



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-CompartirIgual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

FACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD- TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013”.

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORES:

Bach. en Obstetricia Alis Galoc CHasquibol.

Bach. en Obstetricia Sendy Massely Shapiama Barrera.

ASESOR:

Obsta. Mg. José Manuel Delgado Bardales

TARAPOTO - PERÚ
2013

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD-
TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.”**

**PARA OBTENER EL TITULO PROFESIONAL
DE OBSTETRA**

AUTORES:

Bach. en Obstetricia Alis Galoc CHasquibol.

Bach. en Obstetricia Sendy Massely Shapiama Barrera.

ASESOR:

Obsta. Mg. José Manuel Delgado Bardales

**TARAPOTO –PERÚ
2013**

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**“ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO
DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD- TARAPOTO. MAYO 2012 -
ABRIL 2013.”**

JURADO CALIFICADOR:

Obsta. Dra. Rosa Ríos López

Presidente

Obsta. Mg. Marina Victoria Huamantumba Palomino

Secretario

Nut.Dra. María Elena Farro Roque

Vocal

TARAPOTO – PERÚ

2013

DEDICATORIA

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mis padres: VÍCTOR HUMBERTO GALOC MÁS y ROSA ILMER CHASQUIBOL MÁS; por ser las personas que me han acompañado durante todo mi trayecto estudiantil quienes han velado por mí durante este arduo camino para convertirme en una profesional, con sus consejos, sentimientos, hábitos y valores han sabido guiarme para culminar mi carrera profesional y de vida.

ALIS GALOC CHASQUIBOL

DEDICATORIA

A DIOS nuestro creador, por estar siempre presente en nuestra vida y por darnos la dicha de ver la luz cada mañana.

A mis padres DORIS BARRERA DIAZ y ROOGER SHAPIAMA PÉREZ, por ser el ejemplo para mi formación y por brindarme su amor, comprensión y carisma cada día siendo el motivo para salir adelante.

A todos mis familiares y amistades que estuvieron conmigo para apoyarme ante cualquier dificultad.

SENDY MASSELY SHAPIAMA BARRERA.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios quien nos dio la vida y la ha llenado de bendiciones en todo este tiempo, a él que con su infinito amor nos ha dado la sabiduría suficiente para culminar nuestra carrera universitaria.

Queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento, reconocimiento y cariño a nuestros padres por todo el esfuerzo que hicieron para darnos una profesión y hacer de nosotras personas de bien, gracias por los sacrificios y la paciencia que demostraron todos estos años; gracias a ustedes hemos llegado a donde estamos.

Gracias a nuestros hermanos y hermanas quienes han sido nuestros amigos fieles y sinceros, en los que hemos podido confiar y apoyarnos para seguir adelante. Gracias a todas aquellas personas que de una u otra forma nos ayudaron a crecer como personas y como profesionales.

Agradecemos también de manera especial a nuestro asesor de tesis: MG. OBSTA. JOSÉ MANUEL DELGADO BARDALES, quién con sus conocimientos y apoyo supo guiar el desarrollo de la presente tesis desde el inicio hasta su culminación.

"Ahora podemos decir que todo lo que somos es gracias a todos ustedes"

Las Autoras.

INDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria	i
Agradecimiento	iii
Resumen	vii
Abstract	viii
I.- INTRODUCCION	06
1.1. Marco Conceptual	06
1.2. Antecedentes	10
1.3. Bases teóricas	14
1.3.1. Historia de la Psicoprofilaxis Obstétrica	15
1.3.2. Protocolo de la Psicoprofilaxis Obstétrica	17
1.3.3. Parto	25
1.3.4. Actitud	44
1.4. Justificación	46
1.5. Problema	49
II.- OBJETIVOS	49
2.1.- Objetivo General	49
2.2.- Objetivos Específicos	49
III.- FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	50
3.1.- Hipótesis de investigación	50
3.2.- Sistema de variables	50
3.2.1.- Identificación de variables	50
3.2.2.- Operacionalización de variables	51

IV.- MATERIALES Y METODOS	54
4.1.- Tipo de estudio	54
4.2.- Diseño de investigación	54
4.3.- Universo, población y muestra	55
4.3.1.- Criterios de inclusión	55
4.3.2.- Criterios de exclusión	55
4.4.- Procedimiento	56
4.5.- Métodos e instrumentos de recolección de datos	56
4.6.- Plan de tabulación y análisis de datos	56
V.- RESULTADOS	58
VI.- DISCUSIÓN	71
VII.- CONCLUSIONES	73
VIII.- RECOMENDACIONES	75
IX.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
X.- ANEXOS	81

INDICE DE CUADROS

Cuadro N°	Título	Pág.
01	PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN EDAD, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.	58
02	PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.	59
03	PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN RELIGIÓN, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.	59
04	PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.	60
05	PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN OCUPACIÓN, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.	60
06	PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.	61
07	PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN EDAD GESTACIONAL, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.	62

08	<p>PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN PERIODO DE DILATACION, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.</p>	63
09	<p>PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN PERIODO DE EXPULSIVO, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.</p>	64
10	<p>PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN PERIODO DE ALUMBRAMIENTO, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.</p>	65
11	<p>PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN LA ACTITUD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.</p>	66
12	<p>PORCENTAJE DE LA ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN FRENTE A LAS CONTRACCIONES UTERINAS, DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.</p>	67
13	<p>PORCENTAJE DE LA ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO FRENTE A LAS CONTRACCIONES UTERINAS, DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.</p>	68

- 14 **PORCENTAJE DE LA ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO FRENTE A LAS CONTRACCIONES UTERINAS, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.** 69
- 15 **PORCENTAJE DE LA ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.** 70

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital II EsSalud - Tarapoto. Mayo 2012 -- Abril 2013, para lo cual se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional retro-prospectivo, aplicado en 100 gestantes que recibieron un programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, para recolectar los datos se utilizó la historia clínica y carnet perinatal, recolectando datos de filiación de las pacientes y el método de recolección de datos será mediante ficha de evaluación que está constituido por 20 preguntas de las cuales están divididas por los tres periodo del parto. Periodo de Dilatación: 8 preguntas, Periodo Expulsivo: 9 preguntas y en el Periodo de Alumbramiento: 3 preguntas. Que fueron llenados por los obstetras que brindaron la atención, ya que están en contacto directo con las pacientes, la evaluación será medida de acuerdo a la siguiente parámetros: Desfavorable: 1 – 50 y favorable: > 50 - 100.

Como resultado de la investigación se obtuvo que la mayoría de mujeres han tenido una actitud favorable frente al periodo de dilatación del trabajo de parto vinculado principalmente a las contracciones uterinas lo que varía entre 91 a 100% de los criterios respondidos favorablemente, y también se evidencio que la mayoría de mujeres han tenido una actitud favorable frente al periodo de expulsivo del trabajo de parto vinculado principalmente a las contracciones uterinas lo que varía entre 61 a 82% de los criterios respondidos favorablemente, y por último nos dimos cuenta que la mayoría de mujeres han tenido una actitud favorable frente al periodo de alumbramiento del trabajo de parto vinculado principalmente a las contracciones uterinas lo que varía entre 92 a 100% de los criterios respondidos favorablemente.

En conclusión el estudio demuestra que el 100% de las madres tuvieron una preparación psicoprofiláctica. Por lo cual el programa de Psicoprofilaxis contribuyó grandemente a mejorar la actitud de la gestante durante los tres periodos de parto.

Palabras claves: Actitud, Psicoprofilaxis Obstétrica.

ABSTRACT

The present study aimed to determine the attitude of the mother during labor after the implementation of a program of Psicoprofilaxis Obstetric Hospital II Essalud - Tarapoto. May 2012 - April 2013, for which a study of quantitative, descriptive, observational retro - prospective, applied to 100 pregnant women who received obstetric Psicoprofilaxis program to collect data used card history and perinatal, collecting affiliation data of patients and the method of data collection will be through evaluation form consisting of 20 questions which are divided by the three stage of labor . Expansion Period : 8 questions , second stage : 9 questions and Childbirth Period : 3 questions . They were filled by obstetricians who provided care, since they are in direct contact with patients, the evaluation will be measured according to the following parameters: Unfavourable: 1-50 and favorable: > 50-100.

As a result of the investigation it was found that most women have had a favorable approach to expansion period of labor linked mainly to uterine contractions which varies between 91-100% of the criteria responded favorably, and also evidenced that most women have had a favorable attitude against expulsive period of labor linked mainly to uterine contractions which varies between 61-92% of the criteria responded favorably, and finally we realized that most women have had a favorable approach to the delivery period of labor linked mainly to uterine contractions which varies between 92-100% of the criteria responded favorably.

In conclusion, the study shows that 100% of the mothers had a psycho-prophylactic preparation. Therefore Psicoprofilaxis program contributed greatly to improve the attitude of the mother during the three periods of delivery.

Keywords: Attitude, Obstetric Psicoprofilaxis.

ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Marco Conceptual:

El embarazo es una experiencia sublime que atraviesa la mujer, albergando por nueva meses en su vientre a su futuro hijo, culminado su estadio en el claustro materno, al momento del parto. El inicio y el desarrollo el parto es un mecanismo completo en el cual intervienen una serie de causas: musculares, nerviosas, hormonales, bioquímicas, fetales, etc. Es una cadena en la cual ningún eslabón se puede considerar específico, sino que todos contribuyen a desencadenar el parto y su continuidad, para lo cual se suman y se interrelacionan acciones madurantes, estimulantes, secretantes, excitantes, etc., a través de modificaciones en los espacios materno – placentario – fetales. (1)

El parto es el mecanismo en el cual se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al exterior en un tiempo relativamente breve. Es un momento crucial en la vida de los humanos, probablemente el más importante, de cuya evolución dependerá la calidad vital posterior, el proceso del parto humano natural se categoriza en tres estadios: el borramiento y dilatación del cuello uterino, el descenso y nacimiento del bebé y el alumbramiento de la placenta. Aunque el parto puede verse asistido con medicamentos como oxitócicos y

ciertos anestésicos y una posible episiotomía, todo esto no debe hacer nunca de manera rutinaria, el parto más seguro es el que evoluciona espontáneamente y en el que no se interviene innecesariamente .La Psicoprofilaxis busca remover en los planos afectivos, cognitivos, interacciones y comporta mentales, para que la persona reduzca los efectos eventuales adversos para su psiquismo y facilitar la recuperación bio-psicosocial. (5)

La Psicoprofilaxis Obstétrica brinda un servicio, mediante una preparación integral a la gestante para lograr el descondicionamiento de sus temores y actitudes nocivas frente al parto, a través de un sistema de educación y comunicación participativa, que complementa la atención prenatal; debido a que la mujer necesita enfrentarse a su parto en las mejores condiciones posibles con una información que le haga consciente de su gran papel protagónico en el nacimiento de su hijo y gozar de los beneficios que brinda la preparación psicoprofiláctica tanto a la madre y el niño por nacer. (6)

La Psicoprofilaxis Obstétrica más que un simple método, es una verdadera técnica psicosomática, para la atención del parto sin temor y sin complicaciones, que en un 80 a 90% se producen sin dolor, reduciendo complicaciones en el trabajo de parto y disminuir el Intervencionismo médico innecesario ya que el 85% de partos se presentan sin complicaciones y el restante 15% debe ser solucionado por un médico. (11)

En la unión soviética se denomino "Psicoprofilaxis", entendiéndose por sistema de medidas preventivas contra la aparición y desarrollo de aquellos, lo que se

consigue mediante acciones, para descondicionar la idea del dolor, actuando sobre los sectores superiores del sistema no deben trabajar me falta cerca del deber de todo el mundo y él lo largo nervioso central. (9)

Grantly Drick Read, publico sus observaciones sobre el parto natural que después denomino parto sin dolor, basado en sus observaciones en aborígenes del África. Sus trabajos negando los fundamentos físicos del dolor despertaron gran interés, iniciando una etapa importante para la preparación psicofísica del parto, este método psicoprofiláctico tiene por objetivo superar el temor y eliminar la tensión mediante la relajación física y mental, la conducta a seguir se basa en la preparación psicológica para destruir el temor mediante la enseñanza de aspectos de la reproducción y el embarazo, causas de dolor en el parto, y a la abolición de este por medio de la anulación del temor; otorga gran importancia a la preparación física, en ciertos aspectos estableciendo como base el método de relajación progresiva y los ejercicios respiratorios mediante la respiración superficial o jadeante y la apnea prolongada. Durante el parto el éxito se consigue rodeando a la parturienta, del ambiente favorable para que pueda desarrollar la relajación necesaria, el control de la respiración y el apoyo necesario que la libere del temor y la tensión. (13)

En Francia, como técnica del parto indoloro, haciendo gran divulgación de el con modificaciones sobre todo en la metodología respiratoria, este método enseña ejercicios de respiración y relajación, estableciendo la respiración jadeante para aliviar el periodo expulsivo. En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Programa de Salud Materno Perinatal, introdujo una serie

de intervenciones, entre las cuales tenemos "Diez pasos para un parto seguro", en la que se incluyó a la Psicoprofilaxis obstétrica. (13)

El MINSA, a partir del año 1995, considera dentro de sus lineamientos normativos a la preparación psicoprofiláctica para el parto como una actividad obligatoria en la atención a las gestantes de nuestro país. Durante 1995 a 1997 se desarrollaron diferentes actividades y grandes esfuerzos para implementar esta actividad en los servicios de Obstetricia de los establecimientos del MINSA. No obstante, pese a la institucionalización de la Psicoprofilaxis obstétrica por el MINSA y a su comprobada eficacia señalada por las investigaciones, aún existe una escasa cobertura que no supera el 20% de las gestantes de todo el país, además de la problemática que representa también la implementación inadecuada de este servicio en los hospitales o el ejercicio de la misma con procedimientos que carecen de sustento científico por personal carente de competencia profesional en Psicoprofilaxis.(12)

El presente trabajo de investigación titulado "Actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital II EsSalud - Tarapoto. Mayo 2012 - Abril 2013.", Se realiza en el Hospital II EsSalud- Tarapoto, perteneciente a la seguridad social, establecimiento que se encuentra ubicado en el Jr. Simón Bolívar cdra. 3 s/n. Distrito de La Banda de Shilcayo, Provincia de San Martín, Departamento de San Martín. El objetivo que persigue es Determinar la actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de psicoprofilaxis en el Hospital II EsSalud - Tarapoto. Mayo 2012 - Abril 2013, trabajo que utilizó como muestra 100 gestantes que acuden al programa de

psicoprofilaxis obstétrica. Los datos obtenidos mediante fichas que mide las siguientes variable: Actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de psicoprofilaxis obstétrica, mediante la cual se obtendrá una actitud favorable o desfavorable de las gestantes durante el trabajo del parto que acuden a un programa de psicoprofilaxis obstétrica.

1.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.

SEGOVIA (2007), en su estudio realizado en la ciudad Madrid - España en el Centro Municipal Gonzales, al investigar sobre "Psicoprofilaxis Obstétrica" Utilizando el tipo de estudio participativo, concluye en su estudio que la participación activa de la mujer durante el trabajo de parto, la desmitificación del dolor y el nacimiento de niños sin violencia artificial. Las mujeres se adecuan a la situación, el temor va cediendo, facilitando el desarrollo de los mecanismos fisiológicos; reduciendo en un 90% las complicaciones obstétricas durante el parto. (14)

MATEU ROSA (2010), en su estudio realizado en la ciudad Valencia – España, al investigar "Efecto De La Psicoprofilaxis Obstétrica sobre "El Proceso de Embarazo, parto y puerperio" llamo Razo, Parto Y Puerperio". Utilizando el tipo de estudio comparativo, consistió en dos muestras de mujeres preparadas y no preparadas en las cuales en las cuales observamos que la realización del curso de educación maternal producía disminución en el 40% la ansiedad y temor ante el parto, incrementando la confianza en su capacidad de enfrentarse al parto y deseo de participación activa. También se

observo un mejor comportamiento en el parto y menor percepción dolorosa de las contracciones uterinas. Por el contrario en la muestra de las mujeres no preparadas se obtuvo un 30% complicaciones obstétricas ya que las técnicas respiratorias inadecuadas duplicaron el volumen alveolar minuto lo que provocó incremento de la saturación de O₂ de la hemoglobina, incrementando así la percepción dolorosa por ende ansiedad y temor. (15)

BARRAS ECHEVARRÍA (2008), en su estudio realizado en la ciudad Manatí - Puerto Rico en la Universidad Interamericana. Al investigar sobre "Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el Parto en Indicadores Materno Infantiles". Utilizando el estudio cualitativo de casos y controles, con un universo de 97 gestantes. Se encontraron diferencias de proporciones estadísticas significativas entre los casos y controles. Los partos eutócicos fueron significativamente mayor en las mujeres preparadas siendo un total del 91% mientras que en los controles fue solo un 72.2%. (16)

SANTIAGO VIDAL (2007), en su estudio realizado en la ciudad de Lima - Perú. Al investigar sobre "Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el Manejo de la Gestante", utilizando un estudio descriptivo donde concluye que la Psicoprofilaxis ofrece una serie de ventajas que no se limitan al alivio o la supresión del dolor en el parto, sino que además ofrece importantes beneficios, tanto para la madre como una adecuada respuesta durante las contracciones uterinas. En este estudio quedó demostrado que un 50% la labor del parto fue más breve, descenso en un 30% de las evaluaciones ginecológicas antes de la admisión, menores complicaciones obstétricas, recién nacidos con mejor

APGAR, menos complicaciones neonatales, menor medicación durante el parto, menor instrumentación, lo que ha sido demostrado estadísticamente. (17)

ESPINOZA Y FIGUEROA (1991), en su estudio realizado en la ciudad de Lima- Perú en el Hospital nacional Edgardo Rebagliaty Martins. Al investigar sobre "Percepción – Beneficios del Método Psicoprofiláctico". Utilizando el tipo de estudio prospectivo y con una muestra de 200 gestantes, concluye que los niveles de temor disminuyeron observándose una actitud positiva en las madres frente al parto. (18)

VIVANCO CH. (1995), en su estudio realizado en la ciudad de Tacna en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue. Al investigar sobre "Estudio de Primigestas con Preparación Psicoprofiláctica para el Parto". Utilizando un estudio comparativo en donde concluye que el 86% de primigestas con preparación psicoprofiláctica colaboraron positivamente en el periodo de dilatación, reduciendo el mismo en menos de 10 horas, esto es el 70%, mientras que el grupo de control sin preparación solo colaboró positivamente el 15% y obtuvieron un periodo de dilatación en menos de 10%, solo el 52%. Durante el periodo corto y muy corto el 83% de las pacientes colaboraron, mientras que en el grupo de control solo lo hicieron el 16% y tuvieron un periodo corto y muy corto el 73%. (19)

CORONEL E. (1997), en su estudio realizado en la ciudad Tacna en el Hospital de Apoyo Hipólito Unanue. Al investigar sobre "El trabajo de parto en gestantes

estacionaria 3.7%, expulsivo prolongado 3.7%, distocia de la contracción 4.4%, trabajo de parto prolongado 1.5%, otros 1.5%: un 11.85% de asfixias neonatales en las gestantes preparadas y un 37.8% de asfixias neonatales, aspiraciones meconiales 4.4%, otros 1.5% en gestantes no preparadas. (22)

