

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**Relación entre asistir al curso de psicoprofilaxis
obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto
en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto
Nacional Materno Perinatal en el periodo de marzo –
abril 2017**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Cinthyia Silvia Ivette Huete Felix

ASESORES

Yolanda Quispe Alosilla

Luz Zambrano Ramos

Lima - Perú

2017

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios, por guiar mi camino y bendecirme siempre. A mis padres por confiar en mí y brindarme su amor y apoyo incondicional.

A mi asesora, Lic. Yolanda Quispe Alosilla, a mi Co-asesora, Lic. Esp. Luz Zambrano Ramos, a la Dra. Zaida Zagaceta Guevara y al Dr. Óscar Munares García por su tiempo y dedicación para la realización del presente trabajo de investigación y a las pacientes del Instituto Nacional Materno Perinatal quienes aceptaron participar del estudio muy amablemente.

DEDICATORIA

A mis padres, Carlos y Silvia, quienes me inculcaron desde niña los mejores valores y me enseñaron a salir adelante a pesar de las adversidades.

A toda mi familia que siempre me ha brindado su apoyo y esperado lo mejor de mí.

INDICE

RESUMEN.....	5
ABSTRACT	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. METODOLOGÍA.....	34
2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	34
2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	34
2.3. MUESTRA.....	34
2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	36
2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	36
2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	37
2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	39
2.8. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	39
3. RESULTADOS.....	40
4. DISCUSIÓN	45
5. CONCLUSIONES.....	50
6. RECOMENDACIONES	51
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
8. ANEXOS.....	57

RESUMEN

OBJETIVO: Correlacionar la asistencia al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de marzo – abril de 2017.

METODOLOGÍA: Es un estudio descriptivo, transversal con diseño correlacional. La muestra estuvo formada por 300 puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal a quienes se dividió en dos grupos, 150 puérperas que asistieron a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y 150 puérperas que asistieron a 0 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica. A ambos grupos se les aplicó la Escala de Depresión Post Parto de Edinburgh para conocer si existe riesgo de presentar depresión post parto. Se consideró relación estadística mediante la prueba de chi cuadrado, la cual se consideró significativa con un valor de $p < 0.05$; y para conocer la correlación entre las variables Asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y Riesgo de presentar depresión post parto se empleó el coeficiente de correlación de Spearman

RESULTADOS: Del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto, el 84,7% asistieron a 0 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica; mientras que del total de puérperas inmediatas sin riesgo de presentar depresión post parto, el 58,5% asistieron a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica. Se encontró correlación positiva y significativa entre ambas prevalencias ($r=0,344$).

CONCLUSIÓN: Se encontró correlación positiva y significativa ($r=0,344$) al comparar las pacientes que asistieron a 6 sesiones con las que no asistieron a ninguna sesión del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica con respecto a presentar o no riesgo de depresión post parto.

PALABRAS CLAVES: Psicoprofilaxis Obstétrica, Depresión post parto, Puérperas inmediatas.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Correlate the attendance to the course of Obstetrical Psychoprophylaxis and the risk of developing postpartum depression in immediate postpartum patients attended at the National Maternal Perinatal Institute in the period of March to April 2017.

METHODOLOGY: It is a descriptive, cross-sectional with a correlational design study. The group consisted of 300 immediate postpartum women attended at the National Maternal Perinatal Institute, who were divided in two groups, 150 postpartum women with 6 sessions of Obstetrical Psychoprophylaxis and 150 postpartum women with 0 sessions of Obstetrical Psychoprophylaxis. The Edinburgh Postpartum Depression Scale was applied to both groups for determining if there was a risk of developing postpartum depression. Statistical relationship was considered using the chi square, which was considered significant with a value of $p < 0.05$; and to know the correlation between the variables attend to the course Obstetrical Psychoprophylaxis and the risk of developing postpartum depression was used the Spearman's Correlation Coefficient

RESULTS: Of the total of immediate postpartum women with a risk of developing postpartum depression, the 84.7% attended to 0 sessions of Obstetrical Psychoprophylaxis course; while of the total of immediate postpartum women without a risk of postpartum depression, the 58.5% attended to 6 sessions of Obstetrical Psychoprophylaxis course. Positive and significant correlation was found between both prevalences ($r = 0.344$).

CONCLUSION: A positive and significant correlation was found ($r = 0.344$) when was comparing the patients who attended to 6 sessions with whom did not attended to any session of Obstetrical Psychoprophylaxis course regarding whether or not they developed postpartum depression risk.

KEYWORDS: Obstetrical Psychoprophylaxis, postpartum depression, immediate postpartum women.

1. INTRODUCCIÓN

La Psicoprofilaxis Obstétrica se practica a nivel mundial y sirve como una herramienta fundamental para la atención integral de las gestantes con el objetivo de obtener los mejores resultados materno-neonatales. Roberto Caldeyro Barcia, médico perinatólogo impulsor y Director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP - OPS/OMS), es quien en la década de los años 70 impulsó sus beneficios y es desde ahí que los profesionales involucrados en la obstetricia promocionan la participación de las gestantes a estas sesiones debido a que no hay dudas sobre los importantes beneficios que ofrece la Psicoprofilaxis Obstétrica y que de la misma manera beneficia al equipo de salud.¹

En el Perú, la Psicoprofilaxis Obstétrica, es una actividad que el obstetra realiza en la atención diaria para la preparación física, psicológica y social de las gestantes a través de actividades educativas que generan en ella conocimientos y actitudes adecuadas que permitan su participación activa, con tranquilidad y seguridad, durante la gestación, parto y post parto.

La gestación es una etapa trascendental no solo en la vida de la madre, sino también en la del padre y la familia, es por ello que la educación brindada en la psicoprofilaxis obstétrica involucra no solo a la gestante, sino a la familia y a la comunidad. Crear un ambiente adecuado para la llegada del recién nacido compromete a todos, incluyendo a los profesionales de la salud, los cuales deben brindar la mejor educación y atención.

Durante la gestación ocurren diferentes cambios endocrinos, físicos y psíquicos en la mujer, tanto por los cambios en su imagen, como en los pensamientos que se apoderan de la futura mamá y que se ve afectado, así mismo, por los cambios hormonales que atraviesa. Es así que pueden aparecer ciertas alteraciones psíquicas que pueden llegar a afectar seriamente su salud mental.²

Son conocidos los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Obstétrica en el post parto, ya que al recibir una preparación integral durante la gestación que incluye aspectos físicos, psicológicos y sociales, vencen el temor a lo desconocido, sienten seguridad en el cuidado del recién nacido y son capaces de afrontar el parto con una expectativa diferente.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal esta práctica es muy común, donde preparan a la gestante de manera integral teniendo los servicios y la implementación adecuada para la realización de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, recibiendo en sus instalaciones diariamente gestantes de todas las edades. Se cuenta con servicios diferenciados para gestantes adolescentes y adultas con profesionales calificados en ambos grupos etarios para una atención de calidad a cada usuaria del servicio.

Durante el post parto se pueden presentar algunos trastornos del estado de ánimo tales como la tristeza post parto y la depresión post parto, que puede tener inicio en cualquier momento después del parto, días, semanas, meses e incluso hasta un año después y que cursa con sentimientos de culpa, incapacidad para hacerse cargo de su hijo y de ambivalencia afectiva hacia ella misma. Y la psicosis post parto, que es una enfermedad aguda y grave, que se caracteriza por depresión, ideas delirantes y pensamientos de dañar al lactante o a ella misma.³

La mayoría de los casos de depresión post parto se presenta durante el primer mes del puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después de que la mujer ha dado a luz. Estos síntomas en la madre posteriores al nacimiento de su hijo, puede deberse a que el hijo/a no fue planificado, la madre no se siente preparada o porque el niño/a nació con problemas físicos o psicológicos.⁴ Sin embargo, esta depresión, pudo haber tenido un inicio desde el embarazo y que al ser subdiagnosticado por los profesionales que estuvieron en contacto con ella no se pudo manejar en una etapa más temprana.

Si se conocen alteraciones durante el contacto con las pacientes se les debe brindar la confianza para comentar sus inquietudes y resolver oportunamente sus miedos. Si se detectan a tiempo estos problemas, mientras las mujeres se encuentran todavía en las instalaciones hospitalarias donde se atendió el parto, se intervendría precozmente y se brindaría la consejería y el apoyo integral a las puérperas, de ahí la importancia de institucionalizar la práctica de la Psicoprofilaxis Obstétrica en todos los establecimientos de salud de primer nivel de atención, ya que son el primer contacto de los servicios de salud con la comunidad.

Si una mujer se encuentra con una buena salud física, mental y social, se espera que afronte el periodo del trabajo de parto y post parto con buena actitud, generando así el ambiente propicio para la llegada del recién nacido.

Es por ello el gran compromiso que se tiene con la salud materna, de brindar una atención integral desde el primer nivel de atención y así mismo, realizar un trabajo multidisciplinario con otros profesionales para garantizar una atención holística y de calidad. Es conocido que las parturientas que no participaron de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica presentan un mayor grado de ansiedad y temor lo que puede desencadenar en complicaciones físicas, mentales y sociales.

En el Perú, se pueden ver estos avances reflejados en los indicadores de mortalidad y morbilidad materna, obtenido por el trabajo realizado que incluyen actividades preventivo-promocionales, tales como la realización de Psicoprofilaxis Obstétrica, la institucionalización del parto y la humanización de los mismos.

La vivencia del parto y post parto está en relación con la actitud que demuestre la madre y el control de los factores emocionales es lo que produce la disminución del temor y de la ansiedad.⁵ En el post parto, se podrán ver los beneficios en cuanto a los cuidados que brinde la madre al recién nacido y a sí misma, sintiendo seguridad y confianza en su realización. Si las pacientes contaran con un servicio que las oriente y apoye durante el post parto de la misma manera que las benefició la Psicoprofilaxis Obstétrica en el prenatal, se

lograría la atención integral que se busca con la Psicoprofilaxis Obstétrica, abarcando de esta manera no solo la etapa pre parto sino viendo a la gestante y puérpera en toda su integridad. Actualmente no se brinda la Psicoprofilaxis post parto en este servicio del Instituto Nacional Materno Perinatal, sin embargo, lo que se busca es seguir mejorando esta área preventivo promocional y contar con más obstetras calificados para brindar la mejor atención a las usuarias del servicio.

Es por ese motivo que se realiza la presente investigación con la finalidad de conocer si existe correlación entre asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal y de esta manera contribuir a plantear estrategias para el logro de uno de los Objetivos del Desarrollo Sostenible que compete a todos los profesionales de la salud en mejorar la salud materna. Es el objetivo 3, que habla acerca de Salud y Bienestar, el cual pide garantizar una vida sana en todas las edades y promover el bienestar general. Es así que para mejorar y garantizar una adecuada salud en las gestantes y puérperas se debe brindar una atención de calidad en los servicios que prevengan complicaciones mayores y así mismo, garantizar una detección oportuna de trastornos que se puedan presentar a lo largo del embarazo, parto y post parto.

De esta manera con su resultado final promocionar la Psicoprofilaxis Obstétrica en todos los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención para así fortalecer puntos clave en la atención de las gestantes y puérperas y de esta manera mejorar la salud materna y la del recién nacido.

Diferentes estudios manifiestan lo señalado:

Oñate SL. (Ecuador,2016) en su estudio, “Estrategias de apoyo, para prevenir la depresión post parto en madres usuarias del Centro De Salud “Tabacundo Tipo C”, 2015”, tuvo como objetivo primordial desarrollar estrategias de apoyo que permitan la prevención de depresión post parto en madres del Centro de Salud “Tabacundo Tipo C”, entre los resultados del diagnóstico se pudo verificar que la mayoría de las madres post parto eran adolescentes por lo que

se tomó como principal factor de riesgo para este trastorno, además de la presencia de problemas económicos y lo más relevante es el desconocimiento de la depresión post parto. El diseño de estrategias de apoyo favorecieron en el aprendizaje de nuevos conocimientos, además de incluir la participación del cónyuge en el cuidado del nuevo integrante de la familia, a través de todas las actividades y tareas planteadas en la propuesta se obtuvo resultados positivos tanto para la madre como también para la familia y comunidad. ⁶

Arrebola A. (España, 2015) en su trabajo, “La depresión post parto como problema de salud en la mujer”, llevó a cabo un estudio de revisión bibliográfica sistemática donde de un total de 49 artículos de interés empleó 12 documentos. En todos ellos se aborda el tema de la depresión post parto concluyendo que desde la atención primaria se tiene que hacer un cribado para detectar los primeros indicios de depresión post parto. Es por ello que se han desarrollado investigaciones para idear una intervención que favorezca a la mujer antes de llegar a este sentimiento de abandono, esta intervención es la Psicoprofilaxis Obstétrica. A través de este enfoque novedoso de la educación materna se busca hacer a las mujeres más conscientes de la realidad, de los problemas de depresión, entrando más en el enfoque psicológico y buscando localizar y exteriorizar los sentimientos. Logrando de este modo mayor confianza en la mujer para afrontar el embarazo, parto y puerperio, además de disminuir los casos de depresión post parto y fomentando una intervención más temprana y eficaz. ⁷

Romero RC, Vargas JE. (México, 2014) en su trabajo, “Efecto de una intervención educativa en Psicoprofilaxis Obstétrica con mujeres gestantes.”, elaboró un programa educativo con tres sesiones durante una semana: (a) Lunes: se abordó el tema de los Ejercicios Psicoprofilácticos; (b) Miércoles: el tema fue la Desensibilización Sistemática para el Control de la Ansiedad; (c) Viernes: se desarrolló el tema Mindfulness y Aceptación del Dolor. Las tres sesiones duraron 90 minutos. Se concluyó que el Programa Educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica empleado es un método recomendable como medio educativo y preventivo, que reduce los niveles de ansiedad y depresión en las mujeres gestantes. ⁸

Manuele E, Gorischnik M. (Uruguay, 2014) en su estudio, “El Método de Sofropedagogía Obstétrica en la prevención de la depresión puerperal”, se tuvieron dos etapas: En la primera, se creó una serie de nuevas estrategias para ser aplicadas en el transcurso del curso de Educación Maternal, destinadas a prevenir la aparición de los trastornos depresivos post-parto. Luego, utilizando como elemento de detección el Test de Edimburgo, se analizaron y compararon dos grupos de pacientes. Las preparadas con el método de Sofropedagogía Obstétrica y otro, aleatorio, que no recibió preparación. Podemos concluir afirmando que las nuevas estrategias incluidas al curso de Educación Maternal, constituyen un aporte importante para la prevención de la Depresión Puerperal, teniendo en cuenta los resultados alcanzados cuando se los compara aleatoriamente con otro grupo de pacientes no psicopreparadas.⁹

Urdaneta J, Rivera A, García J. (Chile, 2010) en su investigación, “Prevalencia de depresión post parto en primigestas y multíparas valoradas por la escala de Edimburgo.”, tuvieron como objetivo comparar la prevalencia de depresión post parto en primigestas y multíparas atendidas en la División de Obstetricia y Ginecología del Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela. Los resultados demostraron una prevalencia del test positivo en el 91% de la muestra, con una prevalencia de depresión post parto confirmada por medio del DSM-IV del 22%, presentando mayor frecuencia de ideación suicida las multíparas ($p < 0.05$). Se concluyó que la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión post parto, sin diferencias en cuanto a su paridad.¹⁰

Aguayo CI, Ángulo AM. (Chile) en su estudio, “Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre Septiembre de 2007 y Febrero de 2008.”, tuvieron como objetivo conocer los beneficios que las mujeres le atribuyen a haber participado de los talleres prenatales en los cuales se encontró una preparación física y mental que les permite relajarse a través del empleo de ejercicios durante el trabajo de parto. La atmósfera que se genera con la preparación, hace que las mujeres recuerden lo positivo e incluso mencionan que aunque

sintieron dolor, volverían a repetir la experiencia de parto natural, así mismo se relaciona con el desarrollo posterior del apego entre la madre, el padre y el recién nacido.¹¹

García del Campo L. (España) en su trabajo “Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la incidencia de la depresión post parto. Nure Investigación, nº 0, Noviembre 2003”, tuvo como objetivo determinar la eficacia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la disminución de la incidencia de la depresión post parto. El grupo control realizó el programa estándar de preparación al parto, y el grupo experimental, además de esta preparación estándar, recibió el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) se entregó a la mujer tras el parto para su auto-administración en torno al mes post-parto y su posterior retorno por correo. Se realizó el cálculo del riesgo relativo de desarrollar depresión post parto en cada uno de los grupos y a su significación estadística.¹²

Solis H, Morales S. (Perú, 2012) en su investigación, “Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal”, se concluyó que la Psicoprofilaxis Obstétrica es mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto como fue al principio. Con el tiempo, se ha ido transformando en una profilaxis global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo para la gestación, parto y post parto. El campo toco-fisio-psicoterapéutico, incluye una preparación integral con información y educación complementada con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental, lo que mejorará la calidad de vida en la madre y bebé. Por sus beneficios probados científicamente, esta atención integral reduce los factores de riesgo en la gestación, parto y post parto. Se ha descrito que existe un menor riesgo a tener depresión post parto, al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la educación prenatal por sus efectos positivos y beneficiosos en la madre, bebé y equipo de salud.¹³

Antiguamente el parto era visto como una experiencia normal por la que tenían que pasar las mujeres y el nacimiento era visto como una tarea normal y un rito de iniciación de ser mujer a ser una madre. Durante el siglo XVII, los médicos se involucraron en el proceso del parto ya que en 1777 Le Boursier empieza a dictar en Francia cursos gratuitos para mujeres sobre la mejor manera de prepararse para el parto. Sin embargo, es a principios del siglo XX que con los estudios de Jacobson y de Dick Read que realmente se sientan las bases de la Educación Maternal.¹⁴

En Rusia, se desarrolló a partir de las experiencias de Paulov, Platonov y Velvosky en el año 1944; y en Francia, Lamaze, a principio de 1950, observó el concepto de Psicoprofilaxis como la combinación de respiración profunda para estimular la relajación, el tacto para reducir la percepción del dolor y la educación para resolver el miedo debido a la ignorancia del proceso.

Una de las pacientes de Lamaze, Marjorie Karmel, junto con Elizabeth Bing, fueron quienes empezaron la Sociedad Americana de Psicoprofilaxis en Obstetricia o ASPO.¹⁴

Fue Roberto Caldeyro Barcia quien dejó establecidas las ventajas materno-fetales que obtienen las madres que realizan una preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica. Quedó comprobado científicamente que esta atención integral interviene en una prevención global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo en el embarazo, parto y post parto y que es ideal para la madre, el niño y equipo de salud. Por todos estos beneficios observados la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda realizar la Psicoprofilaxis Obstétrica.¹³

En el Perú existe la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO), fundada en 1995, que refiere que para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal se necesita de recurso humano calificado siguiendo de esta manera con la iniciativa de la OMS para mejorar la salud materna. Para la ASPPO, la Psicoprofilaxis Obstétrica es una preparación integral pre natal para un embarazo, parto y post parto sin temor, en las mejores condiciones y con la

posibilidad de una rápida recuperación. Además, comparte la frase que la “Psicoprofilaxis Obstétrica es la mejor aliada de la Obstetricia”.¹⁵

El Ministerio de Salud (MINSA) aprobó la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal mediante RM 361-2011-MINSA, cuya finalidad es estandarizar los procesos de Psicoprofilaxis Obstétrica en los diferentes servicios de obstetricia de los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional y se realizó con el objetivo de contribuir a la reducción de la morbilidad materna y perinatal incluyendo en la guía la realización de seis sesiones integrales. La define como el proceso educativo para la preparación integral de la 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.¹⁶

Las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica según la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal son:

Sesión 1: Cambios durante el embarazo y signos de alarma

Sesión 2: Atención prenatal y autocuidado

Sesión 3: Fisiología del parto

Sesión 4: Atención del parto y contacto precoz

Sesión 5: Puerperio y recién nacido

Sesión 6: Reconocimiento de los ambientes¹⁶

La guía estandariza los procesos teóricos-prácticos de la Psicoprofilaxis Obstétrica que deben brindarse a la gestante, pareja y familia a partir de las 20 semanas de gestación; sin embargo, las gestantes pueden acudir al servicio incluso si se encuentran faltando pocos días para la fecha probable de parto ya que esto se conoce como la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia (POE) donde se realizan 3 sesiones. Además la POE también se realiza durante el trabajo de parto, sea en la fase de dilatación o periodo expulsivo.¹⁷

La Psicoprofilaxis Obstétrica tiene como objetivo mejorar la salud materna y lo hace disminuyendo las emergencias y complicaciones obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio, así mismo, se interesa por la salud mental de las mujeres brindándose consejería y derivándose oportunamente si se detecta alguna alteración. Esta actividad se realiza desde los primeros niveles de atención que son el primer contacto con la población.

Es una técnica que sirve de relajación física y psicológica como fundamento, a la cual se añaden técnicas de respiración profunda, superficial y rítmica, a medida que el dolor aumenta de intensidad y frecuencia.

El campo toco-fisioterapéutico, incluye una preparación integral complementada con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental, los que facilitarán a la madre los esfuerzos durante todo el proceso, evitando o disminuyendo así posibles dificultades y/o complicaciones.

El objetivo de esta técnica es utilizar pocos medicamentos o ninguno durante la primera y segunda etapas del trabajo de parto. En sus orígenes fue utilizada para eliminar los dolores del parto, pero hoy en día este concepto es erróneo debido a que hay justificación neurofisiológica de la existencia del dolor en el parto y lo que busca esta preparación educativa es que los fenómenos dolorosos que se producen no se transformen en sufrimiento, es por esto que elementos fundamentales como: una preparación teórica, entrenamiento físico y una preparación psicológica desarrollará la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva.¹⁸

De esta manera contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor. Así mismo, contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.¹⁹

Las mujeres que completan las seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica tienen un mejor conocimiento de su cuerpo y son capaces de reconocer los signos de alarma de diversas emergencias obstétricas acudiendo a los

establecimientos de salud para poder salvar de esta manera la vida de ellas y el niño por nacer.²⁰

El servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica del Instituto Nacional Materno Perinatal atiende diariamente más de 70 gestantes con sus acompañantes, quienes reciben capacitación en los principios básicos de preparación del embarazo y el parto, técnicas de amamantamiento, higiene y limpieza, cuidados del bebé, vinculación afectiva, ejercicios de fortalecimiento para el parto entre otras actividades. Se atiende en dos horarios. En la mañana y en la tarde, contando con dos servicios diferenciados para gestantes adultas y adolescentes, teniendo en su cartera de atención profesionales calificados para cada grupo poblacional.²⁰

Se dice que es integral porque cubre varias áreas:

Psicológica: Una adecuada orientación y motivación ayudarán a la madre a sentirse cada vez más contenta, tranquila y segura durante esta etapa permitiéndole disfrutar de su embarazo al máximo y venciendo los temores o ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor.

Teórica: Se brindan conocimientos sobre anatomía y fisiología del embarazo, parto y puerperio para que comprendan y reconozcan cambios en el organismo durante estas etapas. Asimismo, con esta información las mamás sabrán cómo evoluciona el bebé facilitando el mejor cuidado, atención y estimulación.

