



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**TESIS:**

**“ACTITUD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN  
PRIMIGESTAS CON Y SIN PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA  
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CHANCAY, 2016”**

**PRESENTADO POR:**

**Bach. FIORELLA JAHAYRA QUEZADA TARAZONA**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN OBSTETRICIA**

**HUACHO- PERÚ**

**2017**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

## **AGRADECIMIENTO**

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor.

A mi padre, por ser un apoyo en mi carrera, en mis logros, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mis hermanos por ser unos amigos para mí, que junto a sus ideas hemos pasado momentos inolvidables e importantes en mi vida.

## RESUMEN

En los últimos años se está realizando de manera continua la educación prenatal, la cual se llamaría Psicoprofilaxis Obstétrica. Se desea conocer los resultados que tienen las pacientes después de lo aprendido, por ello se realizó la presente investigación. Su objetivo general: Determinar la actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia en el hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016. Metodología: El diseño de la investigación que se realizó en el presente trabajo de tesis fue de corte transversal y prospectivo; ya que este tipo de diseño se caracteriza por que mide una sola vez a la muestra. La población de estudio en el presente trabajo de investigación lo conformaron 175 gestantes que se han atendido en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016. La muestra respecto a la población de estudio lo conformaron 120 primigestas que se atendieron en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay de enero a junio del 2016, esta información se obtuvo mediante los criterios de inclusión y exclusión. Resultados: Según en el periodo de dilatación se da a conocer una actitud positiva en su gran mayoría (76.7%) de las gestantes que recibieron psicoprofilaxis, dando a conocer el grupo sin psicoprofilaxis presenta un 13.3% tenía actitud positiva. Durante el periodo expulsivo, el 66.7% del grupo que recibió Psicoprofilaxis tuvo una actitud positiva, en comparación con el 23.3% de las que no recibieron Psicoprofilaxis. En el grupo con psicoprofilaxis, el 73.3% tiene una actitud positiva durante el alumbramiento, al igual que el 75.0% del grupo sin psicoprofilaxis.

**Palabras claves:** Actitud durante el trabajo de parto, con y sin psicoprofilaxis obstétrica

## ABSTRACT

In recent years, prenatal education, which would be called Obstetric Psychoprophylaxis, has been ongoing. It is desired to know the results that patients have after what has been learned, for this reason the present investigation was carried out. Its general objective: To determine the attitude during labor in primigravidae with and without Obstetric Psychoprophylaxis, attended in the obstetrics service in the hospital of Chancay in the period from January to June of 2016. Methodology: The design of the research Performed in the present thesis was cross-sectional and prospective; Since this type of design is characterized by measuring once only the sample. The study population in the present research was made up of 175 pregnant women who have attended the service of Obstetric Psicoprophylaxis of the hospital of Chancay in the period from January to June of 2016. The sample with respect to the study population was made up of 120 primigravidae Who were treated in the obstetrics service of the hospital of Chancay from January to June of 2016, this information was obtained by means of the inclusion and exclusion criteria. Results: According to the period of dilation, a positive attitude was found in the majority (76.7%) of the pregnant women who received psychoprophylaxis. The psychoprophylaxis group reported that 13.3% had a positive attitude. During the expulsive period, 66.7% of the group receiving Psychoprophylaxis had a positive attitude, compared to 23.3% of those who did not receive Psychoprophylaxis. In the group with psychoprophylaxis, 73.3% had a positive attitude during childbirth, as did 75.0% of the group without psychoprophylaxis.

Keywords: Attitude during labor, with and without obstetric psychoprophylaxis

## ÍNDICE

Caratula .....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento .....	iv
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
Introducción.....	x
Capítulo I.....	1
Planteamiento del problema.....	1
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	1
1.2. Delimitación del problema.....	4
1.2.1. Delimitación espacial: .....	4
1.2.2. Delimitación temporal: .....	4
1.2.3. Delimitación social: .....	5
1.3. Formulación del problema .....	5
1.3.1. Problema principal .....	5
1.3.2. Problemas secundarios .....	5
1.4. Objetivo de la investigación .....	6
1.4.1. Objetivo principal .....	6
1.4.2. Objetivos secundarios .....	6
1.5. Hipótesis de la investigación.....	6
1.5.1. Hipótesis principal:.....	6
1.6. Justificación e importancia de la investigación. ....	7
Capítulo II.....	10
2.1. Antecedentes de la investigación.....	10
2.1.1. Antecedentes Internacionales. ....	10
2.1.2. Antecedentes Nacionales .....	12
2.2. Bases teóricas .....	20
2.2.1. Psicoprofilaxis obstétrica .....	20
2.2.2. Preparación psicoafectiva.....	33
2.2.3. Medicación durante el trabajo de parto.....	36

2.2.4. Actitud.....	42
2.3. Definición de términos: .....	48
Capítulo III.....	52
3.1. Tipo de investigación .....	52
3.2. Diseño de la investigación. ....	52
3.3. Población y muestra .....	53
3.3.1. Población:.....	53
3.3.2. Muestra:.....	53
3.3.2.1. Muestreo.....	53
3.4. Variables.....	54
3.4.1. Variable x.....	54
3.4.2. Variable y.....	54
3.4.2. Operacionalización de variables .....	54
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	55
3.5.1. Técnicas .....	55
3.5.2. Instrumento.....	56
3.6. Procedimientos .....	57
Capítulo IV .....	59
4. Resultados.....	59
4.1. Datos generales.....	59
Tabla N° 1 .....	59
Tabla N° 2.....	63
Tabla N° 3.....	64
Tabla N° 4.....	66
Tabla N° 5.....	67
Tabla N° 6.....	68
4.2. Discusión de los resultados .....	69
Conclusiones.....	71
Recomendaciones .....	72
Referencias bibliográficas .....	73
Anexo N°1. Matriz de consistencia.....	77

Anexo N°2. Lista de cotejo para medir la actitud de las primigestas .....	79
Anexo N°3. Guía de observación de preparación psicoprofiláctica utilizada para primíparas durante el trabajo de parto.....	82



## INTRODUCCIÓN

A principios del siglo XX empezaron las primeras experiencias en búsqueda del alivio del dolor durante el parto, tal como lo describió en 1914, el médico GRANTHLY DICK READ, cuyas observaciones motivaron por obra de la casualidad, sus primeras investigaciones que dieron inicio a la explicación científica de la Psicoprofilaxis.<sup>1</sup>

La psicoprofilaxis obstétrica en sus orígenes fue utilizada para eliminar los dolores del parto, pero hoy en día este concepto es erróneo debido a que hay justificaciones neurofisiológicas de la existencia del dolor en el parto y lo que busca esta preparación educativa es que los fenómenos dolorosos que se producen no se tornen en sufrimiento; es por esto que los elementos fundamentales como: una preparación teórica, un entrenamiento físico y una preparación psicológica desarrollaran la seguridad, autoconfianza, y la posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva.<sup>1</sup>

Es fundamental que la cobertura del servicio educativo integral en psicoprofilaxis obstétrica se generalice y que la gestante reciba una adecuada preparación prenatal llegando a la culminación del programa, dado que las ventajas de la psicoprofilaxis han quedado comprobadas científicamente, y que esta atención integral interviene en una prevención global que beneficia a la madre durante su embarazo, trabajo de parto y puerperio, al recién nacido y el equipo de salud, al punto de que la Organización Mundial de la Salud recomienda la psicoprofilaxis obstétrica por sus efectos positivos y beneficioso.<sup>2</sup>

La tesis para un mejor entendimiento, está estructurada en los siguientes capítulos, en el capítulo I, trata sobre el planteamiento del problema que

---

<sup>1</sup> Congreso extraordinario de obstetricia y ginecología. Memorias museo de la nación 26 – 31 de octubre 1997. Sociedad peruana de obstetricia y ginecología. Lima. 1998.

comprende la descripción de la realidad problemática en las complicaciones que pueden aparecer durante el parto y puerperio, delimitaciones de la investigación, formulación del problema, así como también de sus objetivos general y secundarios en los cuales se observa las complicaciones gineco obstétricas durante el embarazo, parto y puerperio la justificación de la investigación, la hipótesis no se toma en cuenta ya que es un trabajo descriptivo.

El capítulo II, corresponde al marco teórico, que comprende los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición de términos básicos. El capítulo III, se desarrolla netamente en la metodología de la investigación, lo que se incluye es el tipo y diseño de la investigación, población y muestra de la investigación, así como también las variables, dimensiones e indicadores, técnicas e instrumentos de la recolección de datos y los procedimientos de estos. En el capítulo IV, se presentan todos los resultados que se obtuvieron gracias a todos los criterios diseñados, desde el recojo de datos de la muestra de estudio con los instrumentos de la investigación, previamente validados, hasta el procesamientos estadístico de los datos, la construcción de tablas de frecuencia y gráficos, además se desarrolla la discusión de los resultados, el cual permitirá arribar la formulación de conclusiones y recomendaciones; finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos que corresponden a la investigación.

## **CAPÍTULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA**

El embarazo es una experiencia sublime que atraviesa la mujer; albergando por nueve meses en su vientre a su futuro hijo, culminado su estadio en el claustro materno, al momento del parto. Muchas veces se considera al parto como un proceso mecánico comprendido tan sólo por mecanismos y periodos por el cual tiene que atravesar el niño y la madre considerándose, solo el aspecto orgánico y físico.<sup>5</sup>

Diversas investigaciones han demostrado los beneficios de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica donde la mujer adquiere una mejor actitud durante el trabajo de parto, reflejado por la significativa disminución del dolor durante sus diferentes etapas.<sup>8</sup>

Sólo a través de una adecuada preparación psicoprofiláctica se obtendrán resultados favorables mediante una adecuada educación, correcta respiración, ejercicios de relajación y la gimnasia que contribuye al fortalecimiento de los

músculos. Si es realizado en forma correcta brindara a la mujer mayor seguridad, sabrá cómo actuar, cómo respirar y además se evitará posibles traumatismos maternos como los desgarros y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico.

La psicoprofilaxis obstétrica según el MINSA es definido como un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable. Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.<sup>10</sup>

La psicoprofilaxis obstétrica como herramienta fundamental en la atención integral, con certeza tiene un impacto relevante en la salud de las madres y los bebés. Queda demostrado el valor de la psicoprofilaxis obstétrica desde la década de los 70 por el Dr. Roberto Caldeyro Bracia, médico perinatologo impulsor y director del CLAP-OPS/OMS quien difundió que no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos, perinatales y para el equipo de salud que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica.

La cobertura de la psicoprofilaxis obstétrica ha aumentado a nivel nacional, según reportes estadísticos del Ministerio de Salud (MINSA) en el año 2011 del total de gestantes que se controlaron a nivel nacional solo el 10% concluye el programa de psicoprofilaxis, estando Lima en el décimo puesto a nivel nacional con un 12.16% de gestantes que culminan el curso.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) aprobó el proyecto de una Guía Técnica para la psicoprofilaxis obstétrica, cuya finalidad es estandarizar los

procesos de psicoprofilaxis obstétrica en los diferentes servicios de Obstetricia de los establecimientos de salud, para contribuir a la reducción de la morbilidad materna y perinatal. Así mismo, dentro de sus bases, se encuentra la psicoprofilaxis obstétrica de Emergencia, la cual se efectúa semanas antes o durante el trabajo de parto, puesto que muchas gestantes que no acuden a las sesiones de forma periódica y continua, necesitan durante el trabajo de parto, el aprendizaje sobre las técnicas de respiración y relajación, para garantizar su tranquilidad y seguridad en dicho momento, además de involucrarse de manera activa durante la labor de parto, pues de esta manera se obtendrán beneficios para la madre y el neonato. En el año 2008, el departamento con mayor porcentaje de gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica fue Tacna (39.8%) y Junín (18.8%) mientras que en Lima el porcentaje de gestantes preparadas solo alcanzó el 13.8%, por lo que es necesario, que en todos los establecimientos de salud de Lima se promueva a las gestantes su participación en el curso de psicoprofilaxis obstétrica.

El Hospital de Chancay cuenta con un servicio educativo en psicoprofilaxis obstétrica, donde se prepara a la gestante para un embarazo parto y puerperio en las mejores condiciones por un solo personal capacitado en Psicoprofilaxis Obstétrica, llevándose acabo lo horarios establecidos de lunes a viernes en un solo turno, debido a esto el Área de Estadísticas Maternas de dicho Hospital en el año 2014 del total de gestantes que recibieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica solo el 54% de las gestantes culminaron las 6 sesiones, en el año 2015 un 59% de las gestantes culminaron las 6 sesiones y en lo que va del año 2016 en el mes de enero y junio se realizaron 256 atenciones en psicoprofilaxis.<sup>2</sup>

Sin embargo, un mayor porcentaje de pacientes llegaron al parto sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica, por ello en la mayoría de los casos el estado emocional y de ansiedad de las gestantes ha ocasionado desesperación, angustia, incertidumbre y falta de control emocional durante el trabajo de parto y

---

<sup>2</sup> Estadística. Información estadística del Hospital de Chancay. (2016)

expulsivo, e inclusive han percibido mayor intensidad de dolor producto de la falta de conocimiento, más aún si son primigestas. Así mismo, la falta de un personal encargado exclusivamente de supervisar y enfatizar las técnicas de respiración y de relajación utilizadas durante el periodo de dilatación y expulsivo en la sala de partos, puede llevar a un comportamiento pasivo de las gestantes y aumento de la triada, temor, tensión y dolor. Es así, que en el hospital de Chancay, no se aplica con regularidad la psicoprofilaxis obstétrica de manera normativa; por lo que con esta investigación busca determinar la actitud durante en trabajo de parto en primigestas con y sin preparación psicoprofiláctica atendidas en el hospital de Chancay, de manera que se pueda evaluar el comportamiento o actitud de las gestantes frente al trabajo de parto (fase activa, expulsivo y alumbramiento), así como la intensidad del dolor y la duración promedio de estas fases, con la finalidad de que la institución tome estrategias de mejora para fortalecer la oferta de Psicoprofilaxis a todas las gestantes que se atienden en el Hospital de Chancay .

## **1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA**

**1.2.1. Delimitación Espacial:** El presente trabajo de investigación se ha desarrollado en el Servicio de Obstetricia del hospital de Chancay de la Región de Lima – Provincia, es un hospital de nivel II de Atención- Nivel de Complejidad II – 2, ubicado en el distrito de Chancay provincia de Huaral perteneciente al Ministerio de Salud.

**1.2.2. Delimitación temporal:** El trabajo de investigación tuvo un periodo de enero a junio del 2016, durante este periodo se creó la base de datos con los resultados de la recolección de información y se concluye con el trabajo de investigación de la actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin psicoprofilaxis atendidas en el hospital de chancay, por considerar ser un periodo que permitirá establecer los objetivos planteados.

**1.2.3. Delimitación social:** El grupo social objeto de estudio estuvo conformado por las primigestas que atendieron en el periodo de enero a junio del 2016 que fueron atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay de la Región de Lima – Provincia.

### **1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

#### **1.3.1. Problema principal**

- ¿Cuál es la actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia en el hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016?

#### **1.3.2. Problemas secundarios**

1. ¿Cuál es la actitud durante el periodo de dilatación en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016?
2. ¿Cuál es la actitud durante el periodo expulsivo en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016?
3. ¿Cuál es la actitud durante el periodo de alumbramiento en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica atendidas en el servicio obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016?

## **1.4. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.4.1. Objetivo principal**

- Determinar la actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia en el hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.

### **1.4.2. Objetivos secundarios**

1. Identificar la actitud durante el periodo de dilatación en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.
2. Identificar la actitud durante el periodo expulsivo en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.
3. Identificar la actitud durante el periodo de alumbramiento en primigestas con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.

## **1.5. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. Hipótesis Principal:**

(Por ser un estudio descriptivo este trabajo no presenta hipótesis.)



## **1.6. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.**

Según el Ministerio de Salud (MINSA), en la Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, define a la Psicoprofilaxis Obstétrica como un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido/a convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar. Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, así como a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.

El método psicoprofiláctico consiste en la educación a la embarazada, enseñándole los procesos fisiológicos del embarazo y del parto, llegando a crear en ella un conjunto de circunstancias o factores positivos que estarán destinados a contraponerse uno a uno a los temores o factores negativos. Para llegar a ello es necesario suprimir el reflejo condicionado doloroso, convenciendo a la embarazada que el parto no es o no puede ser doloroso (nueva señalización), además de crear nuevos reflejos condicionados útiles, que asocien en forma general el parto con las perspectivas felices del nacimiento de un niño que enriquecerá la vida de la mujer, y, en forma más específica creando reflejos condicionados que vinculen la contracción uterina a acciones prácticas de la mujer. También se debe elevar el umbral de percepción del dolor mediante la eliminación del temor, con reducción al máximo de los factores emocionales negativos y estimulación de los positivos, con

oxígeno-terapia de manera que actúe contra el surménage de las células nerviosas y aumento de la actividad cortical durante la contracción (concentración cerebral creando una zona de freno o bloqueo que impide la acción de los estímulos negativos), convirtiendo a la madre en un elemento activo, consciente y colaborador en su parte.

#### **1.6.1. Justificación práctica**

En los últimos años la obstetricia en particular, viene transitando un camino de evolución sostenido que da como resultado una gran profundización en los conocimientos y en la creación de mejores métodos de control y diagnóstico, esto ha contribuido a tener la posibilidad de prevenir y tratar muchas de las patologías que pueden surgir en el embarazo, disminuyéndose de manera significativa la morbimortalidad asociada al estado de gravidez y al nacimiento. Desde entonces surge la necesidad de brindarle a la paciente obstétrica una mayor atención, pues la mujer embarazada no es vista solo desde la perspectiva orgánica, sino también psíquica.

De acuerdo a ello comienza a ganar su espacio la psicoprofilaxis obstétrica dentro de la rutina de atención a la mujer embarazada, pues no solo el cuerpo experimentará cambios durante el embarazo, sino que el psiquismo también se verá involucrado desde un principio. La psicoprofilaxis obstétrica consiste en un conjunto de actividades de preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante que contribuirá para un embarazo, parto y puerperio sin temor, ni dolor y a la disminución de la morbilidad y mortalidad materno-perinatal.

### **1.6.2. Justificación metodológica**

Considerando que la preparación psicoprofiláctica brinda a la gestante conocimientos teóricos sobre los cambios propios del embarazo, parto y puerperio, así como brinda pautas en la preparación física mediante las técnicas de relajación, respiración y una gimnasia adecuada que fortalece los músculos que intervienen en el canal del parto; proporcionando cambios de actitud y hábitos saludables en la madre y por consiguiente a su hijo, contribuyendo a disminuir problemas evitables no solo durante el embarazo sino también durante el proceso del trabajo de parto con la vigilancia y evaluación integral, con la finalidad de conseguir un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, y que a pesar de que los beneficios del programa de psicoprofilaxis están confirmados, no todas las gestantes lo contemplan como una necesidad prioritaria debido a que existen una serie de factores relacionados con la asistencia o no a dicho programa lo cual influye de gran manera en la percepción del embarazo, proceso del parto y puerperio, entonces mediante una lista de cotejo con 16 ítems, una guía de observación con 20 ítems y el análisis documental de la historia clínica de la primigestas atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay, podemos determinar la actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica.

### **1.6.3. Justificación legal**

La ley N° 26842 “Ley general de salud”, establece que la protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla. De conformidad con lo previsto en el artículo 8° de la ley N° 27657 – Ley del ministerio de salud, resuelve en el artículo 1°: “Aprobar la guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1.1. Antecedentes Internacionales.**

- 1. Cajamarca Durán Angélica María. (2016). Aplicación de la Psicoprofilaxis en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Julius Doepfner de la ciudad de Zamora. Año 2015. Zamora – Ecuador.<sup>3</sup>**

El propósito de la investigación fue determinar la aplicación de la Psicoprofilaxis en las mujeres embarazadas atendidas en el hospital Julius Doepfner. El diseño de la investigación fue descriptivo, bibliográfico, campo, transversal, las técnicas utilizadas fueron la encuesta y la observación con los instrumentos el cuestionario y la guía de observación respectivamente, aplicados a una muestra de 40 mujeres embarazadas obteniendo los siguientes resultados: el 42,50% de las gestantes se encuentra entre las edades de 19 y 30 años, unión libre con el 47,50%,

---

<sup>3</sup> Cajamarca Durán Angélica María. (2016). Aplicación de la Psicoprofilaxis en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Julius Doepfner de la ciudad de Zamora. Año 2015. Zamora – Ecuador. Pág. 4 - 6

de instrucción bachiller el 65%, del sector urbano el 67,50 %, de etnia mestiza con el 72,50%, de nivel socioeconómico el 77,50%, primíparas el 65%; en la aplicación de las técnicas de la Psicoprofilaxis en el embarazo, el 100% de las gestantes no aplican ejercicios psicoprofilácticos. Como factores de la no aplicación de la Psicoprofilaxis se encontró que el 22,50% de las gestantes encuestadas no aplican por embarazo de alto riesgo, causado por enfermedad hipertensiva con el 10%, el 7,50% por amenaza de aborto, con igual porcentaje el riesgo de parto prematuro y placenta previa con el 2,50%; el 10% de las mujeres encuestadas admiten llevar un embarazo no deseado y el 100% afirman que por el desconocimiento no aplican este método. Se realizó un plan de intervención que consistió en educación, promoción y práctica de las técnicas de Psicoprofilaxis realizadas en el Hospital Julius Doepfner. Se concluye que no existe aplicación de las técnicas de Psicoprofilaxis por parte de las mujeres embarazadas, cuyo factor principal es el desconocimiento.

**2. Mora Oña K., Rivadeneira Terán F. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería Psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del Subcentro de Salud del Tejar, Provincia de Imbabura en el Período Junio - Octubre del 2013. Ibarra. Ecuador.<sup>4</sup>**

Objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los usuarios internos y externos del Sub Centro de Salud de El Tejar, sobre la psicoprofilaxis del parto, contribuyendo de esta manera a la impartición de la misma, dentro del club de la embarazada. Metodología: Método inductivo, deductivo y analítico. Resultados: la edad de mujeres embarazadas de 16 -23 años, corresponde al 50%, seguido del grupo de 24 a 27 años con 36%, en edades 28 a 32 años 7% y en edad de 33 años en adelante 7%. Un 43% de mujeres embarazadas se

---

<sup>4</sup> Mora Oña K., Rivadeneira Terán F. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería Psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del Subcentro de Salud del Tejar, Provincia de Imbabura en el Período Junio - Octubre del 2013. Ibarra. Ecuador. Pág. 2 - 5

encuentran en la semana 12 a 23 de gestación, de 24 a 40 semanas en un 40%, de 1 a 11 semanas un 17%. Conclusiones: El grupo de mujeres en edad fértil que acude al Subcentro de Salud de El Tejar a sus controles prenatales, constituye el grupo ideal para la ejecución del plan piloto en la implementación de las terapias de psicoprofilaxis, por cuanto está constituido por mujeres que pertenecen al grupo de adulto joven, siendo así una ventaja en el desarrollo de esta terapia. El mayor porcentaje de mujeres del grupo en estudio cursa por su primera gesta, aspecto importante para considerar en la implementación de las terapias psicoprofilácticas, por cuanto constituye un grupo de mujeres que inician su etapa reproductiva y los nuevos conocimientos y técnicas serán acogidos positivamente con el previo conocimiento de los beneficios que esta terapia presta al binomio madre – hijo.

### **2.1.2. Antecedentes Nacionales**

#### **1. Laos, E. (2016). Nivel de ansiedad en primigestas con y sin preparación psicoprofiláctica durante el periodo expulsivo en sala de partos del Hospital Regional de Huacho, 2015. Perú. <sup>5</sup>**

Objetivo: Identificar el nivel de ansiedad en primigestas con y sin preparación psicoprofiláctica durante el periodo expulsivo en sala de partos del Hospital Regional de Huacho. Métodos: Se realizó un estudio prospectivo, de diseño aplicativo, descriptivo; comparativo sobre casos y controles sobre primigestas con y sin preparación psicoprofiláctica, entre setiembre y noviembre del 2015. El grupo de estudio estuvo integrado por una población de 155 primigestas con y sin preparación psicoprofiláctica y una muestra de 136. Se realizaron análisis estadísticos y analíticos. En esta investigación se encontró que las pacientes adulto joven con psicoprofilaxis son un 60% y sin psicoprofilaxis son un 74%, las cuales su gran mayoría vienen de un área urbana las pacientes con psicoprofilaxis

---

<sup>5</sup> Laos, E. (2016). Nivel de ansiedad en primigestas con y sin preparación psicoprofiláctica durante el periodo expulsivo en sala de partos del hospital regional de huacho, 2015

con un 85% y sin psicoprofiláxis con un 82%, además también se observa que la mayoría se dedica a ser ama de casa en pacientes con psicoprofiláxis en un 41% y sin psicoprofiláxis en un 78%; siendo en una gran mayoría conviviente en pacientes con psicoprofiláxis en un 75% y sin psicoprofiláxis en un 82%; se da a conocer a la gran mayoría a ver terminado su secundaria completa en pacientes con psicoprofiláxis en un 56% y sin psicoprofiláxis en un 75%; de los cuales en sus resultados se vio que la gran mayoría en relación al periodo expulsivo se realizó en menos de 50 minutos en pacientes con psicoprofiláxis en un 63% y sin psicoprofiláxis en un 79%; en conclusión se observa a la mayoría con ansiedad moderada en pacientes con psicoprofiláxis en un 87% y sin psicoprofiláxis en un 76%.

**2. López Del Río, Grecia. Psicoprofiláxis obstétrica y beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay. Perú. 2014. <sup>6</sup>**

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo, determinar la relación entre la psicoprofiláxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Es un estudio de nivel correlacional, tipo observacional, transversal, prospectivo y analítico, el diseño de investigación utilizado fue el de no experimental, transaccional (en el tiempo) y correlacional. Se utilizó la técnica de la observación y como instrumento la guía de observación (registro de partos). El procesamiento estadístico de los datos se realizó usando el paquete estadístico SPSS en su versión 21. Para este estudio se tuvo en cuenta el total de gestantes primigestas atendidas en el área de Gineco-obstetricia del Hospital de Chancay durante julio 2013 a julio 2014. La población estimada representa un total de 76 gestantes primigestas, la cual fue considerada también como la muestra. En esta investigación se encontró que el grupo de gestantes primigestas de estudio se encuentran

---

<sup>6</sup> López Del Río, Grecia. Psicoprofiláxis obstétrica y beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay. Perú. 2014. Pág. 10-25

en una edad madura entre los 19 a 35 años, en cuanto al estado civil el mayor porcentaje en general son convivientes, el lugar de procedencia que predomina entre las gestantes primigestas es de la zona urbana. Se comprobó que las gestantes recibieron una adecuada psicoprofilaxis obstétrica, representado por un 92,1%, así mismo el beneficio obtenido al recibir la psicoprofilaxis obstétrica durante el parto y después del parto es alto, representado por un 80,3% y 96,1% respectivamente. Como la significancia bilateral (p) es 0,002 se rechaza la hipótesis nula en vista que  $p < 0,05$  para cualquier nivel las dos variables son significativamente dependientes. Por lo que se puede decir que existe relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay, 2014. Además se observa que la correlación entre estas dos variables es significativa.

**3. Romero, L. (2014), en su investigación titulada: “Psicoprofilaxis obstétrica asociada a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2013”.<sup>7</sup>**

Nos menciona: El interés de conocer, si existe relación entre los beneficios materno – perinatales y la psicoprofilaxis obstétrica en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2013, fue lo que motivo el estudio de investigación. Esta investigación es de tipo cualitativo - cuantitativo, no experimental y de tipo correlacional y básica. Estuvo conformado por un total de 180 primigestas cuyas edades fluctúa de 20 a 34 años. Además se evaluaron 90 historias clínicas de primigestas de bajo riesgo obstétrico, 45 historias clínicas pertenecientes a gestantes con preparación psicoprofiláctica y 45 historias clínicas de gestantes que no la recibieron. Se realizó una evaluación cualitativa y cuantitativamente de 27 variables. Entre sus conclusiones tenemos: En cuanto a

---

<sup>7</sup> Romero, L. (2014), en su investigación titulada: “Psicoprofilaxis obstétrica asociada a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2013”



complicación durante el periodo de dilatación, del 100% de gestantes con psicoprofilaxis, no se presentó ningún tipo de complicación a diferencia del 11.1% de gestantes sin psicoprofilaxis. De las complicaciones durante la expulsión, el 100% de pacientes con psicoprofilaxis no se presentó complicación alguna, pero con las gestantes sin psicoprofilaxis el 7.9% la única complicación que se presentó fue expulsivo precipitado. La Psicoprofilaxis Obstétrica brinda beneficios estadísticamente significativos a la madre y a su recién nacido.

**4. Reyes Mendez, Armando Martín. (2015). Factores asociados a la deserción de las Sesiones Educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Año 2014. Lima – Perú.<sup>8</sup>**

Objetivo: Determinar los factores asociados a la deserción de las sesiones educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante los meses de junio a octubre del 2014. Metodología: Estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo de corte transversal, en el cual participaron 107 puérperas que desertaron del programa de psicoprofilaxis (menos de 6 sesiones) y 208 puérperas que culminaron sus 6 sesiones de psicoprofilaxis (6 sesiones) durante los periodos de junio a octubre del 2014. La información fue procesada en una base de datos de Excel y se analizó con el programa estadístico SPSS v.21. Para variables cualitativas se estimó frecuencias absolutas y relativas, y para variables cuantitativas medidas de tendencia central (media y desviación estándar). Para el análisis inferencia se calculó la prueba Chi cuadrado, con un nivel de confianza de 95%. Resultados: La frecuencia de pacientes que desertaron de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica fue de 34%. El 8.4% de las primigestas del grupo casos tenía menos de 19 años a diferencia del 2.9% de las

---

<sup>8</sup> Reyes Mendez, Armando Martín. (2015). Factores asociados a la deserción de las Sesiones Educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Año 2014. Lima – Perú. Pág. 3 - 9

primigestas del grupo control, siendo estas frecuencias estadísticamente significativas ( $p=0.029$ ), por lo que existe 3.092 veces más riesgo de deserción a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en las primigestas menores de 19 años ( $OR=3.092$  (1.070-8.931)). Asimismo, durante el embarazo el maltrato psicológico por la pareja se asoció con la deserción de las sesiones educativas ( $p=0.032$ ), pues el 7.5% de las pacientes del grupo casos y el 2.4% de las pacientes del grupo control presentaron maltrato psicológico por la pareja, es decir, existe 3.281 veces más riesgo de deserción a las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica en aquellas pacientes con maltrato psicológico por la pareja ( $OR=3.281$  (1.046-10.288)). Por otro lado, el embarazo planificado ( $p=0.03$ ; [ $OR=0.571$  (0.343 - 0.950)]), vivir con la pareja ( $p=0.038$ ; [ $OR=0.493$  (0.250 – 0.970)]), adquirir conocimientos en los talleres de psicoprofilaxis ( $p=0.002$ ; [ $OR=0.329$  (0.281 - 0.386)]), asistir sin inconvenientes a todas las citas ( $p=0.014$ ; [ $OR=0.268$  (0.088 – 0.822)])) y el horario adecuado ( $p<0.001$ ; [ $OR=0.197$  (0.074 - 0.530)]) se asociaron como factores protectores para la no deserción a sesiones educativas de psicoprofilaxis obstétrica. Conclusiones: Los principales factores asociados de riesgo para la deserción de las sesiones educativas fueron la edad menor de 19 años ( $OR=3.092$ ) y el maltrato psicológico por la pareja ( $OR=3.281$ ) y los factores asociados de protección para la no deserción a las sesiones fueron el embarazo planificado, vivir con la pareja, adquirir conocimientos en los talleres, asistir sin inconvenientes a las citas, el horario adecuado, el ambiente adecuado del servicio, la ubicación adecuada del servicio, el tiempo adecuado de la sesión educativa para las teorías, el uso de un equipo multimedia adecuado y el dominio del profesional de salud que dictó las clases.

**5. Huamani Paquiyauri S., Ventura Cépida R. (2015). Factores de riesgo y percepciones que limitan el acceso y Continuidad de las gestantes**

**al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud San Juan Bautista, Junio- Agosto 2015. Ayacucho- Perú.<sup>9</sup>**

Objetivo: Conocer los factores de riesgo y percepciones que limitan el acceso y continuidad de las gestantes al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, Centro de Salud San Juan Bautista. Junio- Agosto 2015. Metodología: Cualitativa-Cuantitativa, prospectivo, transversal, analítico de cohorte. Resultados: el total de gestantes del tercer trimestre 100% (265) que acudieron su atención prenatal en el Centro de Salud San Juan Bautista, durante los meses de junio agosto, el 75,1% (199) no accedió y no continuo en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y el 24.9% (66) accedió y continuo en el Programa, que el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica cumple con un porcentaje regular 53.1% (17pts) de los requerimientos básicos para la atención en un establecimiento con Funciones Obstétricas Neonatales Básicas (FONB). Conclusiones: El 75,1% (199) de gestantes atendidas en la atención prenatal no accedió y no continuo en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y el 24.9% accedió y continuo en el Programa. Se cumple con el 53.1% (17 pts.) de requerimientos básicos para la atención del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

**6. Morales S., García Y., Agurto M., Benavente A. (2014). La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. Lima – Perú.<sup>10</sup>**

El objetivo de este estudio fue conocer cuántos establecimientos públicos y privados en diferentes regiones, ofrecen a su población de gestantes la Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) y Estimulación prenatal (EPN). Asimismo, conocer qué tipo de personal lo desarrolla y si el contenido de la EPN forma parte del programa de PPO o se brinda aparte. Se visitaron y encuestaron 429 establecimientos de salud, observándose que un

---

<sup>9</sup> Huamani Paquiyaury S., Ventura Cépida R. (2015). Factores de riesgo y percepciones que limitan el acceso y Continuidad de las gestantes al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud San Juan Bautista, Junio- Agosto 2015. Ayacucho- Perú. Pag. 4 - 10

<sup>10</sup>Morales S., García Y., Agurto M., Benavente A. (2014). La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. Lima – Perú.

72.95% de ellos brindan PPO, 45.19% EPN, de ellos; el 39.7% incluye la EPN como parte de las sesiones de PPO, y 6.97% las realizan por separado. Se pudo objetivar otros aspectos importantes: las características de los procesos y recursos del establecimiento, con relación a estas áreas de atención, lo cual permitió conocer las debilidades que están pendientes de subsanar para incrementar la atención en PPO y EPN con calidad. Se concluyó, que la mayoría de establecimientos brinda la EPN como parte de las sesiones de PPO, y ambas están a cargo de un profesional de la Obstetricia.

**7. Yabar, M. (2014), en su investigación titulada: “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales – Lima 2014”.<sup>11</sup>**

Objetivo: Respuesta diferente influenciada por las características psicológicas, las perspectivas, el entorno y la edad de la gestante. Podría ser una vivencia positiva y feliz, aún con una serie de expectativas y temores, o en otras situaciones, podría tratarse de una jornada negativa y llena de conflictos, como en el caso de las adolescentes. El Perú, aún refleja una alta tasa de gestación en adolescentes, lo cual no ha variado en los últimos 20 años, ubicándose como una prioridad en la salud pública, por sus relevantes consecuencias médicas, sociales y económicas, tanto para la madre, el bebé y la sociedad. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2012, el 13.5% de las mujeres entre los 15 y 19 años están o han estado embarazadas. El estudio se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Entre sus conclusiones tenemos: Las gestantes adolescentes que reciben PPO mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control prenatal, es así que el 97.37% de ellas recibieron más de 7 controles prenatales, el 100% recibió al menos 6 de un total de 8 sesiones prenatales, 86.84% ingresaron en fase activa para su parto, el mismo porcentaje 86.84% tuvo parto vaginal, mientras que el 13.16% lo tuvo por

---

<sup>11</sup> Yabar, M. (2014), en su investigación titulada: “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales – Lima 2014. Pag 2-6

cesárea. El 7.89% utilizó la epidural, el 92.11% optó por la lactancia materna exclusiva, el 39.47% tenía una actitud positiva ante la llegada del bebé al inicio de las sesiones de PPO, mientras que esta cifra se invirtió al final de las sesiones de PPO, lográndose una actitud positiva ante la llegada del bebé en el 100% de las gestantes adolescentes. Se observó también que de las 38 pacientes, el 100% asistió a su control postnatal.

**8. Cubas Pérez M., Vásquez Daza J. (2012). Influencia de la preparación Psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Santa Gema – Yurimaguas. Mayo a Diciembre 2010. Tarapoto – Perú.<sup>12</sup>**

Este trabajo de investigación fue ejecutado en el hospital Santa Gema – Yurimaguas en el periodo de mayo a diciembre del 2010, su tipo de estudio es cuantitativo, analítico, retro prospectivo, de corte transversal. Con una población de 712 gestantes y una muestra de 60, de las cuales 36 conformaron el grupo de estudio, que recibieron preparación psicoprofiláctica, y 24 el grupo control que no recibieron, el objetivo fue determinar el nivel de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto, demostrando que la preparación psicoprofiláctica contribuye a disminuir los niveles de ansiedad de la gestante durante el mismo. Durante el trabajo de parto se aplicó el test de ansiedad del Dr. Zung, y la observación directa. Resultando que las 36 gestantes del grupo de estudio predominan: las edades de 19 a 34 años (75%); estado civil, conviviente (50%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (36,11%); procedencia, urbana (77,78%); paridad, primípara (50%), multíparas (50%). Los niveles de ansiedad del grupo de estudio nos arrojó que el (88,89%) no presentaron ansiedad, y el (11,11%) presentaron ansiedad moderada. De las 24 gestantes que conformaron el grupo control, predominan, las edades de 19 a 34 años (54,17%); estado civil, conviviente (83,33%); grado de instrucción, estudios secundarios

---

<sup>12</sup> Cubas Pérez M., Vásquez Daza J. (2012). Influencia de la preparación Psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Santa Gema – Yurimaguas. Mayo a Diciembre 2010. Tarapoto – Perú

incompletos (41,67%); procedencia, urbanas (62,50%); paridad, multíparas (87,50%). Los niveles de ansiedad de las gestantes del grupo control nos arrojó que el (20,83%) no presentaron ansiedad, el (75%) presentaron ansiedad moderada y el (4,17%) presentaron ansiedad severa. Concluimos que la preparación psicoprofiláctica de la gestante demuestra que influye significativamente disminuyendo los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto, siendo preparada física psicológica y emocionalmente.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Psicoprofilaxis Obstétrica**

La psicoprofilaxis obstétrica según el Ministerio de Salud (2012) es definido como un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable. Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, y contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.<sup>13</sup>

La gestación es una etapa especial para cada mujer, adaptación a los cambios físicos, emocionales y cognitivos, van a tener una respuesta diferente influenciada por las características psicológicas, las perspectivas, el entorno y la edad de la gestante, que podría ser una vivencia positiva y feliz, aún con una serie de expectativas y temores, o en otras situaciones, podría tratarse de una jornada negativa y llena de conflictos, como en el caso de las adolescentes.<sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> Ministerio de Salud. Guía Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú: MINSA; 2012.

Se hace necesario que el sistema de salud cuente con un servicio de atención integral, de acuerdo a la clasificación de la Psicoprofilaxis Obstétrica en Situaciones Especiales, según ASPPO (Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica), reunirá condiciones personales, médicas y socioculturales, las cuales por su naturaleza demandarán un programa de preparación integral especialmente dirigido para adolescentes, durante el embarazo parto y puerperio, en el que se pueda desarrollar el componente teórico, físico y psicoafectivo, según sus propias necesidades, para lograr una jornada obstétrica en las mejores condiciones con una experiencia saludable y positiva tanto para la madre como para el bebé, incluyendo como parte del proceso el vínculo afectivo de la familia.<sup>15</sup>

Desde mucho tiempo atrás los dolores de parto se han aliviado con anestesia, en un principio utilizando cloroformo y posteriormente usando diversos medicamentos siguiendo los progresos de la bioquímica y la farmacología. Los modos de atacar el dolor han sido cuatro y son:

- 1) Reducir la sensibilidad local del útero.
- 2) Interrumpir la transmisión de las sensaciones dolorosas entre el útero y cerebro (epidural, caudal continua, infiltración de ganglios o nervios que ingresan al útero).
- 3) Disminuir o suprimir la conciencia del dolor (escopolamina, etc.).
- 4) Actuar sobre los tres factores locales de transmisión de la sensación por medio de la anestesia total o parcial.<sup>14</sup>

En casos normales el método psicoprofiláctico satisface condiciones de una gran manera como la falta de toxicidad para la madre y el niño, y la participación activa y completa de la mujer que vive uno de los momentos más importantes de su vida. El método no existe ninguna fórmula rígida, tiene reglas y disciplinas, y debe aplicarse consciente e inteligentemente, no es un método fácil para la mujer, ayudante o médico, exige un esfuerzo colectivo de

---

<sup>14</sup> Chable G, Garcia K. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Rev Sanid Milit. 2013 mayo-junio; 67(3): p. 106-114.

la gestante y el equipo de salud, pero éste enriquece a todos los que participan en él.<sup>15</sup>

### **2.2.2. Bases científicas de la psicoprofilaxis obstétrica:**

La fisiología del parto y la fisiopatología del dolor han sido motivo de múltiples investigaciones para determinar las causas del dolor en el parto. Para que haya dolor es necesario que ocurran tres circunstancias: terminaciones nerviosas, estímulo suficiente (físicos y psíquicos: reflejo condicionado) y umbral de percepción del dolor adecuado. Basado en este contexto científico se trabajaron tres diferentes formas de evitar el dolor en el parto.<sup>16</sup>

- a. **Anestesia en el parto:** Técnica por la que, a través del uso de fármacos se bloquea la sensibilidad táctil y dolorosa de la gestante en el momento del parto, provocando un parto sin dolor. Aunque no es frecuente pueden ocurrir complicaciones y efectos secundarios, tanto en la madre como en el recién nacido, aun cuando la gestante sea vigilada cuidadosamente.<sup>20</sup>
- b. **Analgesia farmacológica en el parto:** uso de sustancias o drogas utilizadas con el propósito de atenuar o abolir el dolor durante el parto, la lista de sustancias utilizadas es bastante larga, cada una con sus indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios.<sup>20</sup>
- c. **Métodos hipnosuggestivos en el parto:** analgesia obstétrica por influencia magnética, utilizada desde fines del siglo XIX, por lo que se logró moderar los dolores del parto. El método es personalizado y no permite la colaboración de la gestante en el periodo expulsivo. Por otro lado al despertar las pacientes no recuerdan nada de lo sucedido, perdiéndose la relación psicoafectiva entre la madre y el recién nacido.<sup>20</sup>

---

<sup>15</sup> Chable G, Garcia K. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Rev Sanid Milit. 2013 mayo-junio; 67(3): p. 112

<sup>16</sup> Ministerio de salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú: MINSa; 2012.



d. **Bases doctrinarias de la psicoprofilaxis obstétrica:**

- **Escuela inglesa.** (Grantly Dick Read), postulado "el temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal", establece un orden de importancia entre los 4 elementos: Educación - Respiración – Relajación – Gimnasia.<sup>15</sup>
- **Escuela rusa.** (Platonov, Velvovsky, Nicolaiev), postulado: "el parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación activa de la mujer. Establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede descondicionarse.<sup>15</sup>
- **Escuela francesa.** (Fernand Lamaze), postulado: "parto sin dolor por el método psicoprofiláctica en base a la educación neuromuscular". Sus bases teóricas son las mismas que las de la escuela rusa.<sup>15</sup>
- **Escuela ecléctica.** (Leboyer, Gavensky, y otros), postulado: favorecer el momento adecuado para el encuentro padre – madre - hijo. "Parto sin dolor, parto sin violencia". La escuela ecléctica escoge lo mejor de cada escuela o teoría dirigiendo su atención hacia el recién nacido. <sup>15</sup>

e. **Métodos alternativos y complementarios:** Con la finalidad de cumplir plenamente con el objetivo de la psicoprofilaxis obstétrica, pueden incorporarse técnicas milenarias que van a enriquecer el manejo de esta especialidad:<sup>15</sup>

f. **Biodanza:** Técnica de desarrollo humano y renovación existencia cuyos elementos son la música, danza y dinámica grupal.<sup>15</sup>

- g. **Acupuntura:** Parte de la medicina tradicional china, cuyo objetivo principal es la eliminación del dolor, constituyendo una alternativa en la obstetricia moderna sin competir con la psicoprofilaxis o el uso de anestesia.<sup>15</sup>
- h. **Cromoterapia:** Técnica de la medicina tradicional de la india, China y Grecia. Ciencia y arte que utiliza la terapéutica del celar para equilibrar desarreglos energéticos.<sup>20</sup>
- i. **Hidroterapia:** Utilización del agua con fines terapéuticos se basa en la fuerza de presión de agua y el nivel de temperatura.<sup>2</sup>
- j. **Reflexología:** Utilización de la dígito presión en zonas o canales de energía en el mejor funcionamiento del organismo.<sup>20</sup>
- k. **Yoga:** Técnica que integra cuerpo, mente y espíritu. Eleva la producción de endorfinas, hormona que interviene durante el parto como analgésico, es vital para el equilibrio emocional, ayuda a elevar el sistema inmunológico. El yoga brindará a las futuras madres a través del aprendizaje del manejo de la respiración durante el embarazo, el trabajo de parto, desbloqueo emocional y del dolor, regula el sueño de la gestante, mejorando su descanso y el de su bebé en formación".<sup>20</sup>

La Psicoprofilaxis obstétrica consiste en la preparación integral de los futuros padres desde el punto de vista teórico, físico, emocional, mental, espiritual y social con la finalidad de tener un embarazo, parto y post parto sin dolor y temor. A la gestación se la considera como un proceso biológico, psicológico y socialmente normal, las condiciones de salud de la gestante, el ambiente familiar y el contexto social en que se realiza contribuyen a su evolución, debiendo examinar a la madre y al producto de la concepción mediante programas de salud.<sup>7</sup>

La relajación es un arma eficaz para lograr el equilibrio mental y el autodomínio de la mujer ante una situación estresante como es el parto. El conocimiento y dominio de alguna técnica de relajación permite reducir molestias, nerviosismo, tensión, cansancio y angustia durante el parto, pudiendo controlar de manera más adecuada el dolor. Las técnicas de relajación tienen como objetivo oponerse a los mecanismos de estrés, ayudando al organismo a conseguir un estado más equilibrado.<sup>7</sup>

**Técnica de tensión-relajación:** Para esta técnica la mujer debe adoptar una postura cómoda (preferiblemente acostada sobre el lado izquierdo). Consiste en contraer grupos musculares dejando el resto del cuerpo relajado, para a continuación ir relajándolos tomando conciencia de las sensaciones que se van produciendo. La contracción muscular debe durar unos 5 - 7 segundos y la relajación consecutiva unos 20 - 30 segundos. Se debe comenzar por los grupos musculares de pies y piernas, luego los brazos, a continuación el vientre y la vagina, el pecho, los hombros, la espalda, y por último los músculos faciales. Estos ejercicios deben repetirse una o dos veces hasta que se consiga realizarlos, y son más eficaces si la mujer los practica con regularidad, sola o con una persona de apoyo.<sup>7</sup>

**Relajación por el tacto:** Esta técnica requiere la presencia de un ayudante que vaya colocando sus manos sobre los distintos grupos musculares del cuerpo de la mujer para que ésta vaya relajándolos con el contacto. A veces conviene que el tacto se convierta en un suave masaje sobre la parte del cuerpo que está tensa; este masaje debe ser muy lento. Esta técnica ayuda además a la mujer a reaccionar mejor ante las manipulaciones por parte del médico. La relajación por el tacto también incluye el rozamiento abdominal, que consiste en dar un golpeteo ligero sobre el abdomen con la yema de los dedos, comenzando desde la sínfisis del pubis y desplazando los dedos hacia arriba con un movimiento circular, o bien haciendo la figura de un 8 sobre el abdomen.<sup>7</sup>

**Visualización (imaginación) - Concentración:** El hecho de visualizar imágenes mentalmente durante el parto puede ayudar a la mujer a sentir alivio del dolor.

