa y presentaron ansiedad leve concluyendo que la preparación en psicoprofilaxis influye en el nivel de ansiedad.

Esto es parecido a lo que Barrietos(23) indica al comparar los niveles de ansiedad en gestantes que asistieron a psicoprofilaxis obstétrica, de ellas el 47% presentaba ansiedad leve al inicio del programa, y al finalizar el 90% estaba dentro de los límites normales de ansiedad, es así que señala que existe relación significativa entre la disminución gradual del nivel de ansiedad al asistir a programas de preparación psicoprofiláctica.

De igual forma, Loyola(32) muestra que el nivel de ansiedad Estado-Rasgo de las gestantes que realizan psicoprofilaxis obstétrica al inicio del programa fueron altos (Rasgo: 61,23%, Estado: 73,5%) y al finalizar el programa fueron moderados (Rasgo: 51%, Estado: 46,9%). Así como Durán(25), en su estudio evaluó el nivel de ansiedad, y determinó que en gestantes que habían realizado psicoprofilaxis obstétrica tenían no tenían ansiedad en un 83,3% durante el parto; sin embargo, cuando no tenían preparación psicoprofiláctica manifestaron ansiedad moderada en un 50%, de igual forma, aceptando que la psicoprofilaxis obstétrica es efectiva para disminuir los niveles de ansiedad durante el parto.

A diferencia de Azañero(28), pues al utilizar el inventario de ansiedad de Estado-Rasgo señala que el nivel de ansiedad rasgo es del 80% en las gestantes que tienen preparación psicoprofiláctica, y del 82,5% de aquellas que no. Al evaluar el nivel de ansiedad Estado, es del 87,5% en el primer grupo de gestantes y del 85% en el segundo, por consiguiente, existe diferencia significativa entre el nivel de ansiedad y la PPO en gestantes durante el trabajo de parto.

En base a estos estudios que respaldan que la preparación en psicoprofilaxis obstétrica influye significativamente en la disminución del nivel de ansiedad durante el embarazo y el parto. Asimismo, los resultados obtenidos en esta investigación permiten sugerir a las gestantes que acudan a las sesiones, ya sea de manera presencial o virtual, pues les ayudará a disminuir el nivel de ansiedad que se genera durante el embarazo y parto; de igual forma, adaptar los servicios de salud para llegar a brindar el paquete integral de atención de la salud materna, mejorando la calidad de vida de la población.

En la tabla N°5, con respecto a las complicaciones materno perinatales, el estudio muestra que sólo el 10% de gestantes que participaron del Programa Educativo en Psicoprofilaxis Obstétricas, presentaron complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto; en contraste al 33% de aquellas que no recibieron tal preparación.

Asimismo, la prueba de chi cuadrado muestra un nivel de significancia del 0,006 sólo para depresión perinatal y 0,032 para expulsivo prolongado, siendo influenciadas por la PPO. De manera general la prueba estadística también muestra relación de significancia de 0,013 para complicaciones maternas y 0,008 para complicaciones perinatales, siendo influenciadas por la preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica. De igual forma, Pérez J. y Urbina L.(26) en su estudio señalan que si existe relación estadísticamente significativa con PPO y expulsivo prolongado y la puntuación del Apgar en el RN al minuto y a los cinco minutos.

Según los resultados descritos por Yana(6), estos valores son casi semejantes pues las gestantes que se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica presentaron un periodo de dilatación adecuado en 72,6% y un expulsivo adecuado en 73,8% si no presentaban ansiedad, pues la PPO influye en la presencia de complicaciones durante el trabajo de parto. Asimismo, el 83,7% no tuvo complicaciones maternas y ansiedad; el 1,2% presentó distocia de la contracción y ansiedad; a pesar de ello, no existe significancia. Con respecto a las complicaciones fetales el 59,9% no las presentó y no tenía ansiedad; pero, el 20,9% presentó circular de cordón y, cuando presentaron ansiedad el 2,3% presentó sufrimiento fetal, siendo estadísticamente significativo el nivel de ansiedad y las complicaciones fetales de RN de madres que se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica.

Según lo hallado por Alvarado(24), el 70% de gestantes que concurrieron a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica no presentaron complicaciones maternas en el parto, y el 97,5%, no tuvo complicaciones fetales, pues a mayor número de sesiones de PPO se

presentaron menos complicaciones materno fetales, sólo existiendo asociación estadísticamente significativa con prematuridad y bajo peso al nacer. Al mismo tiempo, Diaz(31) observa que los resultados de gestantes que acudían al programa de psicoprofilaxis obstétrica presentaban buena puntuación de Apgar.

También Zorrilla(22) menciona en su estudio que cuando las gestantes tenían PPO la duración del trabajo de parto fue menor de 8 horas(82,4%); que cuando no tenían PPO, el periodo de dilatación duró entre 8-12 horas (62,5%) en primigestas. Sin embargo, cuando son multíparas el periodo de dilatación se acortó a menos de 6 horas (89,5%) en gestantes con PPO y a 6-8 horas en gestantes sin PPO. De igual forma el expulsivo fue menor de 50 minutos en el primer grupo y segundo grupo, 88,2% y 54,5% respectivamente; en multíparas estos periodos fueron menores a menos de 20 minutos al 94,7% en gestantes preparadas y 47,6% cuando son multíparas sin preparación. El 100% de RN de madres primíparas presentaron Apgar normal, a diferencia de quienes no tuvieron PPO el 37,5% presentó depresión leve, siendo de 61,9% en RN de multíparas sin PPO. Todas estas complicaciones presentaron asociación estadísticamente significativa con la preparación en psicoprofilaxis obstétrica.

Asimismo, Pérez J. y Urbina L.(26), señalan que el 56,1% de gestantes presentaron complicaciones durante el embarazo. Cuando realizaron Psicoprofilaxis obstétrica presentaron una dilatación prolongada en el 6,4% y expulsivo prolongado 2,7% de gestantes; a diferencia de cuando no se prepararon pues presentaron dilatación prolongada y expulsivo prolongado en 25,6%. y 4,1% respectivamente cuando no tuvieron PPO; asimismo, los desgarros perineales se presentaron 48,1% de gestantes, de ellas el 69,5% no tuvo PPO y el 17,6%, sí. Las complicaciones perinatales señalan que 5,3% presentó depresión severa a moderada y, 4,3% de alteración de la frecuencia cardíaca fetal para las gestantes con PPO; y 10,9% para las gestantes sin PPO con RN con depresión severa a moderada y 9,4% de alteración de la frecuencia fetal.

Estos resultados son algo diferentes a los encontrados por Rodríguez(21), pues describe complicaciones maternas como hemorragia, hipertensión arterial en el embarazo y sepsis; donde las gestantes que se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica presentaron menos complicaciones del trabajo de parto en comparación de las que no se prepararon. En cuanto a las complicaciones perinatales, se evidencia que los recién nacidos de mujeres que se prepararon en psicoprofilaxis durante el embarazo tuvieron el 100% de puntuaciones normales de Apgar, a diferencia del grupo de RN de madres no preparadas pues sólo el 88% tuvo un buen Apgar.

Esto nos demuestra que la psicoprofilaxis obstétrica influye significativamente en la presencia de complicaciones materno perinatales, disminuyendo su incidencia y mejorando los resultados de la madre y el recién nacido, favoreciendo una experiencia positiva del trabajo de parto, resaltando los beneficios del programa.

Al analizar la tabla N°6, se muestran las complicaciones maternas en presencia de del nivel de ansiedad, es así que cuando presentaron alteraciones de la frecuencia de la dinámica uterina las gestantes tuvieron ansiedad SEVERA con un 6,7%; expulsivo prolongado con ansiedad MODERADA y SEVERA con 3,3% y 10%, respectivamente y; desgarros vulvoperineales con ansiedad MODERADA y SEVERA con 3,3% y 6,6%.

En la tabla N°8, se aprecia la influencia de la ansiedad en las complicaciones maternas de las gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica; es así que se evidencia relación estadísticamente significativa ( $\text{sig.}=0,001$ ) entre el nivel de ansiedad y la presencia de complicaciones maternas de gestantes durante el trabajo de parto, de ellas sólo influyó el nivel de ansiedad cuando no presentaron psicoprofilaxis obstétrica ( $\text{sig.}=0,017$ ); más no cuando realizaron psicoprofilaxis obstétrica ( $\text{sig.}=0,229$ ).

Estos resultados se asemejan con Alvarado(24), quien manifiesta que a mayor número de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica se registran menos complicaciones maternas, sin embargo no existe asociación entre ambas variables (desgarros vulvoperineales, ruptura prematura de membranas, enfermedades hipertensivas), pero si existe asociación entre el número de sesiones psicoprofilácticas y retención de restos placentarios como complicación materna del parto.

Al realizar la comparación con el estudio de Yana(6) con respecto a las complicaciones maternas (distocia de presentación, hipertensión) y el nivel de ansiedad en gestantes con psicoprofilaxis obstétrica, estas no tienen significancia estadística. Sin embargo, al evaluar la influencia del nivel de ansiedad en gestantes con PPO encuentra que hay significancia en cuanto la duración del periodo expulsivo.

Es así que los resultados de esta investigación muestran que el nivel de ansiedad favorece la presencia de complicaciones maternas durante el parto cuando las mujeres no tienen preparación en psicoprofilaxis obstétrica, pero no en quienes recibieron la preparación. Esto podría deberse a diversos factores que afectan al grupo de gestantes no preparadas psicoprofilácticamente como problemas personales no resueltos, dificultad para concentrarse, mayor miedo, etc.

Finalmente, en la tabla N°7 se detallan las complicaciones perinatales y el nivel de ansiedad durante el parto, de estas complicaciones se obtuvo 20% para alteración de la frecuencia cardíaca fetal, 3,3% para moldeamiento de las suturas fetales, 13,3% con caput succedaneum y 20% con depresión perinatal; y presentaron algún nivel de ansiedad. Asimismo, al aplicar la prueba de chi cuadrado se encontró relación estadísticamente significativa sólo en depresión perinatal (sig.=0,002); más no con alteración de la frecuencia cardíaca fetal, caput succedaneum y moldeamiento de las suturas fetales.

En la tabla N° 9, al determinar la influencia del nivel de ansiedad en la presencia de complicaciones perinatales en gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica no se encontró relación estadísticamente significativa (sig.=0,141) entre ambas variables, contrastando con los valores obtenidos anteriormente.

De acuerdo con Yana(6), señala en su investigación que los niveles de ansiedad en gestantes con preparación psicoprofiláctica si influyen en las complicaciones fetales (sufrimiento fetal, circular de cordón, distocia de presentación). Esto es algo similar a lo señalado por Alvarado(24), quien realiza la asociación del número de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y la presencia de complicaciones fetales, determina que existe asociación estadísticamente significativa con prematuridad y bajo peso al nacer.

En similitud con Zorrilla(22), observó que si hay asociación entre las gestantes que realizaron PPO y el puntaje de Apgar de sus recién nacidos, tanto en primíparas como en multíparas. Asimismo, Diaz(31) señala que las gestantes que asisten a psicoprofilaxis obstétrica, el 100% tenía buenos resultados en la puntuación Apgar de sus recién nacidos.

No obstante De Molina(20), en su estudio señala que no hay una relación significativa entre los niveles de ansiedad de las madres y las puntuaciones de Apgar del perinato, contradiciendo lo hallado en este estudio.

En el presente estudio, sólo la complicación depresión perinatal medida mediante la puntuación Apgar se ve influenciada por los niveles de ansiedad de la madre, poniendo en valor el papel de la psicoprofilaxis obstétrica para mejorar los resultados del recién nacido, a diferencia de las demás complicaciones estudiadas. Esto podría deberse a la modalidad aplicada para brindar las sesiones de psicoprofilaxis que se realizaron de manera virtual, pues los problemas de conectividad, acceso a internet, uso de algún

dispositivo móvil o materiales en casa al alcance de la gestante para realizar las sesiones suelen ser variados o escasos en muchos hogares, haciendo que el programa se brinde con dificultad.

Por otro lado, con respecto a los resultados hallados sobre la influencia del nivel de ansiedad en las complicaciones maternas de las gestantes no preparadas se respaldan en la teoría de Dick Read, quien habla del círculo temor-tensión-dolor, pues estas gestantes al no tener preparación psicoprofiláctica experimentan mayor tensión en las fibras musculares, lo que genera mayor dolor durante las contracciones en trabajo de parto, ello genera más complicaciones en este grupo de estudio, a diferencia de las gestantes que se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica, quienes presentan menos nivel de ansiedad y complicaciones materno perinatales, pues durante el trabajo de parto aplican las técnicas de respiración, relajación y gimnasia aprendidas durante las sesiones psicoprofilácticas.

Con respecto al objetivo general planteado que fue determinar la influencia de la ansiedad en las complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca, Cajamarca, se encontró que la ansiedad influye la presencia de complicaciones maternas sólo en el grupo de gestantes no preparadas en PPO.

Esto es opuesto a lo hallado por Yana(6), quien en el 2019 determinó que la psicoprofilaxis obstétrica en el periodo expulsivo y en el alumbramiento influyen en el nivel de ansiedad durante el parto de pacientes.

Aunque se ha demostrado que la preparación en psicoprofilaxis obstétrica brinda beneficios maternos y neonatales, son pocas las gestantes que muestran interés en tener una preparación en psicoprofilaxis, y más aún, cuando por razones de la pandemia por COVID 19, los establecimientos de salud dejaron de ofertar el programa, dejando que las mujeres afronten solas y sin conocimiento adecuado el embarazo y el parto, generando mayores miedos y ansiedad lo que se verá reflejado en la presencia de complicaciones maternas y perinatales. Por ello, los estudios citados respaldan los resultados obtenidos en la investigación, determinando que la psicoprofilaxis obstétrica favorece en la disminución de niveles de ansiedad.

La psicoprofilaxis obstétrica permite que la gestante esté preparada y, que durante el parto pueda controlar sus emociones y tenga menores niveles de ansiedad, así como presentar menos complicaciones, es por ello que la PPO debería ser mayormente difundida en la región y a nivel nacional, pues sólo a través de ella se obtendrá resultados favorables durante el embarazo y parto al educar a la gestante, favoreciendo una experiencia positiva del parto logrando cumplir los objetivos de la psicoprofilaxis y obteniendo mejores resultados perinatales.

## CONCLUSIONES

Luego de la presentación y discusión de los resultados se concluye lo siguiente:

1. En esta investigación se confirma la primera hipótesis ( $H_1$ ) debido a que la Psicoprofilaxis obstétrica sí disminuye los niveles de ansiedad durante el parto ( $\text{sig.}=0,002$ ). Asimismo, en la segunda hipótesis ( $H_2$ ) sólo es significativo cuando está relacionado a las complicaciones maternas durante el parto en gestantes no preparadas en Psicoprofilaxis obstétrica ( $\text{sig.}=0,017$ ) en comparación con aquellas que tuvieron preparación psicoprofiláctica ( $\text{sig.}=0,229$ ). Sin embargo, se rechaza para las complicaciones perinatales ( $\text{sig.}=0,141$ ).

