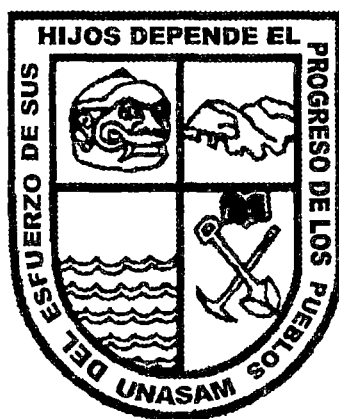


UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**“EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN EL
TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE
VENTANILLA – CALLAO 2012”**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:
LICENCIADO EN OBSTETRICIA**

BACHILLERES:

RAFAEL SUCAPUCA. Nora Fely

RODRÍGUEZ GIRALDO. Eleazaro Juan

HUARAZ – PERÚ

2013

DEDICATORIA

**Agradesco a DIOS y a mis
Queridos padres Nicanor Rafael
Felisitas Sucapuca a mi esposo
Por su apoyo incondicional
Con amor y cariño a mi engreído Sergio.
Nora**

**Con total gratitud a Dios
A mis padres Aquiles y Alejandrina
A mi esposa e hijos
A mis hermanos quienes me apoyaron
Incondicionalmente a lograr mi profesión
Juan**

**Nuestra gratitud a nuestro asesor, profesores y jurados
Quienes nos ayudaron a lograr este trabajo.
Nora y Juan**

INDICE

Dedicatoria	ii
Resumen	iii
Abstract	vi
1. Introducción	8
2. Hipótesis	11
3. Bases Teóricas	14
3.1. Antecedentes de la Investigación	14
4. Materiales y Métodos	65
4.1. Tipo de Estudio	65
4.2. Diseño de la Investigación	65
4.3. Población o Universo	66
4.4. Unidad de Análisis y Muestra	66
4.5. Instrumento de Recolección de Datos	68
4.6. Análisis Estadísticos	70
Ética de la Investigación	71
5. Resultados	73
6. Discusión	93
7. Conclusiones	103
8. Recomendaciones	105
9. Referencia Bibliográfica	106
Anexos	110

RESUMEN

El trabajo de investigación titulado “Efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Trabajo de Parto en el Hospital de Ventanilla Callao -2012” tuvo como objetivo determinar la Efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. El estudio fue de tipo comparativo, prospectivo con una muestra de 98 gestantes dividido en 2 grupos, un grupo experimental que recibió la preparación del Programa de Psicoprofilaxis para el parto y un grupo control que no recibió. Se utilizó como instrumentos de recolección de datos una Guía de Observación de Datos, los resultados fueron:

En la edad, el 51.0% son adolescentes (14 a 19 años) en el grupo experimental; así mismo el 75.5% son adultos (20 a 45 años) del grupo control, Estado civil convivientes con un 77.6% del grupo control; frente a un 71.4% del grupo experimental, grado de instrucción predomina el nivel educativo secundaria con un 73.5 %, en el grupo control frente a un 75.5% del grupo experimental, ocupación amas de casa un , 85.7% en el grupo control frente a una mismo porcentaje en el grupo experimental; Procedencia , existe el predominio de las gestantes de la zona urbana céntrica un 61.2% del grupo control, frente a un 71.4 % del grupo experimental. Respecto a número de gestaciones se obtuvo el predominio de las primigestas 59.2 % en el grupo control y 85.7% en el grupo experimental todo dentro de aspecto socio demográfico.

El ingreso por contracciones uterinas un 81.6 % en el grupo control; frente a un 89.8% del grupo experimental, frecuencia de las contracciones uterinas en el grupo control de 3 en 10 minutos en 32.7%; frente a un 40.8% de 3 en 10 minutos del grupo experimental; intensidad de las contracciones se obtuvo el resultado de ++, en el grupo control con el 61.2%, frente a un 75.5% del grupo experimental; en duración de las contracciones un 36.7% del grupo control ingreso con una duración de 30 segundos; en el grupo experimental el 32.7% ingreso con una duración de 20 segundos; en dilatación de ingreso el 22.4% ingreso con una dilatación de 5 centímetros en el grupo control; y 24.5% en una dilatación de 2,3 centímetros en el grupo experimental.

En actitudes en la aplicación de técnica de relajación en el grupo control un 51.0 % tuvo el calificativo de regular; mientras en el grupo experimental un 49.0% obtuvo el calificativo

de muy bueno; técnica de respiración el 57.1% obtuvo el calificativo de bueno; mientras en el grupo experimental 40.8% obtuvo el calificativo excelente; en la técnica de pujo en el grupo control un 42.9% obtuvo el calificativo de bueno; mientras en el grupo experimental un 46.9% obtuvo un calificativo de excelente.

Referido a conocimiento de las etapas del trabajo de parto en el grupo control el 36.7% obtuvo un calificativo de regular, frente a 53.1% del experimental de muy bueno ;en cuanto a colaboración en el grupo control el 30.6% obtuvo un calificativo de muy bueno; frente a un 44.9% de un calificativo de excelente del grupo experimental.

Tiempo de duración, en el periodo de dilatación fase latente el grupo control un 49.0% tuvo una duración de 6a 10 horas; mientras en el grupo experimental el 71.4% de entre 6 a 10 horas. En la fase activa el 42.9% demoro en el intervalo de 7a 8 horas en el grupo control; mientras que en el grupo experimental el 44.9% estuvo en el intervalo de 5 a 6 horas; en el periodo expulsivo en el grupo control el 71.4% estuvo en el intervalo de 1 a 10 minutos; frente a un 77.6% en el intervalo 1 a 10 minutos.

Se concluye que el programa de psicoprofilaxis obstétrica es efectivo durante el trabajo de parto, mejora la actitud de la parturienta y reduce el tiempo de duración del trabajo de parto.

PALABRA CLAVE: PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EFECTIVIDAD

ABSTRACT

the paper titled "Effectiveness of Obstetric Psicoprofilaxis Program in Labor in Callao -2012 Hospital Window" was to determine the effectiveness of Obstetric Psicoprofilaxis Program. The study was a comparative, prospective study with a sample of 98 pregnant women divided into two groups, an experimental group that received Psicoprofilaxis Program preparation for childbirth and a control group that did not receive. The instrument used an observation guide data, the results were: In age, 51.0% were adolescents (14-19 years) in the experimental group, likewise 75.5% are adults (20 to 45 years) in the control group, marital cohabiting with 77.6% of the control group compared to 71.4% of the experimental group, level of education predominates secondary educational level with 73.5% in the control group versus the experimental group un75.5%, housewives occupation one, 85.7% in the control group compared to a same percentage in the experimental group. From there the prevalence of pregnant women in the central urban area 61.2% of the control group compared to 71.4% of the experimental group. Regarding number of pregnancies was obtained first pregnancy prevalence of 59.2% in the control group and 85.7% in the experimental group all within socio demographic. Income from uterine contractions 81.6% in the control group versus 89.8% in the experimental group, the frequency of uterine contractions in the control group of 3 in 10 minutes 32.7% versus 40.8% in 10 minutes 3 experimental group; contraction intensity was obtained result ++, in the control group to 61.2%, compared with 75.5% in the experimental group, in duration of contractions by 36.7% in the control group entry with a duration of 30 seconds, in the experimental group 32.7% income lasting 20 seconds on dilating income 22.4% income with a dilation of 5 cm in the control group and 24.5% in a dilation of 2.3 cm in the experimental group. In attitudes in implementing relaxation technique in the control group 51.0% had the adjective regularly, while in the experimental group gained 49.0% very good qualifier, breathing technique, 57.1% earned the epithet of good, while in the

experimental group received the epithet 40.8% excellent, in the art of pushing in the control group 42.9% earned the epithet of good, while in the experimental group 46.9% had a good qualifier. Referred to knowledge of the stages of labor in the control group 36.7% had a normal qualifier, against 53.1% of the experimental very good, in terms of cooperation in the control group 30.6% had a very good qualifier, Compared to 44.9% of a qualifier excellent experimental group. Running Time, in the latent stage of labor the control group 49.0% had a duration of October 6 hours, while in the experimental group 71.4% of between 6-10 hours. Active phase 42.9% delayed in the range of August 7 hours in the control group, while in the experimental group was 44.9% in the range of 5 to 6 hours in the second stage in the control group 71.4% was in the range of 1 to 10 minutes, compared to 77.6% in the range 1 to 10 minutes. We conclude that the program is effective obstetrical psycho during labor, improves the attitude of the mother and reduces the duration of labor.

KEYWORD: Obstetric psycho EFFECTIVENESS

1. INTRODUCCION

Pese a la institucionalización de la Psicoprofilaxis Obstétrica por el Ministerio de Salud aún existe una escasa cobertura que no supera el 20% de las gestantes de todo el país además de la implementación inadecuada de este servicio en los hospitales, personal carente de competencia profesional en Psicoprofilaxis, se suma la situación problemática de la deserción o la no utilización del servicio por parte de las gestantes. Por ejemplo, del 18,6% de mujeres que iniciaron la preparación en el año 2004, solamente culminó el 10,2% en el año 2005, la cobertura de la Psicoprofilaxis a nivel nacional alcanzó el 21,6%; sin embargo, solo culminaron el 11,26%.⁽⁵⁾ Para el año 2010 atendió más o menos 113,450 gestantes de las cuales solo 56,650 fueron preparadas con el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica donde la mayor cantidad de gestantes están entre las edades de 20 hasta los 34 años. Las ciudades con más gestantes preparadas fue la ciudad de Lima y Puno,⁽⁶⁾ ayudando a disminuir las tasas de morbilidad materno infantil y la necesidad de intervención quirúrgica en todo el País.⁽⁷⁾

Según el informe de la oficina de epidemiología de la Dirección General de Salud (DIRESA) CALLAO del año 2010, se observa un incremento de casos de muerte materna en el Callao; desde el año 2006 al 2010 se reportaron 50 muertes maternas. El hospital de Ventanilla cuenta con una población aproximadamente de 302,286 habitantes de las cuales 6,221 son gestantes de acuerdo a los datos registrados en la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. En el Componente Materno

Perinatal del hospital, se observó que en el año 2007, la cobertura de gestantes atendidas fue de 76% y en el año 2010 de 87%, y de gestantes atendidas en el año 2010 llegaron a un 98%.⁽⁸⁾

Con relación a las actividades del servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica en el año 2009, obtuvo un 9.14% de gestantes preparadas y en el año 2010 se llegó a un 73%.⁽⁹⁾ Corresponde a la educación maternal conseguir que estas cifras aún preocupantes se reviertan y que la vivencia del embarazo, parto, puerperio y cuidado del bebe tanto para la mujer y su entorno constituya una experiencia propia, natural y positiva dentro del marco de la salud.

En este sentido se ha evidenciado en la práctica diaria en sala de partos que las pacientes no preparadas en Psicoprofilaxis Obstétrica, no participan ni colaboran durante su trabajo de parto, demostrando una actitud negativa, la cual influye en la evolución normal del trabajo de parto.

La presente investigación titulada. "Efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Trabajo de Parto en el Hospital de Ventanilla Callao -2012", tiene como objetivo determinar la efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstetrica. Identificar la condición socio demográfica de las gestantes que acuden al Hospital de Ventanilla.

Conocer la efectividad del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en la identificación de las contracciones uterinas en la fase activa del trabajo de parto. Determinar la efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en la aplicación de una adecuada técnica de respiración. Identificar la efectividad del Programa de

Psicoprofilaxis Obstétrica en la aplicación de una adecuada técnica de relajación. Determinar la efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en la aplicación correcta de la técnica de pujo. Conocer la efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la duración del trabajo de parto en el periodo de dilatación y expulsivo en gestantes con preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica.

El trabajo de investigación se originó posterior a las evidencias de la problemática en el servicio de Centro Obstétrico, por actitudes inadecuadas de más de 50% de las parturientas frente a los diferentes periodos del trabajo de parto.

El presente trabajo de investigación se justifica por su importancia a través de reestructuración de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, en base a objetivos específicos por cada sesión, la aplicación adecuada de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica de las parturientas durante el trabajo de parto, se podrá obtener la participación y colaboración durante el proceso del trabajo del parto, la cual de una manera indirecta ayudara a reducir las complicaciones y la morbimortalidad materna y perinatal a través de las estrategias implementadas en cada sesión.

De igual manera la investigación se justifica por su conveniencia para el servicio de Obstetricia y para la unidad preventiva del hospital, porque luego de evaluar los resultados, se podrá realizar una campaña de captación y difusión, promoviendo las ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica, sensibilizando a todas las gestantes que acudan al Hospital de Ventanilla a que participen en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica al 100%, para modificar conductas, ideas, actitudes negativas sobre el

parto producto de mitos, creencias y factores culturales de nuestra población, la cual ayudará a que la paciente participe activamente en el trabajo de parto contribuyendo a mejorar la cobertura y asistencia al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica .

Además según los resultados del estudio se podrán realizar la reestructuración del programa con la finalidad de optimizar la atención llegando a los objetivos establecidos, de esta manera mejorar la calidad de vida de la población gestante.

2. HIPOTESIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

2.1. Formulación de Hipótesis de Trabajo

Hipótesis.

Las sesiones del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica es efectivos en el trabajo de parto.

Variables

Variable Independiente: Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica

Variable Dependiente: Efectividad en el Trabajo de parto

2.2. Operacionalización de Variables.

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA O ITEMS	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA	Conjunto de actividades donde se brinda la preparación psicofísica para llevar un embarazo y parto saludable	Preparación psicofísica de la gestante	-Condición Socio Demográficos Edad, Grado de instrucción, Estado civil	Edad	14-19 años 20-45 años	De Razón	Guía de Observación Datos
				Grado de instrucción	Analfabeta primaria secundaria superior	Nominal	Guía de Observación Datos
				Estado civil	Soltera Casada	Nominal	Guía de Observación de datos
			-Sesiones de Psicoprofilaxis	Gestantes con preparación en Psicoprofilaxis Obstétrica 1. identifica su anatomía. 2. aprende respiración y relajación. 3. reconoce las contracciones uterinas. 4. identifica los periodos de parto 5. causas del dolor en el parto. 6. interrelaciona los conocimientos y técnicas aprendidas	Nominal	Guía de Observación de Datos	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA O ITEMS	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
VARIABLE DEPENDIENTE. EFECTIVIDAD EN EL TRABAJO DE PARTO	Logros actitudinales en el trabajo de parto disminución tiempo de parto	.Aplicación de técnicas, conocimiento, y desarrollo de actitudes, durante el trabajo de parto y disminución del tiempo en el proceso fisiológico del trabajo de parto en el periodo de dilatación y expulsivo	-Motivo de ingreso a emergencia	Identifico contracciones de inicio de periodo de dilatación del parto	Pródromos de trabajo de parto Fase latente Fase activa Periodo expulsivo	Ordinal	Guía de Observación Datos
			-Técnica de Respiración	Evaluación de técnica de respiración	Malo = 0 Regula = 1 Bueno = 2 Muy bueno=3 Excelente =4	Ordinal	Guía de Observación Datos
			-Técnica de Relajación	Evaluación de técnica de relajación	Malo = 0 Regular = 1 Bueno =2 Muy bueno =3 Excelente =4	Ordinal	Guía de Observación Datos
			-Técnica de Pujo	Evaluación de técnica de pujo	Malo =0 Regular = 1 Bueno =2 Muy bueno =3 Excelente =4	Ordinal	Guía de Observación Datos
			-Tiempo de duración del Trabajo de Parto	Periodo de dilatación fase latente	Duración: 1h-5h 6h-10h 11h-15h 16h-20h	De intervalo	Guía de Observación Datos
				Periodo de Dilatación Fase Activa	Duración 1h-2h 3h-4h 5h-6h 7h-8h 9h-10h Mayor de10	De intervalo	Guía de Observación Datos
				Periodo Expulsivo	Duración :1-10min 11-20min 21-30min 31-40min 41-50min	De intervalo	Guía de Observación Datos

3. BASES TEÓRICAS

3.1 Antecedentes de la Investigación

ANDRADE, Karina. (2001), en su investigación: “Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica para la madre y el recién nacido en parturientas primíparas del Hospital Chancay. Junio – Agosto 2001.” Estudio un grupo de 120 gestantes que se atendieron en el Hospital, 60 gestantes con preparación psicoprofiláctica (grupo estudio) y 60 gestantes sin preparación psicoprofiláctica (grupo control), el diseño fue descriptivo transversal, comparativo y prospectivo, no probabilístico intencionado.