Concentrándose en imágenes que le resulten relajantes (las olas rompiendo en una playa desierta, un campo verde y florido, un cielo estrellado) puede llegar a evadirse y sentir que las sensaciones dolorosas disminuyen. Resulta interesante centrarse en imágenes creativas y revivirlas (imaginarse practicando deporte, escalando una montaña, pintando un cuadro); esta medida permite recibir la contracción con una imagen mental vívida en armonía con el parto y no en lucha con el propio cuerpo. Debemos enseñar a la mujer a usar la mente para influir positivamente sobre su cuerpo. La recreación de imágenes que establezcan un vínculo entre lo que sucede dentro de su cuerpo y lo que imagina la mujer puede ser de gran ayuda.<sup>7</sup>

**Hipnosis:** Es un estado de gran sugestión inducido por una intensa concentración, y que produce una profunda relajación. Para que la parturienta consiga un auto hipnosis ha de estar muy entrenada previamente y debe encontrarse en un ambiente propicio carente de estímulos externos. No obstante, existe mucha controversia con el uso de este método de relajación durante el parto, ya que se pretende que la mujer participe activamente en su proceso de parto, algo que no sería del todo posible en un estado hipnótico.<sup>7</sup>

**Musicoterapia:** Los efectos beneficiosos de la música, a nivel mental y emocional son de sobra conocidos. Como método de evasión-distracción o como inductora de determinados estados anímicos (euforia, serenidad, goce), la música puede ayudar a la mujer embarazada a conseguir relajación y una actitud mental positiva. Actualmente hay en marcha numerosos estudios que pretenden probar los beneficios que experimentan las parturientas cuando dilatan escuchando música.<sup>7</sup>

**Hidroterapia:** El agua constituye un medio excelente para relajar y tonificar el cuerpo de la mujer embarazada. Masajea y reconforta los músculos y la piel, vigoriza y estimula la circulación sanguínea. Baños, duchas, zambullirse en una piscina, los jacuzzis, aplicación de compresas y envolturas húmedas, son algunas de las prácticas que proporcionan a la mujer embarazada sensaciones muy agradables y la llevan fácilmente a un estado de relax. Los vapores, tinas

calientes y saunas no son recomendables en el embarazo, pues provocan una intensa vasodilatación periférica y por tanto el aporte sanguíneo al feto puede verse comprometido. <sup>7</sup>

**Aromaterapia:** Consiste en respirar olores agradables que ayuden a la mujer a sentirse bien. Estos olores originan la liberación de neurotransmisores y endorfinas, y estimulan determinadas zonas cerebrales produciendo sensaciones placenteras y bienestar. Algunas esencias tienen una gran fuerza vitalizante (naranja, romero, sándalo, neroli) o bien relajante (lavanda, rosa, jazmín, melisa, geranio). Estos aceites se aplican colocando unas gotitas en la almohada o en un pañuelo, también mediante un suave masaje sobre la piel. La esencia de salvia, poleo, hinojo, albahaca no debe ser utilizada durante el embarazo ya que puede estimular las contracciones uterinas.<sup>7</sup>

Hoy existe el convencimiento que la Psicoprofilaxis Obstétrica constituye una de las más trascendentes líneas de servicio integral a las madres gestantes, que permite la gran alternativa de mejorar las condiciones de su calidad de atención, alternativa que adquiere singular importancia en vista de las serias limitaciones de recursos con que cuentan aún nuestros servicios públicos. Sin embargo, la implementación de estos, con personal capacitado, acreditado e identificado con el método nos permitirá objetivar mejor estas ventajas y descubrir nuevas, tal como ha sucedido en diferentes países. En el campo toco-fisio-psicoterapéutico, incluye una preparación integral con ejercicios gestacionales encaminados a mejorar el estado corporal y mental, a Organización Mundial de la Salud (OMS) la recomienda por sus efectos positivos y beneficiosos.<sup>7</sup>

### **Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la madre**

- Menor grado de ansiedad en la madre, adquiere una actitud positiva y de tranquilidad.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás técnicas de autoayuda.

- Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto, ingresa al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal, del tiempo total del trabajo de parto. y menor duración de la fase expulsiva.
- Esfuerzo eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos analgésicos, anestésicos y menos riesgos de presentar complicaciones obstétricas.
- Menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, sabe aplicar su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias.
- Disfruta mejor de su gestación y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso.
- Mejor vínculo afectivo con su pareja y el bebé, pudiéndolo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y positivos, sin perjuicio del bebé, ni especulaciones ni uso de técnicas no probadas o no convenientes.
- Menor posibilidad de partos distócicos y riesgo de un parto instrumentado.
- Recuperación más rápida y cómoda con aptitud para una lactancia natural.
- Menor riesgo a tener depresión postparto.<sup>17</sup>

### **Las ventajas perinatales en la prevención prenatal de discapacidades.**

Brinda significativos beneficios al niño desde su gestación. Esta interesante acepción se está dando sustancialmente en la visión de los pediatras neurofisiólogos y otros especialistas relacionados a la perinatología. Se ha demostrado que antes de nacer, en el útero, el feto es un ser profundamente sensible que establece una relación intensa con su macro y micro entorno gestacional. Su desarrollo depende de los cuidados maternos y de la calidad de

---

<sup>17</sup> Solis H, Morales S. Impacto de la psicoprofilaxis obstetrica en la reduccion de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med. 2012; 12(2): p. 47-50

vida que le proyecte las mejores oportunidades de crecer, desarrollarse y ser un individuo potencial en todas sus capacidades físicas, intelectuales y psicoafectivas.<sup>21</sup>

Riesgos perinatales que se pueden evitar con la Psicoprofilaxis Obstétrica:

- Prematuridad.
- Bajo peso al nacer.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Apgar bajo.<sup>21</sup>

### **Ventajas Perinatales**

- Etapas: Prenatal, Intranatal y Postnatal
- Mejor curva de crecimiento intrauterino.
- Mejor Vínculo Prenatal (EPN).
- Enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina (lo inocuo vs lo dudoso).
- Menor Índice de sufrimiento fetal.
- Menor índice de complicaciones perinatales.
- Menor índice de prematuridad.
- Mejor peso al nacer.
- Mejor estado (apgar).
- Mayor éxito con la lactancia materna.
- Mejor crecimiento y desarrollo.<sup>21</sup>

### **Ventajas para el equipo de salud**

- Trabajo en un clima con mayor armonía.
- Mayor confianza, comprensión y colaboración de la pareja gestante.
- Mejor distribución del trabajo.
- Ahorro de recursos materiales.
- Ahorro de tiempo.

- Disminución de riesgos maternos y perinatales.
- Mejor actitud y aptitud de todos.
- Ahorro de presupuesto.<sup>21</sup>

## **Contraindicaciones para la práctica de ejercicios físicos en gestantes**

### **Contraindicaciones absolutas:**

- Enfermedad renal, cardíaca.
- Embarazo múltiple
- Preeclampsia
- Placenta previa
- Cérvix incompetente o cerclaje
- RPM
- Parto prematuro
- Sangrado vaginal
- RCIU
- Sospecha de distress<sup>19</sup>

### **Contraindicaciones relativas:**

- Hipertensión no controlada
- Diabetes mal controlada
- Anemia moderada a severa
- Obesidad o delgadez excesiva
- Tabaquismo
- Ingesta de alcohol
- Embarazo gemelar tras las 24 semanas.<sup>19</sup>

### **Motivos para la detención del ejercicio físico:**

- Cefaleas
- Alteración de la visión
- Palpitaciones



- Debilidad muscular
- Sensación de falta de aire
- Lenta recuperación de la FC Y PA tras la práctica de ejercicios
- Perdida de líquido a sangrado vaginal
- Disminución de movimientos fetales
- Contracciones uterinas.<sup>19</sup>

### **Psicoprofilaxis Obstétrica Integral**

La psicoprofilaxis obstétrica es la preparación prenatal integral que recibe la pareja gestante y que los encamina a llevar un embarazo, parto y postparto sin temor, en las mejores condiciones y con la posibilidad de una rápida recuperación, de manera que esta jornada se traduzca en una experiencia saludable y feliz.<sup>18</sup>

Sostiene en tres pilares fundamentales.

AREA	BRINDA
PSICOAFFECTIVA	Soporte emocional
COGNITIVA	Preparación teórica
FISICA	Entrenamiento integral

### **Objetivo de la psicoprofilaxis y tipo de parto**

El principal objetivo es lograr seguridad mediante sus tres aéreas de preparación y a partir de esto contar con las mejores ventajas que darán la posibilidad de tener un parto feliz, sea natural o por cesárea. Aunque la idea es tener un parto natural, la calidad de vida del bebe y la mama es lo más importante, por lo tanto, el especialista decidirá oportunamente lo mejor para ambos de acuerdo al diagnóstico y condiciones obstétricas.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> Morales.S. Psicoprofilaxis obstetrica integral. 1ra ed. Lima: Cimagraf; 2012.

### **El temor y el dolor durante el parto**

El miedo es la raíz de todo. Especialmente el temor a lo desconocido o mal conocido. Si la pareja vive con temor jamás tendrá tranquilidad y seguridad. Por lo tanto, es lo primero que se debe combatir a través de la psicoprofilaxis mediante los conocimientos e información correcta y oportuna sobre el proceso. Asimismo la tensión provocada por el miedo a lo desconocido o mal conocido puede acentuar las molestias que naturalmente se sienten durante el embarazo o en el mismo parto.<sup>22</sup>

Hay que recordar que no se trata de resignarse al dolor, partiendo que el parto no es un acontecimiento de sufrimiento o un acto obligado, por el contrario es la labor más noble, digna y acogedora que ha privilegiado a la mujer.<sup>22</sup>

### **Analgesia epidural**

La psicoprofilaxis no se opone a la analgesia epidural ni viceversa. Ambos son métodos con mucha base científica y pueden complementarse perfecta y armoniosamente. Con o sin epidural la pareja bien preparada, esta apta para colaborar en todo momento hasta el nacimiento del bebe, incluso después. Es preciso considerar que la epidural ayuda a calmar las molestias pero no oxigena al bebe ya que esa sigue siendo la función de la madre. El rol del equipo de salud, es recordar y reforzar este aspecto en la madre.<sup>22</sup>

### **Participación de la pareja**

La psicoprofilaxis brinda un espacio privilegiado para que la pareja gestante integre sus expectativas, esfuerzos y éxito por la llegada de su bebe. Hasta hace pocos años se consideraba al padre un simple espectador. Hoy en día en también asume una posición protagónica comprendiendo las necesidades de su pareja colaborando durante todas sus etapas y con una buena comunicación, así se convierte en el mejor refuerzo técnico el día del parto gracias a su rol funcional. Ellos aprenden a trabajar en equipo.<sup>22</sup>

### **2.2.2. Preparación psicoafectiva**

Logra a través de una adecuada orientación y motivación la madre y su pareja se sientan cada vez más contentos, tranquilos y seguros, permitiéndoles disfrutar de su embarazo al máximo y venciendo los temores o ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor, trabaja sobre la base de la escuela inglesa.<sup>22</sup>

#### **a) Preparación cognitiva**

La preparación teórica o cognitiva se brinda a través de los conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología del embarazo, parto y post parto que enseñan a la pareja gestante a comprender y reconocer los cambios en el organismo durante estas etapas. Asimismo, con esta información los padres sabrán cómo evoluciona su bebe facilitando el mejor cuidado, atención y estimulación.<sup>22</sup>

#### **b) Preparación física**

Llamado también kinesiología, porque el organismo de la embarazada, como en cualquier jornada activa, o como en cualquier deporte necesitan un buen entrenamiento para responder a las demandas gestacionales de la forma más eficaz con el mínimo esfuerzo.<sup>22</sup>

En conclusión, la gimnasia es apenas una parte de la preparación y hay que saber emplearla correctamente porque no todos los embarazos son iguales y alguno puede traer sus complicaciones ante las cuales la obstetrix sabrá indicar los adecuados a cada situación particular y evaluando las condiciones y con enfoque de riesgo obstétrico.<sup>22</sup>

## Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia

Es la preparación de la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o durante el trabajo de parto sea en su fase de dilatación o periodo expulsivo. Queda claro que el momento ideal para iniciar las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica es entre las 20 y 25 semanas. Sin embargo la mayoría de madres no sabe o no cuenta con las facilidades para empezar en esta temporada su preparación. En caso de realizar una psicoprofilaxis de emergencia se sugiere hacer prioridad en: <sup>22</sup>

- Signos de alarma
- Señales de parto
- Técnicas de relajación
- Técnicas de respiración.

## Inicio y termino de la psicoprofilaxis

A partir de las 20ss de gestación, porque ya paso la primera etapa de adaptación a las molestias del primer trimestre. Aunque nunca es tarde para realizar la preparación psicoprofiláctica con ejercicios gestacionales, lo ideal es no esperar los últimos meses ya que en esta temporada él bebe está más grande y puede hacer más difícil para la mama realizar algunos movimientos.<sup>22</sup>

## Tipos de respiración durante el trabajo de parto

Dilatación		
0-6 cm	7-9cm	10cm
<b>Respiración I:</b>	<b>Respiración II:</b>	<b>Respiración III:</b>
Profunda	Jadeante	Sostenida-pujo
<b>Posición:</b>	<b>Posición:</b>	<b>Posición:</b>
Sentada de pie acostada	Acostada (DLI o decúbito dorsal)	Sentada o semifowler

Se realizaran los tipos de respiración como respuesta a la contracción uterina.<sup>19</sup>

<sup>19</sup> Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. Trabajo de parto y parto normales. In Diane M, D. G, editors. Williams Obstetricia. Mexico,Caracas,Guatemala,Madrid: McGrawHill; 2010. p. 374-397.

## **Trabajo de parto**

El nacimiento corresponde al periodo comprendido entre el inicio de las contracciones uterinas regulares y la expulsión de la placenta. El proceso por el cual ocurre esto con normalidad se denomina trabajo de parto.<sup>23</sup>

### **Características del trabajo de parto:**

El mayor impedimento para la comprensión del trabajo de parto normal consiste en reconocer su inicio. La definición estricta de trabajo de parto, presencia de contracciones uterinas que producen borramiento y dilatación demostrables del cuello uterino.<sup>23</sup>

Un método que define el inicio de trabajo de parto según el National Maternity Hospital de Dublin es: Presencia de contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, acompañado de expulsión de tapón mucoso, borramiento del cuello uterino.<sup>23</sup>

### **Periodos del trabajo de parto**

- ✓ **Primer periodo:** Abarca desde el inicio del trabajo de parto hasta la dilatación completa.
  - Fase latente: El inicio de la fase latente definido por friedman corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. En la mayoría de mujeres esta fase termina entre los 3-5 cm de dilatación, por lo general este periodo es mucho más prolongado.<sup>23</sup>
  - Fase activa: Empieza luego de la fase latente y termina con la dilatación máxima. Es la fase de rápida progresión de la dilatación. Durante la fase activa existen tres componentes identificables, incluidas una fase de aceleración, una fase de máxima pendiente y una fase de desaceleración.<sup>23</sup>

- ✓ **Segundo periodo:** Es el periodo expulsivo, comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto.<sup>23</sup>
- ✓ **Tercer periodo:** También llamado periodo de alumbramiento, abarca desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de membranas ovulares.<sup>23</sup>

### Patrones normales de evolución del trabajo de parto

		Nulíparas	Múltiparas
<b>Velocidad de:</b>	La dilatación	1.2cm/h	1.5cm/h
	El descenso	1cm/h	2cm/h
<b>Duración del periodo:</b>	De dilatación	8-12 h	6-8 h
	Expulsivo	50 min	20 min
	Alumbramiento	30min	

La duración del trabajo de parto normal fue estudiada por Friedman, quien determinó la duración promedio de cada periodo del trabajo de parto normal.<sup>20</sup>

### 2.2.3. MEDICACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

#### Métodos usuales de analgesia y anestesia obstétrica

Los métodos pueden ser clasificados en tres categorías: analgesia farmacológica simple, analgesia/anestesia inhalatoria, analgesia regional.<sup>24</sup>

#### a) Analgesia farmacológica simple:

En muchas partes donde no existen anesthesiólogos suelen utilizarse métodos simples de analgesia como sugestión, sedantes y tranquilizantes.<sup>24</sup>

<sup>20</sup> Pacheco J, Cordero R. Dolor de parto. In Candiotti, editor. Ginecología Obstetricia y Reproducción. Perú: Copyrigh; 2014. p. 1341-1342.

**b) Analgesia/anestesia inhalatoria:**

La analgesia inhalatoria es un método poco utilizado en el Perú. Produce alivio efectivo del dolor moderado sin causar pérdida de la conciencia o depresión materno fetal. El agente más utilizado es la combinación de óxido nitroso/oxígeno al 50%. Suele ser administrado intermitentemente durante la contracción uterina, por el mismo paciente, el esposo o el anesthesiólogo.