2. Al caracterizar social y obstéticamente a las gestantes en el estudio los resultados señalan que predomina el rango de edad de 18 a 25 años con 60%. Con respecto al estado civil predominó el estado conviviente en el 77%; proceden de la zona urbana el 53%, con una escolaridad del 40% con secundaria y, el 57% poseen un ingreso mínimo vital de <930 soles. Las características obstétricas en ambos grupos de estudio indican que el 90% llegaron al momento del parto entre las 39-40 semanas de gestación, el 73% tenía menos de tres embarazos; predominando el tipo de parto por vía vaginal con un 80%; asimismo, el 53% de las mujeres del estudio calificaron su experiencia del parto como "buena".

3. Los niveles de ansiedad en las gestantes del estudio, evaluados durante el embarazo y el parto, se reportan de la siguiente manera:

- Las gestantes preparadas psicoprofilácticamente, reportan un nivel de ansiedad muy bajo en los tres momentos evaluados.
- Aquellas sin preparación en psicoprofilaxis, manifiestan un nivel de ansiedad muy bajo en las dos primeras evaluaciones; sin embargo, los niveles de ansiedad aumentaron a moderada y severa en la última medición, es decir durante el parto.
- La preparación en psicoprofilaxis obstétrica si influye en el nivel de ansiedad durante el embarazo y el parto de las gestantes ( $\text{sig.}=0,002$ ).

4. Solamente el 10% de gestantes que participaron del Programa Educativo en Psicoprofilaxis Obstétricas, presentan complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto; en contraste al 33% de aquellas que no recibieron tal preparación.

- Las complicaciones maternas se manifiestan en gestantes no preparadas, con 7%, 13% y 7% para la alteración de la frecuencia de la dinámica uterina, expulsivo prolongado y desgarros vulvoperineales, respectivamente. A diferencia, en gestantes preparadas, sólo se presentan desgarros vulvoperineales, en 3%.
- Las complicaciones perinatales que se hacen presente, cuando las gestantes no participaron del programa educativo, son depresión perinatal, alteración de la frecuencia cardíaca fetal y caput succedaneum con 20%, 17% y 10% respectivamente. En contraste, las gestantes preparadas, sólo presentaron alteración de la frecuencia cardíaca fetal y moldeamiento de las suturas fetales en 3% respectivamente.
- Las complicaciones maternas y perinatales se ven influenciadas por la preparación en psicoprofilaxis obstétrica pues arrojan una significancia menor de 0,05 (sig.=0.032 y sig.=0.008 respectivamente).

5. Se reporta que el nivel de ansiedad si influye en la presencia de complicaciones maternas (sig.=0,001), de ellas sólo en las gestantes que no se prepararon en psicoprofilaxis obstétrica (sig.=0,017).

- La alteración en la frecuencia de la dinámica uterina (sig.=0,053) no tiene relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad.
- El expulsivo prolongado (sig.=0,052) no tiene relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad.
- Los desgarros vulvoperineales (sig.=0,199) no tiene relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad.

6. El nivel de ansiedad no influye en la presencia de complicaciones perinatales (sig.=0,141), en ningún grupo de estudio.

- La alteración de la frecuencia cardíaca fetal (sig.=0,413) no tiene relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad.

- El moldeamiento de las suturas fetales (sig.=0,409) no tiene relación estadísticamente significativa no es influencia por el nivel de ansiedad.
- El caput succedaneum (sig.=0,351) no tiene relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad.
- La depresión perinatal (sig.=0,002) si tiene relación estadísticamente significativa con el nivel de ansiedad.

## **SUGERENCIAS**

### **A LOS DIRECTORES DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

- Realizar ferias de promoción y sesiones demostrativas, así como la implementación del programa de la Psicoprofilaxis Obstétrica, brindando espacios y herramientas que los profesionales de salud puedan utilizar para preparar a las gestantes para el embarazo, parto y puerperio asegurando una maternidad feliz y saludable.
- Mayor difusión mediante redes sociales, radio, televisión, afiches, sobre los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica, así como la oferta de horarios para la realización de las sesiones del programa.
- Realizar el seguimiento en Psicoprofilaxis obstétrica mediante el SIVIGYP (Sistema de Vigilancia de Gestantes y Puérperas) de las pacientes por el personal de salud que acuden al programa, ayudando a identificar a aquellas que acuden o no a Psicoprofilaxis obstétrica y así favorecer en la aplicación del paquete integral durante el embarazo.
- Implementar en la Atención Prenatal el uso de un Test de Ansiedad con la finalidad de detectar oportunamente y darle el manejo adecuado a las pacientes que presenten niveles elevados de ansiedad, proponiendo a la Psicoprofilaxis Obstétrica como estrategia para el control de la ansiedad.

### **A LOS PROFESIONALES OBSTETRAS**

- Gestionar la implementación en todos los Establecimientos de Salud del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, con la finalidad de que las gestantes puedan acceder a las sesiones, adaptando las tecnologías, horarios diferenciados según la demanda de la población y espacios de los Establecimientos de Salud.
- Capacitación continua al personal del Establecimiento de Salud para la implementación y funcionamiento del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

## **A LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

- Para los futuros investigadores, recomiendo tomar en cuenta los aportes de esta investigación que han determinado beneficios de la Psicoprofilaxis obstétrica en la disminución de las complicaciones materno perinatales y los niveles de ansiedad, dando luces sobre la importancia de que las gestantes participen en el programa a fin de seguir investigando constantemente para contribuir a los aportes científicos desde la profesión de obstetricia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldas Puentestar. Estrategias de prevención para la disminución de los niveles de ansiedad en gestantes en labor de parto que acuden al Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe. [Tulcán-Ecuador]: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud materna [Internet]. 2019. Disponible en: [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/maternal/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/es/)
3. Viswasam K, Berle D, Starcevic V. Trajectories and predictors of anxiety symptoms during pregnancy in a Australian sample. *Aust N Z J Psychiatry*. 2020;54:1173-81.
4. Pocomucha G. Nivel de ansiedad en el trabajo de parto en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, Ayacucho 2019. [Internet]. [Huancavelica Perú]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2844/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICIA-2019-POCOMUCHA%20POMA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. PAHO. Tendencias de Salud en las Américas [Internet]. 2019. Disponible en: [http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287\\_spa.pdf?sequence=7](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7)
6. Yana F. Psicoprofilaxis obstétrica y su influencia sobre los niveles de ansiedad durante el parto de pacientes atendidas en el Hospital Cornejo Roselló de Azángaro 2019. [Internet]. [Juliaca, Perú]: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2019. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/4643>
7. Mansell T, Novakovic B, Meyer B, Rzehak P, Vuillermin P, Ponsonby A, et al. Los efectos de la ansiedad materna durante el embarazo sobre la metilación de IGF2/H19 en sangre de cordón. *Transl Psychiatry* [Internet]. 2016; Disponible en: <https://www.nature.com/articles/tp201632>

8. Polte C, Junge C, Von Soest T, Seidler A, Eberhard M, Garthus-Niegel S. Impacto de la ansiedad perinatal materna en el desarrollo socioemocional de niños de 2 años, un estudio prospectivo de madres noruegas y sus hijos: el impacto de la ansiedad perinatal en el desarrollo infantil. *Matern Child Health J* . 2019;23(3):386-96.
9. Fernández L, Sánchez A. Influencia de la ansiedad en la salud de la mujer gestante y la vinculación afectiva. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. 2005;1(1):569-84.
10. Pimentel Y, Ramirez M. Estrés y parto prolongado en mujeres atendidas en el Hospital Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016. Universidad Nacional de Huancavelica; 2017.
11. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva [Internet]. 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf?ua=1>
12. ONU. Mortalidad Infantil y Materna [Internet]. OMS. [citado 3 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report>
13. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín estadístico 2018. Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 p. 114.
14. Ministerio de Salud (MINSA). Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú: Ministerio de Salud; 2011 p. 54.
15. Ministerio de Salud (MINSA). Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades [Internet]. 2019. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2019/SE40/mmaterna.pdf>
16. MINSA. Salud Materna [Internet]. MINSA. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion\\_7.asp?sub5=7](https://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/prevencion_7.asp?sub5=7)
17. Munares O. Establecimientos de Salud con Servicios de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2017;2(1):11-5.

