

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

RESULTADOS MATERNO PERINATALES DE LAS GESTANTES QUE
PARTICIPARON DE LAS CLASES DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN EL CAP III METROPOLITANO
ENERO - JULIO. TACNA 2016

TESIS

Presentada por:

Bach. Noelia Faviola Pari Flores

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

TACNA - PERÚ

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

**RESULTADOS MATERNO PERINATALES DE LAS GESTANTES QUE
PARTICIPARON DE LAS CLASES DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO –
JULIO.TACNA 2016**

TESIS

Presentada por:

BACH. NOELIA FAVIOLA PARI FLORES

Para optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

Aprobado por UNANIMIDAD SOBRESALIENTE, ante el siguiente Jurado:



Mgr. Gladys Concori Cori
Secretaria



Dra. Rinna Pilco Velásquez
Presidenta



Dra. Olga Choque Chura
Miembro



Mgr. Celia Vivanco Chinchay
Asesora

AGRADECIMIENTO

A Dios todo poderoso por haberme encaminado, por darme la fuerza de seguir adelante, por concederme salud para lograr mis objetivos.

A mis padres por haberme apoyado en todo momento, dándome motivación constante en todos los momentos de dificultad.

A mi docente Mgr.Celia Vivanco Chinchay, por guiarme y apoyarme constantemente con profesionalismo en el desarrollo y elaboración del presente trabajo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, que son mi motivación para seguir adelante día a día, por los valores que me inculcaron y la actitud de ver las cosas de manera positiva.

Los amo, muchas gracias por guiarme a la luz de la meta realizada, y que en este caso, es recién el comienzo de una nueva etapa en mi vida.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	i
DEDICATORIA	ii
CONTENIDO	iii
ÍNDICE DE TABLAS	vi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN	xviii
ABSTRACT.....	xix
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema.....	3
1.2. Formulación del problema.....	9
1.3. Objetivos	10
1.4. Justificación e importancia	12
1.5. Hipótesis	13

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación.....	14
2.2. Base Teórica.....	29
2.3. Definición de términos	59

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación	60
3.2. Diseño de la investigación	60
3.3. Ámbito de estudio	60

3.4. Variable de estudio	61
3.5. Operacionalización de variables	61
3.6. Población y muestra	63
3.7. Métodos, instrumentos y técnicas de recolección de datos	65
3.8. Procesamiento y análisis estadístico	67

CAPÍTULO IV

RESULTADOS.....	68
DISCUSIÓN.....	107
CONCLUSIONES	116
RECOMENDACIONES.....	119
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
ANEXOS.....	128

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1:	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL TOTAL DE GESTANTES QUE PARTICIPARON DE LAS CLASES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016.	69
TABLA 2:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN EDAD EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	71
TABLA 3:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	73
TABLA 4:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON	

	PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	75
TABLA 5:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN OCUPACIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	77
TABLA 6:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA SEGÚN CONTROL PRENATAL EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	79
TABLA 7:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PARIDAD EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	81

TABLA 8:	GESTANTES PSICOPROFILAXIS COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN INICIO DEL LABOR DEL PARTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	PREPARADAS OBSTÉTRICA	EN EN	83
TABLA 9:	GESTANTES PSICOPROFILAXIS COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN VÍA DEL PARTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	PREPARADAS OBSTÉTRICA	EN EN	85
TABLA 10:	GESTANTES PSICOPROFILAXIS COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO DE DILATACIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	PREPARADAS OBSTÉTRICA	EN EN	87
TABLA 11:	GESTANTES PSICOPROFILAXIS COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON	PREPARADAS OBSTÉTRICA	EN EN	

	PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO EXPULSIVO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	89
TABLA 12:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	91
TABLA 13:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN SE REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	93
TABLA 14:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN HUBO DESGARRO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	95

TABLA 15:	GESTANTES	PREPARADAS	EN	
	PSICOPROFILAXIS	OBSTÉTRICA	EN	
	COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON			
	PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN TALLA Y			
	PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III			
	METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016			97
TABLA 16:	GESTANTES	PREPARADAS	EN	
	PSICOPROFILAXIS	OBSTÉTRICA	EN	
	COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON			
	PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN APGAR AL			
	PRIMER MINUTO DEL RECIÉN NACIDO EN EL			
	CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA			
	2016			99
TABLA 17:	GESTANTES	PREPARADAS	EN	
	PSICOPROFILAXIS	OBSTÉTRICA	EN	
	COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON			
	PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN APGAR A			
	LOS CINCO MINUTOS DEL RECIÉN NACIDO EN			
	EL CAP III METROPOLITANO ENERO –			
	JULIO.TACNA 2016			101

TABLA 18:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN CONTACTO PIEL A PIEL CON EL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	103
TABLA 19:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	105

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN EDAD EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	72
GRÁFICO 2:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	74
GRÁFICO 3:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	76

GRÁFICO 4:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN OCUPACIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	78
GRÁFICO 5:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN CONTROL PRENATAL EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	80
GRÁFICO 6:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PARIDAD EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016	82
GRÁFICO 7:	GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN	

COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN INICIO DEL LABOR DEL PARTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016 84

GRÁFICO 8: GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN VÍA DEL PARTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016 86

GRÁFICO 9: GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO DE DILATACIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016 88

GRÁFICO 10: GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON

PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN
PERÍODO EXPULSIVO EN EL CAP III
METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA
2016

90

GRÁFICO 11: GESTANTES PREPARADAS EN
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON
PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN
PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO EN EL CAP III
METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA
2016

92

GRÁFICO 12: GESTANTES PREPARADAS EN
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON
PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN SE
REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL CAP III
METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA
2016

94

GRÁFICO 13: GESTANTES PREPARADAS EN
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON

PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN HUBO
DESGARRO EN EL CAP III METROPOLITANO
ENERO – JULIO.TACNA 2016

96

GRÁFICO 14: GESTANTES PREPARADAS EN
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON
PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PESO
DEL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III
METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA
2016

98

GRÁFICO 15: GESTANTES PREPARADAS EN
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON
PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN APGAR
AL PRIMER MINUTO DEL RECIÉN NACIDO EN
EL CAP III METROPOLITANO ENERO –
JULIO.TACNA 2016

100

GRÁFICO 16: GESTANTES PREPARADAS EN
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON
PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN APGAR

A LOS CINCO MINUTOS DEL RECIÉN NACIDO
EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO –
JULIO.TACNA 2016 102

GRÁFICO 17: GESTANTES PREPARADAS EN
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON
PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN
CONTACTO PIEL A PIEL CON EL RECIÉN
NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO
ENERO – JULIO.TACNA 2016 104

GRÁFICO 18: GESTANTES PREPARADAS EN
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN
COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON
PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN
LACTANCIA MATERNA EN EL CAP III
METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA
2016 106

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar los resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica en el CAP III Metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016. Para ello se realizó un estudio tipo descriptivo-comparativo, retrospectivo, de corte transversal. La muestra constituida por 102 gestantes, que fue dividida en dos grupos: 40 gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica (7 sesiones) y 62 gestantes con preparación incompleta (< de 7 sesiones). Los resultados mostraron que el 83,9% de gestantes con 7 sesiones y el 54,3% con < de 7 sesiones tuvieron un período de dilatación menor a 8 horas. Del período expulsivo, el 83,9% de gestantes con 7 sesiones y el 51,4% con < de 7 sesiones tuvieron un período expulsivo menor a 15min. El 90,3% de gestantes con 7 sesiones y el 68,6% con < de 7 sesiones tuvieron un período de alumbramiento menor a 15 min. El peso del recién nacido en ambos grupos se encontró entre 2 500gr a 3 999gr. Se concluye que hubo un adecuado tiempo de duración de los períodos del trabajo de parto tanto en las gestantes preparadas en psicoprofilaxis así como en las gestantes con preparación incompleta. El peso del recién nacido estuvo dentro del rango normal para ambos grupos.

Palabras Clave: Resultados materno perinatales, psicoprofilaxis obstétrica.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the maternal and perinatal outcomes of pregnant women who participated in obstetric psychoprophylaxis classes at the Metropolitan CAP III January-July. Tacna 2016. For this purpose, a descriptive-comparative, retrospective, cross-section study was carried out. The sample consisted of 102 pregnant women, which was divided into two groups: 40 pregnant women prepared in obstetric psychoprophylaxis (7 sessions) and 62 pregnant women with incomplete preparation (<7 sessions). The results showed that 83,9% of pregnant women with 7 sessions and 54,3% with <7 sessions had a dilatation period of less than 8 hours. From the expulsive period, 83,9% of pregnant women with 7 sessions, and 51,4% with <7 sessions had an expulsive period of less than 15min. 90,3% of pregnant women with 7 sessions and 68,6 % with <of 7 sessions had a delivery period less than 15 min. The weight of the newborn in both groups was between 2 500gr to 3 999gr. It was concluded that there was an adequate duration of the periods of labor in both pregnant women in psycho-prophylaxis as well as in pregnant women with incomplete preparation. The weight of the newborn was within the normal range for both groups.

Keywords: Perinatal maternal outcomes, obstetric psycho-prophylaxis.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la psicoprofilaxis obstétrica es de vital importancia porque brinda beneficios tanto en las madres gestantes como en los recién nacidos, así mismo reduce el índice de cesáreas altas y reduce los riesgos de morbimortalidad materna y perinatal.

La investigación se realizó por el interés de brindar estudios actualizados al CAP III Metropolitano en base a la psicoprofilaxis obstétrica, dando a conocer datos estadísticos de los resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica, así mismo demostrar la importancia que tiene y los beneficios de este programa.

La presente tesis es una investigación que tiene por objetivo determinar los resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica en el CAP III Metropolitano; es decir, de los resultados maternos pretende dar a conocer el inicio del labor de parto, la vía del parto, la duración de los períodos del trabajo de parto, si se realizó episiotomía ,si hubo desgarros en las gestantes preparadas en psicoprofilaxis en comparación de las gestantes con preparación incompleta. De los resultados perinatales pretende dar a conocer la talla promedio, el peso, la puntuación apgar al minuto y a los

cinco minutos, el contacto piel a piel y si hubo o no lactancia materna en los recién nacidos de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta .El presente trabajo presenta los siguientes capítulos: En el capítulo I se presenta todo referido al planteamiento del problema, que incluye la descripción del problema, la formulación del problema, el objetivo general y específico, así también la justificación de la investigación. En el capítulo II, se aborda aspectos del marco teórico en torno a estudios realizados con la psicoprofilaxis obstétrica, ya sea a nivel internacional, nacional o local. Además se incluye toda la base teórica en relación al tema. En el capítulo III aborda todo el marco metodológico. En el capítulo IV se ofrece la interpretación de los resultados, la discusión y se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta tesis.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

Antiguamente el trabajo de parto era considerado como un proceso que iba acompañado por un intenso dolor, un proceso fisiológico en la cual no había alguna explicación científica y racional sobre la causa de dicho sufrimiento que sentía la parturienta(1). Pero en los últimos años, tanto los científicos como los profesionales de obstetricia han querido dar una solución frente a este hecho, abordando temas de preparación física, mental y social de la madre, para lograr que adopten una actitud positiva frente a la llegada de un hijo.

En la publicación de la Revista Médica Electrónica Portales Médicos.com sobre : “Programa educativo sobre el método del parto psicoprofiláctico” se expresa que se debe apoyar a la mujer para que tenga un parto natural con seguridad, preparación física necesaria para saber qué hacer, cómo relajarse, cómo respirar, cómo adoptar diferentes posturas, cómo manejar el deseo de pujo, dirigir el esfuerzo de pujo, entre otros; pues, actualmente a nivel mundial se observa que un 77,8 % de gestantes o futuras madres desconocen los beneficios de

un parto y los riesgos de una cesárea, pero aun así desean una intervención quirúrgica (cesárea) para evitar sentir dolor(2).

Así podemos ver en los países de Europa, como Italia, que el 38,1% de sus nacimientos se producen por cesárea. Turquía, es el país que le sigue con una tasa del 47,5%. Estados Unidos y España también acusan porcentajes altos de cesáreas: 33% y 25% respectivamente, según un informe detallado de la OMS de 2014(3).

Sin embargo en los países de Latinoamérica: Brasil, con 200 millones de habitantes, tiene un promedio de 54% de partos por cesáreas, altas tasas de cesáreas se registran también en República Dominicana (44%) , Colombia (43%) , México (39%) y Chile (37%)(4) ; con respecto a nuestro país, de acuerdo a la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud 2015 (ENDES), presentado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el 31,6 % de partos en el Perú se realizan mediante cesárea y en los últimos cinco años, este tipo de procedimiento se incrementó en 11,2 puntos porcentuales, superando el promedio de cesáreas de la Organización Mundial de la Salud, que recomienda que el 15% sean cesáreas(5).

Debido a este incremento en la tasa de cesáreas, el viceministro de Salud Pública del Minsa, Percy Minaya, señaló que: “La cesárea expone a la mujer a un mayor riesgo, no solamente a infecciones sino

a que continúe necesitando más cesáreas en los siguientes partos. Cuando a una mujer le practican cesárea su bebé no tendrá la oportunidad de tener el calor que permite manejar defensas, el apego, la lactancia materna inmediata, en la primera hora. Son aspectos que se perderán justamente porque la cesárea se está practicando en niveles alarmantes”(6).Adjuntado a esto, la cesárea globalmente considerada, supone un incremento de riesgo de morbilidad materna respecto al parto vaginal(7).

Según una revisión Cochrane del año 2011,las clases de preparación para el parto pueden reducir las tasas de cesárea en embarazos de bajo riesgo(8).

Lo inverso ocurre en Holanda, uno de los países con mejores índices perinatales del mundo: con un porcentaje de cesáreas debajo del 10 %, el 30 % de los partos ocurre en casas de parto, con matrona. Por otra parte, los países africanos como Níger, Chad, Etiopía o Burkina Faso, las cesáreas apenas corresponden a un 2% de los nacimientos, pero el motivo es la falta de atención médica adecuada(3).

Hay que destacar que tanto la Salud materna y perinatal constituyen un importante indicador de las condiciones de desarrollo de un país, así como de la situación de su sector salud, siendo para Perú una prioridad estos aspectos .En el Perú se han tenido importantes

avances con respecto a la disminución de los casos de muerte materna en los últimos años, desde el 2004 se evidenció la tendencia de disminución del número anual de muertes maternas con un leve aumento en 2014 y 2015 en que se notificó un total de 414 casos a nivel nacional, lo que representa un incremento de 3 casos comparado al año 2014(9).

Por otro lado, según las estimaciones de la razón de mortalidad materna (1990 a 2015) realizadas por la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Banco Mundial y la División de Población de Naciones Unidas, el Perú alcanzó una RMM de 68 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos, para el año 2015 , por lo que se considera que nuestro país ha tenido progresos hacia la mejora de la salud materna (10); sin embargo existe la necesidad de contar con acciones que contribuyan con un mayor descenso de estas cifras, acorde con los objetivos del Milenio.

Como una iniciativa para mejorar las oportunidades de una atención integral a favor de las madres, sus hijos y la comunidad, se ha diseñado un método denominado “Psicoprofilaxis obstétrica”, que es un programa de educación que consta de una serie de sesiones teórico-práctico fundamentales para el nacimiento y que tiene el objetivo de

crear una actitud mental positiva en la madre hacia la experiencia del parto(11).

“Por sus beneficios probados científicamente, esta atención integral reduce los factores de riesgo en la gestación, parto y post parto, al punto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la educación prenatal (PPO) por sus efectos positivos y beneficiosos en la madre, bebé y equipo de salud, al igual que sirve como una estrategia para disminuir la morbilidad y mortalidad materna y perinatal”(12).

Así mismo, la coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (Minsa), Irma Ramos, sostuvo que: “Una mujer preparada para su parto tiene menos riesgo de muerte, debido a que conoce los signos de alarma y puede acudir a tiempo a un centro de salud, por lo que es importante que asista a por lo menos seis atenciones prenatales y a las sesiones especiales que se le programan, también se enseña la fisiología del parto para disminuir el temor, las posiciones en el momento del de dar a luz, incluido el parto vertical. Además, aprenden a realizar su plan de parto, lo que asegura el autocuidado y parto institucional seguro, también subraya la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, por ser el mejor alimento para el bebé que

lo protege de enfermedades infecciosas y asegura su desarrollo y crecimiento óptimo”(13).

Agregando los beneficios de la educación maternal: Los recién nacidos de madres que han realizado psicoprofilaxis obstétrica establecen con mayor frecuencia contacto piel a piel y mayor conducta de apego materno(14). Y las mujeres que han realizado educación maternal tienen dos veces más posibilidades de tener un recién nacido pequeño para su edad gestacional y siete veces más de complicaciones neonatales tempranas(15).

A nivel nacional según reportes estadísticos del Ministerio de Salud, se observó que en el año 2005 al 2008 se registra sólo el 10, 1% de gestantes que terminaron el programa de psicoprofilaxis, en el interior, la ciudad de Tacna se registra un 40% de gestantes con psicoprofilaxis obstétrica, Junín el 20%, Lima 12,6%, Ayacucho 6,4% y San Martín con la cifra más baja 1,2%(16).

El CAP III Metropolitano que queda ubicado en el paseo cívico de la ciudad de Tacna, brindando atención primaria , durante el año 2016, se registró 248 gestantes atendidas de Enero a Julio, de las cuales 144 gestantes participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica. Sin embargo, se observa que la mayoría de gestantes a las que se invitaba a las clases, acudían en un inicio, pero a medida que

se realizaban las posteriores clases, no todas culminaban sus sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. Es así que habían gestantes que cumplían con todas las sesiones y habían gestantes que no terminaban de culminar con todas las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

Analizando estos dos puntos de vista, vino a mí el interés de tener una evidencia objetiva comparando estas dos situaciones con el registro y el análisis de los resultados materno perinatales.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica en el CAP III Metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016?

1.2.2. Problemas específicos

- a) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta?
- b) ¿Cuáles son las características obstétricas de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta?

c) ¿Cuáles son los resultados maternos, en cuanto a las características del parto, de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta?

d) ¿Cuáles son los resultados perinatales, en cuanto a las características del recién nacido de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica en el CAP III Metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

a) Determinar las características sociodemográficas de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta.

b) Determinar las características obstétricas de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta.

c) Determinar los resultados maternos, en cuanto a las características del parto, de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta.

d) Determinar los resultados perinatales, en cuanto a las características del recién nacido, de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta.

1.4. Justificación e importancia

Se encontró que en el CAP III Metropolitano no se ha desarrollado profundamente estudios de investigación que se relacionen con las clases de psicoprofilaxis obstétrica que se brindan en dicho establecimiento, por lo cual se ha visto conveniente el desarrollo de esta investigación puesto que nos permitirá conocer los resultados materno perinatales de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica en comparación de las gestantes con preparación incompleta; considerando como gestante preparada, a las pacientes que asistieron a siete sesiones y gestante con preparación incompleta, a aquellas pacientes que tienen menos de siete sesiones y cuyos partos hayan sido atendidos en el Hospital Daniel Alcides Carrión. Al obtener dichos resultados, podrá servir como marco de referencia documental para futuras investigaciones relacionadas con el tema, además de aportar conocimientos propios que servirán de sustento a los profesionales que trabajan en el CAP III Metropolitano y mejorar la planificación, diseño u organización del programa de psicoprofilaxis obstétrica.

Por todo esto, se considera que el programa de psicoprofilaxis obstétrica, dado en el CAP III Metropolitano, debe tener una mayor difusión por el personal de salud para concientizar y demostrar a la

población los importantes beneficios que brinda la psicoprofilaxis obstétrica y así disminuir las tasas de morbimortalidad materno-perinatal.

1.5. Hipótesis

Por ser un estudio descriptivo no se consideró hipótesis.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

a) En el ámbito internacional

Guerrero Oleas, JE. y Paguay Vargas, CV., (2013), investigaron sobre: “Beneficios maternos perinatales asociados a la psicoprofilaxis obstétrica en embarazadas atendidas en el centro de salud de Guano, Abril 2012-2013”, Quito-Ecuador. Cuyo Objetivo fue: Determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de salud de las embarazadas, así como su secuencia de atención prenatal durante el período Abril 2012-2013. Los resultados mostraron que la edad promedio de las usuarias fue de 29 a 32 años, 8 personas que equivale al 34% esta cifra es muy importante ya que nos permite conocer que las embarazadas estaban dentro de la edad óptima para embarazarse, con un estado civil de casada con el 83,1%, con grado de instrucción secundaria el 39% de pacientes, con ocupación de ama de casa siendo esta el 57% del total, el 48% de las pacientes era su primer embarazo el 30% de las mismas era su segundo embarazo y de estas pacientes ninguna recibió nunca

psicoprofilaxis durante su embarazo anterior. El 57% de pacientes no tuvieron ningún parto por lo que fue ideal para realizar un programa de psicoprofilaxis. En el 74% de los casos terminaron en parto normal mientras que el 26 terminó en cesárea. Ninguna de las pacientes consumía bebidas alcohólicas y ningún tipo de drogas por lo que no sería un factor de riesgo para su embarazo. En el 91% de los casos el período de dilatación fue menor que lo normal. En el 78 % de los casos en el expulsivo el tiempo fue menor. El 65% de las pacientes tuvo una duración de 5 min durante el periodo de alumbramiento. En la mayoría de las pacientes no fue necesaria la realización de episiotomía. En el 74% de los casos no se presentó ninguna complicación. El apgar del recién nacido en el 100% de los pacientes estuvo dentro de lo normal. Concluyendo que el 98% de madres con psicoprofilaxis no presentan complicación alguna frente al 22% de madres sin psicoprofilaxis, que si presentaron complicaciones(17).

Oyuela García, J. y Hernández Herrera, R.J., (2010), investigaron sobre: "Psicoprofilaxis e índice de cesáreas", Monterrey-México. Con el objetivo de evaluar la eficacia de un programa PPP y su impacto en los resultados perinatales y en la

reducción del índice de cesáreas. Este estudio tuvo como resultado que: en los grupos de PPP y control, respectivamente, 35 y 49,5 % culminaron en cesárea ($p < 0,02$, RM = 1,8, IC = 1,1-2,9); 13 y 21 % tuvieron complicaciones en el embarazo ($p = 0,09$, RM = 0,56); 9 y 23 % presentaron complicaciones en los recién nacidos ($p < 0,02$, RM = 0,33). El apego al programa de PPP con tres o más sesiones fue de 70 %. Las madres y recién nacidos internados del grupo control tuvieron 17 y 171 días más de estancia hospitalaria, respectivamente. Concluyendo que las mujeres con PPP tuvieron menos cesáreas, complicaciones y días de estancia hospitalaria(18).

b) En el ámbito nacional

Zorrilla Mechato, GK., (2016), realizó el estudio denominado: “Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (Fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores, Junio-Agosto 2015”, Lima-Perú. Cuyo Objetivo fue: Determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto. Los resultados mostraron que la dilatación en primíparas con preparación en psicoprofilaxis fue

< 8 horas (82,4%) vs las que no llevaron preparación psicoprofiláctica (62,4%), que fue en un promedio de 8 a 12 horas. La duración en multíparas fue < 6 horas 89.5% vs a las multíparas sin preparación 42,9%. La duración del período expulsivo en primíparas fue < 50 min (88,2%), vs las no preparadas 13,6% ,en las multíparas fue < 20 min 94,7% vs 38,1 en las no preparadas .El 100% de los recién nacidos de las primíparas con preparación en psicoprofilaxis tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto minuto de vida vs 62,5%de los recién nacidos de las primíparas sin preparación. El 100% de los recién nacidos de las multíparas con preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto minuto Vs 61.9% de los recién nacidos de las sin preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 7. Concluyendo que la preparación psicoprofiláctica a las gestantes beneficia positivamente durante el proceso de trabajo de parto y al recién nacido a diferencia de las no preparadas(19).

Poma Capcha, R. y Rojas Carhuamaca, FN. , (2016), investigaron sobre: Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes durante el proceso de trabajo de parto y en el recién nacido en el C.S de Chupaca de Julio a Diciembre 2015, Huancayo-

Perú. Cuyo objetivo fue: Determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes durante el trabajo de parto y en el recién nacido en el centro de salud de Chupaca. Los resultados mostraron: Si existen beneficios significativos durante el proceso de trabajo de parto y recién nacido en el C.S. Pedro Sánchez Meza, con una adecuada asistencia de las gestantes un 61,5% a las sesiones de psicoprofilaxis, con un tiempo menor de 8 horas de duración del periodo de dilatación en un 72,4% en nulíparas, menor de 6 horas 94,4% en multíparas, con tiempo de periodo expulsivo menor de 20 minutos en un 83,3% en multíparas y un tiempo menor 60 minutos en nulíparas en 100%. Mas partos eutócicos en el 89,2% de las gestantes, el tipo de parto que se encontró es el parto eutócico en 80,6%, menor índice de sufrimiento fetal en el 95,4%, Apgar al minuto y a los 5 normal en el 100%, y contacto piel a piel (madre - hijo) en un 100%.Concluyendo que si existen beneficios significativos durante el proceso de trabajo de parto y recién nacido en el C.S. Pedro Sánchez Meza(20).

Barriga Valderrama, MA., (2016), realizó el estudio denominado: “Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la evolución del trabajo de parto en gestantes nulíparas atendidas en

el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2012 – 2015”, Arequipa-Perú. Cuyo objetivo fue: Determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la evolución del trabajo de parto en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado. Los resultados mostraron: Se encontraron 21 gestantes que cumplieron con el programa de psicoprofilaxis y se incluyeron 39 controles. La edad promedio de las gestantes con psicoprofilaxis fue de $25,95 \pm 5,02$ años y para las que no recibieron psicoprofilaxis fue de $23,82 \pm 3,64$ años, sin diferencias significativas entre ambos grupos ($p > 0,05$). La duración de la fase activa en el 5,13% de casos gestantes sin psicoprofilaxis duró de 2 a 4 horas, mientras que esta duración se observó en 38,10% de gestantes con psicoprofilaxis ($p < 0,05$); la tendencia se ve también al comparar la duración promedio ($4,84 \pm 2,48$ horas en el primer grupo, $5,49 \pm 1,66$ horas en el segundo; $p = 0,06$). Hubo una significativa menor duración del período expulsivo en el grupo con psicoprofilaxis (61,90% tuvo duración menor a los 15 minutos), mientras que en el grupo sin psicoprofilaxis la mayoría (53,85%) tuvo un expulsivo entre 15 y 30 minutos, siendo la diferencia significativa ($p < 0,05$). La duración promedio en el primer grupo fue de $17,86 \pm 10,69$ min y en el segundo fue de $24,21 \pm 14,42$ min ($p < 0,05$). El puntaje Apgar al

primer minuto en la mayoría fue de 8 a 9 ($p > 0,05$), tendencia que continuó a los 5 minutos. Concluyendo que la psicoprofilaxis obstétrica contribuye a disminuir de manera significativa la duración de la fase activa del trabajo de parto y del período expulsivo, aunque no influye sobre el puntaje apgar del recién nacido(21).

Salazar Campos, RM. ,(2015), realizó el estudio denominado: “Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao”, Lima-Perú .Cuyo objetivo fue: Valorar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.Los resultados mostraron que con las pruebas de hipótesis y un nivel de significación de 0,05 se puede afirmar que existe una diferencia significativa entre las que desarrollaron habilidades respiratorias y de relajación en las embarazadas que recibieron el programa educativo con las que no recibieron; sin embargo, no existe evidencia significativa para aceptar que hay diferencias significativas entre las que desarrollaron habilidades para el control de ansiedad. La media del trabajo de parto en las que recibieron la educación

psicoprofiláctica es de 5 hrs. 54 minutos; mientras que para los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica es mayor con 10 hrs. 52 minutos. El 65% de las embarazadas que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica presentaron desgarros, mientras solo el 48% de las que si recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica presentaron desgarros. En cuanto a los resultados del recién nacido, el valor mínimo y máximo al minuto y a los 5 minutos fue de 4 y 7 respectivamente en los recién nacidos de las embarazadas que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica; mientras para las que si recibieron la educación de psicoprofiláctica obstétrica fue de 7 y 8 respectivamente. Así mismo, la media, en ambos grupos control y experimental al minuto y a los 5 minutos, fue de 8 y 9 respectivamente. La variabilidad (desviación estándar) en general fue menor en el grupo experimental. Concluyendo que la educación psicoprofiláctica obstétrica se asocia a resultados materno perinatal favorables, manifestados sobre todo en el control de respiración, relajación(22).

Zurita Muñoz, ME., (2015), investigó sobre: “Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Hospital de Vitarte, 2015”,Lima-

Perú. Cuyo objetivo fue: Determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Hospital Vitarte durante el período de febrero del 2015. Los resultados mostraron que el 63,4% son multíparas; el 36,5%, nulíparas del 100% de gestantes nulíparas; el 66,7%, una duración del período de dilatación entre 8-12 horas, seguida de un 23,3% con una duración menor a 8 horas; del 100% de gestantes multíparas el 50,0% tuvo una duración del período de dilatación entre 6-8 horas, seguida de un 5,8% con una duración menor a 6 horas; en el 100% de las gestantes no se usó medicación analgésica ni anestésica; en cuanto a la duración del período expulsivo, el 100% de gestantes nulíparas tuvo una duración del período expulsivo menor a 50 minutos, del 100% de gestantes multíparas el 96,15% tuvo una duración del período expulsivo menor a 20 minutos; el 73,2% de gestantes tuvo un tipo de parto eutócico; con respecto a las membranas y color del líquido amniótico, el 62,20% presentaron membranas integra hasta el período expulsivo, el 31,71% presentó membranas rotas y color del líquido amniótico claro; con respecto al recién nacido, el Apgar al primer minuto de vida, el 96,1% presentó un Apgar de 8-10 y en cuanto al Apgar a los cinco minutos, el 98,78% presentó un Apgar de 8 a 10; el 98,78%

presentaron un peso entre 2 500 gr y <4 000 gr, lo que indica normalidad y en el 62,2% de recién nacidos se realizó el contacto precoz piel a piel. Concluyendo que no se obtuvo beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido, debido a que el estudio fue un estudio que tuvo ciertos criterios de inclusión limitados a lo normal(23).

Tafur Rodas, MT. , (2015), realizó el estudio denominado: “Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Marzo a Mayo del 2015”.Lima-Perú.Cuyo objetivo fue determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal. Los resultados mostraron: Las actitudes de las gestantes que recibieron psicoprofilaxis obstétrica de emergencia frente a las que no recibieron fueron estadísticamente significativas durante el período de dilatación ($p<0.001$), expulsivo ($p<0.001$) y alumbramiento ($p<0.001$). En cuanto a la duración del trabajo de parto en el grupo con y sin intervención de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia:

La duración promedio del período de dilatación fue mayor en el primer grupo (10.08 horas) que en el segundo grupo (9.55 horas); la duración promedio del período expulsivo fue ligeramente menor en el grupo con intervención que en el grupo control (Grupo 1: 14.77 min; Grupo 2: 15 min). El grupo con psicoprofilaxis de emergencia tuvo una duración promedio de alumbramiento de 6.37 min, mientras que el grupo control tuvo 5.97 min. La duración promedio del trabajo de parto fue de 10.47 horas en el grupo de intervención y en el grupo control fue de 9.90 horas. Asimismo, las primigestas que recibieron psicoprofilaxis de emergencia tuvieron una actitud positiva (56,6%) durante el trabajo de parto en comparación con las pacientes del grupo que no recibió la intervención, pues ninguna presentó una actitud positiva, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). Concluyendo que la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia influye de manera significativa ($p < 0,001$) en la actitud positiva frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas (24).

Llave Reducindo, E., (2014), realizó el estudio denominado: "Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP durante el año 2013", Lima-Perú. Cuyo objetivo fue: Comparar los

resultados materno-perinatales de las pacientes que participaron del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP. Los resultados mostraron que la edad promedio de las usuarias fue de 27.29 años, con grado de instrucción secundaria (65,7%). El 66,2% de las participantes asistió a seis sesiones y el 33,8% asistió a menos de tres sesiones de psicoprofilaxis. El 72% de las pacientes que participaron de 6 sesiones de psicoprofilaxis y el 78,5% con menos de tres sesiones, tuvieron un parto vaginal. La mayor proporción de pacientes con seis y menos de tres sesiones de psicoprofilaxis tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo (70,8% y 64,4% respectivamente). A la mayoría de las participantes de seis sesiones de psicoprofilaxis (58,8%) y menos de tres sesiones (59,2%) se les realizó episiotomía. La analgesia epidural fue aplicada al 25,3% y al 16% de las pacientes (seis sesiones y menos de tres sesiones). La duración promedio del primer período del parto en el grupo de pacientes con seis sesiones y con menos de tres sesiones de psicoprofilaxis fue similar. La duración promedio del segundo período de parto en aquellas pacientes del primer grupo fue ligeramente mayor (0.24 horas) comparado con el segundo grupo (0.22 horas). La duración promedio del tercer período de parto en las participantes con seis sesiones fue menor (0.10 horas) que las

participantes con menos de tres sesiones (0.11 horas). El resultado de peso del recién nacido fue similar en ambas participantes entre 2500 gr a 3999 gr (6 sesiones: 92,8% y menos de tres sesiones: 94,1%). Hubo mayor porcentaje de recién nacidos con peso \geq 4000 gr en el grupo de pacientes con menos de tres sesiones (5,9%) en comparación al grupo de pacientes con seis sesiones (4,9%). La talla del recién nacido en ambos grupos se encontró entre 49.6-55 cm (seis sesiones: 65,9% y menos de tres sesiones: 72,6%), con Apgar al minuto de 7 a 10 (96,6% en recién nacidos de pacientes con seis sesiones de psicoprofilaxis y 91,1% en recién nacidos de pacientes con menos de tres sesiones). La mayoría de pacientes con seis sesiones educativas (72,7%) y con menos de tres sesiones (66,7 %) tuvieron contacto piel a piel con los recién nacidos. Concluyendo que El inicio de trabajo de parto espontáneo, el parto vaginal, la duración del periodo de dilatación y del expulsivo fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y las que participaron en menos de tres sesiones; sin embargo la duración del período de alumbramiento fue menor en el grupo que participó de las seis sesiones ($p=0,009$). Los resultados perinatales como el peso, la talla, el apgar a los cinco minutos y el contacto piel a piel fueron similares en las usuarias que completaron

las seis sesiones y en las que participaron en menos de tres; sin embargo, el apgar al minuto fue significativamente mayor en el primer grupo ($p=0,014$)(25).

Gardeña Torres, S. (2010) investigó sobre: “Psicoprofilaxis Obstétrica: Su influencia durante la labor de parto en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, ESSALUD, Villa El Salvador, Noviembre – Diciembre 2009”.Lima-Perú.Cuyo objetivo fue determinar la influencia de la preparación psicoprofiláctica obstétrica en las gestantes en labor de parto del Hospital Uldarico Rocca Fernández-EsSalud, de Villa El Salvador entre noviembre y diciembre de 2009. Los resultados mostraron que: Se observó en las gestantes con preparación que el tiempo de duración de la dilatación fue de 5 a 8 horas en el 72,9% de los casos; el tiempo de expulsivo de 1 a 15 minutos en el 91,7%; y el apgar del recién nacido de 9 a 10 en el 83,3%, resultados mejores que en las gestantes sin preparación. Iguales resultados positivos se hallaron en las gestantes con preparación sobre la valoración obtenida durante la relajación: bueno (45,8%); respiración profunda y lenta: muy bueno (54,1%); respiración de jadeo: muy bueno (62,5%); y durante la técnica de pujo: muy bueno (45,8%). La actitud y colaboración obtenida en

gestantes con preparación fue muy buena (75%) en comparación con las no preparadas. Concluyendo que la psicoprofilaxis obstétrica influye en los resultados de las gestantes preparadas durante la labor de parto(26).

c) En el ámbito local

Valle Cohaila, V., (2006), investigó sobre: “Programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann”, Tacna-Perú. Los resultados mostraron que: Las gestantes en estudio se encuentran entre las edades de 20-24 años, siendo este el 58,82% y un 17,66% entre los 15 -19 años; predominando el estado civil de conviviente con un 64,71%, en segundo lugar casada con 29,41% y un 5,88% son solteras; teniendo un grado de instrucción de secundaria completa en un 41,18% seguido de 29,41% con superior no universitario. Las gestantes en estudio, antes de iniciar las sesiones de psicoprofilaxis tenían un nivel de conocimientos previos malos el 58,82%, conocimientos regulares el 35,29% y el 5,88% conocimientos buenos. Después que nuestras gestantes recibieron las 6 sesiones de preparación para el parto, obtuvieron conocimientos teóricos y prácticos que arrojaron los siguientes

resultados: bueno un 88,24%, regular 11,76%. En cuanto a la actitud el resultado fue bueno en los períodos de dilatación, expulsivo, alumbramiento, resaltamos que el período expulsivo fue corto (menos de 15 minutos) en un 94,12% de ellas(27).

2.2. Base Teórica

2.2.1. Historia de la psicoprofilaxis en gestantes

La historia de la preparación para el parto empieza en el año 1908 en Estados Unidos, cuando la Cruz Roja ofrecía clases sobre el cuidado de la madre y su bebé como parte de los cursos de salud en el hogar(28). A principios del siglo XX, empezaron las primeras experiencias en búsqueda del alivio del dolor durante el parto, tal como lo describió en 1914, el médico Grantly Dick – Read desde 1919 comienza a estudiar lo que el mismo llamaría “el problema del progreso” a partir de las aportaciones respecto al tormento, mutilación y muerte en los partos que hicieron los doctores Simpson, Semelweis, Lisser, Pasteur y Ballantyne, ya que la misma mujer, bajo anestesia para aliviarle el dolor, le privaban de la misma consciencia y de la emoción que toda mujer siente al dar a luz a su propio hijo. Después de muchas observaciones en zoología, biología y fisiología por parte del doctor Grantly Dick

Read, en 1933, expresa que ninguna ley natural puede justificar el dolor en el parto, es por ello que propugna, por una parte, eliminar el miedo o temor con la confianza y el conocimiento, eliminando la tensión controlándola con la respiración y los ejercicios musculares de modo que se ablanden las fibras circulares y longitudinales del cuello del útero(29).

Desde 1923, el fisiólogo y psicólogo Ivan Pavlov quien propone la teoría: El dolor es una reacción condicionada por estímulos sociológicos, religiosos y culturales. Pretenden de esta manera, el descondicionamiento, intentando separar el miedo al parto, de las contracciones; mediante la información, ideas positivas sobre la maternidad, técnicas activas de respiración que precisen esfuerzo y concentración, y la lucha con otra sensación de dolor a través de la relajación(30–32). El obstetra francés Fernand Lamaze, en el año 1952, mediante una información adecuada y tomando en cuenta la información base de Read y Pavlov, busca eliminar miedos y supersticiones así como la formación de reflejos condicionados contracción – respiración para disminuir el dolor(33).

En 1951, el sistema soviético de psicoprofilaxis fue conocido en países de Europa y Asia, como Bulgaria,

Checoslovaquia, Polonia, Hungría y la República Popular de China. Por ese tiempo también el papa Pío XII lo autorizó como medio para dar a luz. En 1960 ya se aplicaba en 42 países de Europa, Asia, África, América del Sur, Norteamérica y Australia(34).

En el Perú, Lucio Castro Medina, en 1953 publicó un artículo sobre la preparación psicofísica de la gestante en la Revista Peruana de Obstetricia. Luego en 1958 publicó otro artículo sobre el tema y en 1966 editó: " Psicoprofilaxis, bases neurofisiológicas, psicosomáticas y bioquímicas del método psicoprofiláctico en las atenciones del parto " (35). Leboyer, en 1975 introduce el concepto de nacimiento no violento, en silencio y a oscuras. Kitsinger, en 1980, habla del abordaje del trabajo de parto con confianza con un enfoque adaptativo(36).

Caldeyro Barcia, en 1980 de la escuela de Montevideo introdujo el concepto de parto humanizado, se basó en aspectos psicológicos como la educación, entrenamiento y psicoprofilaxis de la madre y el padre, así como en la participación familiar en el nacimiento(37).

El desarrollo de la psicoprofilaxis en el Perú, se inicia formalmente desde 1995 en que el Ministerio de Salud (Minsa)

publica las Normas Técnico Administrativas de atención integral de la salud materno perinatal y por primera vez se contempló la educación psicoprofiláctica como una actividad reconocida para la atención de la gestante, señalando al obstetra como el responsable de esta labor(38,39).

En mayo de 1996;se realizó en Lima el primer Congreso Internacional de PPO organizado por la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica(ASPPO),congregando a más de 500 profesionales y con quienes se compartió información e iniciativas para el desarrollo de la PPO en el Perú y en América latina, uniendo fuerzas con el MINSA para articular algunas estrategias técnicas para instaurar la PPO en diferentes regiones del país y en 1997,se publicó el primer documento técnico para la capacitación de obstetras a nivel nacional(40),con el objetivo de ofrecer a todos los establecimientos de salud, atención integral a la población gestante. En 1998,ASPPO publica el primer manual de PPO(41),con el objetivo de difundir y brindar una herramienta de conocimiento a todos los profesionales de obstetricia.

Con el paso del tiempo, se han ido desarrollando muchas actividades, en la cual los establecimientos público y privados han incorporado la psicoprofilaxis obstétrica como parte de su

atención integral de la gestante, marcándose así una nueva era para la psicoprofilaxis obstétrica y para la salud de las madres y bebés en el Perú(39).

2.2.2. Psicoprofilaxis obstétrica: Concepto e importancia

Según el MINSA (2011):“La psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar”(42).Siendo el objetivo de la psicoprofilaxis ,preparar a la gestante, física, psicológica y socialmente a través de actividades educativas, para lograr en ella conocimientos y actitudes adecuadas que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad durante la gestación, parto, post parto y lactancia.

“Es de gran importancia la psicoprofilaxis obstétrica, porque prepara psicológicamente a la futura madre, evitando que llegue a una inestabilidad psíquica motivada por la tensión, ansiedad y la falta de entendimiento o conocimiento de las

distintas fases del parto. El dolor de un parto normal puede ser disminuido si se logra que la gestante llegue sin temor ni inquietudes al proceso del parto, para lo cual no se requiere medicamento alguno”(43).

2.2.3. Fundamentos de la psicoprofilaxis obstétrica

a) “Fundamento Cognitivo: Los conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología del embarazo, parto y post-parto le permiten comprender los cambios en su organismo durante estas etapas, detectando riesgos y actuando oportunamente; así mismo sabrá cómo evoluciona su bebe y le permitirá darle el mejor cuidado, atención y estimulación, incorporando en este proceso al padre y/o entorno familiar.

b) Fundamento Psicológico: Una adecuada orientación y motivación ayudara a la gestante a sentirse más contenta ,tranquila y segura, durante esta etapa, permitiéndole disfrutarla al máximo, venciendo los temores e ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor, comprendiendo también los cambios de estado de ánimo, emociones y sentimientos.

c) Fundamento Físico: El cuerpo necesita un buen entrenamiento para responder con el mínimo esfuerzo el día del

parto, para lo cual debe realizar gimnasia obstétrica pre-natal. La práctica de ejercicio físico mejora la condición cardiovascular y muscular, favorece la corrección postural y evita un aumento excesivo de peso, lo que proporcionara a la embarazada una mejor condición física general y le permitirá enfrentarse al trabajo del embarazo y parto con menos riesgos”(44).

2.2.4. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica

a) “Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la madre:

- Menor grado de ansiedad en la madre, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva.
- Adecuada respuesta 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 de parto, evitando innecesarias y repetidas evaluaciones previas.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva.

- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos en general
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto
- Ampliará 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
- Mejora la lactancia sin complicaciones
- Menor incidencia de depresiones post parto”(42).

b) “Beneficios de la psicoprofilaxis en el bebé:

- Mejor curva de crecimiento intrauterino
- Mejor vínculo prenatal
- Menor índice de sufrimiento fetal
- Menor índice de complicaciones perinatales
- Menor índice de prematuridad
- Mejor peso al nacer
- Mejor estado (Apgar)
- Mayor éxito con la lactancia materna

- Mejor crecimiento y desarrollo”(45).

2.2.5. Bases doctrinarias de la psicoprofilaxis obstétrica

a) “Escuela Inglesa: Dr.Granthy Dick Read:

- **Postulado:** El temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal.
- **Fundamentos Teóricos y Prácticos:**
 - Se instala un círculo vicioso de temor-tensión-dolor.
 - Read sintetiza su concepto diciendo que cuando la mujer esta tensa, el cuello uterino también esta tenso y cuando la mujer esta relajada, el cérvix uterino está blando.
 - El antídoto del temor es la educación de la mujer para infundirle confianza y el antídoto de la tensión es la relajación.
- **Para romper con el circulo temor-tensión-dolor,Read utiliza:**
 - Medios educativos consistentes en nociones de anatomía y fisiología de proceso reproductivo, haciendo énfasis en la naturalidad de dicho proceso y en goce que implica la maternidad.
 - Ejercicios respiratorios, cuyo fin es satisfacer los mayores requerimientos de oxígeno, madre e hijo.

- Ejercicios de relajación mental y física.
- Gimnasia adecuada, conducente a obtener mayor soltura osteoarticular y muscular”(46).

b) “Escuela Soviética: Platanov, Velvovsky:

- **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.
- **Fundamentos Teóricos y Prácticos:**
 - Se basa en los experimentos de Pavlov en la cual nos dice que existen dos tipos de reflejos: Los reflejos incondicionados y los reflejos condicionados.
 - Los reflejos incondicionados aparecen en los primeros meses de vida, no se modifica a lo largo de la vida y en su arco reflejo no interviene la corteza cerebral.
 - Los reflejos condicionados se adquieren en el curso de la existencia, no se conservan a lo largo de la vida ya que se pueden modificar o perder si no son reforzados; la corteza cerebral interviene en su arco reflejo y responde a cualquier estímulo.
 - En el hombre se observan este tipo de reflejos, los cuales se forman con cualquier estímulo, con el agregado de la palabra.

Los excitantes como la luz, el sonido, el calor, la electricidad, etc. constituyen lo que se denomina primer sistema de señales, ellos son capaces de condicionar al hombre.

- La escuela rusa aplicó la teoría de los reflejos condicionados al método psicoprofiláctico, teniendo en cuenta los frenados.
- Todo excitante que llega a la corteza trata de propagarse como las ondas formadas en un lago por la caída de una piedra, rápidamente las células nerviosas frenan estas ondas y las vuelven a concentrar en el sitio de la excitación, para producir una acción.
- Cerebro cerrado: Cuando un excitante llega al sitio de la corteza cerebral donde existe un frenado, la célula nerviosa no recibe la excitación. Ejemplo: La persona que está leyendo detenidamente un libro, no se da cuenta de los ruidos de la calle.
- Cerebro abierto: Es aquel que está recibiendo al mismo tiempo todos los excitantes que lleguen. Ejemplo: Una persona que va por la calle oye pitos, ve las personas, saluda al amigo, observa los desperfectos de la calle, etc.

- La comprensión del mecanismo del frenado y de las leyes del cerebro abierto y cerrado sirve para explicar la aplicación de la educación física y psíquica de la embarazada.
- 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.
- Existen dos causas del dolor en el parto: Anatomofuncionales y psíquicas, ambas estrechamente relacionadas.
- Entre las causas anatomofuncionales tenemos: La dilatación del cuello uterino, distensión del peritoneo y ligamentos del útero, contracciones intensas ante obstáculos para el paso del feto; ello produce isquemia y alteraciones metabólicas; alteración del quimismo de los tejidos.
- Las causas psíquicas del dolor del parto son aquellos factores que condicionan en definitiva la aparición de la sensación dolorosa. A causa de diferentes relatos que la mujer ha recibido acerca del parto doloroso se ha producido en ella un temor y

miedo, los cuales actúan como reflejos condicionados en su corteza cerebral, ocasionando una disminución del umbral del dolor.

- **Preparación psicofísica de la embarazada:**

- Explicar a la embarazada la fisiología del embarazo y el parto.
- Abolir las emociones negativas.
- Preparar físicamente a la embarazada”(32).

c) “Escuela Francesa: Representada por el Dr. Fernand Lamaze:

- **Postulado:** Parto sin dolor por el método psicoprofiláctico.

- **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 método enseña ejercicios de respiración y relajación, estableciendo la respiración jadeante para aliviar el período expulsivo.
- Se integra al esposo de una manera muy importante, tanto en la preparación teórica- práctica, como en el momento del parto”(43).

d) “Escuela Ecléctica: Representado por Frederick Leboyer:

- **Postulado:** Parto sin dolor-Parto sin violencia.
- **Fundamentos teóricos y prácticos:**
 - Dirige su atención hacia el recién nacido, proporcionando las condiciones de un buen nacimiento, desde la óptica del recién nacido.
 - Preparación adecuada de la mujer, para el parto.
 - Para la buena atención del parto es necesario condiciones ambientales: Personal entrenado; lugar de atención del parto adecuado, luz indirecta, fondo musical suave, lenguaje a media voz, evitar ruidos innecesarios del instrumental, ambiente tibio para el recién nacido.
 - Inmediatamente de la salida del niño, antes de cortar el cordón umbilical, introducirlo en un recipiente con agua tibia.
 - Favorecer el momento adecuado, para el encuentro padre madre – hijo”(44).

2.2.6. Programa de psicoprofilaxis obstétrica dirigida a gestantes del CAP III Metropolitano

Las clases de psicoprofilaxis obstétrica se realizaban los sábados distribuidos en dos horarios: De 8:00am-10:00am y de 10:00am a

12:00pm, dirigidos por una obstetra. En total se realizaban 7 sesiones.

I SESION

Parte teórica:

- ¿Qué es la psicoprofilaxis obstétrica?
- Importancia y beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal.
- Taller: Dibujar los órganos internos y externos del aparato reproductor del hombre y de la mujer.
- Anatomía y fisiología de la reproducción humana.

Parte práctica:

- Ejercicios de respiración en la posición parada.
- Ejercicios respiratorios con elevación de los brazos.
- Ejercicios para los músculos de cuello y cabeza.
- Posición sentada sobre la esfera.
- Posición decúbito dorsal y lateral.

II SESION

Parte teórica:

- Desarrollo embrionario y fetal.

- Cambios anatomofuncionales en el embarazo.
- Cuidados del embarazo.
- Signos de alarma durante el embarazo.

Parte práctica:

- Ejercicios de respiración en la posición parada.
- Ejercicios respiratorios con elevación de los brazos.
- Ejercicios para los músculos de cuello y cabeza.
- Balanceo de pelvis.
- Posición sentada sobre la esfera.
- Posición decúbito dorsal: ejercicios para evitar calambres colocando los pies sobre la esfera, flexionando y relajando ambos pies.

III SESION

Parte teórica:

- Contracción uterina.
- Signos del pre-parto.
- Trabajo de parto: Período de dilatación, período expulsivo, período de alumbramiento.

Parte práctica:

- Ejercicios de respiración en la posición parada.
- Ejercicios respiratorios con elevación de los brazos.
- Ejercicios para los músculos de cuello y cabeza.
- Balanceo de pelvis.
- Ejercicios en cuclillas.
- Ejercicio en la posición sentada: posición de sastre.
- Posición sentada sobre la esfera.
- Posición decúbito dorsal: ejercicio elevación de la pelvis.

IV SESION

Parte teórica:

- o Causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto:
 - Erradicación de la triada temor-tensión-dolor.
 - Factores culturales, biológicos y psicológicos que generan dolor en el parto.
 - Reflejos condicionados negativos con el dolor en el proceso del parto.
 - Reflejos condicionados positivos para disminuir el dolor en el parto.

Parte práctica:

- Ejercicios de respiración en la posición parada.
- Ejercicios respiratorios con elevación de los brazos.
- Ejercicios para los músculos de cuello y cabeza.
- Balanceo pélvico en las cuatro extremidades.
- Masajes de relajación: cabeza, hombros y cuello.
- Ejercicios preparatorios para la posición del expulsivo.

V SESION

Parte teórica:

Relajación y Respiración: Respiración y relajación adecuada en las diferentes etapas del trabajo de parto.

Parte práctica:

- Ejercicios de respiración en la posición parada.
- Ejercicios respiratorios con elevación de los brazos.
- Ejercicios para los músculos de cuello y cabeza.
- Ejercicios preparatorios para la posición del expulsivo.
- Ejercicio del pujo.

VI SESION

Parte teórica

- Interrelación de los elementos de fijación: Consiste en una retroalimentación de los conocimientos aprendidos y habilidades adquiridas en las clases previas (intensidad, duración y frecuencia de la contracción, relajación y respiración).
- Signos de alarma en el embarazo y parto, puerperio.
- Reforzamiento del autocuidado de su salud y del niño.

Parte práctica:

- Ejercicios de respiración en la posición parada.
- Ejercicios respiratorios con elevación de los brazos.
- Ejercicios para los músculos de cuello y cabeza.
- Ejercicio de relajación sobre la esfera.
- Posición decúbito dorsal: ejercicio de retención de oxígeno por 30 segundos.
- Ejercicio del pujo.

VII SESION

- Reconocimiento de las instalaciones del hospital (sala de dilatación, sala de partos, centro quirúrgico, hospitalización de obstetricia, ginecología – emergencia).
- Puerperio, cuidados y signos de alarma durante el puerperio
- Importancia de la lactancia Materna.

2.2.7. Parto normal

Según el Dr. Torres Torrija et al(47) nos dice que: Existen diversas definiciones de lo que es el parto, la más corta dice que “el parto es la expulsión del feto”. Pero hay una definición que parece más completa: “El parto es el acto fisiológico de la mujer, en virtud del cual el producto de la concepción ya viable, es desalojado por el útero de su cavidad a través del canal del parto y puesto de esta manera en contacto con el mundo exterior” (p.157).

En relación con lo anterior , Schwartz (48) nos explica las siguientes definiciones con respecto al parto:

- “Parto: Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500g (igual o mayor a las 22 semanas contadas desde el primer día de la última menstruación).

- Parto de término: Es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.
- Parto de pretérmino o parto prematuro: Es el que acontece cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.
- Parto Inmaduro: Se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación.
- Parto de postérmino: Es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más.
- Parto de comienzo espontáneo: Es el que se inicia sin que hayan intervenido agentes externos.
- Parto inducido o provocado: Es el que se inicia por la intervención deliberada de agentes externos.
- Parto normal o eutócico: Es el que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos.
- Parto distócico: Es el que presenta alguna alteración de su evolución.
- Parto de terminación espontánea o natural: Es el que finaliza por la acción de sus fuerzas naturales” (p.431).

2.2.8. Trabajo de parto

“Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos. El trabajo de parto se divide en tres períodos: el primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto, y el tercer período consiste en la salida de los anexos fetales (placenta y membranas) y se lo denomina periodo placentario o de alumbramiento. Las contracciones del musculo uterino suministran la fuerza y presión que borra y dilata el cuello y expulsa al feto y la placenta”(48).

2.2.8.1. Períodos del trabajo de parto

a) “Primer período de dilatación

- Fase Latente:

Desde que empieza a tener contracciones en forma rítmica y regular, hasta llegar a los cuatro centímetros de dilatación cervical.

No debe durar más de 12 horas. Si dura más de 12 horas, descarte sufrimiento fetal y sospeche desproporción cefalopélvica, mala presentación o falso trabajo de parto.

- Fase Activa:

Desde los 4 cm hasta los 10 cm de dilatación cervical. Trazar y observar curva de alerta según partograma de la OMS. Normalmente no debe durar más de 1 hora por cm de dilatación. Si el parto se inclina a la derecha de la línea de alerta, descarte disfunción uterina, sufrimiento fetal y sospeche desproporción cefalopélvica o mala presentación. Debe ser atendida en un servicio con capacidad quirúrgica las 24 horas”(49).

b) “Segundo período expulsivo

Desde los 10 cm de dilatación hasta la salida del feto. No debe prolongarse demasiado ni ocasionar alteraciones en la madre o el feto. Si dura demasiado descarte sufrimiento fetal o sospeche desproporción cefalopélvica o mala presentación.

. Durante este período se debe de descartar la presencia de líquido meconial; evaluar la presencia de cordón umbilical alrededor del cuello; completar la salida del recién nacido; dar atención inmediata al recién nacido y colocar al recién nacido sobre el tórax de la madre por treinta minutos para estimular el pezón lo que ayuda a mejorar la relación madre-hijo y el inicio precoz de la lactancia materna”(49).

En relación al segundo período del parto, Sánchez et al.(50) nos dice que un expulsivo normal no debe superar los 60 minutos en primíparas y los 30 minutos en multíparas.

c) Tercer período alumbramiento

Comprende desde la salida del niño hasta la expulsión de la placenta, este período no debe durar más de 30 minutos.

En todo parto se debe realizar el manejo activo del alumbramiento que reduce la pérdida de sangre en el puerperio inmediato. Si el alumbramiento no ocurre dentro de los 30 min, diagnostique retención de placenta y considere la posibilidad de hemorragia(49).

2.2.9. Episiotomía

Consiste en la sección perineovaginal realizada en el sentido mediolateral o en la línea media(49,p489).

“Realizar episiotomía solo en casos de:

- Periné poco distensibles
- Parto vaginal complicado, podálica, distocia de hombro, parto instrumentado
- Sufrimiento fetal

La episiotomía muy temprano puede ocasionar sangrado excesivo. Efectuar solamente cuando la cabeza distienda el periné”(49).

2.2.10. Desgarro perineal

“Los desgarros son pérdida de continuidad que se producen en las partes blandas del canal del parto, afectando al periné (rafe medio y musculatura del periné, así como vagina). El desgarro puede ser central o lateral”(51).

“El desgarro perineal se constituye por ser la lesión más frecuente ocasionada por el parto, comprometiendo la vagina, vulva y periné en grado variable y extensión diversa”(52).

2.2.11. Cesárea

“Es el nacimiento de un feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y en la pared uterina (histerotomía), ante una situación de peligro de la madre o del feto, o ante la imposibilidad del feto de nacer por vía vaginal.

Cesárea electiva: Cesárea programada durante la atención prenatal.

Cesárea de emergencia: Aquella que se decide de manera imprevista por la presencia de una complicación o patología de

aparición súbita que obliga a la culminación del embarazo en la brevedad posible, pero respetando los requisitos para su ingreso a sala de operaciones.

✓ **Indicación de cesárea absolutas:**

- Cesárea iterativa.
- Cesareada anterior con periodo intergenésico corto.
- Sufrimiento fetal.
- Distocia de presentación (situación podálica, transversa, etc.).
- Desprendimiento prematuro de placenta.
- Placenta previa centro total.
- Incompatibilidad cefalopélvica.
- Estrechez pélvica.
- Prolapso de cordón umbilical.
- Situación transversa.
- Macrosomía fetal.
- Sufrimiento fetal agudo.
- Infección por Herpes activa.
- Tumores obstructivos benignos y malignos.
- Cirugía uterina previa”(53).

2.2.12. Recién nacido

2.2.12.1. Peso

“Como procedimiento de rutina en sala de partos, para medir a un recién nacido se utiliza una balanza de palanca con una capacidad máxima de 10kg con una precisión de +/-10g, los niños deben pesarse desnudos y secos, previa colocación de una toalla descartable de papel sobre la balanza(49,p500)”.

“El peso del recién nacido se ha constituido en una de las variables predictoras de la morbilidad y mortalidad infantil. Cuanto menor es el peso, mayor es la probabilidad de morir durante el primer año de vida”(54).

De acuerdo al peso de nacimiento los RN se pueden clasificar en(55):

- Macrosómico: $\geq 4\ 000$ gr.
- Peso normal: 2 500 a 3 999 gr.
- Bajo peso: 1 500 g a 2 499gr.
- Peso muy bajo: $<1\ 500$ gr.

2.2.12.2. Talla

En sala de partos se debe utilizar un pediómetro portátil (de madera o acrílico) para medir al recién nacido desde el vértice al talón, en decúbito. En el recién nacido a término la talla es de 50 cm +/- 2 cm(56).

2.2.12.2. Puntuación de Apgar

“Este examen expresa la adaptación cardiorrespiratoria y función neurológica del recién nacido (cuadro 11-11). Consiste en la suma de los puntos asignados (0,1 o 2), a cinco objetivos (frecuencia cardíaca, esfuerzo respiratorio, tono, irritabilidad refleja y color). Se realiza al 1º y 5º minuto de vida. En los niños que permanecen deprimidos a pesar de la reanimación, se debe continuar su registro hasta que este sea mayor de 7 puntos (a los 10, 15, 20 minutos, etc.)”(49,p499).

Cuadro11-11 Puntuación de Apgar, 1953 ,1958

Signo	0 puntos	1 punto	2 puntos
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menos de 100	100 o más
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Débil, irregular	Llanto vigoroso
Tono muscular	Flacidez total	Cierta flexión de extremidades	Movimientos activos
Irritabilidad refleja(estímulo nasal)	No hay respuesta	Reacción discreta(muecas)	Llanto, tos o estornudos
Color(piel y mucosas)	Cianosis total. Azul, pálido	Cuerpo rosado, extremidades azules	Todo rosado

Interpretación del puntaje del Apgar:

- 8-10 es normal.
- 4-7 depresión leve–moderada.
- 0- 3 depresión severa.

2.2.12.3. Contacto piel a piel y lactancia materna

“Si el niño y la madre están estables después del parto, se deben poner en contacto directo (piel a piel). Se coloca al RN a nivel de los ojos de la madre, realizar contacto con la mejilla, cara, labios, nariz, se le explica la importancia del inicio temprano de la lactancia materna (dentro de la primera hora de vida) y que le hable a su hijo(a), para estimular la alimentación. Se debe observar el proceso de adaptación del RN a la vida extrauterina: función respiratoria, cardíaca y coloración cutánea. Entre más pronto sea el apego precoz, se logra una lactancia exitosa y más duradera, mejora la adaptación del RN, disminuyen los problemas metabólicos (hipoglucemia, hipo calcemia) y acelera la involución uterina(57)”.

“Mediante la lactancia materna desde el primer día de vida es posible evitar el 16% de las muertes neonatales y hasta un 22% si la lactancia materna comienza durante la primera hora después del nacimiento. En los nacidos por cesárea, con utilización anestesia regional, se puede y se debe iniciar el apego precoz, dentro de la primera hora de vida: la lactancia debe iniciarse”(57).

“La leche materna después de un parto por cesárea llegará tan pronto esté disponible al igual que si hubiera tenido un parto vaginal. Es especialmente importante comenzar a amamantar tan pronto se pueda y continuar amamantando al bebé de forma frecuente para garantizar un buen abastecimiento de leche”(58).

2.3. Definición de términos

- **Psicoprofilaxis obstétrica:** Preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación.
- **Gestante:** Mujer en estado de gravidez, desde la fecundación hasta el parto.
- **Resultados materno perinatales:** Consecuencias o efectos en la madre o del feto/recién nacido al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, orientados a acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto(42).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo de investigación

La investigación es de tipo observacional(59).

3.2. Diseño de la investigación

Se trata de un diseño descriptivo - comparativo, transversal y retrospectivo. Es descriptivo-comparativo porque pretende recolectar información relevante de dos muestras con respecto a un mismo fenómeno luego caracterizar este fenómeno en base a la comparación de los datos recogidos(60). Es transversal porque se estudia las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo y retrospectivo porque se indaga hechos ocurridos en el pasado(61).

3.3. Ámbito de estudio

El ámbito de estudio es en el CAP III Metropolitano, Centro Asistencial de Essalud Tacna, ubicado en el Centro Cívico-Av. San Martín 282.

3.4. Variable de estudio

- Psicoprofilaxis obstétrica
- Características sociodemográficas
- Características obstétricas
- Resultados maternos
- Resultados perinatales

3.5. Operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLE INDEPENDIENTE Psicoprofilaxis Obstétrica	Gestante preparada Gestante con preparación incompleta	7 sesiones <7 sesiones	Ordinal
VARIABLES DEPENDIENTES Características Sociodemográficas	Edad	15-19 años 20-29 años 30-35 años 36 a más	Ordinal
	Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Nominal
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Superior No universitario Superior Universitario	Ordinal
	Ocupación	Independiente Dependiente Estudiante Ama de casa	Nominal
Características Obstétricas	Nº de controles prenatales	Menos de 6 De 6 a más	Ordinal
	Edad gestacional	A termino de 37 a 41 sem	Nominal

	Paridad	Nulípara: nunca ha tenido un parto. Primípara: ha tenido 1 parto Multípara: ha tenido 2,3 a más partos.	Ordinal
Resultados maternos	Inicio de labor de parto	Espontáneo Inducido Conducido Cesárea programada	Ordinal
	Vía del parto	Parto vaginal Cesárea	Nominal
	Duración del período de dilatación	Tiempo en horas y minutos de la primera etapa del parto	Razón
	Duración del período expulsivo	Tiempo de la segunda etapa del parto	Razón
	Duración del período de alumbramiento	Tiempo de la tercera etapa del parto	Razón
	Episiotomía	Si No	Nominal
	Hubo desgarro	Si No	Nominal
Resultados perinatales	Peso	Macrosómico: ≥4 000 gr. Peso normal: 2 500 a 3 999 gr. Bajo peso: 1 500gr. a 2 499gr. Peso muy bajo: <1 500gr.	Razón
	Talla	En centímetros	Razón
	Puntuación Apgar	De 0 a 3(depresión severa) De 4 a 7(depresión moderada) De 8-10(normal)	Ordinal
	Contacto piel a piel	Si No	Nominal
	Lactancia materna	Si No	Nominal

3.6. Población y muestra

3.6.1. Población

La población estuvo constituida por 144 gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica en el CAP III Metropolitano.

3.6.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por 102 gestantes, que fue dividida en dos grupos: 40 gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica y 62 gestantes con preparación incompleta.

Para la selección del grupo de estudio se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que para su selección se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

3.6.3. Criterios de inclusión

- Gestante que haya asistido a 7 sesiones de psicoprofilaxis.
- Gestante que haya asistido a menos de 7 sesiones de psicoprofilaxis.
- Gestante cuyo parto haya sido en el Hospital Daniel Alcides Carrión.
- Gestante cuyo parto sea a término.

- Gestante cuyo parto haya sido por vía vaginal o cesárea.
- Gestación única
- Historia clínica completa

3.6.4. Criterios de exclusión

- Gestante menor de 15 años
- Gestante cuyo parto haya sido atendido en otra institución.
- Gestante cuyo parto sea pretérmino o postérmino.
- Gestante con embarazo múltiple.
- Historia clínicas que no se encontraron o estaban incompletas.

3.6.5. Unidad de análisis

- ✓ Una gestante preparada en psicoprofilaxis obstétrica y cuyo parto haya sido en el Hospital Daniel Alcides Carrión.
- ✓ Una gestante con preparación incompleta en psicoprofilaxis obstétrica y cuyo parto haya sido en el Hospital Daniel Alcides Carrión.

3.7. Métodos, instrumentos y técnicas de recolección de datos

3.7.1. Método de recolección de datos

A través de la observación, se seleccionó del cuaderno de registro del servicio de obstetricia, a todas las gestantes que habían participado de las clases de psicoprofilaxis obstétrica de Enero a Julio en el CAP III Metropolitano del año 2016.

Seguidamente se elaboró una ficha de recolección de datos que fue validada a juicio de expertos, de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación. Para la aplicación de dicho instrumento, se gestionó la autorización de la Dirección del Hospital III Daniel Alcides Carrión de Tacna y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, se seleccionó aquellas historias encontradas y completas de las gestantes que habían participado en 7 sesiones y aquellas que habían participado en menos de 7 sesiones.

3.7.2. Instrumento de recolección de datos

Se utilizó una ficha de recolección de datos, validada por juicio de expertos. (Ver anexo 3).

3.7.3. Técnica de recolección de datos

Técnica utilizada fue documental: La investigación social basada en documentos, se dedica a reunir, seleccionar y analizar datos de otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio(62).

3.7.4. Procedimiento de recolección de datos

Después de obtener el permiso para el acceso de la revisión de historias clínicas en el Hospital Daniel Alcides Carrión, se comenzó a buscar historias de las gestantes que habían dado a luz en dicho hospital y se procedió a identificar los criterios de inclusión y exclusión obteniendo 102 historias clínicas, posteriormente se inició a transcribir todos los datos necesarios de las historias clínicas en la ficha de recolección de datos. Finalmente se enumeró cada ficha de recolección para ser ingresados en una base de datos.

3.7.5. Aspectos éticos

A fin de garantizar la confidencialidad de la información, no se consideró el nombre de las mujeres que participaron del estudio, solo se utilizó el número de historia clínica de cada paciente.

3.8. