



MATERNO PERINATAL
MATERNIDAD DE LIMA

ISSN: 2305-3887 (Impreso)
ISSN: 2663-113X (En línea)



VOLUMEN 14 NÚMERO 1 Enero - Marzo 2025

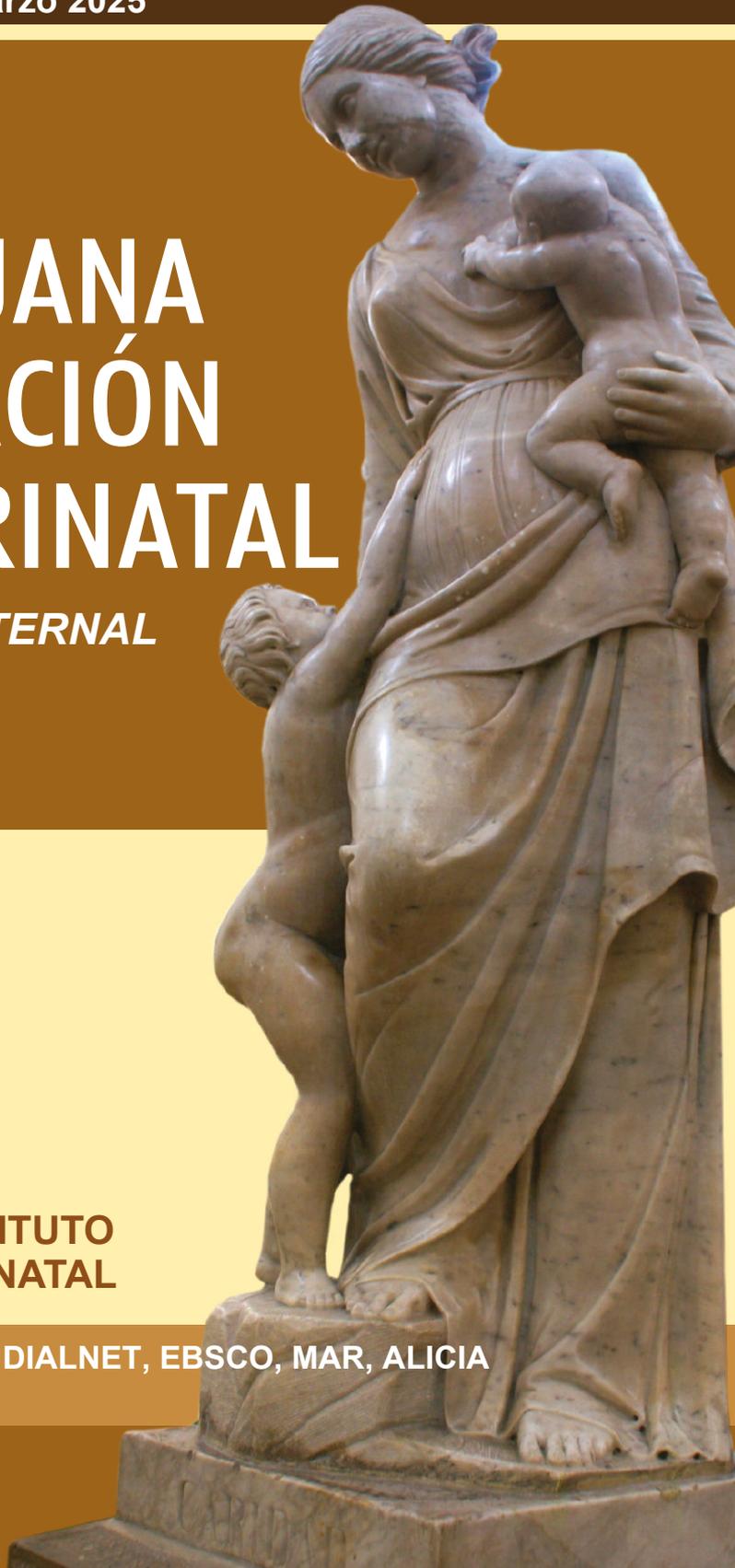
REVISTA PERUANA DE INVESTIGACIÓN MATERNO PERINATAL

*PERUVIAN JOURNAL OF MATERNAL
PERINATAL RESEARCH*

**ÓRGANO OFICIAL DEL INSTITUTO
NACIONAL MATERNO PERINATAL**

Indizada en LATINDEX, DOAJ, ROAD, BOAI, DIALNET, EBSCO, MAR, ALICIA

Lima - Perú



INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
REVISTA PERUANA DE INVESTIGACIÓN MATERNO PERINATAL
PERUVIAN JOURNAL OF MATERNAL PERINATAL RESEARCH
Volumen 14 Número 1, Enero – Marzo 2025

COMITÉ EDITORIAL DE LA REVISTA PERUANA DE INVESTIGACIÓN MATERNO PERINATAL

DIRECTOR GENERAL DE LA REVISTA

Félix Dasio Ayala Peralta

EDITOR GENERAL

Enrique Guevara Ríos

EDITOR CIENTÍFICO

Marcos Augusto Espinola Sánchez - Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú

EDITOR ADJUNTO

Juan Carlos Roque Quezada - Universidad Ricardo Palma, Perú

COMITÉ EDITOR

César Carranza Asmat - Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Carmen Rosa Dávila Aliaga - Universidad Nacional Federico Villarreal, Perú

Luis Alfonso Meza Santibañez - Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú

Juan Carlos Tasayco Saravia - Universidad Privada San Juan Bautista, Perú

CONSEJO CONSULTIVO

*José Pacheco Romero
Director de la Revista de la
Sociedad Peruana Obstetricia y
Ginecología - Lima, Perú*

*Luis Távara Orosco
Federación Latinoamericana
de Sociedades de Obstetricia y
Ginecología*

*Michelle Williams
Harvard University - USA*

*Jimmy Espinoza
Baylor College of Medicine - Texas,
USA*

*Enrique Gil Guevara
Cincinnati Children's Hospital
Medical Center - USA*

*Juan E. Blümel Mendez
Universidad de Chile - REDLINC -
Chile*

*Elkin Lucena Quevedo
Centro Colombiano de Fertilidad y
Esterilidad - Colombia*

*Edgar Ivan Ortiz
Universidad del Valle - Colombia*

*Andrés Calle
Universidad Central del Ecuador*

*Beatriz Ayala Quintanilla
Instituto Nacional de Salud -
Lima, Perú*

*Pedro Arnaldo Mascaro Sánchez
Universidad Nacional Mayor de San
Marcos - Lima, Perú*

*Jorge Alarcón Villaverde
Universidad Nacional Mayor de San
Marcos - Lima, Perú*

*Nelly Lam Figueroa
Universidad Nacional Mayor de San
Marcos - Lima, Perú*

*Percy Pacora Portella
University of Texas Health Science
Center at Houston - USA*

*Patricia J. García Funegra
Universidad Peruana Cayetano
Heredia - Lima, Perú*

*Gustavo Gonzáles Rengifo
Universidad Peruana Cayetano
Heredia - Lima, Perú*

*Sixto Sanchez Calderón
Universidad San Martín de Porres
- Lima, Perú*

*Pedro Mariano Arango Ochante
Universidad Ricardo Palma
- Lima, Perú*

*Gloria Larrabure Torrealva
Instituto Nacional Materno Perinatal
- Lima, Perú*

*Humberto Izaguirre Lucano
Instituto Nacional Materno perinatal
- Lima, Perú*

*Augusto Chafloque Cervantes
Instituto Nacional Materno Perinatal
- Lima, Perú*

*Jaime Ingar Pinedo
Instituto Nacional Materno Perinatal
- Lima, Perú*

*Alexis Valladares Gutierrez
Instituto Nacional Materno Perinatal
- Lima, Perú*

*Antonio Limay Ríos
Instituto Nacional Materno Perinatal
- Lima, Perú*

*Carlos Velásquez Vásquez
Instituto Nacional Materno Perinatal
- Lima, Perú*

CORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

Claudia Veralucia Saldaña Díaz - Universidad Ricardo Palma, Perú

ASISTENTE EDITORIAL

Rosario del Pilar Briceño Miranda - Universidad Nacional de Trujillo, Perú.

REVISTA PERUANA DE INVESTIGACIÓN MATERNO PERINATAL *PERUVIAN JOURNAL OF MATERNAL PERINATAL RESEARCH*

La Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal (Rev Peru Investig Matern Perinat) es el órgano oficial de difusión científica del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Lima-Perú. Es una publicación que se edita un volumen por año dividido en cuatro números de periodicidad trimestral. Tiene como objetivo difundir la producción científica de la especialidad materno perinatal/neonatal y de salud sexual y reproductiva entre sus integrantes, profesionales interesados nacionales e internacionales y de especialidades afines.

Para la presentación de trabajos, la revista recibe contribuciones inéditas de investigación básica, clínica y salud pública en obstetricia, ginecología, pediatría, neonatología, anestesiología obstétrica, psicología materno-perinatal y salud sexual y reproductiva enmarcada dentro de las áreas y líneas de investigación del INMP; las cuales son revisadas por pares doble ciego y aprobadas por el Comité Editorial.

La Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal sigue las recomendaciones del International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

La Revista no se hace responsable de las opiniones vertidas por los autores de los trabajos publicados.

Todos los derechos quedan reservados por el Instituto Nacional Materno Perinatal. Cualquier publicación, difusión o distribución de la información presentada queda autorizada siempre y cuando se cite la fuente de origen.

Todo el contenido de esta revista se distribuye bajo Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

La Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, se encuentra indizada en LATINDEX (Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal), Directory of Open Access Journals (DOAJ), ROAD, BOAI, DIALNET, EBSCO.



Se distribuye gratuitamente y por canje, además, está disponible a texto completo en:
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp>

REVISTA PERUANA DE INVESTIGACIÓN MATERNO PERINATAL

© Copyright 2023 INMP-PERÚ

ISSN Versión impresa: 2305-3887

ISSN Versión electrónica: 2663-113X

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2012-11241

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

Editorial/Editor

Jr. Miró Quesada N° 941- Lima 1- Perú

Telefax:(511) 3280998

<http://www.inmp.gob.pe>

Tiraje: virtual

Diseño e impresión: Versión digital.

Unidad Funcional de Investigación

Oficina de Producción Gráfica Audiovisual del INMP

Diego Panduro Santillán

Edgardo Espinoza

Jonathan Jorge

Diseño de carátula: Edgardo Espinoza

Marzo 2025

CONTENIDO / CONTENTS

Volumen 14 Número 1, Enero - Marzo 2025

Volume 14 Number 1, January - March 2025

Editorial / Editorial

- **Violencia sexual en niñas y adolescentes**
Sexual violence against female children and adolescents
Enrique Guevara Ríos
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025470> 7

Artículo Original / Original Article

- **Factores que inciden en la denuncia de casos de aborto: perspectivas de médicos gineco-obstetras en el Perú**
Factors influencing the reporting of abortion cases: Perspectives of obstetrician-gynecologists in Peru
Lucero Cuba Varas, Enrique Guevara-Ríos, Francesca Encalada Yong, Eurídice Vargas Velarde
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025425> 9
- **Infecciones de transmisión sexual asociado al síndrome depresivo en mujeres de 15 a 49 años en Perú, 2022 al 2023**
Sexually transmitted infections associated with depressive syndrome in women aged 15 to 49 years in Peru, 2022 to 2023
Olga Liz Espinal Asenjo Velarde
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025419> 19
- **Propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento al estrés enfocada a la emoción en pacientes hospitalizadas del INMP – 2024**
Psychometric properties of the stress coping scale focused on emotion in hospitalized patients of the INMP – 2024
Daniel Silva-Dominguez, Paola Chávez-Ochoa, Cynthia Ponce, Heiseth Oropeza, Jennifer Chirinos, Fiorella Gabriel, Idelsa Barbosa, Andrea Velazco
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025400> 26
- **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en internos de medicina humana de una universidad pública en 2023**
Knowledge, attitudes and practices about sexually transmitted infections of medical interns in a public university in 2023
Eduardo Arenas-García, Kelly Chávez
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025458> 37
- **Atención prenatal adecuada y de calidad en gestantes de un hospital de Lima: prevalencia y factores asociados**
Adequate and quality prenatal care among pregnant women in a Lima hospital: prevalence and associated factors
Andrea Denise Brito-Hijar, Daniela Esther Oriundo-Arbizu
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025438> 43
- **Preferencias de métodos anticonceptivos postaborto en mujeres atendidas en el servicio de Emergencias del Instituto Nacional Materno Perinatal – 2023**
Preferences for post-abortion contraceptive methods in women treated at the Emergency Department of the Instituto Nacional Materno Perinatal - 2023
Karem Blas-Ortiz, Ingrid Canchari-Marroquín
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025456> 53

- **La psicoprofilaxis obstétrica virtual asociada a resultados materno perinatales en Hospital Aurelio Díaz Ufano, 2021**
Virtual obstetric psychoprophylaxis associated with maternal perinatal outcomes at Aurelio Díaz Ufano hospital, 2021
 Lizbeth Rossemery Cupe Medina, Mirian Teresa Solís Rojas, María del Pilar Tamayo Ortega
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025460> 63

Reporte de Caso / Case Report

- **Manejo del prolapso genital con pesario vaginal en La Paz - Bolivia: serie de casos**
Management of genital prolapse with vaginal pessary in La Paz, Bolivia: a case series
 Arratia Saúl J., Dávila G. Willy, Calani Fanny
DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025444> 70

Reglamento de publicación..... 77

VIOLENCIA SEXUAL EN NIÑAS Y ADOLESCENTES

SEXUAL VIOLENCE AGAINST FEMALE CHILDREN AND ADOLESCENTS

Enrique Guevara-Ríos 

La violencia sexual contra niñas y adolescentes constituye una grave problemática de salud pública que vulnera derechos fundamentales y expone a las víctimas a consecuencias físicas, psicológicas y sociales de largo plazo. La magnitud y persistencia de este fenómeno exige una respuesta articulada desde todos los sectores del Estado, especialmente el de salud.

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de Adolescentes del Ministerio de Salud (2019), la población adolescente está comprendida entre los 12 años y los 17 años, 11 meses y 29 días. Por otro lado, se considera como población infantil a las niñas menores de 12 años^(1,2).

La violencia contra la mujer se manifiesta a lo largo de todo su ciclo vital, aunque adopta características particulares durante la niñez y adolescencia, debido a la confluencia de factores como la edad, el género y diversas condiciones de vulnerabilidad. Entre las múltiples formas de violencia, la violación sexual constituye una de las más graves, dada su profunda repercusión sobre la salud física y mental de las víctimas, siendo el embarazo no deseado una de sus consecuencias más severas⁽³⁾.

El embarazo en niñas y adolescentes representa un punto de inflexión negativo en su desarrollo vital. A menudo interrumpe su proceso educativo, limita sus oportunidades laborales futuras y acentúa su exposición a contextos de pobreza, exclusión social y dependencia económica. Desde una perspectiva biomédica, las niñas gestantes presentan un riesgo considerablemente mayor de sufrir complicaciones obstétricas e incluso de mortalidad materna, debido a la inmadurez anatómica y fisiológica del aparato reproductor.

Según los registros de los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, durante el año 2024 se documentaron 32 388 casos de violencia sexual a nivel nacional. De estos, el 93,3% correspondieron a víctimas de sexo femenino (30,227 casos), y 20 798 de ellos (68,8%) involucraron a menores de 18 años. En términos de modalidad, las expresiones de violencia sexual se distribuyeron en: violación sexual (39,9%), tocamientos, actos de connotación sexual o actos libidinosos sin consentimiento (21,9%), y tocamientos u otros actos libidinosos en agravio de menores (23,7%)⁽⁴⁾.

Los embarazos en niñas menores de 14 años se consideran, conforme al artículo 173 del Código Penal, como producto de violación sexual. Este delito conlleva una sanción de cadena perpetua para el perpetrador⁽⁵⁾.

Ante esta realidad, es imperativo que niñas y adolescentes accedan a una educación sexual integral, que les proporcione información clara, oportuna y veraz sobre la violencia sexual, sus implicancias y las rutas de protección disponibles. Deben conocer cómo acudir a los Centros de Emergencia Mujer o a los establecimientos de salud, donde recibirán atención integral y se les administrará el kit de atención frente a violencia sexual. Este kit incluye medidas profilácticas para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados⁽⁶⁾.

De acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, se reconocen cuatro principios fundamentales: la no discriminación, el interés superior del niño, el derecho a la vida, la supervivencia y el desarrollo, así como la participación infantil. El principio del interés superior del niño opera como derecho sustantivo, principio jurídico interpretativo y norma de procedimiento, lo que obliga a que en toda acción que involucre a menores se priorice su bienestar, garantizando el respeto pleno de sus derechos humanos⁽⁷⁾.

¹ Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.

² Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

³ Instituto de Salud Popular, Lima, Perú.

⁴ Médico ginecólogo-obstetra.

Citar como: Guevara Ríos, E. Violencia sexual en niñas y adolescentes. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 7-8. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025470>

Es responsabilidad de la sociedad en su conjunto, y particularmente del sector salud, proteger y promover estos derechos fundamentales en nuestras niñas y adolescentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de adolescentes [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019 [citado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2296265/Norma%20Técnica%20de%20Atención%20Integral%20de%20Salud%20del%20Adolescente.pdf>
2. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 1989 [citado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
3. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Niñas, niños y adolescentes en el Perú: análisis de su situación al 2020. Resumen ejecutivo [Internet]. Lima: UNICEF; 2021 [citado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/media/12141/file/Resumen%20Ejecutivo:%20Situación%20de%20niñas,%20niños%20y%20adolescentes%20en%20el%20Perú.pdf>
4. Programa Nacional Aurora. Formas de la violencia enero-diciembre 2024 [Internet]. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2025 [citado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/formas-de-la-violencia-enero-diciembre-2024/>
5. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Código Penal del Perú [Internet]. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; 2022 [citado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3621138/C%C3%93DIGO%20PENAL.pdf.pdf?v=1663014332>
6. Ministerio de Salud. Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE.SS.) para la atención a las víctimas de violencia. Versión amigable [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2019 [citado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/393873-protocolo-de-actuacion-conjunta-entre-los-centros-emergencia-mujer-cem-y-los-establecimientos-de-salud-eess-para-la-atencion-a-las-victimas-de-violencia-version-amigable>
7. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. 1989 [citado el 23 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

CORRESPONDENCIA

Karem Beatriz Blas Ortiz

Dirección: Psj. Berlín Mz. A Lte. 3, Huachipa, Lurigancho, Lima, Perú.

Teléfono: (+51) 933953181†

Correo electrónico: karembblasortiz@gmail.com

FACTORES ASOCIADOS A LAS DENUNCIAS DE CASOS DE ABORTO: PERSPECTIVAS DE MÉDICOS GINECO-OBSTETRAS EN EL PERÚ

FACTORS INFLUENCING THE REPORTING OF ABORTION CASES: PERSPECTIVES OF OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS IN PERU

Lucero Cuba Varas^{1,a} , Enrique Guevara-Ríos^{2,3,4,b,c} , Francesca Encalada Yong^{1,d} , Eurídice Vargas Velarde^{1,e} 

RESUMEN

Introducción. La criminalización del aborto en el Perú plantea dilemas ético-legales para los profesionales de la salud. **Objetivos.** Evaluar los factores asociados a la notificación de abortos inducidos y explorar las percepciones de médicos gineco-obstetras. **Métodos.** Se realizó un estudio mixto secuencial, con fase cuantitativa seguida de una cualitativa. Participaron cien médicos gineco-obstetras mediante un cuestionario estructurado, y diez fueron entrevistados en profundidad. Las variables incluyeron tipo de establecimiento, percepción sobre la Ley General de Salud (LGS), experiencia previa y actitudes hacia la notificación. El análisis cuantitativo empleó estadística descriptiva, chi cuadrado y modelo de Poisson con varianza robusta. El análisis cualitativo fue temático e inductivo. Se garantizó la confidencialidad, anonimato y consentimiento informado, conforme a principios éticos vigentes. **Resultados.** El 28,0 % informó haber notificado un aborto en los últimos diez años. Se encontraron asociaciones significativas entre la notificación y haber informado previamente (RP=0,01; IC95 %: 0,00–0,05; p<0,001), no considerar necesario preguntar si fue inducido (OR=0,84; IC95 %: 0,51–0,96; p=0,046), y conocer a un colega que haya informado (OR=0,89; IC95 %: 0,62–0,98; p=0,012). La fase cualitativa reveló discrecionalidad en los criterios clínicos, influencia de estereotipos, temor de las pacientes a ser denunciadas y presión institucional, especialmente en establecimientos públicos. **Conclusión.** La notificación de abortos inducidos está influenciada más por factores contextuales e institucionales que clínicos, lo que evidencia la necesidad de normativas claras y protección del secreto profesional.

Palabras clave: Aborto; Interrupción voluntaria del embarazo; Gineco-obstetricia; Ética profesional médica.

ABSTRACT

Introduction. The criminalization of abortion in Peru poses ethical and legal dilemmas for healthcare professionals. **Objectives.** To evaluate the factors associated with the reporting of induced abortions and to explore the perceptions of obstetrician-gynecologists. **Methods.** A sequential mixed-methods study was conducted, with a quantitative phase followed by a qualitative one. One hundred obstetrician-gynecologists participated via a structured questionnaire, and ten were interviewed in depth. Variables included type of healthcare facility, perceptions of the General Health Law (GHL), prior experience, and attitudes toward reporting. Quantitative analysis used descriptive statistics, chi-square test, and Poisson regression with robust variance. Qualitative analysis followed an inductive thematic approach. Confidentiality, anonymity, and informed consent were ensured, in accordance with current ethical standards. **Results.** 28.0% of participants reported having notified an abortion case in the past ten years. Significant associations were found between reporting and having previously reported (PR=0.01; 95% CI: 0.00–0.05; p<0.001), not considering it necessary to inquire whether the abortion was induced (OR=0.84; 95% CI: 0.51–0.96; p=0.046), and knowing a colleague who had reported a case (OR=0.89; 95% CI: 0.62–0.98; p=0.012). The qualitative phase revealed discretion in clinical criteria, influence of stereotypes, patient fear of being reported, and institutional pressure, particularly in public facilities. **Conclusion.** The reporting of induced abortions is more strongly influenced by contextual and institutional factors than by clinical ones, underscoring the need for clear guidelines and the protection of professional confidentiality.

Key words: Abortion; Induced abortion; Obstetrics and gynecology; Medical professional ethics.

¹ Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

² Departamento de Obstetricia y Perinatología, Instituto Nacional Materno Perinatal, Lima, Perú.

³ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

⁴ Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú.

^a Socióloga.

^b Médico ginecólogo obstetra.

^c Profesor ordinario.

^d Psicóloga.

^e Geógrafa.

Citar como: Cuba L et al. Factores asociados a las denuncias de casos de aborto: Perspectivas de médicos gineco-obstetras en el Perú. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 9-18. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025425>

INTRODUCCIÓN

En el Perú, la criminalización del aborto constituye un problema relevante de salud pública. A pesar de las restricciones vigentes, el 19% de las mujeres peruanas ha abortado⁽¹⁾, y la ausencia de atención o la atención tardía ante complicaciones postaborto representa una de las principales causas de muerte materna^(2,3).

En este contexto, el artículo 30 de la Ley General de Salud (LGS) establece que “el médico que brinda atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente”⁽⁴⁾. Esta disposición genera un conflicto ético y legal para los profesionales de la salud en el Perú, donde la presión institucional y jurídica puede influir en sus decisiones clínicas.

Normativas como el artículo 30 de la LGS, que penalizan el aborto, representan un desafío crítico para la salud pública, al restringir el acceso a servicios seguros y legales, lo cual conlleva un incremento de abortos clandestinos e inseguros⁽⁵⁾. Esta situación pone en riesgo la vida y salud de las mujeres, y agrava las desigualdades socioeconómicas y sanitarias, especialmente entre aquellas con ingresos bajos y acceso limitado a servicios de salud sexual y reproductiva^(5,6). Al limitar los derechos reproductivos, se perpetúa un ciclo de pobreza y desigualdad. Así, la penalización del aborto no solo vulnera los derechos humanos, sino que también profundiza la crisis de salud pública al obstaculizar el acceso equitativo a una atención médica segura y de calidad^(5,7,8).

La protección de los derechos de las mujeres, la confidencialidad y la calidad de la atención médica en contextos de aborto inducido evidencian la necesidad de investigar en profundidad los factores que influyen en las decisiones de denuncia por parte de los médicos gineco-obstetras⁽⁹⁾.

Por tanto, este estudio tiene como objetivo evaluar los factores asociados a la notificación de abortos inducidos en el Perú, así como explorar las percepciones y prácticas de los profesionales frente a esta problemática, considerando los aspectos personales, sociales e institucionales que determinan su conducta.

MATERIALES Y METODOS

Diseño y área de estudio

Se realizó un estudio con diseño mixto secuencial de tipo exploratorio, en el que la fase cuantitativa precedió a la cualitativa. Este enfoque permitió, en una primera etapa, establecer una base cuantitativa sobre las percepciones y actitudes de los médicos gineco-obstetras frente a la

notificación de casos de aborto inducido, y posteriormente explorar en profundidad sus experiencias, justificaciones éticas y consideraciones legales mediante entrevistas individuales. La fase cuantitativa tuvo como propósito identificar patrones generales, mientras que la fase cualitativa permitió comprender las motivaciones subyacentes que orientan dichas actitudes y conductas.

Población y muestra

La población estuvo conformada por médicos gineco-obstetras en ejercicio, pertenecientes a establecimientos de salud públicos, privados o mixtos. Se excluyó a quienes no contaban con la especialidad de ginecología y obstetricia o no ejercían durante el periodo de recolección de datos. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, que incluyó a 100 médicos gineco-obstetras. Este tamaño muestral se definió considerando la viabilidad de acceso y la necesidad de contar con una base de datos adecuada para análisis estadísticos exploratorios. Si bien este tipo de muestreo limita la aleatoriedad, permitió incluir participantes de diversas regiones y tipos de establecimientos de salud.

Para las entrevistas en profundidad se empleó un muestreo intencional, seleccionándose a diez médicos gineco-obstetras. El número de entrevistas se estableció conforme al criterio de saturación teórica, completándose cuando no emergieron nuevos hallazgos relevantes. Los participantes fueron contactados mediante redes profesionales, gremios médicos y referencias entre colegas. La invitación se envió por correo electrónico, incluyendo el enlace al cuestionario y la propuesta de entrevista.

Variables e instrumentos de recolección

En la fase cuantitativa, la variable dependiente fue la práctica de notificación a la policía sobre casos de aborto inducido (sí/no). Entre las variables independientes se incluyeron el tipo de establecimiento (público/privado), el nivel de acuerdo con el artículo 30 de la Ley General de Salud (LGS), la percepción del secreto profesional, el conocimiento de casos notificados por colegas, las razones personales para notificar y las actitudes hacia la indagación del aborto inducido. El instrumento fue un cuestionario estructurado con preguntas de opción múltiple y dicotómicas, validado por juicio de expertos. Para la fase cualitativa, se utilizó una guía de entrevista semiestructurada, aplicada de manera individual y virtual. Las entrevistas fueron grabadas con consentimiento previo y transcritas de manera literal.

Procedimientos

La recolección de datos se llevó a cabo entre octubre y diciembre del año 2023 por el equipo investigador. Se contactó con los especialistas a través de correo electrónico, una vez confirmada su participación se procedió con el envío de las encuestas. Las encuestas fueron autoaplicadas en línea a través de la plataforma

Google Forms, de forma anónima. La duración promedio fue de quince minutos. Las entrevistas se realizaron por videollamada y tuvieron una duración promedio de cuarenta minutos.

Análisis estadístico

El análisis cuantitativo se realizó utilizando el software SPSS. Se aplicó estadística descriptiva para caracterizar la muestra, y se empleó la prueba de chi cuadrado para explorar asociaciones bivariadas entre las variables categóricas. Para estimar las medidas de asociación entre las variables independientes y el desenlace principal, se utilizó un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta. Este modelo permitió calcular la razón de prevalencias (RP) con sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%) y el valor de p correspondiente, a fin de determinar la significancia estadística de las asociaciones observadas.

En cuanto al análisis cualitativo, los datos fueron codificados y analizados mediante un enfoque inductivo de análisis temático, con el propósito de identificar categorías clave relacionadas con las percepciones y actitudes de los médicos gineco-obstetras sobre la notificación de abortos inducidos.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Bioética en Investigación de Vía Libre. Se respetaron los principios de la Declaración de Helsinki y las normativas éticas vigentes. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de todos los participantes, garantizándose la participación voluntaria, la confidencialidad y el anonimato de la información recopilada.

RESULTADOS

Resultados cuantitativos

Se encuestó a 100 médicos gineco-obstetras. El 75,0% fueron hombres y el 25,0% mujeres. El grupo etario más representado fue el de 60 años o más (40,0%), seguido por el de 50 a 59 años (27,0%). La mayoría ejercía en Lima (76,0%) y el 50,0% trabajaba exclusivamente en establecimientos públicos. El 63,0 % reportó más de 15 años de servicio. El 80,0% indicó pertenecer a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, y el 83,0% se identificó con la religión católica (Tabla 1).

Respecto al artículo 30 de la LGS, el 53,5% consideró que su contenido era adecuado y necesario, mientras que el 46,5% expresó desacuerdo. Asimismo, el 60,6% opinó que su aplicación podía impedir una atención médica adecuada y el 66,7% lo consideró contradictorio con el principio del secreto profesional. Ante un aborto incompleto, el 59,6% sostuvo que era necesario preguntar si fue inducido o espontáneo, y el 40,4% indicó que no debía preguntarse. En los últimos diez años, el 28,0% informó haber notificado al menos un caso de

aborto a la policía, y el 49,5 % conocía a un colega que también lo había hecho. Solo el 26,0% recibió alguna comunicación institucional instando a cumplir con lo dispuesto en el artículo 30 (Tabla 2).

El 70,0% de los encuestados opinó que el secreto profesional debía prevalecer sobre la obligación de informar a las autoridades, el 20,0% priorizó la notificación y el 10,0% manifestó no tener una opinión definida (Tabla 3).

En cuanto a situaciones clínicas específicas, el 26,0 % afirmó que se debía informar a la policía en casos de aborto séptico, el 60,0% indicó que requería más información antes de decidir y el 14,0% se opuso a notificar. Para abortos incompletos con laceración de cuello uterino, el 19,0% señaló que debía informarse, el 64,0% solicitaba más información y el 17,0% consideraba que no debía notificarse. Ante la presencia de restos de tabletas en la cavidad vaginal, el 20,0 % opinó que debía informarse, el 43,0% necesitaba más detalles y el 37,0% se mostró en desacuerdo con la notificación. Frente a abortos espontáneos, solo el 1,0% refirió que se debía informar, el 17,0% que se requería mayor información, y el 82,0% rechazó la notificación (Tabla 4).

En relación con las razones atribuidas por los médicos gineco-obstetras para que las mujeres aborten, el 81,0% mencionó que las pacientes tenían planes de vida distintos a la maternidad, el 74,0% indicó el abandono o la falta de apoyo de la pareja y el 69,0% señaló la falta de información y educación. El 57,0% consideró que la irresponsabilidad era una causa frecuente, mientras que el 43,0% opinó que no lo era. La condición de ser adolescentes fue considerada frecuente por el 47,0%, y poco frecuente por el 53,0%. El fallo en el uso de métodos anticonceptivos fue visto como razón frecuente por el 47,0% y poco frecuente por el 53,0%. Solo el 27,0% identificó el embarazo por violación sexual como una causa común, frente al 73,0% que la consideró poco habitual (Tabla 5).

El análisis multivariado mostró que haber informado previamente un caso de aborto en los últimos diez años se asoció significativamente con una mayor prevalencia de notificación (RP=0,01; IC95%: 0,00–0,05; $p=0,000$). No se encontró asociación significativa con el tipo de establecimiento de salud (RP=0,91; IC95%: 0,47–0,99; $p=0,062$). Considerar necesario preguntar si el aborto fue inducido o espontáneo se asoció con menor prevalencia de notificación (RP=0,84; IC95%: 0,51–0,96; $p=0,046$), al igual que conocer a un colega que había informado un caso (RP=0,89; IC95%: 0,62–0,98; $p=0,012$). Las creencias sobre la obligación de informar por mandato legal (RP=0,67; IC95%: 0,27–0,92; valor de $p=0,411$) y por evitar repercusiones personales (RP=0,74; IC95%: 0,33–0,94; $p=0,235$) no mostraron asociaciones estadísticamente significativas (Tabla 6).

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas y profesionales de los médicos gineco-obstetras encuestados durante el periodo octubre – diciembre 2023 (n = 100).

Características de los médicos gineco-obstetras participantes	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Sexo		
Femenino	25	25,0
Masculino	75	75,0
Edad (años)		
30 – 39	11	11,0
40 – 49	22	22,0
50 – 59	27	27,0
60 o más	40	40,0
Región		
Lima	76	76,0
Norte	13	13,0
Centro	1	1,0
Sur	5	5,0
Selva	5	5,0
Religión		
Católica	83	83,0
Evangélica	3	3,0
Otra	5	5,0
Ninguna	9	9,0
Tipo de establecimiento de salud donde labora		
Privado	17	17,0
Público	50	50,0
Ambos	30	30,0
Tiempo de servicio en el establecimiento (años)		
0 – 4	10	10,0
5 – 9	12	12,0
10 – 14	13	13,0
15 o más	63	63,0
Pertenencia a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología		
Sí pertenece	80	80,0
No pertenece	20	20,0

Tabla 2. Respuestas de los médicos encuestados sobre el Artículo 30 de la Ley General de Salud y su aplicación durante el periodo octubre-diciembre 2023.

Afirmaciones sobre el Artículo 30 y su aplicación.	En desacuerdo		De acuerdo	
	n	%	n	%
Lo establecido en el Artículo 30 de la LGS es adecuado y necesario*.	46	46,5	53	53,5
Lo establecido en el Artículo 30 de la LGS puede impedir una adecuada atención médica*.	39	39,4	60	60,6
Lo establecido en el Artículo 30 de la LGS es contradictorio respecto al principio del secreto profesional*.	33	33,3	66	66,7
Al atender a una paciente por un caso de aborto incompleto, es necesario hacer preguntas para determinar si el aborto fue inducido o espontáneo*.	40	40,4	59	59,6
En los últimos 10 años, ¿alguna vez ha informado a la policía sobre algún caso de aborto que ha atendido? *	28	28,0	72	72,0
En los últimos 10 años, ¿conoce de algún colega que haya informado a la policía o fiscalía un caso de aborto inducido de una paciente? *	49	49,5	50	50,5
En el centro de salud en que trabaja o ha trabajado previamente, ¿alguna vez recibió una comunicación o aviso que le exhorte a cumplir lo establecido en el Artículo 30 de la LGS?	26	26,0	74	74,0

*Se omitió un participante debido a la falta de dato. LGS: Ley General de Salud. n: Frecuencia. %: Porcentaje relativo

Tabla 3. Opinión de los médicos gineco-obstetras sobre la primacía del secreto profesional frente a la obligación de informar a las autoridades.

¿Considera que es más importante el secreto profesional o informar a las autoridades?	n	%
El secreto profesional debe primar	70	70,0
Informar a las autoridades	20	20,0
No sabe /No opina	10	10,0

n: Frecuencia. %: Porcentaje relativo

Tabla 4. Opinión de los médicos gineco-obstetras sobre la obligación de informar a la policía según el tipo de caso de aborto.

Se debe informar a la policía cuando...	Sí se debe informar		Se deben conocer más detalles antes de informar		No se debe informar	
	n	%	n	%	n	%
Una paciente llega con un aborto séptico	26	26,0	60	60,0	14	14,0
Una paciente llega con un aborto incompleto y laceración de cuello uterino	19	19,0	64	64,0	17	17,0
Una paciente llega con un aborto incompleto y encuentra restos de una tableta en la cavidad vaginal	20	20,0	43	43,0	37	37,0
Una paciente llega con indicios de un aborto espontáneo	1	1,0	17	17,0	82	82,0

n: Frecuencia. %: Porcentaje relativo

Tabla 5. Opiniones de los gineco-obstetras sobre las razones más frecuentes por las cuales las mujeres recurren al aborto.

¿Cuáles son las razones más frecuentes por las que las mujeres abortan?	Usualmente/ Casi siempre		Nunca/ Pocas veces	
	n	%	n	%
Porque tienen planes de vida distintos a la maternidad	81	81,0	19	19,0
Por falta de apoyo o abandono de la pareja	74	74,0	26	26,0
Por falta de información y educación	69	69,0	31	31,0
Por irresponsabilidad	57	57,0	43	43,0
Porque son adolescentes	47	47,0	53	53,0
Porque falló en el uso de métodos anticonceptivos	47	47,0	53	53,0
Porque el embarazo es producto de una violación sexual	27	27,0	73	73,0

n: Frecuencia. %: Porcentaje relativo

Tabla 6. Percepciones y creencias de las médicos asociadas a la notificación de casos de aborto inducido a las autoridades

Variable	RP	IC95%	Valor p
Intercepto: ¿Ha informado a la policía sobre algún caso de aborto en los últimos 10 años?	0,01	0,00 - 0,05	0,000
Tipo de establecimiento de salud	0,91	0,47 - 0,99	0,062
Considera necesario preguntar si el aborto fue inducido o espontáneo	0,84	0,51 - 0,96	0,046
Conoce a algún colega que haya informado un caso de aborto inducido	0,89	0,62 - 0,98	0,012
Cree que debe informar por mandato legal	0,67	0,27 - 0,92	0,411
Cree que debe informar para evitar repercusiones personales	0,74	0,33 - 0,94	0,235

RP: Relación de prevalencia. IC95%: Intervalo de confianza al 95%.