18. Ministerio de Salud (MINSA). Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los Servicios de Salud [Internet]. 2005. Disponible en: [http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1134\\_OEI242.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1134_OEI242.pdf)
19. Ortega J, Pizarro p, Riera M. Determinación de los Niveles de Ansiedad por Medio de la Escala de Hamilton en Mujeres Gestantes en Labor de Parto del Hospital «Vicente Corral Moscoso» [Internet]. [Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2014. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21075/1/Tesis%20Pregrado.pdf>
20. De Molina I, Rubio L, Roca A, Jimenez M, De la Flor M, Sirgo A. Ansiedad y Miedos de las Gestantes ante el Parto: La Importancia de su Detección. Rev Port Enferm Saúde Ment. 2015;13:17-23.
21. 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 [Internet]. [Ecuador]: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/12205/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-99.pdf>
22. Zorrilla G. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso del trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores [Internet]. [Lima, Perú.]: Universidad San Martín de Porres; 2016. Disponible en: <file:///D:/TESIS%20I/Beneficio%20de%20la%20psicoprofilaxis%20durante%20el%20parto.pdf>
23. Barrientos SL, Chapoñan CC. Relación de las gestantes que acuden al programa de psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de ansiedad en el Hospital Sagaro-2017 [Internet]. [Tumbes, Perú]: Universidad Nacional de Tumbes; 2017. Disponible en: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/bitstream/handle/UNITUMBES/85/TESIS%20-%20BARRIENTOS%20Y%20CHAPO%c3%91AN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. Alvarado EF. Psicoprofilaxis obstétrica asociada a complicaciones materno fetales en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen [Internet]. [Huancayo]: Universidad Peruana del Centro; 2019. Disponible en:

<http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/150/1/TESIS%20ERCILIA%20ALVARADO%20ORELLANA.pdf>

25. Durán RW, Huamán CE. Efectividad de la psicoprofilaxis obstétrica en la disminución de los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari. Enero a setiembre. Huánuco. 2017 [Internet]. [Huánuco, Perú.]: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/3010/TFO%200300%20D98.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
26. Pérez J., Urbina Luz. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica durante el Trabajo de parto en Gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil «El Carmen», Enero-Marzo 2019 [Internet] [Tesis]. [Huancayo]: Universidad Privada de Huancayo "Franklin Roosevelt; 2019. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/175/informe%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
27. Albán L. Influencia de un Programa Educativo en la Atención de Ansiedad en Gestantes en Trabajo de Parto [Internet]. [Trujillo, Perú.]: Universidad César Vallejo; 2019. Disponible en: [http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29765/Alban\\_ML.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/29765/Alban_ML.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
28. Azañero C, Blas L. Ansiedad en gestantes en trabajo de parto con y sin participación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica prenatal, en el Centro Materno Infantil Juan Pablo II, 2018. [Internet]. [Lima, Perú.]: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2019. Disponible en: <http://repositorio.ual.edu.pe/bitstream/handle/UAL/225/T-OBS-0093%20AZA%c3%91ERO%20ASENCIO%20Y%20BLAS%20RICRA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Medina TA, Montoya SM. Influencia de la preparación psicoprofiláctica en la ansiedad de gestantes con fase activa de trabajo de parto, Hospital José Agurto Tello-Chosica, 2018 [Internet]. [Lima, Perú.]: Universidad Privada Arzobispo Loayza; 2019. Disponible en: <http://190.116.43.195/bitstream/handle/UAL/224/T-OBS-0092%20Medina%20Alvarado%20y%20Montoya%20Castro%20SONIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Osorio RN. Efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en el desarrollo del trabajo de parto de primigestas del Hospital Nacional Hipólito Unánue [Internet]. [Lima, Perú.]: Universidad Federico Villarreal; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3361/OSORIO%20PRUDEN%20ROSARIO%20NEUFITA%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Díaz F. Efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas Atendidas en el Centro de Salud de Fila Alta [Internet]. [Jaén, Perú.]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/2923/EFFECTIVIDAD%20DEL%20PROGRAMA%20DE%20PSICOPROFILAXIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
32. Loyola I, Sánchez M, Vigo R, Vásquez N. Educación Prenatal y ansiedad en gestantes del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Universidad Nacional de Cajamarca, 2019. FEDU. 2019;75.
33. Carlos Velásquez A. Influencia de la preparación psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad en gestantes durante el trabajo de parto en el Hospital Tingo María 2016. [Huánuco]: Universidad de Huánuco; 2017.
34. Sierra J. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev Mal-Estar E Subjetividade. 2003;III(1):51.
35. Ortega JK, Pizarro PE, Riera MA. Determinación de los niveles de ansiedad por medio de la Escala de Hamilton en mujeres gestantes en labor de parto del hospital «Vicente Corral Moscoso». Cuenca. 2014. [Cuenca]: Universidad de Cuenca; 2014.
36. Gobierno de Navarra. Tipos trastornos ansiedad [Internet]. SaludNavarra. 2019 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Mi+enfermedad/Trastornos+de+ansiedad/Introduccion/Tipos+trastornos+ansiedad/)
37. Maldonado JM. Salud mental perinatal [Internet]. PAHO; 2011. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498\\_spa.pdf](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf)
38. Bankowski JB, Hearne AE, Lambrou NC, Fox HE, Wallach EE EE. Johns Hopkins Ginecología y Obstetricia. Baltimore, Maryland.; 615 p.

39. Hacker NF, Gambone JC, Hobel CJ. Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore. 1° en Español de la 5° en inglés. Manual Moderno; 2010. 497 p.
40. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetricia. 23.ª ed. Vol. I-II. España: McGrawHill; 1405 p.
41. Hospital Regional Docente de Cajamarca. Guía de práctica clínica-Trabajo de parto distócico. En: Guía de práctica clínica. Cajamarca-Perú; 2018. p. 19. (Trabajo de parto distócico).
42. Carbajal J, Barriga MI. Manual de Obstetricia Y Ginecología. Décima edición. Chile; 2019. 652 p.
43. Ministerio de Salud. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. Panamá; 2015. 147 p.
44. Tejada P. Sufrimiento Fetal Agudo [Internet]. Venezuela; 2003. Disponible en: [https://www.anestesia.org.ar/search/articulos\\_completos/2/13/395/c.pdf](https://www.anestesia.org.ar/search/articulos_completos/2/13/395/c.pdf)
45. MINSA. Protocolo de Atención del Recién Nacido de Bajo Riesgo. En Nicaragua; 20015. p. 36. Disponible en: [https://www.paho.org/nic/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=347-v-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category\\_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=235](https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&alias=347-v-normas-y-protocolo-para-la-atencion-prenatal-parto-y-puerperio&category_slug=publicaciones-anteriores&Itemid=235)
46. Ministerio de Salud (MINSA). Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. 2013.
47. Ministerio de Salud (MINSA). Guía Técnica de Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2011. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1782.pdf>
48. Santiago A. Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica [Internet]. [Lima, Perú.]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/357/Vidal\\_pp.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/357/Vidal_pp.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
49. Rosales Durán CY. Efectividad de la psicoprofilaxis durante el embarazo. [Ambato-Ecuador]: Universidad técnica de Ambato; 2017.