La anestesia inhalatoria, generalmente para intervenciones de urgencia, debe ir precedida de un método de inducción rápida. Con la anestesia general se corre el riesgo de provocar regurgitación y vomito probablemente aspiración pulmonar, causa importante de mortalidad materna.<sup>24</sup>

**c) Analgesia/anestesia regional:**

Es la más utilizada. Las técnicas más comunes de analgesia/anestesia regional son el bloqueo epidural lumbar continuo, bloqueo subaracnoideo, bloqueo paracervical y pudiendo, bloqueo caudal continuo y el bloqueo extracaudal con doble catéter, lumbar y caudal.<sup>24</sup>

**Ventajas:**

- Produce alivio completo del dolor en la mayoría de las parturientas.
- Elimina la posibilidad de aspiración.
- Administrada correctamente no causa depresión materna o neonatal.
- No altera el progreso del parto.
- La analgesia epidural continua puede ser ampliada en caso de operación cesárea.
- Permite a la madre permanecer alerta durante el trabajo de parto.<sup>24</sup>

### **Desventajas:**

- Requiere de personal preparado y experimentado.
- Los fracasos son mínimos en manos experimentadas.
- El bloqueo vasomotor puede causar hipotensión.
- El bloqueo perineal suele bloquear el reflejo del pujo.<sup>24</sup>

### **Asistencia del parto**

De acuerdo a lo establecido por la OMS según la edad gestacional el parto se clasifica en:

- ✓ Parto a término: Es el nacimiento de un producto >37 semanas y <42 semanas de gestación.
- ✓ Parto pos término: Es el nacimiento de un producto >42 semanas de gestación.
- ✓ Parto pretérmino: Es el nacimiento de un producto >28 semanas y <37 semanas de gestación.
- ✓ Parto inmaduro: es el nacimiento de un producto >22 semanas y <28 semanas de gestación.<sup>24</sup>

Si el parto evoluciona sin que haya ninguna desviación fisiológica se denomina parto normal o eutócico. Si en el parto ocurriera alguna alteración se denomina parto distócico.<sup>21</sup>

### **Líquido amniótico**

El líquido amniótico tiene varias funciones durante el embarazo. Crea un espacio físico para que el esqueleto adquiriera su forma normal, promueve el desarrollo pulmonar fetal fisiológico y ayuda a evitar la compresión del cordón umbilical. La anomalía intrínseca que se encuentra en clínica más a menudo es el exceso o la carencia del líquido amniótico.<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> Pacheco J, Cordero R. Dolor de parto. In Candiotti , editor. Ginecología Obstetricia y Reproduccion. Peru: Copyrigh; 2014. p. 1291.



Semanas de gestación	Volumen del líquido amniótico
16 semanas	200 ml.
28 semanas	1000 ml.
36 semanas	900 ml.
40 semanas	800 ml.

Color del líquido amniótico y su valor clínico:

Color	Situación asociada
<b>Acrónico a pajizo</b>	Normal
<b>Amarillo</b>	Eritroblastosis
<b>Verdoso (meconio)</b>	Hipoxia fetal
<b>Oscuro a rojo-marrón</b>	Muerte fetal

Registro del líquido amniótico durante el trabajo de parto (partograma OMS):

- **I:** membranas integra
- **R:** membranas rotas
- **C:** líquido amniótico claro (NORMAL)
- **M:** líquido con manchas de meconio (HIPOXIA FETAL)
- **S:** líquido con manchas de sangre (MUERTE FETAL)<sup>25</sup>

### Calificación Apgar

El Score de Apgar es una escala de puntuación utilizado por los neonatólogos para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad del Recién Nacido y la necesidad o no de algunas maniobras de reanimación en los primeros minutos de vida, es un examen rápido: Se realiza al primero y quinto minuto inmediatamente después del nacimiento del bebé para determinar su condición física, la proporción se basa en la escala de 1 a 10. <sup>25</sup>

**Al primer minuto:** Examen físico rápido, evalúa el nivel de tolerancia del recién nacido al proceso del nacimiento, y refleja la necesidad de reanimación inmediata. <sup>25</sup>

**Al minuto cinco:** Evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente, tiene importancia para el pronóstico de supervivencia neonatal durante los primeros 28 días de vida.<sup>25</sup>

**Sistema de calificación apgar:**

Signo	0 puntos	1 punto	2 puntos
<b>Frecuencia cardiaca</b>	Falta	< 100 lpm	>0 = a 100 lpm
<b>Esfuerzo respiratorio</b>	Falta	Lento, irregular	Adecuado, con llanto.
<b>Tono muscular</b>	Flácido	Cierta flexión de las extremidades	Movimiento activo.
<b>Irritabilidad refleja</b>	Respuesta nula	Gesticulación	Llanto vigoroso
<b>Color</b>	Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules	Por completo de color rosado

Datos tomados apgar 1953.

**Interpretación**

- Normal de 8 a 10,
- Depresión leve 7
- Depresión moderada de 4 a 6,
- Depresión severa menor de 3.<sup>22</sup>

Los recién nacidos a término con una adaptación cardiopulmonar normal deberían obtener un puntaje de 8 - 10 al 1er minuto y los 5 minutos. Puntajes de 4 - 7 requieren una atención y observación cercana para determinar si el status del bebé mejorará y para determinar si alguna condición patológica resultante del parto o intrínseca del infante con la que haya nacido, están contribuyendo para el bajo puntaje de Apgar. Por definición un puntaje de 0 - 3 requiere resucitación inmediata.<sup>26</sup>

---

<sup>22</sup> Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. El recién nacido. In Diane M,D.G, editors. Williams Obstetricia. Mexico, Caracas, Guatemala, Madrid: McGrawHill; 2010. p. 594.

## **Peso del recién nacido**

El peso del recién nacido se clasifica en:

- Extremadamente bajo peso: menor a 1000gr.
- Recién nacido muy bajo peso: menor a 1500gr,
- Recién nacido de peso moderadamente bajo: menor a 2500gr.
- Recién nacido de peso adecuado: 2500 - 3999gr.
- Recién nacido sobre peso: mayor 4000gr.<sup>26</sup>

De acuerdo a la edad gestacional el recién nacido se clasifica en:

- Recién nacido inmaduro:  
Mayor a 22 semanas y menor a 28 semanas.  
Mayor a 500gr. y menor a 1000gr.
- Recién nacido pretermino o prematuro:  
Mayor a 28 semanas y menor a 37 semanas.  
De 1000gr. y menor a 2500gr.<sup>26</sup>
- Recién nacido a término:  
Mayor a 37 semanas y menor a 42 semanas.  
Equivalente a un producto de 2500gr. y menor a 4000gr.
- Recién nacido post termino:  
Mayor a 42 semanas.<sup>26</sup>

## **Contacto precoz piel a piel**

El contacto temprano piel a piel comienza idealmente al nacer y consiste en colocar al recién nacido desnudo cubierto con una manta templada sobre el pecho desnudo de la madre. Según la neurociencia de los mamíferos, el contacto íntimo inherente en este lugar (hábitat) evoca neuro comportamientos que aseguran el cumplimiento de las necesidades biológicas básicas. Asimismo la intervención puede beneficiar los resultados de la lactancia materna, apego

temprano madre-neonato, llanto infantil y estabilidad cardiorrespiratoria y aparentemente no tiene efectos negativos a corto o largo plazo.<sup>23</sup>

El contacto precoz favorece el vínculo afectivo, aumenta la autoestima materna, disminuye la ansiedad, mejora los sentimientos de aceptación del nuevo rol y la satisfacción durante el proceso de parto. Sobre la lactancia materna contribuye a que la primera toma sea efectiva y en consecuencia aumente su prevalencia, favoreciendo que esta se prolongue durante más tiempo.<sup>27</sup>

#### **2.2.4. ACTITUD**

Desde su aparición en la Psicología social, a principios del siglo pasado, y hasta la actualidad, se han propuesto distintas definiciones de actitud, de mayor o menor complejidad. En la actualidad, la mayoría de los estudiosos del tema estaría de acuerdo en definir las actitudes de la siguiente forma: “Evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud.”<sup>24</sup>

De una manera más concreta, al hablar de actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud (Eagly H. y Chaiken C., 1998). Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización.<sup>28</sup>

Formas principales de las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud. A la hora de evaluar un objeto de actitud como el brevete de conducir por puntos, hay varias posibilidades:<sup>28</sup>

---

<sup>23</sup> Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzales C, Rojas J. Frecuencia del control prenatal inadecuado y factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered. 2011 oct-dic; 22(4).

<sup>24</sup> Briñol, P., De la Corte, L. y Becerra, A. (2001). Qué es persuasión. Madrid: Biblioteca Nueva. Este libro describe el fenómeno de la persuasión desde el nivel de análisis de la Psicología social. En este sentido, es una lectura complementaria sobre todo en relación con el apartado de formación de actitudes.

➤ **Valencia positiva o negativa**

- Actitud positiva de extremosidad media: la persona hace una evaluación medianamente positiva del brevete de conducir por puntos.
- Actitud positiva de extremosidad alta: la persona considera el brevete de conducir por puntos como algo altamente positivo.
- Actitud negativa de extremosidad alta: la persona considera esta medida de regulación del tráfico como algo totalmente negativo.<sup>28</sup>

➤ **Indiferencia y ambivalencia**

- Ausencia de actitud: la persona considera la cuestión del brevete de conducir por puntos como algo irrelevante.
- Actitud neutra: la persona se siente indiferente ante la cuestión del brevete de conducir por puntos.
- Actitud ambivalente: la persona experimenta simultáneamente evaluaciones tanto positivas como negativas hacia el mencionado brevete de conducir por puntos.<sup>28</sup>

El Ministerio de Salud define la Actitud como “el estado de disposición adquirida y organizada a través de la propia experiencia, que incita al individuo a reaccionar de una manera característica frente a determinadas personas, objetos o situaciones”.<sup>25</sup>

## **COMPONENTES O ELEMENTOS DE LAS ACTITUDES**

Las actitudes se basan en 3 tipos de componentes:

- **Componente cognitivo** : Creencias y conocimientos.
- **Componente afectivo** : Sentimientos y emociones.

---

<sup>25</sup> Malagon Londoña, G. Infecciones Hospitalarias. 2da edición Editorial Medica Internacional. Colombia. 1999.

- **Componente conductual:** Experiencias en comportamientos anteriores.<sup>26</sup>

Cada uno de estos componentes pueden constituir la estructura que da origen a una determinada actitud, favorable o desfavorable, hacia un objeto. No es necesario que los 3 componentes estén separados o unidos en la valoración del objeto. Se puede tener la creencia de que el sushi es muy sano (componente cognitivo) pero no poder comerlo (componente afectivo).<sup>30</sup>

En este caso en el que los componentes no son consistentes entre sí, decimos que las actitudes son ambivalentes. Se trata de una ambivalencia actitudinal. El conjunto de las valoraciones que se hacen de un objeto constituyen la evaluación final que hemos definido como actitud.<sup>30</sup>

No confundir la actitud con los componentes en que se basa. La actitud es un constructo psicológico no observable, de carácter evaluativo, que media entre un objeto y las respuestas que da la persona ante ese objeto. Las actitudes se infieren a partir de su expresión en forma de respuestas que se dan al objeto de actitud. Estas respuestas pueden ser de tres tipos: cognitivas, afectivas y conductuales.<sup>30</sup>

### **MEDIDA DE LA INTENSIDAD DE LAS ACTITUDES**

La magnitud de una actitud depende de su valencia (positiva o negativa) y de su intensidad (grado o extremosidad de esa valencia). La intensidad o fuerza de una actitud depende de las siguientes variables:<sup>30</sup>

- a) Importancia de la actitud para esa persona
- b) Intensidad o extremosidad de su evaluación
- c) Conocimiento del objeto de actitud
- d) Accesibilidad de la actitud (facilidad de activación de la actitud en la mente de la persona) <sup>30</sup>

---

<sup>26</sup> Rodriguez, Aroldo. Psicología Social. Mexico. Editorial Trelles. 1976

Cuanto más extensa es una actitud, más persistente es en el tiempo, más resiste al cambio y más influye en la conducta. La medida de las actitudes se puede clasificar en 2 grandes bloques:<sup>30</sup>

- **Medidas explícitas** (la medición es explícita cuando se pregunta directamente a la persona). Tradicionalmente las actitudes se han medido mediante procedimientos de autoinforme.
  - ✓ **Tipo Likert:** La persona manifiesta su grado de acuerdo o de oposición con una serie de enunciados. La medida de la actitud se obtiene a partir de la suma de todos los ítems. <sup>30</sup>
  - ✓ **Diferencial semántico:** Consiste en una serie de escalas bipolares definidas por dos características opuestas, una positiva y otra negativa, en las que se pide a la persona que señale un punto intermedio. <sup>30</sup>
  
- **Medidas implícitas** (cuando se estudian indirectamente respuesta que se piensa que están asociadas a esas actitudes). Hay temas difíciles de medir ya que las personas tienden a responder en función de lo aprobado socialmente (cuestiones sobre inmigrantes o sobre igualdad de géneros).

En éstos casos se emplean procedimientos que impiden que los sujetos sean conscientes del objetivo de medida de la investigación. Para medir este tipo de actitudes se utilizan medidas implícitas: <sup>30</sup>

- a) Observación de conductas no verbales
- b) Medidas fisiológicas
- c) Medidas basadas en la latencia de respuesta. 2 tipos: <sup>30</sup>
  - **Priming:** Exposición del objeto de actitud en la pantalla de un ordenador durante fracciones de segundo y a continuación se presenta un conjunto de palabras para que el sujeto evalúe el contenido de éstas como bueno o malo. Se mide el tiempo de reacción del sujeto. <sup>30</sup>

- Test de Asociaciones Implícitas. Consiste en clasificar las palabras que aparecen en el centro de una pantalla de ordenador como pertenecientes a dos categorías establecidas. También mide el tiempo de reacción.<sup>30</sup>

Sin embargo la correlación entre actitudes explícitas e implícitas no siempre ha sido fácil de hallar. Para algunos autores las medidas implícitas recogen asociaciones automáticas que son frecuentes en un determinado ambiente social y que pueden ser inconscientes y estar culturalmente determinadas, sin que las personas respondan ante el objeto de actitud de acuerdo con estas asociaciones cuando tienen la oportunidad de pensar sus respuestas.<sup>30</sup>

**Modelo de disociación** (Devine, 1989): Establece una clara diferencia entre estos dos tipos de procesos. Este modelo distingue 2 tipos de actitudes prejuiciosas:<sup>30</sup>

- Estereotipos culturales: Son creencias compartidas dentro de una sociedad sobre características asociadas a los miembros de un grupo. Se aprenden a lo largo de la socialización del individuo y se activan de manera automática. (se refleja en medidas implícitas como el Test de Asociaciones Implícitas (IAT) Creencias personales: Reflejan la aceptación o no de los estereotipos culturales. Se activan de manera controlada. Se refleja en mediciones explícitas.<sup>30</sup>

## **FORMACIÓN DE ACTITUDES**

En el individuo ocurren tres procesos básicos que van a determinar la formación o cambio de actitudes, como son:<sup>30</sup>

- Conformidad: Medio a través del comportamiento, es decir ante una práctica común por la presión social, el individuo se conformara temporalmente y la presión del grupo social tendrá una conformidad permanente.<sup>30</sup>



- **Identificación:** Se establece cuando la persona define y responde de una manera predeterminada a partir de una persona o grupo por la experiencia lograda en una determinada situación. <sup>30</sup>
- **Internalización:** Es la aceptación absoluta de una actitud, convirtiéndose en parte integral del individuo. Se produce cuando una actitud es congruente con sus creencias y valores básicos. Adopta la nueva actitud, porque piensa que es correcto, o porque quiere parecerse a alguien. <sup>30</sup>

## **CARACTERÍSTICAS DE LAS ACTITUDES**

Las actitudes tienen ciertos rasgos característicos:

- ✓ Son aprendidas, es decir se forman a través de la experiencia.
- ✓ Influyen en el comportamiento del sujeto.
- ✓ Las actitudes propenden ser estables, pero pueden ser modificadas.
- ✓ Pueden ser favorables o desfavorables.
- ✓ Las actitudes se expresan en general por lo que decimos y por la manera en que lo decimos.
- ✓ Las actitudes seleccionan los hechos.
- ✓ Ejercen papel motivador en las conductas <sup>30</sup>
- ✓ Se necesita algo más que la fuerza de la voluntad para cambiarlos, es decir, un cambio radical en la manera de ver y sentir las cosas.