Resultados cualitativos

El análisis cualitativo reveló que la identificación de un "aborto criminal" por parte de los médicos gineco-obstetras no se basó en criterios clínicos estandarizados, sino en percepciones subjetivas. Entre los elementos empleados para inferir que un aborto fue inducido se encontraron conductas como evitar la mirada, observarse los genitales, o factores como la edad, el número de hijos y la situación socioeconómica de la paciente. Esto evidenció la influencia de estereotipos personales en la toma de decisiones clínicas.

Además, se documentó que el temor de las pacientes a ser denunciadas podía desincentivar su asistencia a los servicios de salud, lo que constituye una barrera de

acceso a la atención médica oportuna. En cuanto a la indagación clínica, algunos médicos manifestaron que preguntar si el aborto fue inducido o espontáneo era parte de la anamnesis, al considerarlo relevante tanto para el tratamiento como para la decisión de notificación.

Otro hallazgo fue la influencia de las políticas institucionales. En los establecimientos públicos, a diferencia de los privados, se reportó mayor presión para informar a los superiores los casos sospechosos, con el objetivo de proteger al personal ante posibles denuncias. El estado clínico de la paciente también fue un factor determinante: en casos graves como abortos sépticos o perforaciones uterinas, los médicos justificaron la notificación por motivos médicos, legales e institucionales.

Finalmente, la presencia de fuerzas policiales en los establecimientos de salud fue percibida como un elemento de vigilancia externa que condicionaba la

autonomía profesional y la relación médico-paciente, generando tensiones entre la ética clínica y las exigencias legales (Tabla 7).

Tabla 7. Factores que inciden en la notificación de abortos criminales según médicos gineco-obstetras (análisis cualitativo).

Categoría analítica	Descripción del hallazgo	Citas textuales de participantes
Variabilidad en la identificación del "aborto criminal"	Los profesionales reportan criterios diversos para identificar un aborto como criminal, incluyendo aspectos conductuales o características sociodemográficas.	<p>"El aborto inducido se reconoce cuando la paciente se mira mucho los genitales, o mira a un costado, no te mira de frente, rehúye la mirada" (Médico 01).</p> <p>"Si es una adolescente en situación de aborto, se sospecha por aborto provocado. O si es una mujer que ya tiene sus hijos completos, yo pienso que ya se lo ha inducido." (Médico 06).</p>
Relación médico-paciente ante riesgo de denuncia	Se menciona que el temor a ser denunciadas puede disuadir a las pacientes de acudir al establecimiento de salud.	"La paciente a veces ya no quiere venir, porque sabe que pueden denunciarla" (Médico 04).
Indagación activa sobre el origen del aborto como parte del procedimiento clínico	Algunos profesionales indican que preguntan si el aborto fue inducido o espontáneo como parte de la anamnesis.	"Es parte de la anamnesis preguntar si fue provocado o espontáneo, hay que saberlo para determinar el tratamiento posterior." (Médico 03).
Referencia a lineamientos institucionales	Se reporta que en establecimientos públicos existe mayor énfasis en informar a los superiores y documentar los casos.	"En la clínica [privada] no hay tanto control, pero aquí en el hospital es mejor informar todo al superior, para estar protegido ante eventuales denuncias que hacen los familiares." (Médico 07).
Estado clínico como criterio para notificación	La gravedad de la condición de la paciente, como abortos sépticos o perforaciones uterinas, se menciona como motivo para comunicar el caso.	"Si es un aborto séptico o hay perforación, sí o sí debemos informar, hay mayor riesgo de muerte y, en esos casos, siempre revisan los expedientes. Si no informamos luego pueden decir: '¿Y este doctor por qué no reportó?'" (Médico 02).
Presencia de fuerzas policiales en hospitales	Algunos entrevistados refieren que la presencia policial en establecimientos de salud influye en el manejo clínico.	"A veces los policías están ahí, preguntan. Uno se siente vigilado. Se meten en un terreno que debería ser médico." (Médico 08).

DISCUSIÓN

Los hallazgos cualitativos evidenciaron un alto nivel de discrecionalidad en la identificación de abortos inducidos por parte de médicos gineco-obstetras. Estigmas asociados a la juventud, el estado civil o la actitud corporal de las pacientes no solo revelaron arbitrariedad diagnóstica, sino que reflejaron construcciones discursivas de género arraigadas en el campo médico. Los servicios de gineco-obstetricia

operan dentro de un modelo biomédico hegemónico que naturaliza roles femeninos —como la maternidad, el cuidado y la sumisión— y deslegitima experiencias reproductivas que se apartan de esa norma⁽¹⁰⁻¹³⁾.

En ese sentido, el aborto continúa siendo atribuido principalmente a la "irresponsabilidad" reproductiva femenina, superando incluso los niveles reportados hace más de una década^(14,15). En este estudio, el 57,0 % de

los médicos encuestados mencionó esta razón como una causa frecuente del aborto, lo que evidencia la persistencia del estigma hacia las mujeres que deciden interrumpir un embarazo. Esta estigmatización no se limita al plano discursivo: investigaciones recientes documentan cómo los hospitales públicos en el Perú pueden convertirse en espacios de transición hacia el sistema penal, donde las pacientes son interrogadas sin representación legal y sus historias clínicas se utilizan como prueba sin su consentimiento^(16,17).

En este contexto, el principio del secreto profesional adquiere centralidad. Este deber, reconocido por la Constitución Política del Perú, los códigos de ética profesional y la jurisprudencia nacional^(18,19), entra en conflicto con el artículo 30 de la LGS, que impone la obligación de informar sobre posibles abortos criminales⁽⁴⁾. En el presente estudio, el 70,0 % de los médicos consideró que el secreto profesional debía prevalecer sobre la notificación a las autoridades. Este hallazgo es coherente con estudios previos en el sector público peruano que muestran niveles similares de desacuerdo con la obligación de informar⁽¹⁴⁾ e incluso porcentajes superiores al 90,0 % en otras investigaciones⁽¹⁵⁾. Esta contradicción normativa delega en los profesionales de salud la resolución de dilemas ético-legales sin directrices claras ni respaldo jurídico suficiente, lo que compromete tanto su seguridad legal como el acceso oportuno y seguro de las usuarias a servicios de salud reproductiva^(20,21).

Otro hallazgo relevante fue el papel de los establecimientos públicos como espacios donde aumenta la probabilidad de denuncia. La adscripción a estos centros, según el análisis multivariado y estudios comparativos en Honduras, Perú y Brasil^(14,15,22), se relaciona con mayor presión institucional para cumplir con la normativa vigente. Dicho entorno, caracterizado por vigilancia jerárquica, exigencias administrativas y presencia policial, condiciona la toma de decisiones clínicas. La presencia activa de la Policía Nacional del Perú en contextos hospitalarios, señalada por los propios médicos, intensifica la presión para denunciar, vulnerando la confidencialidad e institucionalizando un entorno de vigilancia y control penal dentro del ámbito asistencial⁽¹⁴⁾.

Esta dinámica ha sido descrita en la literatura bajo la lógica de la “protección legal”, que adopta diversas formas en el ejercicio médico. Por un lado, se manifiesta como “medicina defensiva”, donde la notificación no responde a motivos clínicos, sino a la necesidad de evitar sanciones legales ante posibles complicaciones o auditorías^(14,23–25). Por otro lado, se expresa como “medicina vacilante” (hesitant medicine), marcada por la indecisión clínica derivada del temor a consecuencias legales⁽²⁶⁾. Ambas estrategias reflejan un entorno normativo punitivo que desplaza el enfoque centrado en la paciente y fragmenta la relación médico-paciente. Aunque comprensibles bajo el marco legal vigente, estas prácticas incrementan el

riesgo de criminalización para las usuarias, especialmente para aquellas con menores ingresos que acceden a servicios públicos. Tal como documenta la literatura, esta configuración convierte a los establecimientos de salud en puntos de derivación directa al sistema penal, reproduciendo desigualdades estructurales y limitando el acceso seguro a servicios obstétricos⁽²⁵⁾. A nivel internacional, también se ha documentado cómo la criminalización del aborto restringe no solo los derechos de las usuarias⁽²⁴⁾, sino también la autonomía de quienes brindan atención médica⁽²⁴⁻²⁶⁾. Los hallazgos del presente estudio evidencian este fenómeno: los médicos gineco-obstetras en Perú reportaron modificar su conducta clínica —como indagar activamente si un aborto fue inducido o incluso notificarlo— debido a presiones institucionales, legales o policiales, aun cuando estas acciones pudieran vulnerar los derechos de las pacientes.

En este escenario, se recomienda revisar la legislación peruana sobre el aborto a la luz de los estándares internacionales que protegen el derecho a la salud, el secreto profesional y la integridad ética del personal médico. Mientras el artículo 30 de la LGS se mantenga vigente, resulta indispensable establecer criterios clínicos estandarizados que regulen la notificación de abortos inducidos. Asimismo, se sugiere implementar capacitaciones integrales dirigidas a médicos gineco-obstetras en aspectos éticos, legales y clínicos relacionados con el aborto, y fomentar líneas de investigación centradas en las experiencias de las usuarias dentro del sistema público de salud.

Una limitación de este estudio es la variabilidad observada en la notificación de casos de aborto inducido, influida por la ausencia de criterios estandarizados y factores contextuales como la presión institucional y la presencia policial. Además, la heterogeneidad de experiencias entre médicos de distintos tipos de establecimientos de salud podría haber afectado la uniformidad de los resultados. A pesar de estas limitaciones, los hallazgos ofrecen una perspectiva valiosa sobre los factores ético-legales que condicionan la práctica médica en contextos de criminalización del aborto.

CONCLUSIONES

Los resultados cuantitativos evidencian asociaciones significativas entre la notificación de abortos inducidos y tres factores, que son, haber informado previamente a la policía, no considerar necesario preguntar si el aborto fue inducido o espontáneo, y conocer a colegas que han reportado casos. En contraste, no se encontraron asociaciones significativas con el tipo de establecimiento de salud, la creencia en la obligación legal de informar o el temor a repercusiones personales.

Desde el enfoque cualitativo, se identificó variabilidad en los criterios usados para definir un aborto como

criminal, predominando juicios basados en percepciones subjetivas. Los médicos señalaron que el miedo a ser denunciadas puede alejar a las pacientes de los servicios de salud. Asimismo, se reportó que en establecimientos públicos existe mayor presión para informar y que la presencia policial en hospitales genera una sensación de vigilancia que interfiere en la labor clínica. Estos hallazgos reflejan la ausencia de criterios estandarizados y el peso del contexto institucional en las decisiones médicas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a las y los 100 médicos gineco-obstetras de todo el país que participaron de manera voluntaria en el cuestionario, así como a los diez profesionales que, de manera generosa, nos brindaron su tiempo para las entrevistas. Su colaboración ha sido fundamental para el desarrollo de este estudio.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés en la publicación de este trabajo. Se confirma que no existen relaciones financieras ni personales que puedan influir de manera inapropiada en los resultados y conclusiones presentados en este documento. La integridad de la investigación se ha mantenido imparcial y transparente en todas sus etapas.

FINANCIAMIENTO

El presente estudio fue realizado gracias al financiamiento del O'Neill Institute for National and Global Health Law.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Apolaya J. El aborto en cifras: encuesta a mujeres en el Perú [Internet]. Promsex. [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://promsex.org/publicaciones/el-aborto-en-cifras-encuesta-a-mujeres-en-el-peru/>
2. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. [citado el 12 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
3. Ipas México. El aborto como un asunto de salud pública [Internet]. 2021 [citado el 15 de enero de 2025]. Disponible en: <https://ipasmexico.org/2021/01/20/el-aborto-como-un-asunto-de-salud-publica-2/>
4. Ministerio de Salud del Perú. Ley N.º 26842 [Internet]. [citado el 5 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
5. Human Rights Watch. "¿Por qué me quieren volver hacer sufrir?": el impacto de la criminalización del aborto en Ecuador [Internet]. [citado el 20 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.hrw.org/es/report/2021/07/14/por-que-me-quieren-volver-hacer-sufrir/el-impacto-de-la-criminalizacion-del>
6. Moore B, Poss C, Coast E, Lattof SR, Rodgers Y van der M. The economics of abortion and its links with stigma: a secondary analysis from a scoping review on the economics of abortion. PLOS ONE. 2021;16(2):e0246238. doi:10.1371/journal.pone.0246238
7. Organización Mundial de la Salud. Abortion care guideline [Internet]. [citado el 18 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240039483>
8. The Lancet Global Health. The top global causes of adolescent mortality and morbidity by age and sex, 2019 [Internet]. [citado el 22 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34489057/>
9. Alveal-Álamos C, Sánchez BP, Cid AO, Carte L, Sepúlveda LJ. La objeción de conciencia frente a la interrupción voluntaria del embarazo: motivaciones que traspasan las creencias morales y religiosas en profesionales de la salud chilenos. Rev Punto Género. 2022;(17):307–44. doi:10.5354/2735-7473.2022.67663
10. Pacheco JAL. La (re)irrupción del discurso de la «ideología de género» en América Latina: protestas, atención del público y respuestas gubernamentales. Estud Políticos. 2021;(60):145–77. doi:10.17533/udea.espo.n60a07
11. Pereira LDN, Chaves GK, Sturza JM. A (des)criminalização do aborto: uma questão de saúde pública. Rev Derecho Salud | Universidad Blas Pascal. 2020;4(4):129–35. doi:10.37767/2591-3476(2020)11
12. Herrero MB, Greco A. Investigación soberana para el buen gobierno en salud: desafíos y oportunidades. Debate Público. 2024;14(28):14. doi:10.62174/DPdp.10110
13. Molina R. Monopolizando el derecho a la vida: un estudio sobre las injusticias del sistema de salud mexicano y cómo otros países latinoamericanos están abordando generaciones de inequidad. Boller Rev [Internet]. 2020 [citado el 25 de febrero de 2025];5. doi:10.18776/tcu/br/5/121
14. Copello NV. Derecho a la salud intramuros. 2020;279–87. doi:10.37767/2591-3476(2020)32
15. d'Ávila LS, Andrade EIG, Aith FMA. Consecuencias políticas e institucionales de la judicialización de la salud en Brasil y Colombia: un análisis comparado. Rev Derecho Salud | Universidad Blas Pascal. 2020;4(4):64–75. doi:10.37767/2591-3476(2020)05
16. Quintero-Roa EM, Ochoa-Vera ME. Actitudes de los gineco-obstetras ante la interrupción legal voluntaria del embarazo. Rev Salud Pública. 2015;17(5):776–88. doi:10.15446/rsap.v17n5.39249
17. Sánchez Calderón S, Mere del Castillo J, Pacora Portella P, Chávez Alvarado S, Guerrero Vásquez R,

- Barrientos Pacherre M, et al. Opiniones, percepciones y prácticas de médicos ginecoobstetras respecto a informar de las pacientes con aborto inducido a la policía, Lima, Perú, 2014. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2015;61(3):227–35.
18. Gonçalves Fernande A. Ética profissional, deontologia jurídica e ética judicial. *Quaestio Iuris.* 2022;15(3):946–86.
 19. Gianella C, Álvarez B. Judicial lawfare: analysis of legal arguments against abortion rights in Peruvian courts. *Rev Direito GV.* 2021;17:e2146. doi:10.1590/2317-6172202146
 20. *Revista Derecho y Salud.* Derecho a la salud: recurso extraordinario y arbitrariedad [Internet]. [citado el 28 de febrero de 2025]. Disponible en: <https://revistas.ubp.edu.ar/index.php/rdys/article/view/235>
 21. Huapaya-Huertas OS, Zafra-Tanaka JH, Viru-Bazan CR, Gil-Loayza KA, Cruzado-Zafra IM, Taype-Rondan Á, et al. Quality of clinical practice guidelines approved in Peru between 2015 and 2017. *Rev Fac Med.* 2020;68(1):77–83. doi:10.15446/revfacmed.v68n1.70515
 22. Ruibal A. A controvérsia constitucional do aborto no Brasil: inovação na interação entre movimento social e Supremo Tribunal Federal. *Rev Direito E Práxis.* 2020;11:1166–87. doi:10.1590/2179-8966/2020/50431
 23. Peralta-Jiménez GA, Rissetti-Villalobos JA, Palma-Acuña VP, Rubilar-Pérez HF, Moraga-Palacios AM, Peralta-Jiménez GA, et al. Actitudes hacia el aborto deseado en estudiantes de ciencias de la salud chilenos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2023;88(4):205–14. doi:10.24875/rechog.23000028
 24. Guevara Ríos E. Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009–2013. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 2016;62(1):19–30.
 25. Marván ML, Orihuela-Cortés F, Río AÁ del. Actitudes hacia la interrupción voluntaria del embarazo en jóvenes mexicanos, y su opinión acerca del aborto inseguro como problema de salud pública. *Cad Saúde Pública.* 2018;34:e00192717. doi:10.1590/0102-311X00192717
-

Correspondencia

Lucero Cuba Varas

Dirección: Av. Universitaria 620 Dpto 1304, San Miguel, Lima

Teléfono: (+51) 991940288

Correo electrónico: lucero.cuba@pucp.edu.pe

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL ASOCIADO AL SÍNDROME DEPRESIVO EN MUJERES DE 15 A 49 AÑOS EN PERÚ, 2022 AL 2023

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS ASSOCIATED WITH DEPRESSIVE SYNDROME IN WOMEN AGED 15 TO 49 YEARS IN PERU, 2022 TO 2023

Olga Liz Espinal Asenjo^{1,a} , Ruben Espinoza-Rojas^{2b,c} 

RESUMEN

Introducción. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el síndrome depresivo son problemas de salud pública que afectan la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva. **Objetivo.** Determinar la asociación entre ITS y síndrome depresivo en mujeres peruanas de 15 a 49 años, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022–2023. **Métodos.** Estudio transversal, analítico y retrospectivo, utilizando datos secundarios de la ENDES. Las ITS fueron identificadas mediante autorreporte, mientras que el síndrome depresivo mediante el Patient Health Questionnaire-9. Se incluyeron variables sociodemográficas: edad, estado civil, nivel educativo, área de residencia e índice de riqueza. Se estimaron razones de prevalencia crudas y ajustadas (RP) usando regresión de Poisson con varianza robusta, considerando un valor de $p < 0,05$ como asociación significativa. **Resultados.** La búsqueda de tratamiento por ITS se asoció con mayor prevalencia de síntomas depresivos (RPa=1,15; IC 95%: 1,04–1,28; $p=0,010$), mientras que el diagnóstico de ITS no mostró una asociación significativa. Se encontró mayor prevalencia en mujeres con nivel educativo secundario (RP=0,86; IC95%: 0,76–0,99; $p=0,029$) y superior (RP=0,85; IC95%: 0,72–0,99; $p=0,040$), nivel socioeconómico medio (RP=1,19; IC95%: 1,00–1,42; $p=0,050$) y con dos o tres parejas sexuales (RP=1,15; IC95%: 1,04–1,28; $p=0,010$). **Conclusión.** Aunque el diagnóstico de ITS no se asoció con el síndrome depresivo, la búsqueda de tratamiento sí mostró una mayor prevalencia. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de implementar estrategias que incorporen la salud mental en la atención de ITS, considerando las condiciones sociales de vulnerabilidad.

Palabras clave: Infecciones de transmisión sexual, síndrome depresivo, salud mental, mujeres, estudio transversal (fuente: DeCS- Bireme).

ABSTRACT

Introduction. Sexually transmitted infections (STIs) and depressive syndrome are public health issues that affect the quality of life of women of reproductive age. **Objective.** To determine the association between STIs and depressive syndrome in Peruvian women aged 15 to 49 years, based on the 2022–2023 Demographic and Family Health Survey (ENDES). **Materials and Methods.** A cross-sectional, analytical, and retrospective study using secondary data from ENDES. STIs were identified through self-report, and depressive syndrome was assessed using the Patient Health Questionnaire-9. Sociodemographic variables included age, marital status, educational level, area of residence, and wealth index. Crude and adjusted prevalence ratios (PR) were estimated using Poisson regression models with robust variance, considering $p < 0.05$ as statistically significant. **Results.** Seeking treatment for STIs was associated with higher prevalence of depressive symptoms (adjusted PR=1.15; 95%CI: 1.04–1.28; $p=0.010$), while STI diagnosis itself was not significantly associated. Higher prevalence was also observed among women with secondary education (PR=0.86; 95%CI: 0.76–0.99; $p=0.029$) and higher education (PR=0.85; 95%CI: 0.72–0.99; $p=0.040$), those in the middle wealth index (PR=1.19; 95%CI: 1.00–1.42; $p=0.050$), and women reporting two to three sexual partners (PR=1.15; 95%CI: 1.04–1.28; $p=0.010$). **Conclusion.** Although no significant association was found between STI diagnosis and depressive syndrome, seeking treatment was linked to higher prevalence. These findings highlight the need for strategies that integrate mental health into STI care, particularly for socially vulnerable women.

Key words: Depression, Mental Health, Women's Health, Cross-Sectional Studies (Source: MeSH-NLM).

¹ Universidad Ricardo Palma

² Instituto de Investigaciones de Ciencias Biomédicas, Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú

^a Médico Cirujano

^b Doctor en Administración y gestión.

^c Magister en Estadística.

Citar como: Espinal OL, Espinoza-Rojas R. Infecciones de transmisión sexual asociado al síndrome depresivo en mujeres de 15 a 49 años en Perú, 2022 al 2023. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 19-25. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025419>

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los trastornos de salud mental, como el síndrome depresivo, constituyen problemas de salud pública con un impacto significativo en la calidad de vida de las mujeres en edad reproductiva⁽¹⁻⁴⁾. A nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de 1 000 000 de personas adquieren diariamente una ITS curable, incluyendo clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis⁽¹⁾. Estas enfermedades afectan de manera desproporcionada a mujeres jóvenes en América Latina, debido a barreras en el acceso a servicios de salud, desigualdad de género y estigma social⁽⁵⁾.

En Perú, los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022 indican que un porcentaje considerable de mujeres en edad reproductiva ha sido diagnosticado con una ITS o ha buscado tratamiento por una^(3,6,7). Asimismo, el Ministerio de Salud reportó que, en 2023, más de 280 000 personas recibieron atención por depresión, siendo las mujeres el grupo más afectado (75,5% del total de casos)⁽⁸⁾. A pesar de la evidencia internacional que sugiere una asociación entre ITS y depresión⁽⁹⁾, esta asociación ha sido escasamente estudiada en el contexto de salud pública en Perú.

El impacto de las ITS no solo se limita únicamente a sus consecuencias físicas, como la infertilidad o el aumento del riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), sino que también puede repercutir en la salud mental de las mujeres⁽¹⁰⁻¹³⁾. Estudios previos han demostrado que las personas con ITS tienen un mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos, debido al estigma social, la discriminación y las preocupaciones sobre su futuro reproductivo y bienestar general^(14,15). Por otro lado, la depresión puede aumentar la probabilidad de conductas sexuales de riesgo, generando un ciclo que favorece la propagación de ITS⁽¹⁶⁾.

En este contexto, el presente estudio tuvo como objetivo determinar la existencia de una asociación entre las ITS y el síndrome depresivo en mujeres peruanas entre los 15 a 49 años, utilizando datos publicados en la ENDES durante los años 2022 y 2023. Se espera que los hallazgos contribuyan a la formulación de estrategias integradas de prevención y tratamiento, que consideren tanto la detección y el manejo de ITS como el acceso a servicios de salud mental para las poblaciones más vulnerables.

MATERIALES Y METODOS

Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico, basado en el análisis de datos secundarios provenientes de la ENDES 2022-2023 en Perú.

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por todas las mujeres entre 15 a 49 años que participaron en la ENDES 2022-2023. Se incluyeron aquellas participantes que contaban con información completa sobre diagnóstico de ITS y presencia de síntomas depresivos. Se excluyeron los casos con datos incompletos o ausentes en estas variables, así como las mujeres que no respondieron las preguntas relacionadas con ITS o salud mental.

Variables e instrumentos de recolección

La variable dependiente fue la presencia de síntomas depresivos, evaluada mediante el Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), un instrumento validado con un alfa de Cronbach de 0,903, lo que respalda su alta confiabilidad. En términos de validez, el PHQ-9 mostró una validez concurrente significativa, con una correlación de 0,73 respecto a entrevistas diagnósticas estructuradas, lo que evidenció su precisión para detectar depresión. Además, alcanzó una sensibilidad del 88% y una especificidad del 81%, lo que confirma su eficacia diagnóstica⁽¹⁷⁾. Las variables independientes incluyeron el diagnóstico clínico de ITS en los últimos 12 meses, obtenido a partir de una pregunta sobre el diagnóstico médico y la búsqueda de tratamiento para ITS en ese mismo período. También se incluyó variables sociodemográficas como edad, estado civil, nivel educativo, área de residencia, índice de riqueza, número de parejas sexuales en el último año y uso de condón en la última relación sexual. Estas variables fueron seleccionadas por potencial asociación con ITS y salud mental, lo que permitió ajustar los modelos estadísticos para controlar posibles factores de confusión⁽¹⁴⁾.

Técnicas de recolección de datos y procesamiento de información

La ENDES es una encuesta nacional representativa que recolecta información sobre indicadores demográficos, salud materna e infantil, salud reproductiva, enfermedades transmisibles y no transmisibles, y factores sociales relacionados. Este instrumento proporciona datos fiables y actualizados que permiten analizar diversas condiciones de salud en la población peruana. Para este estudio, se emplearon los datos referidos a mujeres de 15 a 49 años, con el objetivo de evaluar la asociación entre ITS y síntomas depresivos durante el periodo mencionado.

Análisis estadístico

El análisis de datos se efectuó mediante el software STATA versión 17. Se realizó un análisis descriptivo para caracterizar a la población, utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas, y frecuencias y proporciones para variables categóricas. Para evaluar la relación entre ITS y síntomas depresivos, se aplicaron modelos de regresión de Poisson con varianza robusta. Se estimaron razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, junto con sus respectivos

intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Se estableció un nivel de significancia estadística de $p < 0,05$. Debido al diseño muestral complejo de la ENDES 2022-2023, se utilizó el factor de ponderación V005 como factor de expansión a nivel individual, con el fin de garantizar la representatividad nacional de los resultados.

Aspectos éticos

La investigación se basó en el análisis de datos secundarios de acceso público, proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), por lo cual no fue necesario solicitar el consentimiento informado de las participantes. Se respetaron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y en las directrices del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas. El protocolo de estudio fue revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Ricardo Palma, cumpliendo con las normativas éticas vigentes en la investigación en salud pública.

RESULTADOS

La población de estudio estuvo conformada por 4 678 mujeres encuestadas entre los años 2022 y 2023. La mayoría tenía entre 20 y 35 años (70,4%), residía en áreas urbanas (63,0%) y pertenecía a la región Sierra (43,9%). En cuanto al nivel educativo, el 53,7% había completado la educación secundaria, mientras que el 37,4% se encontraba en la categoría de menor riqueza (Tabla 1).

Se observó que quienes presentaron depresión en el último año, el 3,4% eran menores de 19 años, frente al 4,9% del grupo sin depresión ($p=0,033$). En términos de región, el 11,0% de las personas con depresión residían en Lima Metropolitana, comparado con el 6,5% de aquellas sin depresión ($p < 0,001$). Respecto al lugar de residencia, el 66,1% de las mujeres con depresión vivían en áreas urbanas, frente al 61,5% del grupo sin depresión ($p=0,002$). Según el índice de riqueza, el 34,5% de las personas con depresión pertenecía al grupo muy pobre, mientras que este porcentaje fue del 38,7% en aquellas sin depresión ($p < 0,001$). En relación con el uso de tratamiento por ITS, el 15,2% de las mujeres con depresión buscaron tratamiento, frente al 11,7% de aquellas sin depresión ($p < 0,001$). Finalmente, el 13,7% de las mujeres con depresión reportó haber tenido cuatro o más parejas sexuales, en comparación con el 12,0% del grupo sin depresión ($p=0,006$) (Tabla 2).

En el análisis multivariado, se identificó que las mujeres residentes en la región Sierra (RP ajustado=0,74; IC 95%: 0,62–0,88; $p < 0,001$) y Selva (RP ajustado=0,55; IC 95%: 0,46–0,66; $p < 0,001$) presentaron menor prevalencia de síntomas depresivos en comparación con las residentes de Lima Metropolitana. Con respecto al índice de riqueza, aquellas con nivel medio presentaron una mayor

Tabla 1. Características generales de la población estudiada (ENDES 2022-2023).

Variable	Total, n (%)
Rango de edad	
Menos de 19 años	206 (4,4)
Entre 20 y 35 años	3295 (70,4)
36 a más años	1177 (25,2)
Región	
Lima Metropolitana	370 (7,9)
Resto Costa	911 (19,5)
Sierra	2055 (43,9)
Selva	1342 (28,7)
Residencia	
Urbano	2947 (63,0)
Rural	1731 (37,0)
Índice de riqueza	
Muy pobre	1749 (37,4)
Pobre	1361 (29,1)
Medio	842 (18,0)
Rico	486 (10,4)
Muy rico	240 (5,1)
Nivel educativo	
Primaria o ninguno	941 (20,1)
Secundaria	2514 (53,7)
Superior	1223 (26,1)
Año	
2022	2317 (49,5)
2023	2361 (50,5)
Diagnosticado con ITS (último año)	
No	4630 (99,0)
Sí	48 (1,0)
Buscó ayuda o tratamiento por ITS	
No	4080 (87,2)
Sí	598 (12,8)
Última relación sexual con condón	
No	4016 (85,8)
Sí	662 (14,2)
Rango de parejas sexuales	
1 o ninguno	1936 (41,4)
2 o 3 parejas sexuales	2154 (46,0)
4 o más parejas sexuales	588 (12,6)

Tabla 2. Comparación de características generales según la presencia de depresión en el último año (ENDES 2022-2023).

Variable	No, n (%)	Sí, n (%)	Valor de p
Rango de edad			
Menos de 19 años	156 (4,9)	50 (3,4)	0,033
Entre 20 y 35 años	2253 (70,6)	1042 (70,2)	
36 a más años	784 (24,6)	393 (26,5)	
Región			
Lima Metropolitana	207 (6,5)	163 (11,0)	<0,001
Resto Costa	591 (18,5)	320 (21,5)	
Sierra	1406 (44,0)	649 (43,7)	
Selva	989 (31,0)	353 (23,8)	
Residencia			
Urbano	1965 (61,5)	982 (66,1)	0,002
Rural	1228 (38,5)	503 (33,9)	
Índice de riqueza			
Muy pobre	1236 (38,7)	513 (34,5)	<0,001
Pobre	956 (29,9)	405 (27,3)	
Medio	530 (16,6)	312 (21,0)	
Rico	324 (10,1)	162 (10,9)	
Muy rico	147 (4,6)	93 (6,3)	
Nivel educativo			
Primaria o ninguno	635 (19,9)	306 (20,6)	0,240
Secundaria	1742 (54,6)	772 (52,0)	
Superior	816 (25,6)	407 (27,4)	
Año			
2022	1607 (50,3)	710 (47,8)	0,110
2023	1586 (49,7)	775 (52,2)	
Diagnosticado con ITS (último año)			
No	3163 (99,1)	1467 (98,8)	0,390
Sí	30 (0,9)	18 (1,2)	
Buscó ayuda o tratamiento por ITS			
No	2820 (88,3)	1260 (84,8)	<0,001
Sí	373 (11,7)	225 (15,2)	
Última relación sexual con condón			
No	2754 (86,3)	1262 (85,0)	0,250
Sí	439 (13,7)	223 (15,0)	
Rango de parejas sexuales			
1 o ninguno	1370 (42,9)	566 (38,1)	0,006
2 o 3 parejas sexuales	1439 (45,1)	715 (48,1)	
4 o más parejas sexuales	384 (12,0)	204 (13,7)	

Tabla 2. Análisis multivariado de factores asociados a la depresión en mujeres (ENDES 2022-2023).

Variable	RP crudo (IC 95%)	Valor de p	RP ajustado (IC 95%)	Valor de p
Rango de edad				
Menos de 19 años	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Entre 20 y 35 años	1,28 (0,96–1,71)	0,087	1,09 (0,83–1,42)	0,537
36 a más años	1,37 (1,02–1,84)	0,037	1,10 (0,83–1,47)	0,492
Región				
Lima Metropolitana	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Resto Costa	0,80 (0,69–0,93)	0,004	0,77 (0,65–0,92)	0,004
Sierra	0,68 (0,59–0,78)	<0,001	0,74 (0,62–0,88)	<0,001
Selva	0,55 (0,47–0,64)	<0,001	0,55 (0,46–0,66)	<0,001
Residencia				
Urbano	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Rural	0,85 (0,76–0,95)	0,004	1,00 (0,86–1,15)	0,980
Índice de riqueza				
Muy pobre	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Pobre	1,08 (0,95–1,24)	0,234	0,98 (0,85–1,14)	0,804
Medio	1,34 (1,17–1,54)	<0,001	1,19 (1,00–1,42)	0,050
Rico	1,18 (0,99–1,40)	0,063	0,99 (0,80–1,23)	0,934
Muy rico	1,29 (1,05–1,59)	0,015	1,06 (0,82–1,36)	0,683
Nivel educativo				
Primaria o ninguno	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Secundaria	0,92 (0,81–1,05)	0,241	0,86 (0,76–0,99)	0,029
Superior	1,02 (0,88–1,18)	0,759	0,85 (0,72–0,99)	0,040
Año				
2022	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
2023	1,12 (1,02–1,23)	0,023	1,12 (1,02–1,23)	0,023
Diagnosticado con ITS (último año)				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	0,91 (0,55–1,48)	0,694	1,23 (0,83–1,82)	0,313
Buscó ayuda o tratamiento por ITS				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	1,17 (1,04–1,34)	0,029	1,15 (1,04–1,28)	0,010
Última relación sexual con preservativo				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	1,12 (0,97–1,28)	0,100	1,16 (0,99–1,36)	0,071
Rango de parejas sexuales				
1 o ninguno	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
2 o 3 parejas sexuales	1,16 (1,04–1,30)	0,007	1,15 (1,04–1,28)	0,010
4 o más parejas sexuales	1,17 (1,00–1,37)	0,043	1,16 (0,99–1,36)	0,071

prevalencia de depresión con significancia marginal (RP ajustado=1,19; IC 95%: 1,00–1,42; p=0,050). En términos de nivel educativo, las mujeres con educación secundaria (RP ajustado=0,86; IC 95%: 0,76–0,99; p=0,029) y superior (RP ajustado=0,85; IC 95%: 0,72–0,99; p=0,040) mostraron menor prevalencia de depresión respecto a aquellas con nivel primario o ninguno. En cuanto al año, las

mujeres encuestadas en el 2023 presentaron una mayor prevalencia de depresión en comparación con las del año 2022 (RP ajustado=1,12; IC 95%: 1,02–1,23; p=0,023). Las mujeres que buscaron tratamiento por ITS tuvieron una mayor prevalencia de depresión (RP ajustado=1,15; IC 95%: 1,04–1,28; p=0,010). Finalmente, las mujeres con dos o tres parejas sexuales también mostraron una mayor

prevalencia de depresión (RP ajustado=1,15; IC 95%: 1,04–1,28; $p=0,010$) (Tabla 3).

DISCUSIÓN

Este estudio exploró la asociación entre las ITS y los síntomas depresivos en mujeres peruanas en edad reproductiva. Aunque no se identificó una asociación significativa entre el diagnóstico de ITS y la depresión (RPa: 1,23; IC 95%: 0,83–1,82), se observó una mayor prevalencia de síntomas depresivos en mujeres que buscaron tratamiento por ITS (RPa: 1,15; IC 95%: 1,04–1,28). Esto sugiere que el impacto emocional derivado del proceso de atención médica y las implicancias asociadas a la ITS podrían influir en la salud mental de las mujeres, independientemente del diagnóstico clínico^(18,19).

Este resultado es consistente con estudios previos como el de Xu et al. (2021), que identificaron que condiciones psicosociales como el estigma, la baja autoestima y la violencia interpersonal incrementan significativamente la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con ITS⁽¹⁴⁾. Estos factores psicosociales podrían estar mediando el impacto emocional de la ITS, lo que contribuye a la aparición de trastornos del estado de ánimo⁽²⁰⁾.

A pesar de la falta de una relación directa entre ITS y depresión, la mayor frecuencia de síntomas depresivos en mujeres que buscaron tratamiento subraya la relevancia de los aspectos psicosociales asociados al manejo de las ITS. Reforzando la necesidad de una mayor atención a los factores emocionales y de la salud mental en mujeres con ITS, incluyendo la importancia de redes de apoyo y el acceso a servicios integrales⁽²¹⁾.

Por otro lado, el análisis reveló una asociación significativa entre el número de parejas sexuales y la depresión. Las mujeres con dos o más parejas sexuales en el último año presentaron un mayor prevalencia de síntomas depresivos (RPa: 1,15; IC 95%: 1,04–1,28), lo que se alinea con los hallazgos de Jenkins et al. (2016), quienes señalaron que los jóvenes con síntomas depresivos tienen una mayor prevalencia de adquirir ITS ya que existen conductas de riesgos, como el número elevado de parejas sexuales, que podrían responder al cuadro depresivo (OR: 1,67; IC 95%: 1,31–2,13)⁽¹⁶⁾. Esta asociación podría ser bidireccional, influenciada por conductas sexuales de riesgo, falta de autocuidado y dificultades en la autonomía sexual⁽⁴⁾.