50. Sanz J. Recomendaciones para la Utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. 2014;25:39-48.
51. Méndez DN. Alternativas en las desviaciones del trabajo de parto. 2005 [Internet]. 9(2):14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3684/3684445008013.pdf>
52. Sampieri R., Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Vol. 1. México: Mc Graw Hill; 753 p.
53. Howe A. Estudio prospectivo vs. Estudio retrospectivo: ¿Cuáles son las diferencias? [Internet]. Historia de las empresas. 2022 [citado 2 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://historiadelaempresa.com/estudio-prospectivo-vs-retrospectivo>

## ANEXOS

### Anexo N°1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**“Norte de la Universidad Peruana”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



### CUESTIONARIO DE INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL PARTO

*El presente cuestionario recogerá información sobre el nivel de ansiedad que Usted presenta en el trabajo de parto y servirá para la investigación “Psicoprofilaxis Obstétrica: Ansiedad Y Complicaciones Materno Perinatales del Parto. Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca. Cajamarca, 2021”. Para salvaguardar sus datos personales, se respetará el anonimato. A continuación, se presentan una serie de casilleros que debe llenar con información de la gestante cuando ingrese a centro obstétrico, y finalmente el Inventario de Ansiedad de Beck.*

*La gestante está pasando por un período de difícil afrontación, por ello, léale cada pregunta y llene los espacios correctamente, finalmente, de acuerdo a la información plasmada en la historia clínica, llene lo correspondiente a complicaciones materno perinatales del parto.*

#### I. DATOS DEL CUESTIONARIO:

<b>N° DE CUESTIONARIO</b>	
<b>HISTORIA CLÍNICA</b>	
<b>PROVINCIA</b>	Cajamarca
<b>DISTRITO</b>	Cajamarca
<b>ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b>	Centro de Salud Materno Infantil Baños del Inca

#### II. DATOS GENERALES DE LA PACIENTE

1	EDAD	Entre 18-25 años	Entre 26-35 años		>36 años
2	ESTADO CIVIL	Soltera	Casada		Conviviente
3	PROCEDENCIA	Rural	Urbano		Urbano marginal
4	ESCOLARIDAD	Ninguna	Primaria	Secundaria	Superior
5	INGRESOS ECONÓMICO	Sin ingresos	Menos de 930	Entre 930 y 1500	Más de 1500
6	SEMANAS DE GESTACIÓN	Entre 35-38 semanas	Entre 39-40 semanas		>41 semanas
7	TIPO DE PARTO	Parto Vía Vaginal		Parto Vía cesárea	
8	N° DE EMBARAZOS HASTA LA FECHA	Menor de 2	Entre 3 a 5		Mayor de 6
9	¿CÓMO SE ENCUENTRA USTED DESPUÉS DEL PARTO?	Mal	Regular	Bien	Muy bien

### III. ASISTENCIA AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

<b>1</b>	<b>PSICOPROFILAXIS</b>	¿Realizó psicoprofilaxis obstétrica?	SI	Entre 1-4 sesiones	
			NO	Entre 5-6 sesiones	
<b>2</b>	<b>TIEMPO QUE PERMANECIÓ EN LAS SESIONES</b>	Menos de 20 minutos	De 20 a 30 minutos		Sesión completa 45 minutos
<b>3</b>	<b>ACTIVIDADES QUE REALIZÓ</b>	No	A veces	Casi siempre	Siempre
<b>3.1</b>	Sesiones teóricas				
<b>3.2</b>	Respiración				
<b>3.3</b>	Gimnasia obstétrica				
<b>3.4</b>	Relajación				

### IV. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

A continuación, se le presenta un cuestionario con una serie de síntomas que la gestante en labor de parto puede estar experimentando. Léale cada frase y pídale que califique el nivel de ansiedad que presenta de acuerdo a la situación actual, donde:

**0 = Ninguno    1= Leve    2 = Moderada    3 = Grave    4 = Muy incapacitante**

Después, califique el nivel de ansiedad como: muy baja (de 0 a 21 puntos); moderada (22 a 35 puntos) y severa (mayor a 36).

SÍNTOMAS		No	Leve	Moderado	Bastante
<b>1</b>	Torpe o entumecida				
<b>2</b>	Acalorada				
<b>3</b>	Con temblor en las piernas				
<b>4</b>	Incapaz de relajarse				
<b>5</b>	Con temor a que ocurra lo peor				
<b>6</b>	Mareada, o que se le va la cabeza.				
<b>7</b>	Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
<b>8</b>	Inestable				
<b>9</b>	Atemorizada o asustada				
<b>10</b>	Nerviosa				
<b>11</b>	Con sensación de bloqueo				
<b>12</b>	Con temblores en las manos				
<b>13</b>	Inquieta, insegura				
<b>14</b>	Con miedo a perder el control				
<b>15</b>	Con sensaciones de ahogo				
<b>16</b>	Con temor a morir				
<b>17</b>	Con miedo				
<b>18</b>	Con problemas digestivos				
<b>19</b>	Con desvanecimientos				
<b>20</b>	Con rubor facial				
<b>21</b>	Con sudores fríos o calientes				

## V. COMPLICACIONES MATERNO-PERINATALES:

Finalmente, observe la información plasmada en la historia clínica de la gestante al finalizar el trabajo de parto e identifique la presencia de las siguientes complicaciones materno perinatales durante el mismo. Marque con un "X" en el casillero que corresponda.

<b>COMPLICACIONES DEL TRABAJO DE PARTO</b>				
<b>1. COMPLICACIONES MATERNAS</b>			<b>Presenta</b>	<b>No presenta</b>
<b>1.1</b>	ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA DINÁMICA UTERINA	Bradisistolia (<3 contracciones en 10 minutos)		
		Taquisistolia (>5 contracciones en 10 minutos)		
<b>1.2</b>	EXPULSIVO PROLONGADO	>2h en nulípara		
		>1h en múltipara		
<b>1.3</b>	DESGARROS VULVOPERINEALES	Primer grado		
		Segundo grado		
		De tercer grado		
		De cuarto grado		
<b>2.COMPLICACIONES PERINATALES</b>			<b>Presenta</b>	<b>No presenta</b>
<b>2.1</b>	ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	Bradicardia (<110 latidos por minuto)		
		Taquicardia (>160 latidos por minuto)		
<b>2.2</b>	MODELAMIENTO DE LAS SUTURAS FETALES	Grado I		
		Grado II		
		Grado III		
<b>2.3</b>	CAPUT SUCEDANEUM			
<b>2.4</b>	DEPRESIÓN PERINATAL			
<b>2.4.1</b>	APGAR al minuto	Normal: 8-10		
		Depresión leve-moderada: 4-7		
		Depresión severa: 1-3		
<b>2.4.2</b>	APGAR A los cinco minutos	Normal: 8-10		
		Depresión leve-moderada: 4-7		
		Depresión severa: 1-3		

Gracias por su colaboración.

## Anexo N° 2: Esquema de las sesiones educativas de PPO-MINSA

### I SESIÓN: CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO Y SIGNOS DE ALARMA

#### OBJETIVOS:

- Enseñar a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino.
- Enseñar sobre los cambios que se experimenta durante el embarazo.
- Enseñar a reconocer de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- Entrenar en gimnasia de ablandamiento del piso pélvico.

ACTIVIDAD	TÉCNICA-MÉTODOS	MATERIALES	TIEMPO
<b>Recepción y bienvenida</b> Presentación del responsable del programa. Presentación del programa. Integración del grupo y motivación.	Fondo musical de la zona Expositiva Participativa Dinámica	Diapositivas Laptop Meet	5´
<b>Conceptos básicos</b> Anatomía y fisiología del Aparato Reproductor. Menstruación, ovulación, fecundación, nidación, placentación y desarrollo fetal. Cambios fisiológicos y emocionales en el embarazo. Importancia y beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica. Signos y síntomas de alarma.	Lluvia de ideas Audiovisual Exposición dialogada	Kit educativo (maquetas). Diapositivas Video de motivación	20´
<b>Gimnasia obstétrica</b> Ejercicios de calentamiento y estiramiento muscular en posición de pie. Ejercicios de flexibilidad. Posturas adecuadas durante el embarazo.	Caminata. Rotación de la cabeza, tronco y extremidades. Cambios posturales en las actividades diarias.	Música de la zona	20´
<b>Relajación</b> Posiciones de relajación. Posición ideal de relajación (PIR).	Técnicas de relajación de pie con acompañante, sentada, en decúbito lateral izquierdo.	Colchoneta Sillas Cojines Almohadas	10´
<b>Recomendaciones y tareas</b> Reforzar las siguientes ideas: 1. La participación del acompañante en el proceso de embarazo, y su ayuda para practicar los ejercicios. 2. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión. 3. Felicitar por su participación y trabajo 4. Fijar el día y hora de la próxima sesión.	Participativa Dinámica	Registro	5´

## II SESIÓN: ATENCIÓN PRENATAL Y AUTOCUIDADO

### OBJETIVO:

- Resaltar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación activa de la familia y comunidad.
- Educar a la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma (retroalimentación) y su manejo oportuno en el establecimiento de salud.
- Identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y el niño/a por nacer.

ACTIVIDAD	TÉCNICA-MÉTODOS	MATERIALES	TIEMPO
<b>Recepción</b> Integración del grupo y motivación. Retroalimentación.	Fondo musical de la zona Participativa Dinámica	Laptop Diapositivas	5´
<b>Conceptos básicos</b> Atención Prenatal: importancia (periodicidad, exámenes auxiliares, etc.). Plan de parto con enfoque intercultural. Nutrición y alimentación: suplementación de hierro y ácido fólico, revalorar alimentos locales. No drogas, alcohol, tabaco. Cuidados durante el embarazo (preparación de pezones, higiene, recreación y descanso. Mitos-creencias-costumbre.	Lluvia de ideas Audiovisual Exposición dialogada	Kit educativo (videos) Música local Diapositivas	20´
<b>Gimnasia obstétrica</b> Ejercicios de calentamiento. Ejercicios de fortalecimiento de la columna vertebral. Ejercicio de fortalecimiento del suelo pélvico.	Estiramiento de tórax Círculos con los brazos Rotación lateral Estiramiento de la columna vertebral. Hacer ejercicios de compresión y relajación de las manos con pelotitas de goma anti estrés.	Sillas Colchonetas	20´
<b>Relajación</b> Posiciones de relajación. Posición ideal de relajación (PIR).	Posición ideal de relajación – PIR <b>Taller de relajación:</b> Armonización musical	Colchoneta Sillas Cojines Almohadas	10´
<b>Recomendaciones y tareas</b> Reforzar las siguientes ideas: 1. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión. 2. Felicitar por su participación y trabajo.	Participativa Dinámica	Ficha de seguimiento Tarjeta de asistencia Registro	5´

### III SESIÓN: FISIOLÓGÍA DEL PARTO

#### OBJETIVO:

- Dar a conocer las causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto.
- Reconocer los signos y señales del inicio de labor de parto.
- Informar sobre la importancia del contacto precoz piel a piel de la madre y el recién nacido y el rol de la pareja y la familia.
- Ejercitar las técnicas y/o estrategias para disminuir el dolor en el parto.

ACTIVIDAD	TÉCNICA-MÉTODOS	MATERIALES	TIEMPO
<b>Recepción</b> Integración del grupo y motivación. Retroalimentación.	Fondo musical de la zona Participativa Dinámica	Diapositivas Música de fondo Meet	5´
<b>Conceptos básicos</b> Contracción uterina. Relación temor-dolor. Inicio de labor de parto y signos de alarma. Métodos Naturales de control del dolor. Rol de la gestante, pareja y familia. Mitos creencias y costumbres. Hidroterapia: Baño o ducha tibia, uso de agua fría/caliente en compresas o bolsas. Visualización: la actividad mental creativa invita a la relajación y ayuda a controlar el dolor. Infusiones, según manual parto vertical. Derechos y responsabilidades.	Lluvia de ideas Audiovisual Exposición dialogada	Diapositivas Música de fondo	20´
<b>Gimnasia obstétrica</b> Ejercicios de calentamiento. Reconocimiento de la contracción uterina y control horario. Técnicas de respiración en contracción uterina. Posturas antálgicas. Masajes integrales y localizados.	Técnicas: Ejercicios de calentamiento. Elongación de brazos y de cintura. Rotación de cuello. Extensión de músculos dorsales, de músculos internos, pectorales. Respiración abdominal. Reforzamiento de los músculos abdominales. Respiración: - profunda, jadeante, superficial y sostenida o de bloqueo.	Música de fondo Colchoneta Silla Almohada	20´
<b>Relajación</b> Posiciones de relajación. Posición ideal de relajación (PIR).	Posiciones útiles durante la primera etapa del parto (fase de dilatación). - Deambulación. - Inclinarsse sobre la cama y/o banco. - Sentarse en una silla, pelota, banco, sillón, etc.	Colchoneta Sillas Esferas Cojines Almohadas	10´

	- Posición de cuatro puntos de apoyo o perrito. - Posición de rodillas. - Posición semi horizontal de costado.		
<b>Recomendaciones y tareas</b> Reforzar las siguientes ideas: 1. Es importante la participación del acompañante en el proceso del parto, y su ayuda para practicar los ejercicios. 2. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión. 3. Felicitar por su participación y trabajo. 4. Motivar la asistencia continua a las sesiones	Participativa Dinámica	Ficha de seguimiento Tarjeta de asistencia Registro	5´

#### IV SESIÓN: ATENCIÓN DEL PARTO Y CONTACTO PRECOZ

##### OBJETIVO:

- Enseñar a las gestantes sobre el parto y sus periodos.
- Brindar información acerca de los tipos y posturas del parto con adecuación intercultural y atención humanizada.
- Preparar a las gestantes para el parto y sus periodos mediante técnicas de relajación y respiración.

ACTIVIDAD	TÉCNICA-MÉTODOS	MATERIALES	TIEMPO
<b>Recepción</b> Integración del grupo y motivación. Retroalimentación.	Fondo musical de la zona Participativa Dinámica	Diapositivas Meet Música de fondo	5´
<b>Conceptos básicos</b> Tipos de parto: Fisiológico: horizontal y vertical. Cesárea. Posturas para el parto: Posición Horizontal. Posición vertical y sus variedades. Posición instintiva. Importancia y tipos de la relajación y la respiración: Relajación: activo, pasiva, imaginación /visualización. Respiración: superficial, profundo jadeo, durante la dilatación y el expulsivo.	Lluvia de ideas  Audiovisual  Exposición dialogada	Diapositivas Música de fondo	20´
<b>Gimnasia obstétrica</b> Reforzar ciertos grupos musculares y prepararlos para el esfuerzo del parto. Dar mayor flexibilidad y elasticidad a los tejidos y articulaciones que intervienen en el parto.	Técnicas: Ejercicios de calentamiento. Elongación de brazos y de cintura. Rotación de cuello.	Sillas Colchonetas Almohadas	20´

Mejorar el estado general mediante el estímulo. Alivio de síntomas molestos en el embarazo. Técnicas del pujo. Prensa abdominal. Simulacro de pujo con técnicas de respiración superficial.	Posición de descanso. Extensión de músculos dorsales. Elongación de músculos internos, pectorales, de músculos dorsales. Respiración abdominal. Reforzamiento de los músculos abdominales. Posturas para el parto. Técnicas de respiración y relajación.		
<b>Relajación</b> Posiciones de relajación. Posición ideal de relajación.	PIR Relajación, masajes, respiración, musicalización, hidroterapia, visualización.	Colchoneta Sillas Esferas Cojines Almohadas	10´
<b>Recomendaciones y tareas</b> Reforzar las siguientes ideas: 1. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión. 2. Felicitar por su participación y trabajo	Participativa Dinámica	Ficha de seguimiento Tarjeta de asistencia Registro	5´

## V SESIÓN: PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

### OBJETIVO:

- Enseñar a la gestante, su pareja y familia como reconocer los signos y síntomas de alarma y sobre los cuidados durante el puerperio.
- Educar a la gestante, pareja y familia sobre el recién nacido y signos de alarma
- Instruir a la pareja y la familia sobre su rol para el soporte emocional de la puérpera.
- Educar a la gestante y su pareja para una salud sexual y reproductiva en el puerperio.
- Capacitar a la gestante y su pareja para una lactancia materna exclusiva y exitosa.
- Planificación Familiar.

ACTIVIDAD	TÉCNICA-MÉTODOS	MATERIALES	TIEMPO
<b>Recepción</b> Integración del grupo y motivación Retroalimentación	Fondo musical de la zona Participativa Dinámica	Diapositivas Meet Música de fondo	5´
<b>Conceptos básicos</b> Cuidados en el puerperio (Normal y post cesárea). Signos de alarma durante el puerperio. Signos de alarma en el recién nacido. El baño y masajes en el recién nacido.	Lluvia de ideas Audiovisual Exposición dialogada	Diapositivas Música de fondo	20´

Rol de la pareja y la familia como soporte emocional durante el puerperio y en la atención del recién nacido. Sexualidad en el puerperio. Maternidad y paternidad responsable, planificación familiar. Lactancia materna (técnicas, beneficios). Cambios psicológicos.			
<b>Gimnasia obstétrica</b> Ejercicios de calentamiento. Ejercicios de control neuromuscular: miembros superiores, pectorales, circulatorios, perineales (ADORACIÓN, GATO). Técnica y postura de amamantamiento. Respiración sostenida. Relajación progresiva profunda (Jacobson). Rutina de gimnasia post parto.	Técnicas: Ejercicios de calentamiento. Elongación de brazos y de cintura. Rotación de cuello. Posición de descanso. Extensión de músculos dorsales. Elongación de músculos internos, pectorales y músculos dorsales. Respiración abdominal. Reforzamiento de los músculos abdominales.	Sillas Esferas Colchonetas	20´
<b>Relajación</b> Posiciones de relajación. Posición ideal de relajación.  <b>Taller</b>	PIR  MUSICOTERAPIA, CROMOTERAPIA,	Colchoneta Sillas Esferas Cojines Almohadas Incienso	10´
<b>Recomendaciones y tareas</b> Reforzar las siguientes ideas: 1. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión. 2. Felicitar por su participación y trabajo	Participativa Dinámica	Ficha de seguimiento Tarjeta de asistencia Registro	5´

## VI SESIÓN: RECONOCIMIENTO DE LOS AMBIENTES

### OBJETIVO:

- Familiarizar a la gestante con los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud, según corresponda.
- Evaluar el proceso de aprendizaje de las sesiones. (elementos de fijación)
- Preparar el maletín básico para llevar en el momento del parto
- Clausura del programa.

ACTIVIDAD	TÉCNICA-MÉTODOS	MATERIALES	TIEMPO
<b>Recepción</b> Integración del grupo y motivación. Retroalimentación.	Fondo musical de la zona Participativa Dinámica	Música de fondo Meet Diapositivas Incienso	5´

<p><b>Conceptos básicos</b>  <b>Visita guiada:</b> Recorrido virtual del área integrando el proceso del parto vaginal o por cesárea, incluir exteriores de sala de operaciones y sala del recién nacido.  <b>Alternativa, Visualización de video:</b> Responder preguntas y orientación de referencia.  <b>Retroalimentación y satisfacción del usuario</b>  Repaso de las rutinas anteriores.</p>	Reconocimiento de ambientes	Imágenes Música de fondo	20´
<p><b>Recomendaciones y tareas</b>  Reforzar las siguientes ideas:  1. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión.  2. Felicitar por su participación y trabajo.  3. Asegurar las necesidades mínimas para el maletín del parto y recién nacido.</p>	Participativa Dinámica	Ficha de seguimiento Tarjeta de asistencia Registro Aplicación de test de ansiedad de Beck	5´

Anexo N°3: Cartilla de validación por juicio de expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ											DEBORA YANINA PILLOÑ ARAUJO	
2. PROFESIÓN											OBSTETRA	
TITULO Y JO GRADO ACADÉMICO OBTENIDO											OBSTETRIZ / MAESTRO EN CIENCIAS - Salud P.B.	
ESPECIALIDAD											Promoción de la Salud Materno Infantil con mención en PPO y EPN.	
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)											10-5 años.	
INSTITUCIÓN DONDE LABORA											C.S. Baños del Inca	
CARGO											Coord. PPO y VIH/ZTS	
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: ANSIEDAD Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL PARTO. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2021.												
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Huaripata Villegas Lazetti Milena												
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN											Determinar la influencia de la ansiedad en complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud Materno infantil Baños del Inca, Cajamarca, durante el año 2021.	
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO: El presente cuestionario tiene por finalidad recoger los datos correspondientes al nivel de ansiedad mediante el inventario de Ansiedad de Beck en gestantes en trabajo de parto y registrar las complicaciones materno perinatales que se presenten en el parto A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.												
Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No		
II												
1	X			X			X	X			Observar 7/36 a (por 7/36 a está incluido)	
2	X		X	X			X	X			Podría considerarse Urbana-Marginal	
3	X		X	X			X	X				
4	X		X	X			X	X				
5	X		X	X			X	X				
6	X		X	X			X	X				
7	X		X	X			X	X				
8	X		X	X			X	X				
III												
1	X		X	X			X	X				
2	X		X	X			X	X				
3.1	X		X	X			X	X				
3.2	X		X	X			X	X				
3.3	X		X	X			X	X				
3.4	X		X	X			X	X				
IV												
V												
1.1	X		X	X			X	X			Especificar fase de T.P.	
1.2	X		X	X			X	X				
1.3	X		X	X			X	X				
2.1	X		X	X			X	X				
2.2	X		X	X			X	X				
2.3	X		X	X			X	X				
2.4.1	X		X	X			X	X			Depresión ansiosa ¿o? de 1-3	
2.4.2	X		X	X			X	X			¿dem que ambaron.	
Aspectos Generales										Sí	No	
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para										X		

	si	no
responder el cuestionario	X	
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación	X	
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial	X	
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir	X	
<i>Podría incluir una pregunta o ítem referente de cómo se siente (confianza o no) de un T.P. después de haber oído a PPO.</i>		
<b>JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:</b>		
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>	APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input type="checkbox"/>	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
Fecha: 18-3-21	Firma: <i>[Firma]</i>	E mail: devero.e399@holmar.com
Elaborado por Corral Y (2009)		Telefono: 976 035 421.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS**