1.3. BASES TEÓRICAS.

1.3.1. HISTORIA DE LA PSICOPROFILAXIS:

El método psicoprofiláctico se originó en Rusia en 1947 y fue estructurado por los científicos Nicolaiev, Velvosky y Platonov, discípulos de Ivan Pavlov, quien recibió el Premio Nobel de Medicina por sus estudios sobre los reflejos condicionados y sobre la fisiología de la actividad nerviosa superior. Ellos se propusieron aplicar las teorías de su maestro sobre los condicionamientos corticales en el manejo y atención de las embarazadas, con la finalidad principal de prevenir o suprimir el dolor del parto. A este respecto anota Schwarcz que el nombre de parto sin dolor, con el que lo designaban los autores rusos y franceses, es inexacto porque involucra una promesa que no siempre se puede cumplir. De acuerdo con este concepto considero que la finalidad principal del método no consiste en la supresión del dolor, sino en las favorables repercusiones que el aspecto educativo del mismo que ejerce sobre la psicología y el comportamiento de la embarazada. A medida que el procedimiento se fue poniendo en práctica en varias partes del mundo civilizado, se fueron recogiendo muchas observaciones serias que ponían en duda la

efectividad del método en cuanto a la supresión del dolor del parto, de ahí que se le propusieran otras denominaciones tales como preparación psicoprofiláctica de las embarazadas, parto soportable, parto humanizado, parto condicionado o método Lamaze, en sustitución del método parto sin dolor, que aún hoy en día defienden los franceses.(13)

A. DEFINICIÓN DE PSICOPROFILAXIS:

La Psicoprofilaxis es un preparación integral prenatal para un embarazo, parto y post parto sin temor, en las mejores condiciones y con la posibilidad de una recuperación rápida, que consta de una serie de sesiones teórico – prácticas que pretenden procurarle bienestar al binomio madre – hijo. Esta preparación se realiza educando a la gestante, estableciendo el aprendizaje y la adopción a su nueva situación y además mitigando o eliminando emociones nocivas, angustia y tensión. (9)

Esta preparación psicofísica destruye los reflejos condicionales que a través de la tradición y las referencias familiares han establecido la idea del parto como un tormento unido ineludiblemente al sufrimiento y al dolor, como reflejos negativos que deben ser reemplazados por nuevos reflejos de carácter positivo. Estos nuevos reflejos son condicionantes de tranquilidad, tolerancia e indolorabilidad. (4)

Las técnicas empleadas para la práctica de la preparación para el parto corresponde al método de Read, con mérito de iniciador; al método ruso, con bases científicas; estas técnicas se han difundido con el carácter y

pretensiones de escuelas competitivas, disputándose prioridades y ventajas que las encasilla dentro de sus rígidos fundamentos y metodología inicial, probándolas de esta manera de su adecuación al progreso y estado actual al proceso obstétrico. (23)

- **Preparación psíquica:**

La preparación psíquica consiste en enseñarte a manejar tus miedos y ansiedades, para lo cual existen distintas técnicas. La terapia de grupo, por ejemplo, es una técnica en la cual todas las mujeres pueden expresar sus inquietudes y ser contestadas por otras mamás ya experimentadas o por los coordinadores, o bien la relajación, la respiración y la meditación que ayudan a disminuir las tensiones y controlar el dolor. (24)

- **Preparación física:**

La preparación física se refiere a las técnicas de preparación del cuerpo para concentrar la energía en los sitios donde debe ejercerse presión o más concretamente, "aprender a pujar". Esto implica trabajo. (8)

Ventajas: La práctica de ejercicio físico mejora la condición cardiovascular y muscular, favorece la corrección postural y evita un aumento excesivo de peso, lo que proporcionará a la embarazada una mejor condición física general y le permitirá enfrentarse al trabajo del embarazo y parto con menos riesgos.(25)

La relajación y las técnicas de respiración ayudan a que el parto sea más sencillo y rápido, Gracias a la preparación que ha tenido durante su

embarazo, la mamá sabe qué hacer, cómo respirar y cómo relajarse, lo que permite que pueda tener un parto normal, sin anestésicos ni bloqueos, y disfrutar plenamente consciente de esta experiencia única, Como hace participar también al futuro papá, la preparación psicoprofiláctica hace que la pareja se involucre con el proceso de embarazo, y refuerza la unión que hay entre ellos. El hombre ya no se siente excluido, y la mujer siente, en él, un gran apoyo. Estrecha la relación entre madre e hijo, porque el bebé es puesto en brazos de su madre inmediatamente después de nacer; los expertos en estas técnicas aducen que el sentir el cuerpo y las caricias de su madre hace que el bebé se calme, y que sus ritmos vitales se estabilicen. (25)

1.3.2. PROTOCOLO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EsSalud.

1. MÉTODO RUSO “PSICOPROFILAXIS DE LOS DOLORES DEL PARTO”

A. Postulado: El Parto es un proceso fisiológico, en el cual los dolores no son congénitos y se les puede hacer desaparecer utilizando la palabra como estímulo condicionante.

B. Fundamentos Teóricos y Prácticos:

- La actividad nerviosa superior basada en los trabajos de Pavlov, y el establecimiento de los reflejos instintivos y de los reflejos condicionados o adquiridos. Establecieron la importancia de la corteza cerebral en la elaboración de la sensación dolorosa.(3)

- Los reflejos absolutos o incondicionados son vinculaciones permanentes entre un estímulo y una reacción determinada del organismo elaborada a nivel de la médula, del bulbo o de otros centros subcorticales a diferencia de los reflejos condicionados o que relacionan o vinculan las sensaciones externas y la respuesta del organismo la cual se elabora a nivel cortical.(3)
- Existe un rol importante de la emoción, la cultura y de los factores sociales en las sensaciones del parto que conducen a la consideración de que "el dolor del parto" es un fenómeno de masas.(6)
- Al cambio de la actitud de la mujer hacia el parto y su conducta durante el mismo, debe contribuir toda la sociedad, en sus ideas, artes y literatura.(6)
- El lenguaje es un instrumento que se puede utilizar como medio fisiológico y terapéutico. La palabra, de acuerdo a Pávlov es un estímulo condicionante tan real que permite modificar la actividad neuronal, bloquea a nivel de la corteza cerebral el dolor de origen periférico y visceral, permitiendo crear en la mujer un reflejo condicionado positivo independiente de la experiencia personal.(6)

C. Principios Fundamentales:

- La escuela rusa se baso fundamentalmente en los reflejos condicionados.
- El dolor en el parto es un reflejo condicionado y por lo tanto 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.
- Propaganda para hacer desaparecer la idea del parto como acto peligroso y doloroso.
- Se considera indispensable la preparación de los ambientes hospitalarios los que deben ser con mucha luz, laminas, diversos colores, etc.
- Preparación del personal hospitalario, quienes no deben de hablar de "Dolores del Parto", este término debe ser sustituido por contracciones uterinas.
- Los medios de comunicación deben de colaborar refiriéndose al parto como una experiencia maravillosa.(3)(6)

2. Escuela Inglesa: Grantly Dick Read

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

B. Fundamentos Teóricos y Prácticos:

- El dolor se origina en la civilización y la 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.

- Se considera la educación como fundamental en la preparación psicoprofiláctica de la gestante para la erradicación del temor.
- Complementa su teoría con los diversos tipos de respiración que contribuyen a la relajación del cuello del útero.
- Considera que el ambiente debe de ser armónico y favorable. El apoyo emocional es fundamental en el momento del parto para que la gestante pueda desarrollar la relajación necesaria que la libere del temor y la tensión.
- Erradicación de la triada: Temor – Tensión – Dolor.
- Mujer en relajación = cuello uterino blando.
- La preparación de la gestante consta de cuatro elementos:(8)

1. Educación:

Se proporcionan conocimientos elementales pero ajustados a los hechos científicos sobre la anatomía y la fisiología de la reproducción humana con todas sus consecuencias físicas y psíquicas cuyo conocimiento previo permite que se sepa lo que va a suceder y de qué forma actuar.(8)

A. Correcta Respiración:

- ✓ Mejora el estado general durante el embarazo así como los requerimientos maternos y fetales.
- ✓ Durante el trabajo de parto permite una mejor oxigenación, durante las contracciones uterinas.

- ✓ Ayuda al útero en el periodo expulsivo y mantiene al feto en buenas condiciones.(9)

TIPOS DE RESPIRACIÓN:

- 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.(7)

- Respiración Rápida y Superficial:

- Debe coincidir con la contracción final del primer periodo del parto.
- Su frecuencia es de 25 veces por minuto. (7)

- Respiración Jadeante:

- Facilita la salida de la cabeza en forma lenta sin pujar.
- Se realiza con la boca ligeramente abierta.
- Su frecuencia es de 35 a 40 veces por minuto.(8)

- Respiración Contenida:

- Se realiza en el periodo expulsivo.
- Se inspira y se contiene el aire por medio minuto, durante la contracción. (7)

B. Relajación:

La relajación es un arma eficaz para lograr el equilibrio mental y el autodomínio de la mujer ante una situación estresante como es el parto. El conocimiento y dominio de alguna técnica de relajación permite reducir molestias, nerviosismo, tensión, cansancio y angustia durante el parto, pudiendo controlar de manera más adecuada el dolor. Las técnicas de relajación tienen como objetivo oponerse a los mecanismos de estrés, ayudando al organismo a conseguir un estado más equilibrado. A continuación se analizan algunas técnicas y medidas de relajación que pueden ser útiles en el parto:

Técnica de tensión - relajación.

Para esta técnica la mujer debe adoptar una postura cómoda (preferiblemente tumbada sobre el lado izquierdo). Consiste en ir contrayendo distintos grupos musculares dejando el resto del cuerpo relajado, para a continuación ir relajándolos tomando conciencia de las sensaciones que se van produciendo.

La contracción muscular debe durar unos 5-7 segundos y la relajación consecutiva unos 20-30 segundos. Se debe comenzar por los grupos musculares de pies y piernas, luego los brazos, a continuación el vientre y la vagina, el pecho, los hombros, la espalda, y por último los músculos faciales.

Estos ejercicios deben repetirse una o dos veces hasta que se consiga realizarlos, y son más eficaces si la mujer los practica con regularidad, sola o con una persona de apoyo.

