



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

**BENEFICIOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN PACIENTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO
2014 - 2016**

TESIS PRESENTADO POR:

BACH. OBST: HECDA JIBAJA TANTAJULCA

PARA OPTAR:

EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESOR (A)

OBST. DRA: LEILA ROSA MARINO PANDURO

PUCALLPA-PERÚ

2017

ÍNDICE

CARATULA	I
INDICE	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO METODOLOGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	12
1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACION	13
1.3 FORMULACION DEL PROBLEMA	
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL	14
1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS	14
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
1.5 HIPOTESIS DE INVESTIGACION	
1.5.1 IDENTIFICACION Y CLASIFICACION DE VARIABLES E INDICADORES	15
1.5.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	16
1.6 DISEÑO DE LA INVESIGACION	
1.6.1 TIPO DE INVESTIGACION	16
1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACION	16
1.6.3 METODO DEINVESTGACION	17
1.7 POBLACION Y MUESTRA DE LA INVESTIGACION	
1.7.1 POBLACION	17

1.7.2 MUESTRA	17
1.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	
1.8.1 criterios de inclusión	18
1.8.2 criterios de exclusión	18
1.9 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	
1.9.1 TECNICA	18
1.9.2 INSTRUMENTO	18
1.10 JUSTIFICACION E IMPORTNCIA DE LA INVESTIGACION	19

CAPITULO II MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION	21
2.2 BASES TEORICAS	27
2.3 DEFINICION DE TERMINOS BASICOS	53

CAPITULO III PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION

3.1 RESULTADOS, ANALISIS E INTERPRETACION	55
3.2 CONCLUSIONES	71
3.3 RECOMENDACIONES	73
3.4 FUENTES DE INFORMACION	74

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA	80
FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	81

DEDICO:

A Dios, por su infinita bondad al brindarme vida y salud; y permitirme culminar una etapa más en mi vida.

A mi madre y hermanos por su apoyo incondicional que me permitieron cumplir mis metas hasta esta parte de mi vida.

AGRADEZCO:

A la Universidad Alas Peruanas y a cada uno de mis docentes que por mucho tiempo estuvieron brindándome sus conocimientos que formaron parte de mi crecimiento profesional.

Con especial gratitud a mi asesora de tesis, Dra. Obst. Leila Rosa Marino Panduro de Ibazeta por su esfuerzo, dedicación y orientaciones que han sido indispensables durante el desarrollo de mi investigación.

Al Hospital Amazónico donde me permitieron realizar las prácticas pre profesionales y consolidar mis conocimientos, así mismo facilitarme el acceso a los datos estadísticos para cumplir este objetivo.

RESUMEN

El presente estudio fue planteado con el **objetivo** de determinar las características del proceso del trabajo de parto, parto y Apgar del recién nacido en pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Amazónico período 2014-2016. **Material y métodos:** Estudio Cualitativo, descriptivo, exploratorio y retrospectivo de corte transversal. Con una población de 260 pacientes y una muestra de 155, se aplicó la muestra para población finita o conocida. Estudio univariado: Psicoprofilaxis obstétricas en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico. Luego de realizada la investigación se arribó a los siguientes **resultados:** el 75.48% de las pacientes quienes realizaron seis o más sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Amazónico tiene entre 20-34 años, el 56.77% fueron amas de casa, 60% de ellas contaron con estado conyugal de convivencia, 49.39% tuvieron educación secundaria. El 58% de las pacientes en estudio fueron primigestas, así mismo el tiempo del trabajo de parto se encontró en el rango de 7-8 horas para población primigesta y menor o igual a seis horas en multigestas, siendo en ambos casos un adecuado tiempo del periodo de dilatación ó trabajo de parto. El 88.40% de las gestantes tuvieron un periodo expulsivo menor o igual a 20 minutos para primigestas y multigestas, siendo igualmente promedios de tiempo muy adecuados para ambas paridades. Respecto al Apgar del recién nacido se concluye que, el 90.97% de los recién nacidos tuvieron un score entre 7-10 al minuto de vida; y a los cinco minutos el Apgar representó el 98.71% en el rango de 7-10, respecto a las complicaciones maternas neonatales el 83.8% de las pacientes que realizaron sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica no presentaron ninguna complicación materna, sin embargo el 16.2%, presentó agotamiento materno y desgarros perineal del I y II grado respectivamente. En el recién nacido podemos concluir que, el 89.6% no evidenció ninguna complicación respecto al Apgar, la puntuación fluctuó entre 7-10. La complicación se presentó en un 10.4% de recién nacidos con asfixia moderada con un Apgar en el score de 4-6 lo que fue imprescindible realizar reanimación neonatal.

Conclusiones: Las pacientes que realizaron sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron beneficios tangibles, ya que redujo el tiempo del trabajo de parto y del parto propiamente, así mismo se redujo considerablemente los traumas obstétricos como: desgarros del cérvix, canal del parto y periné; en los recién nacidos se vio disminuido los índices de asfixia neonatal al presentar score de Apgar en parámetros de 7-10 al minuto y a los cinco minutos de vida, favoreciendo la expectativa de vida del neonato.

Palabras clave: Psicoprofilaxis Obstétricas, trabajo de parto, parto, Apgar.

ABSTRACT

The present study was designed with the objective of determining the characteristics of the process of labor, delivery and Apgar of the newborn in patients who underwent obstetric psychoprophylaxis in the Amazonian Hospital period 2014-2016.

Materials and methods: Qualitative, descriptive, exploratory and retrospective cross-sectional study. With a population of 260 patients and a sample of 155, the sample was applied for finite or known population. Univariate study: Obstetric Psychoprophylaxis in patients treated at the Amazon Hospital. After the investigation was carried out, the following results were reached: 75.48% of the patients who performed six or more sessions of obstetrical psychoprophylaxis at the Amazon Hospital were between 20-34 years old, 56.77% were housewives, 60% of them had cohabitation status, 49.39% had secondary education. 58% of the patients in the study were primigests, and the time of labor was found in the range of 7-8 hours for the primigest population and less than or equal to six hours in multigesters, being in both cases an adequate time of labor. 88.40% of the pregnant women had an expulsive period of less than or equal to 20 minutes for primigester and multigesters, being also very adequate and acceptable averages according to the literature. Regarding the Apgar test, it was concluded that 90.97% of the newborns had a score of 7-10 after the first minute; and at five minutes the Apgar test represented 98.71% in the range of 7-10. Regarding neonatal maternal complications, 83.8% of the patients who completed complete obstetric psychoprophylaxis sessions did not present any maternal complications; however, 16.2% presented maternal exhaustion and perineal tears of the 1st and 2nd degree, respectively. In the newborn, we can conclude that, 89.6% did not show any complications regarding Apgar, the score fluctuated between 7-10. The complication occurred in 10.4% of newborns with moderate asphyxia with an Apgar score of 4-6, which was essential to perform neonatal resuscitation. Conclusions: Patients who performed complete sessions of obstetrical psychoprophylaxis had tangible benefits,

since it reduced the time of labor and delivery itself, as well as obstetric traumas, such as: tears of the cervix, birth canal and perineum; in neonates, neonatal asphyxia rates were reduced when Apgar score was found in parameters of 7-10 after the first minute and at five minutes of life, favoring the development of the neonate.

Key words: Obstetric Psicoprofylaxis, labor, delivery, Apgar.

INTRODUCCIÓN

Considerando que la preparación psicoprofilaxis brinda a la gestante conocimientos teóricos sobre los cambios propios del embarazo, parto y puerperio, así como brinda pautas en la preparación física mediante una gimnasia adecuada que fortalece los músculos que intervienen en el canal de parto; proporcionado cambios de actitud y hábitos saludables en la madre y por consiguiente repercusión positiva en el producto de la gestación, 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 relacionadas con la asistencia o no a dicho programa lo cual influye de gran manera en la preparación del embarazo, proceso del parto y puerperio.

Existen investigaciones a nivel mundial que concluyen que las complicaciones que se presentan durante el trabajo de parto y que causan la muerte materna son generalmente casos que responden a la falta de educación y preparación previa al parto tales como: desconocimiento de la importancia del control prenatal, ideas erróneas y preconcebidas acerca del parto en relación al dolor extremo en ese momento, identificación tardía de signos de alarma.

La psicoprofilaxis obstétrica permitirá lograr cambios de conducta y hábitos haciéndolos más saludables; además estableciendo lazos afectivos madre-hijo-padre, es decir, procurando una mejor actitud de la gestante en esta etapa tan importante de su vida reproductiva. Al mismo tiempo, evitará posibles traumatismos maternos como los desgarros y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico. (1)

Por consiguiente la presente investigación se desarrolló con el objetivo de conocer las características de la psicoprofilaxis obstétrica en el proceso del trabajo de parto, parto y en el Apgar del recién nacido en pacientes atendidas

en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016, cuyos resultados obtenidos nos darán aportes científicos de esta saludable práctica, a favor de la familia, pareja, madre y recién nacidos.

CAPITULO I

PLANEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

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. (2)

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 de cada de los 70 por el Doctor Roberto Caldeyro Bracia médico perinatólogo impulsor y director del CLAP – OPS/ quien difundió que no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos, perinatales y para el equipo de salud que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica. (3)

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 la total de gestantes que se controlan 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.

1.2 DELIMITACION DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 ESPACIAL

El presente estudio se realizó en el Hospital Amazónico, Establecimiento de Salud Nivel II.2, ubicado en el Distrito de Yarinacocha, Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali.

1.2.2 TEMPORAL

El estudio se realizó en el de periodo 2014 a 2016, periodo que permitió establecer los objetivos planteados.

1.2.3 SOCIAL

El grupo objeto de estudio fueron las gestantes que realizaron sesiones completas de psicoprofilaxis en el Hospital Amazónico los años 2014 - 2016, y se atendieron el parto en el servicio de Gineco – Obstetricia.

1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuáles son los beneficios del proceso del trabajo de parto, parto y APGAR del recién nacido, de las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016?

1.3.2 PROBLEMAS SECUNDARIOS

¿Cuáles son los beneficios sociodemográficas presentan las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016?

¿Cuáles son los beneficios del trabajo de parto, parto y APGAR del recién nacido en pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016?

¿Qué beneficios maternos y neonatales presentaron las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar los beneficios del proceso del trabajo de parto, parto y APGAR del recién nacido, de pacientes que realizaron Psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los beneficios sociodemográficas que presentan las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016.
- Conocer los beneficios del trabajo de parto, parto y APGAR del recién nacido en pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016.
- Identificar los beneficios maternos y neonatales que presentaron las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016.

1.5 HIÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Por ser un estudio descriptivo no se consideró hipótesis de investigación, los hechos encontrados se plantearon conforme se encontraron sin realizar modificación alguna.

1.5.1 IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLE:

- Psicoprofilaxis obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico.

1.5.2 PERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE DE ESTUDIO	ASPECTOS O DIMENSIONES	INDICADORES
Psicoprofilaxis obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital Amazónico	Características sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad ✓ Grado de instrucción ✓ Estado civil.
	Trabajo de parto,	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Edad gestacional ✓ paridad ✓ Tiempo de duración del trabajo de parto ✓ Trabajo de parto primíparas y multiparas menor de 9 horas ✓ Complicaciones durante el Trabajo de parto
	Parto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiempo del periodo expulsivo ✓ Complicaciones durante el periodo expulsivo ✓ Características del líquido amniótico
	APGAR	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Apgar al minuto ✓ Apgar a los cinco minutos
	Complicaciones maternas y neonatales	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Agotamiento materno ✓ Desgarro cervical, perineal I – II grado ✓ Asfixia del RN

1.6 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1 TIPO DE INVESTIGACION

La investigación es de tipo descriptivo retrospectivo de corte transversal debido a que se basan en hechos concretos con respecto a su aparición, frecuencia, desarrollo de los eventos que nos interesan, midiéndolos y evidenciando sus características en un periodo específico.

1.6.2 NIVEL DE INVESTIGACION

La investigación corresponde al diseño no experimental de tipo descriptivo, exploratorio con el propósito de describir y analizar las variables.

1.6.3 METODO DE INVESTIGACION

El método de investigación es cualitativo porque estudia la realidad tal como sucedieron los hechos, procediendo luego a su interpretación en todo su contexto.

1.7 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1 POBLACION

La población del estudio está constituida por 260 gestantes que cumplieron con todas las sesiones educativas.