Física: El cuerpo de la gestante como en cualquier deporte, necesita un buen entrenamiento para responder a las demandas gestacionales de la forma más eficaz con el mínimo esfuerzo, sintiéndose cada día más ágil, fortalecida y lista para el momento en el que va a necesitar de toda esa energía, el parto. Es por ello, la importancia de saber reconocer los objetivos de los ejercicios gestacionales.

En conclusión, la gimnasia obstétrica es solo una parte de la preparación y se debe emplear de una manera adecuada ya que no todos los embarazos son

iguales y algunos pueden traer consigo complicaciones ante los cuales el obstetra sabrá indicar los ejercicios adecuados para cada situación particular.

La Psicoprofilaxis Obstétrica no solo está dirigida a las mujeres que van a tener un parto vaginal, sino a las gestantes en general, ya que se mejora la calidad de vida del bebé y la mamá y el especialista siempre elegirá lo mejor para ambos y que su recuperación sea más rápida y cómoda.

Busca un “Parto sin Temor” ya que el miedo es la raíz de todo. Miedo a lo desconocido o mal conocido. Si una persona actúa con temor jamás habrá tranquilidad y seguridad. Por lo tanto, es lo primero que se debe combatir mediante los conocimientos, ya que este temor provoca mayor tensión en la gestante retrasando de esta manera el curso del trabajo de parto. Lo importante no es aguantar el dolor sino aprender a controlarlo y vencerlo, así se asegura una mejor oxigenación de la madre y el niño hasta su nacimiento.

Hasta hace algunos años se consideraba al padre un espectador, hoy en día cumple un rol importante. Aprende a comprender las necesidades y colabora durante todas las etapas convirtiéndose en el mejor esfuerzo técnico el día del parto. Es por ello que participa junto a la gestante de las sesiones siendo parte tanto de la preparación física y psicológica.¹⁹

Los objetivos de la Psicoprofilaxis Obstétrica son:

Capacitar física y mentalmente a la gestante para lograr una participación activa positiva y responsable en el parto con el consecuente manejo del dolor y así contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad materno-perinatal.

Lograr que la madre y la familia adquieran conocimientos, desarrollen estrategias y habilidades en Psicoprofilaxis Obstétrica, contribuyendo así a una maternidad saludable.

Enfatizar el importante rol de la familia en el desarrollo y crecimiento adecuado del ser humano desde la fecundación, gestación, nacimiento y después de este.²¹

Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológicamente, acerca de los cambios fisiológicos del embarazo, parto, puerperio y sus complicaciones.

Motivar que el mayor número de gestantes acudan a la atención prenatal y promover el parto institucional.

Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, considerando factores como edad, paridad y situaciones especiales.

Fomentar y comprometer la participación y acompañamiento de la pareja durante la gestación, parto y post parto.

Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde con los hallazgos clínicos.

Promover la lactancia materna

Capacitar a las gestantes para el cuidado adecuado del recién nacido.²²

Entre las ventajas que se le atribuyen a la Psicoprofilaxis Obstétrica se tiene:

- ✓ Una buena actitud y mejor respuesta durante el trabajo de parto.
- ✓ El tiempo total del trabajo de parto suele ser más corto.
- ✓ La expulsión del recién nacido suele ser en menor tiempo y más efectiva.
- ✓ Se reduce la posibilidad de complicaciones durante el parto.
- ✓ Se reduce el uso de medicamentos.
- ✓ El bebé nace con mejor estado de salud y con buena respiración.
- ✓ Se reduce el número de cesáreas e instrumentación en el parto.
- ✓ Favorece una buena lactancia y sin complicaciones.
- ✓ Se logra una recuperación más rápida y cómoda.
- ✓ Hay menor riesgo de presentar depresión post parto.²³

Las bases doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica están dadas bajo cuatro escuelas. La escuela soviética, representada por Pavlov, Platonov, Velvosvsky y Nicolaiev. Su postulado es: "El parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación activa de la mujer". Establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede desacondicionarse.

Entre sus fundamentos teóricos y prácticos encontramos que la actividad nerviosa superior basada en los trabajos de Pavlov y el establecimiento de los reflejos instintivos y de los reflejos condicionados o adquiridos establecieron la importancia de la corteza cerebral en la elaboración de la sensación dolorosa.

Los reflejos absolutos o incondicionados son vinculaciones permanentes entre un estímulo y una reacción determinada del organismo elaborada a nivel de la médula, del bulbo o de otros centros subcorticales; a diferencia de los reflejos condicionados, que relacionan o vinculan las sensaciones externas y la respuesta del organismo, que se elaboran a nivel cortical.

Existe un rol importante de la emoción, la cultura y de los factores sociales en las sensaciones del parto que conducen a la consideración de que “el dolor del parto” es un fenómeno de masas. El cambio de la actitud de la mujer hacia el parto y su conducta durante el mismo debe contribuir toda la sociedad en sus ideas, artes y literatura.

El lenguaje es un instrumento que se puede utilizar como medio fisiológico y terapéutico. La palabra, de acuerdo a Pavlov, es un estímulo condicionante tan real que permite modificar la actividad neuronal, bloquea a nivel de la corteza cerebral el dolor de origen periférico y visceral, permitiendo crear en la mujer un reflejo condicionado positivo independiente de la experiencia personal.

El principio rector y dominante es el aumento de la actividad de los procesos de inducción positiva en la corteza cerebral, dando como resultado la reeducación de la mujer.

Hace propaganda para desaparecer la idea del parto como acto peligroso y doloroso para ello se considera indispensable la preparación de los ambientes hospitalarios los que deben ser con mucha luz, láminas, diversos colores, etc. Preparación del personal hospitalario, quienes no deben de hablar de “Dolores del Parto”, este término debe ser sustituido por contracciones uterinas y los medios de comunicación deben de colaborar refiriéndose al parto como una experiencia maravillosa.¹⁹

La escuela inglesa representada por el Dr. Grantly Dick Read, con su postulado “El Temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal”

establece un orden de importancia entre los 4 elementos: educación-respiración-relajación-gimnasia.

Sus fundamentos teóricos y prácticos mencionan que el dolor se origina en la civilización y la cultura. El parto natural sin dolor solo existe hasta que llegó la civilización. El dolor se origina en la tensión que produce la contracción de las fibras longitudinales y circulares del útero, estímulos que irán al tálamo, quienes interpretados equivocadamente por el cerebro, los transforman en sensación de dolor.

Se considera la educación como fundamental en la preparación psicoprofiláctica de la gestante para la erradicación del temor. Complementa su teoría con los diversos tipos de respiración que contribuyen a la relajación del cuello del útero. Se proporcionan conocimientos elementales pero ajustados a los hechos científicos sobre la anatomía y la fisiología de la reproducción humana con todas sus consecuencias físicas y psíquicas cuyo conocimiento previo permite que se sepa lo que va a suceder y de qué forma actuar.

Considera que el ambiente debe de ser armónico y favorable, así como el apoyo emocional es fundamental en el momento del parto para que la gestante pueda desarrollar la relajación necesaria que la libere del temor y la tensión.

Se busca la erradicación de la triada: Temor – Tensión – Dolor ya que una mujer en relajación es igual a un cuello uterino blando.

La correcta respiración mejora el estado general durante el embarazo así como los requerimientos maternos y fetales. Durante el trabajo de parto permite una mejor oxigenación durante las contracciones uterinas y ayuda al útero en el periodo expulsivo y mantiene al feto en buenas condiciones.

La relajación es el estado en el que el tono muscular de todo el cuerpo esta reducido al mínimo y las sensaciones de la actividad uterina durante el parto se interpreta en su verdadero significado con un trabajo muscular sin molestias. ¹⁹

Read introduce la preparación física mediante la gimnasia obstétrica la cual es considerada como una ayuda que no debe ser exagerada o sobreestimada que

mejora el estado físico general, beneficia la flexibilidad de los músculos y articulaciones de la pelvis mediante ejercicios que se deben de realizar con lentitud, uniéndolos con la respiración. ²³

La escuela francesa representada por el Dr. Fernand Lamaze con su postulado: “Parto sin dolor por el medio psicoprofiláctico en base a la educación neuromuscular”, establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede desacondicionarse. ¹⁹

Sus fundamentos teóricos y prácticos mencionan que los principios son los mismos que los de la escuela Rusa. Crear un foco cortical potente capaz de inhibir los estímulos originados en la contracción uterina. En lugar de la respiración profunda, se utiliza la respiración acelerada con el objetivo de limitar los movimientos del diafragma, evitando la compresión sobre el fondo uterino, manteniendo una oxigenación adecuada.

La relajación muscular es un fenómeno activo, consciente y dirigido, se incrementa el conocimiento de la acción de los músculos para hacerlo actuar a medida de las necesidades. Esta inhibición resulta de una actividad cortical, se trata de un acto consciente y dirigido. La relajación es entonces un aprendizaje, una educación, una actividad cerebral.

Se integra al esposo de una manera muy importante, tanto en la preparación teórica- práctica, como en el momento del parto, además considera importante conocer la psicología de la gestante y cuanto conoce del parto. ²⁴

La escuela ecléctica representada por el Dr. Leboyer, el Dr. Gavensky y otros, con su postulado: “Parto sin dolor, parto sin violencia”, escoge lo mejor de cada escuela o teoría dirigiendo su atención hacia el recién nacido. ¹⁹

El parto es el mecanismo en el cual se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al exterior en un tiempo relativamente breve. Es un momento crucial en la vida de los humanos, para la mayoría el más importante, y que de acuerdo a como se realice tendrá sus repercusiones en un futuro. ²⁴

El puerperio es el periodo post parto que comienza después de la salida de la placenta e incluye los 364 días posteriores. Durante esa fase se producen transformaciones progresivas de orden anatómico y funcional.

Regresan paulatinamente todas las modificaciones gravídicas por un proceso de involución hasta casi restituir las a su estado previo al embarazo transcurrido.

Solo la glándula mamaria hace excepción a lo expresado, puesto que alcanza gran desarrollo para responder a la lactancia.

El periodo del post parto o puerperio se divide en:

Puerperio Inmediato: Abarca las primeras 24 horas, las que transcurren generalmente durante la internación.

Puerperio Mediato: Abarca desde las 24 horas hasta los primeros 10 días después del parto.

Puerperio Alejado: Se extiende desde el día 11 hasta los 42 días, fecha considerada clásicamente como la finalización del puerperio.

Puerperio Tardío: Corresponde al periodo que comienza al finalizar el puerperio alejado, o sea después de los 42 días del parto y se extiende hasta los 364 días cumplidos.²⁵

Las mujeres presentan diferentes cambios bioquímicos, hormonales, psicológicos y sociales durante el embarazo y puerperio lo que las hace más vulnerables a la aparición de trastornos psíquicos. Se estima que cerca de un 80% de ellas presentan alguna alteración que pueda ir desde molestias leves y transitorias como la tristeza y el llanto desconocido, tener dificultad de vincularse con el recién nacido, hasta trastornos graves como tener inclinaciones suicidas.³

Las mujeres que presentan problemas depresivos en el post parto generalmente son las que tienen problemas de autoestima, trastornos de la personalidad, depresión, depresión post parto previo y dificultades en las relaciones maritales, que no cuentan con redes de apoyo suficientes, presentan

cuadros ansiosos y de estrés que aparecieron durante el embarazo y no contaron con el apoyo familiar y profesional oportuno. Así mismo, se describe una asociación discreta relacionada a la presencia de complicaciones obstétricas y neonatales y no saber acerca de los cuidados del recién nacido.²⁶

Muchas veces estas pacientes son subdiagnosticadas por los profesionales de la salud al no tener la información necesaria acerca de este problema y no se trabaja con ellas evitando que se presente o tratando el problema oportunamente y evitando así que se intensifique y se convierta en un padecimiento crónico que involucra a ella, a la pareja, al recién nacido y la familia.³

Los trastornos del estado de ánimo descritos clásicamente en el post parto han sido la tristeza post parto o *maternity blues*, la depresión post parto y la psicosis puerperal.