Según los resultados, donde solo el 31.6% de las pacientes preparadas manifestó dolor intenso, el grupo sin preparación 53.3% señalaron dolor intenso. Otro resultado es el acortamiento del 1er y 2do periodo del trabajo de parto, el grupo con preparación tuvo 5 horas 47 minutos mientras el grupo sin preparación tuvo 9 horas 38 minutos en dilatación. Para el periodo expulsivo el grupo con preparación obtuvo 16 minutos frente a 26 minutos y 17 segundos del grupo sin preparación. Otro beneficio es el control del estado emocional, el 66.7% del grupo con preparación se mostraron totalmente tranquilas a comparación del 30% en el grupo sin preparación. El 73.3% de las gestantes con preparación colaboro activamente. El grupo sin preparación el 45% colaboro, el 25% en ocasiones y el 30% no

colaboraron. Para el recién nacido el grupo con preparación 1.7% casos de depresión moderada y en el grupo sin preparación 8.3% de casos de depresión moderada. Sobre la utilización de fármacos, solo el 18.3% del grupo con preparación necesito medicación y el grupo sin preparación el 45% necesitaron medicación. El 88.3% de las pacientes con preparación tuvieron partos eutócicos. Concluye que la Psicoprofilaxis Obstétrica trae grandes ventajas para las parturientas. ⁽¹⁰⁾

VALDEZ Sandra (2001), "Influencia en la disminución de las complicaciones maternas durante el trabajo de parto en gestantes que asistieron al hospital Víctor Ramos Guardia de octubre 2001 a enero 2002 de Huaraz. El estudio fue de tipo comparativo, causa efecto y prospectivo, la muestra estuvo conformada por 100 gestantes la población se dividió en dos grupos expuestas y no expuestas. Las conclusiones a las que llegaron indican que la gestante con preparación psicoprofiláctica en un 44% tuvo un comportamiento excelente durante la fase latente del trabajo de parto, en menor proporción 24% de fracaso, en la fase activa del trabajo de parto: 62% tuvo un comportamiento de bueno a excelente y en la fase de expulsivo el 50% tuvo un comportamiento de bueno a excelente y el 18% fracaso, no se presentó ninguna complicación obstétrica durante el trabajo de parto en un 64% en mujeres que tuvieron preparación psicoprofiláctica y con respecto a la duración del trabajo de parto el 68% tuvo duración muy corta y el 96% tuvo un parto eutócico. ⁽¹¹⁾

REYES, Liz Marina (2002), en su estudio: “Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2002”. El estudio fue analítico, comparativo, correlacional, retrospectivo. El tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, este estudio abarco la revisión de 90 historias clínicas maternas de primigestas cuyo parto fue atendido en el Instituto Especializado Materno Perinatal en el año 2002, para la recolección de datos utilizo fichas clínicas.

En los resultados que el promedio de edad para el grupo de gestantes con Psicoprofilaxis es de 23 años y para el grupo sin Psicoprofilaxis es de 24 años, por lo que para ambos grupos la gestante se encuentra en una edad en la que es capaz de asumir su embarazo con responsabilidad. En cuanto al estado civil, encontró que un 77.8 % son casadas o convivientes, esto en el grupo de gestantes con preparación psicoprofiláctica y en el grupo que no tienen preparación psicoprofiláctica lo son en un 73.3% es decir en ambos grupos un similar porcentaje cuenta con el apoyo de su pareja, lo que brinda un equilibrio emocional y una mejor aptitud hacia su embarazo. Para el grado de instrucción, en el grupo de gestantes con psicoprofilaxis el 65.6% tuvieron estudios secundarios e igualmente fue en el grupo de gestantes sin psicoprofilaxis, y en cuanto a preparación superior sucedió lo mismo con un 24.4% en ambos grupos, considerando aquí tanto la preparación en un instituto superior como en una universidad. En el número de atención

prenatal, se observa que las gestantes con preparación psicoprofiláctica tuvieron de 8 a más atenciones prenatales en un 44.4% a diferencia, del 24.4% de las gestantes sin preparación.

Para el tiempo de dilatación de las gestantes preparadas fue de 6 horas 50 minutos y de 7 horas 38 minutos en las gestantes no preparadas, la diferencia de solo una hora se debió al uso de medicamentos. Para el periodo expulsivo, el promedio de tiempo fue de 12 minutos para el grupo preparado y de 13 minutos para el grupo no preparado. El tipo de parto solo 1 (2.2%) paciente con Psicoprofilaxis se le realizó la cesárea a diferencia de 7 (15.6%) gestantes sin psicoprofilaxis con respecto al apgar del recién nacido no encontró mucha diferencia. Concluye que la Psicoprofilaxis Obstétrica da beneficios tanto a la madre como a su bebe. ⁽¹²⁾

BARCAZ, Ernesto. (2004), en su trabajo: “Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el parto en indicadores materno infantiles en Manatí Cuba – 2004”, el universo estuvo constituido por 97 gestantes, 37 gestantes grupo (estudio) pacientes que recibieron la preparación y 46 grupo (control) gestantes no interesadas en el método. Muestreo no probabilístico. Se aplicó el Test de Diferencia de Proporciones con una confiabilidad del 95% y un valor significativo para una probabilidad superior a 0.05.

Al analizar la duración del trabajo de parto, se encontró en el 94.6% de las gestantes preparadas y 82% en las no preparadas tuvo duración normal, en

los porcentajes restantes hubo demoras. La proporción de partos eutócicos fue significativamente superior en las mujeres preparadas en relación con los controles. El 91.9% de los partos, en los casos, fueron eutócicos, mientras que en los controles fue solo el 78,2%.

Con respecto al uso de medicamentos los 97,3% preparadas no necesitaron medicación mientras que el 13% de los controles si fue necesaria su administración. Estadísticamente las diferencias de proporciones es significativa ($p < 0.05$). Con respecto al estado del recién nacido se encontró que en el 97.3% el puntaje del apgar fue superior, mientras que en el grupo control alcanzo el 91.3%, las diferencias no resulto estadísticamente significativa ($p < 0.05$). Del total de pacientes estudiadas solo en 5 casos se observaron neonatos moderadamente deprimidos al nacimiento y todos se recuperaron al minuto de vida.⁽¹³⁾

BINDA, Perla. (2005), en su investigación: “Diferencias en los resultados y las percepciones que las gestantes tiene sobre el parto entre primigestas preparadas en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y las no preparadas del Hospital Nacional Hipólito Unanue Octubre – Diciembre del 2005”. Su muestra fue de 75 primigestas, estas se dividieron en 42 primigestas preparadas en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica (grupo estudio), y 33 primigestas no preparadas. El estudio de tipo descriptivo comparativo, y el muestreo no probabilístico intencionado. En los resultados: encontró que el 100% de las gestantes preparadas concluyo satisfactoriamente su

embarazo y parto por vía vaginal, frente a solo el 45% de las no preparadas que dio parto por vía vaginal el restante 55% fue parto por cesárea. La duración del periodo de dilatación en las gestantes preparadas el 69% obtuvo de 5-10 horas con un promedio de 10 horas 10 minutos, y las no preparadas con un promedio de 15 horas 20 minutos.

En el periodo expulsivo el 76% de las gestantes preparadas obtuvo un tiempo de 10 a 25 minutos, con un promedio de 19 minutos con 50 segundos, frente a las no preparadas con un promedio de 44 minutos 25 segundos. Para el recién nacido de las gestantes preparadas se encontró un apgar de 7-10 puntos del 1er al 5to minuto, frente a las primigestas no preparadas el 97% obtuvieron un apgar de 7-10 y el 3% presentó depresión moderada con un apgar de 4-6. El 100% de las gestantes preparadas manejó las contracciones uterinas con respiraciones, manifestaron tener mayor dominio y autocontrol, y no hicieron uso de medicación alguna durante el trabajo de parto, frente al 15% que sí recibieron medicación alguna. Concluye que la psicoprofilaxis obstétrica brinda beneficios estadísticamente significativos tanto a la madre como a su recién nacido. ⁽¹⁴⁾

MOLINA, Manuela y col. (2005), en su investigación: "Impacto de la educación maternal: vivienda subjetiva materna y evolución del parto Hospital General de Albacete abril-octubre de 2005. España". El estudio fue de tipo observacional, descriptivo y transversal, mediante cuestionario anónimo estructurado y revisión de Historias Clínicas. En los resultados: en

este trabajo se analizaron los conocimientos, actitudes y hábitos frente a la Maternidad de 100 puérperas, así como la evolución clínica del parto su duración, modo de finalización, pH venoso y arterial de la sangre del cordón al nacimiento y la participación paterna en el mismo; 50 de las mujeres hicieron Educación Maternal y 50 no. Todas primigestas, con un embarazo normal e inicio de parto espontáneo. En cuanto a la edad de las mujeres entrevistadas, la media fue de 27,4 años en ambos grupos. En la terminación del parto, vimos que en el grupo A, el 74% de los partos terminaron de forma eutócica, el 12% de los mismos finalizaron en cesárea y en el 14% fue necesaria la intervención instrumental. En el grupo B, el 72% fueron partos eutócicos, el 8% fueron cesáreas y el 20% acabaron instrumentalmente.

Se concluye que la duración de la fase activa de la dilatación y expulsivo se reduce en 33 minutos en mujeres preparadas, así como el número de partos instrumentados, no alterándose el resto de parámetros Obstétricos. También hemos observado un marcado aumento en el nivel de conocimientos en mujeres preparadas, sin que haya variación en las actitudes y hábitos, así como tampoco en la participación paterna ⁽¹⁵⁾

ACEVEDO, Janett Guadalupe.y col, (2006), en su estudio: “Parto Psicoprofiláctico en Gestantes que Acuden a la Clínica Especializada de la Mujer. México 2006”. Eligió aleatoriamente a un grupo de estudio de 40 gestantes entre 16 y 38 años de edad y que tuvieron un tiempo de gestación

de 21 a 30 semanas, les aplico el Programa de Parto Psicoprofiláctico, el diseño del estudio fue experimental descriptivo, longitudinal prospectivo.

En los resultados: encontró que el 10% de las gestantes fueron menores de 20 años, el 30% de 20 años, el 37.5% de 26 a 30 años, obtuvo que en relación con el tiempo de trabajo de parto las 40 gestantes presentaron un promedio de 13 horas 25 minutos, frente a las no preparadas en un 32.5% de 20-24 horas, también encontró que el Programa de Parto Psicoprofiláctico ejerce una mejoría de la capacidad ventilatoria observada al inicio y al final en 77.5% y en cuanto a partos eutócicos encontró un 85% y solo el 15% fueron por cesárea. Concluye que el Parto Psicoprofiláctico es muy beneficioso para la madre y su bebe,⁽¹⁶⁾

SÁNCHEZ, Vanesa Magaly. (2006), en su trabajo: Psicoprofilaxis Obstétrica en relación a beneficios maternos perinatales en gestantes del hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia Huaraz se realizó con el objetivo de analizar la relación entre la Psicoprofilaxis Obstétrica y los beneficios maternos perinatales en gestantes atendidas en el hospital mencionado. El tipo de estudio fue descriptivo y la recopilación de la información fue transversal retrospectivo y comparativo. La muestra estuvo conformada por 200 historias clínicas de gestantes preparadas y no preparadas en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, habiendo realizado un muestreo probabilístico estratificado, dividiendo la muestra en: 97 historias clínicas de pacientes que asistieron al curso de Psicoprofilaxis Obstétrica y 103 historias

clínicas que pertenecieron a pacientes que no asistieron al curso de Psicoprofilaxis. La información se obtuvo utilizando como técnica la revisión de documentos, basándose en historias clínicas completas y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión, cuyo procedimiento cuyo procedimiento se realizó llenando una ficha de recolección de datos, siendo este el instrumento. Para la contrastación de la hipótesis se usó la prueba estadística chi cuadrada y para la comparación de los resultados de ambas poblaciones se usó la prueba de diferencia de proporciones, obteniéndose como conclusión principal “existe relación directa de la aplicación del programa Psicoprofilaxis Obstétrica con los beneficios materno perinatales tales como la disminución en el trabajo de parto (periodo y tiempo Total), mayor parto eutócico, frecuencia cardíaca fetal normal, líquido amniótico claro, escasa realización de episiotomía, escasa presencia de desgarros, apgar dentro de los parámetros normales, peso óptimo del recién nacido, entre otros.”⁽¹⁷⁾

PINEDO, Artieta y col. (2007), en su investigación: “Efecto de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto Madrid – España 2007”. En un estudio longitudinal observacional prospectivo en el que se siguió a un grupo de 641 nulíparas desde la semana 36 de embarazo hasta el día posterior al parto. Se compararon tres grupos de mujeres en base al grado de exposición a las clases de Educación Maternal (EM). Se realizó en 22 centros de atención primaria de Bizkaia del Servicio Vasco de Salud /

Osakidetza. Participaron todas las nulíparas entre 18 y 42 años, cuyo embarazo fue controlado (al menos 6 visitas, una de ellas en el primer trimestre) y no fue patológico. A lo largo del proceso, 21 mujeres fueron excluidas por no cumplir los criterios definidos (finalmente fueron partos patológicos), dos mujeres decidieron abandonar el estudio y otras dos mujeres se perdieron en el seguimiento, contando finalmente con información sobre 616 mujeres.

Inicialmente se compararon los tres grupos con respecto a cada una de las variables estudiadas, mediante pruebas t-student en el caso de variables cuantitativas y chi-cuadrado en el caso de efecto de las variables confusoras. Los análisis se realizaron con el paquete Epi-Info. Las mujeres que acudían a más clases de EM tuvieron una media de edad superior (31.6 años vs. 28.7 años), un mayor nivel de estudios, una clase social más elevada y fueron de nacionalidad Española en mayor proporción. En cuanto a la influencia de la EM en el parto, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la variable ansiedad ($p=0.047$), encontrado que la proporción de sujetos con puntuación alta en ansiedad (mayor de 11) es del doble en el grupo que no acude a clases (20.7%) que en el grupo que acude a 5 o más (9.9%). En función a la edad la asistencia a clases de EM se asocia con puntuaciones más bajas en ansiedad para los tres grupos de edad, pero es especialmente apreciable en el grupo más joven (menos de 29 años, $p=0.09$). Cuando se consideró cada clase social por separado, la disminución de la

ansiedad en los grupos que asisten a EM se observa en todas ellas, pero de nuevo es destacable el efecto en la clase social más baja ($p=0.023$). El nivel de estudio, la relación entre EM y niveles más bajos de ansiedad fue significativa ($p=0.00$). También fue significativa la diferencia entre los grupos en cuanto a la ocurrencia de un parto eutócico o no. Se encontró una proporción mayor de partos eutócicos en el grupo que no acudido a EM (75.6%) en relación con el grupo que acudió a 5 o más sesiones (55.8%) ($p=0.03$). Al realizar un análisis estratificado por edad o clase social se encontró una proporción menor de partos eutócicos en las mujeres con "5 o más clases" sobre todo en la clase social más alta ($p=0.04$) y en los tres grupos de edad, especialmente en los sujetos más jóvenes ($p=0.07$).⁽¹⁸⁾

TORRES, Anguie. (2008), en su investigación: "Duración del parto, percepción del dolor y valoración del apgar del recién nacido en primigestas adolescentes tardías con preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2008 Lima – Perú". El diseño de la investigación fue de tipo cuasi experimental prospectivo de corte transversal y la muestra estuvo conformada por 30 primigestas adolescentes tardías atendidas por parto con preparación Psicoprofiláctica y 30 primigestas adolescentes tardías no preparadas, el tipo de muestreo fue probabilístico intencionado. Los resultados fueron: las primigestas adolescentes tardías preparadas, el 66.7% tubo duración de fase activa correspondiente de 3-4 horas 59 minutos, frente a las no preparadas el 60%

con una duración de 5-6 horas 59 minutos. El 66.7% tuvo una duración del periodo expulsivo de 1-10min, frente a las no preparadas, el 63.3% tuvo una duración de 11-20 minutos. El 56.7% de las gestantes preparadas manifestaron sentir dolor moderado en una escala de 4-6, frente a las no preparadas el 100% manifestaron sentir dolor en una escala de 7-10. El 100% de los recién nacidos de primigestas presentaron apgar de 7-10 al 1er minuto y a los 5 minutos, frente a las primigestas adolescentes no preparadas el 93.3% presentaron apgar de 7-10 y el 3.3% presento depresión moderada con un apgar de 4-6 al 1er y 5to minuto. Concluye que la Psicoprofilaxis Obstétrica acorta el tiempo del parto y disminuye el dolor en las gestantes`
(19)