1.7.2 MUESTRA

La muestra que se aplicó fue de población finita o conocida para variable cualitativa.

$$n = \frac{Z^2 N \cdot P \cdot q}{e^2 (N-1) + Z^2 P \cdot q}$$

Donde:

n= muestra

Z= 1,96 (valor en la tabla de la distribución normal estándar correspondiente a un nivel de confianza de 95%)

p= 0.5 (probabilidad de tener el factor a investigar, cuando no se conoce la proporción ni por antecedentes, se considera 50%)

q= 1-p= 1-0,5= 0,5 (probabilidad de no tener el factor a investigar, que se consideraría también 50%)

E= 0,05 (error máximo permisible o precisión que se considera frecuentemente 5%)

N= Población conocida

$$n = \frac{260 (1.96)^2 \times (0.5)^2}{(0.05)^2 (260-1) + (1.96)^2 (0.5)^2}$$

$$n = 155$$

Aplicada la fórmula, ésta quedó conformada por 155 gestantes que tuvieron parto vaginal y contaron con seis o más sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

1.8 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

.8.1 Criterios de inclusión

- Toda gestante que tenga seis a más sesiones del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el hospital.
- Gestantes cuyo parto fue vaginal y entre las 37- >40 semanas.
- Feto único.
- Presentación cefálica.
- Toda gestante que se atiende el parto en el hospital amazónico.

.8.2 Criterio de exclusión

- Mujeres cuyo parto fue por cesárea y antes de las 37 semanas.
- Embarazo múltiple
- Presentación podálica, oblicua, transversa.

1.9 TÉCNICAS E INSTRUMENTACIÓN DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1.9.1 TECNICA

La técnica que se utilizó en el presente estudio, fue la revisión exhaustiva de historias clínicas, obteniendo la información requerida para la investigación.

1.9.2 INSTRUMENTO

El instrumento utilizado fue la ficha de recolección de datos, la cual nos permitió recabar la información de las historias clínicas de los casos en estudio. El instrumento está estructurado en tres componentes, los que nos permitió determinar los objetivos del estudio.

Validez del instrumento

No se validó el instrumento debido a que los datos que sirvieron de fuente de información son aquellos que están plasmados en las historias clínicas y se utilizaron sin realizar modificación alguna.

1.10 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

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.

El presente estudio es importante porque los resultados obtenidos con la investigación revelaran los beneficios que concede la preparación psicoprofiláctica obstétrica durante el proceso de trabajo de parto disminuyendo el dolor, temor y un recién nacido con un buen APGAR garantizando un niño sano. Así mismo los resultados servirán a la institución para que las autoridades promuevan estrategias de trabajo, y se generalice la preparación a todas las gestantes que se controlan en la mencionada institución.

La psicoprofilaxis obstétrica permitirá lograr cambios de conducta y hábitos haciéndolos más saludables; además estableciendo lazos afectivos madre-hijo-padre, es decir, procurando una mejor actitud de la gestante en esta etapa tan importante de su vida reproductiva. Al mismo tiempo, evitará posibles traumatismos maternos como los desgarros y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico. (4)

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACION

Aguilar, M. España 2012. Trabajo titulado. Resultados perinatales en el momento del parto de las mujeres que recibieron el programa de estimulación prenatal en el hospital clínico San Cecilio, cuyo **Objetivo** fue: determinar los resultados perinatales en el momento del parto de las mujeres que recibieron el programa de estimulación prenatal. Material y método: Realizaron un estudio experimental en cinco áreas de salud del municipio de Cienfuegos la metodología efectuada con una muestra intencional de la totalidad del universo, correspondiente a una $n = 200$ embarazadas, entre las 20 y las 28 semanas de gestación. Las variables estudiadas fueron la duración del trabajo del parto, el peso del recién nacido, el Apgar al nacimiento, el tipo de parto y la opinión que las mujeres estudiadas tenían sobre el programa. **Resultados:** el 36% de la

población estudiada su trabajo de parto fue menor de 6 horas, el 67,5%, el periodo expulsivo 20 minutos, los recién nacidos tuvo un peso entre los 2.500 y 3.000 gramos y el 96,5% de los hijos de las madres estimuladas el APGAR al nacer fue evaluado entre 8 y 9, el 68,5% de las mujeres que recibieron el programa de estimulación, su parto fue eutócico y el 96% está satisfecha con el programa recibido. Conclusión: que se ha demostrado que estos nuevos programas de estimulación prenatal son bien aceptados por la embarazada. (5)

Aguayo, C. (2009) en su trabajo realizado sobre: Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco- Chile cuyo **Objetivo** fue: Explorar la percepción del parto de las puérperas que durante el proceso de gestación hayan participado de talleres educativos propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo para la atención prenatal y que durante su estadía en la maternidad del Hospital Paillaco utilizaron técnicas psicoprofilácticas en su trabajo de parto, en el periodo septiembre de 2008 hasta febrero de 2009. Material y método: Estudio cualitativo, fenomenológico, de carácter descriptivo, transversal, de tipo exploratorio. Se aplicó entrevista en profundidad a siete usuarias, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. **Resultados:** La percepción positiva del uso de técnicas psicoprofilácticas por parte de las mujeres del estudio, se sustenta en que favorece la seguridad, confianza y autonomía materna. Durante el proceso de gestación y nacimiento las mujeres que usaron alguna técnica indicaron un mayor avance de la dilatación cervical. Por su parte, la educación prenatal, ayudó al desarrollo del vínculo afectivo. Conclusiones: La percepción de las mujeres, en cuanto a la utilización de técnicas psicoprofilácticas durante el proceso de gestación y la atención natural del parto fue positiva, el entorno social más cercano influye en la percepción de la atención del parto. (6)

Salas, F. en su trabajo titulado .Psicoprofilaxis obstétrica en primigestas añosas en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel, de septiembre 2012 a febrero 2013. **Objetivo:** Determinar la importancia que conlleva la realización de la Psicoprofilaxis Obstétrica del embarazo, en relación a la edad materna avanzada en su primera gestación. Material y método: Descriptivo – Prospectivo, No Experimental – Transversal. **Resultados:** Revela que el 75% de las pacientes encuestadas desean que la finalización de su embarazo sea mediante un parto normal, entretanto el 25% desearían someterse a una intervención quirúrgica, el 100% evidencia el deseo de recibir una preparación psicoprofiláctica, denota que el 33% de las pacientes encuestadas se encontraban entre las semanas 31-33, el 25% entre las semanas 34-36, el 22% entre las semanas 25-27 y el 20% entre las semanas 28-30. (7)

Oyuela, J. (2010) En su trabajo titulado. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas en el Hospital de Gineco – Obstetricia de Monterrey- México. **Objetivo:** Evaluar la eficacia de un programa PPP y su impacto en los resultados perinatales y en la reducción del índice de cesáreas. Material y método: Se aplicaron sesiones teóricas y recorridos por las áreas de labor, parto y recuperación. Se incluyeron 300 mujeres embarazadas de bajo riesgo, 100 al grupo de PPP y 200 al control. Se excluyeron embarazos de alto riesgo. Se aplicó χ^2 , t de Student y razón de momios (RM). **Resultados:** en los grupos de PPP y control, respectivamente, 35 y 49.5 % culminaron en cesárea ($p < 0.02$, RM = 1.8, IC = 1.1-2.9); 13 y 21 % tuvieron complicaciones en el embarazo ($p = 0.09$, RM = 0.56); 9 y 23 % presentaron complicaciones en los recién nacidos ($p < 0.02$, RM = 0.33). El apego al programa de PPP con tres o más sesiones fue de 70 %. Las madres y recién nacidos internados del grupo control tuvieron 17 y 171 días más de estancia hospitalaria, respectivamente Conclusiones: las mujeres con PPP tuvieron menos cesáreas, complicaciones y días de estancia hospitalaria. (8)

Yábar, M. en su trabajo titulado, “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes” Lima, 2014. **Objetivo:** Conocer las características y beneficios que ofrece la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) en gestantes adolescentes y conocer en qué medida asisten al control prenatal. Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, **Resultados:** 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 cesárea. Asimismo, 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. Conclusiones: La PPO es una preparación integral que beneficia a la madre y el bebé y debería recomendarse como parte de la atención prenatal. (9)

Samar, D. en su tesis titulado. Apoyo del acompañante en Psicoprofilaxis en beneficio en trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010 **Objetivo:** Identificar la asociación entre psicoprofilaxis y el Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto y los Beneficios Maternos-Perinatales de las Primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Material y métodos: Estudio transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles. **Resultados:** Entre los beneficios de psicoprofilaxis maternos asociados significativamente al Apoyo del Acompañante durante el embarazo presentaron una actitud positiva frente al embarazo y una mayor

tendencia de presentar: 8 a más controles prenatales (24.8%) durante el Trabajo de Parto ingresos a emergencia de una manera contributiva (88.3%), inicio del trabajo de parto de una forma espontánea (35.1%), parto por vía vaginal (51.2%) y una estadía máxima de dos días en el hospital (6.01%), comparadas con el grupo control; a su vez obtuvieron significativos demostrándose su relación con el acompañamiento durante el parto. Con respecto a los beneficios perinatales asociados significativamente con el Apoyo del Acompañante encontramos una mayor tendencia de presentar: una frecuencia cardiaca normal (65.1%), líquido amniótico claro (30.5%) y contacto precoz piel a piel (46.7%), estas cifras superaron significativamente a los valores del grupo control, obteniéndose además OR significativos, por ende se demostró una asociación significativa y de relación entre estos beneficios perinatales y el apoyo del acompañante. Asimismo cabe resaltar que los acompañantes brindaron a las primigestas del grupo casos un apoyo informativo, físico, emocional y representativo durante el trabajo de parto; mientras que a los recién nacidos del grupo casos le brindaron un apoyo netamente físico y emocional; comparadas con las primigestas del grupo control quienes recibieron apoyo informativo y representativo por parte de los profesionales de salud que las atendieron y sus recién nacidos recibieron un apoyo emocional y físico de parte de la madre. Conclusiones: Existe una asociación favorable entre el acompañamiento durante el trabajo de parto y los beneficios maternos-perinatales. (10)

Reyes, L. (2009), en su trabajo titulado. Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, enero-diciembre 2009. **Objetivo:** Estudiar la Relación que existe entre los Beneficios Materno – Perinatales de las Primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal y la Psicoprofilaxis Obstétrica. **Material y métodos:** Analítico, retrospectivo, comparativo, correlacional, clínicas de gestantes que no la recibieron. Se realizó una evaluación cualitativa y

cuantitativamente de 27 variables. **Resultados:** Los pacientes en con estado civil, convivientes 60%, soltera, el 17.8% convivientes son convivientes 48.9%, soltera 26.7%, casada 24.4%, viuda y otros 2.2%. El grupo de gestantes con preparación psicoprofiláctica tiene secundaria completa el 68.9%, superior completa 20.0%, secundaria incompleta 6.7%, superior incompleto 4.4%. La ocupación: ama de casa 57.8%, empleada 22.2%, profesional 8.9%, independiente 6.7%, estudiante 4.4%. Las primigestas con preparación psicoprofiláctica tienen mayor asistencia a su control prenatal y puerperal, ingresan al hospital con el diagnóstico confirmado de trabajo de parto, presentan parto eutócico, en cuanto al recién nacido estos no presentan signos de sufrimiento fetal y no hay dificultades para una lactancia materna exclusiva. Conclusiones: La Psicoprofilaxis Obstétrica brinda beneficios estadísticamente significativos a la madre y a su recién nacido. (11)

Cconochuilca, D. En su trabajo titulado. Características maternas y neonatales de las pacientes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Julio – Diciembre del 2011. **Objetivo:** Determinar las características maternas y neonatales de las pacientes con Psicoprofilaxis Obstétrica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Material y métodos: Estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. Se evaluaron 84 historias clínicas de gestantes que cursaron el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Se realizó una evaluación cualitativa y cuantitativa de las variables. Una vez obtenidos los datos estos fueron ingresados y analizados usando el paquete estadístico SPSS versión 17, además se empleó el procesador de textos Microsoft Office Word 2007 y para la elaboración de tablas se usó Microsoft Office Excel 2007. **Resultados:** El 90,5 % de pacientes tenía una edad mayor a 20 años. El 14,3 por ciento iniciaron las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica con una edad gestacional de 22 semanas con una media de $28,27 \pm 4,8$ semanas, siendo la sesión 111 que obtuvo una total cobertura (100 por ciento). El 69% eran nulíparas, y

el 18% eran multíparas. El 86,9% había ya iniciado una labor de parto espontánea, 9,5 por ciento fueron inducidas, 3,6 por ciento fueron acentuadas. El 88,1 por ciento tuvieron parto vaginal, siendo la duración media de la dilatación en nulíparas 8 horas 27 minutos; y en multíparas 5 horas 17 minutos; el 7% presentaron agotamiento materno, el 66,7 por ciento no sufrieron complicación obstétrica alguna y 11,9 por ciento tuvieron indicación de cesárea por motivos que se complicaron en el transcurso normal del trabajo de parto. En el 90,5 por ciento de los recién nacidos el APGAR a los 5 minutos fue nueve, 8,3 por ciento con ocho y 1,2 por ciento con 10 de APGAR. En el 92,9 por ciento de recién nacidos el peso al nacer estuvo comprendido entre 2500 a <4000 gramos. El 88,9 por ciento de recién nacidos no necesitaron de reanimación y los que si necesitaron fueron 11,9 por ciento. El 78,6 por ciento de los recién nacidos no presentaron algún trauma obstétrico y 105 traumas obstétricos que presentaron algunos recién nacidos fueron caput succedaneum 16,7 por ciento, fractura de clavícula 3,6 por ciento y cefalohematoma 1,2 por ciento. Conclusiones: En el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica se encontró una mayor concurrencia de pacientes no añosas y nulíparas siendo su inicio de trabajo de parto espontáneo y la vía de parto vaginal la más frecuente. Las indicaciones de cesárea fueron por motivos que complicaron el transcurso normal del trabajo de parto como sufrimiento fetal agudo, incompatibilidad feto pélvica, bradicardia y taquicardia fetal. Los traumas obstétricos se presentaron en menor número de casos en los recién nacidos. Por lo tanto, las parturientas atendidas se beneficiaron de las ventajas que les brindó el haber sido gestantes preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica en el Instituto Nacional Materno Perinatal. (11)

2.1 BASES TEÓRICAS

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

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, y contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto. (13)

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.