Relajación por el tacto

Esta técnica requiere la presencia de un ayudante que vaya colocando sus manos sobre los distintos grupos musculares del cuerpo de la mujer para que ésta vaya relajándolos con el contacto. A veces conviene que el tacto se convierta en un suave masaje sobre la parte del cuerpo que está tensa; este masaje debe ser muy lento. Es importante que la mujer comunique si la sensación es agradable, si prefiere más o menos presión o un cambio del lugar del contacto. Esta técnica ayuda además a la mujer a reaccionar mejor ante las manipulaciones por parte del médico o de la matrona.

Yoga.

La combinación de las distintas prácticas que componen el yoga, es decir las asanas (posturas) y el pranayama (respiración) junto con la meditación suponen un buen método de relajación. Las asanas y la respiración proporcionan energías renovadas de las cuales se puede adquirir conciencia, manteniendo una actitud de escucha y atención. Aprendiendo a estar presentes, sin tensiones, receptivos y despiertos, sin reaccionar ante los estímulos externos, se obtiene relajación. Cerrar los ojos, sentir la respiración.

Visualización - Concentración.

El hecho de visualizar imágenes mentalmente durante el parto puede ayudar a la mujer a sentir alivio del dolor. Concentrándose en imágenes que le resulten relajantes (las olas rompiendo en una playa desierta, un campo verde y florido, un cielo estrellado.) puede llegar a evadirse y sentir que las sensaciones dolorosas disminuyen. Esta medida permite recibir la contracción con una imagen mental vívida en armonía con el parto y no en lucha con el propio cuerpo.

Hipnosis.

La hipnosis es un estado de gran sugestión inducido por una intensa concentración, y que produce una profunda relajación. Para que la parturienta consiga una autohipnosis ha de estar muy entrenada previamente y debe encontrarse en un ambiente propicio carente de estímulos externos.

2. Gimnasia (Read introduce la preparación física):

- Es considerada como una ayuda que no debe ser exagerada o sobreestimada.
- 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. (3)

1.3.3. PARTO

a.) Concepto:

El parto es el mecanismo en el cual se produce la expulsión del feto desde el claustro materno al exterior en un tiempo relativamente breve.

Es un momento crucial en la vida de los humanos, probablemente el más importante, de cuya evolución dependerá la calidad vital posterior.

(3)

b.) Factores:

- Fuerza expulsiva:

Esta dada principalmente por las contracciones de la musculatura uterina, y en forma accesoria por la prensa abdominal (diafragma y músculos abdominales). Para evaluar la contractibilidad uterina, se deben considerar los siguientes parámetros:

- Tono del útero
- Intensidad del contracción uterina
- Frecuencia de la contracción uterina
- Intervalo inter contráctil
- Duración de la contracción uterina(3)

- Canal del parto:

Lugar por donde pasa el feto hacia el exterior. (2)(3)

- El feto:

Producto de la concepción, desde la 12 semana hasta el momento del parto. (2)(3)

c. Mecanismos del parto:

1. Encajamiento

Es el proceso dinámico mediante el cual el polo cefálico del producto, que se encuentra por arriba del estrecho superior de la pelvis, desciende y penetra en la excavación pélvica. Para que ocurra el encajamiento, se requiere flexión, orientación y asinclitismo. (2)(3)

Este fenómeno puede ocurrir durante las últimas semanas de la gestación o presentarse ya una vez establecido el trabajo de parto; generalmente el encajamiento ocurre con la sutura sagital transversa con relación a la pelvis materna. (2)(3)

- Flexión

El objetivo de la flexión, es lograr que el feto descienda en la excavación pélvica; para ello se requiere que:

La presión de la contracción uterina se transmite a través de la columna vertebral, (2)(3)

Logrando que se flexione la cabeza a nivel de la articulación occipitoatlóidea, al encontrar resistencia con las paredes de la pelvis, el suelo de la misma o por el cérvix.

Al flexionarse la cabeza fetal se propicia que se ofrezcan los diámetros menores de la cabeza fetal, la cual actúa como palanca de primer

grado; así el diámetro occipitofrontal (11.5cm) es sustituido por el suboccipitofrontal (10.5cm). (2)(3)

Lo anterior es posible gracias a la Ley de Palancas, en la cual el brazo largo es el hueso frontal y el brazo corto el occipital, y al chocar la cabeza contra el estrecho superior cede el brazo a el estrecho superior cede el brazo de palanca más largo (frontal) y se produce la flexión de la cabeza. La cabeza queda en el primer plano de Hodge o insinuada. (2)(3)

- **Orientación**

En el estrecho superior de la pelvis, la cabeza fetal tiende a orientar su diámetro mayor (occipito-frontal - 12cm), con uno de los diámetros mayores de la pelvis (oblicuos); este movimiento obedece a la Ley de Selheim, que refiere que "dos óvalos desiguales únicamente pueden quedar orientados conjugando sus ejes mayores". (2)(3)

- **Asinclitismo.**

La sutura sagital del feto frecuentemente se encuentra desviada hacia el promontorio o hacia la sínfisis púbica; esta desviación hacia la parte posterior o anterior de la pelvis recibe el nombre de asinclitismo. (2)(3)

2. Descenso

El descenso del feto a través de la pelvis materna es como una caída a plomo en la excavación pélvica debido a que es como un tonel con todos sus diámetros proporcionales predominando los de 12cm. Es como si cayera un cilindro (feto) dentro de otro (pelvis). La cabeza

puede descender en asinclitismo (primero un parietal que el otro) o en sinclitismo (sutura sagital equidistante del pubis y del sacro). La cabeza queda en segundo plano o encajada. (2)(3)

Este movimiento se debe a diferentes fuerzas como son:

- La presión ejercida por el líquido amniótico,
- La presión ocasionada por la dinámica uterina sobre el feto,
- La contracción que ejercen los músculos abdominales maternos y por la extensión y alineación del cuerpo fetal. (2)(3)

Rotación interna.

La rotación interna de la cabeza y la acomodación de los hombros al estrecho superior, ocurre al rotar la cabeza fetal en el interior de la pelvis para orientar su diámetro mayor (occipitofrontal) con el diámetro anteroposterior de la pelvis materna. (2)(3)

1. Expulsivo

Extensión. Se produce una flexión exagerada ofreciendo el diámetro suboccipitobregmático (9.5), retropulsa el coccix y el occipital ubicándose debajo del pubis hace de bisagra permitiendo que por una deflexión de la cabeza, se desprenda apareciendo primero el diámetro suboccipitobregmático, luego el suboccipitofrontal y por último el suboccipitomentoniano. Se presenta así también el segundo tiempo del parto de hombros, que es encaje y descenso, similar al segundo tiempo de cabeza. (2)(3)

Restitución. Este movimiento es necesario para la acomodación de los hombros al estrecho inferior: es el tercer tiempo del parto de hombros, que consiste en una rotación interna, por la cual, su mejor diámetro el biacromial, pasa de un diámetro oblicuo al anteroposterior. La cabeza tiende a ponerse como estaba dentro de la pelvis o sea en el diámetro oblicuo en el que estaba originalmente, derecho o izquierdo, maniobra llamada restitución. (2)(3)

Rotación externa. Es el cuarto tiempo del parto de hombros. Al estar en el diámetro anteroposterior de la pelvis, el hombro anterior se ubica debajo de la sínfisis pubiana y hace de bisagra para el desprendimiento del hombro posterior, saliendo luego el anterior. (2)(3)

d). Periodos del parto.

• **Periodo de Dilatación:**

Se inicia con las primeras contracciones perceptibles, caracterizadas por frecuencia, intensidad y ritmo suficiente y termina con la dilatación completa del cuello uterino. El progreso de la dilatación no es regular en la unidad de tiempo. Al principio, hasta la mitad de su abertura, el cuello se deja dilatar con más lentitud. Después de vencida su elasticidad, la dilatación progresa con mayor rapidez. Son varios los factores que influyen en la velocidad con que se dilata el cuello uterino, como por ejemplo la paridad, la posición que la madre adopta durante el periodo de dilatación, la integridad de las membranas ovulares, la

variedad de posición y el grado de flexión de la cabeza fetal, anestésias de conducción y general, útero-estimulantes, útero inhibidores. (2)(3).

a.) Borramiento del cuello: Son dos fenómenos característicos del trabajo de parto. Se los interpreta como la continuación natural de la formación del segmento inferior, que se va ampliando por la inclusión del cérvix, el Borramiento precede, sobretodo en la nulípara a la dilatación del cuello. Este hecho se cumple por la disminución gradual de su espesor, desde arriba hacia abajo, hasta reducirse al orificio externo, de borde delgado y cortante. En cambio en la múltipara el Borramiento del cuello suele producirse simultáneamente con el proceso de dilatación y finaliza recién cuando este último se ha completado. (2)(3)

Consiste en el acortamiento y desaparición del cuello del útero, proceso que es más notorio en las primíparas comprobándose al examen que a medida que las contracciones cobran en intensidad, duración y frecuencia va borrándose hasta desaparecer por completo. En las múltiparas por lo general, el cuello ya está acortado al iniciarse el parto, a expensas del orificio interno y se produce entonces el borramiento casi simultáneo con el inicio de la dilatación. (2)(3)

b.) Formación de las bolsas de las aguas: Las contracciones uterinas del trabajo actúan sobre el polo inferior del huevo, despegándolo y haciéndolo deslizar hacia abajo. Este polo, con estas

características, que se insinúa en el cuello, se denomina bolsa de las aguas. Las bolsas de las aguas está constituida por dentro y el corion por fuera. A veces el amnios deja trasudar líquido amniótico, que se acumula entre las dos membranas ovulares, originando la bolsa amniocorial; esta puede romperse al ceder el corion y simular la rotura completa de la bolsa. (2)(3)

La bolsa de las aguas actúa como dilatadora del cuello, protege a la cavidad ovular y al feto contra el ascenso de gérmenes patógenos y contra el modelado excesivo de la cabeza fetal ocasionado por el parto; cuando el desarrollo del parto es normal, al final del periodo de dilatación la bolsa de las aguas se rompe espontáneamente en el 75% de los casos. (2)(3)

c. Dilatación del cuello: Acortado y borrado el cuello debe luego abrirse para el paso del móvil fetal, constituyendo esta etapa clínica de dilatación propiamente dicha, que se consigue apurativamente para 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. (2)(3)

Fases Del Periodo De Dilatación:

- **Fase latente:** según Friedman, corresponde al momento en que la madre percibe contracciones regulares. La fase latente de la mayor parte de las mujeres termina entre los 3 y 5 cm de dilatación, un umbral

que puede ser clínicamente útil porque define los límites de la dilatación, más allá de los cuales es de eso era un trabajo de parto activo. Este autor define como fase latente prolongada a aquella mayor de 20 horas en la nulípara y de 14 horas en la multípara. (2)(3)

- **Fase activa:** En esta fase existen curvas que revelan un cambio rápido en la velocidad de la pendiente de la dilatación cervical entre los 3 y 5 cm. La duración promedio de la fase activa del trabajo del parto en nulípara era de 4.9 horas, también observó que las multíparas avanzaban algo más rápido en la fase activa del trabajo del parto, con una velocidad normal mínima de 1.5 cm/h. (2)(3)

- **Periodo Expulsivo:**

El período expulsivo comienza en el momento en que la dilatación es completa, es decir permite el paso del feto a su través. Durante el mismo el feto debe completar el descenso, rotación y amoldamiento de la cabeza al canal del parto. Las fuerzas que participan son las contracciones uterinas y la contracción voluntaria de los músculos abdominales que intentan expulsar el contenido uterino. (2)(3)

Tan pronto el feto se desprende del útero se retrae para adaptarse a su menor contenido. No obstante, todavía la placenta permanece un tiempo adherido a él. Pero a continuación de nacimiento, sobre la retracción señala se agregan fuertes contracciones rítmicas, que no son sino continuación de las del parto, sin interrupción y similares a

alzas en la intensidad y frecuencia: esta actividad contráctil será el motivo fundamental del desprendimiento de la placenta. El útero continúa contrayéndose con las mismas características que durante el parto. Las contracciones de una intensidad de alrededor de 50 mmhg y frecuencia que varía entre 3 y 5 cada 10 minutos ejercen presión sobre la placenta; no se observa ningún periodo en el que el órgano interrumpa su actividad contráctil. (2)(3)

Este tiene una duración de:

- En nulíparas hasta 2 horas (promedio 50 minutos)
- En multíparas hasta 1 hora (promedio 30 minutos)

La vigilancia y los cuidados obstétricos y del estado general materno son fundamentales. En este periodo se producen la mayoría de las hemorragias graves, que representan una de las principales causas obstétricas directas de muerte materna. Estas muertes evitables se producen principalmente donde no están garantizadas las "condiciones obstétricas y neonatales esenciales" para la asistencia del parto. (2)(3)

C. Tipos de Pujos:

- **Pujos espontáneos:** El pujo fisiológico es precedido por una corta inspiración, después de la cual la glotis se cierra parcialmente durante la contracción de los músculos espiratorios, cada pujo causa una rápida y leve elevación de la presión abdominal, la que se transmite a través de la pared uterina y se suma a la presión ejercida por el miometrio para elevar la presión intrauterina. En los registros de presión intrauterina, los bruscos aumentos causados por cada pujo se

superponen a la elevación de presión mucho más lenta y prolongada causada por la contracción uterina. La mujer puede sentir la necesidad de pujar antes de estar totalmente dilatada, a los 8 cm; si ésta es la situación, la mujer debería adoptar otra posición en la que se encuentre más cómoda o practicar ejercicios de respiración.

El deseo imperioso de pujar aparece normalmente cuando la dilatación cervical es completa. Este deseo es provocado por la distensión de la vagina, vulva y periné causada por la presentación que progresa en el canal de parto propulsado por una contracción uterina. No es conveniente que la madre puje mientras la dilatación cervical no se ha completado. Tampoco conviene pujar cuando el útero está relajado, porque no se obtiene la adición de presiones. En ambas condiciones los pujos son poco eficaces para la propulsión fetal y pueden ser perjudiciales.

- **Pujos dirigidos:** Son conducidos por quien atiende el parto. Usualmente se instruye a la parturienta para que cierre totalmente la glotis y puje fuerte, sostenida y prolongadamente durante el mayor tiempo posible. Durante este periodo la madre está en apnea, lo que perturba el aporte de oxígeno a sus tejidos y a los fetales, así como la eliminación del CO₂ de ambos; además el aumento prolongado de la presión toraco-abdominal eleva la presión venosa y capilar materna, causando a veces la máscara equimótica del parto.

- **Periodo de Alumbramiento:**

Durante el alumbramiento se produce el desprendimiento de la placenta y las membranas del saco amniótico. Este periodo dura de 5 a 30 minutos.

DOLOR EN EL PARTO

ORIGEN

De acuerdo al antiguo testamento, sea que el hombre proceda de Adán y Eva, o de la primigenia madre, según Darwin, es lógico admitir que en los momentos de su aparición, el parto de la mujer no pudo ser diferente al de las otras hembras mamíferas superiores. Según la antropología de Piette (1895), el más antiguo documento que trata sobre el parto, data del paleolítico superior. Se trata de un tallado en hueso de reno en el que se aprecia la imagen que representa a una parturienta, con el vinagre y los costados todavía cubierto de velos dando a luz plácidamente. Como consecuencia de su diaria confrontación con la naturaleza, y con otros seres, el parto se fue humanizado. (27)

Concordante con lo expuesto, VELVOSKI, considera que el parto no se acompaña de ninguna manifestación molesta, que no fuera, estrictamente fisiológica, propia del acto de evacuación del contenido uterino, nadie alrededor de la mujer en este trance se inquietaba más allá del simple comentario que el acontecimiento provocaba. El dolor en la dimensión que en la actualidad se valora, no existía. (27)

Dolor producido por las contracciones uterinas:

Las contracciones del periodo de dilatación y de expulsión se acompañan habitualmente de dolor. Esta asociación es tan característica que en muchos países se sustituye la denominación de "contracciones" por la de "dolores". (1)

El dolor comienza después de iniciada la contracción y se extiende antes de que el útero se haya relajado completamente. No existe dolor en los intervalos entre las contracciones uterinas. (3)

Contracciones uterinas

La contracción uterina representa la fuerza o el motor que impulsa al feto a través de la vía del parto en el tiempo normal necesario. La actividad contráctil del útero está encargada a la fibra muscular uterina que en el curso de la gestación se hiperplasia primero por acción hormonal y luego se hipertrofia por estímulos distensivos para llevar al útero a grandes modificaciones. (2)(3)

Fisiología:

a. Origen de la Contracción Uterina

La contracción uterina se origina en los marcapasos que si bien no tienen localización fija y circunscrita, se consideran que las ondas de contracción provienen de los marcapasos situados a los lados de la parte superior del útero, cerca de la inserción de la trompa. Normalmente cada contracción se origina en uno de los marcapasos y

sin interferir en la función del otro y desde el fondo se extiende hacia el cuerpo, el segmento y el cuello. (2)

b. Conducción y Propagación

La onda contráctil producida en el fondo uterino se transmite en sentido descendente hacia la parte media y al segmento inferior con una velocidad de propagación de 2 a 3 cm por segundo, de tal manera que en 15 segundos o menos invade todo el útero. Durante el periodo de dilatación la onda de propagación es más veloz y rápidamente alcanza la totalidad del útero. (1)

c. Características de la contracción uterina

- **Intensidad:** Es el grado de contracción que alcanza el útero, osea la fuerza derivada como consecuencia de la amplitud de la onda contráctil. Se mide por la presión que se produce en el líquido amniótico durante la contracción y se expresa en mmhg considerándose valores normales durante el parto cifras entre 30 y 50 mmhg. Cuando la intensidad es baja por debajo de los valores anteriores se denomina hiposistolia, mientras que cuando supera los valores normales elevándose la intensidad a niveles patológicos se denomina hipersistolia. Clínicamente en la práctica se controla mediante palpación abdominal evaluándose de acuerdo a la vivencia que crea la experiencia entre una y cuatro.(1)(2)

- Duración: La duración es el tiempo que demora cada contracción; en el curso del parto la duración aumenta progresivamente. La medida del tiempo de duración de la contracción es variable según el método que se use para su determinación. En los registros instrumentales, de acuerdo a su sensibilidad, se puede conseguir la determinación exacta, mientras que clínicamente por palpación abdominal, aplicando la mano sobre el abdomen para objetivar el endurecimiento del útero y su control de duración mediante el reloj, se encuentran valores menores. La percepción de la paciente por sensibilidad que le puedan producir las contracciones uterinas evidencian valores menores. (1)(2)

- Frecuencia: Considerando la duración de las contracciones no puede referirse su frecuencia a la unidad de tiempo, por lo que en la práctica arbitrariamente se relacionan a un lapso determinado. Actualmente se considera la frecuencia como el número de contracciones que se producen en 10 minutos, aunque mucho más práctico para el control del trabajo del parto, sobre todo al principio, sería referirlas a lapsos de treinta minutos. (1)(2)

La frecuencia de las contracciones aumenta también progresivamente con la marcha del trabajo del parto, espaciadas al principio se hacen regulares y más frecuentes durante el periodo de dilatación para llegar a su máxima frecuencia durante el periodo expulsivo. (1)(2)

La frecuencia normal durante el periodo de dilatación es de tres contracciones en diez minutos, que en el periodo de expulsivo pueden

aumentan hasta cinco contracciones en diez minutos .Cuando el número de contracciones es menor que los valores se dice que hay bradisistolia mientras que frecuencias mayores se denomina taquisistolia. (1)(2)

- **Tono:** Se denomina tono a la presión más baja que se registra entre dos contracciones. Cuando se registra por medios instrumentales la presión intraperitoneal considera el cero y sus valores corresponden al riesgo de la presión intra- amniótica. El tono durante el parto se encuentra entre 8 y 12 mmHg. Y patológicamente puede producirse hipertonia o hipotonía, según que las cifras se encuentran por debajo por encima de estos límites de normalidad. (1)(2)