TICLLA, Esther. (2008), en su estudio: “Aprendizaje de psicoprofiláxis y sanidad espiritual en duración del parto y bienestar del recién nacido de las primigestas del hospital Grau 2008”. Estudio un grupo de 60 primigestas de estas, 30 primigestas preparadas en el programa de Psicoprofiláxis Obstétrica y 30 primigestas no preparadas en el Programa de Psicoprofiláxis, el método que utilizo fue comparativo con diseño cuasi experimental. Concluye: en las primigestas que recibieron Psicoprofiláxis Obstétrica disminuyo el periodo de dilatación en el cual encontró un promedio de 5 horas y las que no tuvieron preparación tuvieron un promedio de 10 horas. En el periodo expulsivo el promedio de tiempo de las gestantes preparadas fue de 20` minutos, y las gestantes no preparadas el promedio fueron de 25

minutos. En el periodo de alumbramiento el tiempo promedio de las gestantes preparadas fue de 7 minutos y las no preparadas fueron de 10 minutos. En el apgar del recién nacido al minuto en las preparadas fue de 7-9, y de las no preparadas fue de 5-9, en el apgar a los minutos de las preparadas fue de 9-10, y de las no preparadas de 8-9 no siendo mucha la diferencia. Concluye que la Psicoprofilaxis beneficia a las gestantes y su parto. ⁽²⁰⁾

AGUAYO, Carolina Ivon y Col. (2008), en su investigación: “Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre Septiembre de 2007 y Febrero de 2008 Valdivia CHILE 2008”. El objetivo fue: Explorar la percepción del parto de las púerperas 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. Estudio cualitativo, fenomenológico, de carácter descriptivo, transversal, de tipo exploratorio. Se aplicó entrevista en profundidad a siete usuarias, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. Los 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, ayudo 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. ⁽²¹⁾

CASTILLO Cesibel (2008), en su investigación “Influencia del programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante en trabajo de parto, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. Julio diciembre 2008. Fue realizado con el objetivo de determinar la influencia del programa de psicoprofilaxis en la actitud de la gestante durante el trabajo de parto. El tipo de estudio fue descriptivo y transversal. La muestra estuvo conformada por 30 gestantes que reciben la preparación psicoprofilactica para el parto habiéndose realizado un muestreo no probabilístico por conveniencia. La información se obtuvo mediante la técnica de observación cuantitativa. Para la contrastación de la hipótesis se usó chi cuadrado, para ver el nivel de relación entre las variables, obteniéndose como conclusión principal: en cuanto a la actitud se concluyó que el resultado fue bueno en los periodos de dilatación expulsivo, alumbramiento, donde se evidencio la aplicación de las técnicas de relajación y respiración frente a las amenazas emocionales y la disminución de la duración en los tres periodos del parto, resaltando que la duración del parto fue corto (5 horas) con un 66.33% y no apreciándose

algún tipo de desgarro perineal cumpliéndose así una de las finalidades de la preparación psicoprofiláctica. De esta manera se determinó que dicha preparación fue eficaz, encontrándose una diferencia significativa entre los resultados. ⁽²²⁾

3.2. Bases Teóricas

3.2.1. Historia de la Psicoprofilaxis

En el año 1914 el médico Inglés Grantly Dick Read, considerado el verdadero precursor de la Psicoprofilaxis Obstétrica, fue sorprendido por una parturienta del barrio Londinense de Hitechapel Road, al rechazarle la anestesia que se disponía a darle y sugiriéndole que el parto natural no debía doler: ¿esto no duele acaso tenía que doler?⁽²³⁾

Acabada de presenciar un parto sin dolor en una mujer que no sabía que el parto tenía que doler: A partir de esta anécdota, en el Dr. Read se motivó un profundo interés en analizar los párbulos que lograron esta reacción de serenidad y colaboración en la madre parturienta citada, lo que luego le permitió interpretar el hecho de como en la mayoría de las parturientas prima la reacción de angustia y descontrol durante la jornada del parto, impidiendo la posibilidad de cooperar y disfrutar de la experiencia maravillosa de

traer vida al mundo. Esto motivo al Dr. Read a dedicar toda su vida a difundir entre sus colegas y a combatir en sus pacientes lo que denominó “síndrome doloroso del parto”, teniendo como componentes el temor, la atención y el dolor.⁽²³⁾

El método Psicoprofiláctico tiene su partida en Rusia soviética de 1949 gracias al trabajo compartido de los Psiconeurologos, B. Velscouski y K. Platonov con los tocólogos B Ploticher y El Shogun quienes presentan su propuesta sólidamente respaldada por los trabajos científicos y la experiencia del fisiólogo Ruso Iván Pavlov en la ciudad de Karlov con el nombre de “**Sistema de Psicoprofilaxis para los Dolores del Parto**” dos años después en 1951 luego del congreso sobre analgesia Obstétrica organizado por la Academia de Medicina y el Ministerio de Salud Pública de la URSS en la que presenta la exitosa experiencia con este método en las ciudades de Moscú, Leningrado y Kharloc este ministerio promulga su aplicación en todo el país.^(23,24)

En el año 1956 en la difusión de la Psicoprofilaxis en Latinoamérica, Lámase dicta un curso sobre Psicoprofilaxis en Buenos Aires donde asisten profesionales de Argentina, Perú, Uruguay y Brasil entre otros.⁽²⁴⁾

En el año 1958 se crea la sociedad Internacional de Psicoprofilaxis y en año 1960 el Instituto Peruano de Seguridad Social implementa su servicio de Psicoprofilaxis. En 1976 se inaugura el Programa Educativo de Psicoprofilaxis para el parto en el Instituto Materno Perinatal de Lima ⁽²³⁾

3.2.2. La Psicoprofilaxis Obstétrica

La Psicoprofilaxis Obstétrica es la preparación prenatal integral que recibe la pareja gestante y que los encamina a llevar un embarazo, parto y post parto 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.

Es integral porque se sostiene en tres pilares fundamentales; el área Pisco-Afectiva brinda soporte emocional; el área cognitiva brinda preparación teórica; el área física brinda entrenamiento integral.
(23,25, 26,)

El dolor es una experiencia universal que todos incluso el recién nacido, tiene que soportar, pero el dolor nunca ha sido definido satisfactoriamente. Las investigaciones fisiológicas dan como conclusión considerar el dolor como una sensación muy similar a la del oído de la vista, el gusto y el tacto además de considerarse como una sensación perteneciente a las formas más superiores de vida,

procedente de un estímulo desagradable. Normalmente surge de la enfermedad o del año. El dolor desempeña una función útil porque nos protege de los efectos de los estímulos peligrosos y previene también de la excesiva actividad física que se convertiría en perjudicial. La respuesta al dolor es doble: la percepción del estímulo desagradable y la reacción frente a él la respuesta varía considerablemente en cada persona y nunca se puede conocer el grado de dolor, a no ser por el propio testimonio de quien lo percibe. El comportamiento tomado como punto de partida para el razonamiento de cómo es posible lograr una buena respuesta de la madre parturienta que recibió Psicoprofilaxis Obstétrica.

La bases de las concepciones sobre los dolores del parto y las medidas prácticas para su profilaxis y eliminación se apoya en los siguientes principios.

1. No hay ninguna prueba que los dolores sean inherentes al acto del parto. La ciencia Obstétrica ha establecido, que los dolores, no son obligatorios en los partos que tiene curso normal.
2. La propia esencia del parto, acto fisiológico induce a considerar que el dolor es un fenómeno añadido, provocado por circunstancias que no están incluidas en el propio acto del parto. Se debe comprender en primer lugar aquellas alteraciones reversibles anatomo funcionales de los órganos de la pelvis y la

actividad abdominal, que se producen al proceso del parto y producen excitación de los interreceptores del útero y órganos vecinos; esta excitación da lugar a reacciones de respuesta de todo el organismo formándose reflejos dolorosos, luego los segmentos superiores corteza y zona subcortical, determinan la posibilidad de aparición de dolor. ⁽²³⁾

3.3. Bases Generales de la Preparación Psicoprofiláctica

El parto es un complejo fenómeno polifacético, en el cual desde el inicio de las contracciones con efectividad sobre el cuello para producir la dilatación hasta que se produce el desprendimiento de la presentación y se culmina con el alumbramiento placentario, el trabajo de parto es un proceso complejo en el que intervienen causas musculares, hormonales y nerviosas, factores determinados por el canal, la fuerza, el móvil y el tiempo, así como fenómenos activos, pasivos y mecánicos, a lo que se suma elementos psíquicos y características de raza, cultura, estado, estado socio-económico, personalidad, ambiente y calidad de atención. ⁽²⁷⁾

A. Sin Temor y no Sin Dolor

Si la pareja gestante vive con temor jamás tendrá tranquilidad y seguridad. Por lo tanto es lo primero que se debe combatir a través de la Psicoprofilaxis Obstétrica mediante los

conocimientos e información correcta y oportuna sobre el proceso. Así mismo la tensión provocada por el miedo a lo desconocido o mal conocido puede acentuar las molestias que naturalmente se sienten durante el embarazo o en el mismo parto.

No se trata de resignarse al dolor, partiendo que el parto no es acontecimiento de sufrimiento o un acto “obligado”, por el contrario, es la labor más noble digna y acogedora que ha privilegiado a la mujer, lo más importante es vivir la experiencia conscientemente y con plenitud. ⁽²³⁾

La Psicoprofilaxis Obstétrica brinda un espacio privilegiado para que la pareja gestante integre sus expectativas, esfuerzo y éxito por la llegada de su bebe. Hasta hace pocos años se consideraba al padre un simple espectador hoy asume una posición protagónica comprendiendo las necesidades de su pareja y su bebe, colaborando durante todas las etapas con una buena comunicación, convirtiéndose en el mejor refuerzo técnico el día del parto, gracias a su rol funcional la pareja aprende a trabajar en equipo. ⁽²³⁾

B. Preparación Psico-Afectiva

Logra que 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.

Sobre la base de la escuela inglesa, cuya doctrina fue difundida por el Dr. Grantly Dick Read, el triángulo vicioso estructurado por círculo: temor-tensión-dolor, podrá ser transformador en un “triángulo de seguridad” donde el temor se traduzca en confianza, la tensión en relajación y el dolor en molestia controlada.

C. 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 sabrán como evoluciona su bebe facilitando el mejor cuidado atención y estimulación.

D. Preparación Física

Llamada kinesiológica, el organismo de la embarazada como en cualquier jornada activa o deporte, necesita un buen

entrenamiento para responder a las demandas de las gestantes de la forma más eficaz con el mínimo esfuerzo. Esto logra mayor agilidad, fortaleza y adecuada predisposición para la jornada final: el día del parto, la madre debe comprender los objetivos y distinguir los beneficios a través de los ejercicios gestacionales.

(23)

3.4. Objetivo de la Psicoprofilaxis Obstétrica

Su principal es brindar seguridad mediante sus áreas de preparación, contar con las mejores ventajas que darán la posibilidad de tener un parto feliz sea natural o por cesáreas, aunque la idea es tener un parto natural; la calidad de vida del bebé y la madre es lo más importante; el especialista decidirá oportunamente lo mejor para ambos de acuerdo al diagnóstico y condiciones Obstétricas.⁽²⁷⁾

3.5. Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la Madre

- Menor grado de ansiedad, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando las técnicas de relajación, respiración y masajes.
- Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en trabajo de parto, con dilatación avanzada.

- Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva
- Menor duración total del trabajo de parto.
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos y analgésicos.
- Menor riesgo a presentar complicaciones Obstétricas.
- Manifestara menor malestar y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración en miras de controlar la situación.
- Aprenderá a disfrutar mejor de su embarazo y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto al proceso.
- Ampliará las posibilidades de gozar de la participación de su pareja, incluso durante todo el trabajo de parto, importante contribución en su actitud emocional.
- Mejor vínculo afectivo con el bebé, iniciando un proceso de comunicación con criterios reales.
- Menor incidencia de partos por cesárea.

- Menor incidencia de partos instrumentados.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Aptitud total para una lactancia natural.
- Oportunidad de orientarse y decidir sobre su planificación familiar y metodológica anticonceptiva.^(34, 36)

3.6. La Psicoprofilaxis Obstétrica Como Eje de la Prevención Prenatal

Por mucho tiempo se asumió que el control prenatal periódico cubría totalmente la atención y educación, de las futuras madres sin embargo el embarazo es una etapa muy especial para la pareja, de mucha expectativa, planes e ilusiones, así como temor y desconocimiento de los cambios inherentes al proceso relacionados con el momento del parto, por lo que es necesario contar con una adecuada y oportuna preparación que les permitirá a los futuros padres disfrutar con más acogida y seguridad de esta maravillosa jornada comprendiendo y adaptándose de manera natural, positiva y grata a cada momento que les toque vivir antes, durante y después del nacimiento traduciéndose en una experiencia plena saludable y feliz, con una forma de prevención primaria integral.

Presenta las siguientes ventajas.

- Reducción de los costos y conflictos entre profesionales.

- Aproximación del equipo profesional hacia la comunidad.
- Detención oportuna de alto riesgo Obstétrico
- Apoyo a gestantes en situaciones especiales
- Humanización de la atención Obstétrica
- Reducción del tecnicismo y prioridad de la prevención⁽³²⁾

3.7. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica Sobre la Morbilidad y Mortalidad Materna Perinatal

La Psicoprofilaxis Obstétrica es una profilaxis global de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo al embarazo, parto, puerperio y el recién nacido.

El campo obste-psicoterapéutico, incluye la preparación integral complementada con ejercicios físicos para mejorar el tono corporal, mental y técnicas de actividad respiratoria que ayudan a la oxigenación materno-fetal; técnicas de relajación neuromuscular, elementales para un buen estado emocional y de comportamiento los que facilitaran a la madre los esfuerzos durante el proceso, evitando o disminuyendo posibles dificultades o complicaciones⁽²³⁾

3.8. Al Culminar su Preparación la Gestante debe Saber

- Que el embarazo no es una enfermedad

- El autocontrol
- Reconocer los signos de alarma
- Analizar la fisiología de las contracciones uterinas
- Identificar las contracciones del trabajo de parto
- Efectuar la relajación físico-mental
- Respirar en las diversas fases del trabajo de parto
- Momento de realizar el relajamiento muscular
- Como administrar sus energías
- Como evitar la fatiga
- Participar activamente en su parto
- Recepcionar a su niño inmediatamente al nacimiento
- Relajarse para un adecuado alumbramiento
- Amamantar adecuadamente a su niño
- Elegir un método de planificación familiar
- Proyectarse en su entorno familiar y social ⁽¹⁰⁾

3.9. Métodos o Escuelas de Psicoprofilaxis Obstétricas

3.9.1. Escuela Rusa: Platonov, Velvoski, Nicolaiev “Psicoprofilaxis de los Dolores del Parto”

Postulado: El parto es un proceso fisiológico, los dolores no son congénitos y se les puede hacer desaparecer utilizando como estímulo condicionante.

Fundamentos Teóricos y Prácticos:

- La actividad nerviosa superior basada en los trabajos de Pavlov, y el establecimiento de los reflejos instintivos y condicionados o adquiridos.
- Los reflejos absolutos o incondicionados son vinculaciones permanentes entre un estímulo y una reacción determinada del organismo elaborada a nivel de la medula, del bulbo y de otros centros subcorticales.
- Existe un rol importante de la emoción, cultura y factores sociales en las sensaciones del parto que conducen a la consideración de que “el dolor del parto” es un fenómeno de masas.
- Al cambio de la actitud de la mujer hacia el parto y su conducta, debe contribuir toda la sociedad, en sus ideas, artes y literatura.
- El lenguaje es un instrumento que se puede utilizar como medio fisiológico y terapéutico. La palabra, según Pavlov es un estímulo condicionante tan real que permite modificar la actividad neuronal, bloquea a nivel de la corteza cerebral el dolor de origen periférico y visceral, permitiendo crear en la mujer un reflejo condicionado positivo e independiente.