Finalmente, la mayor prevalencia de síntomas depresivos observada en mujeres con menor nivel educativo y en estratos socioeconómicos bajos coincide con estudios previos que destacan cómo las desigualdades sociales, como la falta de acceso a la educación y la pobreza, incrementan la vulnerabilidad a los trastornos mentales⁽²²⁾. Silva et al. (2016) afirman que los determinantes sociales deben ser considerados factores clave en las estrategias de prevención y manejo de la depresión⁽²³⁾.

El diseño transversal podría impedir establecer causalidad, y el uso de datos autorreferidos podrían introducir sesgos. Adicionalmente, la heterogeneidad regional podría haber influido en los resultados, los hallazgos contribuyen significativamente a la comprensión de los factores asociados a la depresión en mujeres, ofreciendo una base sólida para futuras investigaciones y la mejora de intervenciones de salud pública.

CONCLUSIONES

Las mujeres que buscaron tratamiento por ITS presentaron una mayor prevalencia de síntomas depresivos, lo que indica un impacto emocional asociado al diagnóstico y posibles barreras en el acceso a la atención sanitaria. Además, un menor nivel educativo, una condición socioeconómica desfavorable y un mayor número de parejas sexuales se relacionaron con una mayor prevalencia de depresión.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener algún conflicto de interés en la publicación de este artículo.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Infecciones de transmisión sexual - OPS/OMS [Internet]. 2024 [citado el 20 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>
2. Liu Y, Wang X-B, Sun Y-P, Jiang N, Zhang K-M, Wang M, et al. Infectious diseases research. [Internet]. [citado el 26 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.tmrjournals.com/article.html?J_num=4&a_id=3387
3. Vijayalakshmi S, Rajagopal K, Govindan R, Ganjekar S, Prathyusha PV, Chacko LK. Sexual and reproductive health issues of women attending psychiatric clinic in India—A qualitative study. J Educ Health Promot [Internet]. 2024 [citado el 15 de marzo de 2025];13(1):39. doi:10.4103/jehp.jehp_857_23
4. Nappa MR, Bartolo MG, Pistella J, Petrocchi N, Costabile A, Baiocco R. "I do not like being me": the impact of self-hate on increased risky sexual behavior in sexual minority people. Sex Res Soc Policy [Internet]. 2022 [citado el 27 de marzo de 2025];19(2):737–50. doi:10.1007/s13178-021-00590-x
5. Álvarez Mesa M, de la Torre Navarro L, Domínguez Gómez J. Las infecciones de transmisión sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. Rev Cuba Med Gen Integr [Internet]. 2014 [citado el 10 de marzo de 2025];30(3):343–53. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252014000300008

6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES [Internet]. [citado el 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://proyectos.inei.gob.pe/endes/>
7. Sisodia S, Hammond Z, Leonardi-Bee J, Hanlon C, Asher L. Sexual and reproductive health needs of women with severe mental illness in low- and middle-income countries: a scoping review. PLOS ONE [Internet]. 2025 [citado el 22 de marzo de 2025];20(1):e0311554. doi:10.1371/journal.pone.0311554
8. Organización Mundial de la Salud. Infecciones de transmisión sexual (ITS) [Internet]. [citado el 17 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
9. Jiao B, Zafari Z, Ruggeri K, Williams SZ. Depressive symptoms and sexually transmitted disease: evidence from a low-income neighborhood of New York City. Community Ment Health J [Internet]. 2019 [citado el 30 de marzo de 2025];55(7):1147–51. doi:10.1007/s10597-019-00405-9
10. Tsevat DG, Wiesenfeld HC, Parks C, Peipert JF. Sexually transmitted diseases and infertility. Am J Obstet Gynecol. 2017;216(1):1–9. doi:10.1016/j.ajog.2016.08.008
11. Scheidell JD, Thorpe LE, Adimora AA, Caniglia EC, Lejuez CW, Troxel AB, et al. Perceived stress, sexually transmitted infection, and pelvic inflammatory disease: examination of differences in associations among Black and White women. Sex Transm Dis [Internet]. 2020 [citado el 24 de marzo de 2025];47(9):617. doi:10.1097/OLQ.0000000000001232
12. Sternberg K von, Cardoso JB, Jun J, Learman J, Velasquez MM. An examination of the path between recent sexual violence and sexually transmitted infections. Womens Health Issues [Internet]. 2012 [citado el 19 de marzo de 2025];22(3):e283–92. doi:10.1016/j.whi.2012.01.004
13. Arantes R, Da Costa M. (305) Health care for women who have sex with women - what to improve? J Sex Med [Internet]. 2024 [citado el 13 de marzo de 2025];21(Supplement_6):qdae161.232. doi:10.1093/jsxmed/qdae161.232
14. Xu C, Shi Y, Yu X, Chang R, Wang H, Chen H, et al. The syndemic condition of psychosocial problems related to depression among sexually transmitted infections patients. PeerJ [Internet]. 2021 [citado el 21 de marzo de 2025];9:e12022. doi:10.7717/peerj.12022
15. Jackson JM, Seth P, DiClemente RJ, Lin A. Association of depressive symptoms and substance use with risky sexual behavior and sexually transmitted infections among African American female adolescents seeking sexual health care. Am J Public Health [Internet]. 2015 [citado el 11 de marzo de 2025];105(10):2137–42. doi:10.2105/AJPH.2014.302493
16. Jenkins WD, Botchway A. Young adults with depression are at increased risk of sexually transmitted disease. Prev Med [Internet]. 2016 [citado el 16 de marzo de 2025];88:86–9. doi:10.1016/j.ypmed.2016.03.020
17. Huarcaya-Victoria J, De-Lama-Morán R, Quiros M, Bazán J, López K, Lora D, et al. Propiedades psicométricas del Patient Health Questionnaire (PHQ-9) en estudiantes de medicina en Lima, Perú. Rev Neuro-Psiquiatr [Internet]. 2020 [citado el 18 de marzo de 2025];83(2):72–8. doi:10.20453/mp.v83i2.3749
18. Radusky PD, Mikulic IM. Impacto emocional del diagnóstico de VIH en personas residentes en Buenos Aires. Anu Investig [Internet]. 2018 [citado el 26 de marzo de 2025];XXV:107–16. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3691/369162253013/html/>
19. Balfe M, Brugha R, O'Donovan D, O'Connell E, Vaughan D. Triggers of self-conscious emotions in the sexually transmitted infection testing process. BMC Res Notes [Internet]. 2010 [citado el 14 de marzo de 2025];3:229. doi:10.1186/1756-0500-3-229
20. Wang S, Ni Y, Gong R, Shi Y, Cai Y, Ma J. Psychosocial syndemic of suicidal ideation: a cross-sectional study among sexually transmitted infection patients in Shanghai, China. BMC Public Health [Internet]. 2020 [citado el 25 de marzo de 2025];20(1):1314. doi:10.1186/s12889-020-09404-y
21. Bondade S, Hoshota A, K.N K, Raj R. Intimate partner violence, anxiety, and depression in women with sexually transmitted infections—A hospital-based case control study. J Psychosexual Health [Internet]. 2021 [citado el 17 de marzo de 2025];3(1):65–72. doi:10.1177/2631831821992656
22. Schlax J, Jünger C, Beutel ME, Münzel T, Pfeiffer N, Wild P, et al. Income and education predict elevated depressive symptoms in the general population: results from the Gutenberg Health Study. BMC Public Health [Internet]. 2019 [citado el 23 de marzo de 2025];19(1):430. doi:10.1186/s12889-019-6730-4
23. Silva M, Loureiro A, Cardoso G. Social determinants of mental health: a review of the evidence. Eur J Psychiatry [Internet]. 2016 [citado el 29 de marzo de 2025];30(4):259–92. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-61632016000400004

Correspondencia

Olga Liz Espinal Asenjo

Teléfono: (+51)958063028

Correo electrónico: lizz-1209@hotmail.com

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS ENFOCADA A LA EMOCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL INMP – 2024

PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE STRESS COPING SCALE FOCUSED ON EMOTION IN HOSPITALIZED PATIENTS OF THE INMP – 2024

Daniel Silva-Dominguez^{1,2,a} , Paola Chávez-Ochoa^{1,a} , Cynthia Ponce³ , Heiseth Oropeza³ , Jennifer Chirinos³ , Fiorella Gabriel³ , Idelsa Barbosa³ , Andrea Velazco¹ 

RESUMEN

Introducción. El afrontamiento emocional es fundamental en gestantes con complicaciones. **Objetivo.** Analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario Breve de Afrontamiento al Estrés (CSI-FV) en pacientes hospitalizadas del Instituto Nacional Materno Perinatal. **Materiales y Métodos.** Estudio instrumental psicométrico con análisis de datos de mujeres mayores de 18 años sin antecedentes de trastornos mentales. Una primera muestra (n=208) se usó para describir los ítems y realizar análisis factorial confirmatorio (AFC) del modelo original, así como análisis factorial exploratorio (AFE) de cinco modelos alternativos: de cuatro, tres, dos dimensiones y dos modelos unidimensionales, comparando seis estructuras factoriales en total. Se evaluó confiabilidad (alfa, alfa ordinal y omega) y validez (CFI, TLI, SRMR, RMSEA). Una segunda muestra (n=440), compuesta por 220 pacientes con preeclampsia o hipertensión y 220 sin dichos diagnósticos, se utilizó para el análisis de invarianza factorial y validez convergente con la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7). **Resultados.** El modelo de dos dimensiones mostró los mejores indicadores psicométricos. La dimensión F1 (compromiso emocional) presentó alfa=0,72; alfa ordinal=0,75; omega=0,78, y F2 (evitación emocional): alfa=0,80; alfa ordinal=0,83; omega=0,84. Se obtuvieron CFI=0,986; TLI=0,974; SRMR=0,064; RMSEA=0,078 (IC90%: 0,054–0,097). La invarianza fue débil entre los grupos comparados (M1–M2=0,003; M2–M3=0,007; M3–M4=0,033). Se halló correlación directa y significativa entre F2 y ansiedad (rho=0,325; p<0,001), e inversa con F1 (rho=-0,162; p<0,050). **Conclusión.** El CSI-FV, en su versión breve de seis ítems y estructura bifactorial, presenta adecuadas propiedades psicométricas de validez, confiabilidad y sensibilidad para detectar diferencias clínicas.

Palabras clave: Confiabilidad, Validez, Análisis factorial, Estrategias Afrontamiento (Fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

Introduction. Emotional coping is essential in pregnant women with complications. **Objective.** To analyze the psychometric properties of the Brief Coping Strategies Inventory (CSI-FV) in hospitalized patients at the Instituto Nacional Materno Perinatal. **Materials and Methods.** Psychometric instrumental study using secondary data from women over 18 years old without a history of mental disorders, obtained from two previous investigations. The first sample (n=208) was used to describe the items and perform confirmatory factor analysis (CFA) of the original model, as well as exploratory factor analysis (EFA) of five alternative models: four-, three-, and two-dimensional structures, and two unidimensional models—six factorial structures in total. Reliability (Cronbach's alpha, ordinal alpha, and omega) and validity (CFI, TLI, SRMR, RMSEA) were assessed. A second sample (n=440), composed of 220 patients diagnosed with preeclampsia or hypertension and 220 without such diagnoses, was used to assess measurement invariance and convergent validity with the Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). **Results.** The two-factor model showed the best psychometric indicators. Factor 1 (emotional engagement) showed alpha=0.72; ordinal alpha=0.75; omega=0.78, and Factor 2 (emotional avoidance) showed alpha=0.80; ordinal alpha=0.83; omega=0.84. Good fit indices were obtained: CFI=0.986; TLI=0.974; SRMR=0.064; RMSEA=0.078 (90% CI: 0.054–0.097). Measurement invariance was weak between groups (M1–M2=0.003; M2–M3=0.007; M3–M4=0.033). A direct and significant correlation was found between Factor 2 and anxiety (rho=0.325; p<0.001), and an inverse significant correlation with Factor 1 (rho=-0.162; p<0.050). **Conclusion:** The six-item, two-factor CSI-FV shows adequate validity, reliability, and clinical sensitivity to assess emotional coping strategies in hospitalized patients.

Key words: Reliability; Validity; Factor Analysis; Coping Skills (Source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Según el Boletín del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)⁽¹⁾, en el año 2022 se atendieron más de 16 000 gestantes con complicaciones como preeclampsia, hipertensión y rotura prematura de membranas. Estas condiciones requieren hospitalización, generando un

alto nivel de estrés en las pacientes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera prioritaria la atención integral durante el embarazo, debido a los cambios físicos y emocionales que este implica⁽²⁾. En embarazos de alta complejidad, las pacientes deben permanecer hospitalizadas bajo seguimiento médico continuo⁽³⁾ lo que conlleva angustia, tensión y un estado de constante

¹ Licenciado en Psicología

² Especialista en Terapia Cognitiva Conductual

³ Bachiller en Psicología

^a Instituto Nacional Materno Perinatal

Citar como: Silva-Dominguez D. et al. Propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento al estrés enfocada a la emoción en pacientes hospitalizadas del INMP – 2024. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 26-36. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025400>

incertidumbre. La forma en que las pacientes canalizan sus emociones influye en su adherencia al tratamiento, mediante la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento^(4,5).

El afrontamiento es el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza una persona para manejar situaciones estresantes^(5,6). Cada gestante interpreta de manera particular su estado de salud, por lo que sus estilos de afrontamiento dependen de sus características personales y experiencias previas⁽⁷⁾. Estos estilos pueden centrarse en el compromiso activo o en la evitación, lo cual influye en su percepción del embarazo, en la motivación para la recuperación y en la construcción de expectativas realistas^(8,9). Este tipo de afrontamiento puede también fortalecer la autonomía y el rol activo en el proceso de recuperación^(10,11).

Existen diversos instrumentos para medir el afrontamiento. Algunos se centran en la intensidad del estrés, como la Escala de Estrés Percibido⁽¹¹⁾ o la Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)⁽¹²⁾. Otros miden las estrategias de afrontamiento en sí, como el “Ways of Coping Questionnaire” de Folkman S y Lazarus RS, con 68 ítems que evalúan ocho dimensiones⁽¹³⁾, o el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) de Sandín B y Chorot P, que mide siete estilos en 42 ítems⁽¹⁴⁾.

Tobin DL et al. desarrollaron en 1989 el Coping Strategies Inventory (CSI), compuesto por 72 ítems y ocho dimensiones⁽¹⁵⁾. García F et al. adaptaron esta escala al español en una versión de 40⁽¹⁶⁾. Posteriormente, Addison CC et al. diseñaron una versión breve con 16 ítems, agrupados en cuatro factores⁽¹⁷⁾. Tous-Pallarés J et al. tradujeron esta versión al español y validaron su uso en contextos clínicos, reportando adecuados índices psicométricos⁽¹⁸⁾.

En contextos hospitalarios, donde las pacientes pueden sentirse vulnerables, con recursos emocionales limitados y escasa oportunidad de expresar sus inquietudes, identificar sus estilos de afrontamiento es crucial⁽¹⁰⁾. La separación de sus redes de apoyo, como la familia, agrava la carga emocional⁽⁷⁾. Así, surge la necesidad de contar con instrumentos breves, fiables y válidos que puedan aplicarse sin interferir en las intervenciones clínicas y que faciliten el diseño de estrategias de apoyo emocional individualizadas.

Ante ello, el presente estudio tiene como objetivo analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario Breve de Afrontamiento al Estrés (CSI-FV), centrado en la emoción, en pacientes hospitalizadas en el INMP durante el año 2023, mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño y área de estudio

El presente estudio es de tipo instrumental psicométrico. Se aplicó el cuestionario original de estrategias de

afrontamiento al estrés (CSI-FV), en mujeres puérperas mayores de 18 años de Hospitales nivel 3 de Minsa de Lima y Arequipa, se tomaron con la finalidad de poder verificar la estructura y cargar factorial de la escala.

Población y muestra

La población estuvo conformada por mujeres mayores de 18 años, sin diagnóstico de trastorno psicológico, con o sin presencia de trastornos hipertensivos de Lima y Arequipa. El tamaño de muestra se calculó en función del número de parámetros del instrumento, atendiendo a la cantidad de variables observadas y latentes, considerando una potencia esperada de 0,95, un tamaño de efecto anticipado de 0,3 y un nivel de probabilidad de 0,05. El tamaño mínimo requerido fue de 207 participantes⁽¹⁹⁾. La muestra final incluyó a 440 mujeres, divididas equitativamente entre aquellas con diagnóstico de preeclampsia o trastornos hipertensivos y aquellas sin dichos diagnósticos.

Variables e instrumentos

Se empleó la versión breve del Cuestionario de Afrontamiento al Estrés (CSI-FV), adaptado al español por Cano-García F et al.⁽²⁰⁾ y posteriormente analizado por Tous-Pallarés J et al.⁽¹⁸⁾. Este instrumento consta de 16 ítems distribuidos en cuatro dimensiones: afrontamiento enfocado en el compromiso con el problema (PFC), evitación del problema (PFE), afrontamiento enfocado en el compromiso con la emoción (EFC) y evitación emocional (EFE). En esta primera fase del análisis se consideró el instrumento completo, evaluando su estructura original y modelos alternativos, así como la invarianza de las dimensiones.

También se utilizó la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7), compuesta por siete ítems que evalúan la sintomatología ansiosa en una escala Likert de cuatro puntos (0=nada a 3=casi todos los días). Esta fue desarrollada por Spitzer R et al. y traducida al español por García-Campayo J et al. en 2010⁽²¹⁾. Para el presente estudio se utilizó la versión adaptada al contexto peruano por Franco-Jiménez RA y Núñez-Magallanes A⁽²²⁾, la cual reporta adecuados indicadores de validez y confiabilidad.

Procedimientos

Se solicitaron los permisos pertinentes a los autores al servicio de psicología y al Comité de Ética del INMP. Posteriormente se construyó dos bases de datos: una con 208 participantes para los análisis descriptivos, estructura factorial y análisis de indicadores de validez de la escala; y otra con 440 puérperas, 220 con y sin trastornos hipertensivos respectivamente, para la evaluación de la invarianza; y validez convergente con la escala de ansiedad GAD-7.

Análisis estadístico

Mediante el programa R Studio se realizó el análisis paralelo para la determinación de componentes principales, indicando que la escala puede estructurarse

hasta en cuatro factores⁽²³⁾. Se realizó el análisis descriptivo para cada ítem, tomando en cuenta los puntajes de asimetría y curtosis, considerando como adecuados los puntajes dentro del rango $\pm 1,5$ ⁽²⁴⁾. Se continuó con el análisis factorial confirmatorio del modelo original (M1) y el análisis factorial exploratorio para la propuesta de modelos nuevos, correspondientes a cuatro, tres, dos factores y modelos unidimensionales. Estas distribuciones se dieron mediante una rotación oblicua, utilizando el estimador mínimos cuadrados ponderados robustos (WLSMV)⁽²⁵⁾, estableciendo el mejor modelo a través de cuatro indicadores de ajuste de validez: índice de ajuste comparativo (CFI), índice de Tucker-Lewis (TLI), raíz cuadrática media estandarizada residual (SRMR) y raíz del error cuadrático medio de aproximación (RMSEA). Los puntos de corte aceptados fueron los siguientes: CFI y TLI $>0,90$, RMSEA $<0,08$. Se analizaron también los indicadores de fiabilidad mediante el coeficiente de Alfa, Alfa ordinal y Omega, considerando adecuados los coeficientes con valores superiores a $0,70$ ⁽²⁷⁾.

Luego de seleccionar el mejor modelo, se analizó la invarianza de medición de grupos. Se comparó las muestras de pacientes quienes presentaron preeclampsia y trastornos hipertensivos (220 pacientes) respecto a quienes no lo presentaron (220 pacientes), totalizando 440 mujeres. Se compararon cuatro modelos de medición con restricciones progresivas entre categorías: primero la invarianza configural, luego la invarianza métrica, seguida de la invarianza escalar y, por último, la invarianza residual. La existencia de invarianza entre grupos se determinó mediante el cambio en el CFI (Δ CFI), con un punto de corte $<0,01$ ⁽²⁸⁾.

Tabla 1. Media, mediana, desviación estándar, asimetría, curtosis de los ítems de la escala de afrontamiento al estrés (N=207).

Ítems	Media	Mediana	Desviación estándar	Asimetría	Curtosis	Correlación*
EE1	3,33	3	0,968	-0,08	-0,45	0,75
EE2	3,63	4	0,995	-0,29	-0,46	0,72
EE3	3,30	3	0,962	-0,10	-0,21	0,42
EE4	2,44	2	1,090	0,54	-0,18	0,20
EE5	2,50	3	1,050	0,28	-0,33	0,30
EE6	3,57	4	1,100	-0,31	-0,83	0,44
EE7	3,09	3	0,918	0,05	-0,21	0,11
EE8	3,52	3	0,997	-0,20	-0,42	0,65
EE9	3,10	3	0,896	-0,15	0,20	0,56
EE10	2,58	2	1,120	0,40	-0,50	0,49
EE11	3,55	4	1,010	-0,29	-0,44	0,42
EE12	2,31	2	1,230	0,83	-0,17	0,06
EE13	3,35	3	1,140	-0,11	-0,98	0,83
EE14	3,13	3	0,889	0,08	0,02	0,02
EE15	2,53	2	1,170	0,54	-0,34	0,49
EE16	3,17	3	1,060	0,07	-0,55	0,20

EE: Escala de estrés *Correlación ítem-test

Finalmente, se analizó la validez convergente mediante el análisis de correlación Rho de Spearman, entre las dimensiones de la escala de afrontamiento al estrés enfocado a la emoción y la escala de ansiedad (GAD-7). Esta correlación se determinó ya que no se cumplieron los criterios de normalidad⁽²⁹⁾.

Aspectos éticos

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Unidad de Investigación y Docencia del Instituto Nacional Materno Perinatal (Carta N.º019-2023-DG-N.º008-OEAIDE-INMP).

La base de datos fue anonimizada, sin contener información personal identificable, lo que garantizó la confidencialidad y privacidad de las participantes. El estudio se desarrolló conforme a las Pautas Éticas Internacionales del CIOMS⁽³⁰⁾, asegurando el uso ético, restringido y justificado de la información exclusivamente con fines investigativos y dentro del marco de los objetivos planteados.

RESULTADOS

Los hallazgos descriptivos presentados en la Tabla 1 muestran que los valores de media por ítem se encontraron entre $M=3,33$ (EE1) y $M=3,17$ (EE16), con una desviación estándar entre $DE=0,968$ (EE1) y $DE=1,060$ (EE16). La asimetría osciló entre $g1=-0,45$ (EE1) y $g1=0,07$ (EE16), y la curtosis entre $g2=-0,55$ (EE16) y $g2=-0,45$ (EE1). La correlación ítem-test varió entre $r=0,20$ (EE16) y $r=0,83$ (EE13). Los valores de asimetría y curtosis se encontraron dentro del rango de $\pm 1,5$.

Mediante el análisis paralelo se indicó que la escala podía distribuirse hasta en cuatro dimensiones. Se procedió con un análisis factorial exploratorio para la propuesta de nuevos modelos. En la Tabla 2 se presentan los seis modelos analizados: el modelo

original y los modelos A, B, C, D y E, con sus respectivas estructuras factoriales. En todos los modelos se conservaron los ítems cuyas cargas factoriales fueron mayores o iguales a 0,30, manteniendo el modelo teórico del modelo original.

Tabla 2. Cargas factoriales de los ítems y confiabilidad de cada dimensión de los modelos propuestos.

Ítems	M. Original				MA				MB			MC		MD	ME
	F1 PFC	F2 PFE	F3 EFC	F4 EFE	F1 PFC	F2 PFE	F3 EFC	F4 EFE	F1 PFE	F2 EFC	F3 EFE	F1 EFC	F2 EFE	F1 EFC	F1 EFE
EE1	0,59				0,62										
EE2	0,89				0,55										
EE3				0,61			0,59			0,60		0,61		0,62	
EE4		0,32				0,24		0,45							
EE5			0,22												
EE6			0,96				0,97		0,95		0,99		0,96		
EE7		0,79				0,89		0,87							
EE8	0,50														
EE9	0,26				0,26										
EE10				0,82			0,86			0,82		0,83		0,79	
EE11			0,53				0,50		0,44		0,41		0,43		
EE12		0,08													
EE13			0,78				0,78		0,81		0,79		0,81		
EE14		0,46				0,47		0,42							
EE15				0,96			0,93			0,98		0,96		0,99	
EE16				0,51											
Condiabilidad															
Alfa	0,62	0,24	0,45	0,76	0,61	0,44	0,72	0,80	0,53	0,72	0,80	0,72	0,80	0,72	0,80
Alfa Ordinal	0,66	0,32	0,46	0,78	0,65	0,50	0,75	0,83	0,57	0,72	0,83	0,75	0,83	0,75	0,83
Omega	0,64	0,38	0,64	0,81	0,67	0,49	0,79	0,83	0,59	0,75	0,84	0,78	0,84	0,78	0,84

M. Original: Modelo original (modelo de 4 factores propuestos por el autor). MA: Modelo A (modelo de 4 factores propuestos mediante análisis factorial exploratorio). MB: Modelo B (modelo de 3 factores propuestos mediante análisis factorial exploratorio). MC: Modelo C (modelo de 2 factores propuestos mediante análisis factorial exploratorio). MD: Modelo D (modelo de 1 factor propuestos mediante análisis factorial exploratorio). ME: Modelo E (modelo de 1 factor propuestos mediante análisis factorial exploratorio). PFC: Estrategias de Afrontamiento enfocado al compromiso con el problema. PFE: Estrategias de Afrontamiento enfocado a la evitación del problema. EFC: Estrategias de afrontamiento enfocado al compromiso con la emoción. EFE: Estrategias de afrontamiento enfocado a la evitación de la emoción.

El modelo original incluyó cuatro dimensiones: F1 (PFC), F2 (PFE), F3 (EFC) y F4 (EFE), observándose que solo la dimensión F4 presentó valores adecuados de confiabilidad, con cargas factoriales entre 0,51 y 0,96. En el modelo A (cuatro dimensiones), F1, F2, F3 y F4 estuvieron compuestas cada una por tres ítems, y únicamente las dimensiones F3 y F4 alcanzaron valores adecuados de confiabilidad. En el modelo B (tres dimensiones), F1, F2 y F3 incluyeron tres ítems cada una, y también se observaron valores adecuados de confiabilidad en F3 y F4. En el modelo C (dos dimensiones), F1 y F2 se compusieron de tres

ítems cada una, y ambas dimensiones presentaron adecuados valores de confiabilidad. El modelo D (una dimensión) estuvo compuesto por tres ítems, y el modelo E (una dimensión) también incluyó tres ítems, mostrando valores adecuados de confiabilidad respectivamente.

El análisis de validez, según la Tabla 3 y la Figura 1, indicó que el modelo C obtuvo los mejores índices de ajuste (CFI=0,986. TLI=0,974. SRMR=0,064 y RMSEA=0,078), en comparación con los demás modelos propuestos.

Tabla 3. Indicadores de Ajuste de Validez del modelo original y modelos propuestos.

Modelos	X2	DF	X2/DF	CFI	TLI	SRMR	RMSEA
Original	476,573	98	4,862	0,797	0,751	0,122	0,137 (0,124 – 0,149)
Modelo A	19,510	48	4,115	0,912	0,879	0,096	0,123 (0,105-0,141)
Modelo B	116,512	32	3,641	0,943	0,920	0,083	0,113 (0,091-0,135)
Modelo C	28,396	8	3,550	0,986	0,974	0,064	0,078 (0,054 – 0,097)
Modelo D	5,715	2	2,858	0,995	0,985	0,032	0,095 (0,077-0,190)
Modelo E	24,915	2	12,458	0,979	0,938	0,061	0,235 (0,158-0,322)

X2: Chi cuadrado. DF: grado de libertad. X2/DF: producto de chi cuadrado sobre el grado de libertad; CFI: Índice de Ajuste Comparativo. TLI: Indicador de Tucker Lewis. SRMR: Residuo cuadrático medio estandarizado. RMSEA: Medición del error de aproximación.

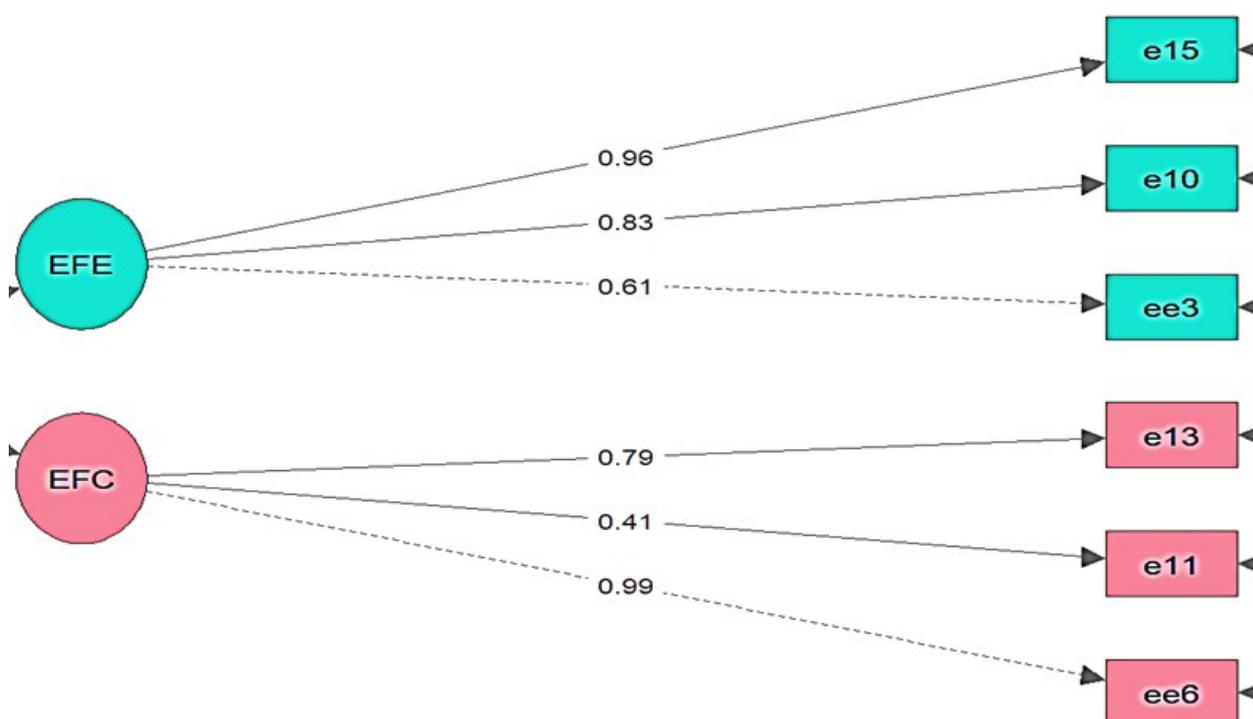


Figura 1. Estructura factorial y cargas factoriales del modelo C de 2 dimensiones de la Escala de afrontamiento al estrés en su versión de 2 factores y 9 ítems, propuesto mediante el análisis factorial confirmatorio.

El análisis de invarianza de medición entre pacientes con trastornos hipertensivos y preeclampsia durante la gestación (n=220) y pacientes sin esta condición médica (n=220) se realizó bajo el modelo C. Los modelos comparativos mostraron valores de ajuste aceptables: configural (CFI=0,961. TLI=0,927. SRMR=0,046. RMSEA=0,077), métrico (CFI=0,958. TLI=0,936. SRMR=0,053. RMSEA=0,072), escalar (CFI=0,951. TLI=0,938. SRMR=0,058. RMSEA=0,071) y residual (CFI=0,918. TLI=0,918. SRMR=0,075. RMSEA=0,081). Se encontró una invarianza factorial débil entre los grupos, por lo que los puntajes no son equivalentes. Esto se evidencia en las diferencias del CFI entre modelos: M1-M2=0,003; M2-M3=0,007 y M3-M4=0,033 (Tabla 4).

Al analizar la relación de las dimensiones F1 (EFC) y F2 (EFE) con la variable ansiedad, se encontró una correlación inversa significativa entre ansiedad y la dimensión F1 (EFC)

(rho=-0,162; p<0,050), y una relación directa y significativa con la dimensión F2 (EFE) (rho=0,325; p<0,001). En ambos casos, el tamaño del efecto fue bajo (0,01 < r² < 0,30), como se muestra en la Tabla 5.

Como se señala en la Tabla 3 fue necesario comparar los indicadores de validez de cada modelo, tanto del modelo original como los propuestos mediante el análisis factorial exploratorio, como se ve en el material complementario, donde se observa la estructura y carga factorial de cada dimensión, de los modelos de 4 y 2 dimensiones, y de dos modelos unidimensionales, en las Figuras S1, S2, S3, S4 y S5.

DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en esta investigación evidencian que la escala de afrontamiento al estrés

en población materno perinatal presenta adecuados indicadores de confiabilidad y validez, manteniendo el modelo teórico original, basado en el compromiso y la evitación de problemas y emociones.

Si bien el modelo de Tobin DL et al.⁽¹⁶⁾, compuesto por 72 ítems distribuidos en ocho estrategias específicas para el afrontamiento del estrés, fue el modelo original propuesto, a lo largo de los años se ha evidenciado la reducción de los ítems y estrategias del instrumento en diversos estudios psicométricos, como se observa en su versión en español propuesta por Cano-García F et al.⁽²⁰⁾, reduciendo la escala a 40 ítems durante su adaptación. Esto se debió a que algunas estructuras propuestas del modelo primario no pudieron ser evaluadas ni verificadas en su traducción en otros contextos. De igual manera, Addison CC et al.⁽¹⁷⁾ redujeron la escala a 16 ítems en pacientes con diagnóstico de enfermedades coronarias crónicas, sin alterar el modelo teórico, construyendo una escala breve con cuatro estrategias diferentes (las dos primeras enfocadas al compromiso y evitación de los problemas, y las dos siguientes enfocadas al compromiso y evitación de las emociones), presentando adecuadas evidencias psicométricas.

Tous-Pallarés J et al.⁽¹⁸⁾ analizaron la escala de 16 ítems adaptándola al español en hombres y mujeres mediante análisis factorial confirmatorio, exploratorio y análisis de confiabilidad de las dimensiones, señalando que las estrategias enfocadas en las emociones presentaron mayor confiabilidad. Speyer E et al.⁽³¹⁾ adaptaron esta misma escala en pacientes en tratamiento por hemodiálisis, en trece países diferentes, y señalaron que una versión de 14 ítems, manteniendo la estructura teórica de dos ejes (compromiso y evitación, problema y emoción), presentó mejores evidencias de validez y confiabilidad.

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las propiedades psicométricas de la escala de afrontamiento al estrés en su versión de 16 ítems en español en mujeres hospitalizadas. Si bien en un primer momento, durante el análisis paralelo de componentes principales, se indicó la posibilidad de estructurar la escala en cuatro dimensiones⁽¹⁸⁾, como el modelo original⁽¹⁹⁾, luego de realizar la comparación con los modelos propuestos (manteniendo el modelo teórico principalmente de dos ejes), los resultados señalaron que el modelo de seis ítems con dos dimensiones (compromiso y evitación de las emociones), con tres ítems cada una, fue el que presentó indicadores óptimos de confiabilidad y validez. Esto difiere de los resultados de Addison CC et al.⁽¹⁷⁾ y Speyer E et al.⁽³¹⁾, quienes, si bien redujeron la escala a quince y catorce ítems respectivamente, mantuvieron estables las estrategias y dimensiones de la escala. Esta diferencia puede deberse a que en los estudios anteriores, los

pacientes no se encontraban hospitalizados, por lo que tenían la posibilidad de actuar, elegir sus actividades y organizar sus tiempos para su tratamiento médico. no obstante, en este estudio, la estructura de la escala se reduce posiblemente porque todas las pacientes se encontraron hospitalizadas, por lo que su accionar estuvo limitado a seguir la propuesta de intervención, teniendo solo la posibilidad de enfocarse en sus emociones. Estos resultados se distinguen de los hallazgos de los autores antecedentes en cuanto a la cantidad de dimensiones e ítems, sin embargo, como refieren Tous-Pallarés J et al.⁽¹⁸⁾, las estrategias enfocadas al compromiso y a la evitación, al ser tomadas como dimensiones globales, pueden ser consideradas de forma independiente como estrategias de afrontamiento.

El modelo de seis ítems presentó una invarianza débil en la comparación entre pacientes con preeclampsia e hipertensión, en contraste con quienes no lo presentaron. Si bien no existen antecedentes psicométricos de este tipo en la literatura, cualitativamente es comprensible, como refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS), que las gestantes con diagnóstico de preeclampsia e hipertensión, en embarazos de alta complejidad, experimenten un impacto en la salud física⁽³²⁾ y emocional⁽³³⁾ distinto al de pacientes sin dicha condición⁽³⁾. Si bien en el Instituto Nacional Materno Perinatal se atienden diversos casos complejos provenientes de diferentes regiones del Perú, no todos presentan el mismo nivel de gravedad ni afectación en la salud gestacional⁽⁴⁾, por lo que el nivel de estrés será percibido acorde con los factores de riesgo de cada embarazo⁽³⁴⁾.

Las estrategias de afrontamiento enfocadas al compromiso y evitación de la emoción mostraron indicadores de confiabilidad, con puntajes adecuados en sus valores, concordando con lo encontrado en otras versiones de la escala que mantuvieron los ejes teóricos del modelo original^(17,18,20).

Al igual que en todos los estudios anteriores la forma de determinar qué estrategia de afrontamiento prevalece en las pacientes se dará de acuerdo con el puntaje bruto mayor obtenido de la suma de todos los ítems de cada subescala (tres ítems de la escala de afrontamiento enfocada al compromiso con la emoción y tres ítems enfocados a la evitación de la emoción), tal como se plantea en el modelo original⁽¹⁵⁾.

Entre las limitaciones referidas en el estudio se encuentra el tipo de muestreo, ya que el tipo de muestreo utilizado fue intencional. debido a ello, los resultados no pueden ser generalizados. Otra limitación fue la cantidad de participantes respecto al rango de edad, ya que solo se incluyó a pacientes adultas hospitalizadas. Los autores entendemos que

replicar este estudio, tanto en la versión de seis ítems como en la de 16 ítems, en otras muestras de pacientes durante la maternidad, con diferentes rangos de edad, condiciones de salud, antecedentes ginecológicos, pérdidas gestacionales, entre otros factores, podrá generar mayor evidencia psicométrica para su uso en el contexto hospitalario, y sumará evidencias de validez al relacionar la escala con otros instrumentos que midan estrategias de afrontamiento al estrés.

CONCLUSIÓN

La escala de Estrategias de Afrontamiento al Estrés Enfocado a las Emociones, en su versión breve de seis ítems, es un instrumento psicométrico con evidencias de validez y confiabilidad. Presenta adecuados indicadores de ajuste para su modelo de dos dimensiones, así como una invarianza débil según la condición de salud de la paciente. Asimismo, la estrategia de afrontamiento al estrés enfocada a la evitación de la emoción presentó una relación directa y significativa con la ansiedad, mientras que la estrategia de afrontamiento enfocada al compromiso con la emoción mostró una relación inversa y significativa. Por tanto, esta escala breve puede ser utilizada para la medición de estrategias de afrontamiento en pacientes hospitalizadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional Materno Perinatal. Anuario estadístico 2022 [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional Materno Perinatal. 2022 [citado el 28 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/6401810-memoria-anual-del-inmp-2022>
2. Organización Mundial de la Salud. Las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado [Internet]. Ginebra: OMS. 2016 [citado el 28 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
3. Raina J, El-Messidi A, Badeghiesh A, Tulandi T, Nguyen TV, Suarathana E. Pregnancy hypertension and its association with maternal anxiety and mood disorders: A population-based study of 9 million pregnancies. *J Affect Disord*. 2021.281:533–8. doi:10.1016/j.jad.2020.11.067
4. Wallace K, Bean C, Bowles T, Spencer SK, Randle W, Kyle PB, et al. Hypertension, anxiety, and blood-brain barrier permeability are increased in postpartum severe preeclampsia/hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count syndrome rats. *Hypertension*. 2018.72(4):946–54. doi:10.1161/HYPERTENSIONAHA.118.11409
5. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company. 1984.
6. Folkman S. Stress: appraisal and coping. In: Gellman MD, Turner JR, editors. *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer. 2013. p. 1913–5.
7. Roberts L, Henry A, Harvey SB, Homer CSE, Davis GK. Depression, anxiety and posttraumatic stress disorder six months following preeclampsia and normotensive pregnancy: a P4 study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022.22(1):108. doi:10.1186/s12884-022-04457-2
8. Cetin O, Guzel Ozdemir P, Kurdoglu Z, Sahin HG. Investigation of maternal psychopathological symptoms, dream anxiety and insomnia in preeclampsia. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017.30(20):2510–5. doi:10.1080/14767058.2016.1242120
9. Spătaru B, Podină IR, Tulbure BT, Maricuțoiu LP. A longitudinal examination of appraisal, coping, stress, and mental health in students: A cross-lagged panel network analysis. *Stress Health*. 2024.40(5):e3450. doi:10.1002/smi.3450
10. Jalal SM, Alsebeiy SH, Alshealah NMJ. Stress, anxiety, and depression during pregnancy: A survey among antenatal women attending primary health centers. *Healthcare (Basel)*. 2024.12(22):e1234. doi:10.3390/healthcare12221234
11. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol*. 2006.9(1):86–93. doi:10.1017/S1138741600006004
12. Moya E, Larson LM, Stewart RC, Fisher J, Mwangi MN, Phiri KS. Reliability and validity of depression anxiety stress scale (DASS)-21 in screening for common mental disorders among postpartum women in Malawi. *BMC Psychiatry*. 2022.22(1):352. doi:10.1186/s12888-022-03927-0
13. Folkman S, Lazarus RS. An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*. 1980.21(3):219–39. doi:10.2307/2136617
14. Sandín B, Chorot P. Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2003.8(1):39–53. doi:10.5944/rppc.vol.8.num.1.2003.3955
15. Tobin DL, Holroyd KA, Reynolds RV, Wigal JK. The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognit Ther Res*. 1989.13(4):343–61. doi:10.1007/BF01173478
16. García FJ, Franco LR, Martínez JG. Spanish version of the Coping Strategies Inventory. *Actas Esp Psiquiatr*. 2007.35(1):29–39.
17. Addison CC, Campbell-Jenkins BW, Sarpong DF, Kibler J, Singh M, Dubbert P, et al. Correction: Addison, CC, et al. Psychometric evaluation of a Coping Strategies Inventory Short-Form (CSI-SF) in the Jackson Heart Study Cohort. *Int J Environ Res Public Health*. 2009.6(3):941–2. doi:10.3390/ijerph6030941
18. Tous-Pallarés J, Espinoza-Díaz IM, Lucas-Mangas S, Valdivieso-León L, Gómez-Romero

- MR. CSI-SF: Psychometric properties of Spanish version of the Coping Strategies Inventory - Short Form. *An Psicol.* 2022.38(1):85–92. doi:10.6018/analesps.434091
19. Soper DS. Calculadora de tamaño de muestra a priori para modelos de ecuaciones estructurales [Internet]. 2024 [citado el 28 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=89>
 20. Cano-García F, Rodríguez-Franco L, García-Martínez J. Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Esp Psiquiatr.* 2007.35(1):29–39.
 21. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes.* 2010.8:8. doi:10.1186/1477-7525-8-8
 22. Franco-Jiménez RA, Núñez-Magallanes A. Propiedades psicométricas del GAD-7, GAD-2 y GAD-Mini en universitarios peruanos. *Propósitos Represent.* 2022.10(1):e1234. doi:10.20511/pyr2022.v10n1.1234
 23. Timmerman ME, Lorenzo-Seva U. Dimensionality assessment of ordered polytomous items with parallel analysis. *Psychol Methods.* 2011.16(2):209–20. doi:10.1037/a0023353
 24. DeVellis RF, Thorpe CT. Scale development: Theory and applications. 4th ed. Thousand Oaks: Sage Publications. 2021.
 25. Ruiz MA, Pardo A, San Martín R. Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles Psicólogo.* 2010.31(1):34–45.
 26. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol.* 2014.30(3):1151–69. doi:10.6018/analesps.30.3.199361
 27. McDonald RP. Test theory: A unified treatment. Mahwah: Psychology Press. 2013.
 28. Widaman KF, Reise SP. Exploring the measurement invariance of psychological instruments: Applications in the substance use domain. In: Bryant KJ, Windle M, West SG, editors. *The science of prevention: Methodological advances from alcohol and substance abuse research.* Washington, DC: American Psychological Association. 1997. p. 281–324.
 29. Cohen J. A power primer. *Psychol Bull.* 1992.112(1):155–9. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
 30. van Delden JJ, van der Graaf R. Revised CIOMS international ethical guidelines for health-related research involving humans. *JAMA.* 2017.317(2):135–6. doi:10.1001/jama.2016.18977
 31. Speyer E, Morgenstern H, Hayashino Y, Kerr PG, Rayner H, Robinson BM, et al. Reliability and validity of the Coping Strategy Inventory-Short Form applied to hemodialysis patients in 13 countries: Results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *J Psychosom Res.* 2016.91:12–9. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.10.005
 32. Abera M, Hanlon C, Fedlu H, Fewtrell M, Tesfaye M, Wells JCK. Stress and resilience during pregnancy: A comparative study between pregnant and non-pregnant women in Ethiopia. *PLOS Glob Public Health.* 2023.3(5):e0001416. doi:10.1371/journal.pgph.0001416
 33. Alves AC, Souza RT, Mayrink J, Galvão RB, Costa ML, Feitosa FE, et al. Measuring resilience and stress during pregnancy and its relation to vulnerability and pregnancy outcomes in a nulliparous cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2023.23(1):396. doi:10.1186/s12884-023-05678-9
 34. Pascal R, Casas I, Genero M, Nakaki A, Youssef L, Larroya M, et al. Maternal stress, anxiety, well-being, and sleep quality in pregnant women throughout gestation. *J Clin Med [Internet].* 2023.12(23):7333 [citado el 28 de marzo del 2025]. doi:10.3390/jcm12237333

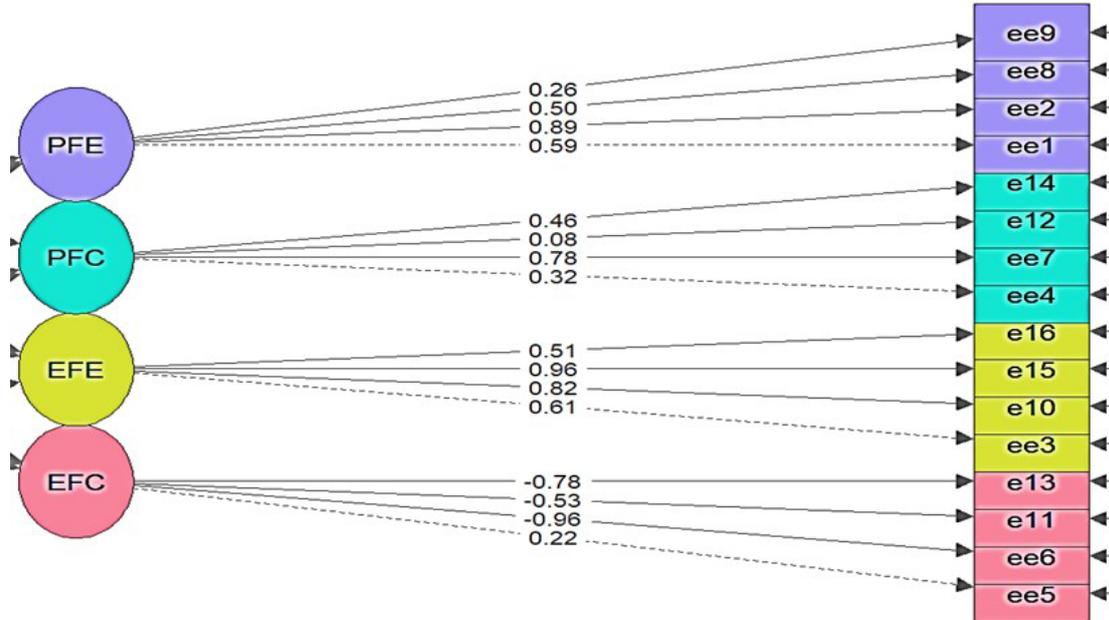
CORRESPONDENCIA

Daniel Sergio Silva Domínguez
 Dirección: Pasaje Bayovar 124, Urbanización Astete
 Maranga San Miguel
 Teléfono: (+51) 940956415
 Correo electrónico: dsilvadominguez.89@gmail.com

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS ENFOCADA A LA EMOCIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADAS DEL INMP – 2024

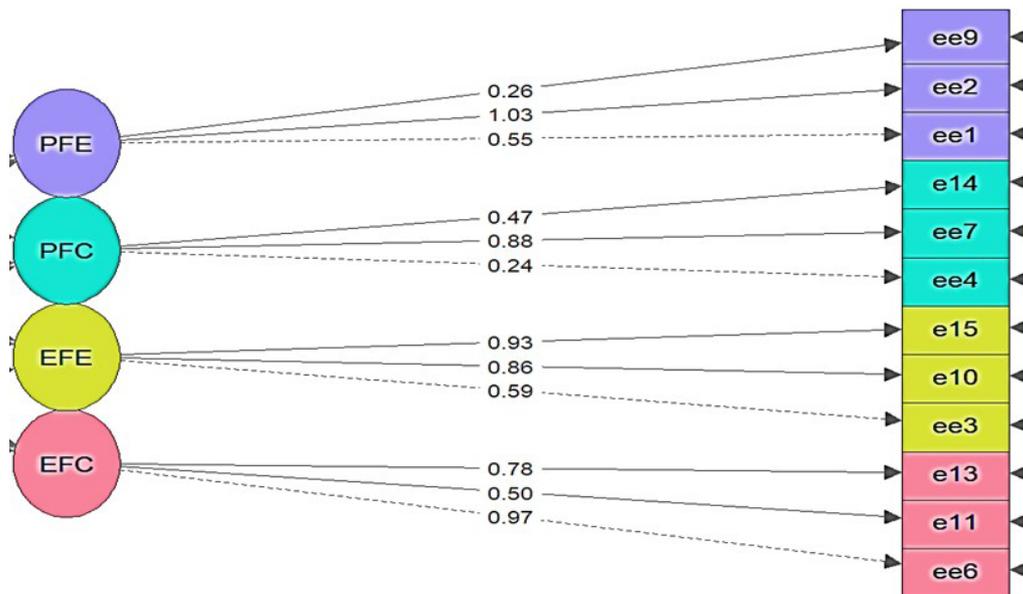
PSYCHOMETRIC PROPERTIES OF THE STRESS COPING SCALE FOCUSED ON EMOTION IN HOSPITALIZED PATIENTS OF THE INMP – 2024

Daniel Silva-Dominguez^{1,2,a} , Paola Chávez-Ochoa^{1,a} , Cynthia Ponce³ , Heiseth Oropeza³ , Jennifer Chirinos³ , Fiorella Gabriel³ , Idelsa Barbosa³ , Andrea Velazco¹ 



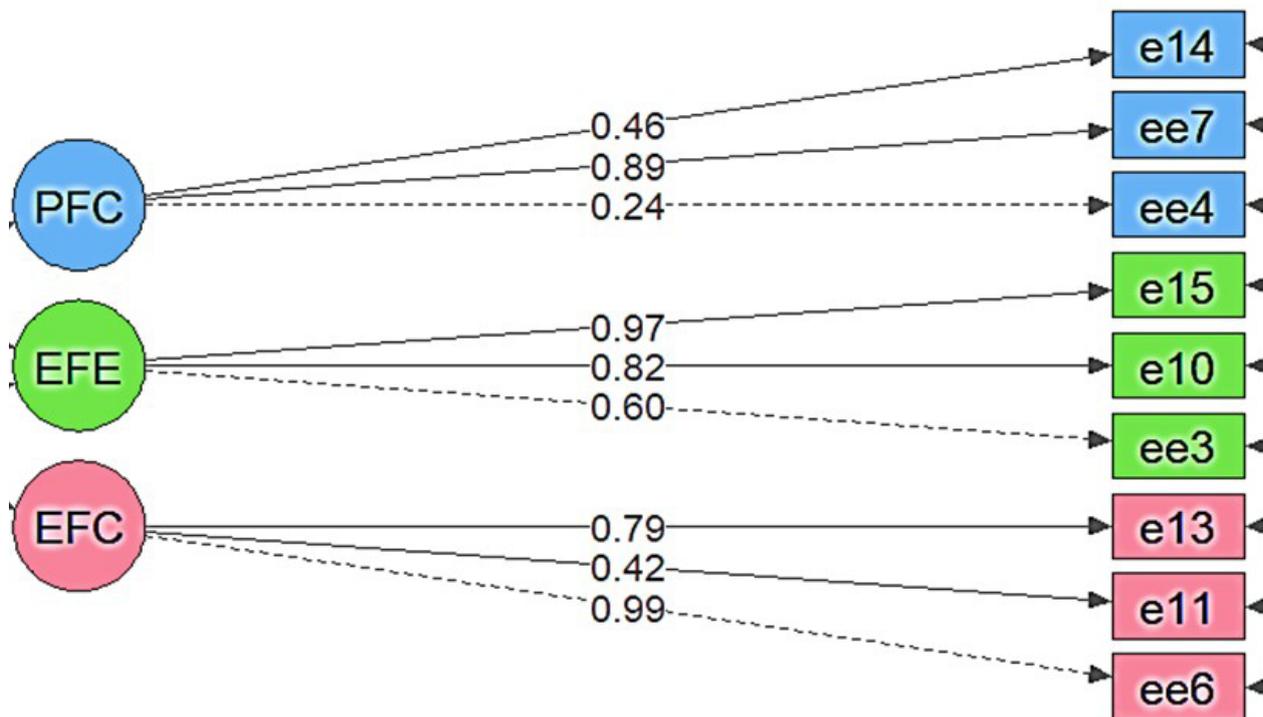
PFE: Estrategias de Afrontamiento enfocado a la evitación del problema. PFC: Estrategias de Afrontamiento enfocado al compromiso con el problema. EFE: Estrategias de afrontamiento enfocado a la evitación de la emoción. EFC: Estrategias de afrontamiento enfocado al compromiso con la emoción.

Figura S1. Estructura y cargas factoriales del modelo original de la escala de afrontamiento al estrés en su versión de 4 factores y 16 ítems.



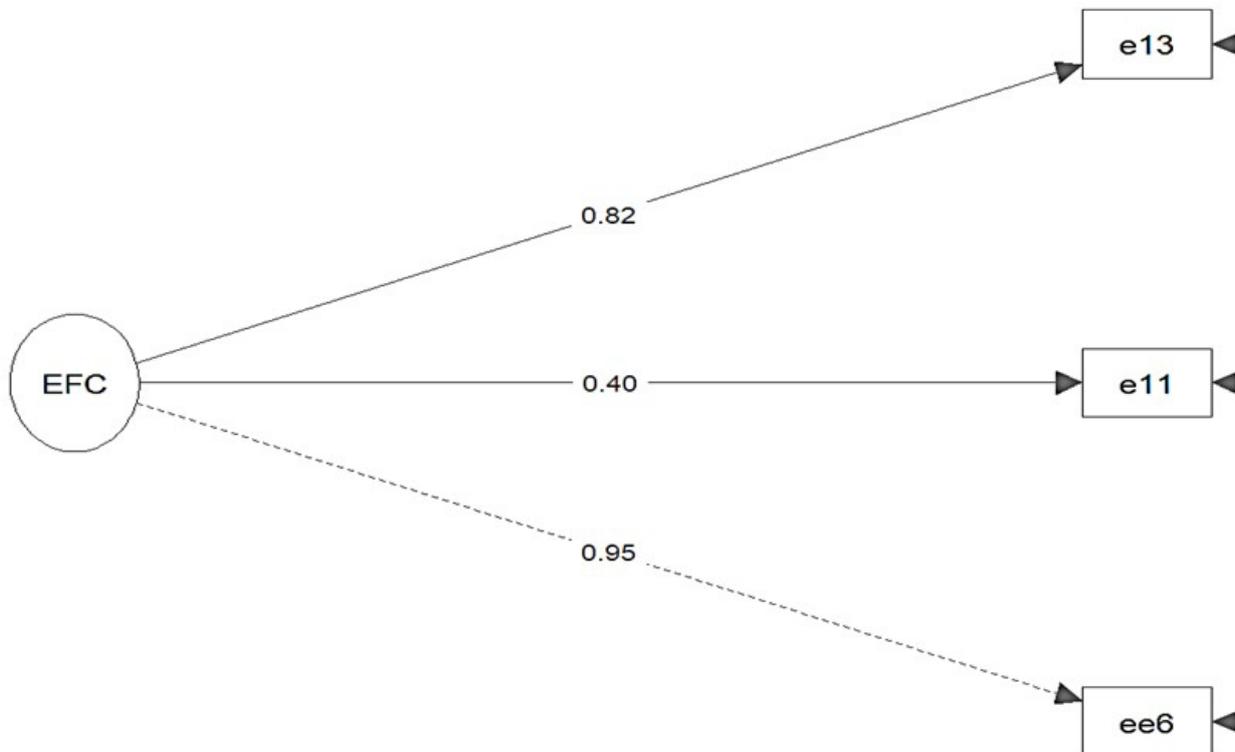
PFE: Estrategias de Afrontamiento enfocado a la evitación del problema. PFC: Estrategias de Afrontamiento enfocado al compromiso con el problema. EFE: Estrategias de afrontamiento enfocado a la evitación de la emoción. EFC: Estrategias de afrontamiento enfocado al compromiso con la emoción.

Figura S2. Estructura y cargas factoriales del modelo A de la Escala de afrontamiento al estrés en su versión de 4 factores y 12 ítems, propuesto mediante el análisis factorial confirmatorio.



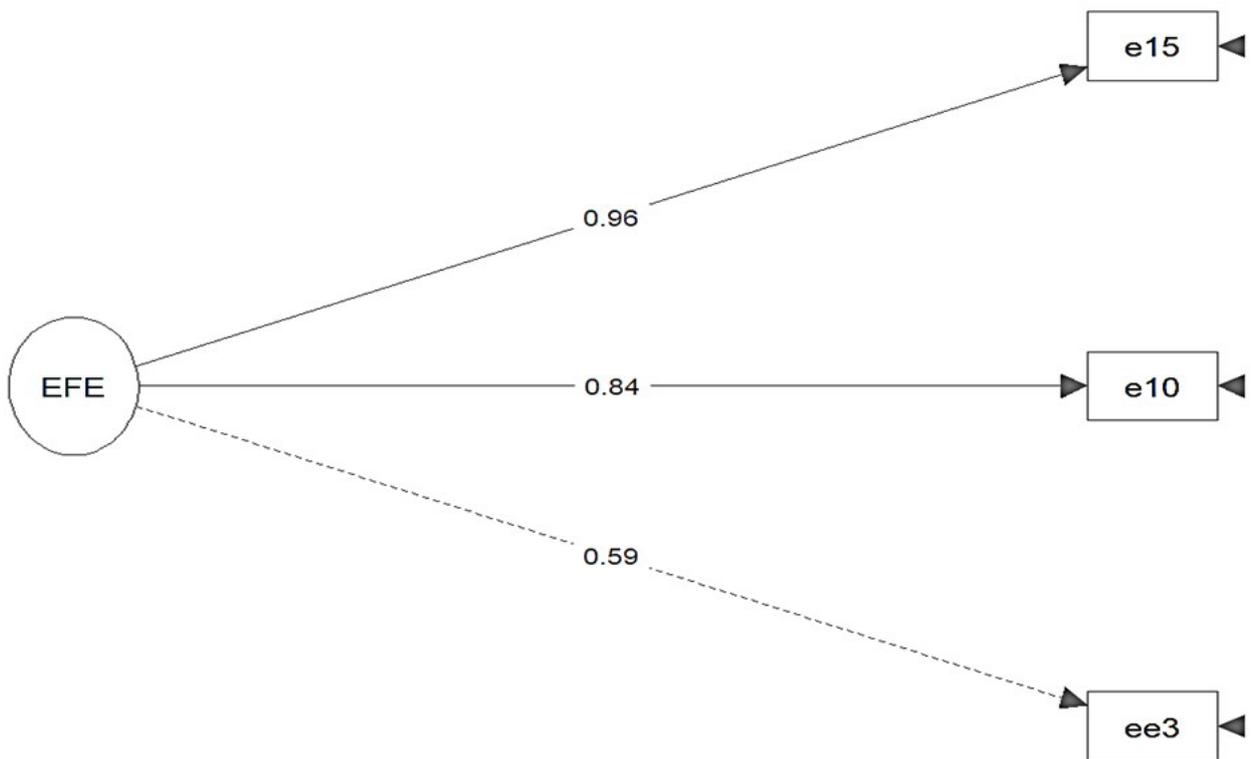
PFC: Estrategias de Afrontamiento enfocado al compromiso con el problema. EFE: Estrategias de afrontamiento enfocado a la evitación de la emoción. EFC: Estrategias de afrontamiento enfocado al compromiso con la emoción.

Figura S3. Estructura factorial y cargas factoriales del modelo B de la Escala de afrontamiento al estrés en su versión de 3 factores y 9 ítems, propuesto mediante el análisis factorial confirmatorio.



EFC: Estrategias de afrontamiento enfocado al compromiso con la emoción.

Figura S4. Estructura factorial y cargas factoriales del modelo D, estrategias de afrontamiento enfocado al compromiso con la emoción, modelo de 1 dimensión propuesta mediante el análisis factorial exploratorio con 3 ítems.



EFE: Estrategias de afrontamiento enfocado a la evitación de la emoción.

Figura S5. Estructura factorial y cargas factoriales del modelo E, estrategias de afrontamiento enfocado a la evitación de la emoción, modelo de 1 dimensión propuesta mediante el análisis factorial exploratorio de 3 ítems.

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN INTERNOS DE MEDICINA HUMANA DE UNA UNIVERSIDAD PÚBLICA EN 2023

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES REGARDING SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN HUMAN MEDICINE INTERNS AT A PUBLIC UNIVERSITY IN 2023

Eduardo Arenas García^{1, a}, Kelly Chávez^{2, b}

RESUMEN

Introducción. Las infecciones de transmisión sexual representan un problema significativo de salud global. En Perú, su alta prevalencia y las deficiencias en la vigilancia epidemiológica resaltan la necesidad de asegurar una sólida preparación de los futuros profesionales de la salud. **Objetivo.** Determinar la relación entre conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en internos de medicina humana. **Métodos.** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo-correlacional y transversal. Participaron 93 internos de medicina humana de una universidad pública. Se utilizó un cuestionario estructurado sobre conocimientos, actitudes y prácticas respecto a las ITS. Los datos se analizaron mediante el software IBM SPSS v29, utilizando pruebas de chi-cuadrado. **Resultados.** El 34,4% de los internos presentó un nivel de conocimiento deficiente sobre ITS, mientras que el 45,1% mostró un conocimiento regular y el 20,4% adecuado. En cuanto a las actitudes, el 96,7% adoptó una actitud positiva, y el 94,6% presentó prácticas positivas. No se halló relación significativa entre conocimientos, actitudes y las prácticas ($p>0,05$). **Conclusión.** A pesar de actitudes y prácticas positivas, los conocimientos sobre ITS son deficientes entre los internos, lo que requiere mejorar su formación en esta área.

Palabras clave: Conocimientos, actitudes y prácticas en salud, Enfermedades de Transmisión Sexual, Internado y Residencia (fuente: DeCS- Bireme).

ABSTRACT

Introduction. Sexually transmitted infections (STIs) represent a significant global health issue. In Peru, their high prevalence and deficiencies in epidemiological surveillance highlight the need for solid training for future healthcare professionals. **Objective.** To determine the relationship between knowledge, attitudes, and practices regarding STIs among medical interns. **Methods.** A quantitative, observational, descriptive-correlational, and cross-sectional study was conducted. Ninety-three medical interns from a public university participated. A structured questionnaire was used to assess knowledge, attitudes, and practices regarding STIs. Data were analyzed using IBM SPSS v29 software with chi-square tests. **Results.** 34.4% of interns had deficient knowledge about STIs, 45.1% had regular knowledge, and 20.4% had adequate knowledge. Regarding attitudes, 96.7% adopted a positive attitude, and 94.6% exhibited positive practices. No significant relationship was found between knowledge, attitudes, and practices ($p>0.05$). **Conclusion.** Despite positive attitudes and practices, knowledge about STIs is insufficient among interns, highlighting the need to improve their training in this area.

Key words: Health Knowledge, Attitudes, Practice, Sexually Transmitted Diseases, Internship and Residency (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan un problema en la salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día se registran aproximadamente un millón de nuevos casos de ITS en el mundo, lo que conlleva serias consecuencias para la salud individual y comunitaria⁽¹⁾. El 50,0% de estas infecciones se categoriza como tratable, siendo el otro porcentaje

incurable y de origen viral⁽¹⁾. Así mismo, pueden derivar en complicaciones graves como infertilidad, cáncer, transmisión vertical y un mayor riesgo de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)^(1,2).

En el año 2020, la OMS estimó que se produjeron 374 millones de nuevas infecciones de ITS, siendo más comunes las curables⁽¹⁾. En las Américas, se estima que 38 millones de personas sexualmente activas tienen al menos una ITS curable⁽³⁾. En el 2021, la infección

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

² Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

^a Médico Cirujano.

^b Estudiante de medicina.

Citar como: Arenas E., Chávez K. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en internos de medicina humana de una universidad pública en 2023. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 37-42. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025458>

por VIH contó con una prevalencia de 2.5 millones en América Latina y el Caribe⁽⁴⁾. Pese a los avances en prevención y tratamiento, la alta carga de ITS persiste, lo cual evidencia deficiencias en los enfoques actuales y refuerza la necesidad de implementar estrategias educativas y preventivas más integradas, eficaces y sostenibles⁽⁵⁾.

En el Perú, los sistemas de vigilancia han documentado altas tasas de incidencia, aunque con subregistro significativo⁽³⁾. Entre los años del 2002 al 2011 se ha mostrado una curva fluctuante en la notificación de casos por ITS⁽⁶⁾. Desde el año 2007, estudios indicaban un riesgo aumentado en trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas y hombres que tienen sexo con otros hombres⁽⁷⁾.

La identificación de los factores predisponentes, facilitadores y reforzadores asociados al comportamiento sexual de riesgo permite comprender la complejidad de esta problemática desde una perspectiva integral. El consumo de sustancias, el estigma, la salud mental, el acceso limitado a servicios sanitarios y la deficiente comunicación entre el personal de salud y los pacientes, entre otros, influyen directamente en la adopción de conductas de riesgo. Así mismo, factores estructurales como la edad, el país de origen, la migración, el empleo y el nivel educativo deben ser considerados al diseñar estrategias de prevención⁽⁸⁾.

Estudios previos destacan la importancia del conocimiento sobre las ITS en los estudiantes de medicina, ya que este no solo influye en su capacidad de diagnóstico y tratamiento, sino también en la adopción de prácticas preventivas⁽⁹⁾. En investigaciones realizadas en diversas universidades, se ha observado que los estudiantes con mayor conocimiento sobre ITS, adquirido a lo largo de su formación, tienden a adoptar actitudes más positivas hacia la prevención y control de estas infecciones⁽¹⁰⁾. Sin embargo, algunos estudios también señalan que, a pesar de poseer un alto nivel teórico, existen discrepancias entre el conocimiento adquirido y las prácticas clínicas reales, lo que refleja una necesidad de integrar mejor estos conocimientos en la formación práctica de los futuros profesionales de la salud⁽¹⁰⁾. Por otro lado, se han evidenciado deficiencias en el conocimiento sobre ITS entre los estudiantes de medicina, lo que podría impactar negativamente en su capacidad de diagnóstico, tratamiento y educación sanitaria⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

La formación académica en salud juega un papel importante en la prevención y control de estas infecciones. Los internos de medicina, en su rol de futuros profesionales de la salud, deben poseer conocimientos adecuados, actitudes apropiadas y prácticas preventivas para abordar eficazmente las ITS⁽¹¹⁾.

Por lo tanto, este estudio busca conocer la relación entre los conocimientos sobre las ITS y las actitudes y prácticas de los internos de medicina en una universidad pública en 2023.

MATERIALES Y METODOS

Diseño y área de estudio

El estudio adoptó un diseño observacional, descriptivo-correlacional y de corte transversal con enfoque cuantitativo. El estudio se realizó en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), una universidad pública de referencia en Perú, ubicada en Lima. Su carrera de Medicina Humana establece diversos convenios con instituciones estatales y particulares, lo que permite una amplia heterogeneidad en las experiencias de los internos, enriqueciendo las realidades observadas por los estudiantes durante esta etapa de su formación.

Población y muestra

La población de estudio estuvo compuesta por 120 internos de Medicina Humana de la UNMSM que realizaron su internado en 2023 en diversas instituciones, como el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud, las Fuerzas Armadas y clínicas privadas. A través de la herramienta de acceso libre OpenEpi, se calculó un tamaño muestral de 92 internos con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Sin embargo, debido a los criterios de inclusión y exclusión, y tras la aplicación de la encuesta a 100 internos, el número final de participantes fue de 93. Los criterios de selección incluyeron a los internos de la UNMSM que aceptaron participar voluntariamente, firmaron el consentimiento informado y completaron la encuesta. Se excluyeron aquellos internos que pertenecían a universidades diferentes, que iniciaron su internado en 2022, que rechazaron participar o que no respondieron completamente el cuestionario.

Variables e instrumentos

La variable independiente fue el nivel de conocimientos sobre ITS, mientras que las variables dependientes incluyeron las actitudes y prácticas frente a estas infecciones. Además, se analizaron variables sociodemográficas como edad, sexo, estado civil y nivel socioeconómico (NSE), clasificado según el ingreso familiar mensual en soles, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): A \geq 12 660, B \geq 7 020, C \geq 3 970, D \geq 2 480, E \geq 1 300⁽¹⁵⁾.

Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario estructurado sobre conocimientos (10 ítems), actitudes (5 ítems en escala Likert) y prácticas (6 ítems en escala Likert). Los conocimientos se clasificaron como adecuados, regulares y deficientes; las actitudes y prácticas como positivas o negativas, según el puntaje

obtenido. El instrumento fue validado mediante juicio de expertos, compuesto por 5 gineco-obstetras especialistas, cuya experiencia en el área fue respaldada por su formación académica y trayectoria profesional, quienes confirmaron su capacidad para medir los conocimientos sobre ITS. Además, se realizó una prueba piloto con 37 participantes. La validez de contenido del instrumento se justifica por el hecho de que se basó en el trabajo de Salas A. (2023), cuyo instrumento validado obtuvo un Alfa de Cronbach de 0,72 para conocimientos, 0,79 para prácticas y 0,72 para actitudes, lo cual es considerado aceptable⁽¹⁶⁾.

La confiabilidad del instrumento se evaluó mediante el coeficiente KR-20 para el dominio de conocimientos y el Alfa de Cronbach para actitudes y prácticas. Los resultados obtenidos fueron: KR-20 = 0,757 para conocimientos, considerado adecuado; Alfa de Cronbach = 0,700 para actitudes, adecuado para su uso; y Alfa de Cronbach = 0,743 para prácticas, también adecuado.

Procedimientos

Los internos fueron contactados a través de sus delegados académicos, y el cuestionario se administró de manera virtual utilizando la herramienta Google Forms. Junto con el cuestionario, se proporcionó la ficha de recolección de datos sociodemográficos y el consentimiento informado, los cuales debían ser completados por los participantes.

Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron procesados en Microsoft Excel y analizados utilizando el software IBM SPSS v29. Se llevó a cabo un análisis descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central y dispersión. Para el análisis inferencial, se empleó la prueba de chi-cuadrado para evaluar la relación entre el nivel de conocimientos y las actitudes y prácticas frente a las ITS, considerando un nivel de significancia de $\alpha=0,05$.

Aspectos éticos

El estudio se realizó de acuerdo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki, además se contó con la aprobación del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la UNMSM. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes, garantizando su participación voluntaria y la confidencialidad de los datos. La información recolectada fue utilizada exclusivamente para los fines de la presente investigación.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 93 internos de medicina de la UNMSM, con una edad promedio de 26,7 años (rango: 23-39 años). El 59,1% de los

participantes fueron hombres y el 40,8% mujeres. En cuanto al estado civil, el 98,9% eran solteros y el 56,9% pertenecía a los niveles socioeconómicos C y D. La mayoría de los internos, un 97,8%, provenía de áreas urbanas (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de frecuencias de las características generales de los internos de medicina humana de una universidad pública en 2023.

Variables	N	%
Edad		
Menores de 25 años	12	12,9%
Entre 25 y 30 años	73	78,5%
Mayores de 30 años	8	8,6%
Sexo		
Masculino	55	59,1%
Femenino	38	40,8%
Estado Civil		
Soltero (a)	92	98,9%
Conviviente	1	1,0%
Casado (a)	0	0%
Divorciado (a)	0	0%
Nivel Socioeconómico		
NSE "A"	3	3,2%
NSE "B"	18	19,3%
NSE "C"	29	31,1%
NSE "D"	24	25,8%
NSE "E"	19	20,4%
Procedencia		
Urbano	91	97,8%
Rural	2	2,1%
Total (n)	93	100,0%

NSE: Nivel Socioeconómico.

Tabla 2. Nivel de conocimientos y tendencia hacia una práctica y actitud “positiva” o “negativa” sobre las infecciones de transmisión sexual en los internos de medicina de una universidad pública en 2023.

Variables	N	%
Nivel de conocimiento		
Deficiente	32	34,4%
Regular	42	45,1%
Adecuado	19	20,4%
Actitud		
Negativa	3	3,2%
Positiva	90	96,7%
Práctica		
Negativa	5	5,3%
Positiva	88	94,6%
Total (n)	93	100,0%

Respecto al nivel de conocimientos sobre infecciones de transmisión sexual, el 34,4% presentó un nivel deficiente, el 45,1% un nivel regular y el 20,4% un nivel adecuado. Las áreas con menor puntaje se relacionaron con el diagnóstico y tratamiento de estas infecciones. En relación con las actitudes, el 96,7% de los internos mostró actitudes positivas. Los mismos altos valores porcentuales mostró la adopción de prácticas positivas (94,6%) (Tabla 2).

En la Tabla 3, se observa que solo el 19,3% de internos con nivel de conocimientos adecuado presentan actitud positiva frente a la ITS. En comparación, los internos con el mismo nivel de conocimiento registraron 20,4% con prácticas positivas. Para ambas variables, el nivel de conocimiento regular destacó un mayor porcentaje de actitud (44,0%) y practicas positivas (43,0%). El análisis estadístico no encontró una asociación significativa entre el nivel de conocimientos y las actitudes ($p=0,839$), ni entre el nivel de conocimientos y las prácticas ($p=0,347$) (Tabla 3).

Tabla 2. Nivel de conocimientos y tendencia hacia las actitudes y prácticas “positivas” o “negativas” de los internos de medicina humana de una universidad pública en 2023.

Nivel de conocimiento	Actitud			Práctica		N	Total (%)	Valor de p*
	Negativa N (%)	Positiva N (%)	Valor de p*	Negativa N (%)	Positiva N (%)			
Deficiente	1 (1,0%)	31 (33,3%)	0,839	3 (3,2%)	29 (31,1%)	32	34,4%	0,347
Regular	1 (1,0%)	41 (44,0%)	0,839	2 (2,1%)	40 (43,0%)	42	45,1%	0,347
Adecuado	1 (1,0%)	18 (19,3%)	0,839	0 (0%)	19 (20,4%)	19	20,4%	0,347
Total (n)	3 (3,2%)	90 (96,7%)	-	5 (5,3%)	88 (94,6%)	93	100,0%	-

*Se consideró significativo a valor de $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

Aunque la mayoría de los internos de medicina de la UNMSM presentan actitudes y prácticas adecuadas frente a las ITS, los resultados del estudio revelan una preocupación significativa en cuanto a su nivel de conocimientos. Solo el 20,4% de los participantes alcanzaron un conocimiento adecuado, mientras que un 45,1% se ubicó en el rango de conocimiento regular, lo que subraya una importante brecha en su formación en cuanto las ITS. Esta brecha en la formación se evidencia al comparar los resultados con estudios internacionales, como los de Valle et al. y Abdulazis et al., que reportan niveles de conocimiento medio-altos^(17,18). A nivel nacional, Montoya et al. encontraron que el 80,9% de los estudiantes de medicina en Lima tenía un conocimiento alto sobre ITS⁽¹¹⁾. Estas diferencias

podrían estar asociadas a variaciones en los enfoques educativos o curriculares⁽¹⁹⁾. No obstante, los estudios comparados no evaluaron específicamente áreas clave como diagnóstico y tratamiento, en las cuales nuestros encuestados obtuvieron los peores resultados.

Si bien la mayoría demostró buen conocimiento en cuanto a la etiología, síntomas y prevención de ITS, la falta de formación en diagnóstico y tratamiento es preocupante, ya que impacta directamente en la calidad de la atención y en la prevención de complicaciones⁽²⁰⁾. Un conocimiento insuficiente en estas áreas podría conducir a diagnósticos erróneos o tardíos, favoreciendo el tratamiento inadecuado y la propagación continua de las infecciones⁽²¹⁾.

Respecto a las actitudes, un 96,7% de los encuestados mostró una postura positiva hacia las ITS. Más del 60,0%

rechazó la idea de no usar preservativo, incluso con una pareja conocida, lo que coincide con los hallazgos de Montoya et al., quienes reportaron que el 99% de los estudiantes mostró actitudes positivas hacia las ITS⁽¹¹⁾. Estos datos sugieren que, en general, los internos de medicina tienen una postura favorable hacia la prevención de ITS.

En cuanto al estigma hacia personas con VIH, más del 60% de los participantes mostró una actitud positiva, lo cual es alentador si se compara con un estudio realizado en Paraguay, donde solo el 19,4% de los estudiantes presentó una postura positiva⁽²²⁾. A pesar de que nuestro estudio solo abordó este tema en una pregunta, este hallazgo subraya la importancia de continuar trabajando para reducir el estigma, ya que este afecta el autocuidado y dificulta el acceso de los pacientes a la atención adecuada⁽²³⁾. Esto enfatiza la necesidad de reforzar la formación médica en empatía y respeto hacia poblaciones vulnerables, promoviendo una educación más inclusiva y efectiva.

En cuanto a las prácticas, un 95,0% de los encuestados adoptó hábitos positivos, especialmente entre las mujeres. Hallazgos similares fueron reportados por Deleon et al. (2022), quienes observaron que, a pesar de la formación en temas sanitarios, los estudiantes a menudo adoptan conductas que incrementan su vulnerabilidad frente a las ITS, particularmente entre los hombres⁽²⁴⁾. Montoya et al. también reportaron que más del 90% de los estudiantes mantenían prácticas saludables⁽¹¹⁾. Sin embargo, preocupa que más del 60% de los encuestados no usen siempre preservativo, no acudan al médico ante lesiones genitales y no consulten los antecedentes sexuales de sus parejas, lo que resalta la necesidad de reforzar la educación preventiva.

Finalmente, no se halló una correlación significativa entre conocimientos, actitudes y prácticas en relación con las ITS. Este hallazgo sugiere que, a pesar de contar con un nivel adecuado de conocimiento, esto no se traduce necesariamente en actitudes o prácticas favorables. Un estudio en Chile mostró que, a pesar de recibir educación sexual, el 24% de los jóvenes mantenían conductas de riesgo, mientras que un 63% que no había recibido educación adoptó comportamientos protectores, lo que indica que factores como experiencias personales, personalidad y percepciones sobre la sexualidad influyen significativamente en la conducta⁽²⁵⁾. Este resultado resalta la necesidad de investigar más a fondo por qué el conocimiento no siempre se convierte en prácticas seguras y de desarrollar estrategias preventivas que aborden también los factores emocionales y psicológicos⁽²⁶⁾.

Un potencial sesgo podría deberse al método de selección de los participantes y la limitación de la muestra a internos de una sola universidad pública, lo que podría afectar la representatividad. Sin embargo, estas limitaciones no impiden la apertura a investigaciones futuras que puedan ampliar el enfoque y profundizar en la formación de los profesionales de salud en relación con las ITS.

CONCLUSIONES

No se encontró una asociación significativa entre el nivel de conocimientos sobre ITS y las actitudes y prácticas de los internos de Medicina Humana en una universidad pública en 2023. Esto sugiere que el conocimiento sobre ITS no siempre se traduce en prácticas y actitudes adecuadas dentro de esta población. Sería útil realizar estudios multicéntricos para evaluar las actitudes y prácticas de los internos de medicina, ya que son un grupo clave de referencia para el público en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Sexually transmitted infections (STIs) [Internet]. [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
2. HIV and AIDS [Internet]. [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Infecciones de Transmisión Sexual - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2025 [citado el 10 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/infecciones-transmision-sexual>
4. VIH/SIDA - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 19 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>
5. National Academies of Sciences E, Division H and M, Practice B on PH and PH, States C on P and C of STI in the U, Crowley JS, Geller AB, et al. Intersection of HIV and STIs. En: Sexually Transmitted Infections: Adopting a Sexual Health Paradigm [Internet]. National Academies Press (US); 2021 [citado el 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573161/>
6. Boletín estadístico sobre infecciones de transmisión sexual. Perú: 2002 - 2011. 2002;
7. García PJ, Blas MM. Las infecciones de transmisión sexual y el VIH: la epidemia desde una visión global y local. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2007;24(3):199-201.
8. Lao-López C, Garriga-Comas N, Goberna-Tricas. Factores asociados al aumento de infecciones de transmisión sexual en hombres: una revisión integradora. Enferm Glob. 2024;23(74):534-62. doi:10.6018/eglobal.568951
9. Hoz Herrera GE de la. Grado de conocimiento de las ITS en estudiantes de Medicina de la Universidad Libre Seccional Barranquilla. Biociencias [Internet]. 2013 [citado el 8 de marzo de 2025];8(2):47-54. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5976558>
10. Espindola LS, Gerometta R, Pinedo I, Sotelo MR, Villalba C. Conocimientos y actitudes de estudiantes universitarios sobre la problemática VIH/SIDA. Rev Investig Científica Tecnológica [Internet]. 2021 [citado el

- 8 de marzo de 2025];5(2):56–62. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9110994>
11. Angulo M, Jeannette K. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual en estudiantes de la escuela profesional de medicina humana de la Universidad Privada San Juan Bautista. Lima, 2021. [citado el 10 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/item/a9d98157-e2b5-4db2-8eb2-2035ddd7e90d>
 12. Guzman Vallenias CC. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre las infecciones de transmisión sexual VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco 2019-II. 2020 [citado el 10 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/5861>
 13. Valle Zevallos AM, Rojas Takahashi HC. Conocimiento y actitudes sobre prevención de infecciones de transmisión sexual y métodos anticonceptivos en estudiantes universitarios en una carrera de salud de una universidad privada de Lima. 2017 [citado el 19 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1353>
 14. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual, anticonceptivos y embarazo en estudiantes de primer año de Medicina. Arequipa 2015 [Internet]. [citado el 19 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/2367e037-b58f-4cd3-b476-3a382e070585>
 15. Ipsos opinión y Mercado. Características de los niveles socioeconómicos en el Perú | Ipsos [Internet]. IPSOS. 2020 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.ipsos.com/es-pe/caracteristicas-de-los-niveles-socioeconomicos-en-el-peru>
 16. Andino Salinas KI. Validación del instrumento “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS)” en estudiantes de primer año de la carrera de medicina de la UDLA, 2023 [masterThesis]. Quito: Universidad de las Américas, 2023; 2023 [citado el 8 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/handle/33000/15071>
 17. Reverendo VV, Palomo IS, Marmolejo CG. Conocimiento sobre las Infecciones de Transmisión Sexual en la Universidad de Málaga. *Enferm Cuid* [Internet]. 2024 [citado el 14 de marzo de 2025];7. doi:10.51326/ec.7.9375009
 18. Abuabat A, Alfarhan A, Alahmari R, Alanazi W, AlJaafary A, Agha S, et al. Knowledge and attitudes of sexually transmitted infections among medical students in Riyadh, Saudi Arabia. *Int J Med Dev Ctries*. 2020;4(6):981–981. doi:10.24911/IJMDC.51-1588598905
 19. Ramos Zaga F. Transforming medical education in the 21st century: the role of competency-based medical education. *RFMH Rev Fac Med Humana*. 2024;24(1):16.
 20. La OMS publica nuevas orientaciones para mejorar la detección y el diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual [Internet]. [citado el 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/24-07-2023-who-releases-new-guidance-to-improve-testing-and-diagnosis-of-sexually-transmitted-infections>
 21. Zapata FCC, Pariona IR, Zuñiga MM, Huamani JRS, Untiveros GFL. Conocimientos y medidas preventivas frente a infecciones de transmisión sexual en adolescentes peruanos andinos. *Rev Salud Pública*. 2021;23(1):1–7. doi:10.15446/rsap.v23n1.85165
 22. Actitudes y percepciones en la atención de personas que viven con VIH/SIDA por estudiantes de odontología [Internet]. 2021 [citado el 14 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.medwave.cl/resumenescongreso/sp2021/equidetsal/8307.html>
 23. Schweitzer A-M, Dišković A, Krongauz V, Newman J, Tomažič J, Yancheva N. Addressing HIV stigma in healthcare, community, and legislative settings in Central and Eastern Europe. *AIDS Res Ther*. 2023;20(1):87. doi:10.1186/s12981-023-00585-1
 24. Deleon de Melo L, Passos Sodré C, Spindola T, Costa Martins ER, Nepomuceno de Oliveira André NL, Vieira da Motta CV, et al. Prevención de infecciones de transmisión sexual entre los jóvenes e importancia de la educación sanitaria. *Enferm Glob*. 2022;21(65):74–115. doi:10.6018/eglobal.481541
 25. Calderón-Canales F, Cricencio-Miranda G, Echevarría-Pinto M, Fuentes-Gericke C, Hidalgo-Tabilo P, Rodríguez-Aravena M, et al. Educación sexual, conocimiento de ITS y conductas protectoras/de riesgo en personas entre 18 y 30 años. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2024;89(1):3–9. doi:10.24875/rechog.23000002
 26. Muñeton MJB, Pinzón MAV, Vergara ART. Prácticas y conductas sexuales de riesgo en jóvenes: una perspectiva de género. [citado el 19 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21331836009>

CORRESPONDENCIA

Eduardo Arenas García

Dirección: Mz "v" Lote 5 - Villa Rica – Chaclacayo, Lima, Perú.

Teléfono: (+51) 995 388 559.

Correo electrónico: eduardosagitario98@gmail.com

ATENCIÓN PRENATAL ADECUADA Y DE CALIDAD EN GESTANTES DE UN HOSPITAL DE LIMA: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS

ADEQUATE AND QUALITY PRENATAL CARE AMONG PREGNANT WOMEN IN A LIMA HOSPITAL: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

Andrea Denise Brito-Hijar^{1,a} , Daniela Esther Oriundo-Arbizu^{2,b} 

RESUMEN

Objetivo. Determinar la prevalencia de atención prenatal adecuada y de calidad, e identificar factores sociodemográficos y obstétricos asociados en gestantes atendidas en un hospital público de Lima durante 2023. **Métodos.** Estudio observacional, analítico y transversal en 388 gestantes atendidas en el Hospital I Octavio Mongrut Muñoz entre febrero y diciembre de 2023. Se utilizaron pruebas de Chi cuadrado y regresión logística binaria para estimar razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). **Resultados.** El 40,5% recibió atención prenatal adecuada y el 7,8% atención de calidad. Estar casada se asoció con mayor probabilidad de recibir atención adecuada (RP ajustada=2,49; IC 95%: 1,02–6,11; p=0,045), mientras que tener un hijo vivo la redujo (RP ajustada=0,47; IC 95%: 0,24–0,94; p=0,031). La atención de calidad se asoció a controles realizados en centros de referencia (RP ajustada=2,68; IC 95%: 1,04–6,90; p=0,041) y a ser atendida inicialmente por obstetra (RP ajustada=0,12; IC 95%: 0,03–0,55; p=0,006). **Conclusión.** La cobertura y calidad de la atención prenatal fueron limitadas. Factores individuales (estado civil, paridad) y del sistema (tipo de establecimiento, profesional responsable) influyeron significativamente, lo que resalta la necesidad de intervenciones dirigidas a reducir inequidades en salud materna.

Palabras clave: Atención prenatal, Calidad de la atención en salud, Factores sociodemográficos, Paridad, Embarazo.

ABSTRACT

Objective. To determine the prevalence of adequate and high-quality prenatal care and to identify associated sociodemographic and obstetric factors among pregnant women attended at a public hospital in Lima during 2023. **Methods.** An observational, analytical, and cross-sectional study was conducted with 388 pregnant women who gave birth at Hospital I Octavio Mongrut Muñoz between February and December 2023. Chi-square tests and binary logistic regression were used to estimate crude and adjusted prevalence ratios (PRs) with 95% confidence intervals (95% CI). **Results.** A total of 40.5% received adequate prenatal care and 7.8% received high-quality care. Being married was positively associated with adequate care (adjusted PR=2.49; 95% CI: 1.02–6.11; p=0.045), while having one living child decreased the probability (adjusted PR=0.47; 95% CI: 0.24–0.94; p=0.031). High-quality care was associated with receiving care at referral centers (adjusted PR=2.68; 95% CI: 1.04–6.90; p=0.041) and being initially attended by a midwife (adjusted PR=0.12; 95% CI: 0.03–0.55; p=0.006). **Conclusion.** Prenatal care coverage and quality were limited. Individual factors (marital status, parity) and system-level factors (type of facility, provider) significantly influenced care, highlighting the need for targeted interventions to reduce maternal health inequities.

Key words: Prenatal Care, Quality of Health Care, Sociodemographic Factors, Parity, Pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La atención prenatal (APN) constituye una intervención esencial en salud materna, orientada a la detección temprana y el manejo oportuno de condiciones que podrían derivar en complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio⁽¹⁾. Para garantizar su eficacia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un modelo basado en ocho contactos prenatales distribuidos estratégicamente a lo largo de la gestación (a las 12, 20, 26, 30, 34, 36, 38 y 40 semanas), con

el objetivo de monitorear de forma continua la salud materno-fetal⁽²⁾. En consonancia con este enfoque, el Ministerio de Salud del Perú ha implementado la Atención Prenatal Reenfocada (APNR), una estrategia que promueve un abordaje integral desde el primer trimestre, con perspectiva de derechos humanos, género e interculturalidad, e incorpora a la familia como parte activa del proceso asistencial⁽³⁾. Como parte de esta estrategia, se ha establecido que toda gestante debe recibir como mínimo seis controles prenatales durante la gestación, y ser evaluada para prevenir o descartar

¹ Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos

² Universidad Ricardo Palma

^a Médico Cirujana

^b Estudiante de medicina.

Citar como: Brito-Hijar A, Oriundo-Arbizu D. Atención prenatal adecuada y de calidad en gestantes de un hospital de Lima: prevalencia y factores asociados. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 43-52. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025438>

condiciones como anemia, VIH, sífilis, hipertensión arterial, diabetes, y cáncer de cuello uterino o de mama, con el propósito de evitar complicaciones y favorecer el desarrollo de un embarazo saludable⁽⁴⁾.

En ese sentido, y teniendo en cuenta la importancia de garantizar una atención prenatal adecuada y de calidad en gestantes, se ha observado a nivel mundial que la cobertura de estos servicios sigue siendo limitada⁽⁵⁾. En 2020, aproximadamente 287 000 mujeres murieron por causas relacionadas con el embarazo, el parto o el puerperio, y cerca de tres millones de recién nacidos fallecieron en el mismo periodo⁽⁶⁾. Según datos de la OMS, solo el 64% de las mujeres embarazadas recibe atención prenatal oportuna y adecuada, lo que evidencia brechas significativas en los sistemas de salud, especialmente en países de ingresos bajos y medios⁽⁷⁾. A ello se suma que, incluso entre mujeres que cumplen con el número recomendado de visitas prenatales, la calidad del contenido brindado puede ser deficiente. Un estudio multinacional reveló que menos del 50% de las gestantes que iniciaron sus controles en el primer trimestre y asistieron a cuatro o más visitas recibieron todos los componentes esenciales de atención recomendados por la OMS⁽⁸⁾.

En América Latina, diversos estudios han documentado barreras persistentes para el acceso a servicios prenatales de calidad, incluso en contextos donde la cobertura básica ha mejorado. Factores como bajo nivel educativo, pobreza, consumo de sustancias, tabaquismo y problemas de salud mental están asociados con una atención insuficiente o inadecuada⁽⁹⁾. Además, en poblaciones migrantes, se han identificado obstáculos lingüísticos y culturales que limitan el acceso efectivo a los controles prenatales⁽⁵⁾. Investigaciones realizadas en Asia, Sudáfrica y América Latina han señalado que la edad materna y el nivel educativo son determinantes claves en la probabilidad de recibir atención prenatal adecuada⁽¹⁰⁾.

En el Perú, si bien se han logrado avances significativos en la cobertura, persisten desafíos en la calidad de la atención prenatal. Según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), durante el primer semestre de 2022, el 84,88% de las gestantes accedió a una atención prenatal considerada adecuada⁽⁷⁾. Este progreso ha sido posible gracias a políticas orientadas a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), como la promoción del parto institucional, el acceso a métodos anticonceptivos y la atención de emergencias obstétricas. Estas estrategias han permitido reducir la mortalidad materna en un 50% en los últimos 20 años⁽¹¹⁾. No obstante, se mantienen inequidades en el acceso y la calidad, especialmente en poblaciones vulnerables del sistema de salud público⁽¹²⁾. Además, un estudio reciente basado en datos de encuestas nacionales reveló que solo el 35% de las mujeres peruanas cumple con los

criterios de una atención prenatal integral, siendo los exámenes clínicos y consejerías los menos cumplidos, con apenas un 42,6% de cobertura⁽¹³⁾.

La evidencia disponible sugiere que factores sociodemográficos y obstétricos, como el estado civil, el nivel educativo, la paridad y el tipo de establecimiento de salud, influyen de manera significativa en la calidad y adecuación de la atención prenatal. Sin embargo, existen vacíos en la literatura respecto a cómo estos factores interactúan específicamente en el contexto peruano, lo cual limita la formulación de políticas públicas basadas en evidencia⁽¹⁰⁾.

Por ello, el presente estudio tiene como objetivo determinar la prevalencia de atención prenatal adecuada y de calidad, así como identificar los factores sociodemográficos y obstétricos asociados, en gestantes atendidas en un hospital público de Lima durante el año 2023. Esta información busca contribuir a la mejora del diseño e implementación de estrategias en salud materna, con énfasis en reducir las inequidades del sistema.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de estudio

Estudio cuantitativo, con un diseño observacional, analítico y de corte transversal. Se basa en el análisis de registros médicos con el propósito de evaluar la asociación entre la atención prenatal adecuada y diversos factores sociodemográficos y obstétricos.

La información provino de los registros médicos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital I Octavio Mongrut Muñoz, ubicado en el distrito de San Miguel, Lima. Este hospital forma parte de la Red Prestacional Sabogal del Seguro Social de Salud (EsSalud) y es cabecera de la micro red que incluye el CAP III Metropolitano del Callao y el CAP III Bellavista. El hospital atiende principalmente a pacientes asegurados y sus familiares, y los registros corresponden al período de febrero a diciembre de 2023, incluyendo datos detallados sobre las gestantes atendidas, sus antecedentes gineco-obstétricos, características sociodemográficas y la calidad de la atención prenatal recibida.

Población y muestra

La población del estudio estuvo conformada por 405 gestantes a término atendidas en el Hospital I Octavio Mongrut Muñoz, durante el periodo comprendido entre febrero y diciembre de 2023. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvo una muestra final de 388 gestantes con información completa sobre las variables de interés. Se excluyeron 17 casos debido a registros clínicos incompletos o no verificables; sin embargo, fue posible recuperar información válida en 26 de los 43 registros inicialmente observados con limitaciones.

El tamaño muestral y su representatividad fueron validados mediante un análisis de potencia estadística utilizando la herramienta OpenEpi. Se consideraron una proporción de gestantes expuestas del 36,9% (n=143) y no expuestas del 63,1% (n=245), con prevalencias del 75% y 17% respectivamente, y un nivel de confianza del 95%. Estas proporciones se basaron en un estudio similar realizado por Aranzábal, A. en el año 2019, lo que respalda la validez metodológica del presente estudio⁽¹⁴⁾.

Variables e instrumentos

La variable dependiente principal fue la atención prenatal adecuada, definida según el número y la oportunidad de los controles prenatales. También se evaluó la atención prenatal de calidad, considerando como adecuado si se realizaba un control completo con las siguientes características: Inicio de atención prenatal menor a 12 semanas de gestación, peso materno, altura uterina, presión arterial, hemograma completo, examen de orina, latidos cardíacos fetales, descartar de sífilis, VIH/SIDA, hepatitis b, orientación sobre alimentación saludable, los derechos de la gestante y lactancia materna.

Las variables independientes incluyeron edad materna (clasificada en grupo de riesgo y sin riesgo), estado civil, nivel educativo, número de gestaciones, número de hijos vivos, distancia al establecimiento donde se realizaron los controles, tipo de establecimiento y profesional que atendió el primer control. Toda la información fue sistematizada para su análisis posterior.

Procedimientos

Las variables del estudio fueron extraídas de historias clínicas físicas y electrónicas, mediante una ficha de recolección de datos diseñada ad hoc. La información fue vaciada en Microsoft Excel, codificada y organizada en una base estructurada, garantizando la calidad y consistencia de los datos antes del análisis.

El análisis estadístico se realizó con IBM SPSS Statistics versión 29. En la fase descriptiva, las variables cualitativas se presentaron como frecuencias absolutas y relativas. Posteriormente, se generaron tablas y gráficos en Microsoft Excel 365 para la visualización de los resultados. Para el análisis bivariado, se aplicó la prueba de Chi cuadrado a fin de identificar asociaciones entre la atención prenatal adecuada y los factores de interés, al tratarse de variables categóricas. En el análisis multivariado, se utilizó un modelo de regresión de Poisson con varianza robusta, adecuado para variables dependientes binarias y múltiples predictores. Se estimaron razones de prevalencia (RP) crudas y ajustadas, con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, para evaluar la fuerza de asociación entre la atención prenatal adecuada y los factores asociados, de forma individual y conjunta.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del INMP y se condujo conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Al tratarse de un análisis retrospectivo de registros médicos, no se requirió consentimiento informado, pero se garantizó la confidencialidad, el anonimato y el manejo responsable de los datos, en cumplimiento con las normativas internacionales de protección de información y los lineamientos éticos para estudios observacionales.

RESULTADOS

De las 388 gestantes atendidas, el 40,5% recibió atención prenatal adecuada, mientras que el 59,5% no la recibió. En cuanto a la calidad de la atención prenatal, el 7,8% accedió a una atención de calidad, y el 92,2% no. Respecto a la edad materna, el 24,0% de las gestantes se encontraban en grupo etario de ≤ 19 o ≥ 35 años, y el 76,0% tenía entre 20 y 34 años. En relación con el estado civil, el 9,0% eran solteras, el 23,7% casadas y el 67,3% reportó otra condición civil. En cuanto al establecimiento donde recibieron atención prenatal, el 53,1% acudió al hospital del parto, el 41,8% a centros de referencia y el 5,2% a otros establecimientos. El 38,1% vivía a más de 3 km del establecimiento de atención prenatal, mientras que el 61,9% residía a 3 km o menos. En relación con el grado de instrucción, el 5,2% tenía primaria, el 41,5% secundaria y el 53,4% nivel superior. El 37,9% de las gestantes eran primigestas y el 62,1% no lo eran. En cuanto al número de hijos vivos, el 51,5% no tenía hijos, el 31,2% tenía uno, y el 17,3% tenía dos o más. Finalmente, el personal de salud que realizó el primer contacto prenatal fue una obstetra en el 68,0% de los casos, y un médico en el 32,0% (Tabla 1).

En relación con la atención prenatal adecuada, se encontró una diferencia según el estado civil: el 52,2% de las gestantes casadas recibió atención adecuada, en contraste con el 28,6% de las solteras y el 37,9% de las que reportaron otro estado civil (valor de $p=0,018$). También se observaron diferencias en función del número de hijos vivos: el 47,5% de las gestantes sin hijos recibió atención adecuada, frente al 31,4% de aquellas con un hijo y al 35,8% de las que tenían dos o más (valor de $p=0,012$).

Respecto a la atención prenatal de calidad, se evidenció una diferencia según el personal del primer contacto: el 10,6% de las gestantes atendidas por obstetra accedió a atención de calidad, en comparación con el 1,6% de las atendidas por médico (valor de $p=0,002$) (Tabla 2).

En el análisis multivariado, el estado civil y el número de hijos vivos se asociaron con la atención prenatal adecuada. Las gestantes casadas presentaron una mayor prevalencia de atención prenatal adecuada en comparación con las solteras (RP ajustado: 2,49; IC 95%: 1,02–6,11; valor de $p=0,045$). Por otro lado, las gestantes con un hijo mostraron una menor prevalencia de atención adecuada

Tabla 1. Características de atención y personales de las gestantes atendidas en un hospital de Lima en el año 2023.

Variable y categoría	n (%)
Atención prenatal adecuada	
Sí	157 (40,5)
No	231 (59,5)
Atención prenatal de calidad	
Sí	30 (7,8)
No	357 (92,2)
Edad materna	
≤19 o ≥35 años	93 (24,0)
20-34 años	295 (76,0)
Estado civil	
Soltera	35 (9,0)
Casada	92 (23,7)
Otros	261 (67,3)
Establecimiento de atención prenatal	
Hospital del parto	206 (53,1)
Centros de referencia	162 (41,8)
Otros establecimientos	20 (5,2)
Distancia al establecimiento de APN	
Más de 3 km	148 (38,1)
3 km o menos	240 (61,9)
Grado de instrucción	
Primaria	20 (5,2)
Secundaria	161 (41,5)
Superior	207 (53,4)
Primigesta	
Sí	147 (37,9)
No	241 (62,1)
Número de hijos vivos	
0 hijos	200 (51,5)
1 hijo	121 (31,2)
2 o más hijos	67 (17,3)
Personal del primer contacto prenatal	
Obstetra	263 (68,0)
Médico	124 (32,0)

APN: Atención prenatal

en comparación con aquellas sin hijos (RP ajustado: 0,47; IC 95%: 0,24–0,94; valor de $p=0,031$) (Tabla 3).

En el análisis de los factores asociados a la atención prenatal de calidad, las gestantes atendidas en centros de referencia presentaron una mayor prevalencia de atención de calidad en comparación con aquellas atendidas en el hospital del parto, tanto en el análisis crudo (RP: 2,23; IC 95%: 1,02–4,87; valor de $p = 0,044$) como en el análisis ajustado (RP: 2,68; IC 95%: 1,04–6,90; valor de $p=0,041$). Respecto al estado civil, las gestantes casadas mostraron una menor prevalencia de atención de calidad

en comparación con las solteras, con una RP ajustada de 0,21 (IC 95%: 0,04–1,13; valor de $p = 0,070$). En cuanto al número de hijos vivos, las gestantes con dos o más hijos presentaron una RP ajustada de 4,08 (IC 95%: 0,94–17,64; valor de $p=0,060$) en comparación con aquellas sin hijos vivos. Finalmente, en relación con el personal del primer contacto prenatal, las gestantes atendidas por médico presentaron una menor prevalencia de atención de calidad en comparación con las atendidas por obstetra, tanto en el análisis crudo (RP: 0,14; IC 95%: 0,03–0,59; valor de $p=0,007$) como en el ajustado (RP: 0,12; IC 95%: 0,03–0,55; valor de $p=0,006$).

Tabla 2. Análisis bivariado de las características de las gestantes según atención prenatal y calidad de atención en un hospital de Lima en el año 2023.

Variable y categoría	Adecuado (%)	Inadecuado (%)	Valor de p ¹	Calidad (%)	No calidad (%)	Valor de p ²
Edad materna			0,379			0,953
≤19 o ≥35 años	36,6	63,4		7,6	92,4	
20-34 años	41,7	58,3		7,8	92,2	
Estado civil			0,018			0,176
Soltera	28,6	71,4		12,9	87,1	
Casada	52,2	47,8		3,5	96,5	
Otros	37,9	62,1		8,5	91,5	
Establecimiento de APN			0,382			0,104
Hospital del parto	40,3	59,7		5,3	94,7	
Centros de referencia	38,9	61,1		11,2	88,8	
Otros establecimientos	55,0	45,0		5,0	95,0	
Distancia al establecimiento de APN			0,298			0,853
Más de 3 km	37,2	62,8		7,4	92,6	
3 km o menos	42,5	57,5		7,9	92,1	
Grado de instrucción			0,349			0,217
Primaria	25,0	75,0		5,0	95,0	
Secundaria	41,0	59,0		10,6	89,4	
Superior	41,5	58,5		5,8	94,2	
Primigesta			0,069			0,901
Sí	46,3	53,7		7,5	92,5	
No	36,9	63,1		7,9	92,1	
Número de hijos vivos			0,012			0,148
0 hijos	47,5	52,5		7,0	93,0	
1 hijo	31,4	68,6		5,8	94,2	
2 o más hijos	35,8	64,2		13,4	86,6	
Personal del primer contacto prenatal			0,946			0,002
Obstetra	40,7	59,3		10,6	89,4	
Médico	40,3	59,7		1,6	98,4	

p¹: Valor de p para atención prenatal adecuada. p²: Valor de p para calidad de atención

Tabla 3. Factores personales y clínicos asociadas a la atención prenatal adecuada en gestantes atendidas en un hospital de Lima en el año 2023.

Variable y categoría	RP crudo (IC95%)	Valor de p ¹	RP ajustado (IC95%)	Valor de p ²
Edad materna				
En riesgo (≤ 19 o ≥ 35 años)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sin riesgo (20–34 años)	1,24 (0,77–2,01)	0,379	1,00 (0,58–1,72)	0,989
Estado civil				
Soltera	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Casada	2,73 (1,18–6,32)	0,019	2,49 (1,02–6,11)	0,045
Otros	1,53 (0,70–3,32)	0,284	1,36 (0,59–3,15)	0,468
Establecimiento de APN				
Hospital del parto	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Centros de referencia	0,94 (0,62–1,44)	0,785	0,67 (0,40–1,11)	0,117
Otros establecimientos	1,81 (0,72–4,56)	0,208	1,76 (0,66–4,72)	0,258
Distancia al establecimiento de APN				
Más de 3 km	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
3 km o menos	1,25 (0,82–1,90)	0,298	1,59 (0,96–2,66)	0,074
Grado de instrucción				
Superior	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Secundaria	0,98 (0,64–1,49)	0,915	1,02 (0,65–1,59)	0,930
Primaria	0,47 (0,16–1,34)	0,157	0,60 (0,20–1,77)	0,355
Primigesta				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	1,47 (0,97–2,23)	0,070	0,92 (0,48–1,76)	0,791
Número de hijos vivos				
0 hijos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1 hijo	0,51 (0,32–0,81)	0,005	0,47 (0,24–0,94)	0,031
2 o más hijos	0,62 (0,35–1,09)	0,097	0,62 (0,28–1,37)	0,237
Personal del primer contacto prenatal				
Obstetra	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Médico	0,99 (0,64–1,52)	0,946	1,06 (0,67–1,67)	0,791

p¹: Valor de p para atención prenatal adecuada. p²: Valor de p para calidad de atención

Tabla 4. Factores personales y clínicos asociadas a la atención prenatal de calidad en gestantes atendidas en un hospital de Lima en el año 2023.

Variable y categoría	RP crudo (IC95%)	Valor de p ¹	RP ajustado (IC95%)	Valor de p ²
Edad materna				
En riesgo (≤ 19 o ≥ 35 años)	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sin riesgo (20–34 años)	1,24 (0,77–2,01)	0,379	1,00 (0,58–1,72)	0,989
Estado civil				
Soltera	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Casada	2,73 (1,18–6,32)	0,019	2,49 (1,02–6,11)	0,045
Otros	1,53 (0,70–3,32)	0,284	1,36 (0,59–3,15)	0,468
Establecimiento de APN				
Hospital del parto	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Centros de referencia	0,94 (0,62–1,44)	0,785	0,67 (0,40–1,11)	0,117
Otros establecimientos	1,81 (0,72–4,56)	0,208	1,76 (0,66–4,72)	0,258
Distancia al establecimiento de APN				
Más de 3 km	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
3 km o menos	1,25 (0,82–1,90)	0,298	1,59 (0,96–2,66)	0,074
Grado de instrucción				
Superior	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Secundaria	0,98 (0,64–1,49)	0,915	1,02 (0,65–1,59)	0,930
Primaria	0,47 (0,16–1,34)	0,157	0,60 (0,20–1,77)	0,355
Primigesta				
No	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Sí	1,47 (0,97–2,23)	0,070	0,92 (0,48–1,76)	0,791
Número de hijos vivos				
0 hijos	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
1 hijo	0,51 (0,32–0,81)	0,005	0,47 (0,24–0,94)	0,031
2 o más hijos	0,62 (0,35–1,09)	0,097	0,62 (0,28–1,37)	0,237
Personal del primer contacto prenatal				
Obstetra	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Médico	0,99 (0,64–1,52)	0,946	1,06 (0,67–1,67)	0,791

p¹: Valor de p para atención prenatal adecuada. p²: Valor de p para calidad de atención

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio evidencian que el estado civil casado se asoció significativamente con una mayor prevalencia de atención prenatal adecuada, lo que posiciona a esta variable como un posible factor protector en el contexto estudiado. Esta asociación coincide con lo reportado por Morón-Duarte et al., quienes identificaron una mayor prevalencia de APN de calidad en mujeres con pareja (29,2%) frente a aquellas sin pareja (19,8%; $p < 0,001$)⁽¹⁵⁾. Asimismo, Timoteo et al. evidenciaron que las gestantes solteras presentaban un riesgo 48% mayor de abandono del control prenatal (OR: 1,48; IC 95%: 1,16–1,88)⁽¹⁶⁾. En conjunto, estos resultados sugieren que el acompañamiento de una pareja estable puede ofrecer un soporte emocional y logístico que favorece tanto el acceso como la continuidad del cuidado prenatal. Además, este apoyo podría influir positivamente en la percepción del riesgo gestacional y en la priorización del autocuidado. Esta relación también ha sido observada en otras regiones del país; por ejemplo, en Ica, la ausencia de pareja se asoció con un mayor riesgo de mortalidad materna, particularmente cuando coexistían antecedentes de anemia y retrasos en la atención obstétrica, lo que pone en evidencia la vulnerabilidad adicional de las gestantes sin soporte conyugal⁽¹⁷⁾.

Por otro lado, se encontró que las gestantes nulíparas presentaron mayor prevalencia de APN adecuada en comparación con aquellas que tenían al menos un hijo vivo. Este hallazgo difiere de lo observado por Richard et al., quienes identificaron una asociación inversa en población vulnerable (OR: 1,63; IC 95%: 1,06–2,53)⁽¹⁸⁾, pero se alinea con estudios como el de Nussey et al., donde la multigravidez fue un predictor de APN inadecuada (RR: 1,75; IC 95%: 1,23–2,48)⁽⁴⁾. Estas inconsistencias podrían explicarse por factores contextuales complejos, incluyendo la experiencia obstétrica previa, una menor autopercepción de riesgo en multíparas, barreras prácticas relacionadas con el cuidado de otros hijos y una menor disposición a priorizar la atención médica durante embarazos posteriores. Dichas variables, aunque no cuantificadas en este estudio, podrían operar como moduladores de la adherencia al esquema prenatal, y deberían ser incorporadas en futuros modelos explicativos.

En el caso de la atención prenatal de calidad, se evidenció una mayor prevalencia en mujeres que realizaron la mayoría de sus controles en centros de salud referidores, en comparación con aquellas atendidas directamente en el hospital. Este resultado podría parecer contraintuitivo considerando la mayor capacidad resolutoria del segundo nivel; sin embargo, puede explicarse por una captación más temprana y protocolizada en el primer nivel de atención, donde se prioriza el cumplimiento de los componentes

básicos de calidad recomendados por la OMS. Aunque estudios como los de Arsenault et al. no abordan específicamente esta variable, sí documentan disparidades sustanciales en la calidad de la APN entre regiones y niveles de atención, con una prevalencia global de 72,9 % de atención de calidad, a pesar de una cobertura de contactos del 89,7 %⁽¹⁹⁾. En el contexto peruano, Enríquez encontró que solo el 70 % de gestantes recibió atención prenatal de calidad en 2019, con marcadas brechas según el nivel educativo y el área de residencia⁽¹²⁾. Estos datos refuerzan la hipótesis de que la calidad no se garantiza únicamente por la presencia de mayor infraestructura o especialistas, sino por la oportunidad, continuidad y enfoque integral de la atención.

Además, el presente estudio halló que haber sido atendida por una obstetriz en el primer contacto prenatal se asoció positivamente con la prevalencia de atención de calidad, lo cual introduce una reflexión crítica sobre la organización del recurso humano en salud. Aunque la OMS recomienda que el primer contacto sea dirigido por un médico, también reconoce la eficacia del personal no médico capacitado, especialmente en contextos con escasa disponibilidad de especialistas. Este hallazgo es respaldado por Till et al., quienes reportaron un incremento en la prevalencia de controles adecuados (RR: 1,18; IC 95%: 1,01–1,38) y de intervenciones esenciales (DM: 5,84 ítems; IC 95%: 1,88–9,80) en gestantes atendidas por profesionales distintos al médico⁽²⁰⁾. Desde una perspectiva operacional, la atención brindada por obstetrices podría caracterizarse por una mayor adherencia a guías técnicas, mejor continuidad del cuidado y una relación más cercana con la paciente, lo cual se traduce en una mejor cobertura de los componentes críticos de calidad.

En ese mismo sentido, los hallazgos del presente estudio también evidencian que solo el 7,8% de las gestantes recibió atención prenatal de calidad, a pesar de que el 40,5% cumplió con el número y oportunidad de controles. Esta brecha sugiere que no basta con la cobertura para garantizar una atención efectiva, lo que concuerda con el análisis de Carvajal-Aguirre et al., quienes reportaron que menos de la mitad de las mujeres que asisten a cuatro o más controles accede a todos los componentes clínicos esenciales recomendados, como medición de presión arterial, análisis de laboratorio y consejería⁽²¹⁾. Asimismo, nuestros hallazgos muestran que la atención brindada por obstetrices se asoció con una mayor prevalencia de atención de calidad en comparación con médicos (10,6% vs. 1,6%), lo cual podría explicarse por un enfoque más sistemático y centrado en la gestante, en línea con lo planteado por Jimeno-Orozco et al., quienes destacan que la atención humanizada, basada en el reconocimiento de las necesidades individuales

y los derechos de la mujer, contribuye a mejorar tanto la adherencia al control prenatal como la experiencia asistencial⁽²²⁾.

Cabe destacar que variables frecuentemente citadas en la literatura, como edad materna, nivel educativo o distancia geográfica, no mostraron asociación significativa con la prevalencia de APN adecuada o de calidad en el presente análisis. Este resultado coincide parcialmente con lo reportado por Enríquez⁽¹²⁾ y Palacios⁽²³⁾, aunque contradice hallazgos de Dickson et al., quienes documentaron una mayor prevalencia de APN de calidad en mujeres con educación formal (AOR:1,62; IC 95%:1,30–2,03) y una reducción significativa en áreas rurales (AOR:0,53; IC 95%:0,42–0,68)⁽²⁴⁾. De forma similar, estudios realizados en países del África subsahariana por Andegiorgish et al. también evidenciaron la influencia significativa del nivel educativo, la paridad y el acceso a medios de comunicación sobre la asistencia a controles prenatales adecuados⁽²⁵⁾. La falta de asociación observada en este estudio podría explicarse por la homogeneidad de la muestra urbana, lo cual limita la variabilidad en estas características, o por la ausencia de variables no medidas, como el nivel de alfabetización en salud, la percepción subjetiva de la calidad de atención o el acceso a redes de apoyo comunitario.

La principal limitación radica en el uso de datos secundarios provenientes de registros clínicos, lo que pudo afectar la completitud y precisión de algunas variables, además de limitar la inclusión de dimensiones cualitativas del cuidado.

CONCLUSIONES

La cobertura de atención prenatal adecuada en la población estudiada fue limitada, alcanzando solo al 40,5 %, mientras que la atención de calidad fue aún más reducida, con una prevalencia del 7,8%. Se identificó que el estado civil casado y la nuliparidad se asociaron de forma significativa con una mayor probabilidad de recibir atención prenatal adecuada, mientras que la calidad de la atención mostró una asociación positiva con la realización de controles en centros de salud referidos y con el haber sido atendida por una obstetra en el primer contacto prenatal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna [Internet]. 2023 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores de Programas Presupuestales I Semestre 2022 [Internet]. 2022 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/ppr/Indicadores_de_Programas_Presupuestales_I_Semestre_2022.pdf
3. Maternidad Materna. Maternas tardías: muerte materna directa e indirecta ocurrida después de los 42 días de culminada la gestación, pero hasta antes del año [Internet]. [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://temasdesalud.cl/tema-de-salud/muerte-materna-debida-a-cualquier-causa-obstetrica-que-ocurre-despues-de-42-dias-pero-antes-de-un-ano-del-parto/>
4. Nussey L, Hunter A, Krueger S, Malhi R, Giglia L, Seigel S, et al. Sociodemographic characteristics and clinical outcomes of people receiving inadequate prenatal care: a retrospective cohort study. *J Obstet Gynaecol Can.* 2020;42(5):591–600. doi:10.1016/j.jogc.2019.08.005.
5. Eslier M, Deneux-Tharoux C, Schmitz T, Luton D, Mandelbrot L, Estellat C, et al. Association between language barrier and inadequate prenatal care utilization among migrant women in the PreCARE prospective cohort study. *Eur J Public Health.* 2023;33(3):403–10. doi:10.1093/eurpub/ckad078.
6. Tocchioni V, Seghieri C, De Santis G, Nuti S. Socio-demographic determinants of women's satisfaction with prenatal and delivery care services in Italy. *Int J Qual Health Care.* 2018;30(8):594–601. doi:10.1093/intqhc/mzy078.
7. Guliani H, Sepehri A, Serieux J. Determinants of prenatal care use: evidence from 32 low-income countries across Asia, Sub-Saharan Africa and Latin America. *Health Policy Plan.* 2014;29(5):589–602. doi:10.1093/heapol/czt045.
8. Benova L, Tunçalp Ö, Moran AC, Campbell OMR. Not just a number: examining coverage and content of antenatal care in low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2018 [citado el 20 de marzo del 2025];3(2):e000779. doi:10.1136/bmjgh-2018-000779.
9. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N.º 1138-2019/MINSA - Normas y documentos legales - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. 2019 [citado el 20 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/368520-1138-2019-minsa>
10. Dioses Fernández DL, Corzo Sosa CA, Zarate García JJ, Vizcarra Gonzales VA, Zapata Maza NG, Arredondo-Nontol M. Adherencia a la atención prenatal en el contexto sociocultural de países subdesarrollados: una revisión narrativa. *Horiz Méd Lima.* 2023;23(4):e2252. doi:10.24265/

- horizmed.2023.v23n4.12.
11. Hajizadeh S, Ramezani Tehrani F, Simbar M, Farzadfar F. Factors influencing the use of prenatal care: a systematic review. *J Midwifery Reprod Health*. 2016;4(1):544–57. doi:10.22038/jmrh.2016.6431.
 12. Enríquez Canto Y. Desigualdades en la cobertura y en la calidad de la atención prenatal en Perú, 2009-2019. *Rev Panam Salud Pública*. 2022;46:e47. doi:10.26633/RPSP.2022.47.
 13. Tello-Torres C, Hernández-Vásquez A, Dongo KF, Vargas-Fernández R, Bendezu-Quispe G. Prevalence and determinants of adequate compliance with antenatal care in Peru. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2021;43(6):442–51. doi:10.1055/s-0041-1732463.
 14. Espinola-Sánchez M, Campaña-Acuña A, Urrunaga-Pastor D, Maguiña JL, Jumba M, Ugarte-Ubillus O. Impact of comprehensive health insurance affiliation on mortality in children under one year: an analysis of the Demographic and Health Survey 2010–2022 in Peru. *Front Public Health* [Internet]. 2025 [citado el 20 de marzo del 2025];12:1405244. doi:10.3389/fpubh.2024.1405244.
 15. Morón-Duarte LS, Varela AR, Bertoldi AD, Domingues MR, Wehrmeister FC, Silveira MF. Quality of antenatal care and its sociodemographic determinants: results of the 2015 Pelotas birth cohort, Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2021;21:1070. doi:10.1186/s12913-021-07053-4.
 16. Timoteo-Barrantes PG, Castillo-Velarde E. Factores sociodemográficos asociados al abandono del control prenatal en gestantes del Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal*. 2023;8(2):o1–6. doi:10.47784/rismf.2023.8.2.268.
 17. Ybaseta-Medina J, Ybaseta-Soto M, Oscco-Torres O, Aquije-Paredes C, Vera-Cáceres C. Factors associated with maternal mortality in Ica, Peru: a matched case-control study. *Medwave*. 2024;24(11):e2961. doi:10.5867/medwave.2024.11.2961.
 18. Richard E, Vuillemoz C, Lioret S, Berrocal RR, Guyavarch E, Lambert Y, et al. Social determinants of inadequate prenatal care utilization in sheltered homeless mothers in the Greater Paris area in France. *Front Public Health*. 2023;11:1080594. doi:10.3389/fpubh.2023.1080594.
 19. Arsenault C, Jordan K, Lee D, Dinsa G, Manzi F, Marchant T, et al. Equity in antenatal care quality: an analysis of 91 national household surveys. *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1186–95. doi:10.1016/S2214-109X(18)30389-9.
 20. Till SR, Everetts D, Haas DM. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(12):CD009916. doi:10.1002/14651858.CD009916.pub2.
 21. Carvajal-Aguirre L, Vaz LM, Singh K, Sitrin D, Moran AC, Khan SM, et al. Measuring coverage of essential maternal and newborn care interventions: an unfinished agenda. *J Glob Health*. 2017;7(2):020101. doi:10.7189/jogh.07.020101.
 22. Jimeno-Orozco JA, Prieto Rojas S, Lafaurie Villamil MM. Atención prenatal humanizada en América Latina: un estado del arte. *Rev Fac Cienc Médicas*. 2022;79(2):205–9. doi:10.31053/1853.0605.v79.n2.32720.
 23. Palacios Caminada RV. Factores asociados a inadecuado control prenatal y su impacto en la morbilidad materno-perinatal en puérperas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue periodo octubre-diciembre 2019 [Tesis de grado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2020 [citado el 21 de marzo del 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4256>
 24. Dickson KE, Simen-Kapeu A, Kinney MV, Huicho L, Vesel L, Lackritz E, et al. Every Newborn: health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries. *Lancet Lond Engl*. 2014;384(9941):438–54. doi:10.1016/S0140-6736(14)60582-1
 25. Andegiorgish AK, Elhoumed M, Qi Q, Zhu Z, Zeng L. Determinants of antenatal care use in nine sub-Saharan African countries: a statistical analysis of cross-sectional data from Demographic and Health Surveys. *BMJ Open*. 2022;12(2): e051675. doi:10.1136/bmjopen-2021-051675.

CORRESPONDENCIA

Andrea Denise Brito Hajar
 Dirección: Jr. Luis Agurto 104 - Urb Elio, Lima
 Teléfono: (+51) 991429299
 Correo electrónico: andebrihi@gmail.com

PREFERENCIAS DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSTABORTO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL – 2023

PREFERENCES FOR POST-ABORTION CONTRACEPTIVE METHODS IN WOMEN TREATED AT THE EMERGENCY DEPARTMENT OF THE INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL - 2023

Karem Beatriz Blas Ortiz^{1,a} , Ingrid Canchari-Marroquin^{2,b} 

RESUMEN

Introducción. El postaborto es un momento clave para promover el uso de anticonceptivos. Conocer las preferencias de las mujeres atendidas permite orientar mejor la consejería y la oferta anticonceptiva. **Objetivo.** Describir las preferencias de métodos anticonceptivos y caracterizar las variables sociodemográficas y gineco-obstétricas de mujeres en situación postaborto atendidas en el servicio de Emergencias del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante el año 2023. **Métodos.** Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo, mediante revisión documental de 317 pacientes postaborto; considerando variables sociodemográficas, gineco-obstétricas y la elección de un método anticonceptivo. **Resultados.** De 317 pacientes, 96,2% aceptaron un MAC, de ellas 37,0% eligió el inyectable mensual. La mediana de edad fue 31 años, el 63,4% nacieron en Lima, de residencia urbana (66,2%), con una unión estable (72,6%), 67,5% completo un nivel secundario y en su mayoría son amas de casa (57,1%). Antecedentes obstétricos: mediana de hijos vivos es 1, 32,2% niega tener hijos; 60,3% niegan algún aborto; con una mediana de 3 gestaciones. La menarquia fue a los 12 años (26,8%) y la edad de inicio de relaciones sexuales fue 18 años, con una andria de 2 parejas (42,9%). El 96,9% de abortos fueron espontáneos, tratados en un 46,1% mediante aspiración manual endouterina. Un 48,9% no usaba un método previo y hubo fallo del método en 7,57%. **Conclusión.** El método anticonceptivo preferido por las mujeres postaborto en el INMP en 2023 fue el inyectable mensual con alta aceptación de los métodos anticonceptivos recomendados.

Palabras clave: Anticonceptivos, aborto, factores sociodemográficos, anticoncepción post aborto (Fuente: DeCS-Bireme).

ABSTRACT

Introduction. The post-abortion period is a key moment to promote the use of contraceptives. Understanding the preferences of women attending the service allows for better counseling and contraceptive offerings. **Objective.** To describe the preferences for contraceptive methods and characterize the sociodemographic and gynecologic-obstetric variables of women in the post-abortion situation attended at the Emergency Service of the National Maternal Perinatal Institute (INMP) during 2023. **Materials and Methods.** A descriptive, cross-sectional and retrospective study was conducted by means of a documentary review of 317 post-abortion patients; the sociodemographic variables, gynecologic-obstetrics and the choice of contraceptives were considered. **Results.** Of the 317 patients, 96.2% accepted a contraceptive method, 37% of them chose a monthly injectable. The median age was 31 years, 63.4% were born in Lima, urban residence (66.2%), with a stable union (72.6%), 67.5% completed high school and mostly were housewives (57.1%). Obstetric history: median of living children is 1, 32.2% deny having children; 60.3% deny any abortion; with a median of 3 pregnancies. The age of menarche was 12 (26.8%) and the age of sexual initiation was 18, with a number of partners of 2 (42.9%). 96.9% of abortions were spontaneous, 46.1% treated by manual aspiration. 48.9% did not use a method previously and there was a method failure in 7.57%. **Conclusion.** Contraceptive method of choice by women after abortion in INMP - 2023 was the monthly injectable with high acceptance of recommended contraceptive methods.

Key words: Contraceptive agents, Abortion, Sociodemographic Factors, Postabortion contraceptives (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

El aborto constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial, con implicancias médicas,

sociales y económicas⁽¹⁾. Se estima que entre 2015 y 2019 ocurrieron 73,3 millones de abortos anuales, lo que equivale a una tasa de 39 abortos por cada 1000 mujeres en edad fértil⁽²⁾. El 61% de los embarazos no

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

² Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.

^a Médico Cirujano.

^b Estudiante de medicina.

Citar como: Blas K, Canchari I. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre infecciones de transmisión sexual en internos de medicina humana de una universidad pública en 2023. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 53-62 DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025456>

deseados terminan en aborto, lo que refleja la necesidad de mejorar el acceso a servicios de planificación familiar y métodos anticonceptivos (MAC) eficaces para reducir la tasa de abortos recurrentes⁽³⁾.

En América Latina, la tasa de aborto es de 44 por cada 1000 mujeres, siendo una de las regiones con cifras más elevadas y con una proporción considerable de abortos inseguros (45,1%). En el Perú, se estima que cada año ocurren aproximadamente 350,000 abortos, con una tasa de 42 por cada 1000 mujeres en edad reproductiva^(4,5). Además, el 60% de los embarazos en el Perú no son planificados, y un 35% termina en aborto inducido, lo que evidencia la importancia de estrategias para la prevención del embarazo no deseado y la provisión de un MAC adecuado⁽⁶⁾.

La anticoncepción postaborto es una estrategia clave para mejorar la aceptación de los MAC y reducir la reincidencia de abortos⁽⁷⁾. No obstante, diversos factores sociodemográficos y gineco-obstétricos pueden influir en la elección y aceptación de estos métodos⁽⁸⁾. En el contexto peruano, los estudios disponibles muestran variaciones significativas en la aceptación y uso de métodos postaborto, dependiendo del nivel de atención y del acceso a consejería especializada⁽⁹⁾. Sin embargo, la información en instituciones de referencia nacional es escasa.

El objetivo del estudio es analizar las preferencias de MAC y las características sociodemográficas y gineco-obstétricas asociadas en mujeres que atravesaron un evento postaborto y fueron atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) durante el año 2023, buscando aportar evidencia para una consejería más efectiva y personalizada.

MATERIALES Y METODOS

Tipo y diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y retrospectivo en el servicio de Emergencias del Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima, Perú, durante el año 2023.

Población y muestra

La población de estudio incluyó a mujeres postaborto atendidas en el servicio de Emergencias del INMP durante el año 2023, con un total de 1 797 pacientes. Se aplicó un muestreo probabilístico aleatorio simple para seleccionar una muestra representativa de 317 pacientes, calculada con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

Se consideró dentro de los criterios de inclusión a mujeres con diagnóstico de aborto que recibieron manejo médico o quirúrgico, accedieron a la consejería en planificación familiar y registraron su

elección de MAC, con historias clínicas completas y accesibles para la revisión. Se excluyeron pacientes referidas a hospitalización, aquellas que presentaron complicaciones graves que imposibilitaron la consejería anticonceptiva, así como aquellas con historias clínicas incompletas, ilegibles o no disponibles.

Variables e instrumentos

Las variables del estudio fueron la elección de MAC postaborto, categorizada en métodos de corta duración (orales, inyectables, barrera) y métodos reversibles de larga duración (LARC) (dispositivo intrauterino, implante subdérmico); características sociodemográficas, como edad, lugar de residencia, estado civil, nivel educativo y ocupación. Se estudio características gineco-obstétricas, incluyendo edad de menarquía, edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, número de hijos vivos, antecedente anticonceptivo, antecedente de abortos previos, tipo de aborto y procedimiento realizado. La información fue recolectada a partir de las historias clínicas mediante una ficha de recolección de datos validada.

El instrumento empleado para la recolección de datos fue una ficha de recolección validada, con un índice de validez de 0,804, determinado a través del juicio de expertos en las áreas de ginecología y obstetricia. Este instrumento⁽¹⁰⁾ constó de tres secciones que abordan: características gineco-obstétricas, características sociodemográficas y MAC utilizados.

Técnicas de recolección de datos y procesamiento de información

Se solicitó acceso a la base de datos del servicio de Emergencias del INMP, a partir de la cual se identificaron las historias clínicas de mujeres incluidas en el estudio. Para garantizar la confiabilidad de la información, se realizó una doble verificación y revisión cruzada con el registro de planificación familiar. Los datos fueron extraídos de forma sistemática y organizados en una base estructurada. La confidencialidad de la información se aseguró mediante el uso exclusivo de los números de historia clínica durante el análisis.

Análisis estadístico

Los datos recolectados fueron procesados en Microsoft Excel y analizados mediante el software estadístico Stata/SE versión 16.0. Para las variables cualitativas se aplicó estadística descriptiva, calculándose frecuencias absolutas y relativas; mientras que para las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central y de dispersión.

Aspectos éticos

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad

Nacional Mayor de San Marcos y por el INMP. Se cumplieron los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para la investigación médica. Se garantizó la confidencialidad de la información obtenida, eliminando toda referencia a datos personales identificables de las pacientes.

RESULTADOS

Se analizaron 317 historias clínicas de mujeres postaborto atendidas en el INMP durante el año 2023. En cuanto a la edad, el 59,62% de las pacientes se encontraba en el rango de 20 a 34 años con un 59,62%. Un 34,07% tenía 35 años o más, mientras que un 6,31% era menor de 19 años. En el grupo de 12 a 18 años, un 3,76% estuvo representado, y un 2,52% eran menores de 20 años. Respecto al lugar de nacimiento, el 63,41% de las pacientes nació en Lima, mientras que el 32,80% provino de otras regiones del Perú y el 3,79% de las pacientes eran extranjeras (Figura 1).

En relación al tipo de residencia, un 66,25% de las pacientes residía en áreas urbanas, mientras que el 33,75% residía en zonas rurales. En cuanto al estado civil, el 72,56% de las pacientes estaba en unión libre (convivientes), mientras que el 9,46% estaba casada. Un 17,35% de las pacientes era soltera, y un 0,63% se encontraba en otro estado civil. Respecto al grado de instrucción, el 67,51% de las mujeres había completado la educación secundaria, mientras que el 19,24% alcanzó la educación superior. El 11,99% había completado la educación primaria, y un 1,26% no recibió educación formal. Finalmente, en relación a la ocupación, el 57,10% de las pacientes se desempeñaba como ama de casa. Un 19,87% trabajaba de manera independiente, un 19,24% era empleada dependiente y un 3,77% presentó otras ocupaciones (Tabla 1).

En cuanto a los lugares de residencia de las pacientes, el distrito de San Juan de Lurigancho concentró la mayor proporción, con el 31,86% de las mujeres. Le siguieron los distritos de La Victoria y Lima, con un 8,20% y un 6,62%, respectivamente. Otros distritos con una representación destacada fueron El Agustino (6,31%), Rímac (5,68%) y San Martín de Porres (5,05%). Finalmente, un 15,14% de las pacientes residían en otros distritos no especificados en la tabla (Tabla 2).

Respecto a los antecedentes gineco-obstétricos, el 32,18% de las mujeres no tenía hijos, mientras que el 29,65% tenía un hijo. El 23,97% reportó tener dos hijos, y el 14,2% tenía tres o más hijos. Respecto al

número de abortos previos, el 60,25% de las mujeres no había tenido abortos previos. De las pacientes con abortos previos, el 30,28% había tenido un aborto, el 6,62% había tenido dos abortos, y el 2,84% había tenido tres abortos. En cuanto a la edad de menarquía, el 35,96% presentó menarquía entre los 9 y 11 años, el 58,36% tuvo su menarquía entre los 12 y 14 años, y el 5,68% experimentó la menarquía a partir de los 14 años. Respecto a la edad de inicio de relaciones sexuales, el 8,83% comenzó a tener relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, el 62,78% entre los 16 y 18 años, y el 28,39% a los 19 años o más. En relación al número de parejas sexuales, el 21,14% tuvo una sola pareja, el 42,90% reportó haber tenido dos parejas, el 29,65% indicó haber tenido tres parejas, y el 6,31% tuvo cuatro o más parejas sexuales. En cuanto al uso de anticonceptivos, el 48,90% de las mujeres no utilizaba ningún MAC, el 13,88% usaba métodos tradicionales, el 35,02% utilizaba MAC a corto plazo, y solo el 2,21% usaba MAC a largo plazo. Respecto a la falla del MAC, el 7,57% reportó haber experimentado fallas, mientras que el 92,43% no presentó fallas en el método utilizado (Tabla 3).

En cuanto al tipo de aborto, un 96,58% de las pacientes presentó un aborto espontáneo, mientras que el 1,58% experimentó un aborto inducido, y un 1,58% sufrió un aborto terapéutico. Respecto al procedimiento realizado, el 51,42% fue atendido mediante dilatación y extracción mediante aspiración manual endouterina (AMEU). El 46,06% fue atendido mediante AMEU, mientras que el 1,58% recibió dilatación y extracción mediante legrado. No se registraron tratamientos médicos en el resto de los casos, y un 0,95% fue sometida a otros procedimientos. En cuanto al número de gestaciones, el 23,03% se encontraba en su gestación actual. Un 23,97% había tenido dos gestaciones previas, el 24,92% tenía tres gestaciones previas, y el 28,08% reportó haber tenido cuatro o más gestaciones previas (Tabla 4).

En cuanto al MAC elegido por las mujeres postaborto, el inyectable mensual fue el más seleccionado, con un 35,65%. Le siguió el inyectable trimestral, elegido por el 17,98%. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) fueron seleccionados por el 17,98%, y el implante hormonal fue elegido por el 12,30%. El preservativo masculino fue la opción de un 8,2%. Un 3,15% no eligió ningún MAC, mientras que un 2,21% optó por el dispositivo intrauterino (DIU) de cobre. Otros métodos fueron seleccionados por el 0,95%, y el DIU hormonal fue elegido por el 0,63%. Solo el 0,32% eligió el bloqueo tubárico bilateral (Tabla 5).

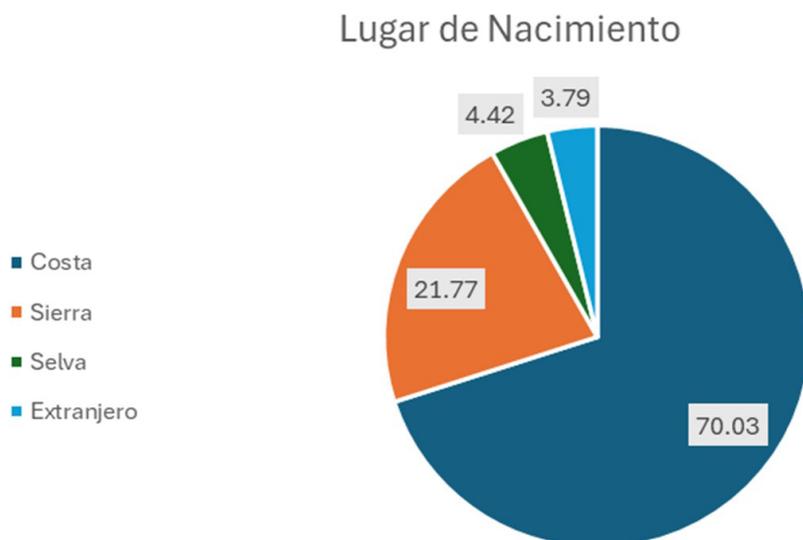


Figura 1. Lugar de nacimiento según región en pacientes postaborto del servicio de Emergencias del INMP durante el 2023.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres postaborto atendidas en el servicio de Emergencias del INMP durante el 2023.

Características Sociodemográficas	Frecuencia absoluta (fi)	Frecuencia relativa (hi)
Edad		
De 19 años a menos	20	6,31%
• 12 – 18 años	12	3,76%
• 19 años	8	2,52%
De 20 a 34 años	189	59,62%
De 35 años a más	108	34,07%
Lugar de nacimiento		
Lima	201	63,41%
Otros	104	32,80%
Extranjero	12	3,79%
Tipo de residencia		
Urbano	210	66,25%
Rural	107	33,75%
Estado civil		
Soltera	55	17,35%
Conviviente	230	72,56%
Casada	30	9,46%
Otros	2	0,63%
Grado de instrucción		
Sin educación formal	4	1,26%
Primaria completa	38	11,99%
Secundaria completa	214	67,51%
Superior completa	61	19,24%
Ocupación		
Independiente	63	19,87%
Empleado dependiente	61	19,24%
Ama de casa	181	57,10%
Otros	12	3,79%
Total	317	100%

Tabla 2. Lugares de residencia según distrito en mujeres postaborto atendidas en el servicio de Emergencias del INMP durante el 2023.

Lugar de residencia	Frecuencia absoluta (fi)	Frecuencia relativa (hi)
San Juan De Lurigancho	101	31,86%
La Victoria	26	8,2%
Lima	21	6,62%
El Agustino	20	6,31%
Rímac	18	5,68%
San Martín De Porres	16	5,05%
Ate-Vitarte	11	3,47%
Santa Anita	11	3,47%
Santiago De Surco	9	2,84%
Villa María Del Triunfo	7	2,21%
Los Olivos	7	2,21%
Callao	6	1,89%
Chorrillos	6	1,89%
Villa El Salvador	5	1,58%
San Juan De Miraflores	5	1,58%
Otros	48	15,14%
Total	317	100%

Tabla 3. Distribución de frecuencias de los antecedentes gineco-obstétricos de las mujeres atendidas en el servicio de Emergencias del INMP – 2023.

Antecedentes Gineco-obstétricos	Frecuencia absoluta (fi)	Frecuencia relativa (hi)
Número de hijos vivos		
Ninguno	102	32,18%
1 hijo	94	29,65%
2 hijos	76	23,97%
3 hijos a más	45	14,2%
Número de abortos previos		
Ninguno	191	60,25%
1 pérdida	96	30,28%
2 pérdidas	21	6,62%
3 a más pérdidas	9	2,84%
Edad de menarquía		
9 – 11 años	114	35,96%
12 – 14 años	185	58,36%
14 años a más	18	5,68%
Edad de inicio de relaciones sexuales		
11 – 15 años	28	8,83%
16 – 18 años	199	62,78%
19 años a más	90	28,39%
Número de parejas sexuales		
1 pareja	67	21,14%
2 parejas	136	42,90%
3 parejas	94	29,65%
4 a más parejas	20	6,31%
Uso de anticonceptivo		
Ninguno	155	48,90%
Método tradicional/natural	44	13,88%
Método a corto plazo	111	35,02%
Método a largo plazo	7	2,21%
Falla del método anticonceptivo		
Si	24	7,57%
No	293	92,43%
Total	317	100%

Tabla 4. Distribución de frecuencias de las características gineco-obstétricas actuales de las mujeres atendidas en el servicio de Emergencias del INMP durante el 2023.

Características Gineco-obstétricas	Frecuencia absoluta (fi)	Frecuencia relativa (hi)
Tipo de aborto		
Espontáneo	307	96,58%
Inducido	5	1,58%
Terapéutico	5	1,58%
Procedimiento realizado		
AMEU	146	46,06%
Dilatación y extracción mediante AMEU	163	51,42%
Dilatación y extracción mediante legrado	5	1,58%
Tratamiento médico	0	0,00%
Otros	3	0,95%
Número de gestaciones		
Gestación actual	73	23,03%
2 gestaciones	76	23,97%
3 gestaciones	79	24,92%
4 a más gestaciones	89	28,08%
Total	317	100%

AMEU: Aspiración Manual Endouterina

Tabla 5. Distribución de MAC elegidos por las mujeres postaborto atendidas en el servicio de Emergencias del INMP durante el 2023.

MAC elegido	Frecuencia absoluta (fi)	Frecuencia relativa (hi)
Inyectable mensual	113	35,65%
Inyectable trimestral	57	17,98%
Anticonceptivos orales combinados	57	17,98%
Implante hormonal	39	12,30%
Preservativo masculino	26	8,2%
Ninguno	10	3,15%
DIU Cu+	7	2,21%
Otros métodos	3	0,95%
Método tradicional/natural	2	0,6%
DIU hormonal	2	0,63%
BTB	1	0,32%
Total	317	100%

DIU: Dispositivo Intrauterino, BTB: Bloqueo tubárico bilateral

DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó ante la necesidad de conocer las preferencias anticonceptivas en mujeres postaborto, considerando este periodo como una oportunidad crítica para intervenir y prevenir embarazos no planificados. Comprender los factores que influyen en la elección de MAC permite optimizar la atención reproductiva integral y promover el acceso temprano a métodos eficaces.

Se observó una alta prevalencia de uso de LARC entre mujeres mayores de 35 años, como el implante subdérmico y el DIU. Este resultado coincide con lo descrito por Meléndez-Asipali JA et al.⁽¹¹⁾ y Valverde-Espinoza et al.⁽¹²⁾, quienes reportaron una mayor aceptación de estos métodos entre mujeres mayores de treinta años con antecedentes de múltiples gestaciones, atendidas por aborto en un hospital nacional de Lima. Esto refleja una mayor disposición hacia métodos de alta eficacia a medida que avanza la edad reproductiva.

En cuanto al estado civil, se encontró que las mujeres en unión estable optaron con mayor frecuencia por el inyectable mensual. Este hallazgo es congruente con lo reportado por Lozano-Rivera AM et al.⁽¹³⁾, quienes identificaron una preferencia por métodos reversibles entre mujeres casadas o convivientes, resaltando el rol de la dinámica de pareja en la decisión anticonceptiva. Asimismo, se evidenció una mayor prevalencia de elección de AOC e implantes en mujeres con secundaria completa o estudios superiores. Este patrón también fue descrito en un hospital público argentino⁽¹⁴⁾ y respaldado por evidencia nacional⁽¹³⁾, destacando que la consejería brindada en servicios hospitalarios favoreció la adopción sostenida de métodos reversibles entre mujeres con mayor nivel educativo.

En relación con el número de gestaciones, las mujeres con tres o más embarazos mostraron una mayor preferencia por LARC. Baynes C et al.⁽¹⁵⁾ reportaron una aceptación elevada de estos métodos entre mujeres multigestas tras la implementación de estrategias postaborto en Tanzania. En Perú, se observó una tendencia similar entre mujeres con mayor experiencia obstétrica y deseo de limitar la fecundidad⁽¹¹⁾. Sin embargo, a pesar de utilizar técnicas como la AMEU, que permite la inserción inmediata de dispositivos, la baja elección del DIU persiste. Hogmark et al.⁽¹⁶⁾ demostraron que la inserción temprana del DIU dentro de las primeras 48 horas postaborto es segura, lo que evidencia oportunidades de mejora en la práctica clínica.

Se encontró una mayor prevalencia de aceptación de métodos de alta eficacia entre mujeres que recibieron consejería anticonceptiva adecuada. Diversos estudios internacionales han mostrado que una consejería empática y culturalmente pertinente facilita el cambio de comportamiento incluso en mujeres inicialmente reacias^(17,18). Modelos integrados de atención postaborto

y planificación familiar, como los implementados en Kenia y Etiopía, demostraron un impacto directo en la adopción de métodos al reducir la fragmentación del cuidado^(19,20). En Perú, Falcón Lucas et al.⁽²¹⁾ evidenciaron que una consejería basada en derechos, centrada en la usuaria y libre de coerción, favorece la elección de métodos modernos tras un evento postaborto. Además, se ha señalado que la capacitación del personal médico en técnicas como AMEU y en la inserción inmediata de MAC incrementa su aceptación⁽²²⁾. Esta estrategia resulta particularmente relevante si se considera que, según la Organización Mundial de Salud, hasta un tercio de las mujeres podría abandonar el método durante el primer año por efectos secundarios no gestionados adecuadamente o falta de seguimiento⁽²³⁾.

Respecto a las variables no asociadas, no se evidenciaron diferencias significativas en la elección del MAC según ocupación o lugar de procedencia. No obstante, estudios nacionales indican que otras características sociodemográficas, como la nacionalidad y la edad, pueden influir en la prescripción anticonceptiva postaborto⁽¹³⁾.

Los resultados globales del estudio evidenciaron una prevalencia elevada de aceptación de MAC postaborto (96,2%), superior a lo reportado en estudios multicéntricos realizados en África y Asia, donde el promedio fue de 73%⁽⁷⁾, y en Etiopía, con una tasa de solo 46%⁽²⁰⁾. En Perú, un estudio mostró una prevalencia inicial de 94% y una continuidad superior al 80% a los seis meses⁽¹³⁾. No obstante, se documentó que situaciones como emergencias sanitarias o restricciones presupuestales pueden afectar negativamente el acceso sostenido a MAC en poblaciones vulnerables^(24,25). Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar soluciones digitales y estrategias de continuidad en salud reproductiva, incluso en escenarios adversos.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra su diseño transversal y retrospectivo, que impide establecer relaciones causales. Además, al depender del registro clínico, podrían presentarse sesgos de información. Sin embargo, los hallazgos aportan evidencia para fortalecer la consejería, mejorar la oferta de MAC y promover una atención reproductiva oportuna en servicios hospitalarios especializados.

CONCLUSIONES

El presente estudio evidenció una alta aceptación de MAC postaborto, influenciada por factores como edad, estado civil, nivel educativo y número de gestaciones. La consejería adecuada y la disponibilidad inmediata de MAC favorecen su adopción. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la atención postaborto mediante estrategias integradas, enfoque educativo y personal capacitado para mejorar la salud reproductiva en contextos hospitalarios.