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para el recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>		NANCY NOEMI VASQUEZ BARDALES									
<b>2.</b>	<b>PROFESIÓN</b>	OBSTETRA									
	<b>TITULO Y/O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO</b>	OBSTETRA									
	<b>ESPECIALIDAD</b>	MAESTRO EN CIENCIAS, LINEA PROMOCION Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD									
	<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)</b>	20 AÑOS									
	<b>INSTITUCIÓN DONDE LABORA</b>	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA									
	<b>CARGO</b>	DOCENTE									
<b>3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:</b> PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: ANSIEDAD Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL PARTO. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2021.											
<b>4. NOMBRE DEL TESISISTA:</b> Huaripata Villegas Lazetti Milena											
<b>5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>		Determinar la influencia de la ansiedad en complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud Materno infantil Baños del Inca, Cajamarca, durante el año 2021.									
<b>6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:</b> El presente cuestionario tiene por finalidad recoger los datos correspondientes al nivel de ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad de Beck en gestantes en trabajo de parto y registrar las complicaciones materno perinatales que se presenten en el parto											
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.											
Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
											*****
II											
1	x		x			x	x			x	
2	x		x			x	x			x	
3	x		x			x	x			x	
4	x		x			x	x			x	
5	x		x			x	x			x	
6	x		x			x	x			x	
7	x		x			x	x			x	
8	x		x			x	x			x	
9	x		x			x	x			x	
III											
1	x		x			x	x			x	
2	x		x			x	x			x	
3.1	x		x			x	x			x	
3.2	x		x			x	x			x	
3.3	x		x			x	x			x	
3.4	x		x			x	x			x	
IV											
V											

1.1.	x	x			x	x		x	x		
1.2	x	x			x	x		x	x		
1.3	x	x			x	x		x	x		
2.1	x	x			x	x		x	x		
2.2	x	x			x	x		x	x		
2.3.	x	x			x	x		x	x		
2.4.1	x	x			x	x		x	x		
2.4.2	x	x			x	x		x	x		
<b>Aspectos Generales</b>									<b>Si</b>	<b>No</b>	<b>*****</b>
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario									x		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación									x		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial									x		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir									x		
<b>JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:</b>											
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>			APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input type="checkbox"/>			NO APLICABLE <input type="checkbox"/>					
Fecha: 17-05-2021			Firma: 			E mail: nvasquezb@unc.edu.pe			Teléfono: 976666470		
Elaborado por Corral Y (2009)											



**CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS**

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

<b>1. NOMBRE DEL JUEZ</b>	MARÍA JANET SANCHEZ JAEGER
<b>2. PROFESIÓN</b>	Obstetra
<b>TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO</b>	Obstetra/ M.Cs
<b>ESPECIALIDAD</b>	Salud Pública
<b>EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)</b>	20 años
<b>INSTITUCIÓN DONDE LABORA</b>	Universidad Nacional de Cajamarca
<b>CARGO</b>	Docente
<b>3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:</b>	PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: ANSIEDAD Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL PARTO. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2021.
<b>4. NOMBRE DEL TESISISTA:</b>	Huaripata Villegas Lazetti Milena
<b>5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN</b>	Determinar la influencia de la ansiedad en complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud Materno infantil Baños del Inca, Cajamarca, durante el año 2021.
<b>6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:</b>	El presente cuestionario tiene por finalidad recoger los datos correspondientes al nivel de ansiedad mediante el Inventario de Ansiedad de Beck en gestantes en trabajo de parto y registrar las complicaciones materno perinatales que se presenten en el parto
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.	

Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
											*****
II	x		x		x		x		X		
1	x		x		x		x		X		
2	x		x		x		x		X		
3	x		x		x		x		X		
4	x		x		x		x		X		
5	x		x		x		x		X		
6	x		x		x		x		X		
7	X		x		x		x		X		
8	x		x		x		x		X		
9	x		x		x		x		X		
III											
1	x		x		x		x		X		
2	X		x		x		x		X		
3.1	X		x		x		x		X		
3.2	X		x		x		x		X		
3.3.	X		x		x		x		X		
3.4	x		x		x		x		X		
IV											
V											
1.1.	x		x		x		x		X		
1.2	x		x		x		x		X		
1.3	x		x		x		x		X		
2.1	x		x		x		x		X		
2.2	x		x		x		x		X		
2.3.	X		x		x		x		X		
2.4.1	x		x		x		x		X		
2.4.2	X		x		x		x		X		

Aspectos Generales		Si	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		x		
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación		x		
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial		x		
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir		x		
<b>JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:</b>				
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>		APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input type="checkbox"/>		NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
Fecha: 26/05/2021	Firma:	E mail:mjsanchez@unc.edu.pe	Telefono:986809651	
Elaborado por Corral Y (2009)				

## Anexo N° 4: Consentimiento informado a las gestantes



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA**  
**“Norte de la Universidad Peruana”**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo ....., identificada con DNI N°....., declaro que he sido informado correctamente por la estudiante de Obstetricia LAZETTI MILENA HUARIPATA VILLEGAS, identificada con DNI N° 74563415, sobre el estudio “PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: ANSIEDAD Y COMPLICACIONES MATERNO PERINATALES DEL PARTO. CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL BAÑOS DEL INCA. CAJAMARCA, 2021”, con el objetivo de determinar la influencia de la ansiedad en complicaciones materno perinatales durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica, por lo que me muestro conforme con los procedimientos y doy mi consentimiento para la aplicación de los instrumentos correspondientes. Asimismo, declaro que se me fue informado que todos los datos serán manejados bajo anonimato y confidencialidad.

Cajamarca .... de ..... del 2021.

---

Firma

**Anexo N° 5: Acta de sustentación de tesis**



Av. Atahualpa 1050

Universidad Nacional de Cajamarca  
 "Norte de la Universidad Peruana"  
 Fundada por Ley 14015 del 13 de Febrero de 1962  
**Facultad de Ciencias de la Salud**

Teléfono/ Fax 36-5843



**MODALIDAD "A"**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA**

En Cajamarca, siendo las 12:35 hrs del 29 de Diciembre del 2022, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 6E-205 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada: Psicoprofilaxis Obstétrica: Ansiedad y Complicaciones Materno Perinatales del Parto. Centro de Salud Materno Infantil. Barrio del Inca. Cajamarca, 2021.

del (a) Bachiller en Obstetricia:

Lazeth Milena Huaripata Villegas

Siendo las 11:30 Hrs. del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Aprobada, con el calificativo de: 1.º, con lo cual el (la) Bachiller en Obstetricia se encuentra Apta para la obtención del Título Profesional de: **OBSTETRA.**

Miembros Jurado Evaluador		Firma
Nombres y Apellidos		
Presidente:	<u>Dra. Silvia Isabel Sánchez Mercado</u>	<u>[Firma]</u>
Secretario(a):	<u>M. es. María Elena Abregú Ore</u>	<u>[Firma]</u>
Vocal:	<u>M. es. Marieta Marlene Sezama Torres</u>	<u>[Firma]</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>M. es. Nancy Woeni Vázquez Bardales</u>	<u>[Firma]</u>
Asesor (a):		

Terminos de Calificación:  
 EXCELENTE (19-20)  
 REGULAR (12-13)

MUY BUENO (17-18)  
 REGULAR BAJO (11)

BUENO (14-16)  
 DESAPROBADO (10 a menos)