- **Intervalo:** Es el tiempo que transcurre entre contracción y contracción. Depende de la frecuencia y la duración de las contracciones. Al principio del parto es prolongado, haciéndose más corto a medida que transcurre el mismo, para terminar haciéndose muy breve durante el periodo expulsivo. (1)(2)

Clinicamente se mide por el reposo uterino entre dos contracciones tomando el tiempo entre al desaparición de una contracción y el inicio de la contracción. (1)(2)

Las contracciones del útero son imprescindibles para el nacimiento natural y espontáneo. Sin contracciones el organismo de la madre no "empuja" al bebé hacia el exterior de su cuerpo. (1)(2)

Las mujeres pasan información sobre los dolores de las contracciones de una generación a otra y, llegado el momento, la futura madre se concentra en el dolor como una respuesta refleja a las contracciones. La preparación al parto ayuda a las madres a ver las contracciones como un hecho eficaz en el alumbramiento en vez de un gran sufrimiento desconocido. (1)(2)

La contracción rítmica de la fibra muscular uterina, en su actividad permanente acompañada de adecuada circulación, normalmente pasa desapercibida y aun cuando no es más intensa produce sensaciones que no alcanzan nivel doloroso. Pero, pero si se ocluye la circulación miométrial por tiempo prolongado, o los intervalos de reposo son muy cortos para lograr el restablecimiento suficiente de la circulación, entonces si las sensaciones alcanzan niveles desencadenantes de dolor. Durante la contracción el gasto energético es elevado, requiriendo mayor aporte de oxígeno en hasta treinta veces más que en el periodo de reposo; sin embargo, durante la contracción la glucólisis solo se puede realizar en fase anaeróbica con incompleto aprovechamiento de la glucosa y escasa producción de energía; si la actividad contráctil se prolonga, manteniendo el estado de contracción, se produce una insuficiencia metabólica, que no es compensada por falta o brevedad del periodo de reposo, produciéndose patológicamente sensaciones que alcanzan el nivel doloroso. (1)(2)

En cada mujer el dolor aparece cuando la presión amniótica sube por encima de un cierto nivel y desaparece cuando la presión cae por debajo del mismo. (1)(2)

Existen factores que aumentan o disminuyen el dolor producido por las contracciones. El umbral del dolor presenta variaciones individuales muy notables que se atribuyen a diferencia en su percepción en los centros nerviosos superiores. El estado psíquico de la parturienta tiene una gran influencia: el temor a lo desconocido, la angustia y a la falta de apoyo afectivo magnifican la sensación de dolor. La adecuada educación y preparación psicoprofiláctica para el parto de la pareja durante la gestación, combinada con el apoyo afectivo brindado durante el parto por alguien de confianza de la madre y por quienes atienden el mismo, reducen la sensación dolorosa. Estas prácticas contribuyen a disminuir la proporción de parturientas que requieren medicación analgésica, anestésica. La libertad de movimientos y de elegir la posición más cómoda, cambiándola a voluntad, también contribuye a mitigar el dolor y otras molestias durante el parto. (1)(2)

SENSIBILIDAD

La recepción de los estímulos que llegan al umbral del dolor se realiza por las terminaciones nerviosas desnudas existentes en todos los tejidos del organismo, pero que en las vísceras se encuentran en mayor número y por consiguiente muy esparcidas. Los impulsos son transmitidos por dos clases de fibras al sistema nervioso central, unas

pequeñas mielinizadas que conducen a velocidades de 12 a 30 mts. Por segundo y otras no mielinizadas que conducen los impulsos a baja velocidad, entre 0.5 a 2 mts, por segundo.(28)

Una de las funciones más importantes del sistema nervioso es la sensibilidad táctil, térmica y dolorosa, que permite apreciar la recepción de los estímulos que llegan al umbral del dolor, que se realiza por las terminaciones nerviosas desnudas existentes en todos los tejidos del organismo, pero que en las vísceras se encuentran en menor número.(28)

DEFINICIÓN DEL DOLOR

Se han incrementado muchas definiciones pero ninguna de ellas satisface plenamente.

Platón (siglo III A.C.) lo definió como la destrucción del estado normal y el placer como su restauración. Según castro medina, el dolor es una sensación molesta y aflictiva de una parte del cuerpo por causa interior o exterior.(30)

A. Causas del Dolor

- **Emocionales.**- El miedo, la ansiedad, falta de educación prenatal, pueden causar y aumentar el dolor. Educación para el parto es una manera buena para combatir este problema, aunque no lo elimine. Es un ayuda a ellos participando en el proceso del parto para tener un

buen conocimiento de lo que está pasando. La educación no pasa solamente en las clases, pero incluye también: leer, ir a visitar el sitio de dar a luz, discusión con sus proveedores de cuidado de salud y numerosas otras fuentes de información. (1)

- Funcionales

Dilatación del cérvix, las contracciones, el descenso del bebé, posición, procedimientos médicos, estos pueden causar dolor lo cual puede ser reducido mediante la relajación. Aguantando su respiración y peleando con las contracciones puede impedir la dilatación y el parto. También puede resultar en más dolor porque a su útero se le falta oxígeno debido a la tensión en su cuerpo. La posición de uno es muy importante en el parto. Ciertas posiciones, como el acostar de boca arriba, pueden ser dañinas y dolorosas. El cambiarse la posición y quedarse móvil ayudan en reducir este dolor. Procedimientos médicos como amniotomía, exámenes vaginales y monitorización del feto pueden causar dolor, por limitando la movilidad, o por crear ansiedad. (1)

- Físicas

Uno de los más comunes es parto de espalda causado por un bebé posterior, esto puede ocurrir en hasta 25% de los partos. Se puede tratar con este dolor por animarle al bebé a cambiar la posición por usando una variedad de posiciones. A veces, dolor inusual puede ser señal de problemas. (1)

1.3.4. ACTITUD.

La actitud es una organización relativamente estable de creencias, sentimientos y tendencias hacia algo o alguien.

- Una actitud es una mezcla de creencia y emociones que predisponen a una persona a responder ante otras.
- Es la forma de actuar de una persona, el comportamiento que emplea un individuo para hacer las cosas.

Sería un descuido síno se menciona que las actitudes pueden estar influenciadas por factores genéticos.

Escala de medición de la actitud

Para medir la actitud de las gestantes frente a los signos y síntomas de alarma del embarazo, se aplicó la encuesta valorada con la escala de Likert modificada, distribuidas según el siguiente detalle.

AFIRMACIONES POSITIVAS

Totalmente en Desacuerdo	1
En desacuerdo	2
Ni en Acuerdo ni en Desacuerdo	3
De acuerdo	4
Totalmente de Acuerdo	5

AFIRMACIONES NEGATIVAS

Totalmente en Desacuerdo	5
En desacuerdo	4
Ni en Acuerdo ni en Desacuerdo	3
De acuerdo	2
Totalmente de Acuerdo	1

La clasificación de las respuestas de la encuesta se agrupó de la siguiente manera:

Favorable: Cuando la persona adquiere una actitud positiva frente a un tema determinado.

Indiferente: Cuando la persona no adquiere ninguna actitud.

Desfavorable: Cuando la persona adquiere una actitud negativa frente a un tema determinado.

1.4. Justificación y/o importancia

El presente trabajo de investigación se justifica en la medida que pretende demostrar los beneficios que otorga la preparación en psicoprofilaxis obstétrica para un trabajo de parto sin temor y sin dolor, considerando que la preparación psicológica, física y social de la mujer ayuda a que vea al trabajo de parto y parto como un acto fisiológico. (2)

Teniendo en cuenta que la preparación psicoprofiláctica brinda a la gestante los conocimientos sobre los cambios propios del embarazo (para ellas su cuerpo es un misterio y el parto es un fenómeno incomprensible), así como ejercicios de respiración, relajación física, mental y una gimnasia adecuada que fortalecerá los músculos que intervienen en el canal del parto; permitirá lograr cambios de conducta y hábitos haciéndolos más saludables, estableciendo lazos afectivos madre-hijo-padre, es decir, procurando una mejor actitud de la gestante en esta etapa tan importante de su vida reproductiva. Y de haberse evitado posibles traumatismos maternos como los desgarros y complicaciones que convierten al parto en un proceso patológico. (2) (3)

El interés manifestado por preservar la salud ha sido puesto de manifiesto desde el mismo momento de la existencia humana y todas las investigaciones llevadas a cabo desde los distintos organismos mundiales de planificación e investigación poseen como objetivo fundamental, latente o manifiesto, el bienestar de la persona desde la

diversidad de su vivencia humana. La definición del concepto de salud expresada por la O.M.S. en su Carta Magna o Carta Constitucional de 1946 define la salud como "el logro de más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad". . (2) (3)

Todos los humanos necesitamos de este bienestar físico, mental y social, pero hay una característica genética que nos diferencia a los hombres de las mujeres: la gestación de la nueva persona que va a nacer. Es la mujer objeto de especial atención en este período por cuanto necesita de unos cuidados y atenciones particulares, no solamente en el embarazo, sino también en el parto y en el puerperio. (2)

Histórica y culturalmente se ha considerado el parto como un trance difícil y doloroso en el cual la mujer tendía a mantener un papel pasivo, permitiendo que fuese el elemento biológico del organismo quien dirigiese todo el proceso del parto. En la actualidad se tiende a una transformación de esta realidad, ya que se considera que el embarazo y parto son hechos naturales y no pueden ser catalogados como enfermedades. Por otra parte, es evidente que cada vez son más numerosas las mujeres que deciden adoptar una actitud directiva ante su propio parto, para lo cual es necesario todo un programa de preparación y educación antes de que tal acontecimiento llegue a

manifestarse. Cuando la mujer embarazada alcanza las 24-28 semanas de gestación es el momento idóneo de plantearle un conjunto de técnicas de tipo teórico-práctico orientadas al conocimiento, educación y obtención de las habilidades necesarias para afrontar el parto y el puerperio sin traumas físicos y/o psíquicos. (4)

Bajo el nombre de Psicoprofilaxis Obstétrica García Moreno (2005) entiende un conjunto de técnicas educativas, teórico-prácticas, que se aplican a las mujeres embarazadas a partir del sexto mes de gestación, con el objeto de que aborde el proceso del parto sin temor, con la suficiente información, habilidades técnicas y recursos personales, a través de un adecuado conocimiento de anatomía, fisiología del embarazo y parto, junto con una información de la psicología de la gestante y de la pareja, se le entrena, por un lado, en el conocimiento de las situaciones nuevas por las que la mujer tiene que pasar durante el proceso de dilatación-parto, y por otro, en ejercicios prácticos, de tipo obstétrico (respiración, relajación, pujos) y de tipo psicológico (relajación, autocontrol, reducción de la ansiedad y habilidades de enfrentar situaciones ansiógenas - desensibilización sistemática, inundación, inoculación del estrés y habilidades sociales en el ámbito hospitalario). (33)

El objetivo fundamental de la Psicoprofilaxis Obstétrica es que la gestante participe activamente y que sea la propia protagonista de su mismo parto al colaborar con toda la personal salud, también la

Psicoprofilaxis Obstétrica es fuente de salud no sólo para la madre, para el hijo y el padre. (33)

La realización del presente trabajo de investigación permite conocer la actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de psicoprofilaxis obstétrica, mediante la cual se obtendrá una actitud favorable o desfavorable.