Principios Fundamentales:

- Se basó fundamentalmente en los reflejos condicionados
- El dolor en el parto es un reflejo condicionado que se puede desacondicionar
- El principio rector y dominante es el aumento de la actividad de los procesos de inducción positiva en la corteza cerebral, dando como resultado la reeducación de la mujer.
- Masaje, relajación, enseñanza del pujo.
- Información para hacer desaparecer la idea del parto como acto peligroso y doloroso.
- Preparación de los ambientes hospitalarios los que deben ser con mucha luz, laminas, diversos colores, etc.
- Preparación del personal hospitalario, no deben de hablar de “Dolores del Parto”, este termino debe ser sustituido por contracciones uterinas.
- Los medios de comunicación deben de colaborar refiriéndose al parto como una experiencia maravillosa.

3.9.2. Escuela Inglesa: Grantly dick read (parto natural parto sin dolor)

Postulado: el temor es el principal agente del dolor en el parto.

Fundamentos Teóricos y Prácticos:

- El dolor se origina en la civilización y cultura. El parto natural sin dolor solo existe hasta que llego la civilización.
- El dolor se origina en la tensión que produce la contracción de las fibras longitudinales y circulares del útero, estímulos que irán al tálamo quienes interpretados equivocadamente por el cerebro, los transforman en sensación de dolor.
- La educación es fundamental en la preparación psicoprofiláctica de la gestante para la erradicación del temor.
- Complementa su teoría con los diversos tipos de respiración que contribuyen a la relajación del cuello del útero.
- El ambiente debe ser armónico y favorable. El apoyo emocional es fundamental en el momento del parto que la gestante desarrolle relajación necesaria que la libere del temor y tensión.
- Erradicación de la triada: Temor, Tensión, Dolor.
- Mujer en relajación es igual a cuello uterino blando.
- La preparación de la gestante consta de cuatro elementos.

Educación:

Se proporcionan conocimientos elementales ajustados a los hechos científicos sobre la anatomía y fisiología de la reproducción humana con todas sus consecuencias físicas y psíquicas cuyo conocimiento previo permite entenderlo.

A. Correcta Respiración

- Mejora el estado general durante el embarazo así como los requerimientos maternos y fetales.
- Mejor oxigenación durante el trabajo de parto y las contracciones uterinas
- Ayuda al útero en el periodo expulsivo y mantiene al feto en buenas condiciones.

Tipos de Respiración

a. Respiración Profunda:

- Inspirar lentamente por la nariz para ampliar el tórax al máximo.
- Espirar el aire por la boca, forzando al final
- La frecuencia es 17 a 18 veces por minuto

b. Respiración Rápida y Superficial

- Debe coincidir con la contracción final del primer periodo del parto.
- Su frecuencia es de 25 veces por minuto.

c. Respiración Jadeante:

- Facilita la salida de la cabeza en forma lenta sin pujar.
Previene los desgarros perineales.
- Se realiza con la boca ligeramente abierta.

- Su frecuencia es de 35 a 40 veces por minuto

d. Respiración Contenida:

- Se realiza en el periodo expulsivo.
- Se inspira y se contiene el aire por medio minuto, durante la contracción.

B. Relajación

- Estado en el que el tono muscular de todo el cuerpo esta reducido al mínimo.
- Las sensaciones de la actividad uterina durante el parto se interpreta en su verdadero significado, trabajo muscular sin molestias.

C. Gimnasia (Read Introduce la preparación física)

- Es considerada como una ayuda que no debe ser exagerada o sobrestimada.
- Mejora el estado físico general.
- Beneficia la flexibilidad de los músculos y articulaciones de la pelvis.
- Los ejercicios se deben de realizar con lentitud, uniéndolos con la respiración.

1.4.2.9.3. Escuela Francesa: Ferdinand lamaze (parto indoloro)

Postulado: La respiración “indolorizante”

Fundamentos Teóricos y Prácticos:

- Los principios son los mismos que los de la escuela Rusa. Crear un foco cortical potente capaz de inhibir los estímulos originados en la contracción uterina.
- En lugar de la respiración profunda, se utiliza la respiración acelerada. El objetivo es limitar los movimientos del diafragma, evitando la compresión sobre el fondo uterino, manteniendo una oxigenación adecuada.
- La relajación muscular es un fenómeno activo consciente y dirigido, se incrementa el conocimiento de la acción de los músculos para hacerlo actuar a medida de las necesidades.
- Se integra al esposo, en la preparación teórica y práctica, como en el momento del parto.
- Considera importante conocer la psicológica de la gestante y cuando conoce del parto.

3.9.4. Escuela Ecléctica: Dr. Leboyer. Dr. Gavensky

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.^(23,25)

3.10. Protocolo de Psicoprofilaxis Obstétrica –Hospital de Ventanilla –

Callao

- 1. Propósito:** lograr que la gestante desarrolle habilidades que le permitan participar activa y positivamente en el embarazo y parto; con esto el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica contribuye al manejo del dolor que presenta la mujer durante el trabajo de parto.
- 2. Finalidad:** Contribuir a la disminución de la morbilidad materna y perinatal a través de la Psicoprofilaxis Obstétrica
- 3. Objetivos Generales**
 - Capacitar física y mentalmente a la mujer gestante para lograr una participación activa y responsable durante el parto ,con el manejo de dolor y así contribuir la disminución de la morbilidad .
 - Fomentar y comprometer la participación activa de la pareja durante la gestación parto y pos parto.

4.- Metodología:

El método será interactivo, participativo con uso de diferentes

técnicas como:

- a. De exposición
- b. De participación
 - Charla
 - talleres
 - Consejería

Partiendo de conocimientos previos con el fin de conseguir los objetivos deseados.

5. Componente Técnico:

5.1. Responsables

- Dirección del hospital
- Jefe de servicio de Ginecología
- Coordinadora de Obstetricia
- Profesionales, Obstetrix del área de Psicoprofilaxis
Obstétrica

5.2. Criterios de programación

5.2.1. Población Objetiva.

Gestantes de 22 semanas con embarazo de curso normal

5.2.2. Cobertura de Atención

Mayor de 80% de gestantes que acuden a su Atención Prenatal

5.2.3. Programación de Sesiones

Dos sesiones semanales (2 horas)

5.3. Perfil Profesional

a. Para el Desempeño de la Psicoprofilaxis Obstétrica

- Tener identificación ,motivación y conocimiento del desarrollo de las actividades de preparación para el parto con un enfoque de riesgo .
- Desarrollar habilidades interpersonales escucha y empatía.
- Capacidad para el trabajo en equipo, capacitación continua.
- Manejo de un adecuado método de enseñanza.

5.4. Actividades:

Coordinación para el desarrollo de las sesiones

5.4.1. Coordinación Administrativa

- Gestión para la capacitación continua
- Organización del servicio
- Determinación del ambiente de trabajo
- Requerimientos logísticos
- Programación de turnos
- Organización de actividades intra y extramurales
- Información monitoreo y evaluación

5.4.2. Coordinación Asistencial.

- Charlas de motivación y difusión grupal
- Motivación personalizada
- Captación y evaluación de gestantes
- Inscripción acuerdo a semanas de gestación y horario establecido
- Citas de acuerdo a semanas de gestación y horario establecido
- Entrega de tarjeta de asistencia
- Cartilla de estimulación prenatal

- Registro en ficha de datos
- Registro y resumen de actividades diarias
- Seguimiento de usuarias
- Evaluación de las actividades diarias
- Encuesta de satisfacción
- Elaboración y diseño de materiales educativos.

6. Beneficios:

- Menor grado de ansiedad en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva
- Adecuada repuesta durante las contracciones uterinas ,utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración ,masajes.
- Mayor posibilidad de ingresar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo, evitando innecesarias y repetidas evaluaciones previas.
- Menor uso de fármacos en general.
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto
- EL programa de Psicoprofilaxis ampliara las posibilidades de gozar de la participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto.

- Menor incidencia de partos por cesárea y partos instrumentados
- Recuperación más rápida y cómoda
- Menor incidencia de partos por cesárea.

7. Normas de Servicio de Psicoprofilaxis

- Toda gestante a partir de las 20 semanas en la primera consulta será derivado al servicio de Psicoprofilaxis obstétrica ,los datos, serán registrados en la historia clínica , así como la participación de las gestantes a las sesiones de Psicoprofilaxis.
- La duración de clases será de 2 horas
- Los horarios se adecuaran al población objetiva
- Se recomienda la permanencia de recursos humanos (Obstetras ,evitando alta rotación , a fin de lograr empatía con las gestantes).
- Se establecerá dentro del trabajo de las Obstetras tiempo necesario para el llenado de libros de registros , tarjeta de asistencia e informes de preparación de clases y otras actividades de coordinación .

- El ambiente físico será adecuado para un promedio de 15 participantes.

8. Infraestructura de Psiacoprofilaxis Obstétrica

Los ambientes deben ser amplios, iluminados, ventilados, contar con servicios higiénicos y adecuados a las necesidades de la actividad a realizar.

Un promedio de 23 mts. Cuadrados para 10 gestantes.

9. Materiales y Equipos

MOBILIARIO	Colchonetas, cojines, rodillos, escritorio, sillas y armario.
MATERIAL EDUCATIVO	Rota folio, frolleria, plumones, maquetas o modelos anatómicos, pelotas, implementos de demostración para la atención del recién nacido.
COMPLEMENTARIO	Libro de registro y seguimiento, tarjetas de citas, mandilones, toca cassetes, televisores DVD y videos educativos y CD de música.

10. Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica

PRIMERA SESIÓN

Tema: Anatomía y fisiología de la reproducción

Objetivo: Enseñar a la paciente a que identifique su aparato reproductor

Contenido Teórico

- Psicoprofilaxis Obstétrica y su importancia
- Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino
- Fecundación, desarrollo embrionario y fetal
- Cambios durante el embarazo

Contenido Practico

- Taller de integración
- Calentamiento
- Estiramiento
- Ejercicios de circulación

SEGUNDA SESIÓN

Tema : Respiración y relajación

Objetivo : Enseñar las técnicas de respiración y relajación

Contenido Teórico

- Técnicas de respiración y relajación

Contenido Practico

- Técnicas de respiración
- Técnicas de relajación
- Gimnasia Obstétrica con balones

TERCERA SESIÓN

Tema: Factores del trabajo de parto

Objetivo: Entrenar a la gestante para que reconozca las contracciones uterinas

Contenido Teórico

- Factores del trabajo de parto
 - ✓ Contracciones uterinas
 - ✓ Pelvis
 - ✓ Feto
- Cuando acudir al hospital
- Inicio al trabajo de parto
- Signos de alarma del embarazo

Contenido Practico

- Técnicas de respiración
- Gimnasia Obstétrica
- Masajes
- Técnicas de relajación

CUARTA SESIÓN

Tema: Fisiología del trabajo de parto

Objetivo:

- Identificar los periodos del trabajo de parto
- Entrenar a la gestante para que acuda oportunamente al Hospital
- Lograr que la gestante considere al trabajo de parto como algo fisiológico y natural.

Contenido Teórico

- Periodos de trabajos de parto normal

- Pródromos del trabajo de parto Características de inicio de trabajo de parto
- Cesárea
- Cuidados en el post parto y cesárea
- Signos de alarma del puerperio

Contenido Practico

- Gimnasia Obstétrica
- Técnicas de pujo
- Técnicas de relajación

QUINTA SESIÓN

Tema: Causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el trabajo de parto.

Objetivo:

- Dar a conocer las causas del dolor en el trabajo de parto
- Entrenar en las técnicas de respiración y relajación para controlar el dolor en el trabajo de parto.

Contenido Teórico

- Causas fisiológicas del dolor de trabajo de parto
- Causas psicológicas del dolor en el parto (triada: temor, tensión, dolor)

Contenido Practico

- Gimnasia Obstétrica con balones
- Refuerzo de técnica de pujo
- Técnicas de relajación

SEXTA SESIÓN

Tema: Interrelación de los elementos de fijación

Objetivo:

- Relacionar y fijar los conocimientos aprendidos y habilidades adquiridas en clases previas

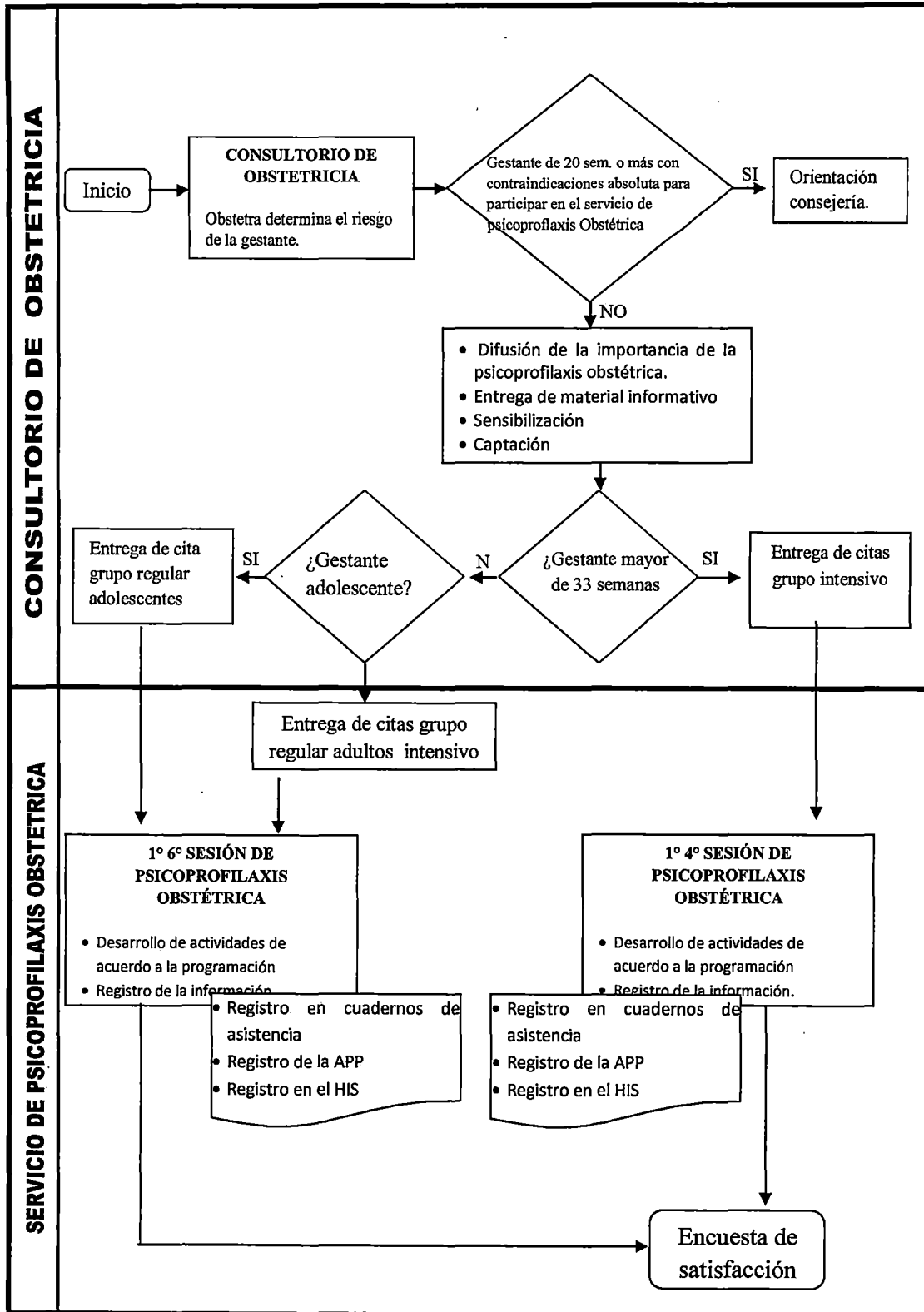
Contenido Teórico

- Retroalimentación de las características de la contracción (intensidad, duración y frecuencia, el tiempo promedio de trabajo de parto, la relajación y respiración)
- Técnicas de relajación

Contenido Practico

- Reconocimiento del Hospital de Ventanilla (recorrido)
- Clausura.

8. Fluxograma de Atención del Servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica



3.4. Fisiología del Parto

El parto es el proceso fisiológico con que la mujer finaliza su gestación a término entre 37 a 42 semanas cumplidas su inicio es espontáneo y culmina con el nacimiento del bebe.

El proceso del parto es llamado también “trabajo de parto”. Termino suficientemente expresivo para indicar que existe realmente trabajo muscular de modo que para poder interpretar la naturaleza del parto se deberá tomar en consideración algunos conceptos acerca de los músculos y forma de su trabajo.