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 psico-afectivo, 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. (14)

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 son:

- Reducir la sensibilidad local del útero.
- Interrumpir la transmisión de las sensaciones dolorosas entre el útero y cerebro (epidural, caudal continua, infiltración de ganglios o nervios que ingresan al útero)
- Disminuir o suprimir la conciencia del dolor (escopolamina, etc.).
- Actuar sobre los tres factores locales de transmisión de la sensación por medio de la anestesia total o parcial. (15)

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 la gestante y el equipo de salud, pero éste enriquece a todos los que participan en él. (15)

Temas de las sesiones de Psicoprofilaxis:

- Sesión 1: Cambios durante el embarazo y signos de alarma
- Sesión 2: Atención pre natal
- Sesión 3: Filología del parto.
- Sesión 4: Atención del parto y contacto precoz
- Sesión 5: Puerperio y recién nacido
- Sesión 6: reconocimiento del establecimiento. (15).

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. (15)

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. (15)

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 desacondicionarse. (15)

ESCUELA FRANCESA

Fernand Lámase, postulado: "parto sin dolor por el método psicoprofiláctico en base a la educación neuromuscular". Sus bases teóricas son las mismas que las de la escuela rusa. (15)

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. (15)

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. (16)

Biodanza

Técnica de desarrollo humano y renovación existencia cuyos elementos son la música, danza y dinámica grupal. (16)

Reflexología

Utilización del dígito presión en zonas o canales de energía en el mejor funcionamiento del organismo. (17)

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. (18)

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. (18)

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. (18)

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. (18)

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. 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. (18)

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.

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. (19)

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 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.

- Recuperación más rápida y cómoda con aptitud para una lactancia natural.
- Menor riesgo a tener depresión postparto. (19)

Las ventajas perinatales de la Psicoprofilaxis obstétrica

Brinda significativos beneficios al niño desde la 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 vida que le proyecte las mejores oportunidades de crecer, desarrollarse y ser un individuo potencial en todas sus capacidades físicas, intelectuales y psico-afectivas. (19)

Riesgos perinatales que se pueden evitar con la Psicoprofilaxis Obstétrica:

- Prematuridad.
- Bajo peso al nacer.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Apgar bajo.

Ventajas Perinatales:

- Etapa, 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. (19)

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.
- Disminución de riesgos maternos y perinatales.
- Mejor actitud y aptitud de todos.
- Ahorro de presupuesto. (19)

Contraindicaciones para la práctica de ejercicios físicos en gestantes:

Contraindicaciones absolutas:

- Enfermedad renal, cardíaca.
- Embarazo múltiple
- Preeclampsia
- Placenta previa
- RPM
- Parto prematuro
- Sangrado vaginal
- RCIU. (19)

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. (19)

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
- Pérdida de líquido a sangrado vaginal
- Disminución de movimientos fetales
- Contracciones uterinas. (19)

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. (20)

Sostiene en tres pilares fundamentales:

- PSICOAFECTIVA: Soporte emocional
- COGNITIVA: Preparación teórica
- FISICA: Entrenamiento integral

Objetivo de la psicoprofilaxis

El principal objetivo es lograr seguridad mediante sus tres áreas 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 bebé y la mamá es lo

más importante, por lo tanto, el especialista decidirá oportunamente lo mejor para ambos de acuerdo al diagnóstico y condiciones obstétricas. (20)

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.

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. (21).

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. (21)

Preparación psicoactiva

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. (21)

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. (21)

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.

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 obstetra sabrá indicar los adecuados a cada situación particular y evaluando las condiciones y con enfoque de riesgo obstétrico. (21)

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:

- Signos de alarma

- Señales de parto
- Técnicas de relajación
- Técnicas de respiración. (22)

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. (22)

La salud sexual

Se refiere al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales. Por esto, los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual. La salud reproductiva: entendida como un estado de bienestar general físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencias, en tornos a los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho de mujeres y hombres a obtener información y a tener acceso a unos métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a otros métodos que consideren para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que faciliten a las mujeres embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos.(24)

EJERCICIO DE PREPARACIÓN PARA EL PARTO

Una mujer embarazada sufre una serie de cambios físicos, orgánicos y mentales. Durante nueve meses la futura madre pasará por momentos de alegría, de miedo, de dudas y por un afán de búsqueda de información. Durante esta época es importante que reciba un curso de preparación al parto, con el fin de obtener la información teórico-práctica necesaria para mejorar el estado físico, prevenir las molestias asociadas al embarazo, romper el círculo de “miedo-tensión-dolor” y prepararse para el parto. No hay que olvidar que para el padre también es algo nuevo y desconocido. Es necesario favorecer la responsabilidad y participación de éste, enseñarle a ser útil; el padre es un apoyo físico y emocional para la madre. Ventajas Una mujer entrenada es más activa y participativa en el parto y por regla general, reduce el esfuerzo y tiempo de parto, además de agilizar su recuperación física. El objetivo del ejercicio físico en el aspecto de la preparación al parto es reforzar determinados grupos musculares necesarios para las variaciones del cuerpo durante el embarazo, el trabajo del parto y la recuperación posterior. Directrices de American College of Obstetrician and Gynecologists: (25)

- El ejercicio regular es preferible a la actividad intermitente. Se han de desaconsejar las actividades competitivas.
- El ejercicio intenso no se ha de realizar durante un periodo de enfermedad febril.
- Se han de evitar los movimientos bruscos, saltos, etc. El ejercicio se ha de efectuar sobre un suelo de madera o superficie protegida para reducir los impactos y tener una marcha segura.
- Los ejercicios intensos han de estar precedidos por un periodo de 5 minutos de calentamiento muscular.
- Los ejercicios intensos tienen que ir seguidos de un periodo gradualmente decreciendo y que incluyan estiramientos estáticos suaves. A causa de la laxitud del tejido conjuntivo aumenta el riesgo

de la lesión articular, los estiramientos no se deben hacer en punto de máxima resistencia.

- La frecuencia cardíaca se ha de medir en los momentos de máxima actividad. Los límites de frecuencia cardíaca establecida en la consulta con el médico no han de sobrepasarse.
- Se ha de ir con cautela al levantarse del suelo y hacerlo poco a poco para evitar la hipotensión ortostática (mareos) (26)

ACTIVIDAD FÍSICA

Durante el embarazo conviene llevar una vida activa y hacer ejercicio sin cansarse demasiado. Andar y nadar son actividades recomendables, mientras que otros deportes como la equitación, el ciclismo, el esquí o cualquier otro que suponga un riesgo y que pueda provocar caídas, deben tratar de evitarse. Existen diferentes ejercicios que se pueden realizar durante el embarazo:

EJERCICIOS DE TONIFICACIÓN

Postura de “moro”

Con la espalda recta y los brazos de cruz, se describen círculos con los brazos a la vez. Inspirar en el primer círculo y espirar en el segundo.

Sentada con las piernas entrecruzadas y manos enlazadas en la espalda. Se estiran los brazos hacia abajo contando hasta 6. Se espira relajando y contando hasta 3.

Partiendo de flexión de hombros de 90°, cogemos el brazo con la mano opuesta y acercar la piel de los antebrazos hacia los codos con un movimiento seco. Realizar el ejercicio con ambos brazos

Brazos elevados a 90°, con los codos flexionados. Con una mano cerrada presionar con un movimiento seco sobre la palma de la mano.

Postura d moro y la espalda recta, se relajan los hombros subiendo y bajándolos, primero los dos a la vez y después alternativamente. Luego

se describen círculos con los hombros, primero hacia delante, después hacia atrás (con uno y con los dos hombros) Partiendo de la posición del dibujo levantaremos las rodillas manteniendo los tobillos cruzados. Las manos se colocarán a nivel de las rodillas y resistirán el movimiento de empuje de éstas hacia abajo (manteniendo durante unos 10 segundos). Espirar mientras se mantiene. (26)

Con los hombros y cabeza bien apoyados contra la pared, se cruzan las piernas y se colocan las manos en las caderas. El ejercicio consiste en presionar las piernas la una contra la otra a la vez sé que avanza la pelvis en sentido contrario sin separar los hombros de la pared. (27)

EJERCICIOS PÉLVICO-PERINEALES

La mujer debe conocer los músculos que se quieren entrenar, para ello podemos orientarle que imagine que está orinando y desea cortar chorro (hay que insistir en que no se debe realizar este ejercicio durante la micción). Este ejercicio sirve fundamentalmente para la toma de conciencia de que el ejercicio se ha realizado bien o mal, aprender a contraer los músculos que nos interesan y relajar los que nos interesan. Si tras realizar los ejercicios se observa cierta fatiga con dolor en la espalda o en músculos abdominales, o irritabilidad nerviosa, es un signo de que se ha apretado con los abdominales, la espalda, los muslos o los glúteos. La solución es bien sencilla, hay que tratar de relajarse y contraer solamente los músculos del suelo pélvico. Una vez aprendida la contracción del suelo pélvico se puede programar series de contracciones mantenidas durante unos segundos. (27)

EJERCICIOS DE KEGEL

Lento Apretar los músculos como si se intentaste detener la orina, tirándolos hacia arriba. Contraerlos y mantenerlos así de 5 a 10 segundos mientras se respira suavemente. Relajar músculos durante 5 segundos más. Repetir la serie 10 veces. Intentar aumentar progresivamente el

tiempo de contracción y relajación hasta llegar a los 20 segundos. Cuanto más tiempo se controla la contracción de los músculos, más fuertes se harán. Rápido apretar y relajar los músculos tan rápidamente como se pueda durante 2 o 3 minutos. Empezar con 10 repeticiones cuatro veces al día hasta alcanzar las 50 repeticiones diarias. Al principio es normal notar que los músculos no quieren mantenerse contraídos, así como notar cansancio al realizarlo. Ascensor este ejercicio requiere cierta concentración, pero sus resultados son muy buenos.

La vagina es una cavidad muscular con secciones en forma de anillo dispuestas una sobre otra. Hay que imaginar que cada sección es una planta diferente de un edificio, y que subes y bajas un ascensor tensionando cada sección. Hay que empezar subiendo el ascensor suavemente hasta la primera planta. Aguantar durante un segundo, y subir hasta la segunda planta. Seguir subiendo tantas plantas como se pueda (normalmente no más de cinco).

Para bajar, aguantar también un segundo en cada planta. Cuando se llegue abajo, intentar ir al sótano, empujando los músculos pélvicos hacia abajo durante unos segundos (como si se estuviera de parto). Finalmente, intentar relajar por completo la musculatura durante unos segundos. Sobre todo, es importante no olvidar respirar pausadamente y no realizar el ejercicio con ayuda de los músculos abdominales. (28)

TRABAJO DEL PERINÉ EN DIVERSAS POSTURAS

Postura de gato

Espirar elevando el piso pélvico manteniendo la espalda redonda.