## **FUNCIONES DE LAS ACTITUDES**

- **Función de conocimiento:** Nos ayudan a comprender nuestro entorno y a darle significado. La división en positivo y negativo nos permiten diferenciar entre lo que es beneficioso y dañino para cada individuo. Influyen en el procesamiento de la información, siendo esta influencia más potente cuanto más fuerte es la actitud. <sup>30</sup>

Las actitudes sesgan el procesamiento de la información porque:

- a) Seleccionan lo que se procesa (atención)
- b) La interpretación de lo que se procesa tiende a hacerse congruente con la actitud previa (percepción)

c) Tratamos de ignorar la información que es incongruente, por lo que la información congruente con las actitudes se almacena en la memoria que la incongruente.<sup>30</sup>

- **Función instrumental (función de ajuste o utilitaria):** Las actitudes pueden servir a la persona para obtener refuerzos o evitar castigos. Clasifica los objetos de actitud de acuerdo a los resultados que proporcionan. Mostrar una actitud favorable hacia un grupo de música puede ser útil para un adolescente para integrarse en un grupo de amigos.
- **Función defensiva del yo:** Las actitudes también pueden contribuir a aumentar la autoestima. Culpar a los inmigrantes por el hecho de encontrarme en el paro.<sup>30</sup>
- **Función expresiva de valores:** Expresar públicamente actitudes que son centrales en su sistema de valores permite a la persona mostrar creencias que le sirven de principios generales. De este modo pueden servir para reafirmar aspectos importantes del autoconcepto (autoafirmación).<sup>30</sup>

Una misma actitud puede cumplir diferentes funciones para distintas personas y una misma actitud puede servir para varias funciones a una misma persona.<sup>30</sup>

### 2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:

- **Actitudes:** Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas. En este sentido, puede considerarse como cierta forma de motivación social de carácter, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario- que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Actitudes ante el aprendizaje y rendimiento académico en los estudiante universitarios (2007) <http://www.rieoei.org/investigacion28.htm> consultados Mayo2014.

- **Amenazas Emocionales:** Son momentos en que la embarazada puede descontrolarse y aparece temor a lo desconocido; primero amenaza emocional, (a los 5-6 cm de dilatación); segunda amenaza emocional (8cm de dilatación); tercer amenaza emocional (dilatación completa la cabeza presiona el recto) cuarta amenaza emocional (cabeza distiende al vulva, esta coronando, empieza a arder a quema).<sup>28</sup>
- **Apgar:** Es un sistema formal que evalúa la necesidad de asistencia medica al recién nacido en los primeros minutos de vida, se obtiene al minuto y a los 5 minutos. Expresa la adaptación cardio-respiratorio y la función neurológica del recién nacido. <sup>29</sup>
- **Dolor:** Se expresa como cualquier sufrimiento corporal que el enfermo diga sufrir. Sensación molesta y aflictiva. Sentimiento, pena y congoja. Pesar y arrepentimiento.<sup>33</sup>
- **Ejercicios de Relajación:** se define como un Esfuerzo corporal en que lo músculos están en reposo, es un estado de conciencia que se busca voluntaria y libremente con el objetivo de percibir los niveles más altos que un ser humano puede alcanzar, de calma, paz, felicidad, alegría.<sup>33</sup>
- **Ejercicios Respiratorios:** Respiraciones y relajación mediante dos tipos de respiraciones:
  - ✓ Producido por los estímulos químicos sea directa o indirectamente a través de los quimiorreceptores y que se caracteriza por ser amplia y profunda.<sup>33</sup>
  - ✓ El controlado por el sistema neurovegetativo por ser pequeño y superficial. De libre juego de ambos sistemas resulta el tipo

---

<sup>28</sup> Flores, J. (2013). Beneficios maternos y perinatales de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipolito Unanue Distrito el Agustino durante abril y junio del 2013.pag. 32.

<sup>29</sup> SCHWARCZ, Ricardo Leopoldo; DUVERGES, Carlos Alberto; DIAZ, Ángel Gonzalo y FESCINA, Ricardo Horacio. Obstetricia. Quinta Edición. Buenos Aires, Editorial El Ateneo. 1998.

respiratorio normal que se registra mediante aparatos especiales denominados neumógrafos.<sup>33</sup>

- **Gestación:** Estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto.<sup>30</sup>
- **Gestante Preparada:** Es aquella gestante que ha recibido las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.<sup>33</sup>
- **Gimnasia:** Se caracteriza por movimientos sistemáticos, con la posibilidad de seleccionar actividades y ejercicios con fines determinados, con la intención de mejorar la relación de los hombres y de las mujeres con su cuerpo, su movimiento, el medio ambiente y los demás. Toda gimnasia lleva implícita las características de intencionalidad, sistematicidad, promoción de la salud, socialidad e incluso creatividad.<sup>33</sup>
- **Parto:** Expulsión de un feto con un peso mayor de 500 gramos (20 semanas aprox.)<sup>33</sup>
- **Periodo de dilatación:** Se inicia cuando el orificio interno alcanza 2 cm; y la termina cuando la dilatación es completa, es decir, 10 cm. Se acepta esta condición como índice final porque ya la cabeza puede pasar a través de él, sin dificultad.<sup>33</sup>
- **Periodo de Alumbramiento:** También llamado placentario; tiene lugar desde la salida del feto hasta la expulsión total de la placenta y sus membranas.<sup>33</sup>
- **Periodo Expulsivo:** Se relaciona con la salida del feto y se inicia cuando termina el anterior (periodo de dilatación), es decir, el orificio interno se ha

---

<sup>30</sup> Portales médicos [sede Web]\*. Venezuela: 2011 [acceso 06 de Junio 2012] De Montero, L. "Gestante". Disponible en: [http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Gestante](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante)

incorporado totalmente al segmento uterino inferior y ya no se palpa al practicar el examen vaginal y culmina con la salida total del feto.<sup>33</sup>

- **Psicoprofilaxis Obstétrica:** Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, trabajo de parto y puerperio.<sup>31</sup>
- **Recién nacido:** Producto de la concepción a partir de las 22 semanas de gestación.<sup>28</sup>
- **Temor:** Miedo, sentimiento de inquietud o incertidumbre.<sup>33</sup>
- **Tensión:** Estado de un cuerpo, estirado por la acción de alguna fuerza que lo solicita o que le impide contraerse.<sup>33</sup>

---

<sup>31</sup> Morales, S. (2012). Psicoprofilaxis Obstétrica – Guía práctica. (1ra. ed.) Lima: Cimagraf.

## **CAPÍTULO III METODOLOGÍA**

### **3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

El tipo de investigación que se realizó en el presente trabajo de tesis fue de tipo Comparativo - descriptivo ya que busco determinar la actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin psicoprofilaxis, atendidas en el hospital de Chancay, durante los meses de enero a junio del 2016; ya que consiste en una serie de mediciones periódicas que se hacen en las personas en estudio, antes y después que se ha introducido la variable experimental. La cual es definida: "Son aquellas situaciones sociales en que el investigador no puede presentar los valores de la Variable Independiente a voluntad ni puede crear los grupos experimentales por aleatorización pero sí puede, en cambio, introducir algo similar al diseño experimental en su programación de procedimientos para la recogida de datos" (Campbell y Stanley, 1973).

### **3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

El diseño de la investigación que se realizó en el presente trabajo de tesis fue de corte transversal y prospectivo; ya que este tipo de diseño se

caracteriza por que mide una sola vez a la muestra, no importa cuánto tiempo nos demoremos para ello o en qué tiempo lo hagamos, y además aquí se inician con la observación de ciertas causas probables y avanzan longitudinalmente en el tiempo a fin de observar sus consecuencias. La investigación prospectiva se inicia, por lo común, después de que la investigación retrospectiva ha producido evidencia importante respecto a determinadas relaciones causales (Campbell y Stanley, 1973).

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población:**

La población de estudio en el presente trabajo de investigación lo conformaron 175 gestantes que se atendieron en el servicio de Obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.

#### **3.3.2. Muestra:**

La muestra con respecto a la población de estudio lo conformaron 120 primigestas, de las cuales 60 realizaron las sesiones de psicoprofilaxis obstétricas, y 60 no realizaron dichas sesiones; sin embargo se atendieron en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay de enero a junio del 2016, esta información se obtuvo mediante los criterios de inclusión y exclusión.

##### **3.3.2.1. Muestreo**

No probabilístico intencionado

#### **A. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

##### **a. INCLUSIÓN:**

- Primigestas que se atendieron en el servicio de obstetricia.

- Primigestas que acudieron a las sesiones de psicoprofilaxis.
- Primigestas que no presentaron complicaciones.
- Primigestas menores de 25 años.
- Primigestas que aceptaron ingresar al estudio.

**b. EXCLUSIÓN:**

- Múltiparas que se atendieron en el servicio de obstetricia.
- Primigestas que no aceptaron ingresar al estudio.
- Primigestas mayores de 25 años.

**3.4. VARIABLES**

**3.4.1. Variable X**

- Psicoprofilaxis obstétrica.

**Definición Conceptual.-**

Es el conjunto de actividades orientadas a brindar una preparación integral (teórica, física y psicológica) a la gestante para lograr un embarazo, parto y postparto sin temor y disminuir sus complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal.

**3.4.2. Variable Y**

Actitud de las primigestas durante el trabajo de parto

**3.4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**



VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
<p><b>Variable X:</b></p> <p>Psicoprofilaxis Obstétrica</p>	<p>Con Preparación de psicoprofilaxis obstétrica (6 a 8 sesiones: preparada)</p>	<p>Paridad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primigesta</li> <li>• Segundigesta</li> <li>• Multípara</li> </ul>
<p><b>Variable Y:</b></p> <p>Actitud en Primigestas durante el trabajo de parto</p>	<p>Sin Preparación de psicoprofilaxis obstétrica (&gt;6 sesiones: No preparada)</p> <p>Actitud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud durante la dilatación</li> <li>• Actitud durante el expulsivo</li> <li>• Actitud durante el alumbramiento</li> </ul>

### 3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.5.1. TÉCNICAS

La técnica que se empleó en el presente trabajo de tesis, fue la encuesta y la observación, ya que se indagó la actitud de las gestantes durante las diversas fases del trabajo de parto y el instrumento utilizado fue la lista de cotejo, asimismo se realizó un análisis documental, puesto que se

recopilaron los datos de la historia clínica para describir las características personales y los datos del trabajo de parto.

### 3.5.2. INSTRUMENTO

El instrumento que se aplicó en el presente trabajo de tesis fue:

**Lista de Cotejo:** La lista de cotejo fue elaborada con la intención de evaluar la actitud o comportamiento de las gestantes, que ingresan al servicio de obstetricia centrándose principalmente en los periodos de dilatación (fase activa) en el período de expulsivo, el periodo de alumbramiento.

Esta lista de cotejo fue adaptada a partir del estudio de Ailemac Astudillo, en el cual se empleó una lista de cotejo que contempló 20 ítems mediante una Guía de Observación de Preparación Psicoprofiláctica utilizada para primíparas durante el trabajo de parto” y tuvo una confiabilidad de 95%.

Para el presente estudio, la Lista de Cotejo quedó compuesta por 16 ítems, los cuales tienen una respuesta Dicotómica (SI, NO). Para las preguntas (1,2,3,4,5,6,8,9,10,11, 13,14) la respuestas “Si” y “No” tendrá puntajes de 1 y 0, respectivamente; mientras que para las preguntas (7,12,15,16) la respuesta “Si” y “No” tendrán puntajes 0 y 1, respectivamente. El tipo de actitud de las gestantes durante el trabajo de parto, se determinó tomando como un punto de corte la suma de la Media más la Desviación estándar de los puntajes obtenidos, a través de la lista de cotejo. De dicho punto de corte hacia arriba fue considerado una “Actitud Positiva”, y del punto de corte hacia abajo, fue considerado “Actitud Negativa”.

$$\text{Punto de Corte} = \bar{X} + S^2$$

Donde:

$\bar{X}$  : Media

$S^2$ : Desviación estándar

**Actitud Positiva:** Mayor o igual al Punto de corte

**Actitud Negativa:** Menor al Punto de corte.

### 3.6. PROCEDIMIENTOS

Se seleccionó a las pacientes del servicio de Obstetricia según los criterios de inclusión y exclusión y se les explicó sobre los objetivos y los beneficios del estudio mediante el consentimiento informado, por lo que se trabajó con cada gestante desde que ingresó al servicio de obstetricia en fase activa (4-6 cm) hasta la etapa de puerperio inmediato al parto. Cabe resaltar que por cada turno diurno, se tomó a una gestante tanto del grupo de estudio como del grupo control.

Para el grupo que se le aplicó la Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica, se realizó lo siguiente:

- ✓ Primero se le explicó sobre las técnicas de respiración, relajación, posiciones antálgicas y masajes durante el periodo de dilatación, expulsivo y puerperio con la ayuda de material didáctico, de tal manera que puedan lograr el control del dolor durante el trabajo de parto y tener actitudes positivas frente a este periodo. Tras ello, de manera práctica se les hizo la demostración de cómo debían respirar y relajarse y las posiciones antálgicas que debían adoptar en cada periodo del trabajo de parto, además de la aplicación de masajes realizada por la investigadora o por el acompañante, a quién se le explicó cómo debía realizarlo.
  
- ✓ Después de la aplicación de la guía de Psicoprofilaxis Obstétrica, se procedió a la aplicación de la lista de cotejo previa validación por Juicio de expertos, la cual consistió en observar las actitudes de las gestantes

en cada periodo del trabajo de parto y evaluar su desenvolvimiento y si cumplían con cada una de ellas.

- ✓ Finalmente, una vez culminado el proceso de parto, se procedió al llenado de la ficha de recolección de datos con la ayuda de la historia clínica, así como de la paciente, ya que se le pregunto sobre la percepción del dolor mediante la escala visual análoga en cada una de las fases del trabajo de parto.

Para el grupo que no se le aplicó la Guía de Psicoprofilaxis Obstétrica, se siguieron las mismas pautas (aplicación de la lista de cotejo y llenado de ficha de recolección de datos y escala visual análoga) que para el grupo de estudio.

Los datos se registraron en una base elaborada en la hoja de cálculo del programa IBM Statistics SPSS 21 tomando en cuenta todas las variables e indicadores, realizando el análisis descriptivo y analítico con el mismo paquete estadístico. Para el análisis descriptivo o univariado, en las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central (mediana) y medidas de dispersión (desviación estándar) y en las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y frecuencias relativas (porcentajes).

## **CAPÍTULO IV RESULTADOS**

### **4. RESULTADOS**

Los resultados se expondrán a continuación mediante tablas con datos estadísticos descriptivos, características demográfica y obstétrica del grupo de estudio.

#### **4.1. DATOS GENERALES**

**TABLA N° 1**

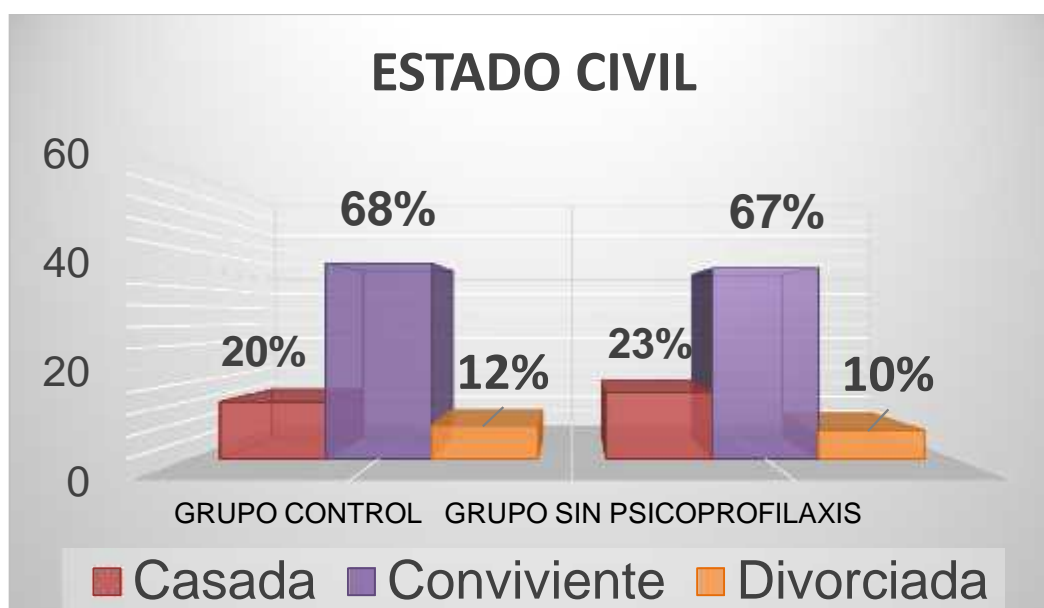
**CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PRIMIGESTAS**

<b>Características</b>		<b>Tipo de Grupo</b>			
		<b>G. con Psicoprofilaxis</b>		<b>G. sin Psicoprofilaxis</b>	
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Estado Civil</b>	Casada	12	20%	14	23%
	Conviviente	41	68%	40	67%
	Separadas	7	12%	6	10%

<b>Grado de Instrucción</b>	Secundaria	28	47%	25	42%
	Técnico	15	25%	16	27%
	Superior	17	28%	19	31%
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	48	80%	47	78%
	Dependiente	7	12%	5	8%
	Independiente	5	8%	8	14%