FINANCIAMIENTO

Autofinanciado

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bearak JM, Popinchalk A, Beavin C, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, et al. Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015-2019. *BMJ Glob Health*. 2022;7(3):e007151. doi:10.1136/bmjgh-2021-007151
2. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health*. 2020;8(9):e1152–61. doi:10.1016/S2214-109X(20)30315-6
3. Glasier A, Bhattacharya S, Evers H, Gemzell-Danielsson K, Hardman S, Heikinheimo O, et al. Contraception after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(11):1378–85. doi:10.1111/aogs.13627
4. Díaz C. Explicador: Lo que sabemos sobre las cifras diarias de aborto en el mundo [Internet]. Ojo Público. 2022 [citado el 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://ojo-publico.com/ojobionico/lo-que-sabemos-sobre-las-cifras-diarias-aborto-el-mundo>
5. Aborto en América Latina y el Caribe | Guttmacher Institute [Internet]. 2016 [citado el 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.guttmacher.org/es/fact-sheet/aborto-en-america-latina-y-el-caribe>
6. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2022 [Internet]. [citado el 12 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233597-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2022>
7. Benson J, Andersen K, Brahmī D, Healy J, Mark A, Ajode A, et al. What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Glob Public Health*. 2018;13(1):35–50. doi:10.1080/17441692.2016.1174280
8. Magalona S, Byrne M, OlaOlorun FM, Mosso R, Omoluabi E, Moreau C, et al. Contraceptive Use Before and After Abortion: A Cross-Sectional Study from Nigeria and Côte d'Ivoire. *Stud Fam Plann*. 2022;53(3):433–53. doi:10.1111/sifp.12208
9. Método anticonceptivo de elección en el postaborto [Internet]. [citado el 12 de marzo de 2025]. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412019001200006
10. Falcón Lucas B. Factores asociados a la aceptación de métodos anticonceptivos post aborto en mujeres atendidas en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2022. 2023.
11. Meléndez-Asipali JA, Espinoza R, Rivadeneyra-Romero R, Vela-Ruiz JM, De La Cruz-Vargas JA, Meléndez-Asipali JA, et al. Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos en mujeres en edad fértil de 15 a 49 años según encuesta demográfica en Perú. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2022;15(2):180–4. doi:10.35434/rmhnaaa.2022.152.1174
12. Valverde-Espinoza N, Barja-Ore J, Valverde-Espinoza N, Barja-Ore J. Método anticonceptivo de elección en el postaborto. *Ginecol Obstet México*. 2019;87(12):814–9. doi:10.24245/gom.v87i12.3436
13. Lozano-Rivera AM, Soria-Gonzales LA, Magallanes-Corimanya M, Lozano-Rivera AM, Soria-Gonzales LA, Magallanes-Corimanya M. Uso de métodos anticonceptivos postaborto: un estudio de seguimiento a seis meses. *An Fac Med*. 2024;85(3):304–8. doi:10.15381/anales.v85i3.27266
14. Seguridad, efectividad y aceptabilidad del implante anticonceptivo subdérmico de una varilla en un hospital público de Argentina: estudio de cohorte observacional [Internet]. [citado el 17 de mayo de 2025]. Disponible en: https://amada.org.ar/index.php/numeros-anteriores/volumen-18-n-1-2022/67-revista/revista-n1-2022/528-seguridad-efectividad-y-aceptabilidad-del-implante-anticonceptivo-subdermico-de-una-varilla-en-un-hospital-publico-de-argentina-estudio-de-cohorte-observacional?utm_source=chatgpt.com
15. Baynes C, Garfinkel D, Kahwa J, Lusiola G, O'Connell KA. Strengthening access to long-acting reversible contraception within postabortion care in Tanzania: A pre-post evaluation. *Afr J Reprod Health*. 2022;26(5):28–40. doi:10.29063/ajrh2022/v26i5.3
16. Hogmark S, Rydelius J, Envall N, Teleman P, Gemzell-Danielsson K, Kopp Kallner H. Placement of an intrauterine device within 48 hours after second-trimester medical abortion: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2024;231(5):530.e1-530.e8. doi:10.1016/j.ajog.2024.05.041
17. Perry A, Gardener C, Shieh J, Hò QT, Doan A, Bhui K. Investigating the acceptability of a culturally adapted acceptance and commitment therapy group for UK Vietnamese communities: A practice-based feasibility study. *Transcult Psychiatry*. 2024;61(4):626–51. doi:10.1177/13634615241228071
18. Lundberg PC. Contraception practices among young unmarried women seeking abortion following unintended pregnancy in Ho Chi Minh City, Vietnam. *Cult Health Sex*. 2021;23(9):1241–54. doi:10.1080/13691058.2020.1774655
19. Mbehero F, Momanyi R, Hesel K. Facilitating Uptake of Post-abortion Contraception for Young People in Kenya. *Front Glob Womens Health*. 2022;2:733957. doi:10.3389/fgwh.2021.733957
20. Hinkosa L, Deti M, Tesfaye T, Bekele D, Diriba A. Postabortion contraceptives uptake and its associated factors among clients visiting abortion care services in public hospitals in West Shewa Zone, Oromia regional state, Ethiopia, 2021. *SAGE Open Med*. 2023;11:20503121231187735. doi:10.1177/20503121231187735
21. Falcón Lucas B, Santos Rosales YR, Campos

- Correa KE. Aceptación y factores asociados con la anticoncepción moderna posaborto en mujeres atendidas en un hospital público. *Ginecol Obstet Méx.* 2024;41–51.
22. Kestler E, Morales E, González M. Atención post aborto en el primer nivel de referencia de salud en Guatemala. *Rev Médica Col Méd Cir Guatem.* 2019;158(1):17–22. doi:10.36109/rmg.v158i1.115
23. Causes and consequences of contraceptive discontinuation [Internet]. [citado el 21 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241504058>
24. Karp C, Wood SN, Guiella G, Gichangi P, Bell SO, Anglewicz P, et al. Contraceptive dynamics during COVID-19 in sub-Saharan Africa: longitudinal evidence from Burkina Faso and Kenya. *BMJ Sex Reprod Health.* 2021;47(4):252–60. doi:10.1136/bmjsex-2020-200944
25. Hasstedt K, Sonfield A, Gold RB. Public Funding for Family Planning and Abortion Services, FY 1980–2015. 2017 [citado el 21 de abril de 2025]; Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/public-funding-family-planning-abortion-services-fy-1980-2015>
-

CORRESPONDENCIA:

Karem Beatriz Blas Ortiz
Dirección: Psj. Berlin Mz. A Lte. 3, Huachipa, Lurigancho,
Lima, Perú.
Teléfono: (+51) 933 953 181.
Correo electrónico: karembblasortiz@gmail.com

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA VIRTUAL ASOCIADA A RESULTADOS MATERNO PERINATALES EN HOSPITAL AURELIO DÍAZ UFANO, 2021

VIRTUAL OBSTETRIC PSYCHOPROPHYLAXIS ASSOCIATED WITH MATERNAL PERINATAL OUTCOMES AT AURELIO DÍAZ UFANO HOSPITAL, 2021

Lizbeth Rossemery Cupe Medina^{1, a} , Mirian Teresa Solís Rojas^{1, a, b} , María del Pilar Tamayo Ortega^{2, a} 

RESUMEN

Introducción. La psicoprofilaxis obstétrica virtual optimiza el cuidado prenatal al mejorar la salud materna y neonatal. **Objetivos.** Evaluar la psicoprofilaxis obstétrica virtual y su asociación con resultados materno perinatales. **Métodos.** Estudio observacional, descriptivo y correlacional realizado en el Hospital EsSalud Aurelio Díaz Ufano (Lima, Perú) entre setiembre 2020 y setiembre 2021. Se incluyeron 132 gestantes nulíparas sin antecedentes mórbidos, distribuidas en dos grupos: 66 con psicoprofilaxis obstétrica virtual y 66 sin esta intervención. Se utilizó muestreo no probabilístico por conveniencia. Se recolectaron datos de historias clínicas y libros de sala de partos. Se empleó el software SPSS v22 para el análisis estadístico, aplicando pruebas chi-cuadrado y de Fisher, considerando significancia estadística con $p < 0,05$. Las variables analizadas incluyeron características sociodemográficas, obstétricas, resultados del parto y parámetros neonatales. **Resultados.** Las gestantes con psicoprofilaxis presentaron mayor frecuencia de parto espontáneo (94,0 %), menor uso de fármacos (6,0 %), menor tasa de desgarros (18,0 %) y fase activa prolongada (18,0 %). En los recién nacidos, se observó mejor peso (94,0 % entre 2 500 y 3 999 g), APGAR normal (100 %), mayor contacto piel a piel (94,0 %), clameo tardío (92,0 %) e inicio precoz de lactancia materna (92,0 %). Se encontraron asociaciones significativas entre la psicoprofilaxis virtual y los resultados materno perinatales ($p < 0,05$). **Conclusión.** La psicoprofilaxis obstétrica virtual se asocia a mejores resultados materno perinatales, representando una alternativa eficaz para gestantes sin acceso a programas presenciales.

Palabras clave: Trabajo de parto, educación prenatal, embarazo, recién nacido (fuente: DeCS- Bireme).

ABSTRACT

Introduction. Virtual obstetric psychoprophylaxis enhances prenatal care by improving maternal and neonatal health outcomes. **Objectives.** To evaluate virtual obstetric psychoprophylaxis and its association with maternal and perinatal outcomes. **Methods.** An observational, descriptive, and correlational study was conducted at the EsSalud Aurelio Díaz Ufano Hospital (Lima, Peru) from September 2020 to September 2021. A total of 132 nulliparous pregnant women without comorbidities were included, divided into two groups: 66 who received virtual psychoprophylaxis and 66 who did not. Non-probabilistic convenience sampling was applied. Data were collected from electronic medical records and labor ward logs. Statistical analysis was performed using SPSS v22, employing Pearson's chi-square and Fisher's exact test, with statistical significance set at $p < 0.05$. Variables included sociodemographic and obstetric characteristics, labor outcomes, and neonatal parameters. **Results.** Women receiving virtual psychoprophylaxis showed a higher rate of spontaneous labor onset (94.0%), lower use of pharmacologic interventions (6.0%), reduced perineal tears (18.0%), and less prolonged active labor (18.0%). Among newborns, 94.0% had a birth weight between 2 500 and 3 999 g, 100% had normal APGAR scores, 94.0% experienced early skin-to-skin contact, 92.0% underwent delayed umbilical cord clamping, and 92.0% initiated early breastfeeding. A statistically significant association was found between virtual psychoprophylaxis and improved maternal-perinatal outcomes ($p < 0.05$). **Conclusion.** Virtual obstetric psychoprophylaxis is associated with better maternal and perinatal outcomes and represents an effective alternative for pregnant women without access to in-person education programs.

Key words: Obstetric Labor, Prenatal Education, Pregnancy, Newborn (Source: MeSH-NLM).

INTRODUCCIÓN

La psicoprofilaxis obstétrica constituye una intervención clave en el cuidado prenatal, ya que promueve la salud física y emocional materna, con efectos positivos en el recién nacido⁽¹⁾. Durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), los servicios de salud adoptaron estrategias virtuales, entre ellas programas

de psicoprofilaxis obstétrica en diversas instituciones. Aunque sus beneficios están documentados, persiste incertidumbre respecto a la efectividad de su modalidad virtual, especialmente en relación con los resultados materno-perinatales⁽¹⁾.

A nivel internacional, en países como el Reino Unido y Estados Unidos, se ha reportado que la psicoprofilaxis

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

² Hospital EsSalud Aurelio Díaz Ufano, Lima, Perú.

^a Obstetra.

^b Doctora en Salud Pública

Citar como: Cupe Medina L, Solís Rojas M, Tamayo Ortega M. Psicoprofilaxis obstétrica virtual asociada a resultados materno perinatales en Hospital Aurelio Díaz Ufano, 2021. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 63-69. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025460>

obstétrica reduce hasta en un 25,0% la necesidad de intervenciones médicas durante el parto y disminuye en un 40,0% la ansiedad materna⁽²⁾. Sin embargo, con la digitalización de los servicios de salud, surgieron discrepancias respecto a la efectividad de los programas virtuales frente a los presenciales⁽³⁾. Algunos estudios muestran que el 70,0% de las mujeres que participaron en psicoprofilaxis virtual obtuvieron resultados similares a los de la modalidad presencial, mientras que el 30,0% restante presentó mayores tasas de complicaciones obstétricas⁽⁴⁾. Estas diferencias evidencian la necesidad de realizar estudios específicos sobre los efectos de la virtualización en distintos contextos hospitalarios.

En América Latina, la mortalidad materna y neonatal continúa siendo un desafío, con aproximadamente 88 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos⁽⁵⁾. Países como Brasil y México han implementado programas de salud digital dirigidos a mujeres embarazadas, con resultados mixtos⁽⁶⁾. En Brasil, el 60,0% de las mujeres que participaron en psicoprofilaxis virtual reportaron un mejor control del dolor y una menor ansiedad, mientras que el 40,0% experimentó dificultades relacionadas con problemas de conexión a Internet y la falta de interacción con el personal de salud⁽⁷⁾. Estas barreras tecnológicas y sociales pueden influir en los resultados perinatales, por lo que resulta crucial adaptar los programas a cada contexto. En el Perú, la mortalidad materna continúa siendo una preocupación, con un promedio de 68 muertes por cada 100 000 nacidos vivos⁽⁸⁾. La pandemia aceleró la digitalización de los servicios de salud, incluida la psicoprofilaxis obstétrica, aunque su implementación ha sido desigual⁽⁹⁾. Los hospitales urbanos han reportado mejores resultados que los rurales, donde el acceso a Internet es limitado⁽¹⁰⁾. Además, solo el 45,0% de las mujeres que participaron en psicoprofilaxis virtual manifestaron sentirse preparadas para el parto⁽¹¹⁾.

Desde septiembre de 2020, el Hospital EsSalud Aurelio Díaz Ufano (HADU) incorporó la psicoprofilaxis obstétrica virtual mediante el uso de la plataforma de videoconferencias Zoom. Se ofrecieron seis sesiones de una hora y media, cuya frecuencia se ajustó según la edad gestacional de las pacientes. En este contexto, la psicoprofilaxis obstétrica virtual se presenta como una alternativa necesaria en tiempos de transformación digital, especialmente durante crisis sanitarias como la pandemia de COVID-19⁽¹²⁾. No obstante, su efectividad frente a la modalidad presencial sigue siendo un área clave de investigación, en particular debido a su impacto en los resultados materno-perinatales. En el HADU, resulta fundamental generar evidencia científica que oriente las políticas de salud para optimizar la implementación de estos programas⁽¹³⁾.

En este marco, se examinó una cohorte de gestantes que dieron a luz en el HADU entre septiembre de 2020 y septiembre de 2021.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y área de estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y correlacional con el objetivo de evaluar la Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual y su relación con los resultados materno-perinatales. El estudio se llevó a cabo en el HADU, en Lima, Perú, entre septiembre de 2020 y septiembre de 2021.

Población y muestra

La población estuvo conformada por gestantes atendidas en el HADU que participaron en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual durante el periodo de estudio. Se incluyeron gestantes nulíparas sin antecedentes de morbilidad, con edades entre 18 y 35 años, parto vaginal y un mínimo de seis controles prenatales. Se excluyeron las gestantes con trastornos de salud mental o historias clínicas incompletas. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyó el total de gestantes con preparación psicoprofiláctica virtual (n=66) y se comparó en una relación 1:1 con 66 gestantes que no participaron en dicho programa.

Variables e instrumentos

La variable independiente fue la Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual. Las variables dependientes incluyeron resultados sociodemográficos, obstétricos, maternos y neonatales. La recolección de los datos se realizó a partir de registros secundarios obtenidos de las historias clínicas electrónicas y del libro de sala de partos. La validez del instrumento fue determinada por juicio de expertos. Los datos fueron organizados y tabulados mediante Microsoft Excel 2016.

Procedimientos

La información fue extraída retrospectivamente de las fuentes institucionales, siguiendo criterios de elegibilidad previamente establecidos. La recopilación y sistematización de datos se llevó a cabo respetando los lineamientos del protocolo de investigación aprobado.

Análisis estadístico

El procesamiento y análisis estadístico se efectuó utilizando el software SPSS versión 22 para Windows. Se emplearon estadísticas descriptivas para las variables categóricas y numéricas, expresadas en frecuencias absolutas y relativas. Para comparar los resultados entre los grupos con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual, se utilizó la prueba de chi-cuadrado bajo la hipótesis de homogeneidad, considerando un valor de $p < 0,05$ como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Se garantizó la confidencialidad y el anonimato de las participantes. Los datos fueron utilizados exclusivamente con fines de investigación. Este estudio cumplió con

los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 132 gestantes atendidas en el HADU durante el año 2021. El 97,0% de las participantes tenía entre 20 y 35 años, mientras que el 3,0% tenía entre 18 y 19 años. En cuanto al estado civil, el 84,1% eran convivientes, el 9,8% casadas y el 6,1% solteras. Respecto al grado de instrucción, el 32,6% había completado la secundaria, el 28,0% contaba

con formación técnica superior completa, el 20,4% con estudios universitarios incompletos, el 15,2% con formación universitaria completa y el 3,8% tenía estudios técnicos incompletos. Un 62,1% de las gestantes no recibió controles prenatales, frente a un 37,9% que sí los recibió. En relación con la Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual, el 73,0% de las participantes inició las sesiones en el segundo trimestre de gestación, el 18,0% en el tercero y el 9,0% en el primero. Al momento del parto, el 59,1% tenía entre 37 y 39 semanas de edad gestacional, y el 40,9% tenía 40 semanas o más (Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos y obstétricos de las gestantes del Hospital Aurelio Díaz Ufano, 2021.

VARIABLES (n =132)	N	%
Edad		
De 18 a 19	4	3,0%
De 20 a 35	128	97,0%
Estado civil		
Soltera	8	6,1%
Casada	13	9,8%
Conviviente	111	84,1%
Grado de instrucción		
Secundaria Completo	43	32,6%
Superior Técnico Incompleto	5	3,8%
Superior Técnico Completo	37	28,0%
Superior Universitario Incompleto	20	15,2%
Superior Universitario Incompleto	27	20,4%
Atenciones prenatales		
Controladas	50	37,9%
No controladas	82	62,1%
Edad gestacional al inicio de la Psicoprofilaxis virtual		
Primer trimestre 0-12	16	9,0%
Segundo trimestre 13-28	48	73,0%
Tercer trimestre 29-40	12	18,0%
Edad gestacional del parto		
37 a 39 semanas	78	59,1%
40 a mas	54	40,9%

En cuanto a las características del trabajo de parto, se observó que el 94,0% de las gestantes que participaron en la Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual presentó un inicio espontáneo del trabajo de parto, mientras que en el grupo que no participó este porcentaje fue del 62,0% (valor de $p < 0,001$). La episiotomía fue realizada en el 79,0% de las gestantes participantes, frente al 94,0% del grupo no participante (valor de $p = 0,011$). En cuanto a los desgarros, el 82,0% de las gestantes participantes no presentó desgarros, mientras que solo el 55,0% de las gestantes no participantes estuvo en esa condición (valor

de $p = 0,009$). La fase activa prolongada se observó en el 18,0% de las participantes frente al 36,0% de las no participantes (valor de $p = 0,019$). En la fase expulsiva, no hubo diferencias significativas entre ambos grupos (valor de $p = 0,315$). Respecto al uso de fármacos, el 94,0% de las participantes no utilizó medicamentos durante el parto, en comparación con el 62,0% del grupo no participante (valor de $p < 0,001$). En relación con la dilatación al ingreso, no se observaron diferencias estadísticamente significativas (valor de $p = 0,425$), siendo los valores más frecuentes de seis y cinco centímetros en ambos grupos. (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de las características maternas según la participación en la Psicoprofilaxis virtual del Hospital Aurelio Díaz Ufano, 2021.

Parámetro	Gestantes participantes de Psicoprofilaxis virtual		Gestantes no participantes de Psicoprofilaxis virtual		P valor
	n	%	n	%	
Modalidad de inicio del trabajo de parto					<0,001
Espontáneo	62	94,0%	41	62,0%	
Inducido	4	6,0%	25	38,0%	
Episiotomía					0,011
No	14	21,0%	4	6,0%	
Sí	52	79,0%	62	94,0%	
Desgarro					0,009
Sin desgarro	54	82,0%	36	55,0%	
Desgarro 1er grado	11	17,0%	26	39,0%	
Desgarro 2do grado	1	2,0%	3	4,5%	
Desgarro 3er grado	0	0,0%	0	0,0%	
Desgarro 4to grado	0	0,0%	1	1,5%	
Fase activa prolongada					0,019
No	54	82,0%	42	64,0%	
Sí	12	18,0%	24	36,0%	
Fase expulsiva prolongada					0,315
No	66	100%	65	98,5%	
Sí	0	0,0%	1	1,5%	
Uso de fármacos					<0,001
No	62	94,0%	41	62,0%	
Sí	4	6,0%	25	38,0%	
Dilatación al ingreso					0,425
4cm	16	24,0%	15	23,0%	
5cm	18	27,0%	16	24,0%	
6cm	19	29,0%	14	21,0%	
7cm	13	20,0%	21	32,0%	
Total	66	100%	66	100%	

Respecto a los resultados neonatales, el 94,0 % de los recién nacidos del grupo de gestantes participantes tuvo un peso entre 2 500 y 3 999 gramos, frente al 92,0 % en el grupo no participante (valor de $p=0,014$). La talla neonatal entre 48 y 52 cm se observó en el 97,0 % de los recién nacidos de gestantes participantes y en el 94,0 % de los no participantes (valor de $p=0,223$). Todos los recién nacidos de las gestantes participantes presentaron un puntaje APGAR normal, mientras que en el grupo no participante un 1,5 % tuvo depresión moderada (valor de $p=0,315$). En

cuanto al contacto precoz piel a piel, este se logró en el 94,0 % de los recién nacidos de gestantes participantes, frente al 76,0 % del grupo no participante (valor de $p=0,004$). El clampeo tardío del cordón umbilical se realizó en el 92,0 % de los recién nacidos del grupo participante y en el 77,0 % del grupo no participante (valor de $p=0,015$). Por último, el inicio precoz de la lactancia materna se logró en el 92,0 % del grupo de gestantes participantes, mientras que en el grupo no participante este porcentaje fue del 79,0 % (valor de $p=0,026$) (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de las características neonatales según la participación en la Psicoprofilaxis virtual del Hospital Aurelio Díaz Ufano, 2021

Parámetro	Gestantes participantes de Psicoprofilaxis virtual		Gestantes no participantes de Psicoprofilaxis virtual		P valor
	n	%	n	%	
Peso del recién nacido					0,014
Esponáneo	0	0,0%	3	5,0%	
Inducido	62	94,0%	61	92,0%	
4 000 gr a más	4	6,0%	2	3,0%	
Talla del recién nacido					0,223
< de 48 cm	1	1,5%	3	4,5%	
48 a 52 cm	64	97,0%	62	94,0%	
52cm a más	1	1,5%	1	1,5%	
APGAR					0,315
Normal (7 a 10)	66	100%	65	1,5%	
Depresión moderada (4 a 6)	0	0,0%	1	98,5%	
Contacto precoz					0,004
No	4	6,0%	16	24,0%	
Sí	62	94,0%	50	76,0%	
Clampeo retardado del cordón umbilical					0,015
No	5	8,0%	15	23,0%	
Sí	61	92,0%	51	77,0%	
Uso de fármacos					<0,001
No	62	94,0%	41	62,0%	
Sí	4	6,0%	25	38,0%	
Inicio precoz de lactancia materna					0,026
No	5	8,0%	14	21,0%	
Sí	61	9,0%	52	79,0%	
Total	66	100%	66	100%	

DISCUSIÓN

La psicoprofilaxis obstétrica virtual, implementada en seis sesiones conforme a las directrices de la guía técnica vigente⁽¹⁴⁾, demostró ser eficaz al asociarse con resultados materno-perinatales favorables. Este número de sesiones ha sido respaldado por estudios previos como los de Basilio M.⁽¹⁵⁾, Narea V. et al.⁽¹⁶⁾, Idrugo L. et al.⁽¹⁷⁾, Alvarado B. et al.⁽¹⁸⁾ y Ávalos C. et al.⁽¹⁹⁾, quienes señalaron que un mayor número de sesiones se relaciona con una mejor preparación para el parto, así como con mejores resultados tanto maternos como neonatales. La implementación estructurada del programa virtual permite mejorar el acceso a educación prenatal de

calidad, fortaleciendo la preparación física y emocional de las gestantes y favoreciendo una experiencia de parto más satisfactoria y con menor intervención médica, como lo reflejan los hallazgos de este estudio.

Los datos sociodemográficos y obstétricos coinciden parcialmente con los reportados por Basilio M.⁽¹⁵⁾, quien identificó una edad promedio de 28 años, predominancia de gestantes convivientes y un nivel educativo mayoritario de secundaria completa. No obstante, se observaron diferencias en cuanto al trimestre de inicio de la psicoprofilaxis obstétrica virtual y en la cantidad de controles prenatales, lo que destaca la importancia de adaptar las estrategias educativas a las particularidades

de cada población gestante para mejorar su adherencia y efectividad.

En el ámbito materno, la Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual favoreció una mayor conciencia sobre los signos de alarma durante el embarazo, lo cual permitió un acceso más oportuno a los servicios de salud. Esto se reflejó en una menor frecuencia de complicaciones como el uso de fármacos y la ocurrencia de desgarros, hallazgos que concuerdan con lo descrito por Narea V. et al.⁽¹⁶⁾, quienes encontraron mejores desenlaces en gestantes con educación prenatal. Esta evidencia refuerza la capacidad formativa del formato virtual para promover decisiones informadas durante el trabajo de parto.

En relación con la episiotomía y las lesiones vulvoperineales, los resultados de este estudio coinciden con los de Martínez J. et al.⁽²⁰⁾ y Muñoz R. et al.⁽²¹⁾, quienes, al estudiar la psicoprofilaxis presencial, observaron una menor prevalencia de desgarros en gestantes con preparación psicoprofiláctica. Estos beneficios pueden atribuirse al aprendizaje de técnicas de pujo controlado y a ejercicios de acondicionamiento perineal que promueven una respuesta fisiológica más eficiente durante el parto.

Asimismo, la menor frecuencia de fases activa y expulsiva prolongadas en el grupo con Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual se asemeja a los hallazgos de Bonilla D. et al.⁽²²⁾ y Martínez J. et al.⁽²⁰⁾, quienes resaltaron el valor de las técnicas de respiración y relajación en el manejo del dolor y la eficacia de las contracciones uterinas. El hecho de que una proporción relevante de gestantes con psicoprofilaxis ingresara con una dilatación de 6 cm también es indicativo de un mayor reconocimiento del inicio del trabajo de parto, tal como lo reportaron Solís H. et al.⁽²³⁾ y Narea V. et al.⁽¹⁶⁾. Sugiriendo que la psicoprofilaxis, aun en modalidad virtual, fomenta una vivencia más autónoma y consciente del proceso de parto.

En cuanto a los desenlaces perinatales, este estudio evidenció que la participación en psicoprofilaxis virtual se asoció con mejores prácticas del cuidado inmediato del recién nacido, como el contacto precoz piel a piel, el clampo tardío del cordón umbilical y el inicio temprano de la lactancia materna. Si bien las puntuaciones APGAR fueron normales en ambos grupos, estas prácticas reflejan una atención más centrada en el binomio madre-hijo. Estos resultados coinciden con los de Borges L. et al.⁽²⁴⁾, Narea V. et al.⁽¹⁶⁾ y Martínez J. et al.⁽²⁰⁾, quienes subrayaron el impacto positivo de estas intervenciones en el marco de un parto humanizado. La incorporación de estos contenidos en la modalidad virtual no solo permitió su difusión, sino que también fortaleció el compromiso materno con el bienestar neonatal desde el nacimiento. Finalmente, la asociación observada entre la Psicoprofilaxis Obstétrica Virtual y los mejores resultados materno-perinatales respalda lo reportado por Meza L. et al.⁽²⁵⁾, quienes documentaron beneficios similares en

modelos mixtos de atención prenatal. En un contexto donde la digitalización de los servicios de salud se ha vuelto imperativa, estos hallazgos refuerzan el valor de las plataformas virtuales como una alternativa segura, eficaz y humanizada para la educación prenatal, contribuyendo a mantener la calidad del cuidado y a mejorar los desenlaces clínicos tanto para la madre como para el recién nacido.

CONCLUSIONES

La psicoprofilaxis obstétrica virtual mostró una asociación significativa con mejores resultados materno-perinatales en gestantes atendidas en el HADU entre setiembre 2020 y setiembre 2021 ($p < 0,05$). Se recomienda su implementación como alternativa para gestantes sin acceso a clases presenciales, así como el uso de mecanismos de seguimiento para asegurar la adherencia. Futuras investigaciones deben explorar las causas de deserción y estrategias para mejorar la participación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Erazo AMB, Lievano MLQ, Salazar YKP, Aguirre LFG. Estrategias educativas incluidas en la ruta de atención en salud materno perinatal (RIAMP) para disminuir la mortalidad materna en Colombia. *Interdiscip J Epidemiol Public Health*. 2022;5(1):e-7341. doi:10.18041/2665-427X/ijeph.1.7341.
2. Wennerström S, Dykes A-K. Parents who have received "psycho-prophylaxis training" during pregnancy and their experience of childbirth - An interview study highlighting the experiences of both parents. *J Reprod Infant Psychol*. 2021;39(4):408–21. doi:10.1080/02646838.2020.1761013.
3. Pariajulca Fernández IR, Jiménez Heredia DJ, Anco Huaynates PN, Barraza Carrillo KF. Obstetric psychoprophylaxis and duration of the active phase dilation period: A relational study. *HJOG*. 2024;23(4):253–257. doi:10.33574/hjog.0573.
4. Martínez Schulte A, Karchmer Krivitzky S. Obstetric psychoprophylaxis. The current reality. *Acta méd Grupo Ángeles*. 2021;19(3):361–367. Epub 04-Abr-2022. doi:10.18700/acta.2021.19.3.401.
5. La OPS y MSD lanzan proyecto para mejorar la salud materna en América Latina - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2024 [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/19-9-2024-ops-msd-lanzan-proyecto-para-mejorar-salud-materna-america-latina>
6. Díaz MM, Fonseca IG, Puig NMR, Pérez NL. Programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19. *Rev Ciencias Médicas*. 2020;24(6):1–8.
7. Laica SA, Ramos AJ, Jimenez HD. La psicoprofilaxis obstetrica y su importancia en el periodo gestacional. *Gaceta Médica Estudiantil*. 2024;5(2):e485–e485.

- doi:<https://revgacetaestudiantil.sld.cu/ark:/44464/gme.v5i2.485>
8. Casos de muerte materna se redujeron en 10 % a lo largo del año 2023 - Noticias - Ministerio de Salud - Plataforma del Estado Peruano [Internet]. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/891177-casos-de-muerte-materna-se-redujeron-en-10-a-lo-largo-del-año-2023>
 9. Minsa rumbo a la digitalización de sus servicios de salud [Internet]. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/sis/noticias/661330-minsa-rumbo-a-la-digitalizacion-de-sus-servicios-de-salud>
 10. Salazar RM. Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao. Universidad de San Martín de Porres – USMP [Internet]. 2015 [citado el 13 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/1460>
 11. Cárdenas GG. Programa de psicoprofilaxis obstétrica virtual y la actitud de la gestante adulta en pandemia durante el trabajo de parto en el Hospital EsSalud Tarapoto, 2020. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2023;8:S8–S8.
 12. Redacción EC. EsSalud destaca los cuidados prenatales y psicoprofilaxis en embarazadas. El Comercio [Internet]. 2020 [citado el 13 de marzo de 2025]; Disponible en: <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/essalud-destaca-los-cuidados-prenatales-y-psicoprofilaxis-en-embarazadas-nnpp-noticia/>
 13. Parra S, Orejuela DF, Galeano JD, Velez N. Efectos de un programa de psicoprofilaxis en actividad física para adolescentes y adultas jóvenes. Revista Digital: Actividad Física y Deporte. 2024;10(1):4.
 14. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal [Internet]. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/284796-guia-tecnica-para-la-psicoprofilaxis-obstetrica-y-estimulacion-prenatal>
 15. Basilio M. Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. Peruvian Journal of Health Care and Global Health. 2020;4(1):11–5.
 16. Narea V, Morales VN, Rodríguez K, Jiménez G, Castro MC. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el proceso del trabajo de parto, en gestantes atendidas en el Hospital Universitario. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación. 2020;4(32):72–80. doi:10.29018/issn.2588-1000vol4iss32.2020pp72-80
 17. Idrugo LK, Moreno ZR. Características materno-perinatales y conducta materna durante el trabajo de parto en gestantes con preparación psicoprofiláctica. Revista Internacional de Salud Materno Fetal. 2023; 8(3): o24-o30. doi:10.47784/rismf.2023.8.3.287.
 18. Alvarado BY, German MJ, Mora NL, Jiménez GK. Psicoprofilaxis obstétrica: características y beneficios. Journal of Science and Research, 9(CININGEC-). 2024; Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/3329>.
 19. Ávalos C, Ávalos M, Castro S, Yagual N. Paradigmas de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia. Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación. 2022; 6(46), 42–49. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss46.2022pp42-49>.
 20. Martínez JM, Delgado M. Contribución de la educación maternal a la salud maternoinfantil. Revisión bibliográfica. Matronas profesión. 2014;15(4):137–41.
 21. Muñoz RJ, Mendoza J, Jauregui JC, Toral EJ, Villanueva KY, Quispe R. Postpartum perineal tear and obstetric and sociodemographic variables in high Andean Peruvian women. Medisur. 2022;20(3):402–8.
 22. Bonilla DV, Oviedo JD, Del Campo ME. Análisis estadístico neutrosófico sobre la psicoprofilaxis obstétrica en la efectividad del parto de la gestante. Neutrosophic Computing and Machine Learning. ISSN 2574-1101, 26, 31-39. [Internet]. [citado el 13 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://fs.unm.edu/NCML2/index.php/112/article/view/301>
 23. Solís H, Morales S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Horiz Med [Internet]. 25 de junio de 2012 [citado 26 de marzo de 2025];12(2):49-52. doi:10.24265/horizmed.2012.v12n2.08
 24. Borges L, Sánchez R, Peñalver AG, González A, Sixto A. Obstetric psychoprophylaxis: an unavoidable path to achieving humanized childbirth in cuba. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2020;46(3):1–20.
 25. Meza L, Novoa RH, Torres J, Jáuregui V, Rodríguez N, Guevara E, et al. Implementación de un modelo mixto de atención prenatal, presencial y virtual durante la pandemia COVID-19, en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia [Internet]. 2021 [citado el 13 de marzo de 2025];67(2). doi:10.31403/rpgo.v67i2313

CORRESPONDENCIA

Lizbeth Rossemery Cupe Medina.
 Dirección: Av. Olavegoya 1918, Jesús María
 Teléfono: (+51) 930817748.
 Correo electrónico:liz_ros073@hotmail.com

MANEJO DEL PROLAPSO GENITAL CON PESARIO VAGINAL EN LA PAZ - BOLIVIA: SERIE DE CASOS

MANAGEMENT OF GENITAL PROLAPSE WITH VAGINAL PESSARY IN LA PAZ, BOLIVIA: CASE SERIES

Saúl J. Arratia^{1,a}, Willy G. Dávila^{2,a}, Fanny Calani^{3,b}

RESUMEN

Introducción. El prolapso de los órganos pélvicos es una afección comúnmente tratada por ginecólogos. Aunque el tratamiento quirúrgico se considera generalmente la opción principal, muchas mujeres prefieren comenzar con tratamientos conservadores o no son candidatas para procedimientos invasivos debido a diversas razones. **Presentación de casos.** Este artículo presenta 4 casos clínicos con el objetivo de ilustrar cómo el pesario vaginal puede ser una opción efectiva y de primera línea en el tratamiento del prolapso genital avanzado. **Conclusión.** En casos de prolapso avanzado o exteriorizado, el pesario vaginal es una opción ampliamente reconocida y recomendada. No obstante, su uso puede verse limitada en algunas regiones debido a la falta de acceso a este recurso o a la reticencia de ciertos ginecólogos a implementarlo.

Palabras clave: Informe de casos, Procedimiento Terapéutico, Prolapso de órganos pélvicos (POP), Ginecólogos, Mujeres, Pesarios. (Fuente: DeCS-BIREME)

ABSTRACT

Introduction. Pelvic organ prolapse is a condition commonly treated by gynecologists. Although surgical treatment is generally considered the primary option, many women prefer to start with conservative treatments or are not candidates for invasive procedures for various reasons. **Case Presentation.** This article presents 4 clinical cases with the aim of illustrating how the vaginal pessary can be an effective and first-line option in the treatment of advanced genital prolapse. **Conclusion.** In cases of advanced or exteriorized prolapse, the vaginal pessary is a widely recognized and recommended option. However, its use may be limited in some regions due to a lack of access to this resource or the reluctance of certain gynecologists to implement it.

Key words: Case Reports, Therapeutics, Pelvic Organ Prolapse, Gynecologists, Women, Pessaries (Source: MeSH-NLM)

INTRODUCCIÓN

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) es una condición prevalente que afecta la calidad de vida de las mujeres en diversas etapas de su vida^{1,2}. Además de la incomodidad provocada por la sensación de un bulto vaginal, las mujeres pueden experimentar incontinencia urinaria, disfunción defecatoria e infecciones recurrentes del tracto urinario asociadas. En mujeres que no desean someterse a una intervención quirúrgica, o en aquellas para quienes la cirugía no es recomendable debido a riesgos médicos, el uso de un pesario vaginal para reducir la sensación de bulto representa una opción muy valiosa³.

El uso del pesario vaginal para el manejo del prolapso genital se remonta a la antigüedad. Los pesarios

constituyen una opción de tratamiento no quirúrgico para reducir el POP, siendo una alternativa económica, segura y efectiva²⁻⁴.

El uso de estos dispositivos en Bolivia se inició como un proyecto aislado, debido a la falta de disponibilidad en el país y a la escasa difusión por parte de los especialistas.

Con el presente trabajo, queremos compartir nuestra experiencia al considerar el pesario vaginal como una alternativa valiosa para el tratamiento conservador del POP.

REPORTE DE CASOS

Este reporte comienza con la presentación de una serie de casos típicos en los que el uso del pesario ofrece

¹ Centro Privado de Uroginecología y Cirugía de Piso Pélvico, Bolivia.

² Holy Cross Health, Fort Lauderdale, Estados Unidos.

³ Hospital Obrero Número 1, Bolivia.

^a Uroginecólogo

^b Médica epidemióloga

Citar como: Arratia S., Dávila W., Calani F. Manejo del prolapso genital con pesario vaginal en La Paz - Bolivia: Serie de Casos en 2023. Rev Peru Investig Matern Perinat. 2025; 14(1): 63-69. DOI: <https://doi.org/10.33421/inmp.2025444>.

beneficios significativos. A continuación, se abordarán las variables clínicas relevantes a considerar al evaluar la utilización de un pesario.

Caso 1

Paciente de 36 años, casada, ama de casa, sin antecedentes clínicos relevantes. Desde hace 4 años, refiere incontinencia urinaria a medianos esfuerzos. Antecedentes gineco-obstétricos: 3 gestas y 3 partos (el último ocurrió hace 5 años, antes del embarazo actual) (Tabla 1).