1.5. Formulación del problema

¿Cuál es la actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital II EsSalud - Tarapoto. Mayo 2012 - Abril 2013?

II. OBJETIVOS:

2.1. Objetivo General:

Determinar la actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital II EsSalud - Tarapoto. Mayo 2012 - Abril 2013.

2.2. Objetivos Específicos:

- Identificar las características sociodemográficas de la población en estudio.
- Determinar la actitud de la gestante durante el periodo de dilatación.
- Determinar la actitud de la gestante durante el periodo expulsivo.
- Determinar la actitud de la gestante durante el periodo de alumbramiento.

III. MATERIALES Y METODOS:

3.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El programa de Psicoprofilaxis Obstétrica permite una actitud favorable de la gestante durante el trabajo del parto, en el Hospital II EsSalud - Tarapoto.
Mayo 2012 - Abril 2013.

3.2. SISTEMA DE VARIABLES

3.2.1. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

Variable Única: Actitud de la gestante durante el trabajo de parto.

1.2.1. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Actitud de la gestante durante el trabajo de parto.	Mecanismos psicológicos que determinan la tendencia del individuo a reaccionar, o positivamente, o negativamente, delante de un determinado estímulo.	Tendencia de la gestante a reaccionar, favorable o desfavorablemente, durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de psicoprofilaxia.	Periodo de Dilatación.	Relajación	<ul style="list-style-type: none"> - Manifiesta tranquilidad, serenidad en cada contracción uterina. -Su rostro expresa alegría. -Expresa desesperación, grito, llora durante las contracciones uterinas. -Expresa con claridad sus emociones. -Tiene buenas maneras para solicitar ayuda. -Demuestra capacidad de espera con relativa tolerancia. -Durante la contracción uterina practica el tipo de respiración superficial. -Durante las contracciones uterinas la paciente adopta la posición DLI, DLD o Decúbito dorsal.
				Respiración	

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
			Periodo Expulsivo.	<div style="display: flex; flex-direction: column; align-items: center;"> <div style="margin-bottom: 10px;">Relajación</div> <div style="margin-bottom: 10px;">Respiración</div> <div>Posición</div> <div>Pujo</div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> -Manifiesta tranquilidad, serenidad en cada contracción uterina. -Su rostro expresa miedo, temor. -Expresa desesperación, grito, llora durante las contracciones uterinas. -Siempre quejumbrosa en cada momento de la contracción uterina -Tiene buenas maneras para solicitar ayuda. -Demuestra capacidad de espera con relativa tolerancia. -Durante la contracción uterina aplicó el tipo de respiración profunda y jadeante antes y después del pujo. -Aplicó los tipos de pujo. -Colabora con la/el Obstetra.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
			Periodo de Alumbramiento	Relajación Respiración Posición	-Demuestra alegría por el R.N -Aplica la técnica de relajación. -Colabora con la/el Obstetra

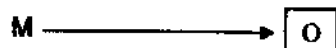
II. MATERIAL Y METODOLOGÍA

4.1. TIPO DE ESTUDIO.

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional retrospectivo, aplicado en gestantes que recibieron un programa de psicoprofilaxis Obstétrica en el Hospital II EsSalud -Tarapoto.

2.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Para el presente proyecto se utilizará el diseño clásico con una sola medición, que se presentara a continuación:



M: Representa a las gestantes que acudieron a un programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

O: Representa a la actitud durante el trabajo de parto

2.3. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

Universo: Todas las gestantes que se atienden en el Hospital EsSalud - Tarapoto.

Población: 100 gestantes que termino su embarazo vía vaginal atendidas en el Hospital II EsSalud - Tarapoto.

Muestra: las gestantes (100) que acudieron al programa de psicoprofilaxis, en el Hospital II EsSalud - Tarapoto. Mayo 2012 - Abril 2013.

Unidad de Análisis: Una gestante que participa en un programa de Psicoprofilaxis en el Hospital II EsSalud –Tarapoto.

Tipo de Muestreo:

No Probabilística, por conveniencia.

2.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes preparadas en el Hospital II EsSalud - Tarapoto.
- Gestante en trabajo de parto.
- Gestantes cuyo parto termine por vía vaginal.
- Gestantes que reciben las seis sesiones de psicoprofilaxis para el parto.

4.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Gestante que no concluyen su preparación
- Gestante que termina en cesárea.
- Gestantes que no hayan recibido las seis sesiones.

2.4. PROCEDIMIENTO

- Mediante un documento se solicitó permiso a la Dirección Hospital II Tarapoto. Para la recolección de datos.
- El procedimiento que se utilizó para la recolección de datos se incluyó el libro de registro de asistencia de las gestantes que acudieron al programa de psicoprofilaxis.
- El proceso concluyó con la observación directa por parte de las responsables de la investigación llenando una ficha, de la actitud la gestante en cuestión desde el inicio del trabajo de parto.

2.5. MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para el presente trabajo de investigación se utilizara historia clínica y carnet perinatal que nos ayudaran a recolectar los datos de filiación de las pacientes, el método de recolección de datos será mediante ficha de evaluación que está constituido por 20 preguntas de las cuales están divididas por los tres periodo del parto. Periodo de Dilatación: 8 preguntas, Periodo Expulsivo: 9 preguntas y en el Periodo de Alumbramiento: 3 preguntas. Que fueron llenados por las responsables de la investigación ya que estuvimos en contacto directo con las pacientes. La evaluación fue medida de acuerdo a los siguiente parámetros: Desfavorable: 1 – 50 y favorable: > 50 - 100.

2.6. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, observacional retro-prospectivo de pacientes atendidas en el Programa de psicoprofilaxis en el

Hospital II EsSalud - Tarapoto, en el período de Mayo 2012 - Abril 2013. Para su realización, se vaciaron en una hoja de registro las siguientes variables: gestantes que participaron en el programa de psicoprofilaxis. Estas últimas fueron clasificadas de acuerdo a la actitud de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de psicoprofilaxis, obteniéndose una base de datos. Adicionalmente, se anotó datos informativos del carnet perinatal. Los datos obtenidos fueron tabulados en tablas y en gráficos estadísticos a través de la aplicación Excel de Microsoft, y fueron analizados.

Debido a la variabilidad de los datos que se encuentran se agrupó las mismas del siguiente modo: Actitud favorable de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de psicoprofilaxis obstétrica y Actitud desfavorable de la gestante durante el trabajo de parto después de la aplicación de un programa de psicoprofilaxis obstétrica

Los resultados obtenidos en la discusión se compararon con la bibliografía nacional e internacional, a través del servidor informe e Internet. Después del proceso de comparación, análisis y síntesis se arribaron a conclusiones.

III. RESULTADOS:

TABLA N° 01. PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN EDAD, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.

EDAD	n	%
14	1	1.0
15	1	1.0
16	2	2.0
17	2	2.0
18	1	1.0
19	2	2.0
20	4	4.0
21	3	3.0
22	4	4.0
23	5	5.0
24	8	8.0
25	8	8.0
26	7	7.0
27	7	7.0
28	7	7.0
29	4	4.0
30	7	7.0
31	4	4.0
32	4	4.0
33	4	4.0
34	2	2.0
35	2	2.0
36	3	3.0
38	1	1.0
39	2	2.0
40	5	5.0
Total	100	100.0

X = 27,26 años

R = 14 - 40 años

TABLA N°1: La tabla muestra que la población estudio está separada por grupos etáreos en su mayoría son adultas de 26 - 40 años, de 19 - 25 años son jóvenes, de 14 -18 años son adolescentes. Siendo el rango de edad entre 14 - 40 años, el promedio de edad es $x = 27$ años.

TABLA N° 02: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN ESTADO CIVIL, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.

ESTADO CIVIL	n	%
Soltera	11	11.0
Casada	27	27.0
Conviviente	62	62.0
Total	100	100.0

TABLA N°2: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría 62% (62) eran de estado civil conviviente, es decir no tenían una relación estable, sólo el 27% (27) tenían una relación estable y el 11% (11) eran madres solteras en quienes podría estar afectada su condición socioeconómica y emocional de la familia por la falta de padre.

TABLA N° 03: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN RELIGIÓN, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013

RELIGIÓN	Fi	%
Católica	50	50.0
Adventista	5	5.0
Evangélica	41	41.0
Otros	4	4.0
Total	100	100.0

TABLA N°3: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría 50%(50) eran de religión católica, el 41%(41) tenían la religión evangélica, sólo el 5%(5) tenían la religión adventista y el 4%(4) pertenecían a otras religiones.

TABLA N° 04: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.