Nota: Elaboración Propia (2016)

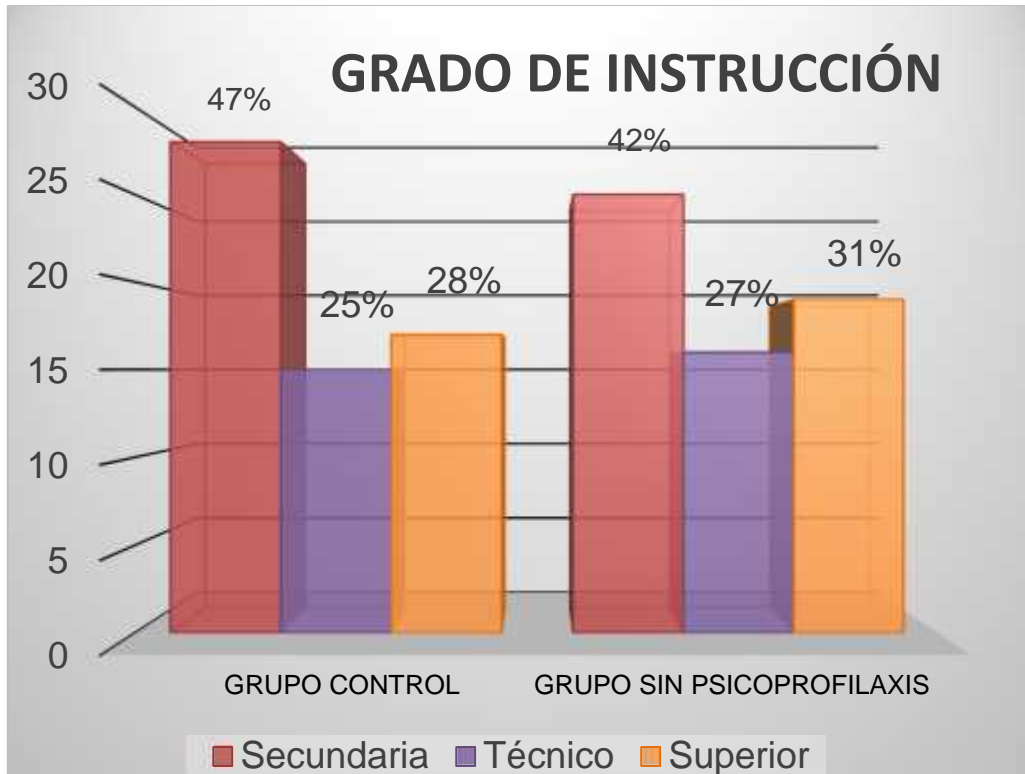
**Gráfico N° 1a.** Estado civil de las primigestas



**Fuente:** Elaboración propia

**Análisis:** Se observa a las pacientes que realizaron las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Chancay, con respecto al ítem del estado civil de las primigestas del 20% del grupo con psicoprofilaxis y 23% del grupo sin psicoprofilaxis son casadas, el 68% y 67% son convivientes de acuerdo al grupo respectivamente y, el 12% y 10% son separadas de acuerdo al grupo respectivamente.

**Gráfico N° 1b.** Grado de instrucción de las primigestas



**Fuente:** Elaboración propia

**Análisis:** Se observa a las pacientes que realizaron las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Chancay, con respecto al ítem del grado de instrucción de las primigestas del trabajo de investigación de tesis, el 47% del grupo con psicoprofilaxis y 42% del grupo sin psicoprofilaxis tienen secundaria, el 25% y 27% tiene estudios técnicos de acuerdo al grupo respectivamente y, el 28% y 31% tienen estudios superiores de acuerdo al grupo respectivamente.

**Gráfico N° 1c. Ocupación de las primigestas**



**Fuente:** Elaboración propia.

**Análisis:** Se observa a las pacientes que realizaron las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Chancay, con respecto al ítem a la ocupación de las primigestas del trabajo de investigación de tesis, el 80% del grupo con psicoprofilaxis y 78% del grupo sin psicoprofilaxis son amas de casa, el 12% y 8% tiene trabajos dependientes de acuerdo al grupo respectivamente y, el 8% y 14% tienen trabajos independientes de acuerdo al grupo respectivamente.



**TABLA N° 2**  
**RESPUESTAS FRENTE AL DOLOR DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN**

Actitud durante el periodo de dilatación		Tipo de Grupo			
		G. con Psicoprofilaxis		G. sin Psicoprofilaxis	
		N	%	N	%
Realiza 2 respiraciones profundas al inicio y al finalizar las contracción uterina	No	2	3.3%	55	91.7%
	Si	58	96.7%	5	8.3%
Realiza respiraciones espontaneas durante las contracciones uterinas	No	40	66.7%	57	95.0%
	Si	20	33.3%	3	5.0%
Inspira y exhala de forma sucesiva o rápida como soplo durante las contracciones intensas para evitar el pujo	No	10	16.7%	53	88.3%
	Si	50	83.3%	7	11.7%
Después de la realización del masaje, la paciente se siente tranquila emocional y físicamente	No	12	20.0%	51	85.0%
	Si	48	80.0%	9	15.0%
Durante la fase activa se acostó decúbito lateral izquierdo o posición sentada	No	1	1.7%	29	48.3%
	Si	59	98.3%	31	51.7%
Colaboró con el personal de salud durante el periodo de dilatación	No	2	3.3%	8	13.3%
	Si	58	96.7%	52	86.7%
Al experimentar una contracción uterina en el periodo de dilatación se desespera, grita, etc. hasta que esta termine	No	5	91.7%	51	15%
	Si	55	8.3%	9	85.0%

Nota: Elaboración Propia (2016)

**Análisis:** Se observa a las pacientes que realizaron las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Chancay, con respecto al ítem a sus respuestas sobre las actitudes durante el periodo de dilatación del trabajo de parto de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica, respecto a si realizaban 2 respiraciones profundas al inicio y al finalizar la contracción uterina, 96.7% del grupo con psicoprofilaxis sí lo hacía, frente a un 8.3% del grupo sin psicoprofilaxis. El 33.3% del grupo con psicoprofilaxis sí realiza respiraciones espontáneas durante las contracciones uterinas, comparado con solo el 5.0% del grupo sin psicoprofilaxis. El 98.3% de las primigestas que tuvieron Psicoprofilaxis Obstétrica adoptaron posición decúbito lateral izquierdo o posición sentada durante la fase activa, frente a un 51.7% del grupo que no recibió psicoprofilaxis. El 3.3% de las primigestas del grupo con psicoprofilaxis no colaboro con el personal de salud durante el periodo de dilatación frente a un 13.3% del grupo sin psicoprofilaxis que tuvo la misma reacción. El 8.3% de las primigestas del grupo con psicoprofilaxis se desesperaron y gritaron durante las contracciones uterinas en el periodo de dilatación, lo cual fue inferior al grupo sin psicoprofilaxis correspondiente al 85.0%.

**TABLA Nº 3**

**RESPUESTAS FRENTE AL DOLOR DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO**

Respuesta sobre las actitudes durante el periodo expulsivo		Tipo de Grupo			
		G. con Psicoprofilaxis		G. sin Psicoprofilaxis	
		N	%	n	%
Usa la respiración de bloqueo para el momento del pujo	No	3	5.0%	45	75.0 %
	Si	57	95.0%	15	25.0%
Pega el mentón al pecho mientras coge con las manos las manijas	No	4	6.7%	52	86.7%

de la camilla ginecológica, durante la contracción.	Si	56	93.3%	8	13.3%
Realizó el pujo en el momento correcto del periodo expulsivo	No	9	15.0%	14	23.3%
	Si	51	85.0%	46	76.7%
Colaboró con el personal de salud durante el periodo expulsivo	No	5	8.3%	8	13.3%
	Si	55	91.7%	52	86.7%
Durante el expulsivo, la paciente se desesperó, gritó, etc.	No	7	11.7%	23	38.3%
	Si	53	88.3%	37	61.7%

Nota: Elaboración Propia (2016)

**Análisis:** Se muestra las respuestas sobre las actitudes durante el periodo expulsivo del trabajo de parto de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis, el 95.0% de las gestantes que recibieron Psicoprofiláxis usa la respiración de bloqueo para el momento del pujo, frente a un 25.0% del grupo sin psicoprofiláxis. La acción de pegar el mentón al pecho mientras se coge con las manos las manijas de la camilla ginecológica, durante la contracción la realizaron el 93.3% de las primigestas del grupo con psicoprofiláxis, comparado con el 13.3% del grupo sin psicoprofiláxis. En el grupo con psicoprofiláxis, el 91.73% de las gestantes colaboro con el personal durante el periodo expulsivo, a diferencia del grupo sin psicoprofiláxis, pues el 86.7% que también colaboro con el personal de salud. En el grupo con psicoprofiláxis, el 88.3% de las gestantes no se desesperó, disímil del grupo sin psicoprofiláxis, el 61.7% no se desesperó durante el expulsivo.

**TABLA N° 4**  
**RESPUESTAS FRENTE AL DOLOR DURANTE EL PERIODO DE**  
**ALUMBRAMIENTO**

Respuesta sobre las actitudes durante el periodo de alumbramiento		Tipo de Grupo			
		G. con Psicoprofilaxis		G. sin Psicoprofilaxis	
		N	%	N	%
Usa la respiración jadeante o normal y se mantiene relajada, durante las contracciones uterinas al extraer la placenta	No	10	16.7%	20	33.3 %
	Si	50	83.3%	40	66.7%
Colaboró con el personal de salud durante el periodo de alumbramiento	No	9	15.0%	8	13.3%
	Si	51	85.0%	52	86.7%
La paciente pujo durante la extracción de la placenta	No	3	5.0%	14	23.3%
	Si	57	95.0%	46	76.7%
Se desesperó, gritó, etc. en el periodo de alumbramiento.	No	14	23.3%	10	16.7%
	Si	46	76.7%	50	83.3%

Nota: Elaboración Propia (2016)

**Análisis:** Se observa a las pacientes que realizaron las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Chancay, con respecto al ítem a las respuestas sobre las actitudes durante el periodo de alumbramiento del trabajo de parto de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica, del grupo con psicoprofilaxis el 83.3% usa la respiración jadeante o normal y se mantiene relajada, durante las contracciones uterinas al extraer la placenta frente al grupo sin psicoprofilaxis de 66.7% que también lo usa. El 85.0% del grupo con psicoprofilaxis y el 86.7 del grupo sin psicoprofilaxis, colaboraron con el personal de salud durante el periodo de alumbramiento. El 95.5% del grupo con psicoprofilaxis y el 76.7% del grupo sin psicoprofilaxis pujan para la extracción de la placenta. El 23.3% del grupo con psicoprofilaxis y el 16.7% del grupo de sin psicoprofilaxis no se desesperaron durante el periodo de alumbramiento.

**TABLA Nº 5**

**ACTITUD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PRIMIGESTAS QUE RECIBIERON Y NO RECIBIERON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA**

Actitud durante el trabajo de parto		Tipo de Grupo			
		G. con Psicoprofilaxis		G. sin Psicoprofilaxis	
		N	%	n	%
Actitud durante el periodo de dilatación	Negativa	14	23.3%	58	86.7%
	Positiva	46	76.7%	2	13.3%
Actitud durante el periodo de expulsión	Negativa	20	33.3%	52	76.7%
	Positiva	40	66.7%	8	23.3%
Actitud durante el alumbramiento	Negativa	22	26.7%	21	25.0%
	Positiva	38	73.3%	39	75.0%

Nota: Elaboración Propia (2016)

**Análisis:** Se observa a las pacientes que realizaron las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Chancay, con respecto a las actitudes de las primigestas durante los diferentes periodos del trabajo de parto según si recibieron o no la Psicoprofilaxis Obstétrica, observándose en el periodo de dilatación una actitud positiva en un 76.7% de las gestantes que recibieron psicoprofilaxis, comparado con el grupo sin psicoprofilaxis donde ninguna tenía actitud positiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0.001$ ). Durante el periodo expulsivo, el 66.7% del grupo que recibió Psicoprofilaxis tuvo una actitud positiva, en comparación con el 23.3% de las que no recibieron Psicoprofilaxis, siendo esta diferencia ( $p=0.001$ ). En el grupo con psicoprofilaxis, el 73.3% tiene una actitud positiva durante el alumbramiento, al igual que el 75.0% del grupo sin psicoprofilaxis.

**TABLA N° 6**

**ACTITUD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN PRIMIGESTAS QUE RECIBIERON Y NO RECIBIERON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA**

Actitud durante el trabajo de parto		Tipo de Grupo			
		G. con Psicoprofilaxis		G. sin Psicoprofilaxis	
		n	%	N	%
Actitud	Negativo	17	27.8	51	62.8
	Positivo	43	72.2	9	37.2

Nota: Elaboración Propia (2016)

**Análisis:** Se observa a las pacientes que realizaron las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Chancay, con respecto a la actitud de manera global de las primigestas que recibieron y no recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica, tuvieron una actitud positiva durante el trabajo de parto en un 72.2% y una actitud negativa un 27.8%, lo cual fue superior al grupo sin psicoprofilaxis, pues ninguna presentó una actitud positiva.

## 4.2. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

1. Según el ítem de la ocupación que desarrolla la mayoría de las gestantes es (80%) ama de casa del grupo control y del grupo de estudios también se dedica a realizar que haceres de su hogar (78%) del grupo de estudio. Estos datos encontrados guardan semejanza con el estudio presentado por López del Rio se encontró un mayor porcentaje en amas de casa con un 90,8%. A igual de la investigación de Laos, E. se observó en las gestantes con psicoprofilaxis son una gran mayoría como ama de casa (48%), mientras las que no realizan psicoprofilaxis su gran mayoría son ama de casa (78%).
2. Se observa a las primigestas según el estado civil el mayor porcentaje son convivientes con preparación psicoprofiláctica (68%) y sin preparación psicoprofiláctica (67%). Al igual en la investigación del López del Rio su mayor población es de conviviente con un 69,7%. A semejanza de la investigación de Laos, E. según el estado civil el mayor porcentaje son convivientes el grupo control (75%) y el grupo de estudio (82%); recalcando que la familia constituida como el matrimonio debería ser la que se encuentre en mayor disposición para realizar psicoprofilaxis obstétrica.
3. El grado instrucción de las gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica han estudiado secundaria completa en un 47%, y sin preparación psicoprofilaxis han estudiado secundaria (42%). Estos datos guardan semejanza con el estudio de López del Rio las primigestas demuestran un gran porcentaje en aquellas con estudios secundarios completos registrándose en un 44,7%. Al igual q la investigación de Laos E. el grupo control refiere que estudio secundaria completa un 56%, mientras que el grupo de estudio se observa el 75% secundaria.
4. En el periodo de dilatación se da a conocer una actitud positiva en su gran mayoría (76.7%) de las gestantes que recibieron psicoprofilaxis, mientras

que el grupo sin psicoprofilaxis presenta un 13.3% tenía actitud positiva. Durante el periodo expulsivo, el 66.7% del grupo que recibió Psicoprofilaxis tuvo una actitud positiva, en comparación con el 23.3% de las que no recibieron Psicoprofilaxis. En el grupo con psicoprofilaxis, el 73.3% tiene una actitud positiva durante el alumbramiento, al igual que el 75.0% del grupo sin psicoprofilaxis. Sin embargo, por ser un tema nuevo e importante en la salud materna no se han mencionado estudios sobre estos ítems.

5. Además se observa que tuvieron una actitud positiva durante el trabajo de parto en un 72.2%, comparando con el grupo Psicoprofilaxis Obstétrica que obtuvo una actitud positiva en un 37.2%. Sin embargo, por ser un tema nuevo e importante en la salud materna no se han mencionado otros estudios similares pero se dio a conocer la investigación de Laos, E. donde observa a las primigestas según su nivel de ansiedad con preparación psicoprofiláctica un 87% ansiedad moderada, 13% ansiedad severa; y sin preparación psicoprofilaxis 76% ansiedad moderada, 24% ansiedad severa, presentada en el periodo expulsivo. A diferencia de la investigación de Cubas y Vásquez que indica que 88,89% de gestantes con preparación psicoprofiláctica no presentaron ansiedad; el 11,11% presentaron ansiedad de tipo moderada, sin embargo del total de las gestantes sin preparación psicoprofilaxis el 20,83% no presentaron ansiedad; el 75% presentaron ansiedad moderada; el 4,17% presentaron ansiedad severa y el 0,00% ansiedad máxima, respectivamente. Se debe tener en cuenta que la ansiedad es demostración de nerviosismo y de la extrema inseguridad.



## CONCLUSIONES

1. Se dio a conocer que las primigestas que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica presentaron una actitud positiva durante todo el trabajo de parto en un 72.2%, mientras que las primigestas que no recibieron la preparación psicoprofiláctica obstétrica en un 37.2% también presentaron una actitud positiva.
2. Entre las actitudes durante el periodo de dilatación en las primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, se observó que la mayoría de las que recibieron esta preparación tuvieron una actitud positiva en un 76.7%, mientras que las que no recibieron esta preparación asumieron una actitud positiva en un 13.3%.
3. Se conoció entre las actitudes durante el periodo expulsivo de las primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, observando que la mayoría de las que recibieron esta preparación tuvieron una actitud positiva en un 66.7%, a diferencia de las que no recibieron esta preparación asumieron una actitud positiva en un 23.3%
4. Se resaltó entre las actitudes durante el periodo de alumbramiento en las primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, observando que la mayoría de las que recibieron esta preparación tuvieron una actitud positiva en un 73.3%, se observó a la mayoría de las primigestas que no recibieron esta preparación asumieron una actitud positiva en un 75.0%.

## RECOMENDACIONES

1. Se recomienda fomentar el interés a través de los medios de comunicación para llegar a toda la población gestante; acerca de la preparación psicoprofiláctica para un trabajo de parto y parto sin dolor, desarrollando talleres de manera continua en el servicio de obstetricia con horarios diferenciado e implementar ambientes adecuados para su realización, con materiales de adecuación interculturalidad.
2. Además se recomienda la capacitación del personal obstetra en psicoprofilaxis obstétrica de emergencia, para su realización y buena actitud durante el periodo de dilatación en especial en la fase activa de labor de parto, en las pacientes que no realizaron psicoprofilaxis obstétrica y reforzando lo aprendido en las pacientes que si realizaron las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
3. Se recomienda al personal obstetra, en el periodo expulsivo, guiar y explicar de manera adecuada los tipos de respiraciones que debería realizar la pacientes que no reciben psicoprofilaxis obstétrica, para que opte por una actitud positiva en la llegada de su bebe. En las pacientes que si realizaron las sesiones de psicoprofilaxis reforzarles lo aprendido, brindándoles apoyo y confianza.
4. Se recomienda explicar a todas las pacientes tanto a las que recibieron psicoprofilaxis obstétrica y las que no; en el periodo de alumbramiento, cada paso a realizar y el apoyo que se debe brindar en ese momento para obtener la actitud positiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Congreso extraordinario de obstetricia y ginecología. Memorias museo de la nación 26 – 31 de octubre 1997. Sociedad peruana de obstetricia y ginecología. Lima. 1998.
2. Estadística. Información estadística del Hospital de Chancay. (2016)
3. Cajamarca Durán Angélica María. (2016). Aplicación de la Psicoprofilaxis en mujeres embarazadas atendidas en el Hospital Julius Doepfner de la ciudad de Zamora. Año 2015. Zamora – Ecuador. Pág. 4 - 6
4. Almeida, D. (2016), Preparación psicoprofiláctica en el embarazo relacionada con la información que se proporciona a las mujeres primigestas que acuden al servicio de consulta externa y Gineceo-Obstetricia del Hospital Luis Gabriel Dávila en los meses de mayo y junio del 2011. Ecuador.
5. Salas Mora Fatima. (2013). Aplicar Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas añosas, Propuesta de un protocolo de manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo De Procel, De Septiembre 2012 a Febrero 2013. Guayaquil – Ecuador. Pag. 9 - 12
6. Mora Oña K., Rivadeneira Terán F. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería Psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del Subcentro de Salud del Tejar, Provincia de Imbabura en el Período Junio - Octubre del 2013. Ibarra. Ecuador. Pág. 2 - 5
7. Laos, E. (2016). Nivel de ansiedad en primigestas con y sin preparación psicoprofiláctica durante el periodo expulsivo en sala de partos del hospital regional de huacho, 2015. Perú.

8. López Del Río, Grecia. Psicoprofilaxis obstétrica y beneficios maternos perinatales en gestantes primigestas atendidas en el Hospital Chancay. Perú. 2014. Pág. 10-25
9. Romero, L. (2014), en su investigación titulada: "Psicoprofilaxis obstétrica asociada a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2013". Perú.
10. Reyes Mendez, Armando Martín. (2015). Factores asociados a la deserción de las Sesiones Educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Año 2014. Lima – Perú. Pág. 3 - 9
11. Huamani Paquiyauri S., Ventura Cépida R. (2015). Factores de riesgo y percepciones que limitan el acceso y Continuidad de las gestantes al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Centro de Salud San Juan Bautista, Junio- Agosto 2015. Ayacucho- Perú. Pag. 4 - 10
12. Morales S., García Y., Agurto M., Benavente A. (2014). La Psicoprofilaxis Obstétrica y la Estimulación Prenatal en diversas Regiones del Perú. Lima – Perú.
13. Yabar, M. (2014), en su investigación titulada: "La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales – Lima 2014. Perú. Pag 2-6
14. Cubas Pérez M., Vásquez Daza J. (2012). Influencia de la preparación Psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Santa Gema – Yurimaguas. Mayo a Diciembre 2010. Tarapoto – Perú

15. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Perú: MINSA; 2012.
16. Chable G, Garcia K. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Rev Sanid Milit. 2013 mayo-junio; 67(3): p. 106-114.
17. Chable G, Garcia K. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Rev Sanid Milit. 2013 mayo-junio; 67(3): p. 112
18. Ministerio de salud. Guia Tecnica para la Psicoprofilaxis Obstetrica y Estimulacion Prenatal. Peru: MINSA; 2012.
19. Solis H, Morales S. Impacto de la psicoprofilaxis obstetrica en la reduccion de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med. Perú. 2012; 12(2): p. 47-50
20. Morales.S. Psicoprofilaxis obstetrica integral. 1ra ed. Lima: Cimagraf; 2012. Perú.
21. Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. Trabajo de parto y parto normales. In Diane M, D. G, editors. Williams Obstetricia. Mexico, Caracas, Guatemala, Madrid: McGrawHill; 2010. p. 374-397.
22. Pacheco J, Cordero R.Dolor de parto. In Candiotti , editor. Ginecologia Obstetricia y Reproduccion. Peru: Copyrigh; 2014. p. 1341-1342.
23. Pacheco J, Cordero R.Dolor de parto. In Candiotti , editor. Ginecologia Obstetricia y Reproduccion. Peru: Copyrigh; 2014. p. 1291.
24. Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. El recién nacido. In Diane M,D.G, editors. Williams Obstetricia. Mexico, Caracas, Guatemala,Madrid: McGrawHill; 2010. p. 594.

25. Arispe C, Salgado M, Tang G, Gonzales C, Rojas J. Frecuencia del control prenatal inadecuado y factores asociados a su ocurrencia. Rev Med Hered. 2011 oct-dic; 22(4).
26. Briñol, P., De la Corte, L. y Becerra, A. (2001). Qué es persuasión. Madrid: Biblioteca Nueva. Este libro describe el fenómeno de la persuasión desde el nivel de análisis de la Psicología social. En este sentido, es una lectura complementaria sobre todo en relación con el apartado de formación de actitudes.
27. Malagon Londoña, G. Infecciones Hospitalarias. 2da edición Editorial Medica Internacional. Colombia. 1999.
28. Rodriguez, Aroldo. Psicología Social. Mexico. Editorial Trelles. 1976
29. Actitudes ante el aprendizaje y rendimiento académico en los estudiante universitarios (2007) <http://www.rieoei.org/investigacion28.htm> consultados Mayo2014.
30. Flores, J. (2013). Beneficios maternos y perinatales de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipolito Unanue Distrito el Agustino durante abril y junio del 2013.pag. 32.
31. SCHWARCZ, Ricardo Leopoldo; DUVERGES, Carlos Alberto; DIAZ, Ángel Gonzalo y FESCINA, Ricardo Horacio. Obstetricia. Quinta Edición. Buenos Aires, Editorial El Ateneo. 1998.
32. Portales médicos [sede Web]\*. Venezuela: 2011 [acceso 06 de enero 2017] De Montero, L. "Gestante". Disponible en: [http://www.portalesmedicos.com/diccionario\\_medico/index.php/Gestante](http://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php/Gestante)

## ANEXO N°1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

**“Actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin psicoprofilaxis atendidas en el hospital de Chancay, enero a junio del 2016”**

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Metodología
<p><b>Problema Principal</b></p> <p>¿Cuál es la actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia en el hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016?</p> <p><b>Problemas Secundarios</b></p> <p>1) ¿Cuál es la actitud durante el periodo de dilatación en primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital de</p>	<p><b>Objetivo Principal</b></p> <p>Determinar la actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin psicoprofilaxis, atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.</p> <p><b>Objetivos Secundarios</b></p> <p>1) Identificar la actitud durante el periodo de dilatación en primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia</p>	<p><b>Hipótesis Principal</b></p> <p>Por ser un trabajo descriptivo no necesita hipótesis</p>	<p><b>Variable x</b></p> <p>PREPARACION</p>	<p>X1.1. Con Psicoprofilaxis</p> <p>X1.2. Sin Psicoprofilaxis</p>	<p><b>Población :</b></p> <p>Estuvo conformada por 175 gestantes que fueron atendidas en el servicio de gineco obstetricia del Hospital de Chancay durante el mes de enero a diciembre del 2016.</p> <p><b>Muestra:</b></p> <p>La población estuvo conformada por 120 Primigestas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión</p> <p><b>Tipo de Investigación:</b></p>

<p>Chancay en el periodo de enero a junio del 2016?</p> <p>2) ¿Cuál es la actitud durante el periodo expulsivo en primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016?</p> <p>3) ¿Cuál es la actitud durante el periodo de alumbramiento en primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016?</p>	<p>del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.</p> <p>2) Identificar la actitud durante el periodo expulsivo en primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.</p> <p>3) Identificar la actitud durante el periodo de alumbramiento en primigestas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, atendidas en el servicio de obstetricia del hospital de Chancay en el periodo de enero a junio del 2016.</p>		<p><b>Variable Y</b></p> <p>Actitud en primigestas durante el trabajo de parto</p>	<p>Y<sub>1.1</sub>. Actitud durante la dilatación</p> <p>Y<sub>1.2</sub>. Actitud durante el expulsivo</p> <p>Y<sub>1.3</sub>. Actitud durante el alumbramiento</p>	<p>Comparativo Descriptivo</p> <p><b>Método de investigación</b> Deductivo.</p> <p><b>Diseño:</b> Experimental de tipo transversal</p> <p><b>Estadístico de prueba:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• SPSS</li> </ul> <p><b>Instrumentos:</b></p> <p><b>FICHA DE COTEJO</b></p> <p>Lista de cotejo de 16 ítems</p>
--	--	--	--	---	---





UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

**ANEXO N°2: LISTA DE COTEJO PARA MEDIR LA ACTITUD DE LAS PRIMIGESTAS**

**A. Presentación:** Señora, buen día, soy Bachiller en Obstetricia de la Universidad Privada Alas Peruanas Filial Huacho, y me encuentro realizando un Proyecto de Investigación referente a “**Actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin psicoprofilaxis atendidas en el hospital de Chancay, enero a junio del 2016**”

**B. Datos Generales**

1. Estado Civil: .....
2. Edad actual: .....
3. Ocupación: .....
4. Grado de Instrucción: .....
5. Número de atenciones prenatales:.....
6. Número de sesiones psicoprofilácticas: .....

**C. Indicaciones**

- Esta lista es anónimo. Por favor responde con sinceridad.
- Lee detenidamente cada ítem y marcar con (X) si tiene dudas preguntar al investigador.

Ítems	LISTA DE COTEJO	SI	NO
<b>PERÍODO DE DILATACIÓN: FASE ACTIVA</b>			
1	Realiza 2 respiraciones profundas al inicio y al finalizar la contracción uterina.		
2	Realiza respiraciones espontáneas durante las contracciones uterinas (entre las respiraciones profundas).		
3	Inspira y exhala de forma sucesiva o rápida como soplo durante las contracciones intensas para evitar el pujo.		
4	Después de la realización del masaje, la paciente se siente tranquila emocional y físicamente. (considerando que todas las pacientes pudieron estar sometidas a algún tipo de masajes)		
5	Durante la fase activa se acostó decúbito lateral izquierdo o posición sentada.		
6	Colaboró con el personal de salud durante el periodo de dilatación (Permite que se le coloque la vía, monitor, evaluación obstétrica, etc.).		
7	Al experimentar una contracción uterina en el periodo de dilatación se desespera, grita, etc. Hasta que esta termine.		
<b>PERÍODO EXPULSIVO</b>			
8	Usa la respiración de bloqueo para el momento del pujo.		
9	Pega el mentón al pecho y jala con las manos las manijas de la camilla ginecológica, mientras puja durante la contracción uterina.		
10	Realizó el pujo en el momento correcto del periodo expulsivo.		
11	Colaboró con el personal de salud durante el periodo expulsivo (Siguió las instrucciones del personal a cargo de la atención).		

12	Durante el expulsivo, la paciente se desesperó, gritó, etc.		
<b>PERIODO DE ALUMBRAMIENTO</b>			
13	Usa la respiración jadeante o normal y se mantiene relajada, durante las contracciones uterinas al extraer la placenta.		
14	Colaboró con el personal de salud durante el periodo de alumbramiento (Permitió el manejo activo del alumbramiento, masaje uterino, etc.)		
15	La paciente pujo durante la extracción de la placenta.		
16	Se desesperó, gritó, etc. en el periodo de alumbramiento.		



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

**ANEXO N° 3: GUÍA DE OBSERVACIÓN DE PREPARACIÓN  
PSICOPROFILÁCTICA UTILIZADA PARA PRIMÍPARAS DURANTE EL  
TRABAJO DE PARTO**

**A. Presentación:** Señora, buen día, soy Bachiller en Obstetricia de la Universidad Privada Alas Peruanas Filial Huacho, y me encuentro realizando un Proyecto de Investigación referente a **“Actitud durante el trabajo de parto en primigestas con y sin psicoprofilaxis atendidas en el hospital de Chancay, enero a junio del 2016”**

**B. Instrucciones**

- Se observa detenidamente y de manera objetivo la situación a registrar.
- Las observaciones se hacen en el tiempo necesario para ello.
- Se registra la situación requerida en este instrumento de observación.
- Se marca con una (x) la alternativa que refleja lo observado.
- Cada observación se registra basado por criterios SI – NO

Ítems	<b>La primíparas durante el trabajo de parto realiza las siguientes acciones de la preparación psicoprofiláctica</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Respira lenta y profundamente al comenzar una contracción.		
2	Respira lenta y profundamente al terminar una contracción.		
3	Respira rápidamente hasta llegar a respirar por la boca cuando avanza el trabajo de parto y las contracciones uterinas son moderadas.		
4	Respira rápida y superficialmente de 40 seg. a 1 min durante las contracciones de mediana intensidad.		
5	Respira aceleradamente expulsando todo el aire por la boca en forma de soplo cuando dilató completamente y sintió deseos de pujar.		
6	Al momento de la contracción fuerte comenzó una respiración lenta que progresivamente fue acelerando hasta que la retuvo durante aproximadamente 6 seg. para luego expulsar todo el aire de un soplido.		
7	Contrajo los músculos abdominales durante mayor tiempo posible al retener el aire.		
8	Al presentarse las primeras contracciones realizó un ejercicio de relajación voluntaria y profunda de los músculos.		
9	Una vez realizado este ejercicio de relajación muestra expresiones de confianza.		
10	Durante las contracciones uterinas muestra confianza al realizar los ejercicios de respiración.		
11	Durante las contracciones uterinas muestra empeño en la ejecución de los ejercicios de respiración.		

12	Emplea algún tipo de masaje y/o caricias en zonas donde siente molestias.		
13	Realiza masajes circulares en la espalda cuando siente las contracciones uterinas.		
14	Al inicio del trabajo de parto camina de un lado a otro para aliviar la tensión.		
15	Al experimentar una contracción uterina se mantenía de pie en un solo sitio hasta que esta terminara.		
16	Realiza cambios de posición para lograr bienestar durante el trabajo de parto.		
17	En la posición semi sentada usa accesorios como almohada y/o cojines para aliviar la tensión en la zona de las caderas.		
18	Estando semi sentada durante las contracciones uterinas se muestra cómoda.		
19	Durante el trabajo de parto activo se acostó decúbito lateral izquierdo.		
20	En la posición decúbito lateral izquierdo usa accesorios como almohadas y/o cojines para aliviar la tensión en la zona de las caderas.		