Existen en el organismo humano dos tipos de músculos: voluntarios e involuntarios; los primeros son aquellos que se encuentran bajo el control de la voluntad, tal como sucede en los actos de caminar, correr, levantar un brazo, cerrar el puño (Músculos de los miembros). Los músculos involuntarios no están bajo la acción de la voluntad y actúan automáticamente, ejemplos: corazón, estomago, intestino. Todo musculo está formado por elevado número de fibrillas muy pequeñas, las cuales al acortarse o contraerse, realizan el trabajo.

En el momento del parto el útero se contrae y logra dos objetivos:

1. Ensanchar el canal del cuello del útero, afín de facilitar el paso del niño al exterior; si recordamos la forma de pera invertida que tiene el útero debemos imaginar que en cada contracción la pera se acorta y en cada descanso intermedio se vuelve a cargar habiendo abierto un poco más el canal del cuello (dilatación).
2. Descenso y salida del niño a través del cuello, vagina y vulva hasta el exterior dado que el canal del cuello antes del parto, es muy angosto y largo, la mayor parte de la acción contráctil del

útero es absorbida para obtener la dilatación, una vez que el útero ha obtenido la dilatación completa, su acción rítmica se ejerce enteramente en obtener el descenso y la salida del niño a través del canal del parto, las contracciones del útero son intermitentes, puesto que el musculo debe descansar en los intervalos.

Según los fisiólogos rusos Pavlovianos, la sensación dolorosa es un fenómeno esencialmente de la corteza cerebral, aunque existe un relevo talámico. La corteza es el órgano de formación de los enlaces temporarios o reflejos condicionados, en estado normal los impulsos de los interoreceptores (receptores al dolor, ubicados dentro del útero) se hallan por debajo del umbral de la sensación, pero en el momento del parto, los impulsos ahora más fuertes invaden la corteza cerebral y provocan dolor, todo depende en este instante del estado de la corticalidad. Si la corteza esta inhibida, cansada, la región subcortical activa, hace pasar a la corteza todos los impulsos que producen dolor.

Si en cambio la mujer está tranquila, la corteza esta activa y los impulsos llegan en forma débil y no acusándose el dolor. El vínculo relacionado entre el parto y el dolor; el temor e ignorancia de los hechos atingente; al mismo ocasionando un debilitamiento de la corticalidad constituyen el origen del dolor siendo esto la base de lo que los obstetras Soviéticos han llamado "Método Psicoprofiláctico de Analgesia Obstétrica"⁽¹⁹⁾

Etapas o Períodos del Parto

El parto se divide en tres etapas o periodos sucesivos:

1. Periodo de dilatación: Desde que hay contracciones útiles. Hasta que se completa la dilatación, dura de 10 a 12 horas en primerizas y de 4 a 5 horas en multíparas.
 2. Periodo expulsivo: Comprende desde la culminación de la dilatación hasta el nacimiento del feto. Dura hasta 1 hora en las primerizas y 30 minutos en las multíparas.
 3. Periodo de alumbramiento: Se extiende desde el nacimiento del feto hasta la expulsión de la placenta. Dura de 5 a 15 minutos en las multíparas y 30 minutos en las primerizas.
 4. Periodo de puerperio inmediato: dura de dos horas y comprende la vigilancia y control de la madre, después del nacimiento y de la expulsión de la placenta. ⁽⁸⁾
- Período de Dilatación
Durante este periodo se cumple las siguientes etapas clínicas.
 - a. Borramiento del cuello: Consiste en el acortamiento y desaparición del cuello del útero, proceso que es más notorio en las primíparas. En las multíparas, el cuello ya está acortado al iniciarse el parto y se produce el borramiento casi simultáneamente con el inicio de la dilatación.
 - b. Formación de las bolsas de las aguas: Constituidas por las membranas ovulares situadas delante de la presentación, desempeñan el papel de protectoras del feto contra las contracciones uterinas y de la infección microbiana ascendente de la vagina.
 - c. Dilatación del cuello: Acortado y borrado el cuello debe luego abrirse para el paso del móvil fetal, que se consigue paulatinamente por la tracción de las fibras del cuerpo en su disposición espiral y la presión hidrostática de la bolsa de las aguas que se introduce en el cuello a cada contracción.

Duración: En las nulíparas por lo general dura de 10 a 12 horas y en las multíparas de 4 a 5 horas, se debe de evaluar el trabajo de parto a fin de llevarlo al nivel fisiológico en cuanto a intensidad, duración y frecuencia de las contracciones.

Sintomatología: El periodo de dilatación se caracteriza por contracciones regulares que se traducen en molestias. Las contracciones al principio son distanciadas y de poca intensidad, para ir haciéndose después regulares en presentación y ganando en intensidad y mayor frecuencia. En plano periodo de dilatación las contracciones deben alcanzar intensidad de 30 a 50mm. Hg con duración de 40 a 60 segundos y frecuencia mínima de tres contracciones y un máximo de 5 en 10 minutos.

- **Período Expulsivo.**

El periodo expulsivo continúa a la dilatación completa y termina con el nacimiento. Durante este periodo se cumple las siguientes etapas clínicas que ya se pueden haber iniciado también en la etapa de dilatación.

- a. Acomodación
- b. Descenso en el canal de parto
- c. Rotación interna
- d. Extensión
- e. Rotación externa
- f. Expulsión del producto

Duración: Es variable, en nulíparas dura 1 hora y en las multíparas media hora. El diagnóstico del tiempo de expulsión es importante en la dirección del parto, a fin de intervenir activamente.

Sintomatología: Las contracciones uterinas se hacen más intensas y en forma espontánea aparecen los pujos, que así

vienen a reforzar la acción uterina mediante la acción de la prensa abdominal, la paciente la sensación de defecar y en forma involuntaria colabora adaptándose a un menor trabajo de parto, mediante esfuerzos intensos para hacer progresar el móvil fetal. La frecuencia de las contricciones aumenta hasta cuatro y cinco contracciones. La presentación progresa y desciende dilatando vagina y periné.

- Período de Alumbramiento

Se inicia desde que nace el niño hasta la expulsión de la placenta, cordón umbilical y membranas. El tiempo que se considera necesario para ello es de cinco a quince minutos, en los cuales la parturienta queda tranquila, mientras tanto en la cavidad uterina se forma el hematoma retro placentario que hace el despegamiento de la placenta de la decidua basal conjuntamente con las membranas. La placenta se elimina algunas veces en forma de sombrilla invertida, otras veces se desprende por uno de los bordes. Como indicaciones debe vigilarse la pérdida sanguínea mientras se realiza el desprendimiento y expulsada debe evaluarse la cantidad que se pierde en total.

Pueden aplicarse por vía endovenosa 10 UI de oxitocina al final del periodo expulsivo, con lo que se consigue abreviar el periodo de alumbramiento y sobre todo la pérdida sanguínea reduciéndolo considerablemente^(27. 30)

3.5. Definición de Términos

Atención Prenatal.-es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos destinados a la prevención ,diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna perinatal .⁽³²⁾

Embarazo.-Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al periodo que transcurre entre la implantación en el útero del ovulo fecundado y el momento del parto. ⁽²⁷⁾

Parto.-El parto es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500gr. (igual o mayor las 22 semanas completas (para otros 20 semanas) contadas desde el primer día de la ultime menstruación. ⁽³¹⁾

Periodo de Dilatación.-Comienza con las primeras contracciones perceptibles, caracterizadas por frecuencia , intensidad y ritmo suficiente y termina con la dilatación completa del cuello uterino. Comprende el borramiento o incorporación del cuello ,la formación de la bolsas de agua y la apertura del cuello dura de 10-12 horas en primerizas de 4 a 5 horas en multíparas⁽³²⁾

Periodo Expulsivo.-También llamada segundo periodo o periodo de expulsión continua a la dilatación completa y termina con el nacimiento del producto. ⁽³²⁾

Periodo de Alumbramiento.-El periodo de alumbramiento se inicia desde que nace el niño hasta la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta ⁽³²⁾.

Dolor.-El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial⁽³²⁾.

Efectividad-Expresa hasta qué punto un servicio tiene posibilidades de satisfacer la necesidad para la cual emplea, mide hasta qué punto la atención recibida ejerce el efecto deseado.⁽³⁴⁾

4. MATERIALES Y METODOS

4.1. Tipo Estudio:

El tipo de estudio de la presente investigación fue de tipo, descriptivo, comparativo, prospectivo

Prospectivo, Se preparó a las gestantes con el nuevo temario de las sesiones de Psicoprofilaxis y una nueva metodología en un tiempo presente para ser evaluado en el futuro determinado, buscando la efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica .

Comparativo, se comparó dos grupos de gestantes que son las preparadas y las no preparadas a fin de evaluar los resultados y determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis.

4.2. Diseño de la Investigación.

Para alcanzar los objetivos, se respondió a la interrogante y se probó la hipótesis de la investigación; el diseño que se propuso es cuasi experimental, longitudinal con grupo experimental y grupo control definida de la siguiente manera:

Grupo experimental Gexp.: Gestantes con psicoprofilaxis preparadas

Grupo control Gcon.: Gestantes sin Psicoprofilaxis no preparadas

Gexp \xrightarrow{X} O₁

Gcon O₂

Dónde:

X Variable independiente

O₁ y O₂ Efecto de la variable independiente

4.3. Población o Universo

4.3.1. Población o Universo

Estuvo constituida por las gestantes que acudieron para la atención en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital de Ventanilla Callao desde el mes de noviembre del 2011 hasta abril del 2012 cuya población estuvo conformada por 420 gestantes aproximadamente.

4.3.2. Unidad de Análisis

La unidad de análisis estuvo conformada por cada una de las gestantes preparadas y no preparadas

4.3.3 Muestra

Para obtener la muestra se utilizó el método de muestreo no probabilístico.

Como se desea estimar la efectividad del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el trabajo de parto durante un trimestre del año 2012 por lo que se tuvo dos grupos, para ello se usara el EPIDAT 4.0 y calculando la muestra se usó el muestreo por conveniencia para comparar dos proporciones para dos grupos independientes teniendo en cuenta los siguientes criterios.

- Cobertura de gestantes atendidos en el 2007 ($P_1=75\%$)
- Cobertura de gestantes atendidos en el 2011 ($P_2=95\%$)
- Potencia de prueba (80%) ($Z_{0.80} = 0,84$)
- La estimación se realizó con un nivel de confianza del 95% ($Z_{0.975} = 1,96$)

$$n_1 = n_2 = \frac{\left(z_{1-\frac{\alpha}{2}} \sqrt{\bar{P}(1-\bar{P})} + z_{1-\beta} \sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} \right)^2}{(P_1 - P_2)^2}$$

$$\bar{p} = \frac{P_1 + P_2}{2} = 85\%$$

Entonces:

$$n_1 = n_2 = \frac{\left(1.96\sqrt{0.85(1-0.85)} + 0.84\sqrt{0.75(1-0.75)} + 0.95(1-0.95)\right)^2}{(0.75 - 0.95)^2}$$

$$n_1 = n_2 = 49$$

Se necesitó:

49 gestantes para el grupo experimental

49 gestantes para el grupo control

Para la selección de la muestra se utilizó los siguientes criterios.

Criterios de Inclusión para las Preparadas

- Gestantes de todas las edades
- Gestantes con gestación a término 38 a 41 semanas
- Gestantes con feto único y vivo
- Gestante con Feto en presentación cefálica, con compatibilidad céfalo pélvica
- Gestantes que realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica 6 sesiones
- Gestantes con 6 controles prenatales
- Gestantes con el 100% de las membranas íntegras
- Gestantes con bajo factor de riesgo

Criterios de Exclusión para las Preparadas

- Gestantes con gestación menor de 37ss y mayor de 41 ss.

- Gestación múltiple
- Gestante con feto en podálica o transversa
- Gestantes con enfermedades intercurrentes asociadas al embarazo
- Gestante con indicación de medicación (oxitócicos)
- Gestante con ruptura prematura de membranas
- Gestantes con patologías en el bienestar fetal y el embarazo

Criterios de Inclusión para las no Preparadas

- Gestantes de todas las edades
- Gestantes con gestación a término 38 a 41 semanas
- Gestantes con feto único y vivo
- Gestante con Feto en presentación cefálica, con compatibilidad céfalo pélvica
- Gestantes que no realizaron Psicoprofilaxis obstétrica 6 sesiones
- Gestantes sin 6 controles prenatales
- Gestantes con el 100% de las membranas íntegras
- Gestantes con bajo factor de riesgo

Criterios de Exclusión para las no Preparadas

- Gestantes con gestación menor de 37ss y mayor de 41 ss.
- Gestación múltiple
- Gestante con feto en podálica o transversa
- Gestantes con enfermedades intercurrentes asociadas al embarazo
- Gestante con indicación de medicación (oxitócicos)
- Gestante con ruptura prematura de membranas
- Gestantes con patologías en el bienestar fetal y el embarazo

4.5. Instrumentos de Recolección de Datos

4.5.1. Técnicas de Recolección de Datos

La técnica que se usó para la recolección de datos fue la:

Observación, Se utilizó la observación directa, en la sala de dilatación, y sala de expulsivo del Centro Obstétrico del Hospital de Ventanilla Callao.

Documentado, se revisó las historias clínicas para cada grupo de estudio

4.5.2. Instrumentos de Recolección de Datos

Para la recolección de datos se utilizó el formulario llamado **Guía de Observación De Datos** (Anexo N^o 01) teniendo como base el Manual de Preparación Para el Parto de Es salud y del MINSA. Para medir la efectividad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica fue a través de las siguientes categorías:

- Excelente (19-20)
- muy bueno (17-18)
- bueno (12-16)
- regular (8-11)
- malo (0-7)

Se otorga el calificativo teniendo en cuenta las siguientes definiciones:

Excelente, (19-20) cuando durante el trabajo de parto no se ha puesto en evidencia ningún signo de ansiedad, el autocontrol fue sostenido durante todo el proceso y la parturienta requirió la presencia del Obstetra solo en momentos puntuales, como el término de la dilatación o en el expulsivo, sin perder el control.

Muy bueno, (17-18) Cuando en algún momento se presentó un signo o síntoma de angustia, una ligera intranquilidad en el periodo de dilatación

o en el expulsivo o requirió en algún momento la presencia del Obstetra pero conservo el autocontrol.

Bueno, (12-16) se otorgara a la mujer que exteriorizo en una o varias oportunidades manifestaciones de angustia, llamara al personal y al tomarle la mano recupero plenamente el control.

Regular, (8-11) cuando en el 50% del trabajo de parto la mujer expresa angustia y tiene dificultad para controlarse, requiriendo permanente ayuda. Trata de no desprenderse de la mano del personal.

Malo, (0-7) cuando se comportara igual o ligeramente mejor que una mujer no preparada.

4.6. Técnicas de Análisis Estadísticos

Una vez obtenida la información se tabuló y analizo los resultados presentándolos en cuadros de tabulación simple y doble, los cuales serán procesados en el programa Software Microsoft Office Excel 2007 y posteriormente fueron analizados con el Software SPSS versión 20.0.

Se presentó las medidas de desviación estándar o porcentajes, para las comparaciones entre el grupo experimental y grupo control. Se trabajó con un nivel de confianza de 95% y se utilizó las pruebas paramétricas de diferencia de proporciones para muestras independientes.

4.6.1. Validez y Confiabilidad de los Datos de Investigación

4.6.1.1. Validez. El instrumento que se utilizó, formulario (guía de observación de datos) reflejo la actitud a evaluar con un criterio externo que y fue validado por expertos.

4.6.1.2. Confiabilidad. Se estableció la confiabilidad del instrumento, se elaboró teniendo como base la Guía Técnica del Programa de Psicoprofilaxis del MINSA y ESSALUD que produjo resultados válidos.

4.6.2. Procedimiento de Recolección de Datos

Se desarrolló la recolección de datos con la Técnica de Trabajo de Campo, y método de observación, de la siguiente manera.

- Se inició la selección de las gestantes en el servicio de emergencia teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión identificándolas con la tarjeta de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Gestantes con 6 clases de Psicoprofilaxis Obstétrica para el grupo de estudio y gestantes sin Psicoprofilaxis Obstétrica para el grupo control hasta completar la muestra requerida.
- Seguimiento en sala de dilatación, sala de partos observando el proceso, tiempo del parto y alumbramiento para la recolección de la información, a través de la Guía de Observación de datos.
- Entrevista con la púérpera en puerperio inmediato.
- Todos los datos se registró en el formato elaborado para la investigación,

Guía de Observación de Datos.