Respecto a una etiología específica que explique el inicio de un trastorno del estado del ánimo durante el post parto, únicamente recibe consenso la hipótesis de que probablemente las causas residan en una combinación de factores biológicos, endocrinos y psicosociales.

El embarazo produce diferentes cambios en la vida de una mujer lo cual significa que influye psicológicamente en ella. Para esto se han interpretado dos supuestos. Uno que la mujer entiende el embarazo como una crisis, un estado de salud anormal que, tras el parto y el periodo después de la recuperación, se vuelve a la normalidad. Y el otro punto de vista que entiende al embarazo como una etapa normal en la vida y desarrollo de una mujer, tales como la adolescencia y la menopausia, donde también se producen cambios endocrinos y en la imagen corporal, así como el trabajo psíquico de adaptación primero a los cambios del embarazo y luego a la nueva situación de ser madre.²⁷

Numerosos estudios muestran que durante los meses que siguen al parto, período en que la mujer es muy vulnerable desde el punto de vista psíquico,

más del 40% de las madres sufre de síntomas depresivo-ansiosos inespecíficos y que del 10% al 15% desarrolla una enfermedad depresiva propiamente dicha.²⁸

Se podría decir de que la depresión post parto es un trastorno infradiagnosticado, ya que, por sus características, es una alteración que en muchas ocasiones no es percibida por la propia mujer ni por su familia como una enfermedad, sino que es sentido y visto como algo propio del post parto.

La tristeza post parto llamada comúnmente *Baby Blues* o *Maternity Blues* se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales con una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto. Los síntomas son de alivio espontáneos dentro de las dos a tres semanas siguientes al alumbramiento y no requieren de atención médica y/o psicológica. Se puede presentar entre el 50 y 80% de las mujeres que han dado a luz.

Actualmente, no se tienen causas específicas, sin embargo se encuentran factores de riesgo que puedan producir que una madre sea más susceptible a presentarla. A pesar de esto, hay casos en que las mujeres poseen uno o varios antecedentes, sin que se dé la presencia de esta alteración.²⁹

Los factores más comunes son la presencia de episodios de depresión o síntomas depresivos durante el embarazo, así como de sucesos estresantes durante la gestación, especialmente durante el último mes.

Se ha visto que las alteraciones del sueño, haber padecido un síndrome premenstrual, o el antecedente de hijos muertos, aumenta las posibilidades de que aparezca.³⁰

La familia constituye un factor muy importante para apoyar a la nueva mamá, se necesita de apoyo familiar para que la mujer pueda atravesar esta etapa con mayor facilidad. Ahí radica la importancia de informar a la madre, la pareja y los familiares acerca de la existencia de esta entidad clínica y sus diferencias con la depresión post parto.

Es indispensable informar que el estado de tristeza post parto se debe primordialmente a los cambios hormonales, así como al ajuste familiar y social que enfrenta la madre. Así mismo, es preciso enfatizar que si los síntomas aumentan o no han desaparecido después de dos a tres semanas, se debe contactar a un profesional de la salud.³¹

La depresión post parto se trata de un trastorno cuya sintomatología es en general muy similar a la de los episodios de depresión mayor que aparecen en otras épocas de la vida. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y hasta un año después⁴ y puede afectar en cualquier tipo de parto o número de embarazo.³²

La mayoría de los casos de depresión post parto se presenta durante el primer mes del puerperio o poco después y, por lo general, los síntomas alcanzan su intensidad máxima entre las 8 y las 12 semanas después de que la mujer ha dado a luz.³³

El contexto de la maternidad influye en la presentación de los síntomas y así, por ejemplo, las ideas de culpa y minusvalía, que en forma habitual tiñen el vivir de los deprimidos, aquí se traducen en sentimientos de incapacidad para asumir el rol de madre y hacerse cargo de las tareas que involucra el cuidado del niño(a).³³

Entre estos sentimientos se encuentran:

- Llanto
- Abatimiento
- Labilidad emocional
- Sentimiento de culpa
- Pérdida de apetito
- Problemas de sueño
- Sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del hijo(a).
- Problemas de memoria
- Fatiga e irritabilidad

- Algunas mujeres pueden preocuparse excesivamente por la salud del hijo(a) o verse a sí mismas como malas madres, inadecuadas o poco cariñosas.³⁴

Existen efectos adversos asociados tanto para la madre como para el niño en cuanto a la depresión post parto. Diversas investigaciones han encontrado consecuencias negativas a nivel del vínculo madre-hijo(a) y el desarrollo infantil, tanto en términos emocionales, conductuales como cognitivos.

Sin embargo, la depresión puerperal no sólo puede afectar el modo como la madre se relaciona con su hijo sino también la manera como lo percibe. Se ha visto que las madres deprimidas perciben más negativamente a sus hijos y que los consideran más difíciles de criar que las madres controles no deprimidas.⁴

Hasta el momento, no se conocen las causas específicas de la depresión post parto, únicamente se han podido observar factores de riesgo. Sin embargo, este padecimiento se puede presentar incluso cuando la madre no ha mostrado ningún antecedente.

Entre los factores de riesgo para presentar depresión post parto se conocen:

- Historia pasada de psicopatología (especialmente depresión y ansiedad)
- Presencia de alteraciones psicológicas durante el embarazo
- Depresión post parto previa
- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo (principalmente embarazos de alto riesgo)
- Embarazo no planeado y/o deseado
- Falta de apoyo familiar y/o social
- Problemas familiares y/o sociales
- Pobre relación marital
- Abandono o separación de la pareja
- No contar con un compañero
- Pareja presente, pero que no proporcione apoyo emocional
- Falta de redes de apoyo
- Situaciones estresantes

- Dificultades económicas
- Abuso físico, emocional o sexual en la infancia
- Fallecimiento, abandono o separación de un familiar o ser querido
- Mala relación con la madre
- Antecedente de pérdidas perinatales
- Sensibilidad a los cambios hormonales
- Alteración en la función tiroidea
- Dificultades en la lactancia
- Mala salud del recién nacido
- Bebé difícil de cuidar ³⁴

Se ha descrito que la morbilidad de la depresión aumenta por la demora en el diagnóstico, así como que el estigma, la vergüenza y la culpa que sienten madres frente a esta situación y que son un importante factor de retraso en el diagnóstico.

No tratar la depresión en el post parto puede implicar efectos adversos de largo plazo para la madre, como que este episodio puede constituirse precursor de depresión recurrente. ³⁴

En relación a la intervención, el primer paso es detectarla, especialmente en sus inicios, cuando se perciban síntomas o se presenten signos de alarma, como quejas psicósomáticas, cansancio, dolores, múltiples llamadas para pedir ayuda, o se observe que la mujer está triste, preocupada o con miedo. ³²

De ahí la importancia de los profesionales que tienen contacto con estas pacientes durante el embarazo, parto y post parto, ya que pueden detectar factores de riesgo tempranamente y educar oportunamente a las mujeres para que atraviesen por esta etapa de la mejor manera. Así mismo, si presentan algunos síntomas que den indicio de que la mujer esté atravesando por un problema de ansiedad y/o depresión actúen de manera oportuna refiriendo a la paciente con un especialista (psicólogo, terapeuta o psiquiatra) para que sea evaluada y reciba el tratamiento adecuado, buscando el apoyo multidisciplinario y una atención integral.

El tratamiento tiene dos opciones de intervención terapéutica:

1) Terapia (individual o de grupo)

2) Medicación.

En aquellos casos en que se presenta una depresión de moderada a grave, lo ideal es combinar ambas.³¹

La psicosis post parto tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%.³⁵ El cuadro es de presentación dramática y representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas post parto, a veces a las 48 o 72 horas después de dar a luz.

Las mujeres que han padecido un trastorno psicótico previo tienen un riesgo del 35% de desarrollarla. En aquellos casos en que la psicosis apareció por primera vez durante el post parto, el riesgo de recurrencia en un siguiente nacimiento es del 50 al 60%. Después de un episodio de psicosis puerperal, hay una posibilidad de recaída con episodios maníacos o depresivos.²⁸ Suele debutar con síntomas tales como inquietud, irritabilidad y trastornos del sueño.³²

Habitualmente la psicosis puerperal evoluciona rápido, destacando entre los síntomas el ánimo deprimido o exaltado, el desajuste conductual, la labilidad emocional, como también los delirios y las alucinaciones.

Aún se debate si la psicosis post parto es una entidad diagnóstica independiente o si se trata de una psicosis afectiva (trastorno del ánimo) de evolución rápida.³²

Entre los factores de riesgo para presentar psicosis puerperal se encuentran:

- Antecedente personal de un trastorno afectivo (especialmente trastorno bipolar).
- Haber padecido anteriormente esquizofrenia o un trastorno esquizoafectivo.
- Psicosis puerperal previa.
- Historia familiar de trastornos afectivos.

- Complicaciones obstétricas durante el embarazo, el parto o después del mismo.

Cabe señalar que, dado sus características, habitualmente las pacientes que presentan esta afección son derivadas al psiquiatra. En lo substancial, se tratan igual que cualquier psicosis afectiva presente en otra época de la vida.

En cuanto al tratamiento de las depresiones post parto no psicóticas, se deben considerar tanto las psicoterapias como los tratamientos farmacológicos.³²

La Escala de Depresión de Post Parto de Edinburgh (EPDS) se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión post parto. Estudios previos demostraron que la depresión post parto afecta por lo menos a un 10% de las mujeres y que muchas de las madres deprimidas se quedan sin tratamiento.

Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las tareas de la casa, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado y puede que toda la familia sufra consecuencias a largo plazo.

La Escala de Depresión de Post Parto de Edinburgh (EPDS) se creó en centros de salud en Livingston y Edinburgh. Este instrumento ha sido diseñado específicamente como método de despistaje y no de diagnóstico para depresión post parto, consiste en un registro de auto aplicación, que consta de diez ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres pueden contestar la escala sin dificultad en menos de 5 minutos.

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración.³⁶

El estudio de validación demostró que las madres que obtienen resultados por encima del umbral del 92.3% es más probable que padezcan de alguna

enfermedad depresiva de diferentes niveles de gravedad. No obstante, no se le debe dar más importancia a los resultados de la Escala de Depresión de Post Parto de Edinburgo (EPDS) que al juicio clínico. Se debe realizar una evaluación clínica prudente para confirmar el diagnóstico. La escala indica la manera en que la madre se sintió durante la semana anterior y en casos dudosos, podría ser útil repetirla después de 2 semanas. La escala no detecta las madres con neurosis de ansiedad, fobias o trastornos de la personalidad.

Instrucciones de uso:

- a. Se le pide a la madre que escoja la respuesta que más se asemeje a la manera en que se sintió en los 7 días anteriores.
- b. Tienen que responder las diez preguntas.
- c. Se debe tener cuidado y evitar la posibilidad de que la madre hable sobre sus respuestas con otras personas.
- d. La madre debe responder la escala ella misma, a no ser que o que tenga problemas para leer.