Inspirar relajando la musculatura pelviana y abdominal.

Postura de gato con la espalda recta. El ejercicio consiste en presionar con el dorso de las dos manos contra la parte interna de las rodillas.

Estos harán una resistencia a este movimiento.

Cuando se note tensión se empezará a levantar lentamente el suelo pélvico inspirando poco a poco. Espirando se han de volver a relajar conscientemente todos los músculos

En bipedestación con las piernas separadas y las rodillas ligeramente flexionadas, inclinar el tronco hacia delante apoyando las manos a las rodillas. En esta postura intentar elevar el suelo pélvico por etapas. Levantar la pelvis haciendo un ligero movimiento circular y espirando. Después relajar inspirando y basculando la pelvis hacia atrás.

Se parte de una posición agachada, con las piernas separadas y apoyando toda la planta del pie. Si es posible se mantendrá la espalda recta. El ejercicio consiste en apretar las manos una contra la otra y presionar; se intentará mantener esta postura sola o con ayuda de otra persona. Cuando se mantenga esta postura se desplazará la espalda hacia delante apoyando las manos en el suelo y las puntas de los pies. En esta postura se tensarán los músculos del suelo pélvico hacia arriba haciendo presión con las rodillas a los brazos que opondrán resistencia. Mantener y relajar. (29)

Sentada en una silla con las piernas abiertas y cogiendo el respaldo con las manos. Presionar las piernas contra las patas de la silla levantando el suelo pélvico por etapas a la vez que espira. En la inspiración relajar la pelvis y las piernas.

BALANCEO DE LA PELVIS POSICIÓN

Tendida boca arriba, con las rodillas flexionadas, los pies apoyados en el piso Disminuir el espacio entre la columna de la zona lumbar y el suelo, doblando la columna vertebral de manera que ésta, toque el suelo.

Luego doble la columna en sentido contrario, aumentando todo lo posible el espacio entre la Columba y el suelo. Frecuencia: 20 veces cada sesión. (30)

EJERCICIOS CIRCULATORIOS

Consiste en la realización de movimientos de tobillos, y piernas. También se puede realizar un masaje de la bóveda plantar con la ayuda de una pelota de tenis (consiste en colocarla en la planta del pie y hacerla rodar bajo ésta). (31)

Estiramientos

Van encaminados a la lucha contra la posición que se va adaptando en el embarazo: apertura de miembros inferiores y cierre de los superiores 6 y a dar elasticidad al tejido conjuntivo.

Estiramiento cuello

Sentarse en postura de “moro” o de rodillas y la espalda recta. La cabeza se dejará colgando hacia delante con la nuca, los hombros y la cara relajados.

Hacer un círculo completo hacia un lado y después hacia el otro.

Colocar las manos unidas sobre la nuca y dejar que los músculos del cuello se vayan estirando por el peso de la cabeza y las manos. Mantener unos segundos, luego bajar las manos y levantar la cabeza lentamente.

Con las espaldas relajadas girar la cabeza lentamente. Con los hombros relajados girar la cabeza hacia un lado y hacia el otro. (31)

Estiramiento de miembros inferiores:

Sobretudo zona glútea, isquiotibiales, cuádriceps, gemelos y sóleo.

Estiramiento del gato

Dirigido a paliar los dolores de espalda e incrementar la flexibilidad

Postura del buda

Enfocada al estiramiento de la parte superior de la espalda, brazos, muñecas y zona lumbar.

EJERCICIOS RESPIRATORIOS Y ENTRENAMIENTO DEL PUJO

El parto en sí puede ser lesivo, pero debemos tener en cuenta que fisiológicamente la mujer está preparada para soportar un parto vaginal. Gran parte de las lesiones se producen de forma iatrogénica y se podrían minimizar si durante los mismos se respetase la fisiología del parto, de ahí la importancia de la postura adoptada y del tipo de pujo. En primer lugar, se debe explicar el mecanismo de la respiración, el papel que juega el diafragma y los diferentes tipos de respiración. Con el entrenamiento adecuado se consigue aumentar el aire circulante, la capacidad respiratoria y la oxigenación fetal, así como disminuir la sensación dolorosa por la inmovilización del diafragma durante la contracción, la acidificación de la sangre al aumentar el CO₂, entre otras. Las técnicas respiratorias que se enseñaran son: (32)

Respiración sincrónica o profunda

Se realiza colocando las manos sobre el abdomen. Se toma aire lentamente por la nariz abombando la barriga poco a poco y, sin parar se saca el aire por la boca muy lentamente deshinchando la barriga. Se realizan entre 8-12. Es una respiración natural, libre, relajante que estimula la energía vital y proporciona una buena oxigenación al niño, infunde tranquilidad y ayuda a controlar las sensaciones del cuerpo. (32)

Respiración “en vela”

Se coge aire lentamente por la nariz y se ca por la boca, manteniendo los labios fruncidos, como si se quisiera apagar una vela.

Respiración “del soplido”

Se emplea ante contracciones de un minuto o más. Se caracteriza porque cuando comienza a descender la contracción se inspira por la nariz y se espira por la boca rápida y entrecortadamente, con los mofletes hinchados. Lenta: Se utiliza cuando la mujer tiene ganas de pujar, pero no debe. Se diferencia de la anterior en que cuando la mujer quiere empujar debe inspirar rápidamente por la nariz y espirar muy lentamente por la boca.

Respiración jadeante

Es una respiración anárquica y sin ritmo, Consiste en inspirar y espirar por la boca entrecortadamente y con sonido. Es la última respiración a utilizar.

Tipos de respiración durante el trabajo de parto

- RESPIRACION I: Profunda POSICION: Sentada, de pie, acostada dilatación 0-6 cm
- RESPIRACION II: Jadeante POSICION: Acostada (DLI o de cubito dorsal) dilatación 7 – 9 cm
- RESPIRACION III: Sostenida – pujo POSICION: sentada o semi-acostada, dilatación 10 cm.
- Se realizarán los tipos de respiración como respuesta a la contracción uterina. (33)

Ejercicio del pujo

La expulsión necesita una técnica de respiración, sino más bien la posibilidad de contener la respiración (inspiración profunda seguida de bloqueo de la respiración) y ponerse en la mejor postura para pujar. Es importante que entre pujo y pujo se descansa se recomiendan respiraciones lentas para restaurar el oxígeno y conserva energías. A partir del 8º mes de gestación las embarazadas irán entrenando el pujo dirigido, pero sin pujar.

Desbloqueo y liberación de la pelvis

Previo a realizar los ejercicios es importante que la mujer conozca los movimientos de ante versión y retroversión, para diferenciarlos se colocará de pie, con los pies juntos y el cuerpo erguido apoyando una mano sobre el bajo vientre y la otra sobre las nalgas. Con la mano de delante, se empuja la pelvis hacia arriba, mientras que lo con la mano de detrás la empuja hacia abajo. Luego volver a la posición de comienzo.

- Anteverción y retroversión pélvica.
- Inclínación de pelvis elevando el talón del suelo (2 veces)
- Ateversión y retroversión pélvica
- Inclínación de pelvis elevando del suelo (2 veces)
- Anteverción y retroversión pélvica
- Círculos con la pelvis hacia ambos lados
- Inclínación de pelvis elevando el talón del suelo (2 veces)
- Dibujar un 8 (a ambos sentidos)
- Ondulaciones con el torso.

RELAJACIÓN

La embarazada debe entender que es importante aprender a relajarse y practicarla de forma constante para que cuando se encuentre en el momento del parto pueda controlar sus emociones y colaborar eficazmente. Además, también aporta una serie de beneficios durante el embarazo como mejorar y aceptar el esquema corpora, combatir el insomnio y la fatiga o reducir el miedo/temor acerca del parto. (34)

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. (35)

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 demostrable del cuello uterino.

Un método que define el inicio de trabajo de parto según el *NATIONAL MATERNITY HOSPITAL* de Dublín es:

Presencia de contracciones uterinas dolorosas y frecuentes, acompañado de expulsión de tapón mucoso, borramiento del cuello uterino. (35).

Periodos del trabajo de parto

Primer período

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. (35)

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. (35)

Segundo periodo

Es el periodo expulsivo, comienza cuando se completa la dilatación del cuello uterino y termina con el nacimiento del feto. (35)

Tercer periodo

También llamado periodo de alumbramiento, abarca desde el nacimiento del producto hasta la expulsión de membranas ovulares. (35).

PATRONES NORMALES DE EVOLUCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

		Nulíparas	Multíparas
Velocidad de:	La dilatación	1.2cm/h	1.5cm/h
	El descenso	1cm/h	2cm/h
Duración de los Periodos:	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. (36)

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 utilizado internacionalmente, y nos indica el estado de salud del RN al primer minuto y a los 5 minutos. (37)

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. (38)

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.

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. (39)

SISTEMA DE CALIFICACIÓN DEL APGAR:

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

Interpretación

- Recién Nacido normal: 7 - 10 puntos

- Recién Nacido deprimido moderado: 4 – 6 puntos
- Recién Nacido deprimido severo: 1 – 3 puntos

Los recién nacidos a término con una adaptación cardiopulmonar normal deberían obtener un puntaje de 7-10 al 1er minuto y los 5 minutos. Puntajes de 4 - 6 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 1 - 3 requiere resucitación inmediata. (40)

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

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.

RELAJACIÓN

La embarazada debe entender que es importante aprender a relajarse y practicarla de forma constante para que cuando se encuentre en el momento del parto pueda controlar sus emociones y colaborar eficazmente.

Además, también aporta una serie de beneficios durante el embarazo como mejorar y aceptar el esquema corporal, combatir el insomnio y la fatiga o reducir el miedo/temor acerca del parto.

BIODANZA

Técnica de desarrollo humano y renovación existencia cuyos elementos son la música, danza y dinámica grupal.

HIDROTERAPIA

Utilización del agua con fines terapéuticos se basa en la fuerza de presión de agua y el nivel de temperatura.

REFLEXOLOGÍA

Utilización del dígito presión en zonas o canales de energía en el mejor funcionamiento del organismo.

GESTACIÓN

Estado fisiológico de la mujer que inicia con la fecundación y termina con el parto.

DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO

PRECIPITADO

Su duración promedio es de 10 minutos

NORMAL

Pero el manejo fisiológico debería ser el de esperar a que la mujer sienta ganas de empujar. Hay veces que incluso estando completa la mujer no siente la necesidad de empujar y basta con esperar de 10 a 20 minutos para que esta sensación comience.

EXPULSIVO PROLONGADO

Su duración promedio es de 50 minutos para las nulíparas y de 20 minutos para las múltiparas, pero esto es realmente variable

RECIÉN NACIDO

Producto de la concepción a partir de las 22 semanas de gestación.

APGAR

Test para evaluar la condición física del neonato inmediatamente después de nacidos.

CAPITULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 01

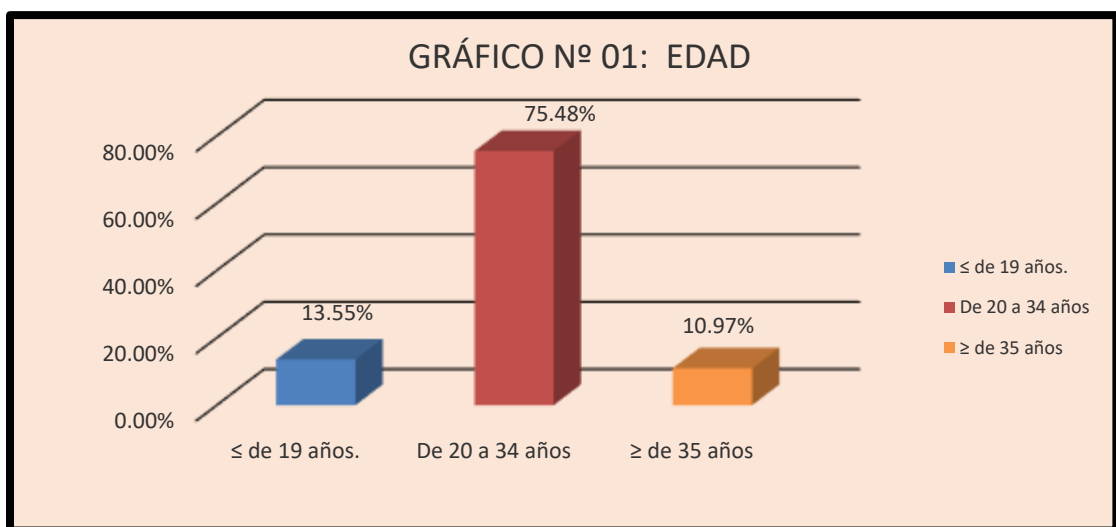
**EDAD DE LAS PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016**

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 19	21	13,55
20 a 34	117	75,48
≥ de 35	17	10,97
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

ANÁLISIS: En la tabla N° 01 observamos que el 75,48% de la población en estudio se encuentra en el rango de edades de 20 a 34 años, seguido del 13,55% igual o menor de 19 años que corresponde a gestantes adolescentes.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en Lima por Cconochuillca, D. (2011), cuyo objetivo fue “Determinar las características maternas y neonatales de las pacientes con Psicoprofilaxis”, encontró que predominó el grupo de edad mayor a 20 años con el 90.5%, teniendo una similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

TABLA N° 02

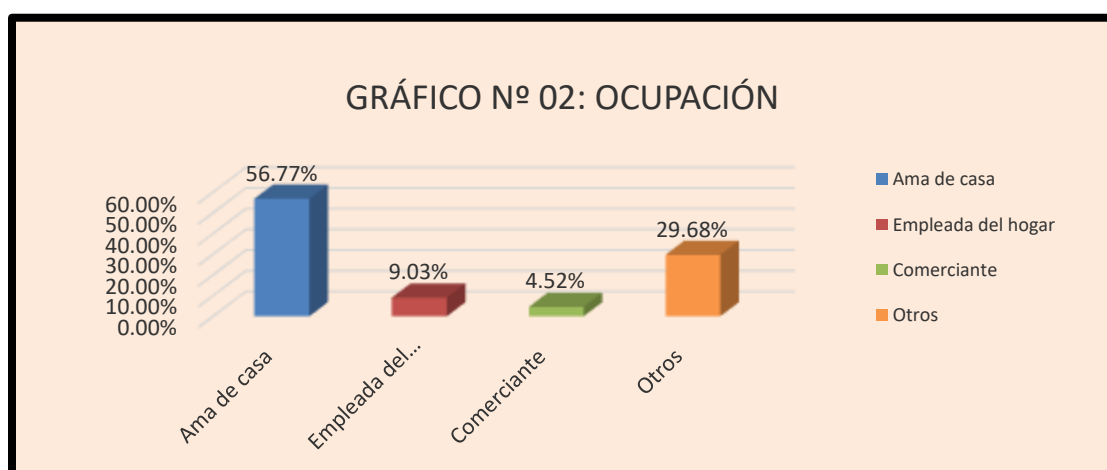
OCUPACIÓN DE PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ama de casa	88	56,77
Empleada del hogar	14	9,03
Comerciante	7	4,52
Otro	46	29,68
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

ANÁLISIS: En la tabla N° 02 observamos que el 56,77% de madres atendidas tienen ocupación de ama de casa, seguido 29,68% con otras ocupaciones como docentes, contadoras, entra otras profesiones.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en Lima por Reyes, L. cuyo objetivo fue: “Estudiar la Relación que existe entre los Beneficios Materno – Perinatales de las primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal y la Psicoprofilaxis Obstétrica.”, encontró que el 57.8% fueron ama de casa, teniendo una similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

TABLA N° 03

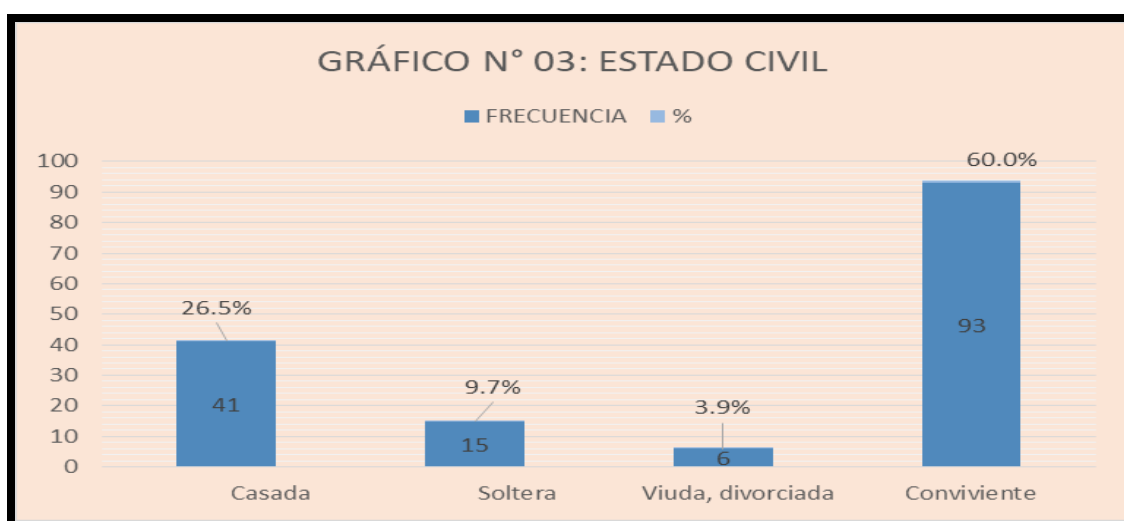
ESTADO CIVIL DE PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casada	41	26,45
Soltera	15	9,68
Viuda, divorciada	6	3,87
Conviviente	93	60
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

ANÁLISIS: En la tabla y grafico N° 03 observamos que el 60 % de la población en estudio se encuentra en estado civil de convivencia, seguido de 26.45% comprendida en el estado civil casada.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en Lima por Reyes, L. (2009), cuyo objetivo fue “: Estudiar la Relación que existe entre los Beneficios Materno – Perinatales de las primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal y la Psicoprofilaxis Obstétrica.”, encontró el estado de convivencia represento el 60%, teniendo una similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

TABLA N° 04

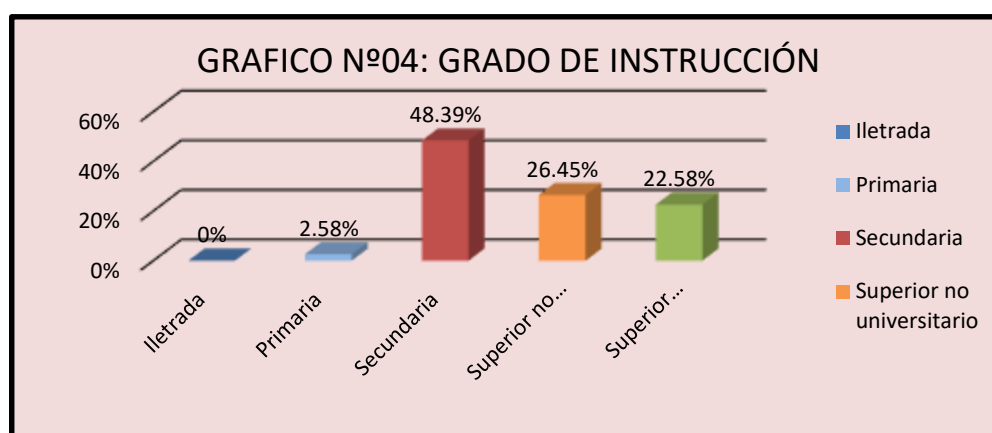
**GRADO DE INSTRUCCIÓN PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014
– 2016**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Iletrada	0	0
Primaria	4	2,58
Secundaria	75	48,39
Superior no universitario	41	26,45
Superior universitario	35	22,58
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

ANÁLISIS: En la tabla y grafico N° 04 observamos que el 48,39% de la población en estudio, cuentan con el nivel educativo de secundario, seguido del 26,45% que tiene estudio superior no universitario, lo que representa la mayor concentración de pacientes con un grado de instrucción considerable.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en Lima por Reyes, L. (2009), cuyo objetivo fue: “Estudiar la Relación que existe entre los Beneficios Materno – Perinatales de las primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal y la Psicoprofilaxis Obstétrica.”, encontró que tiene educación secundaria completa el 68.9%, siendo estos resultados muy cercano a nuestro estudio.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-20

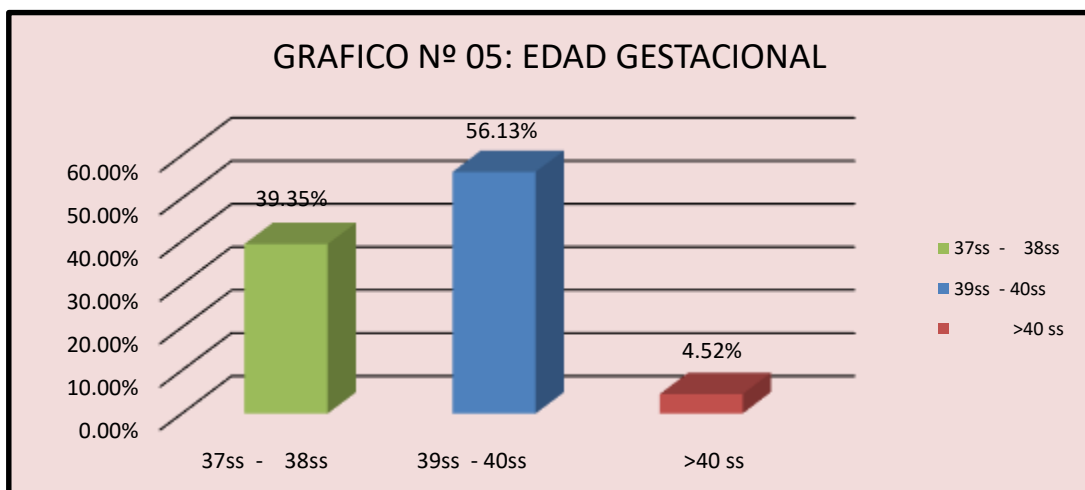
TABLA N° 05

EDAD GESTACIONAL EN QUE SE PRODUJO EL PARTO EN PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016

EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
37 - 38	61	39,35
39 – 40	87	56,13
>40	7	4,52
TOTAL	155	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

ANÁLISIS e INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 05 observamos que el 56,13% de las gestantes dieron a luz entre las semanas 39 – 40, seguido del 39,35% con edad gestacional entre 37-38 semanas.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

TABLA N° 06

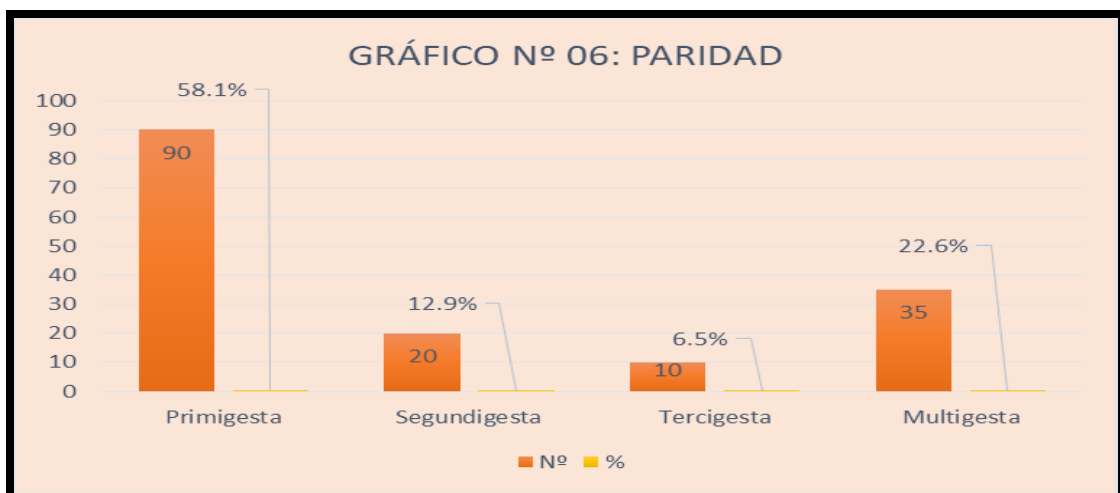
PARIDAD DE LAS PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016

PARIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigestas	90	58,1
Segundigestas	20	12,9
Tercigestas	10	6,5
Multigestas	35	22,6
TOTAL	155	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

ANÁLISIS: En la tabla y gráfico N° 06 observamos que el 58.1%, de las estantes en estudio fueron primigestas, seguido del 22,6% fueron pacientes multigestas.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado Cconochuilla, D 2011. Cuyo objetivo: Determinar las características maternas y neonatales de las pacientes con Psicoprofilaxis Obstétrica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se encontró que El 69% eran nulíparas al momento del parto, teniendo similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio del Hospital Amazónico periodo 2014-2016

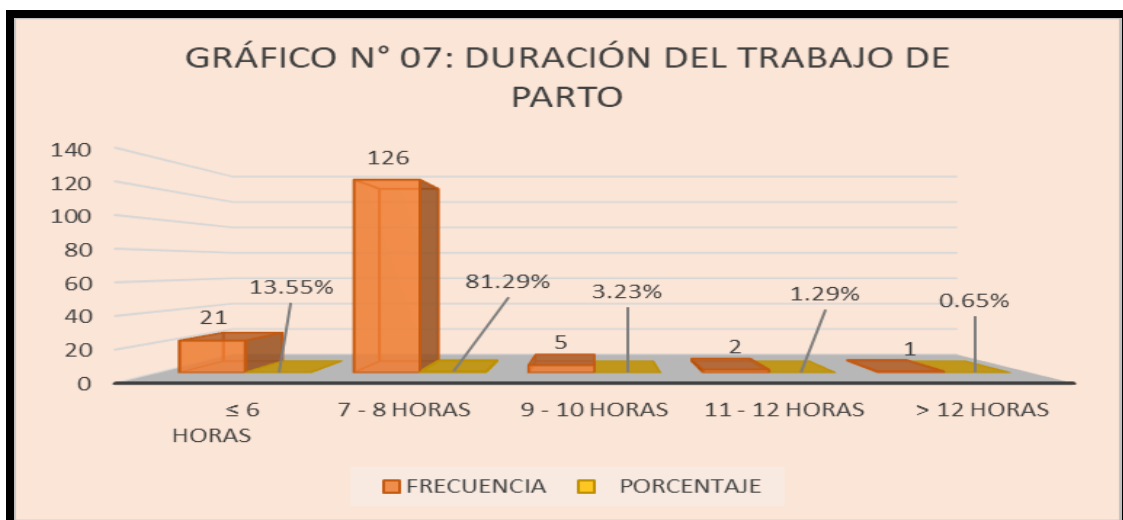
TABLA 07

**DURACION DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES CON
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016**

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
≤ 6 horas	21	13,55
7 - 8 horas	126	81,29
9 - 10 horas	5	3,23
11 - 12 horas	2	1,29
> 12 horas	1	0,65
TOTAL	155	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio del Hospital Amazónico periodo 2014-2016

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y gráfico N° 07 observamos que el 81.30% de gestantes tuvo una duración del trabajo de parto en el rango de 7- 8 horas, el 13.54% correspondió a un tiempo ≤de 6 horas.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio del Hospital Amazónico periodo 2014-2016

TABLA N° 08

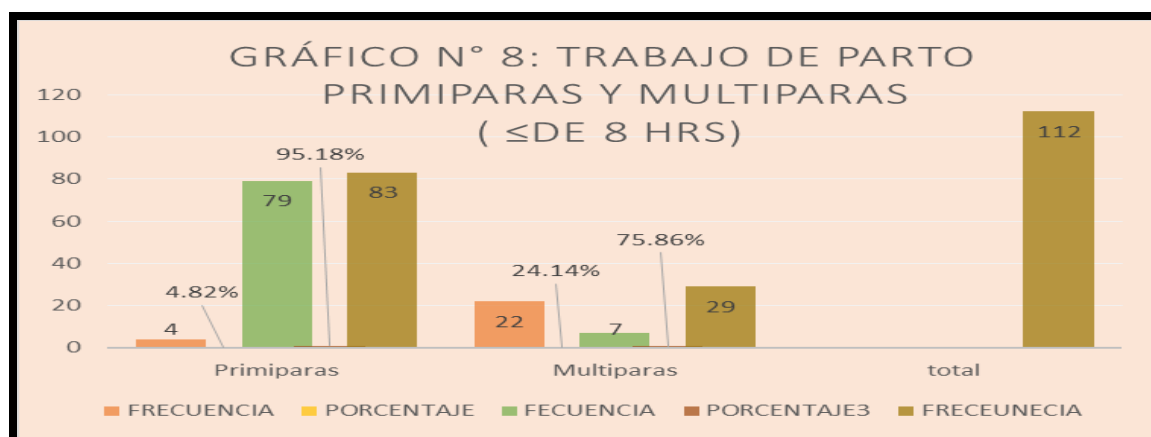
PACIENTES PRIMIPARAS Y MULTIPARAS CON PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y TRABAJO DE PARTO MENOR O IGUAL A OCHO HORAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2014 – 2016

TRABAJO DE PARTO PRIMIPARAS Y MULTIPARAS (< DE 9 HRS)	Frecuencia ≤ 6 horas	%	Frecuencia ≤8 horas	%	TOTAL	
					Frecuencia	%
Primíparas	4	4.82	79	95.18	83	100
Múltiparas	22	24.14	7	75.86	29	100
TOTAL					112	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio del Hospital Amazónico periodo 2014-2016

ANÁLISIS: En la tabla y gráfico N° 08, Observamos que el 95.18% de las gestantes primíparas tuvieron trabajo de parto en el rango de 7-8 horas y el 75.86% de paciente múltiparas estuvieron en el rango de ≤6 horas de trabajo de parto. Lo que corresponde un adecuado trabajo de parto en relación al tiempo.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en Lima por Cconochuilla, D. (2011), cuyo objetivo fue “Determinar las características maternas y neonatales de las pacientes con Psicoprofilaxis”, encontrándose que el 69% eran nulíparas, y el 18% eran múltiparas, habiendo similitud con los resultados encontrados en nuestro estudio en relación a las primíparas.



Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio del Hospital Amazónico periodo 2014-2016

TABLA 09

**AGOTAMIENTO MATERNO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL
HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016**

AGOTAMIENTO MATERNO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Si	14	9,0
No	141	91,0
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

ANÁLISIS: En la tabla y grafico N° 09 Observamos que el 91.0% de las pacientes atendidas no tuvieron agotamiento durante el trabajo de parto, el 9.0% si presento agotamiento en esta fase del parto.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en Lima por Cconochuilla, D. (2011), cuyo objetivo fue “Determinar las características maternas y neonatales de las pacientes con Psicoprofilaxis”, el 7% presentaron agotamiento materno, teniendo una similitud con nuestro estudio realizado.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

TABLA N° 10

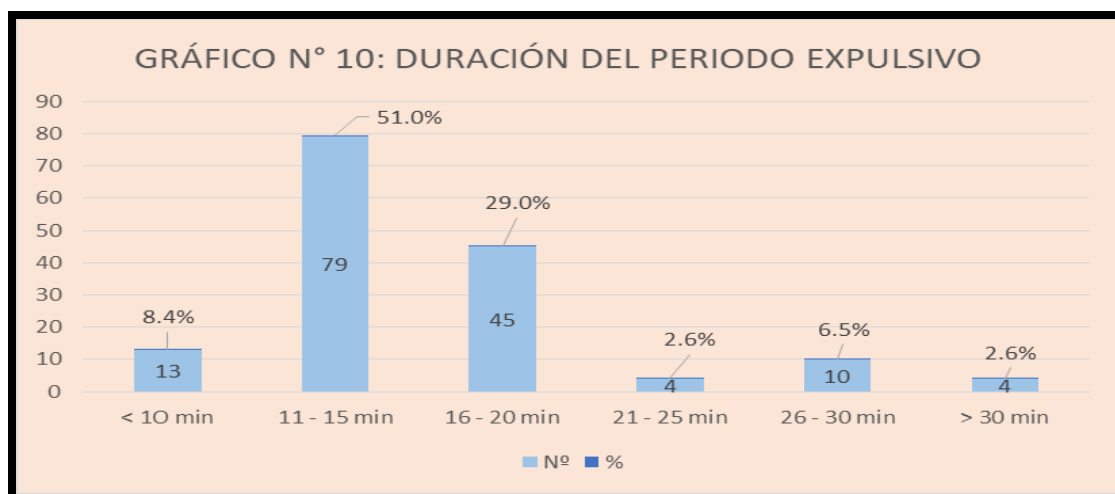
DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO EN PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016

DURACIÓN DE PERIODO EXPULSIVO (MINUTOS)	FRECUENCIA	PORCENTAJE
< 10	13	8,4
11 - 15	79	51,0
16 - 20	45	29,0
21 - 25	4	2,6
26 - 30	10	6,5
> 30	4	2,6
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

ANÁLISIS: En la tabla y grafico N° 10 observamos que del 51% de las pacientes tuvieron un periodo expulsivo entre 11 - 15 minutos, y el 29% entre 16 – 20 minutos, solo el 2,6% tubo un periodo expulsivo mayor de 30 minutos.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado por Aguilar, M. España 2012., cuyo objetivo fue: determinar los resultados perinatales en el momento del parto de las mujeres que recibieron el programa de estimulación prenatal”, el periodo expulsivo fue de 20 minutos, teniendo una similitud con nuestro resultado.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

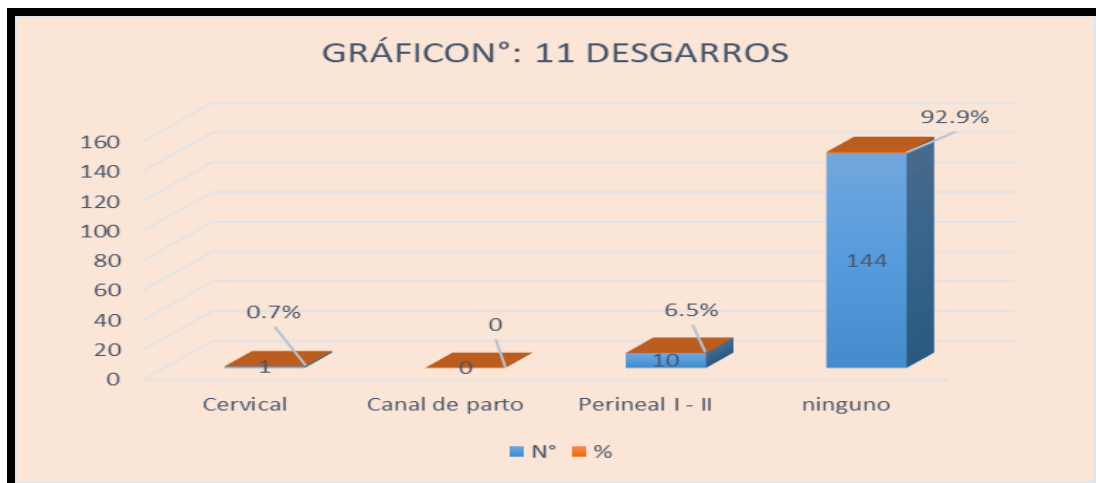
TABLA N° 11

**DESGARRO CERVICAL, VAGINAL Y PERINEAL DURANTE EL PERIODO
EXPULSIVO EN PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016**

DESGARROS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Cervical	1	0,7
Canal de parto	0	0
Perineal I – II	10	6,5
Ninguno	144	92,9
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio del Hospital Amazónico periodo 2014-2016

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN: En la tabla y grafico N° 11 observamos que el 92,9%, de gestantes no tuvieron ningún tipo de desgarro durante el periodo expulsivo, el 6.5% tuvieron desgarros perineales de I - II grado.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio del Hospital Amazónico periodo 2014-2016

TABLA N° 12

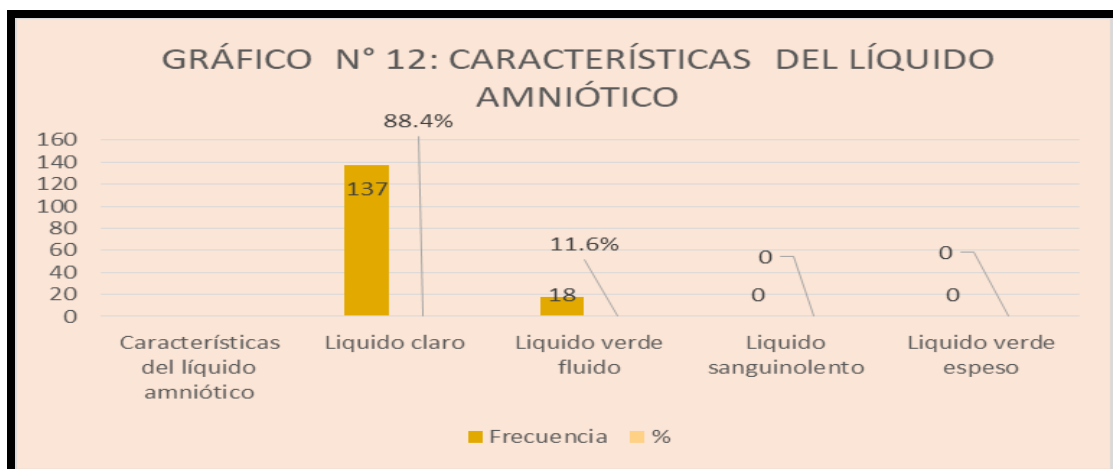
CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO ANNIOTICO EN PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016