GRADO INSTRUCCIÓN	fi	%
Primaria	6	6.0
Secundaria	41	41.0
Sup. no Univ.	27	27.0
Sup. Universitario	26	26.0
Total	100	100.0

TABLA N°4: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría 41%(41) tenían un grado de instrucción secundaria, y 27% (27) tenían un grado de instrucción Sup. no universitario, sólo 26% (26) llegaron tener el grado de instrucción Sup. Universitario y 6% (6) solo tenían grado de instrucción primaria.

TABLA N° 05: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN OCUPACIÓN, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II-2 ESSALUD- TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013

OCUPACIÓN	fi	%
Estudiante	6	6.0
Ama de casa	51	51.0
Comerciante	5	5.0
Otros	38	38.0
Total	100	100.0

TABLA N°5: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría 51%(51) tenían la ocupación ama de casa, siendo 38% (38) tenían otras ocupaciones, sólo 6% (6) eran estudiantes y 5%(5) tenían la ocupación de comerciante.

TABLA N° 06: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN LUGAR DE PROCEDENCIA, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO, MAYO 2012 - ABRIL 2013.

LUGAR PROCEDENCIA	n	%
Barda de Shilcayo	18	18.0
Bellavista	6	6.0
Juanjui	3	3.0
Lagunas	1	1.0
Lamas	5	5.0
Morales	4	4.0
Moyobamba	2	2.0
Nva. Cajamarca	1	1.0
Picota	2	2.0
San Hilarión	1	1.0
San José de Sisa	1	1.0
Saposoá	4	4.0
Sauce	1	1.0
Tarapoto	47	47.0
Yurimaguas	4	4.0
Total	100	100.0

TABLA N°6: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría 98%(98) pertenecen a la zona urbana y tan sólo 2% (2) pertenecen a la zona rural.

TABLA N° 07: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN EDAD GESTACIONAL, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.

EDAD GESTACIONAL	n	%
35	3	3.0
36	10	10.0
37	12	12.0
38	25	25.0
39	23	23.0
40	21	21.0
41	3	3.0
42	3	3.0
Total	100	100.0

TABLA N°7: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría 84%(84) tuvieron una edad gestacional a término, sólo el 13%(13) era de edad gestación pretérmino y 3%(3) llegaron a la edad gestacional pos término.

TABLA N° 08: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN PERIODO DE DILATACION, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013

PERIODO DE DILATACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
33	9	9.0
34	8	8.0
35	49	49.0
36	22	22.0
37	9	9.0
38	3	3.0
Total	100	100.0

X = 35,23 puntos

R = 33 - 38

puntos

LA TABLA N°8: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría el 100%(100) tuvieron un puntaje de 33 – 38 en el periodo de dilatación.

De igual modo se encontró el promedio cuyo valor es de 35,23 puntos y el rango de 33 – 38 puntos.

TABLA N° 09: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN PERIODO DE EXPULSIVO, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.

PERIODO EXPULSIVO	f_i	%
28	1	1.0
29	2	2.0
30	2	2.0
31	3	3.0
32	1	1.0
33	7	7.0
34	7	7.0
35	8	8.0
36	6	6.0
37	6	6.0
38	17	17.0
39	6	6.0
40	8	8.0
41	8	8.0
42	10	10.0
43	8	8.0
Total	100	100.0

X = 37,50 puntos

R = 33 - 38 puntos

TABLA N° 09: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría el 100%(100) tuvieron un puntaje de 33 – 38 en el periodo expulsivo.

De igual modo se encontró el promedio cuyo valor es de 37,50 puntos y el rango de 33 – 38 puntos.

TABLA N° 10: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN PERIODO DE ALUMBRAMIENTO, DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013

PERIODO DE ALUMBRAMIENTO	f_i	%
12	15	15.0
13	21	21.0
14	45	45.0
15	19	19.0
Total	100	100.0

X = 13,68 puntos

R = 12 - 15

puntos

TABLA N° 10: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría el 100%(100) tuvieron un puntaje de 12 -- 15 en el periodo de alumbramiento.

De igual modo se encontró el promedio cuyo valor es de 13,68 puntos y el rango de 12 – 15 puntos.

TABLA N° 11: PORCENTAJE DE GESTANTES SEGÚN LA ACTITUD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO, DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013

ACTITUD	fi	%
75	1	1.0
76	1	1.0
78	1	1.0
79	1	1.0
80	4	4.0
81	5	5.0
82	8	8.0
83	7	7.0
84	2	2.0
85	5	5.0
86	15	15.0
87	9	9.0
88	12	12.0
89	7	7.0
90	2	2.0
91	5	5.0
92	4	4.0
93	11	11.0
Total	100	100.0

X = 86,41 puntos

R = 75 - 93
puntos

TABLA N° 11: La tabla muestra que la población estudio en su mayoría 100%(100) tuvieron un puntaje de 75 – 93, que indica que la actitud fue favorable.

De igual modo se encontró el promedio cuyo valor es de 86,41 puntos y el rango de 75 – 93 puntos.

TABLA N°12: PORCENTAJE DE LA ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL PERIODO DE DILATACIÓN FRENTE A LAS CONTRACCIONES UTERINAS, DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.

Actitud	FAVORABLE		INDIFERENTE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
1. Manifiesta tranquilidad, serenidad en cada contracción uterina.	91	91.0%	9	9.0%	0	0.0%	100	100.0%
2. Su rostro expresa alegría.	100	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	100	100.0%
3. Expresa desesperación, grita, llora durante las contracciones uterinas.	100	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	100	100.0%
4. Expresa con claridad sus emociones.	100	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	100	100.0%
5. Tiene buenas maneras para solicitar ayuda.	92	92.0%	8	8.0%	0	0.0%	100	100.0%
6. Demuestra capacidad de espera con relativa tolerancia	100	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	100	100.0%
7. Durante la contracción uterina practica el tipo de respiración superficial	100	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	100	100.0%
8. Durante las contracciones uterinas la paciente adopta la posición DL1, DLD o Decúbito dorsal.	91	91.0%	9	9.0%	0	0.0%	100	100.0%

LA TABLA N°12: Evidencia que la mayoría de mujeres han tenido una actitud favorable frente al periodo de dilatación del trabajo de parto vinculado principalmente a las contracciones uterinas lo que varía entre 91 a 100% de los criterios respondidos favorablemente, sin embargo en los ítems 1 -5 y 8 la respuesta fue indiferente entre 8 al 9% de las gestantes. Por lo cual el programa de Psicoprofilaxis contribuyo grandemente a mejorar la actitud de la gestante durante el periodo de dilatación.

TABLA N°13: PORCENTAJE DE LA ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL PERIODO EXPULSIVO FRENTE A LAS CONTRACCIONES UTERINAS, DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.

Actitud Items	FAVORABLE		INDIFERENTE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	fí	%	fí	%	fí	%	fí	%
Manifiesta tranquilidad, serenidad en cada contracción uterina.	61	61.0%	24	24.0%	15	15.0%	100	100.0%
Su rostro expresa miedo, temor.	77	77.0%	13	13.0%	10	10.0%	100	100.0%
Expresa desesperación, grita, llora durante las contracciones uterinas.	75	75.0%	21	21.0%	4	4.0%	100	100.0%
Siempre quejumbrosa en cada momento de la contracción uterina	93	93.0%	0	0.0%	7	7.0%	100	100.0%
Tiene buenas maneras para solicitar ayuda.	92	92.0%	0	0.0%	8	8.0%	100	100.0%
Demuestra capacidad de espera con relativa tolerancia	86	86.0%	1	1.0%	13	13.0%	100	100.0%
Durante la contracción uterina aplicó el tipo de respiración profunda y jadeante antes y después del pujo.	90	90.0%	10	10.0%	0	0.0%	100	100.0%
Aplicó los tipos de pujo.	89	89.0%	4	4.0%	7	7.0%	100	100.0%
Colabora con la/el Obstetra.	89	89.0%	4	4.0%	7	7.0%	100	100.0%

LA TABLA N°13: Evidencia que la mayoría de mujeres han tenido una actitud favorable frente al periodo de expulsivo del trabajo de parto vinculado principalmente a las contracciones uterinas lo que varía entre 61 a 92% de los criterios respondidos favorablemente, sin embargo en los ítems 1 -2 y 3 la respuesta fue indiferente entre 13-24% de las gestantes. Por lo cual el programa de Psicoprofilaxis contribuyo grandemente a mejorar la actitud de la gestante durante el periodo de expulsivo.

TABLA N°14: PORCENTAJE DE LA ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL PERIODO DE ALUMBRAMIENTO FRENTE A LAS CONTRACCIONES UTERINAS, DESPUES DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 – ABRIL 2013.

Actitud	FAVORABLE		INDIFERENTE		DESFAVORABLE		TOTAL	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Demuestra alegría por el R.N.	100	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	100	100.0%
Aplica la técnica de relajación	95	95.0%	5	5.0%	0	0.0%	100	100.0%
Colabora con la/el Obstetra	92	92.0%	5	5.0%	3	3.0%	100	100.0%

LA TABLA N°14: Evidencia que la mayoría de mujeres han tenido una actitud favorable frente al periodo de alumbramiento del trabajo de parto vinculado principalmente a las contracciones uterinas lo que varía entre 92 a 100% de los criterios respondidos favorablemente, sin embargo en los ítems 2 y 3 la respuesta fue indiferente entre 5 % de las gestantes. Por lo cual el programa de Psicoprofilaxis contribuyo grandemente a mejorar la actitud de la gestante durante el periodo de alumbramiento.

TABLA N°15: PORCENTAJE DE LA ACTITUD DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DESPUÉS DE LA APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL HOSPITAL II ESSALUD - TARAPOTO. MAYO 2012 - ABRIL 2013.

ACTITUD	f	%
Favorable	100	100.0
Desfavorable	0	.0
Total	100	100.0

LA TABLA N°15: Evidencia que la mayoría de mujeres han tenido una actitud favorable durante el trabajo de parto en un 100%. Por lo cual el programa de Psicoprofilaxis contribuyó grandemente a mejorar la actitud de la gestante durante el trabajo de parto.