Pautas para la evaluación:

A las categorías de las respuestas se les dan puntos de 0, 1, 2 y 3 según el aumento de la gravedad del síntoma. Los puntos para las preguntas 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se anotan en orden inverso (por ejemplo, 3, 2, 1, 0)

Se suman todos los puntos para dar la puntuación total. Una puntuación de 13 a más muestra la probabilidad de una depresión. Cualquier número que se escoja que no sea el "0" para la pregunta número 10, significa que es necesario hacer evaluaciones adicionales inmediatamente. La puntuación de la EPDS está diseñada para asistir al juicio clínico, no para reemplazarlo. Se les harán evaluaciones adicionales a las mujeres antes de decidir el tipo de tratamiento.³⁷

Por lo anteriormente expuesto planteamos la siguiente pregunta como problema de investigación: ¿Existe correlación entre asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en púerperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de Marzo – Abril 2017?

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

GESTANTE PREPARADA EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: Gestante que ha recibido 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el embarazo.

GESTANTE SIN PREPARACIÓN EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA: Gestante que no ha recibido ninguna sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el embarazo.

PUERPERIO: Es el periodo post parto que comienza después de la salida de la placenta e incluye los 364 días posteriores.²⁵

TRISTEZA POSTPARTO: Llamada comúnmente *Baby Blues* o *Maternity Blues* se describe como una alteración del estado de ánimo, debida principalmente a cambios hormonales, psicológicos y sociales con una intensidad y duración variable, y suelen aparecer entre los dos y cuatro días posteriores al parto.²⁷

DEPRESIÓN POSTPARTO: Se trata de un trastorno cuya sintomatología es en general muy similar a la de los episodios de depresión mayor que aparecen en otras épocas de la vida. Suele comenzar en cualquier momento posterior al parto, ya sea días, semanas, meses y durar hasta un año después.³¹ Para su tratamiento oportuno es importante la detección precoz de las pacientes que tengan riesgo de presentarlo, para ello es importante el conocimiento de los medios de pesquisa por parte de los profesionales de la salud que tienen contacto con estas pacientes.

PSICOSIS PUERPERAL: Tiene una incidencia del 0,1 al 0,2%.³³ El cuadro es de presentación dramática y representa una emergencia psiquiátrica. Por lo general comienza durante las primeras dos semanas post parto, a veces a las 48 o 72 horas después de dar a luz.²⁷

ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST PARTO DE EDINBURGH: Se creó para asistir a los profesionales de la atención primaria de salud en la detección de las madres que padecen de depresión de post parto. Consiste de diez cortas declaraciones. La madre escoge cuál de las cuatro posibles respuestas es la que más se asemeja a la manera en la que se sintió durante la semana anterior. Un puntaje mayor o igual a 13 indica riesgo de depresión post parto. ³⁶

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Correlacionar la asistencia al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de marzo– abril de 2017.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar las puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto entre la población estudiada.
- Determinar las proporciones de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 6 sesiones y 0 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Correlacionar las proporciones de depresión y sin depresión post parto en pacientes con 6 sesiones y 0 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica.

FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La asistencia a seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica se correlaciona positivamente con no presentar riesgo de depresión post parto.

2. METODOLOGÍA

2.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Estudio descriptivo, transversal con diseño correlacional.

2.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Fueron puérperas inmediatas cuyo parto se realizó en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo marzo – abril de 2017, en este caso se tienen identificadas 3358 puérperas inmediatas de parto vaginal y cesárea para los meses de estudio.

2.3. MUESTRA

- **Unidad de Análisis:** Puérpera inmediata.
- **Tamaño Muestral:** Para obtener un nivel de confianza del 95% con un margen de error de 5%, se necesitó una muestra de 300 puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión a quienes se le aplicó de manera directa la encuesta para la obtención de datos.

Se utilizó la siguiente fórmula:

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

Donde:

n = Tamaño de muestra : 300

N = Población : 3358

p = Proporción de incidencia del evento (50%) : 0.5

q = 1 – p (Complemento de p) : 0.5

Z_{α} = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado
($\alpha=0.05$) : 1.96

d = 5% : 0.05

- **Tipo de muestreo:** No Probabilístico, por criterio.

GRUPO 1: CON SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Criterios de inclusión:

Aceptaron participar en el estudio

Puérperas inmediatas

Edad entre 20 y 35 años

Recibió seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica

Atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal

Criterios de exclusión:

Puérperas que tuvieron diagnóstico de patología previa.

Puérperas que presentaron antecedentes de trastornos psiquiátricos y/o estuvieron bajo tratamiento psicofarmacológico/psicoterapéutico.

Puérperas analfabetas y/o con discapacidad visual.

GRUPO 2: SIN SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Criterios de inclusión:

Aceptaron participar en el estudio

Puérperas inmediatas

Edad entre 20 y 35 años

No recibieron ninguna sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica

Atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal

Criterios de exclusión:

Puérperas que tuvieron diagnóstico de patología previa.

Puérperas que presentaron antecedentes de trastornos psiquiátricos y/o estuvieron bajo tratamiento psicofarmacológico/psicoterapéutico.

Puérperas analfabetas y/o con discapacidad visual.

2.4. DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.

V1.- Asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica: Asistir a las sesiones teóricas y prácticas de preparación para el parto que se brindan en el servicio de Salud Sexual y Reproductiva del Instituto Nacional Materno Perinatal.

V2.- Riesgo de presentar depresión post parto: Riesgo de desarrollar un trastorno depresivo similar al de otras etapas de la vida dentro del primer año posterior al parto.

2.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

TÉCNICA

Se empleó el cuestionario estructurado como técnica de recolección para captar la información del riesgo de presentar depresión post parto y para la obtención de la información de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica se empleó la observación documental de los datos registrados en la historia clínica.

INSTRUMENTO

Para el logro de los objetivos del presente estudio se hizo uso de una ficha de recolección de datos sociodemográficos de las participantes elaborado por la autora en base a la revisión bibliográfica y con información que se necesitó para la realización de la investigación. Así mismo, se hizo uso de la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo (EPDS) que es una buena herramienta para el tamizaje de cuadros depresivos del post parto, fácil de aplicar, breve y cuyo uso se ha extendido en muchas partes.

Este instrumento consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno. Las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo a la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. Una puntuación de 13 ó más indica sospecha de depresión post parto. Cualquier puntaje distinto de cero 0 en la pregunta N° 10 requiere de evaluación adicional.

2.6. PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.

- Para la ejecución del presente trabajo de investigación se requirió de la aprobación del comité de investigación de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, una vez aceptada se obtuvo la resolución emitida por el decanato de aprobación del estudio. Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar los permisos correspondientes en el Instituto Nacional Materno Perinatal para poder aplicar las encuestas y obtener la información solicitante.
- Se acudió de manera interdiaria a las instalaciones nosocomiales debido a que las pacientes son dadas de alta del Instituto Nacional Materno Perinatal con un mínimo de 24 horas post parto vaginal y 36 horas post cesárea y se requirió la obtención de datos de todas las pacientes que cumplieran con los criterios establecidos.
- Los días de aplicación del instrumento se acudió a las diferentes áreas de Hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal (en total 5 servicios, A, B, C, D, E) se conversó con las jefas de dichos servicios

para poder acceder a las pacientes en un horario que no se vea interrumpida la atención y tampoco que coincida con el horario de visita. En dichos ambientes se encontraron a las puérperas inmediatas en alojamiento conjunto con sus recién nacidos y se aplicó las encuestas a las pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

- Se dividió a las pacientes en dos grupos revisando sus tarjetas de asistencia que se entrega en el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica, 150 pacientes con 6 asistencias al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y 150 pacientes con 0 asistencias al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Al momento de la aplicación del instrumento, primero se leyeron las consideraciones éticas consideradas y se expresó a las participantes que todo es con fines de investigación.
- Se solicitó voluntariamente si pueden acceder a participar de la investigación y se puso en conocimiento la manera del llenado de las encuestas. Todas las preguntas fueron cerradas y de opción múltiple, uno de los instrumentos fue para conocer las características sociodemográficas y el otro fue para conocer si existe riesgo de presentar depresión post parto medido mediante la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo (EPDS) anteriormente detallada.
- Las participantes que obtuvieron un puntaje de 13 a más en la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo (EPDS) fueron informadas al área correspondiente para una evaluación clínica adicional, así mismo, las participantes que obtuvieron un puntaje diferente de cero (0) en la pregunta N°10 fueron puestas a disposición del departamento de psicología de cada servicio de hospitalización para la evaluación y seguimiento correspondiente por la especialidad.
- La información obtenida se ingresó a la base de datos del software Microsoft Excel para Windows. Para el procesamiento y presentación de los datos se empleó la estadística descriptiva donde se elaboraron tablas simples, de doble entrada, gráficos de barras y diagramas.
- Se consideró asociación estadística mediante la prueba de Chi cuadrado, la cual se consideró significativa con un valor de $p < 0.05$; y

para conocer la correlación entre las variables asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y riesgo de presentar depresión post parto se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Todos los cálculos se efectuaron mediante los programas Excel 2010 y SPSS versión 24.0.

2.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Se trabajó con la seriedad debida y la responsabilidad correspondiente ya que se aplicó el instrumento directamente a las pacientes y se requirió de su completa honestidad al momento de su realización.

Se respetaron los principios éticos fundamentales de toda investigación, manteniéndose la información obtenida en completa confidencialidad, cumpliendo su único fin el de generar conocimientos y poder de esta manera beneficiar la mayor cantidad de población.

Los resultados finales se pondrán a disposición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos como parte de investigación generada en la Facultad de Medicina y de la misma manera serán dejados en el Servicio Educativo en Salud Reproductiva-Adultas del Instituto Nacional Materno Perinatal para la mejora continua del servicio.

2.8. CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Por las características del estudio se requirió poner al conocimiento de las pacientes el motivo de la realización de la presente investigación y para poder contar con su voluntaria e informada participación se solicitó previamente las firmas del consentimiento informado.

3. RESULTADOS

Tabla N° 1: Características sociodemográficas de púerperas inmediatas según asistencia a Psicoprofilaxis Obstétrica y riesgo de depresión post parto Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril de 2017

	Riesgo de Depresión Post Parto							
	Con				Sin			
	0 sesiones		6 sesiones		0 sesiones		6 sesiones	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad								
20-25	19	38,0	4	44,4	48	48,0	78	55,3
26-30	19	38,0	4	44,4	32	32,0	31	22,0
31-35	12	24,0	1	11,1	20	20,0	32	22,7
Estado Civil								
Soltera	5	10,0	1	11,1	15	15,0	23	16,3
Casada	5	10,0	1	11,1	16	16,0	23	16,3
Conviviente	40	80,0	7	77,8	69	69,0	95	67,4
Viuda	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Divorciada	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Grado de instrucción								
Primaria completa	2	4,0	0	0,0	3	3,0	2	1,4
Primaria incompleta	1	2,0	0	0,0	3	3,0	0	0,0
Secundaria completa	29	58,0	3	33,3	47	47,0	57	40,4
Secundaria incompleta	4	8,0	0	0,0	11	11,0	7	5,0
Superior técnico completo	12	24,0	3	33,3	17	17,0	34	24,1
Superior técnico incompleto	0	0,0	2	22,2	10	10,0	11	7,8
Superior universitario completo	1	2,0	0	0,0	4	4,0	12	8,5
Superior universitario incompleto	1	2,0	1	11,1	5	5,0	18	12,8
Ocupación								
Ama de casa	34	68,0	7	77,8	72	72,0	92	65,2
Estudiante	2	4,0	1	11,1	7	7,0	22	15,6
Empleada	11	22,0	1	11,1	19	19,0	20	14,2
Otros(Independiente)	3	6,0	0	0,0	2	2,0	7	5,0
Lugar de nacimiento								
Lima	21	42,0	5	55,6	50	50,0	86	61,0
Provincia	29	58,0	4	44,4	50	50,0	55	39,0
Lugar de Residencia								
Lima	48	96,0	9	100,0	100	100,0	138	97,9
Provincia	2	4,0	0	0,0	0	0,0	3	2,1
Número de hijos								
Primer hijo	18	36,0	8	88,9	42	42,0	95	67,4
Más de un hijo	32	64,0	1	11,1	58	58,0	46	32,6
Edad Gestacional								
<37 semanas	2	4,0	0	0,0	8	8,0	8	5,7
37-41 semanas	48	96,0	9	100,0	91	91,0	132	93,6
>42 semanas	0	0,0	0	0,0	1	1,0	1	0,7
Tipo de Parto								
Vaginal	37	74,0	5	55,6	68	68,0	84	59,6
Cesárea	13	26,0	4	44,4	32	32,0	57	40,4
Parto con acompañante								
SI	23	46,0	3	33,3	54	54,0	68	48,2
NO	27	54,0	6	66,7	46	46,0	73	51,8
Total	50	100,0	9	100,0	100	100,0	141	100,0