CARACTERÍSTICAS DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Líquido claro	137	88,4
Líquido verde fluido	18	11,6
Líquido sanguinolento	0	0
Líquido verde espeso	0	0
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

ANÁLISIS: En la tabla y gráfico N° 12 observamos que el 88,4% de pacientes con psicoprofilaxis obstétrica presentaron líquido amniótico claro, el 11,6% líquido verde fluido, ninguna paciente presento líquido verde espeso.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado por Samar, D. 2010, cuyo objetivo fue, Identificar la asociación entre psicoprofilaxis y el Apoyo del Acompañante en el Trabajo de Parto y los Beneficios Maternos-Perinatales de las Primigestas atendida en el Instituto Nacional Materno Perinatal, encontrando líquido amniótico claro en un 30.5%, este resultado difiere con nuestro estudio.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

TABLA N° 13

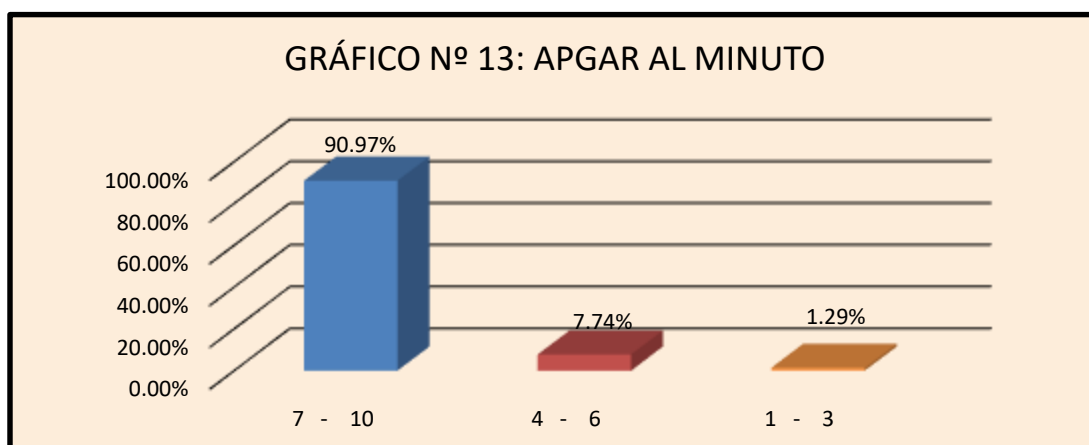
APGAR AL MINUTO DE RECIEN NACIDOS DE PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016.

APGAR AL MINUTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7 - 10	141	90,97
4 - 6	14	9,03
1 - 3	0	0
TOTAL	155	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

ANÁLISIS: En la tabla y grafico N° 13, Se observa que el APGAR de los recién nacidos al primer minuto fue de 90.97% en el rango de 7-10 y el 9.03% presentó APGAR entre 4-6 puntos lo que representa una asfixia moderada.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en España de Aguilar, M. (2012) cuyo objetivo fue “Determinar los resultados perinatales en el momento del parto de las mujeres que recibieron el programa de estimulación prenatal”, encontrando como resultado el 96,5% de los hijos de las madres estimuladas el APGAR al nacer fue evaluado entre 8 y 9, teniendo una similitud con nuestro estudio.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

TABLA N° 14

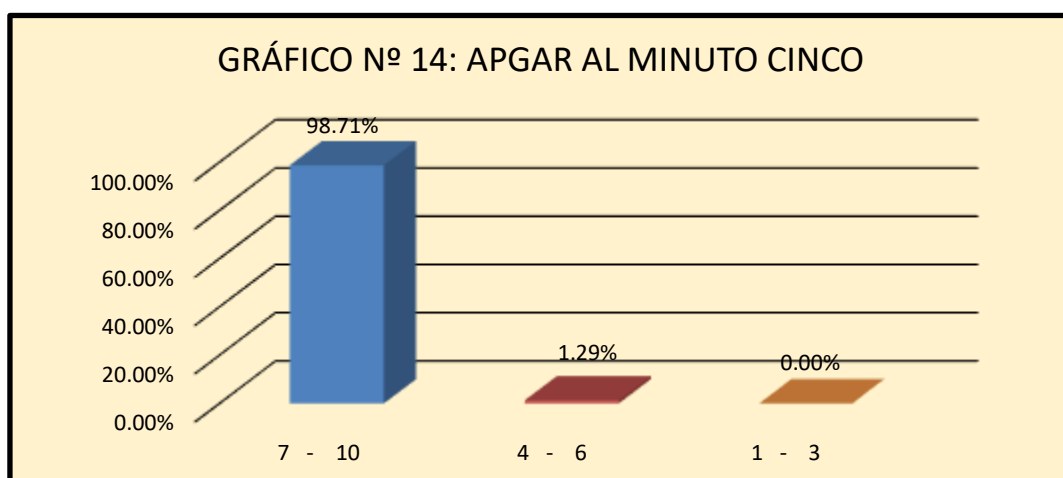
APGAR AL MINUTO CINCO DE RECIEN NACIDOS DE PACIENTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016

APGAR AL MINUTO CINCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
7 - 10	153	98,71
4 - 6	2	1,29
1 - 3	0	0
TOTAL	155	100

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

ANÁLISIS: En la tabla y grafico N° 14 observamos que el 98,71% de los recién nacidos de madres que realizaron psicoprofilaxis obstétrica tuvieron a los cinco minutos un Apgar entre 7-10, considerados parámetros normales, sólo el 1.29% tuvieron un Apgar de 4-6 lo que representa una asfisia moderada.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en Lima por Cconochuilla, D. (2011), cuyo objetivo fue “Determinar las características maternas y neonatales de las pacientes con Psicoprofilaxis”, encontrándose que el 90,5% de recién nacidos el APGAR a los 5 minutos fue de 9, el 8,3% fue de ocho y 1,2 % fue de un puntaje de 10, teniendo similitud con nuestros resultados.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

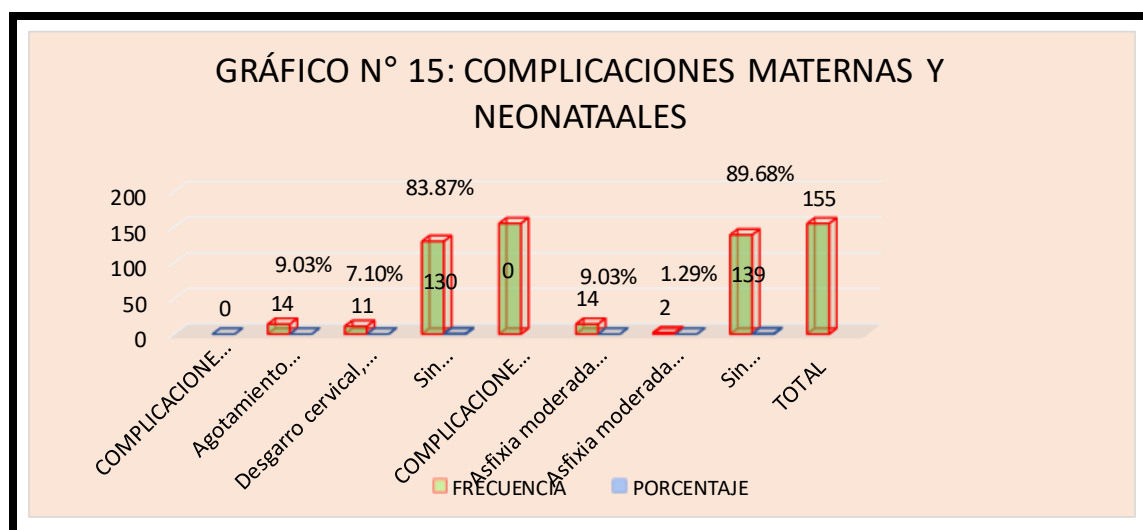
TABLA 15
COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES EN PACIENTES CON
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL
AMAZONICO PERIODO 2014 – 2016

COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPLICACIONES MATERNAS		
Agotamiento materno	14	9.03%
Desgarro cervical, perineal I - II grado	11	7.10%
Sin complicaciones Maternas	130	83.87%
COMPLICACIONES NEONATALES		
Asfixia moderada en el RN (al minuto)	14	9.03%
Asfixia moderada en el RN (al minuto cinco)	2	1.29%
Sin complicaciones Neonatales	139	89.68%
TOTAL	155	

Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016.

ANÁLISIS: En la tabla y grafico N° 15 observamos que, el 83.8% de las pacientes no presentaron ninguna complicación durante el trabajo de parto ni parto, y solo en el 16.2% de ellas se observó complicaciones entre agotamiento materno y algún tipo de desgarro. Respecto al recién nacido se aprecia que el 89.6% de ellos no presentaron ninguna complicación, a diferencia de un 10.4% que experimento asfixia moderada al minuto y al minuto cinco, siendo necesario la reanimación.

INTERPRETACIÓN: Contrastando con el estudio realizado en Lima por Cconochuillca, D. (2011), cuyo objetivo fue “Determinar las características maternas y neonatales de las pacientes con Psicoprofilaxis”, teniendo como resultado que el, 7% presentó agotamiento materno, el 66.7% no sufrieron complicaciones obstétricas. Respecto al recién nacido el 88.91% no necesitaron reanimación, solo el 11.9% si fue necesario realizar maniobras de reanimación. Estos resultados presentan cierta semejanza con nuestro estudio.



Fuente: Historia clínica de pacientes en estudio Hospital Amazónico periodo 2014-2016

CONCLUSIONES

Realizada la investigación se llega a las siguientes conclusiones:

1. Respecto a los datos sociodemográficos maternos en el presente estudio, se identificó que el 75.48% de las pacientes se encuentran en el rango de edades entre 20-34 años, el 56.77% fueron amas de casa, el 60% en la condición conyugal de convivencia, y en el 48.39% el grado de instrucción fue el nivel secundario.

El 56.13% de las pacientes culminaron la gestación entre las semana 39-40 y el 58.10% de ellas fueron pacientes primigestas.

2. En cuanto al trabajo de parto de las pacientes con sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica completa y dando respuesta al objetivo dos, podemos concluir que, el tiempo promedio de esta fase en pacientes primigestas, el 95.18% fue dentro del rango de 7-8 horas y el 75.86% correspondió a pacientes multigestas con un tiempo menor o igual a 6 horas de trabajo de parto; sin embargo al incluir a segundigestas y tercigesta podemos afirmar que el 94.84% de todas las pacientes en estudio, el trabajo de parto culminó en menos de 9 horas; lo que representa un adecuado tiempo en el proceso de la dilatación.

Respecto al parto o período expulsivo, se observó que el 91% de las pacientes que realizaron sesiones completas de psicoprofilaxis obstétricas no presentaron agotamiento materno, así mismo en el 88.4% de pacientes se observó líquido amniótico claro, indicador que el feto no ha presentado sufrimiento fetal en el periodo de dilatación y/o parto.

El 88.40% de las gestantes primigestas y multigestas tuvieron un periodo expulsivo menor o igual a 20 minutos siendo este un tiempo adecuado y beneficioso para la madre y el feto, el trauma obstétrico se

redujo al 7.2% de pacientes, observando desgarro cervical y perineal respectivamente.

Respecto al Apgar del recién nacido de madres que realizaron sesiones completas de psicoprofilaxis obstétricas, se concluye que, el 90.97% tuvieron un score entre 7-10 al minuto de vida; y al minuto cinco el Apgar se incrementó al 98.71% en el score de 7-10, representando un menor índice de sufrimiento fetal por ende recién nacidos con mayores expectativas de vida.

- 3.- Dando respuesta al tercer objetivo, podemos señalar que, el 83.8% de las pacientes que realizaron sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica no presentaron ninguna complicación materna, sin embargo el 16.2%, presentó agotamiento materno y desgarros perineal de I y II grado respectivamente.

Respecto al recién nacido podemos concluir que, el 89.6% no evidenció ninguna complicación respecto al Apgar, la puntuación fluctuó entre 7-10.

La complicación se presentó en un 9.03% de recién nacidos con asfixia moderada con un Apgar en el score de 4-6 al minuto de nacido, recuperándose a los 5 minutos, quedando solo el 1,29% de recién nacidos con asfixia moderada.

Finalmente podemos afirmar que las pacientes que realizaron sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron beneficios tangibles; se redujo los casos de agotamiento materno, el tiempo del trabajo de parto y parto, así mismo se redujo considerablemente los traumas obstétricos, en los recién nacidos se vio disminuido los índices de asfixia neonatal.

RECOMENDACIONES

Concluida la investigación respecto a las pacientes que realizaron sesiones completas de Psicoprofilaxis obstétricas, proponemos las siguientes recomendaciones, dirigidas hacia los profesionales de obstetricia encargados del programa materno perinatal en los diferentes niveles de atención:

1. Que el programa de psicoprofilaxis obstétrica en los establecimientos de salud debe procurarse mayor difusión en la comunidad, dando a conocer los beneficios que este brinda a la madre y al recién nacido, logrando un mayor número de gestantes con adhesión al programa por ende también el involucramiento de la pareja durante las sesiones educativas.
2. Que el programa de psicoprofilaxis obstétrica esté integrado por un equipo de profesionales obstetras con estudios de segunda especialidad y dedicados a tiempo completo en este campo, trazándose metas y objetivos a mediano y largo plazo, así mismo que la continuidad del programa sea primordial para su fortalecimiento, impartiendo sesiones con alto contenido educativo, y que se garantice un presupuesto más acorde a la demanda para mantener implementado el servicio y los elementos motivacionales para el cumplimiento por parte de las pacientes.
3. Los profesionales obstetras encargados de los programas de psicoprofilaxis en los establecimientos de salud, incorporen estrategias creativas para evitar la deserción de la gestante, garantizando la culminación de las sesiones educativas la misma que facilitara a la paciente un trabajo de parto, parto y un recién nacido con menos complicaciones.

4. Conformar grupos de apoyo en la comunidad a través de comités de madres líderes, con aquellas mujeres que tuvieron experiencias exitosas aplicando los saberes de psicoprofilaxis durante su parto, para que sean voceras de los beneficios que estas prácticas brindan a la familia, a la pareja, a la madre y al recién nacido.

FUENTES DE INFORMACION

1. Ministerio de Salud. Atención de Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud 2009. Peru: Minsa; 2012
2. Ministerio de Salud. Guía Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Peru: MINSA; 2012
3. Morales.S. La psicoprofilaxis obstétrica como eje de prevención prenatal. 1st ed. Lima: Cimagraf; 2012.
4. Aguilar M, Vieite M, Padilla C, Mur N, Riso M. La estimulación prenatal: Resultados relevantes en el periparto. Rev Nutr Hosp. 2012 nov-dic; 27(6).
5. Aguayo C. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco-Chile. Rev Med Chil. 2009 Setiembre- Febrero; 12(3).
6. Salas F. Aplicar la psicoprofilaxis obstétrica a primigestas añosas. Universidad de Guayaquil, Obstetricia; 2012-2013.
7. Oyuela J. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas en el Hospital de Gineco – Obstetricia de Monterrey- Mexico 2010.. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2010 julio; 4(48): p.439-442.

8. Yabar M. La psicoprofilaxis obstetrica en gestantes adolescentes: Caracteristicas y beneficios integrales. Rev Horiz Med. 2014; 14(2): p. 39-44.
9. Samar D. Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociados a beneficios materno perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Materno Perinatal 2010. Rev.Per.Inv.Mat. Per 2011 Enero-Agosto; 3(2).
10. Reyes L. Psicoprofilaxis obstetrica asociado a beneficios materno perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Materno Perinatal. Enero-Diciembre 2009. Rev.Per.Inv. Mat. Per. 2009 Enero-Diciembre; 2(2).
11. Cconocchuillca, D. Caracteristicas maternas y neonatales de las pacientes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Julio – Diciembre del 2011.. Rev.Per. Inv. Mat. Per. 2012 Julio-Diciembre; 3(2).
12. Ministerio de Salud. Guia Tecnica de Psicoprofilaxis Obstetrica y Estimulacion Prenatal. Peru: MINSA; 2012.
13. Yabar M. La psicoprofilaxis obstetrica en gestantes adolescentes: Caracteristicas y beneficios integrales. Rev Horiz Med. 2014; 14(2): p. 39-44.
14. Chable G, Garcia K. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Rev Sanid Milit. 2013 mayo-junio; 67(3): p. 106-114.
15. Maldonado. 2012. Pág.: 1-21. 20. Oviedo E. Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto eutócico en el Hospital I Jorge Voto Vernales Corpancho.
16. Samar D. Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociados a beneficios materno perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Materno Perinatal 2010. Rev.Per.Inv.Mat. Per 2011 Enero-Agosto; 3(2).

17. Ministerio de salud. Guia Tecnica para la Psicoprofilaxis Obstetrica y Estimulacion Prenatal. Peru: MINSA; 2012.
18. Jiménez W., Gaete M. Estudio de la exclusión educativa y abandono en la enseñanza secundaria en algunas instituciones públicas de Costa Rica. *Educare*. 2013; 17 (1):105-128.
22. Saravia D., Calderón D. Programa de Psicoprofilaxis y Actitud de la Gestante Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.
19. Salas F. Aplicar la psicoprofilaxis obstetrica a primigestas añosas. *Universidad de Guayaquil, Obstetricia*; 2012-2013.
20. 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.
21. 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.
22. Ministerio de salud. Guia Tecnica para la Psicoprofilaxis Obstetrica y Estimulacion Prenatal. Peru: MINSA; 2012.
23. ESPINOZA Y FIGUEROA Z. V. (1991),” Percepción –beneficios del método psicoprofiláctico,” Hospital nacional Edgardo Rebagliaty Martins. IPSS. Publicación científica- Revista de los profesionales de la salud, Ciencia y Tecnología. Vol. 1 No 72 diciembre 1992 Lima- Perú.
24. *Ginecología* 2009; 68 (1):68 - 74 Davis CD, Marrone FA: An objective evaluation of a prepared childbirth program. *Am J Obstet Gynecol*. Vol

84:1196-1206, 1962. Dexeus J.M: El nacimiento de un niño. Biblioteca Salvat de Grandes Temas. Salvat. Barcelona.

25. 2012. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Programas Sociales. Dirección del Programa Materno-Perinatal; Módulos de Sensibilización y Capacitación. Diez Pasos para un Parto Seguro. Ministerio de Salud. 1999 Educación para el parto Morales.S. Psicoprofilaxis obstetrica integral. 1ra ed. Lima: Cimagraf; 2012.
26. García, J. (2005). Preparación psicoprofiláctica y su influencia en la estabilidad emocional de mujeres gestantes (Al conferirle el grado de psicóloga, en el grado académico de licenciada). Universidad Rafael Landívar de Quetzaltenango.
27. Kisner, C y Colby, L. (2005). Ejercicio terapéutico, fundamentos y técnicas. España: Paidotribo.
28. Aguayo, C y Carrasco, A (2008). Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre del 2007 y febrero del 2008 (Tesis para optar al grado de licenciada en Obstetricia y Puericultura). Universidad Austral de Chile.
29. Mora, F. (2012). Aplicar psicoprofilaxis obstétrica en primigestas añosas, propuesta de un protocolo de manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel de septiembre 2012 a febrero 2013, (Tesis para optar al título profesional de obstetra). Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas Escuela de Obstetricia.
30. 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.

31. Reyes, L. (2004). Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado, Materno Perinatal (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia). Universidad Nacional Mayor de San Marcos
32. Pacheco J, Cordero R. Dolor de parto. In Candiotti , editor. Ginecología Obstetricia y Reproduccion. Peru: Copyrigh; 2014. p. 1341-1342.
33. López, K. (2010). Aplicación del método psicoprofiláctico para disminuir la ansiedad en el parto (Tesis para optar al Título de Psicóloga clínica). Universidad Rafael Landivar de Quetzaltenango.
34. Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. Transtornos del liquido amniotico. In Diane M, D. G, editors. Williams Obstetricia. Mexico,Caracas,Guatemala,Madrid: McGrawHill; 2010. p. 490.
35. 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.
36. 2012; 12 (2): 49-52. 8. Martínez J. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el recién nacido [Tesis]. España: Universidad de Granada. Facultad de Medicina.
37. Ministerio de salud. Giana nacionales de atencion integral de la salud sexual y reproductiva . peru minsa 2004: p. 4-5.
38. López, K. (2010). Aplicación del método psicoprofiláctico para disminuir la ansiedad en el parto (Tesis para optar al Título de Psicóloga clínica). Universidad Rafael Landivar de Quetzaltenango.

39. Anderson G, Bergman N. Contacto temprano piel a piel entre las madres y sus recién nacidos sanos 2009. Coch.Rev.Sist. 2009; 2(4).
40. Solís, H y Morales, S. (2012). Impacto de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Revista Horizonte Medicina 2012; 12(2): 47-50).

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL AMAZÓNICO PERIODO 2014 - 2016

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	OPERACIONALIZACIÓN		MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL ¿Cuáles son las características del proceso del trabajo de parto, parto y APGAR del recién nacido, de las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Amazonio periodo 2014 al 2016?</p> <p>PROBLEMAS SECUNDARIOS ¿Qué características sociodemográficas presentan las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016? ¿Cuáles son las características del trabajo de parto, parto y APGAR del recién nacido en pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016? ¿Qué complicaciones maternas y neonatales presentaron las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL.</p> <ul style="list-style-type: none"> Determinar las características del proceso del trabajo de parto, parto y APGAR del recién nacido, de pacientes que realizaron Psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Amazonio periodo 2014 al 2016 <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> Identificar las características sociodemográficas que presentan las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016. Conocer las características del trabajo de parto, parto y APGAR del recién nacido en pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016. Identificar las complicaciones maternas y neonatales que presentaron las pacientes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica y así mismo atendidas en el Hospital Amazónico periodo 2014 al 2016 2016 	<p>Por ser un estudio descriptivo no se planteará hipótesis de investigación puesto que los hechos encontrados se plantearon conforme se encontraron sin realizar modificación alguna.</p>	Variable		
			variable	Indicadores	<p>Estudio no experimental Descriptivo cualitativo, retrospectivo de corte transversal.</p>
<p>Psicoprofilaxis Obstétricas en pacientes atendidas</p>	<p>Datos Sociodemográficos</p> <p>Psicoprofilaxis en el trabajo de parto, parto y Apgar del RN.</p> <p>Psicoprofilaxis Obstétricas y sus complicaciones maternas neonatales</p>				

ANEXO: 02

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

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Título: Psicoprofilaxis Obstétrica en pacientes atendidas en el Hospital
Amazónico periodo 2014 - 2016

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad

- a. < de 19 años.
- b. De 20 a 34 años.
- c. de 35 años.

Ocupación

- a. Ama de casa.
- b. Empleada del hogar.
- c. Comerciante.
- d. Otros

Estado civil

- a. Casada
- b. Soltera,
- c. viuda, divorciada.
- d. conviviente

Grado de instrucción

- a. Ilustrada.
- b. Primaria
- c. Secundaria
- d. Superior no universitario
- e. Superior Universitario

II. TRABAJO DE PARTO, PARTO Y APGAR

DATOS OBSTÉTRICOS GENERALES:

EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL PARTO (EN SEMANAS)

- A. 37 – 38
- b. 39 – 40
- c. >40

Paridad

- a. Primigestas
- b. Segundigestas
- c. Tercigestas
- d. Multigestas

➤ **PERIODO DE DILATACIÓN:**

Duración del periodo de dilatación (Horas)

- a. ≤ 6
- b. 7- 8
- c. 9 -10
- d. 11-12
- e. > 12

Agotamiento materno

- a. Si
- b. No

➤ **PARTO Y/O PERIODO EXPULSIVO**

Tiempo del periodo expulsivo (en minutos)

- a. ≤ 10
- b. 11- 15
- c. 16- 20
- d. 21- 25
- e. 26- 30
- f. > 30

Complicaciones durante el periodo expulsivo

- a. Desgarros:
 - Cervicales
 - Canal del Parto
 - Perineales: I^o, II^o, III^o, IV^o
- b. Otros: _____

Características del líquido amniótico

- a. liquido claro
- b. liquido verde fluido
- c. liquido sanguinolento
- d. liquido verde espeso

➤ **APGAR DEL RECIEN NACIDO**

Apgar al minuto

- a. 7 - 10
- b. 4 - 6
- c. 1 - 3

Apgar al Minuto Cinco

- a. 7 - 10
- b. 4 – 6
- c. 1 -3

III. COMPLICACIONES MATERNAS Y NEONATALES

- a. Agotamiento materno
- b. Desgarros
- c. Asfixia en el recién nacido
- d. Otros