4.7.Ética de la Investigación

Se tomara en cuenta los siguientes aspectos éticos:

- Participación voluntaria.
- Se realizó la recolección de la información directamente a través de la observación a las gestantes en sala de partos y puerperio inmediato.
- Los datos fueron llenados en la Guía de Recolección de Datos, elaborada exclusivamente con motivo de la presente investigación.

- Fue anónima, confiable y segura.
- Los datos obtenidos no serán revelados ni utilizados con otros fines.

5. RESULTADOS

Los resultados obtenidos a través de la Guía de Observación de Datos se presentan a continuación en diversas tablas que contienen la caracterización de cada dato de la investigación.

TABLAN° 01

EDAD DE LAS GESTANTE Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO-2012

Edad	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Adolescente(14-19)	12	24.5	25	51.0	37	37.8
Adulto(20-45)	37	75.5	24	49.0	61	62.2
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Historia Clínica del Hospital de Ventanilla-Callao-2012

$\chi^2 = 7.338$ GL=1 P-Valor= 0,007

En la Tabla N° 01, se observa , la edad de las gestantes que predominan en el grupo control son los adultos que hacen un 75.5% en comparación del grupo experimental las edad que predominan es adolescente que hacen el 51.0% .

TABLA N° 02

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Estado civil	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Soltera	8	16.3	10	20.4	18	18.4
Conviviente	38	77.6	35	71.4	73	74.5
Casada	3	6.1	4	8.2	7	7.1
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Historia Clínica del Hospital de Ventanilla-Callao-2012

$X^2 = .488$

GL=2

P-Valor=0,783

En la Tabla N°2 se observa que el mayor porcentaje representa el grupo de convivientes con un 77.6% del grupo control; frente a un 71.4% del grupo experimental.

TABLA N^o 3

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Grado de instrucción	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Analfabeto	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Primaria	7	14.3	2	4.1	9	9.2
Secundaria	36	73.5	37	75.5	73	74.5
Superior no universitaria	6	12.2	10	20.4	16	16.3
Superior universitaria	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Historia Clínica del Hospital de Ventanilla –Callao-2012

$$\chi^2 = 3,791 \quad GL=2 \quad P\text{-Valor}=0,150$$

En la Tabla N^o3 se observa que lo más significativo representan los grupos de secundaria con el 73.5 %, seguido de un 14.3 % en el grupo control frente a un 75.5% de secundaria, seguido de 20.4% de superior no universitaria en el grupo experimental.

TABLA N^o4
OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO
EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Ocupación	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Ama de casa	42	85.7	42	85.7	84	85.7
Comerciante	4	8.2	3	6.1	7	7.1
Estudiante	1	2.0	0	0.0	1	1.0
Obrera	0	0.0	2	4.1	2	2.0
Profesional	2	4.1	2	4.1	4	4.1
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: historia clínica del hospital de ventanilla

$$X^2=3,143 \quad GL=4 \quad P\text{-Valor}=0,534$$

En la tabla N^o 4 se puede observar que las gestantes con ocupación ama de casa son las que tienen una representación significativa de, 85.7% en el grupo control frente a una mismo porcentaje en el grupo experimental.

TABLA N° 5
LUGAR DE PROCEDENCIA Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL
HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Lugar de procedencia	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Zona céntrica	30	61.2	35	71.4	65	66.3
Pueblo joven	19	38.8	14	28.6	33	33.7
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: historia clínica del hospital de ventanilla-Callao

$$X^2=1,142 \quad GL=1 \quad P\text{-Valor}=0.285$$

En la siguiente tabla N° 5 se puede observar el predominio de las gestantes que proceden de la zona urbana céntrica que está representado por un 61.2% del grupo control frente a un 71.4 % del grupo experimental.

TABLA N° 6
NUMERO DE GESTACIONES Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL
HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Gestacione s	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
1	29	59.2	42	85.7	71	72.4
2	9	18.4	5	10.2	14	14.3
3	7	14.3	1	2.0	8	8.2
4	3	6.1	0	0.0	3	3.1
5	1	2.0	1	2.0	2	2.0
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: historia clínica del hospital de ventanilla

$$X^2=11,023$$

$$GL=4$$

$$P\text{-Valor}=0.026$$

En la tabla N° 6, se puede observar el predominio de las primigestas en ambos grupos 59.2 % en el grupo control y 85.7% en el grupo experimental.

TABLA N°7

MOTIVO DE INGRESO DE LAS GESTANTES Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Motivo de ingreso a consultorio de emergencia - Gineco Obstetricia	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Perdida de tapón mucoso	3	6.1	0	0.0	3	3.1
Contracciones uterinas	40	81.6	44	89.8	84	85.7
Ambos	6	12.2	5	10.2	11	11.2
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: historia clínica del hospital de ventanilla

$$X^2= 3.281$$

$$GL= 2$$

$$P\text{-Valor}=0,194$$

En la tabla N° 07, Se puede observar el predominio del ingreso por contracciones uterinas un 81.6 % en el grupo control; frente a un 89.8% del grupo experimental.

TABLA N°8

FRECUENCIAS DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Frecuencia de contracciones uterinas al ingreso a Emergencia - Gineco Obstetricia	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
1 en 10 min	10	20.4	9	18.4	19	19.4
1 en 15 min	2	4.1	0	0.0	2	2.0
1 en 20 min	1	2.0	1	2.0	2	2.0
1 en 30 min	1	2.0	0	0.0	1	1.0
2 en 10 min	15	30.6	17	34.7	32	32.7
3 en 10 min	16	32.7	20	40.8	36	36.7
4 en 10 min	2	4.1	2	4.1	4	4.1
Sin contracción	2	4.1	0	0.0	2	2.0
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: historia clínica del hospital de ventanilla

$$\chi^2 = 5.622$$

$$GL = 7$$

$$P\text{-Valor} = 0,585$$

En la tabla N° 8, la frecuencia de las contracciones uterinas de ingreso más significativo en el grupo control es de 3 en 10 min representado con un 32.7%, seguido de un 30.6% de 2 en 10 minutos; frente a un 40.8% de 3 en 10 minutos, seguido de 34.7% 2 en 10 minutos del grupo experimental.

TABLA N^o9
INTENSIDAD DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS Y EFECTIVIDAD DEL
PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO
EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Intensidad de contracciones uterinas al ingreso a Emergencia - Gineco Obstetricia	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Sin contracción	2	4.1	0	0.0	2	2.0
+	16	32.7	10	20.4	26	26.5
++	30	61.2	37	75.5	67	68.4
+++	1	2.0	2	4.1	3	3.1
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: historia clínica del hospital de ventanilla

$$X^2= 4.449 \quad GL= 3 \quad P\text{-Valor}=,217$$

En la tabla N^o 9, Se puede apreciar lo representativo en la medida de la intensidad de las contracciones es de ++, en el grupo control con un 61.2%, frente a un 75.5% del grupo experimental.

TABLA N^o 10

DURACIÓN DE LAS CONTRACCIONES UTERINAS Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Duración de contracciones uterinas al ingreso a Emergencia - Gineco Obstetricia (En segundos)	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
0	2	4.1	0	0.0	2	2.0
7	1	2.0	0	0.0	1	1.0
10	5	10.2	4	8.2	9	9.2
15	4	8.2	6	12.2	10	10.2
16	0	0.0	1	2.0	1	1.0
18	0	0.0	1	2.0	1	1.0
20	8	16.3	16	32.7	24	24.5
25	8	16.3	6	12.2	14	14.3
30	18	36.7	12	24.5	30	30.6
35	3	6.1	2	4.1	5	5.1
40	0	0.0	1	2.0	1	1.0
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: historia clínica del hospital de ventanilla

$$\chi^2 = 10.863$$

$$GL = 10$$

$$P\text{-Valor} = 0,368$$

En la tabla N^o10, se puede apreciar que un 36.7% del grupo control ingreso con una duración de 30 segundos y en el grupo experimental el 32.7% ingreso con una duración de 20 segundos, entre lo más significativo.

TABLA N° 11
DILATACIÓN DEL CUELLO UTERINO Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA
DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA
CALLAO

Dilatación del cuello uterino al ingreso a Emergencia - Gineco Obstetricia (En centímetros)	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
0	6	12.2	1	2.0	7	7.1
1	8	16.3	10	20.4	18	18.4
2	8	16.3	12	24.5	20	20.4
3	5	10.2	12	24.5	17	17.3
4	4	8.2	6	12.2	10	10.2
5	11	22.4	6	12.2	17	17.3
6	1	2.0	1	2.0	2	2.0
7	1	2.0	0	0.0	1	1.0
8	1	2.0	0	0.0	1	1.0
9	0	0.0	1	2.0	1	1.0
10	4	8.2	0	0.0	4	4.1
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: historia clínica del hospital de ventanilla

$$X^2 = 16.347 \quad GL = 10 \quad P\text{-Valor} = 0.090$$

En la tabla N° 11, lo más representativo es de 22.4% con una dilatación de 5 centímetros en el grupo control; y 24.5% de una dilatación de 2,3 centímetros en el grupo experimental.

TABLA N° 12

**APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL
PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO
EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA**

Aplicación de la técnica de relajación en el trabajo de parto	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Malo	7	14.3	2	4.1	9	9.2
Regular	25	51.0	3	6.1	28	28.6
Bueno	12	24.5	12	24.5	24	24.5
Muy bueno	4	8.2	24	49.0	28	28.6
Excelente	1	2.0	8	16.3	9	9.2
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de Observación de datos

$$\chi^2 = 39.794$$

$$GL = 4$$

$$P\text{-Valor} = 0,000$$

En la tabla N° 12, se puede observar entre lo más resaltante del grupo control un 51.0% con el calificativo de regular, seguido de un 24.5 % con el calificativo de bueno y un 14.3% con el calificativo de malo; mientras en el grupo experimental un 49.0% obtuvo un calificativo de muy bueno, seguido de un 24.5% de bueno y 16.3% de excelente.

TABLA N° 13

**APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN Y EFECTIVIDAD DEL
PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL
HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO**

Aplicación de la técnica de respiración en el trabajo de parto	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Malo	1	2.0	1	2.0	2	2.0
Regular	12	24.5	2	4.1	14	14.3
Bueno	28	57.1	6	12.2	34	34.7
Muy bueno	6	12.2	20	40.8	26	26.5
Excelente	2	4.1	20	40.8	22	22.4
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de Observación de Datos

$$X^2 = 43.644$$

$$GL = 4$$

$$P\text{-Valor} = 0,000$$

En la tabla N° 13, entre lo más representativo se puede observar que el 57.1% obtuvo el calificativo de bueno seguido de un 24.5% con el calificativo de regular del grupo control; mientras en el grupo experimental 40.8% obtuvo el calificativo de excelente, seguido del mismo porcentaje con el calificativo de muy bueno.

TABLA N° 14

**APLICACIÓN DE LA TÉCNICA DE PUJO Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL DE
VENTANILLA CALLAO**

Aplicación de la técnica de pujo en el trabajo de parto	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Malo	3	6.1	4	8.2	7	7.1
Regular	11	22.4	1	2.0	12	12.2
Bueno	21	42.9	5	10.2	26	26.5
Muy bueno	7	14.3	16	32.7	23	23.5
Excelente	7	14.3	23	46.9	30	30.6
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de Observación de Datos

$$X^2 = 30.377$$

GL=4

P-Valor=0,000

Lo más representativo de la tabla N°14, en el grupo control un 42.9% con el calificativo de bueno, seguido de un 22.4 % con el calificativo de regular; mientras en el grupo experimental un 46.9% obtuvo un calificativo de excelente seguido de un 32.7% con el calificativo de muy bueno.

TABLA N° 15

**CONOCIMIENTO DE LAS ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO Y EFECTIVIDAD
DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE
PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO**

Conocimiento de las etapas del trabajo de parto	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Malo	10	20.4	2	4.1	12	12.2
Regular	18	36.7	5	10.2	23	23.5
Bueno	13	26.5	6	12.2	19	19.4
Muy bueno	6	12.2	26	53.1	32	32.7
Excelente	2	4.1	10	20.4	12	12.2
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de observación de datos

$X^2=33.093$ GL=4 P-Valor=0,000

En la tabla N° 15, Lo más resaltante en el grupo control es los mayores porcentajes en los calificativos inferiores es así que el 36.7% obtuvo un calificativo de regular seguido de un 26.5 % de bueno y un 20.4% de malo, frente al grupo experimental un 53.1% obtuvo un calificativo muy bueno seguido de un 20.4% con un calificativo de excelente.

TABLA N^o 16
COLABORACION EN LAS ETAPAS DEL TRABAJO DE PARTO Y EFECTIVIDAD
DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE
PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO

Colaboración en las etapas del trabajo de parto	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Malo	2	4.1	2	4.1	4	4.1
Regular	6	12.2	1	2.0	7	7.1
Bueno	13	26.5	4	8.2	17	17.3
Muy bueno	15	30.6	20	40.8	35	35.7
Excelente	13	26.5	22	44.9	35	35.7
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de observación de datos

$$X^2=11.365 \quad GL=4 \quad P\text{-Valor}=0,023$$

En la tabla N^o 16, en cuanto a la colaboración el grupo control obtuvo el 30.6% un calificativo de muy bueno seguido de un 26.5 % con un calificativo bueno y excelente. Frente a un 44.9% de un calificativo de excelente seguido de un 40.8% de muy bueno del grupo experimental.

TABLA N° 17

**VALORACION TOTAL DE LAS ACTITUDES Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA
DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL
HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO**

Valoración total de las actitudes	Grupos				Total	
	Control		Experimental		N	%
	N	%	N	%		
Malo(0-7)	15	30.6	3	6.1	18	18.4
Regular(8-11)	23	46.9	4	8.2	27	27.6
Bueno(12-16)	8	16.3	20	40.8	28	28.6
Muy bueno(17-18)	2	4.1	18	36.7	20	20.4
Excelente(19-20)	1	2.0	4	8.2	5	5.1
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de observación de datos

$$X^2=41.113 \quad GL=4 \quad P\text{-Valor}=0,000$$

En esta tabla N° 17, se puede observar que el grupo control un 46.9% obtuvo el calificativo de regular seguido de 30.6% con calificativo de malo; frente al grupo experimental un 40.8% obtuvo un calificativo de bueno seguido de un 36.7% que obtuvo un calificativo de muy bueno.

TABLA N° 18
TIEMPO DE DURACION DEL PERIODO DE DILATACION EN LA FASE
LATENTE Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OSBTETRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA
CALLAO

Tiempo de duración del periodo de dilatación en la fase latente del trabajo de parto	Grupos					
	Control		Experimental		Total	
	N	%	N	%	N	%
1h-5h	24	49.0	11	22.4	35	35.7
6h-10h	24	49.0	35	71.4	59	60.2
11h-15h	1	2.0	3	6.1	4	4.1
16h-20h	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Más de 20h	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de observación de datos

$$X^2=7.879 \quad GL=2 \quad P\text{-Valor}=0,019$$

En la tabla N° 18, se observa entre lo más representativo el grupo control en el intervalo de 6 a 10 horas en el con un 49.0% y en 1 a 5 horas con el mismo porcentaje; mientras en el grupo experimental es de 71.4% de entre 6 a 10 horas, seguido de un 22.4% de entre 1a 5 horas.

TABLA N° 19

**TIEMPO DE DURACION DEL PERIODO DE DILATACION EN LA FASE ACTIVA
Y EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL
TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO**

Tiempo de duración del periodo de dilatación en la fase activa del trabajo de parto	Grupos					
	Control		Experimental		Total	
	N	%	N	%	N	%
1h-2h	0	0.0	3	6.1	3	3.1
3h-4h	5	10.2	16	32.7	21	21.4
5h-6h	20	40.8	22	44.9	42	42.9
7h-8h	21	42.9	7	14.3	28	28.6
9h-10h	3	6.1	1	2.0	4	4.1
Más de 10h	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de observación de datos

$$\chi^2=7.879$$

GL=2

P-Valor=0,019

En la siguiente tabla N°19, se observa que en el grupo control el 42.9% representa al intervalo de 7 a 8 horas, seguido de un 40.8% del intervalo de 5 a 6 horas entre lo más representativo; mientras que en el grupo experimental existe el predominio de un 44.9% en el intervalo de 5 a 6 horas, seguido de un 32.7% en el intervalo de 3 a 4 horas.

TABLA N° 20

**TIEMPO DE DURACION DEL PERIODO EXPULSIVO Y EFECTIVIDAD
DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL
TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA CALLAO**

Tiempo de duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto	Grupos					
	Control		Experimental		Total	
	N	%	N	%	N	%
1-10min	35	71.4	38	77.6	73	74.5
11-20min	10	20.4	10	20.4	20	20.4
21-30min	2	4.1	1	2.0	3	3.1
31-40min	1	2.0	0	0.0	1	1.0
41-50min	0	0.0	0	0.0	0	0.0
mayor de 51min	1	2.0	0	0.0	1	1.0
Total	49	100.0	49	100.0	98	100.0

FUENTE: Guía de observación de datos

$$X^2=2.457 \quad GL=4 \quad P\text{-Valor}=0,652$$

En la tabla N° 20, se observa en el grupo control es de 71.4% en el intervalo de tiempo de 10 min seguido de un 20.4% en el intervalo de 11 a 20 minutos; frente a un 77.6% en el intervalo 1 a 10 min, seguido de un 20.4% en el intervalo de 11 a 20 minutos del grupo experimental.

6. DISCUSION

Según los resultados obtenidos, en concordancia con el marco teórico y teniendo en cuenta los objetivos planteados, con el fin de probar la hipótesis se puede señalar que:

En la Tabla N° 01 lo más representativo en cuanto a la edad es de 14 a 19 años con un 51.0 %. En el grupo control, mientras que el grupo experimental es de 20 a 45 años con un 75.5% Y según REYES, Liz Marina ⁽¹²⁾, en su estudio: “Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2002”. Menciona que el promedio de edad para el grupo de gestantes con Psicoprofiláxis es de 23 años y para el grupo sin Psicoprofiláxis es de 24 años

Se suma ACEVEDO, Janett Guadalupe y col ⁽¹⁶⁾, en su estudio: “Parto Psicoprofiláctico en Gestantes que Acuden a la Clínica Especializada de la Mujer. México 2006”. Encontró que el 10% de las gestantes fueron menores de 20 años, el 30% de 20 años, el 37.5% de 26 a 30 años.

En la Tabla N° 02 en relación a estado civil el grupo predominante es conviviente con un 71.4% en el grupo experimental y 77.6% en el grupo control, según REYES, Liz Marina ⁽¹²⁾, en su estudio, encontró que un 77.8 % son casadas o convivientes, esto en el grupo de gestantes con preparación psicoprofiláctica y en el grupo que no tienen preparación psicoprofiláctica lo son un 73.3%.

En la Tabla N° 03, el grupo más representativo es el nivel secundario con un 75.5%, en el grupo experimental y 73.5% en el grupo control, lo que indica que el nivel educativo influye en la decisión de participar en el programa de psicoprofilaxis. Y según REYES, Liz Marina, ⁽¹²⁾ en su estudio: para el grado de instrucción, en el grupo de gestantes con psicoprofiláxis el 65.6% tuvieron estudios secundarios e igualmente fue en el grupo de gestantes sin

psicoprofilaxis, y en cuanto a preparación superior sucedió lo mismo con un 24.4% en ambos grupos, considerando aquí tanto la preparación en un instituto superior como en una universidad. Lo que corrobora los resultados obtenidos.

En la Tabla N° 4, las amas de casa es el grupo más representativo en cuanto a ocupación. Con un 85.7% en el grupo experimental; mientras en el grupo control también se presenta el mismo porcentaje en 85.7%. Pues permite tener la disponibilidad de tiempo en relación a los horarios y mientras los profesionales subestiman la importancia del programa de psicoprofilaxis podría ser por factor tiempo u horario de trabajo.

En la Tabla N°5, las gestantes de la zona urbana céntrica son las que más acudieron al programa de psicoprofilaxis en el grupo experimental en un 71.4%, mientras en el grupo control en un 61.2% por la cercanía a su domicilio y otros factores que influyen como el nivel educativo que rodea a la gestante de este grupo socio demográfico.

En la Tabla N°6, se puede observar que las primigestas nulíparas son las que más acudieron al programa de psicoprofilaxis obstétrica con un 85.7% en el grupo experimental frente a un 59.2% del grupo control. Pues existe en ellos un temor a lo desconocido y se crea una expectativa a conocer el proceso de su embarazo y parto.

En la Tabla N° 7, se puede apreciar que en 89.8% de gestantes acudieron al servicio de emergencia de gineco obstetricia por contracciones uterinas del grupo experimental mientras del grupo control lo hicieron en un 81.6 % pese a encontrarse dentro del grupo múltiparas como lo demuestra la tabla N 6. Lo que nos indica la influencia del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el grupo experimental.

En la Tabla N°8, el grupo experimental que recibió el programa acudió a emergencia en una frecuencia de 3 contracciones en 10 minutos que hacen un 40.8%, demostrando la efectividad del programa; mientras en el grupo control lo hicieron en un 32.7%. Pues dentro

de las sesiones de psicoprofilaxis se da énfasis en acudir a un centro de salud cuando la paciente perciba 3 contracciones en 10 minutos. Como son el contenido de la guía y Manual de Psicoprofilaxis del Ministerio de Salud y Empresa Prestadora de los Servicios de salud (Essalud).

En la Tabla N° 9, intensidad de las contracciones uterinas, se aprecia que el 75.5% del grupo experimental; mientras en el grupo control lo hicieron en un 61.2% en una intensidad de 2 cruces. Pues dentro de las sesiones de psicoprofilaxis se da énfasis el acudir a un centro médico cuando la paciente perciba una intensidad de 3 cruces en 10 minutos. Como son el contenido de la guía y Manual de Psicoprofilaxis del Ministerio de Salud y Essalud.

En la Tabla N° 10, se puede apreciar que el 32.7% del grupo experimental acudió en una duración de 20 segundos, mientras en el grupo control lo hicieron un 36.7% en 30 segundos pero hay que tener en cuenta el grado de paridad como demuestra la tabla N° 6. Lo cual da experiencia a la multípara, sabiendo que lo ideal de acuerdo a la impartición de sesiones es de 30 segundos como lo indican los manuales de ESSALUD y el MINSA.

En la Tabla N° 11, se puede observar que el 24.5% acudió con una dilatación de 3 centímetros en el grupo experimental; frente a un 22.4% del grupo control, para corroborar lo dicho acudimos a la parte estadística: primero determinamos el grado de libertad $=10$ para calcular el valor teórico $=0,90$ y el ji cuadrado calculado $=16,347$. concluimos que p valor es mayor el entonces afirmamos que relación estadística es no significativa.

En la Tabla N° 12, se resalta que los calificativos de los extremos superiores muy bueno con un 49.0%, bueno con 24.5% y excelente con un 16.3% pertenecen al grupo experimental que desarrollo psicoprofilaxis ; mientras los calificativos del extremo inferior (regular y bueno) con un 51.0% y 24.5% respectivamente pertenecen al grupo

control .demostrando la efectividad del programa de psicoprofilaxis ,para corroborar lo dicho acudimos a la parte estadística:

primero determinamos el grado de libertad =4 para calcular el valor teórico=0,00 y el ji cuadrado calculado =39.794 .concluimos que el ji cuadrado es mayor que el valor teórico entonces afirmamos que relación estadística es significativa. Y según PINEDO, Artieta ⁽¹⁸⁾. En su investigación: “Efecto de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto Madrid – España 2007”. En cuanto a la influencia de la Educación Materna en el parto, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para la variable ansiedad ($p=0.047$), encontrado que la proporción de sujetos con puntuación alta en ansiedad (mayor de 11) es del doble en el grupo que no acude a clases (20.7%) que en el grupo que acude a 5 o más (9.9%). En función a la edad la asistencia a clases de Educación Materna se asocia con puntuaciones más bajas en ansiedad para los tres grupos de edad, pero es especialmente apreciable en el grupo más joven (menos de 29 años).

En la Tabla N°13, se puede visualizar que el calificativo de muy bueno y excelente son el 40.8% respectivamente y pertenece al grupo experimental; sucediendo lo contrario con el grupo control los porcentajes de 57.1% y 24.5% se obtuvo en los ítems de calificativo inferiores (de bueno y regular),demostrando la efectividad del programa de psicoprofilaxis. Para confirmar lo indicado en el cuadro acudimos a la parte estadística que nos demuestra una relación significativa. Y según: BINDA, Perla,⁽¹⁴⁾ en su investigación: “Diferencias en los resultados y las percepciones que las gestantes tiene sobre el parto entre primigestas preparadas en el Programa de Psicoprofiláxis Obstétrica y las no preparadas del Hospital Nacional Hipólito Unanue Octubre – Diciembre del 2005”. El 100%

de las gestantes preparadas manejo las contracciones uterinas con respiraciones, manifestaron tener mayor dominio y autocontrol.

En la Tabla N°14, se puede observar con respecto a la aplicación de la técnica de pujo que los calificativos del extremo superior (excelente y bueno) representa el 46.9% y 32.7% respectivamente; mientras en grupo control es lo contrario el 42.9% obtuvo el calificativo de bueno y el 22.4% de regular ; lo que indica la efectividad del programa. para confirmar lo dicho recurrimos a la parte estadística ,determinando el grado de libertad=4, para calcular el valor teórico =0,00 y el ji cuadrado =30.377. concluyendo que el ji cuadrado es mayor que el valor teórico por lo cual la relación es significativa .

En la Tabla N° 15, se puede apreciar que el calificativo obtenido del grupo experimental obtiene los mejores porcentajes ,en el calificativo muy bueno y excelente con 53.1% y un 20.4% respectivamente mientras en el grupo control sucede lo contrario, un 36.7% obtuvo el calificativo de regular seguido de un 26.5% de bueno, lo que demuestra la efectividad del programa psicoprofilaxis. . Para confirmar lo indicado en el cuadro acudimos a la parte estadística que nos demuestra una relación significativa. Y según: MOLINA, Manuela. ⁽¹⁵⁾ en su investigación: “Impacto de la educación maternal: vivienda subjetiva materna y evolución del parto Hospital General de Albacete abril-octubre de 2005. España”. También hemos observado un marcado aumento en el nivel de conocimientos en mujeres preparadas, sin que haya variación en las actitudes y hábitos, así como tampoco en la participación paterna.

En la Tabla N°16, en cuanto a colaboración en las etapas del trabajo de parto se observa que el grupo experimental obtiene los resultados de excelente en un puntaje de 44.9%, mientras que en el grupo control el 30.6% obtiene el calificativo de muy bueno, lo que

nos indica que puede ser relativo. para comprobar recurrimos a la parte estadística, determinando el grado de libertad=4, para calcular el valor teórico $\chi^2=0,023$ y el ji cuadrado $\chi^2=11.367$. concluyendo que el ji cuadrado es mayor que el valor teórico por lo cual la relación es significativa demostrando que es efectivo el programa de psicoprofilaxis. Según ANDRADE, Karina. ⁽¹⁰⁾ En su investigación: “Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica para la madre y el recién nacido en parturientas primíparas del Hospital Chancay. Junio – Agosto 2001.” Otro beneficio es el control del estado emocional, el 66.7% del grupo con preparación se mostraron totalmente tranquilas a comparación del 30% en el grupo sin preparación. El 73.3% de las gestantes con preparación colaboro activamente. El grupo sin preparación el 45% colaboro, el 25% en ocasiones y el 30% no colaboraron.

En la Tabla N° 17, de la valoración total de las actitudes en el trabajo de parto se puede observar claramente que los puntajes del calificativo superior de evaluación de las actitudes es obtenido por el grupo experimental sucediendo todo lo contrario con el grupo control todo ello producto de la efectividad del programa de psicoprofilaxis para confirmar lo dicho recurrimos a la parte estadística., determinando el grado de libertad=4, para calcular el valor teórico $\chi^2=0,000$ y el ji cuadrado $\chi^2=41.113$. concluyendo que el ji cuadrado es mayor que el valor teórico por lo cual la relación es significativa demostrando que es efectivo el programa de psicoprofilaxis.

Y según CASTILLO Cesibel, ⁽²²⁾ en su investigación “Influencia del programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante en trabajo de parto, Hospital Víctor Ramos Guardia Huaraz. Julio diciembre 2008. en cuanto a la actitud se concluyó que el resultado fue bueno en los periodos de dilatación expulsivo, alumbramiento, donde se evidencio la aplicación de las técnicas de relajación y respiración frente a las amenazas emocionales

Además VALDEZ Sandra ⁽¹¹⁾, en su trabajo "Influencia en la disminución de las complicaciones Maternas durante el trabajo de parto en gestantes que asistieron al Hospital Víctor Ramos Guardia de octubre 2001 a enero 2002 de Huaraz. Las Conclusiones a las que llegaron indican que la gestante con preparación psicoprofiláctica en un 44% tuvo un comportamiento excelente durante la fase latente del trabajo de parto, en menor proporción 24% de fracaso, en la fase activa del trabajo de parto: 62% tuvo un comportamiento de bueno a excelente y en la fase de expulsivo el 50% tuvo un comportamiento de bueno a excelente.

En la Tabla N° 18, respecto al tiempo de dilatación en la fase latente, se puede apreciar que un 71.4% tuvo una duración entre 6 a 10 horas en el grupo experimental; mientras que el grupo control tiene una cifra significativa de 49.9% en el intervalo de 6 a 10 horas y 1 a 5 horas; pero hay que tener en cuenta que las gestantes del grupo control fueron multíparas con se indica en el cuadro N 06; pese a ello está por debajo del promedio teórico normal de la duración del parto en la fase latente. comprobando la información determinamos el grado de libertad=2, para calcular el valor teórico =0,019 y el ji cuadrado =7.879. concluyendo que el ji cuadrado es mayor que el valor teórico por lo cual la relación es significativa

En el Cuadro N° 19, de tiempo de duración del periodo de dilatación fase activa del trabajo de parto. se puede apreciar que el 44.9% tuvo una duración de ente 5 a 6 horas y 32.7% de entre 3 a 4 horas; mientras que en el grupo control los porcentajes en relación a mayor duración de horas aumentaron indicando la efectividad del programa de psicoprofilaxis para confirmar lo dicho recurrimos a la parte estadística. primero determinamos el grado de libertad=2, para luego calcular el valor teórico =0,019 y el ji cuadrado =7.879. concluyendo que el ji cuadrado es mayor que el valor teórico por lo cual la relación no es significativa.

Y según ANDRADE, Karina,⁽¹⁰⁾ en su investigación: “Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica para la madre y el recién nacido en parturientas primíparas del Hospital Chancay. Junio – Agosto 2001”. Concluye el acortamiento del 1er y 2do periodo del trabajo de parto, el grupo con preparación tuvo 5 horas 47 minutos mientras el grupo sin preparación tuvo 9 horas 38 minutos en dilatación. Para el periodo expulsivo el grupo con preparación obtuvo 16 minutos frente a 26 minutos y 17 segundos del grupo sin preparación. Tuvieron partos eutócicos. Concluye que la Psicoprofilaxis Obstétrica trae grandes ventajas para las parturientas. Además REYES, Liz Marina,⁽¹²⁾ en su estudio: “Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2002”. Para el tiempo de dilatación de las gestantes preparadas fue de 6 horas 50 minutos y de 7 horas 38 minutos en las gestantes no preparadas, la diferencia de solo una hora se debió al uso de medicamentos. Para el periodo expulsivo, el promedio de tiempo fue de 12 minutos para el grupo preparado y de 13 minutos para el grupo no preparado. También TORRES, Anguie,⁽¹⁹⁾ en su investigación: “Duración del parto, percepción del dolor y valoración del apgar del recién nacido en primigestas adolescentes tardías con preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2008 Lima – Perú”. Los resultados fueron: las primigestas adolescentes tardías preparadas, el 66.7% tubo duración de fase activa correspondiente de 3-4 horas 59 minutos, frente a las no preparadas el 60% con una duración de 5-6 horas 59 minutos. Además TICLLA, Esther,⁽²⁰⁾ en su estudio: “Aprendizaje de psicoprofilaxis y sanidad espiritual en duración del parto y bienestar del recién nacido de las primigestas del hospital Grau 2008”. Concluye: en las primigestas que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica disminuyo el periodo de dilatación en el cual encontró un promedio de 5 horas y las que no tuvieron preparación tuvieron un promedio de 10 horas. Agrega BINDA, Perla,⁽¹⁴⁾ en su

investigación: “Diferencias en los resultados y las percepciones que las gestantes tiene sobre el parto entre primigestas preparadas en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y las no preparadas del Hospital Nacional Hipólito Unanue Octubre – Diciembre del 2005”. La duración del periodo de dilatación en las gestantes preparadas el 69% obtuvo de 5-10 horas con un promedio de 10 horas 10 minutos, y las no preparadas con un promedio de 15 horas 20 minutos.