Fuente: Encuesta

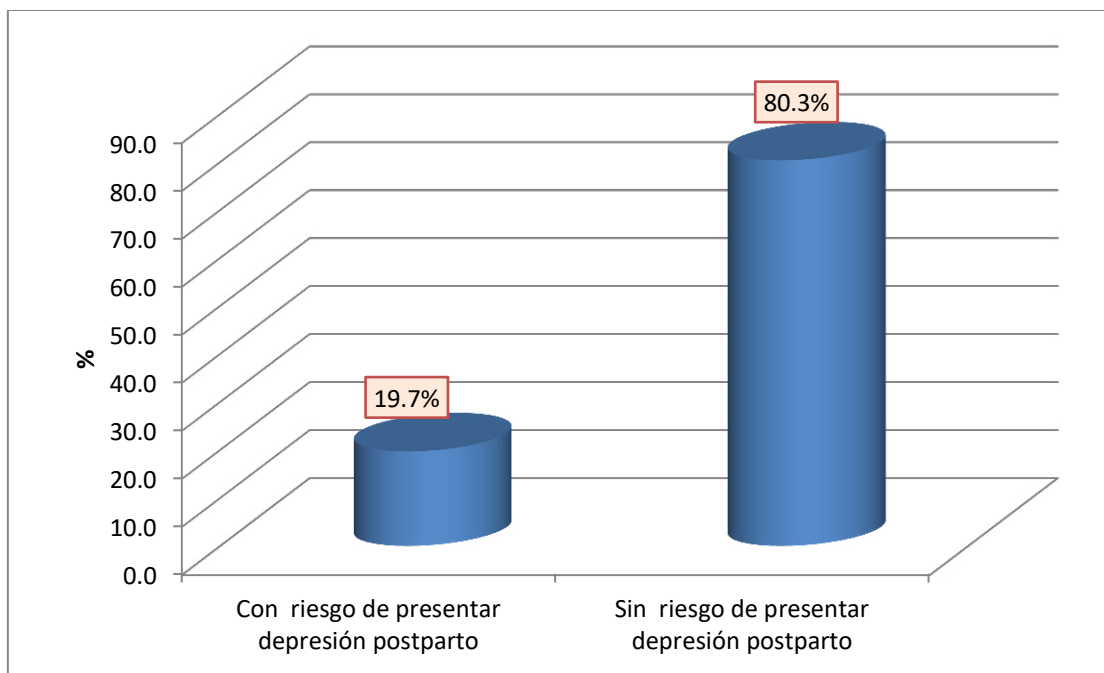
De la tabla N°1 se aprecia que del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 0 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica , el 38% tienen una edad de 20 a 25 años; el 80% son convivientes; el 58% tienen secundaria completa; el 68% son ama de casa; el 58% nació en provincia; el 96% reside en Lima; el 64% tienen más de un hijo; el 96% tuvo una edad gestacional de 37 a 41 semanas en el último parto; el 74% tuvo un tipo de parto vaginal y el 54% no tuvo acompañante durante el parto.

De la tabla N°1 se aprecia que del total de puérperas inmediatas sin riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 0 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica , el 48% tienen una edad de 20 a 25 años; el 69% son convivientes; el 47% tienen secundaria completa; el 72% son ama de casa ; el 50% nació en Lima; el 100% reside en Lima; el 58% tienen más de un hijo; el 91% tuvo una edad gestacional de 37 a 41 semanas en el último parto; el 68% tuvo un tipo de parto vaginal y el 54% si tuvo acompañante durante el parto.

De la tabla N°1 se aprecia que del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 44,4% tienen una edad de 20 a 25 años ; el 77,8% son convivientes; el 33,3% tienen secundaria completa; el 77,8% son ama de casa; el 55,6% nació en Lima; el 100% reside en Lima; el 88,9% tuvo primer hijo; el 100% tuvo una edad gestacional de 37 a 41 semanas en el último parto; el 55,6% tuvo un tipo de parto vaginal y el 66,7% no tuvo acompañante durante el parto.

De la tabla N°1 se aprecia que del total de puérperas inmediatas sin riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 55,3% tienen una edad de 20 a 25 años ; el 67,4% son convivientes; el 40,4% tienen secundaria completa; el 65,2% son ama de casa; el 61% nació en Lima; el 97,9% reside en Lima; el 67,4% tuvo primer hijo; el 93,6% tuvo una edad gestacional de 37 a 41 semanas en el último parto; el 59,6% tuvo un tipo de parto vaginal y el 51,8% no tuvo acompañante durante el parto.

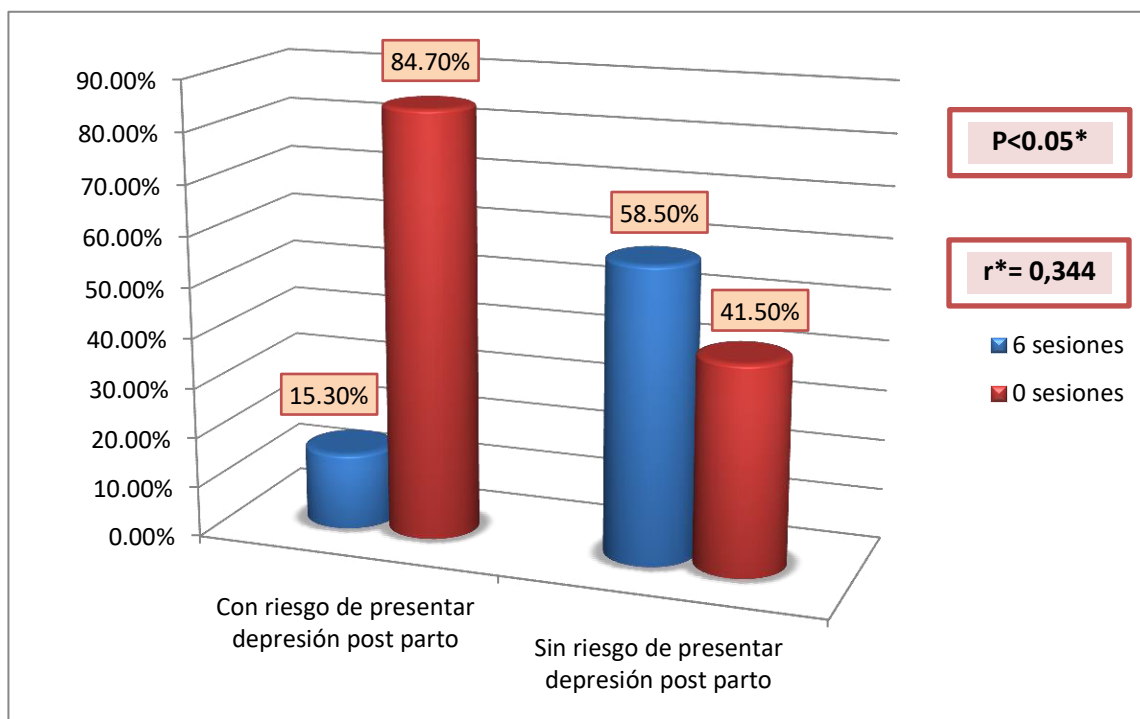
Gráfico N°1: Puérperas inmediatas distribuidas según riesgo de presentar depresión post parto Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril de 2017



Fuente: Encuesta

Del Gráfico N° 1 se aprecia que del total de puérperas inmediatas encuestadas, el 19,7% tienen riesgo de presentar depresión post parto obteniendo un puntaje de 13 o más en la Escala de Depresión Post parto de Edimburgo (EPDS) y el 80,3% no tienen riesgo de presentar depresión post parto obteniendo un puntaje menor de 13 en la Escala de Depresión Post parto de Edimburgo (EPDS).

Gráfica N° 2: Proporción de asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril de 2017



***p: Chi Cuadrado**

***r: Coeficiente de correlación de Spearman**

Fuente: Encuesta

De la tabla N° 2 se aprecia que del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto, el 84,7% asistieron a 0 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el 15,3% asistieron a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica; mientras que del total de puérperas inmediatas sin riesgo de presentar depresión post parto, el 41,5% asistieron a 0 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el 58,5% asistieron a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica. Se encontró relación estadística ($p < 0.05$) entre Asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el Riesgo de presentar depresión Post Parto y se encontró correlación positiva y significativa ($r = 0,344$) al comparar las pacientes que asistieron a 6 sesiones con las que no asistieron a ninguna sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica con respecto a presentar o no riesgo de depresión post parto.

Tabla N°2: Resultados del Ítem N°10 “Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño” con un puntaje diferente de cero (0) en la Escala de Edimburgo (EPDS) en púerperas inmediatas Instituto Nacional Materno Perinatal, marzo-abril de 2017

Sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica	Riesgo de presentar depresión post parto				Total	
	Sin riesgo		Con riesgo		n	%
	n	%	n	%		
6 sesiones	0	0%	3	50	3	50%
0 sesiones	0	0%	3	50	3	50%
Total	0	0%	6	100%	6	100%

Fuente: Encuesta

De la tabla N° 3 se aprecia que se tuvieron 6 púerperas inmediatas con un puntaje diferente de cero (0) en la pregunta N°10 de la Escala de Depresión Post Parto de Edimburgo (EPDS) indicando que “Se les ha ocurrido los últimos siete días la idea de hacerse daño”. Todas estas púerperas inmediatas tuvieron riesgo de presentar depresión post parto, de las cuales el 50% asistieron a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el otro 50% asistieron a 0 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.

4. DISCUSIÓN

Los trastornos del estado de ánimo ocurren frecuentemente durante el periodo post parto, la depresión post parto puede ocurrir después de días, semanas o meses y puede durar hasta un año.³⁸ Si bien el cuadro clínico es similar al de los episodios depresivos observados en otras etapas de la vida, posee características peculiares que justifican su consideración como entidad específica.³⁹ Aunque se conoce que durante el puerperio tanto los cambios bioquímicos existentes así como el estrés pueden desencadenar estos trastornos.⁴⁰ No hay evidencia de que un desbalance hormonal o de neurotransmisores sea la causa específica de la depresión post parto, sin embargo, las teorías más acertadas hasta el momento son las relacionadas con los cambios hormonales y las susceptibilidades específicas de estas pacientes durante este periodo.⁴¹

La Escala de Edimburgo ha resultado ser un buen método de pesquisa precoz de depresión post parto, demostrando una alta precisión diagnóstica para el tamizaje de esta entidad en las puérperas.⁴²

Los resultados evidencian que del total de puérperas inmediatas, el 19,7% presentan riesgo de presentar depresión post parto y el 80,3% no presentan riesgo de presentar depresión post parto. Así mismo, los datos reportan que de las puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto, el 84,7% no asistieron al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica; mientras que del total de puérperas sin riesgo de presentar depresión post parto, el 58,5% asistió a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica. Se encontró relación estadística con un $p < 0.05$ entre las variables asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y riesgo de presentar depresión post parto.