A partir de la semana 24 de gestación, se observa protrusión del cuello uterino a través del hiato genital durante medianos esfuerzos. Se inició un tratamiento farmacológico conservador para contrarrestar las infecciones cérvico-vaginales de forma local, logrando buenos resultados. En la semana 30 de gestación, la paciente presenta un prolapso de estadio III C, según la clasificación POP-Q (Pelvic Organ Prolapse Quantification): Aa +1, Ba +1.5, C +2, gh 4, pb 1.5, tvl 10, Ap +1, Bp +1, D -6 (Tabla 1). Se indicó la inserción de pesario vaginal tipo "anillo" número 6, logrando la reducción del prolapso y una buena tolerancia al dispositivo. A la semana 38 se realizó operación cesárea por paridad satisfecha y gestante añosa. Se obtuvo un recién nacido en buenas condiciones, con peso de 3425 gramos. La paciente fue dada de alta a los 2 días, sin complicaciones (Tabla 1).

Se logró un adecuado control del embarazo, no se presentaron episodios de trabajo de parto pretérmino ni alteraciones en la gestación atribuibles al uso del pesario vaginal. Posteriormente a la cesárea, se observó una regresión del estadio del prolapso, acompañada de una disminución de los síntomas. Se recomendó fisioterapia de piso pélvico mientras se esperaba la conducta definitiva.

Caso 2

Paciente de 56 años, ama de casa, que reside en una localidad alejada de la ciudad. Sin antecedentes personales relevantes. Antecedentes gineco-obstétricos: 4 gestas y 4 partos (último en el año 2000). Papanicolaou: negativo para lesiones o malignidad intraepitelial (2021) (Tabla 1).

Presenta un cuadro clínico de 7 años de evolución, caracterizado por la sensación de un bulto en el canal vaginal, que se ha complicado con ulceraciones y sangrado vaginal debido al roce de la ropa interior en los 5 meses previos a la consulta. En el examen ginecológico, se evidencia mucosa vaginal atrófica y erosionada, con escaso flujo vaginal, así como un prolapso estadio III Ba, según la clasificación POP-Q: Aa +3, Ba +5, C +3, gh 4, pb 2, tvl 7, Ap -1, Bp -1, D -3. Se solicita cultivo de flujo vaginal reporta Vaginosis bacteriana que remite a tratamiento con metronidazol.

La paciente rechaza el tratamiento quirúrgico por razones personales, optando por un tratamiento no quirúrgico mediante la inserción de un pesario vaginal tipo "anillo" número 4, previo tratamiento del epitelio vaginal con estrógeno tópico (Tabla 1). La paciente presenta buena tolerancia al dispositivo y se programan controles semanales durante el primer mes, seguidos de revisiones cada dos meses para el cuidado del pesario y la evaluación de la mucosa vaginal, sin evidencia de ulceraciones ni sangrado. Tras 2 años de seguimiento, no se reportan complicaciones. La paciente ha aprendido a realizar un adecuado autocuidado del pesario.

Caso 3

Paciente de 80 años, viuda, jubilada. Presenta antecedentes de apendicectomía y colecistectomía. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos: 6 gestas, 1 aborto, 3 partos (el último en 1976, con producto macroscópico) y 2 cesáreas (la última en 1982). El Papanicolaou fue negativo para lesiones o malignidad intraepitelial en 2020 (Tabla 1).

Desde el año 2007, la paciente refiere una sensación de bulto saliendo por la vagina, la cual fue progresando hasta llegar a un prolapso total en 2019, acompañado de úlceras en el tejido vaginal que sangraban al rozar con la ropa interior. Fue tratada con estrógenos conjugados de forma tópica, en 2020 se sometió a una histerectomía abdominal como tratamiento para el prolapso uterino (Tabla 1).

El año 2021, la paciente llega a nuestra consulta refiriendo una sensación de bulto en el canal vaginal y la recidiva del cuadro clínico. Se evidencia un epitelio vaginal atrófico con una pequeña área de ulceración y prolapso de cúpula estadio IV C, según la clasificación POP-Q: Aa +3, Ba +4, C +8, gh 5, pb 4, tvl 8, Ap -1, Bp +2, D +2 (Figura 1A). Se solicitó una ecografía ginecológica, la cual reportó normalidad en relación con la edad y los antecedentes quirúrgicos, descartando la presencia de tumores y quistes. Se propuso un tratamiento quirúrgico, el cual fue rechazado por la paciente por razones personales. En su lugar, se planteó la inserción de un pesario vaginal tipo "anillo" número 6 como tratamiento para sostener los tejidos debilitados, junto con la aplicación tópica de estrógenos. La paciente mostró una evolución favorable, con reducción del prolapso y buena tolerancia al dispositivo (Figura 1B).

Se realizó un seguimiento del caso durante 2 años, orientando a la paciente sobre la inserción y el retiro autónomo del pesario, durante el seguimiento, no se observaron ulceraciones ni erosiones en el canal vaginal. La paciente presentó flujo vaginal por *Candida* spp. en dos ocasiones, que respondió favorablemente al tratamiento con antimicóticos.



A. Prolapso de cúpula estadio IV C con infección micótica evidente. B. Evolución de la paciente mostrando reducción del prolapso y tolerancia al pesario vaginal tipo “anillo” número 6.

Figura 1. Protrusión del cuello uterino durante la primera evaluación y posterior a la colocación del pesario vaginal tipo “anillo” número 6 en paciente adulta mayor.



A. Prolapso de cúpula estadio IV C. B. Evolución de la paciente mostrando reducción del prolapso posterior a la inserción del pesario vaginal tipo “anillo con membrana” número 5.

Figura 2. Protrusión del cuello uterino durante la primera evaluación y posterior a la colocación del pesario vaginal tipo “anillo” número 5 en paciente adulta mayor.

Caso 4

Paciente de 75 años de edad, viuda y de ocupación ama de casa. Con antecedentes de arritmia cardiaca e hipertensión arterial sistémica en tratamiento. En cuanto a los antecedentes gineco-obstétricos: 4 gestas y 4 partos. El Papanicolaou realizado en 2021

fue negativo para lesiones o malignidad intraepitelial. La paciente refiere una sensación de bulto saliendo por la vagina desde hace cinco años, la cual ha progresado hasta alcanzar un prolapso total en 2020, acompañado de sangrado debido a úlceras en el tejido vaginal (Tabla 1).

Tabla 1. Cronología de los eventos clínicos relevantes en los casos de prolapso genital tratados con pesario vaginal.

Caso	Temporalidad	Evento Clínico Principal
Caso 1 (36 años, embarazada)	4 años previo al manejo con pesario vaginal	Inicio de incontinencia urinaria de esfuerzo
	Semana 24 de gestación	Prolapso uterino visible durante esfuerzos
	Semana 30 de gestación	Diagnóstico de POP estadio III C; colocación de pesario anillo N°6
	Semana 38 de gestación	Cesárea sin complicaciones; buena evolución
	Postparto inmediato	Reducción del prolapso; fisioterapia pélvica recomendada
Caso 2 (56 años, zona rural)	7 años previo al manejo con pesario vaginal	Inicio de síntomas de bulto vaginal
	Hace 5 meses previo al manejo con pesario vaginal	Ulceración y sangrado por roce con ropa interior
	2021	Diagnóstico de POP estadio III Ba; tratamiento con metronidazol
	Posterior al tratamiento	Inserción de pesario anillo N°4 con preparación estrogénica
	Primer mes	Controles semanales y evaluación de mucosa
Mes 2 al año 2	Revisiones bimestrales; evolución sin complicaciones	
Caso 3 (80 años, viuda)	2007	Inicio de sensación de bulto vaginal
	2019	Prolapso total; sangrado por úlceras
	2020	Histerectomía abdominal
	2021	Recidiva con POP estadio IV C; rechazo a cirugía
	2021	Inserción de pesario anillo N°6 y aplicación de estrógenos
	2021–2023	Seguimiento de 2 años; educación en autocuidado; 2 episodios de candidiasis
Caso 4 (75 años, viuda)	5 años previo al manejo con pesario vaginal	Inicio de sensación de bulto vaginal
	2020	Prolapso total con sangrado
	2021	Diagnóstico de POP estadio IV C; estabilización cardiovascular
	2021	Inserción de pesario anillo con membrana N°5 y estrógenos tópicos
	2021–2023	Seguimiento de 2 años; autocuidado; mejoría sintomática

En el examen ginecológico se observa epitelio vaginal atrófico, con prolapso estadio IV C (Figura 2A), según la clasificación POP-Q: Aa +3, Ba +5, C +9, gh 4, pb 3, tvl 8, Ap -1, Bp +7, D +7. Se propone tratamiento quirúrgico posterior a la estabilización y pase por parte del servicio de Cardiología. De manera temporal, se indica un tratamiento no quirúrgico mediante la inserción de un pesario vaginal tipo "anillo con membrana" número 5 (Figura 2B), previa administración tópica de estrógenos para mejorar el epitelio vaginal (Tabla 1).

La paciente presentó una evolución favorable, con reducción del prolapso y buena tolerancia al dispositivo. Durante 2 años de seguimiento, se observó la aparición de flujo vaginal no patológico al inicio del uso del pesario, el cual disminuyó con el adecuado autocuidado e higiene. Actualmente, la paciente refiere una mejora en su calidad de vida, aunque aún no ha definido una fecha para el tratamiento quirúrgico propuesto.

DISCUSIÓN

El POP avanzado es un problema que afecta aproximadamente al 11% de las mujeres y su calidad de vida. La prevalencia exacta es difícil de determinar; con frecuencia se menciona que alrededor del 50% de todas las mujeres desarrollarán POP a lo largo de su vida, en parte debido al aumento de la esperanza de vida^{5,6}.

En Latinoamérica, y particularmente en Bolivia, no se disponen de datos precisos sobre la prevalencia e

incidencia del POP. Se han encontrado estudios aislados en centros particulares⁷.

El POP durante el embarazo es una alteración poco común que puede ocasionar complicaciones tanto maternas como fetales. El tratamiento con pesario vaginal reduce los síntomas y no se asocia con complicaciones severas^{8,9}.

El manejo del POP sintomático con pesarios en mujeres mayores es efectivo y seguro, constituyendo una alternativa para aquellas que no pueden o no desean someterse a una cirugía pélvica reconstructiva^{10,11}. Además, los pesarios continúan siendo un método útil para tratar el POP en pacientes que se han sometido a una histerectomía previa.

Se observa una menor tasa de éxito cuando la profundidad/ longitud vaginal total (TVL) es reducida (es decir, menor a 7 cm)¹².

Los efectos adversos más comúnmente reportados fueron el aumento del flujo vaginal y prurito vaginal, los cuales remitieron con tratamiento específico y la aplicación de estrógeno local¹³. Se recomienda que las mujeres que utilizan pesarios vaginales durante períodos prolongados empleen un lubricante vaginal o, preferentemente, crema de estrógeno local, como estradiol o Premarin (1 g intravaginal dos noches por semana).

La paciente debe retirar el pesario regularmente para lavarlo y permitir el descanso de la mucosa vaginal. Idealmente, la paciente realizará el autocuidado y la



Figura 3. Kit de prueba ("fitting kit") de pesarios para el manejo del prolapso genital femenino utilizado en evaluación clínica en mujeres en Bolivia.

administración de estrógeno dos noches por semana. Si la paciente no es capaz de llevar a cabo el autocuidado, deberá visitar a su ginecólogo para la limpieza del pesario cada tres meses.

A diferencia de los países vecinos, en Bolivia se ha incorporado recientemente el uso del pesario vaginal como tratamiento conservador para el POP. El primer tipo de pesario en llegar al país fue el "anillo", seguido posteriormente por otros modelos.

Existen varios tipos de pesarios. En países con fabricantes de pesarios, se dispone de diferentes tipos y tamaños en un "fitting kit" junto con una guía que facilita la identificación del pesario más adecuado para cada paciente (Figura 5). Los pesarios más utilizados para el POP son el anillo con soporte y el Gelhorn, debido a su eficacia en prolapsos más avanzados. Los pesarios que requieren mayor atención para prevenir complicaciones son el donut y el cubo, debido al trauma directo que pueden causar a la mucosa vaginal durante la inserción y la extracción.

En tres de las cuatro pacientes, las edades se encuentran dentro del rango establecido de mayor prevalencia de POP. Las cuatro pacientes presentan antecedentes de multiparidad. Ninguna de las pacientes presentó complicaciones graves relacionadas con el uso de pesarios. La preparación de la mucosa vaginal con antibióticos y estrógeno de forma local es fundamental antes de iniciar el uso de un pesario.

Los pesarios también pueden emplearse en casos de prolapso recurrente. Se ha reconocido que el éxito de una cirugía secundaria para el prolapso recurrente está asociado con una tasa de éxito reducida. En este sentido, el uso de un pesario puede representar una opción muy atractiva para las mujeres.

Los médicos podemos utilizar los pesarios como tratamiento de primera línea; sin embargo, se desconoce el uso clínico actual de esta alternativa en nuestro medio por parte de muchos profesionales involucrados en el manejo del POP^{14,15}.

CONCLUSIÓN

El uso del pesario vaginal presenta un alto nivel de satisfacción en el tratamiento, así como un impacto positivo en la mejora de los síntomas vaginales y en la calidad de vida de las pacientes.

El pesario vaginal puede contribuir a la continuidad del embarazo mediante el mismo mecanismo que un pesario cervical.

Los pesarios son un método útil para tratar el prolapso en mujeres que han sido sometidas a una histerectomía. Además, representan una alternativa terapéutica

adecuada para mujeres mayores que no pueden o no desean someterse a una cirugía pélvica reconstructiva.

Es importante que los médicos que atienden a pacientes con prolapso genital se sientan cómodos al utilizar este valioso tratamiento.

ASPECTOS ÉTICOS

La publicación de los presentes casos fueron autorizadas por las pacientes, quienes firmaron el consentimiento informado correspondiente con fines académicos; sin embargo, dos de ellas se negaron a ser fotografiadas.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliver R, Thakar R, Sultan AH. The history and usage of the vaginal pessary: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011;156(2):125–30. doi:10.1016/j.ejogrb.2010.12.039.
2. Lamers BH, Broekman BM, Milani AL. Pessary treatment for pelvic organ prolapse and health-related quality of life: a review. *Int Urogynecol J.* 2011;22(6):637–44. doi:10.1007/s00192-011-1390-7.
3. Harvey MA, Lemieux MC, Robert M, Schulz JA. Guideline No. 411: vaginal pessary use. *J Obstet Gynaecol Can.* 2021;43(2):255–66.e1. doi:10.1016/j.jogc.2020.11.013.
4. Zeiger BB, da Silva Carramão S, Del Roy CA, da Silva TT, Hwang SM, Auge APF. Vaginal pessary in advanced pelvic organ prolapse: impact on quality of life. *Int Urogynecol J.* 2022;33(7):2013–20. doi:10.1007/s00192-021-05002-7.
5. Weintraub AY, Gliner H, Marcus-Braun N. Narrative review of the epidemiology, diagnosis and pathophysiology of pelvic organ prolapse. *Int Braz J Urol.* 2020;46(1):5–14. doi:10.1590/S1677-5538.IBJU.2018.0581.
6. Barber MD, Maher C. Epidemiology and outcome assessment of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J.* 2013;24(11):1783–90. doi:10.1007/s00192-013-2169-9.
7. Valencia-Chión CF, De La Cruz JA, Correa-López LE, Arango-Ochante PM. Factores de riesgo asociados a prolapso genital de órganos pélvicos en pacientes atendidas en el hospital militar central durante el periodo de enero-diciembre 2018. *Rev Peru Investig Matern Perinat.* 2020;9(1):11–6. doi:10.33421/inmp.2020184.
8. Arango-Buitrago V, Restrepo-Moreno M, Echavarría-Restrepo LG, Gómez-Londoño M. Prolapso de órganos pélvicos durante el embarazo tratado con pesario. Reporte de dos casos. *Ginecol Obstet Mex.* 2016;84(9):601–6.

9. Matsuda Y, Tagawa M, Shirai Y, Hattori M, Matsumine M, Matsumine H. Vaginal pessary sharpens uterocervical angle in uterine prolapse during pregnancy: a case report. *J Obstet Gynaecol Res.* 2022;48(1):271–4. doi:10.1111/jog.15079.
10. Gold RS, Baruch Y, Amir H, Gordon D, Groutz A. A tailored flexible vaginal pessary treatment for pelvic organ prolapse in older women. *J Am Geriatr Soc.* 2021;69(9):2518–23. doi:10.1111/jgs.17223.
11. Barros CR, Bonassi Machado R, Camargo ACM, de Gollop TR. Tratamiento conservador de prolapso de órgano pélvico con pesario: revisión de literatura. *Rev Med.* 2018;97(2):154–9. doi:10.11606/issn.1679-9836.v97i2p154-159.
12. Ma C, Kang J, Xu T, Zhang Y, Ma Y, Liang S, et al. Vaginal pessary continuation in symptomatic pelvic organ prolapse patients with prior hysterectomy. *Menopause.* 2020;27(10):1148–54. doi:10.1097/GME.0000000000001633.
13. Ai F, Wang Y, Wang J, Zhou L, Wang S. Effect of estrogen on vaginal complications of pessary use: a systematic review and meta-analysis. *Climacteric.* 2022;25(6):533–42. doi:10.1080/13697137.2022.2079973.
14. Brown CA, Pradhan A, Pandeva I. Current trends in pessary management of vaginal prolapse: a multidisciplinary survey of UK practice. *Int Urogynecol J.* 2021;32(4):1015–22. doi:10.1007/s00192-020-04537-5.
15. Pizzoferrato AC, Nyangoh-Timoh K, Martin-Lasnel M, Fauvet R, de Tayrac R, Villot A. Vaginal pessary for pelvic organ prolapse: a French multidisciplinary survey. *J Womens Health (Larchmt).* 2022;31(6):870–7. doi:10.1089/jwh.2021.0229.

CORRESPONDENCIA

Saúl J. Arratia

Dirección: La Paz - Bolivia

Correo electrónico: sj.ariatia@gmail.com

REGLAMENTO DE PUBLICACIÓN

La Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal (Rev Per Inv Materno Perinatal) es el órgano oficial de difusión científica del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), Lima-Perú. Tiene como objetivo difundir la producción científica de la especialidad materno perinatal/neonatal y de salud sexual y reproductiva entre sus integrantes, profesionales nacionales e internacionales interesados y de especialidades afines. Su circulación es trimestral, se publica en los meses de marzo, junio, septiembre y diciembre. Para la presentación de trabajos, la revista recibe contribuciones inéditas de investigación básica, clínica y salud pública en obstetricia, ginecología, pediatría, neonatología, anestesiología obstétrica, psicología materno-perinatal y salud sexual y reproductiva enmarcada dentro de las áreas y líneas de investigación del INMP; las cuales son revisadas por pares a doble ciego y aprobadas por el Comité Editorial. Consta de las siguientes secciones: Editorial, artículos originales, originales breves, artículos de revisión, reporte de casos, cartas al editor, prácticas clínicas, guías de prácticas clínicas y recomendaciones.

Todos los derechos quedan reservados por el Instituto Nacional Materno Perinatal. Cualquier publicación, difusión o distribución de la información presentada queda autorizada siempre y cuando se cite la fuente de origen.

TIPOS DE TRABAJOS QUE SE RECIBEN

- a. Investigación básica, clínica, experimental y de salud pública en áreas como: obstetricia, ginecología, pediatría, neonatología, anestesiología obstétrica, reproducción humana, salud sexual y reproductiva, bioética en salud y áreas afines en salud.
- b. Reporte de casos clínicos extraordinarios que sean un aporte al conocimiento de Medicina fetal y materno perinatal/neonatal.
- c. Innovación tecnológica en temas maternos perinatal/neonatal; salud sexual y reproductiva; y salud en general.

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

I. NORMAS GENERALES

Los trabajos o artículos enviados a la revista deben observar las normas de presentación siguientes:

- Tratar temas relacionados con el área bio-médico-social.
- Ser originales e inéditos

- Ser presentados mediante una carta de presentación dirigida al editor de la RPIMP (ANEXO I).
- Los manuscritos serán evaluados y aceptados para su publicación a juicio del comité editorial, según su contenido, relevancia, originalidad, impacto y contribución científica del tema, siguiendo la política editorial de revisión por pares a doble ciego.

Proceso de envío:

- Los manuscritos deben ser enviados únicamente en formato electrónico mediante el sistema de gestión OJS (Open Journal System) de la revista [RPIMP]. Todos los formularios pueden ser descargados de la página web o ser solicitados al correo electrónico de la revista (revdeinvestigacion@iemp.gob.pe).
- Los manuscritos deben ser enviados junto con los documentos presentados a continuación: *Carta de presentación, la primera página informativa, formato de Declaración jurada de autoría y Conflictos de interés*. Disponible en ANEXO I y ANEXO II.

1. *Carta de presentación*: Dirigida al editor general de la revista. Se deberá indicar si el manuscrito es producto de una tesis; indicar si está disponible en línea y brindar su dirección URL.
 2. *La primera página informativa*: Debe contener el título del trabajo, conciso e informativo, los nombres de los autores en el orden que aparecerán en caso se publique el artículo (primero los nombres y luego los apellidos), filiación institucional de cada uno (con números en superíndice) y, por separado, su profesión y grado académico (con letras en superíndice), no incluir cargos laborales. El ORCID de cada autor, origen del apoyo recibido en forma de financiamiento, conflicto de interés e información del autor corresponsal (nombre, dirección postal -que puede ser particular o institucional- correo electrónico y número telefónico).
 3. *Declaración jurada de autoría y conflicto de interés*: Debidamente llenado y firmado por el autor corresponsal en señal de conformidad.
- El manuscrito original anónimo: Debe contener el título del manuscrito, title, resumen, abstract, palabras clave (y keywords), cuerpo del manuscrito,

referencias y tablas y figuras (las figuras también deben cargarse independientemente). No debe contener los nombres de los autores, sus filiaciones institucionales, ni la información del autor corresponsal.

- Para realizar el envío, se debe ingresar al vínculo <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/login>, registrarse como autor, cargar los archivos requeridos y diligenciar toda la información solicitada.
- Como parte del proceso de envío, los autores/as están obligados a comprobar que su envío cumpla todos los elementos que se muestran en la lista de comprobación: <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/about/submissions>. Se devolverán a los/as autores/as aquellos envíos que no cumplan las directrices para los autores/as.
- En caso tuviera dificultades para el envío mediante la plataforma OJS, puede contactarse al correo electrónico de la RPIMP revdeinvestigacion@iemp.gob.pe.

Proceso de revisión:

- La RPIMP se ajusta a estándares de ética en la publicación e investigación. En el caso de que sea detectada alguna falta contra la ética en la publicación durante el proceso de revisión o después de la publicación, la revista tomará las medidas correctivas necesarias basándose en las recomendaciones del Committee on Publication Ethics (<https://publicationethics.org/>). Las formas más frecuentes de faltas éticas en la publicación son: plagio, autoría honoraria o ficticia, manipulación de datos e intento de publicación redundante. Si los editores de la RPIMP descubren el plagio en un artículo enviado, este será rechazado.

- Los manuscritos que no sigan el formato estándar de la RPIMP serán devueltos de inmediato a sus autores. La revista también podrá negarse a publicar cualquier manuscrito cuyos autores no respondan satisfactoriamente a las consultas editoriales que se le hagan.
- Los detalles del proceso de revisión se pueden consultar en la sección de Proceso de Revisión OJS. En un máximo de 60 días hábiles, se comunicará si el trabajo o artículo fue aceptado y si es necesario realizar correcciones. Cuando la redacción del artículo que se presenta sea confusa o no cumpla las reglas gramaticales o de ortografía y sintaxis, se devolverá al autor o autores para su corrección.
- El autor corresponsal es la persona que asume la responsabilidad de comunicación con la RPIMP y, tiene el derecho de consultarnos en cualquier momento sobre los avances de la revisión de su artículo, para ello debe considerar los tiempos de revisión que le serán comunicados al recibir su artículo.
- Los autores deben atender las observaciones dadas por los revisores y editores tan rápido como sea posible; en caso se requiera mayor tiempo, se debe comunicar previamente al correo de la RPIMP. La revista también podrá negarse a publicar cualquier manuscrito cuyos autores no respondan las observaciones enviadas en un plazo de cuatro semanas.
- El comité editorial estará a cargo de la aceptación o el rechazo de un manuscrito, sobre la base de las recomendaciones de la revisión por pares.

II. NORMAS ESPECÍFICAS PARA CADA SECCIÓN:

- El número máximo de palabras (sin contar resumen, referencias, tablas y figuras), de tablas y/o figuras y de referencias bibliográficas se puede ver a

Tabla 1. Extensión del manuscrito

Sección	Máximo de palabras en Resumen	Máximo de palabras en Contenido	Máximo de Figuras y/o Tablas	Referencias
Editorial	-	1000	2	5
Artículos originales	250	3500	10	20-40
Originales breves	150	2500	6	10-25
Artículos de revisión	250	4000	10	30-70
Reportes de casos	150	2000	5	10-15
Cartas al editor	-	1000	2	5
Prácticas clínicas	250	4000	5	40-70
Guías de prácticas clínicas	250	7500	10	40-70
Recomendaciones	-	1000	2	5-10

continuación:El texto del cuerpo del artículo, debe estar redactado en el programa Microsoft Word, en letra Arial de 11 y espacio 1.5. No se admiten archivos comprimidos en ningún formato.

- En el caso de las abreviaturas, siglas y símbolos; su uso no debe ser excesivo. Las precederá su nombre completo o significado la primera vez que aparezcan en el texto. No figurarán en títulos ni resúmenes. Se emplearán las de uso internacional.
- Tablas:
 - Se enumerarán consecutivamente y en negrita (Ejemplo: Tabla 1, Tabla 2, etc.).
 - El título debe ser breve y descriptivo.
 - El encabezado de la tabla (fila 1) debe tener solo líneas horizontales para separarlo del cuerpo de la tabla.
 - Las columnas deben estar encabezadas por títulos breves en negrita
 - Las notas se mostrarán al pie de la tabla con las explicaciones oportunas e identificadas con símbolos.
 - Las tablas no deben ir en formato de imagen, sino como tablas editables.

A. DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES

- Deben tener la siguiente estructura:
 - Título del trabajo en español e inglés
 - Resumen y palabras clave en español e inglés
 - Introducción
 - Materiales y métodos
 - Resultados
 - Discusión
 - Agradecimientos
 - Declaración de conflicto de interés
 - Financiamiento
 - Referencias bibliográficas
- El máximo de palabras en el contenido es de 3500 palabras.
- Se aceptará como máximo un total de 10 tablas y/o figuras.

1. Título del trabajo:

- Título debe ser conciso e informativo. El título del artículo no debe exceder las 15 palabras o los 130 caracteres, tamaño 11, en negrita y centrado. Va con mayúscula y es preferible evitar los subtítulos. Se debe incluir la traducción del título al inglés.

2. Resumen y palabras claves

El resumen será presentado en hoja aparte, en español y en inglés, teniendo una extensión máxima de 250 palabras. Deberá estar estructurada en: Objetivos, materiales y métodos, resultados y conclusiones. A continuación del resumen, debe proponerse palabras clave con un mínimo de tres y un máximo de siete, en español e inglés. Debe emplearse los “descriptores en ciencias de la salud” (DeCS) de BIREME (<https://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) para palabras clave en español y Medical Subject Headings (MeSH) de NLM (<https://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>) para palabras clave en inglés.

3. Introducción

Exposición breve del estado actual del problema, antecedentes, justificación y objetivos del estudio. No excederá de dos páginas.

4. Materiales y métodos

Describe la metodología usada, de modo que permita la reproducción del estudio y la evaluación de la calidad de la información. Se describirá el tipo y diseño de la investigación y, cuando sea necesario, las características de la población y forma de selección de la muestra. En algunos casos, es conveniente describir el área de estudio. Precisar la forma como se midieron o definieron las variables de interés. Detallar los procedimientos realizados si han sido previamente descritos, hacer la cita correspondiente. Mencionar los procedimientos estadísticos empleados. Detallar los aspectos éticos involucrados en su realización, como la aprobación del comité de ética institucional, el uso de consentimiento informado u otras que sean pertinentes.

Es recomendable revisar los consensos internacionales para tipos específicos de artículos como las guías STROBE para estudios observacionales; CONSORT para ensayos clínicos; QUOROM para pruebas diagnósticas o PRISMA para revisiones sistemáticas. Para ello podrá consultar en el sitio Web de EQUATOR (www.espanol.equator-network.org).

5. Resultados

Preséntelos en forma escueta, sin incluir opiniones ni interpretaciones, salvo, el de naturaleza estadística. El número máximo de tablas y/o

figuras es de 10. El uso es para complementar la información, las cuales no deben repetir la información presentada en el texto.

6. Discusión

Interpreta los resultados, comparándolos con los hallazgos de otros autores, exponiendo las inferencias del autor. Deben incluirse las limitaciones y posibles sesgos del estudio; finalizar con las conclusiones y recomendaciones.

7. Agradecimientos

Cuando corresponda, deben mencionarse en forma específica a quién y por qué tipo de colaboración en la investigación se realiza el agradecimiento. Los colaboradores mencionados en esta sección deben consignar por escrito su autorización para la publicación de sus nombres.

8. Declaración de conflicto de interés:

Debe mencionarse si existe algún conflicto de interés.

9. Financiamiento:

Debe mencionar si recibió financiamiento de alguna institución o entidad para realizar el estudio o investigación.

10. Referencias bibliográficas:

Las referencias bibliográficas serán al estilo Vancouver y estarán referidas exclusivamente al texto del trabajo, será ordenada correlativamente según su aparición e identificadas en el texto por números con efecto superíndice, ejemplo Ayala F3 y redactada siguiendo las normas del Índice Médico Internacional. (Límite: 20-40 referencias)

Consideraciones de estilo bibliográfico:

Artículos de revista: Apellidos del autor y coautores seguido de las iniciales de los nombres, estas sin separación entre sí ni puntos. Puede citarse hasta seis autores, separados por comas; si son más de seis, se les anotará y se agregará "y col". Luego de los autores, se colocará un punto seguido y a continuación se citará el título del artículo en el idioma de origen, terminando en punto seguido. A continuación, el nombre de la Revista (en abreviatura reconocida internacionalmente) y el año de publicación, un punto y coma y el número de volumen seguido de dos puntos, finalizando con las páginas entre las que aparece el artículo y un punto final.

Ejemplo:

Blumel JE, Legorreta D, Chedraui P, Ayala F, Bencosme A, Danckers L, et al. Optimal waist circumference cutoff value for defining the metabolic syndrome in postmenopausal Latin American Women. *Menopause*. 2012; 19(4):1-5.

Libros, folletos o similares: Autor y/o coautores en igual forma que para los artículos. Título del trabajo, punto seguido y luego la preposición en, seguida de dos puntos, apellidos e iniciales de los editores del libro, seguida de la palabra editor(es), punto y el título del libro, ambos en el idioma de origen; punto seguido y el número de edición punto; lugar de la edición y dos puntos, nombre de la editorial, punto, año de la edición, dos puntos y páginas en las que aparece el trabajo.

Ejemplo:

Ayala F. Climaterio y Menopausia: Perspectiva de manejo en la salud femenina. Lima: Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. 2006.

Velasquez C. Congenital Syphilis. En: Editors Somesh Gupta, BhushanKumar. Sexually transmitted infections. U.K. Ed ELSEVIER; 2011: 1103-1120.

Távora I. Enfoque de riesgo como estrategia para mejorar la salud materna y perinatal. En: Pacheco J, Távora I, Denegri I, Urquiza R. Salud Materna y Perinatal Experiencia y estrategia. Lima: Red Peruana de Perinatología; 1992: 88-107.

Tesis: Autor, en igual forma que para los artículos. Título del trabajo entre paréntesis, especificar el grado optado, punto seguido. Cuidad y país donde se sustentó, separados por una coma, dos puntos y la Universidad de procedencia, una coma, el año y punto seguido. El número de páginas, seguido de la abreviatura pp.

Ejemplo:

Valer JR. Factores de riesgo en enfermedad trofoblástica gestacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2008-2010 (Tesis de Especialista). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2012. 83 pp.

B. DE LOS ORIGINALES BREVES

- Son productos de investigación que, por sus objetivos, diseño y resultados, pueden publicarse de forma abreviada, principalmente series de casos, estudios descriptivos no probabilísticos o pequeños estudios retrospectivos. La estructura es semejante a la de los originales. (límite: 150 palabras en

el resumen, 2500 palabras en el contenido, 6 figuras y/o tablas y 10-25 referencias bibliográficas).

C. DE LOS ARTÍCULOS DE REVISIÓN

- Las revisiones serán realizadas por expertos en el área. Deben incluir una exploración exhaustiva, objetiva y sistematizada de la información actual sobre un determinado tema de interés.
- Tiene la siguiente estructura: resumen no estructurado, palabras clave, introducción, cuerpo del artículo, conclusiones y referencias bibliográficas (límite: 250 palabras en el resumen, 4000 palabras en el contenido, 10 figuras y/o tablas y 30-70 referencias bibliográficas).

D. DE LOS REPORTES DE CASOS

- Tiene la siguiente estructura: resumen no estructurado, palabras clave, introducción, reporte de caso, discusión y referencias bibliográficas. No debe tratarse como una revisión del tema (límite: 150 palabras en el resumen, 2000 palabras en el contenido, 5 figuras y/o tablas y 10-15 referencias bibliográficas).

E. DE LAS CARTAS AL EDITOR

- La política editorial de la revista permite que los autores aludidos puedan responder. Las cartas deben desarrollar, sin dividirse en secciones, el planteamiento del problema, su discusión y la conclusión con su recomendación. Se permitirá hasta máximo de 2000 palabras en cartas científicas y 5 autores. En otros tipos de cartas al editor máximo 4 autores. (límite: 1000/2000 palabras, 2 figuras y/o tablas y 5-10 referencias bibliográficas).

E. DE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

- En esta sección se publican manuscritos de interés para el médico clínico, como congresos de consenso, formación continua, informes técnicos o revisiones extensas sobre el tema, que no cumplen los criterios metodológicos y estructurales de los artículos originales o revisiones sistemáticas. Tiene la siguiente estructura: resumen no estructurado, cuerpo del artículo, conclusiones y referencias bibliográficas. (límite: 250 palabras en el resumen, 4000 palabras en el contenido, 5 figuras y/o tablas y 40-70 referencias bibliográficas).

F. DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICAS CLÍNICAS

- Tiene la siguiente estructura: resumen no estructurado, palabras clave, introducción, metodología, recomendaciones y referencias bibliográficas. (límite: 250 palabras en el resumen, 7500 palabras en el contenido, 10 figuras y/o tablas y 40-70 referencias bibliográficas).

G. RECOMENDACIONES

- En esta sección se publican recomendaciones de diferentes aspectos sobre un tema del campo de la ginecología, obstetricia o reproducción humana. La realizan expertos en el tema con la siguiente estructura: introducción, cuerpo del artículo, recomendaciones y referencias bibliográficas. (límite: 1000 palabras en el contenido, 2 figuras y/o tablas y 5-10 referencias bibliográficas).

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL

196^o

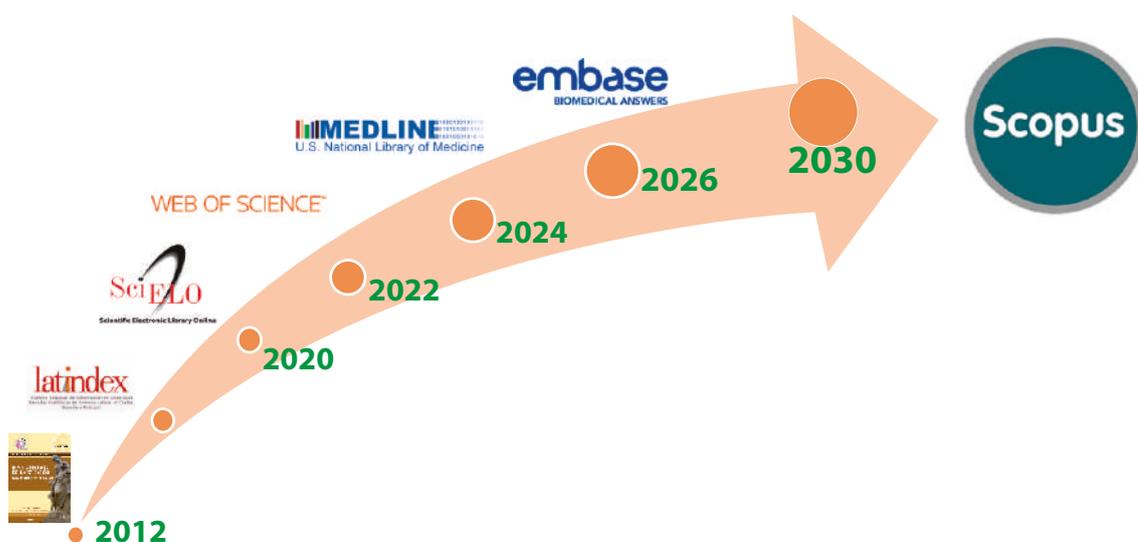
Aniversario

10 de Octubre

1826 - 2022

Toda una vida por una nueva vida

Visibilidad Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal





Hospital de la Amistad Perú - Japón

INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL
Jr. Santa Rosa N° 941- Lima 1- Perú
Telf.: 3281370 anexo 1475 - Telefax: (511) 3280998
<https://www.inmp.gob.pe/rpimp>
<https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/>