En el Cuadro N° 20, Tiempo de duración del periodo expulsivo se puede apreciar que el 77.6% tuvo una duración de 1 a 10 min del grupo experimental, mientras que en el grupo control existe un buen porcentaje en el mismo intervalo ;pero hay que tener en cuenta que la gestantes que participaron en el control eran multíparas como se indica en el cuadro No 6; pero, pese a ello queda demostrado la efectividad del programa de psicoprofilaxis.

recurrimos a la parte estadística., determinando el grado de libertad=4, para calcular el valor teórico $\chi^2 = 0,652$ y el ji cuadrado $\chi^2 = 2.457$. concluyendo que el ji cuadrado es mayor que el valor teórico por lo cual la relación no es significativa.

Y según REYES, Liz Marina, ⁽¹²⁾ en su estudio: “Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2002”. Para el periodo expulsivo, el promedio de tiempo fue de 12 minutos para el grupo preparado y de 13 minutos para el grupo no preparado. Además TORRES, Anguie, ⁽¹⁹⁾ en su investigación: “Duración del parto, percepción del dolor y valoración del apgar del

recién nacido en primigestas adolescentes tardías con preparación de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2008 Lima – Perú”. El 66.7% tuvo una duración del periodo expulsivo de 1-10min, frente a las no preparadas, el 63.3% tuvo una duración de 11-20 minutos. También TICLLA, Esther,⁽²⁰⁾ en su estudio: “Aprendizaje de psicoprofilaxis y sanidad espiritual en duración del parto y bienestar del recién nacido de las primigestas del hospital Grau 2008”. En el periodo expulsivo el promedio de tiempo de las gestantes preparadas fue de 20` minutos, y las gestantes no preparadas el promedio fueron de 25 minutos. Además BINDA, Perla,⁽¹⁴⁾ en su investigación: “Diferencias en los resultados y las percepciones que las gestantes tiene sobre el parto entre primigestas preparadas en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y las no preparadas del Hospital Nacional Hipólito Unanue Octubre – Diciembre del 2005”. En el periodo expulsivo el 76% de las gestantes preparadas obtuvo un tiempo de 10 a 25 minutos, con un promedio de 19 minutos con 50 segundos, frente a las no preparadas con un promedio de 44 minutos 25 segundos.

7. CONCLUSIONES

Las gestantes del grupo experimental se encuentra entre las edades de 14-19 años en un 51.0%, mientras en el grupo control un 75% entre los 20 -45 años; predominando el estado civil conviviente con 71.4%, en el grupo experimental frente a un 77.6% del grupo control, grado de instrucción predomina secundaria con 75.5% en el grupo experimental frente a un 73.5% del grupo control; ocupación amas de casa con 85.7% en ambos grupos; lugar de procedencia zona céntrica urbana con 71.4% del grupo experimental frente a un 61.2% del grupo control; gestación primigestas 85.7% del grupo experimental frente a 59.2% del grupo control .

En contracciones uterinas, el 89.8% del grupo experimental frente al 81.6% del grupo control acudió al servicio por contracciones, con una frecuencia de 3 en 10 minutos el 40.8 % del grupo experimental frente a 32.7% del grupo control, en una intensidad de dos cruces el 75.5% del grupo experimental frente a 61.2% del grupo control, con una duración de 20 segundos el 32.7% en el grupo experimental mientras en 30 segundos el 36.7% del grupo control , con una dilatación de 3 cm el 24.5% del grupo experimental frente a 22.4% del grupo control en 5cm.

En la aplicación de técnica de relajación el grupo control un 51.0 % tuvo el calificativo de regular; mientras en el grupo experimental un 49.0% obtuvo el calificativo de muy bueno; técnica de respiración el 57.1% obtuvo el calificativo de bueno en el grupo control; mientras en el grupo experimental 40.8% obtuvo el calificativo excelente; en la técnica de pujo en el grupo control un 42.9% obtuvo el calificativo de bueno; mientras en el grupo experimental un 46.9% obtuvo un calificativo de excelente.

Referido a conocimiento de las etapas del trabajo de parto el grupo control el 36.7% obtuvo un calificativo de regular, frente a 53.1% del grupo experimental que obtuvo el calificativo de muy bueno; en cuanto a colaboración en el grupo control el 30.6% obtuvo un calificativo de muy bueno; frente a un 44.9% un calificativo de excelente en el grupo experimental.

Tiempo de duración, en el periodo de dilatación fase latente en el grupo control un 49.0% tuvo una duración de 6 a 10 horas; mientras en el grupo experimental el 71.4% de entre 6 a 10 horas. En la fase activa el 42.9% demoro en el intervalo de 7 a 8 horas en el grupo control; mientras que en el grupo experimental el 44.9% estuvo en el intervalo de 5 a 6 horas; en el periodo expulsivo en el grupo control el 71.4% estuvo en el intervalo de 1 a 10 minutos; frente a un 77.6% en el intervalo 1 a 10 minutos en el grupo. Tiempo de duración, en el periodo de dilatación fase latente en el grupo control un 49.0% tuvo una duración de 6 a 10 horas; mientras en el grupo experimental el 71.4% de entre 6 a 10 horas. En la fase activa el 42.9% demoro en el intervalo de 7 a 8 horas en el grupo control; mientras que en el grupo experimental el 44.9% estuvo en el intervalo de 5 a 6 horas; en el periodo expulsivo en el grupo control el 71.4% estuvo en el intervalo de 1 a 10 minutos; frente a un 77.6% en el intervalo 1 a 10 minutos en el grupo experimental.

Se concluye que el programa de psicoprofilaxis obstétrica es efectivo durante el trabajo de parto, mejora la actitud de la parturienta y reduce el tiempo de duración del trabajo de parto.

8. RECOMENDACIONES

Difusión del programa de psicoprofilaxis en todos los medios de comunicación masiva.

Sensibilización a los profesionales del área para el trabajo coordinado en el programa de psicoprofilaxis, mejorando la captación en consultorios de atención pre natal, evaluando los resultados en sala de parto para ser expuestos en una reunión técnica.

Mejorar estrategias para la captación al programa de psicoprofilaxis obstétrica.

Sensibilizar a las gestantes sobre los beneficios del programa de psicoprofilaxis obstétrica.

9. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. **OPS**, Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas del 2010
2. **ENCUESTA DEMOGRAFICA Y DE SALUD FAMILIAR. ENDES CONTINUA**, INEI. Perú. 2010. Pág. 173-183
3. **UNICEF**. Revista. Estado mundial de la Infancia, Salud Materna y Neonatal, N. Y EE.UU. Pág. 2-16. 2009
4. **OMS**, Organización mundial de la Salud estadísticas 2010.
5. **VILLAR VILLEGAS, Rosa**. Factores Asociados al Uso de Psicoprofilaxis Obstétrica en Púérperas en el Cono Sur de Lima – Perú. 2005
6. **SAIP**. Ministerio de salud. Oficina General de Estadística e Informática. Psicoprofilaxis Obstétrica. Perú 2011
7. **INMP**. Guía Práctica Clínica de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología Obstétrica del Instituto Materno Perinatal. Pág. 243. Lima – Perú 2010.
8. **DIRECCION REGIONAL DE SALUD DIRESA**. Callao, Estadísticas 2010.
9. **SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE VENTANILLA**. Estadísticas. Perú 2011
10. **ANDRADE TOYA, Karina**. “Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica para la Madre y el Recién Nacido en parturientas Primíparas del Hospital Chancay. Junio – Agosto 2001”.
11. **VALDEZ FLORES Sandra (2001)**, “Influencia de la psicoprofilaxis en la disminución de las complicaciones maternas durante el trabajo de parto en gestantes que asistieron al hospital Víctor ramos guardia de octubre 2001 a enero 2002 Huaraz.”

12. **REYES HOYOS, Liz Marina** “Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno – perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero – Diciembre 2002.
13. **BARCAZ HECHAVARRI, Ernesto** “Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el parto en indicadores Materno infantiles en Manati” Cuba – 2004
14. **BINDA RAMIREZ, Perla.** “Diferencias en los resultados y las percepciones que las gestantes tiene sobre el parto entre primigestas preparadas en el programa de psicoprofilaxis obstétrica y las no preparadas del Hospital Nacional Hipólito Unanue”. Octubre – Diciembre del 2005. Lima – Perú.
15. **MOLINA SALMERON, Manuel. “y col”.** “Impacto de la educación maternal: vivencia subjetiva materna y evolución del parto” Hospital General de Albacete Abril – Octubre de 2005. España
16. **ACEVEDO CABALLERO, Janett Guadalupe .SOLANO AVENDAÑO, Gabriela,** “Parto psicoprofiláctico en gestantes que acuden a la Clínica Especializada de la Mujer. México 2006”
17. **SANCHEZ RIVAS, Vanesa Magaly.** Psicoprofilaxis obstétrica en relación a beneficios maternos perinatales en gestantes del Hospital de Apoyo Víctor Ramos Guardia. Huaraz 2006.
18. **PINEDO I, Artieta. “y col”** “Efectos de la asistencia a Educación Maternal sobre la evolución del parto”. Madrid – España 2007
19. **TORRES CORRALES, Anguie.** “Duración del parto, percepción del dolor y valoración del apgar del recién nacido en primigestas adolescentes tardías con preparación de psicoprofilaxis obstétrica” en el hospital San Juan de Lurigancho 2008. Lima – Perú.

20. **TICLLA ENCISO, Esther.** “Aprendizaje de psicoprofilaxis y sanidad espiritual en duración del parto y bienestar del recién nacido de las primigestas del Hospital Grau 2008”.
21. **AGUAYO ORTIZ, Carolina Ivon. ANGULO CARRASCO, Ana María.** “Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco entre Septiembre de 2007 y Febrero de 2008”. Valdivia – CHILE 2008
22. **CASTILLO VALDIVIANO cesibel milena.** Influencia del programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante en el trabajo de parto. Hospital Víctor ramos guardia-Huaraz entre julio y diciembre 2008.
23. **SABRINA MORALES ALVARADO.** LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA COMO EJE DE LA PREVENCION PRENATAL. Primera edición. CIMAGRAF SRL. Pág. 28, 39,41-44,51-58,83-84. Perú 2004
24. **EBSCO – HOST.** Enlace <http://search.ebscohost.com>
25. **MINISTERIO DE SALUD.** Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Pág. 1-5 2011-Perú.
26. **SOCIEDAD PERUANA DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA ASPO.** Tercera edición. BibliotecaE Nacional del Perú. Pág. 17, 107. Perú 2010
27. **ANDRES MONGRUD STEANE.** TRATADO DE OBSTETRICIA NORMAL Y PATOLOGICA. Quinta edición. Pág. 369-381- 191-192 2011. Perú.
28. **UNIVERSIDAD DE MERILAND.**
29. **INMP.** Programa Materno Perinatal módulo de sensibilización y capacitación, psicoprofilaxis del dolor pág. 2. Perú 2005
30. **ANDRES MONGRUD STEANE.** TRATADO DE OBSTETRICIA NORMAL Y PATOLOGICA. Quinta edición. Pág. 369 -2011. Perú

31. **SCHAWARES, RICARDO LEOPOLDO “y col”** Sexta Edición Editorial El Ateneo , pág. 441.2005 Buenos Aires
32. **ANDRES MONGRUD STEANE.** TRATADO DE OBSTETRICIA NORMAL Y PATOLOGICA. Quinta edición. Pág. 288 -295-296-297 2011. Per
33. **A, PEREZ SANCHEZ; E. DONOSO SINA.** OBSTETRICIA .tercera edición. Impreso en chile por impresiones silesiano ,pág.275.1999.chile



UNIVERSIDAD NACIONAL
 "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO Nº 01

Guía de Observación de Datos

"EFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN EL TRABAJO DE PARTO EN EL HOSPITAL DE VENTANILLA-CALLAO 2012"

1.- Datos Generales

- Edad
- Estado civil
 Soltera () conviviente () casada ()
- Grado de instrucción
 Analfabeta () primaria () secundaria () Sup. No univer ()
 Sup. Univer ()
- Ocupación.....
- Lugar de proceden.....
- Datos obstétricos G.... P.... FUR.....
- Edad gestacional..... FPP.....

2.- Acudió al Programa de Psicoprofilaxis

- Actitudes en el trabajo de parto

PUNTAJE 0-4	PARÁMETROS	CALIFICATIVO
0=malo	Técnica Relajación	
1=regular	Técnica Respiración	
2=bueno	Técnica Pujo	
3=muy bueno	Conocimiento del trabajo de parto	
4=excelente	colaboración	
Total de puntaje		
Excelente (19 a 20)		
Muy Bueno (17 a 18)		
Bueno (12 a 16)		
Regular (8 a 11)		
Malo (0 a 7)		

5.- Tiempo en el Trabajo de Parto en Dilatación y Expulsivo

Tiempo de dilatación	Fase latente	<ul style="list-style-type: none"> • 1h - 5h () • 6h - 10h () • 11h - 15h () • 16 - 20h () • Más de 20h ()
	Fase activa	<ul style="list-style-type: none"> • 1h - 2h () • 3h - 4h () • 5h - 6h () • 7h - 8h () • 9h - 10h () • Más de 10h ()
Tiempo de expulsión		<ul style="list-style-type: none"> • 1 - 10min () • 11 - 20min () • 21 - 30min () • 31 - 40min () • 41 - 50min () • Mayor de 51min ()



UNIVERSIDAD NACIONAL
"SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

ANEXO N° 02

SESIONES DE PSICOPROFILAXIS

PRIMERA SESIÓN

Tema: anatomía y fisiología de la reproducción

Objetivo: enseñar a la paciente a que identifique su aparato reproductor

Contenido Teórico

- Psicoprofilaxis obstétrica y su importancia
- Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino
- Fecundación, desarrollo embrionario y fetal
- Cambios durante el embarazo

Contenido Practico

- Taller de integración
- calentamiento
- estiramiento
- ejercicios de circulación

SEGUNDA SESIÓN

Tema: respiración y relajación

Objetivo: enseñar las técnicas de respiración y relajación

Contenido Teórico

- técnicas de respiración y relajación

Contenido Practico

- técnicas de respiración
- técnicas de relajación
- gimnasia obstétrica con balones

TERCERA SESIÓN

Tema: Factores del trabajo de parto

Objetivo: Entrenar a la gestante para que reconozca las contracciones uterinas

Contenido Teórico

- Factores del trabajo de parto
 - ✓ Contracciones uterinas
 - ✓ Pelvis
 - ✓ Feto
- Cuando acudir al hospital
- Inicio al trabajo de parto
- Signos de alarma del embarazo

Contenido Practico

- Técnicas de respiración
- Gimnasia obstétrica
- Masajes
- Técnicas de relajación

CUARTA SESIÓN

Tema: Fisiología del trabajo de parto

Objetivo:

- Identificar los periodos del trabajo de parto
- Entrenar a la gestante para que acuda oportunamente al Hospital
- Lograr que la gestante considere al trabajo de parto como algo fisiológico y natural

Contenido Teórico

- Periodos de trabajos de parto normal
- Pródromos del trabajo de parto Características de inicio de trabajo de parto
- Cesárea
- Cuidados en el post parto y cesárea
- Signos de alarma del puerperio

Contenido Practico

- Gimnasia obstétrica
- Técnicas de pujo
- Técnicas de relajación

QUINTA SESIÓN

Tema: Causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el trabajo

Objetivo:

- Dar a conocer las causas del dolor en el trabajo de parto
- Entrenar en las técnicas de respiración y relajación para controlar el dolor en el trabajo de parto.

Contenido Teórico

- Causas fisiológicas del dolor de trabajo de parto
- Causas psicológicas del dolor en el parto (triada: temor, tensión, dolor)

Contenido Practico

- Gimnasia obstétrica con balones
- Refuerzo de técnica de pujo
- Técnicas de relajación

SEXTA SESIÓN

Tema: Interrelación de los elementos de fijación

Objetivo:

- Relacionar y fijar los conocimientos aprendidos y habilidades adquiridas en clases previas

Contenido Teórico

- Retroalimentación de las características de la contracción (intensidad, duración y frecuencia, el tiempo promedio de trabajo de parto, la relajación y respiración)
- Técnicas de relajación

Contenido Practico

- Reconocimiento del Hospital Ventanilla (recorrido)
- Clausura