Se encontró correlación positiva ($r=0,344$) entre ambas prevalencias, es decir que cuantos más pacientes asistan a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica, se encontrarán más pacientes que no tengan riesgo de presentar depresión post parto. Además, al ser esta correlación significativa ($r > 0.3$) se encontró que asistir a las 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica tiene relación con el no presentar riesgo de depresión post parto, sin embargo

al no ser esta correlación tan elevada, se demuestra que la Psicoprofilaxis Obstétrica no es el único factor que tiene correlación con el no presentar riesgo de depresión post parto, sino que existen otros factores asociados para presentar dicho trastorno ya que la depresión post parto es un problema de salud más estructural.

Estos resultados coinciden con la investigación de García del Campo L. quien en su trabajo determinó la eficacia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la disminución de la incidencia de la depresión post parto¹², también coincide con la investigación de Aguayo CI, Ángulo AM, los autores consideran que la atmósfera que se genera con la preparación hace que las mujeres recuerden lo positivo e incluso mencionan que aunque sintieron dolor, volverían a repetir la experiencia de parto natural, así mismo se relaciona con el desarrollo posterior del apego entre la madre, el padre y el recién nacido.¹¹ También los resultados se aproximan a la investigación de Manuele E, Gorischnik M. que con el Método de Sofropedagogía Obstétrica en la prevención de la depresión puerperal, los autores concluyen que las nuevas estrategias incluidas al curso de Educación Maternal, constituyen un aporte importante para la prevención de la Depresión Puerperal, teniendo en cuenta los resultados alcanzados cuando se los compara aleatoriamente con otro grupo de pacientes no psicoprofilacticamente preparadas.⁹

Estos resultados son apoyados por lo encontrado por Romero RC, Vargas JE. que consideran en sus conclusiones la efectividad del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica empleado como método recomendable ya que es un medio educativo y preventivo, que reduce los niveles de ansiedad y depresión en las gestantes.⁸

Los hallazgos evidencian 6 casos de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto y que presentan la idea de querer hacerse daño; de estas puérperas, el 50% asistió a 6 sesiones del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el otro 50% no asistió a ninguna sesión del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Arrebola A. menciona en su trabajo que es a través del enfoque novedoso que representa la Psicoprofilaxis Obstétrica como medio de educación materna, que busca hacer a las mujeres más conscientes de la realidad, de los problemas de depresión, entrando más en el enfoque psicológico y buscando localizar y exteriorizar los sentimientos, logrando de este modo mayor confianza en la mujer para afrontar el embarazo, parto y puerperio, además de disminuir los casos de depresión post parto y fomentando una intervención más temprana y eficaz.⁷ Exteriorizando estos sentimientos se prevendrían temas relacionados a ideas suicidas y así mejorar la salud mental de estas mujeres.

Del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 0 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 38% tienen una edad de 20 a 25 años; mientras que puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 44,4% tienen edad de 20 a 25 años.

En cuanto a la edad como factor de riesgo existen discrepancias, algunos autores como Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE han señalado que las mujeres jóvenes o adolescentes presentan más depresión que las mujeres mayores⁴³, representando el hecho de ser jóvenes o adolescente un factor de riesgo independiente para presentar depresión post parto en puérperas.⁴⁴ Esto indica que las jóvenes o adolescentes embarazadas tenían un mayor riesgo de experimentar síntomas depresivos que las mujeres adultas embarazadas y puérperas.⁴⁵

Se ha sugerido que el número de partos es un factor asociado a la depresión post parto en puérperas, en el presente estudio se encontró que del total de puérperas inmediatas que presentaron riesgo de depresión post parto, el 55.9% tenía más de un hijo y el 44.1% tuvo un primer hijo. Vargas JE, García M en su estudio han concluido que el nacimiento del primer hijo representa un estrés único y se correlaciona con la depresión de manera más fuerte, que en el caso del segundo o el tercer parto.⁴⁶ Esto discrepa con lo encontrado en la presente investigación y así mismo con el estudio realizado por Urdaneta J, Rivera A y García J, donde se concluyó que la población estudiada presenta una alta prevalencia de depresión post parto, sin diferencias en cuanto a su paridad.¹⁰

Del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 0 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 58% tiene secundaria completa; mientras que del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto que asistieron a 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 33.3% tienen secundaria completa. Estos resultados concuerdan con los publicados por Urdaneta JR, Rivera AT, García J, donde se reportó que presentar antecedentes de depresión y melancolía o tener un nivel educativo primario o inferior, mostraban una asociación significativa con el desarrollo de esta patología.⁴⁷

La influencia de los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales para presentar depresión post parto demuestran que la población estudiada presenta una considerable prevalencia de esta entidad, es por ello la importancia de tenerla presente durante la evaluación prenatal, por el riesgo de que se presenten síntomas depresivos persistentes después de seis meses post parto.⁴¹

No debe olvidarse que la salud mental materna durante los primeros meses de vida del recién nacido es un componente primordial para el logro de un buen un vínculo madre-hijo, donde se asentarán las bases de esta relación como primera aproximación del niño a la vida.⁴⁸ Jadresic en su estudio menciona que la depresión post parto trae consigo consecuencias negativas tanto a nivel del vínculo madre-hijo como en el desarrollo infantil, bien sea en términos emocionales, conductuales o cognitivos.³³

Es por ello, que los síntomas de malestar referidos no deben ser subvalorados ni considerados como un componente normal de la experiencia del embarazo, puesto que el diagnóstico precoz y el tratamiento de la depresión durante la propia gestación revisten de una importancia significativa para evitarle a la mujer con depresión no tratada la aparición de la depresión post parto. Solís H, Morales S. en su investigación reafirmaron esta idea ya que por todos estos beneficios probados científicamente, esta atención integral reduce los factores de riesgo en la gestación, parto y post parto, al punto que la Organización

Mundial de la Salud (OMS) recomienda la educación prenatal por sus efectos positivos y beneficiosos en la madre, bebé y equipo de salud.¹³

Una fortaleza de este estudio es que fue desarrollado en un establecimiento de salud público, que es un sistema que atiende a una considerable cantidad de población, permitiéndole a las pacientes que fueron incluidas en la investigación, disfrutar de una continuidad de la atención hospitalaria y el acceso a especialistas, los cuales a su vez pudieron conocer y familiarizarse con el instrumento de pesquisa utilizado y participar en el diagnóstico y seguimiento de la depresión post parto en las puérperas .

5. CONCLUSIONES

- Del total de puérperas inmediatas que entraron al estudio, se observa que el 19,7% presentó riesgo de depresión post parto.
- Del total de puérperas inmediatas con riesgo de presentar depresión post parto, el 84,7% no asistieron a ninguna sesión del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Se encontró correlación positiva y significativa ($r=0,344$) al comparar las pacientes que asistieron a 6 sesiones con las que no asistieron a ninguna sesión del curso de Psicoprofilaxis Obstétrica con respecto a presentar o no riesgo de depresión post parto.

6. RECOMENDACIONES

- Se debe prestar una mayor atención a los síntomas de la depresión, para de esta manera mejorar la identificación de mujeres que sufren de depresión tanto en el embarazo como en el puerperio y la aplicación de un test de diagnóstico para la derivación correspondiente y oportuna de las pacientes.
- Se sugiere realizar seguimiento a las gestantes mediante llamadas o visitas domiciliarias con el fin de identificar los inconvenientes que presentan para asistir a sus citas programadas de las sesiones educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica y brindarles alternativas de solución.
- Se recomienda volver a implementar las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica Post Parto en el Instituto Nacional Materno Perinatal para evitar la pérdida de contacto con las pacientes preparadas en el pre natal, así como en la acogida por pacientes que no pudieron asistir y de esta manera continuar con la atención integral y de calidad que se busca.
- Tener el personal completo y calificado en los Servicios Educativos de Psicoprofilaxis Obstétrica para la identificación oportuna de síntomas depresivos durante la gestación y puerperio y así poder brindar una atención de calidad y el tratamiento oportuno que se requiera.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASPPO (Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. 2010.
2. Carro T, Sierra JM, Hernández J, Ladrón E, Antolín E. Trastornos del estado de ánimo en el postparto. Rev Med Gral. 2000; 24: 452-6.
3. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. Perinatol Reprod Hum 2013; 27 (3): 185-193
4. Vargas JE, García M. Depresión postparto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología. 2009; 3: 11-8.
5. Gómez R. Factores psicosociales en el embarazo, parto y puerperio. Clínica y salud. 1991; 2(3).
6. Oñate SL. Estrategias de apoyo, para prevenir la depresión post parto en madres usuarias del Centro De Salud "Tabacundo Tipo C", 2015. [Tesis]. Ecuador: Universidad Regional Autónoma De Los Andes, Facultad De Ciencias Médicas; 2016.
7. Arrebola A. La depresión postparto como problema de salud en la mujer [Tesis]. España: Universidad de Jaén. Facultad de Ciencias de la Salud; 2015
8. Romero R. C, Vargas J. E. Efecto de una intervención educativa en Psicoprofilaxis Obstétrica con mujeres gestantes. E e-Magazine Conductitlán. 2014 Abr-Jun 1(1): 7-17.
9. Manuele E, Gorischnik M. El Método de Sofropedagogía Obstétrica en la prevención de la depresión puerperal. Ciencia, Docencia y Tecnología Suplemento. 2014; 4: 206-217.
10. Urdaneta J., Rivera A., García J. Prevalencia de Depresión Post parto En primigestas Y multíparas valoradas por la Escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2010; 75(5): 312 – 320.
11. Aguayo CI, Ángulo AM. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008 [Tesis]. Chile:

- Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina, Escuela de Obstetricia y Puericultura; 2008
12. García del Campo L. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la incidencia de la depresión postparto. Nure Investigación, nº 0, Noviembre 2003
 13. Solis H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med 2012; 12(2): 47-50.
 14. Salas F. Aplicar Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas Añosas, Propuesta De un Protocolo de Manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo De Procel. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia; 2013.
 15. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO). Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica, 3ra Ed. Lima: ASPPO. 2010
 16. Guía técnica MINSA 2011. Guía Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, aprobada mediante RM 361-2011-MINSA
 17. Tafur M. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la Actitud frente al Trabajo de Parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. [Tesis]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015
 18. Salas F. Aplicar Psicoprofilaxis Obstetrica en Primigestas Añosas, Propuesta De un Protocolo de Manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo De Procel. [Tesis]. Ecuador: Universidad De Guayaquil Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia; 2013
 19. Valle VV. Estudio descriptivo prospectivo de cohorte transversal sobre el Programa de psicoprofiláxis y actitud de la gestante. Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann [Tesis] Perú-Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Facultad de Obstetricia; 2006
 20. Portal del Ministerio de Salud [Internet] [citado 2015 Nov 28] Disponible en:http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/nota_completa.asp?nota=74

21. Psicoprofilaxis Obstétrica Blog [Internet] miércoles, 12 de enero de 2011 – [citado 2015 Oct 09] Disponible en: <http://wwwpsicoprofilaxisobstetrica.blogspot.pe/2011/01/objetivos-de-la-psicoprofilaxis.html>
22. PSICOPROFILAXIS EN EL EMBARAZO Blog [Internet] miércoles, 31 de octubre de 2012 – [citado 2015 Oct 09] Disponible en: <http://psicoprofilaxisenelembarazo.blogspot.pe/2012/10/psicoprofilaxis-en-el-embarazo.html>.
23. ASSPO, el ABC de la Psicoprofilaxis Obstétrica [sede web].Perú – Lima: Asspo.org; 13 de setiembre de 1995 [actualizada el febrero de 2009; acceso 08 de mayo de 2010]. Disponible en: <http://www.asppo.org>
24. Enciclopedia Concisa Sopera.1993. 4 Tomos. Editorial Ramón Sopena S.A. Barcelona Libro: t.3 pp 1507
25. Schwarcz RL, Fescina RH, Duverges CA. Obstetricia. 6ta edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2009
26. Dois A. Uribe C. Villarroel L. Contreras A. Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. Rev Med Chile 2012; 140: 719-725
27. Romero A. Carrillo A. Alteraciones psiquiátricas en el posparto JANO: Medicina y Humanidades. 63 (1449): 30-36. Documento descargado de <http://www.elsevier.es> el 01/05/2016.
28. Jadresic E, Nguyen D, Halbreich U. What does Chilean research tell us about postpartum depression? J Affect Disord 2007; 102: 237-43
29. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto Perinatol Reprod Hum 2013; 27 (3): 185-193
30. Romero-Gutiérrez G, Dueñas-de la Rosa EM, Regalado-Cedillo CA, Ponce-Ponce de León AL. Prevalencia de tristeza materna y sus factores asociados. Ginecol Obstet Mex. 2010; 78: 53-7.
31. Rondón M. Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. Acta Médica Peruana. 2005; 22: 15-8.
32. Almanza JJ, Salas CL, Olivares AS. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. Rev Sanid Milit Mex. 2011; 65: 78-86.

33. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuro-Psiquiat.* 2010; 48: 269-78.
34. MINISTERIO DE SALUD. Protocolo de Detección de la Depresión durante el Embarazo y Posparto y Apoyo al Tratamiento SANTIAGO: MINSAL, 2014.
35. O'Hara M. Post-partum blues, depression, and psychosis: A review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1987;7:205-27
36. Cox JL, Holden J. (2003) Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh postnatal depression scale.
37. *British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría]* Junio de 1987, Volumen 150 por J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky
38. Morris JK, Comerford M, Bernstein PS. screening for postpartum depression in an inner-city population. *Am J Obstet Gynecol*; 2003 (188):1217-9.
39. Moreno A, Domíngues L, França PS. Depresión post parto: prevalencia de test de rastreo positivo en puérperas del Hospital Universitario de Brasilia, Brasil. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(3):209-13.
40. Alonso SJ, Damas C, Navarro E. Behavioral despair in mice after prenatal stress. *J Physiol Biochem* 2000; 56(2): 77-82.
41. Orejarena SJ. Trastornos afectivos posparto. *Med {U-NAB* 2004;7(20):134-9.
42. Venkatesh KK, Zlotnick C, Triche EW, Ware C, Phipps MG. Accuracy of brief screening tools for identifying postpartum depression among adolescent mothers. *Pediatrics* 2014;133(1):e45-53.
43. Bulnes MS, Ponce CR, Huerta RE, Elizalde R, Santiváñez WR, Aliaga JR et-al. Ajuste psicosocial y estado depresivo en adolescentes de centros escolares de Lima Metropolitana. *Rev Invest Psicol* 2005;8(2):23-39
44. Figueiredo B, Pacheco A, Costa R. Depression during pregnancy and the postpartum period in adolescent and adult Portuguese mothers. *Arch Womens Ment Health* 2007;10(3):103-9.
45. Siegel RS, Brandon AR. Adolescents, Pregnancy, and Mental Health. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2014;27(3):138-50.

46. Vargas JE, García M. Depresión post-parto: presencia y manejo psicológico. Centro Regional de Investigación en Psicología 2009;3(1):11-18.
47. Urdaneta JR, Rivera AT, García J, Guerra M, Baabel NS, Contreras AJ. Factores de riesgo de depresión posparto en puérperas venezolanas valoradas por medio de la escala de Edimburgo. Rev Chil Obstet Ginecol 2011;76(2):102-12.
48. Sheeder J, Kabir K, Stafford B. Screening for pos-tpartum depression at well-child visits: is once enough during the first 6 months of life? Pediatrics 2009; 123(6);e982-e988.

8. ANEXOS

INDICE

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	58
II. ESCALA DE DEPRESIÓN POST PARTO DE EDIMBURGO.....	59
III. FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.....	60
IV. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62

I. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	TIPO DE UNIDAD	ESCALA	INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN
INDEPENDIENTE Asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica	La Psicoprofilaxis Obstétrica es un 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 y puerperio. Consta de 6 sesiones educativas.	1. Asistencia a las sesiones educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Número de Gestantes que asistieron a las 6 sesiones educativas ➤ Número de Gestantes que asistieron de 1-5 sesiones educativas ➤ Número de Gestantes que asistieron a 0 sesiones educativas 	Control de las asistencias mediante la Tarjeta de Control de Psicoprofilaxis Obstétrica del Instituto Nacional Materno Perinatal
		2.Preparación Teórica en Psicoprofilaxis Obstétrica			Atención y comprensión de las clases teóricas brindadas en el Instituto Nacional Materno Perinatal	Sesiones educativas según la Guía Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica MINSA 2011
		3. Preparación Práctica en Psicoprofilaxis Obstétrica			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Ejercicios de Respiración ➤ Ejercicios de Relajación ➤ Gimnasia Obstétrica 	
DEPENDIENTE Riesgo de presentar depresión post parto	Es el riesgo de padecer un trastorno cuya sintomatología incluye llanto, abatimiento, labilidad emocional, sentimiento de culpa, pérdida de apetito, problemas de sueño y sentimientos de incapacidad de hacer frente a las necesidades del hijo(a), problemas de memoria, fatiga e irritabilidad y que aparece en los días posteriores al parto y que se puede detectar en el puerperio inmediato	Presencia de síntomas depresivos en el puerperio inmediato medido mediante la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) con puntaje de 0 - 30	Cuantitativa	Discreta	<p>Al obtenerse una puntuación de 13 ó más en la escala de Edimburgo aplicada a las puérperas inmediatas se indica riesgo de presentar depresión postparto.</p> <p>Cualquier puntaje distinto de cero (0) en la pregunta N° 10 de la escala de Edimburgo indica que la paciente requiere de devaluación adicional</p>	Aplicación de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)

II. ESCALA DE DEPRESIÓN DE POST PARTO DE EDINBURGO (EPDS)

Escala de Edimburgo. Versión validada por Jadresic E, Araya R, Jara C. (*J Psychosom Obstet Gynecol* 1995; 16: 187-91)

ESCALA DE EDIMBURGO

Como usted hace poco tuvo un bebé, nos gustaría saber cómo se ha estado sintiendo. Por favor **SUBRAYE** la respuesta que más se acerca a cómo se ha sentido en los últimos 7 días.

En los últimos 7 días:

- 1) *He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:*
tanto como siempre
no tanto ahora
mucho menos ahora
no, nada
- 2) *He disfrutado mirar hacia delante:*
tanto como siempre
menos que antes
mucho menos que antes
casi nada
- 3) *Cuando las cosas han salido mal, me he culpado a mí misma innecesariamente:*
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca
- 4) *He estado nerviosa o inquieta sin tener motivo:*
no, nunca
casi nunca
sí, a veces
sí, con mucha frecuencia
- 5) *He sentido miedo o he estado asustadiza sin tener motivo:*
sí, bastante
sí, a veces
no, no mucho
no, nunca
- 6) *Las cosas me han estado abrumando:*
sí, la mayor parte del tiempo no he podido hacer las cosas en absoluto
sí, a veces no he podido hacer las cosas tan bien como siempre
no, la mayor parte del tiempo he hecho las cosas bastante bien
no, he estado haciendo las cosas tan bien como siempre
- 7) *Me he sentido tan desdichada que he tenido dificultades para dormir:*
sí, la mayor parte del tiempo
sí, a veces
no con mucha frecuencia
no, nunca
- 8) *Me he sentido triste o desgraciada:*
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
no con mucha frecuencia
no, nunca
- 9) *Me he sentido tan desdichada que he estado llorando:*
sí, la mayor parte del tiempo
sí, bastante a menudo
sólo ocasionalmente
no, nunca
- 10) *Se me ha ocurrido la idea de hacerme daño:*
sí, bastante a menudo
a veces
casi nunca
nunca

III. FICHA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
ENCUESTA



Buenos días, mi nombre es Cinthya Huete Felix y soy egresada de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Estoy realizando un trabajo de investigación titulado: “ Relación entre asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de Marzo – Abril 2017”, para ello necesito de su gentil colaboración respondiendo las siguientes preguntas de manera sincera y teniendo en cuenta que los datos se mantendrán en estricta reserva ya que la encuesta es anónima y solo se utilizarán los datos con fines de la investigación.

INSTRUCCIONES

Lea atentamente las siguientes preguntas y responda o marque según sea correcto para usted.

EDAD _____

ESTADO CIVIL: Soltera (____) Casada (____) Conviviente (____)
Viuda (____) Divorciada (____)

GRADO DE INSTRUCCIÓN

- Primaria completa (____)
- Primaria incompleta (____)
- Secundaria completa (____)
- Secundaria incompleta (____)
- Superior técnico completo (____)
- Superior técnico incompleto (____)
- Superior universitario completo (____)
- Superior universitario incompleto (____)

OCUPACIÓN:

- Ama de Casa (____)
- Estudiante (____)
- Empleada (____)
- Otros (____)

LUGAR DE NACIMIENTO

- Lima (____)
- Provincia (____)
- Otros (____)

LUGAR DE RESIDENCIA

- Lima ()
- Provincia ()
- Otros ()

NÚMERO DE HIJOS

- Primer Hijo ()
- Más de un Hijo ()

EDAD GESTACIONAL DEL ÚLTIMO PARTO

- Menos de 37 semanas ()
- De 37 – 41 semanas ()
- Mayor o igual a 42 semanas ()

TIPO DE PARTO

- VAGINAL ()
- CESÁREA ()

ACOMPAÑANTE DURANTE EL PARTO

- SI ()
- NO ()

RECIBIO PSICOPROFILAXIS: SI ____ NO ____

Si su respuesta es sí marque la uno de los siguientes cuadros:

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	ASISTENCIA A LAS SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA	6 SESIONES
		0 SESIONES

IV. ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción. La Universidad Nacional Mayor de San Marcos, tiene entre sus funciones la creación de conocimientos, la extensión universitaria y la proyección social. La presente investigación busca encontrar correlación entre asistir al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y el riesgo de presentar depresión post parto en puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo de Marzo - Abril 2017.

Riesgos y beneficios. La presente investigación es no experimental, por lo que no se pretende daño alguno por administración de fármacos o procedimientos médicos.

Confidencialidad. La información a recolectar, será confidencial, es decir, la información estará contenida en este documento de consentimiento informado, pero en los formularios se manejarán mediante códigos (ID), se tendrá conocimiento cuando se realice la publicación del trabajo de investigación y será de conocimiento para todas las personas interesadas. Solamente el investigador principal o su personal autorizado tendrán acceso a la información de identificación de las participantes.

Incentivos. Servirá para incentivar la realización de Psicoprofilaxis Obstétrica así mismo la motivación del personal a cargo para llevar el mejor conocimiento a las usuarias de este servicio.

Derechos. La negativa a no participar no acarreará penalidades a la paciente, ni a sus familiares. La información se empleará para publicaciones científicas en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, cualquier otro uso de los datos, tendrá que ser adecuadamente comunicada a cada participante o en su defecto tener aprobación por un Comité de ética o por pedido de juez.

_____	_____	_____
Apellidos y nombre de la participante	Firma	Fecha

_____	_____	_____
Apellidos y nombre del investigador	Firma	ID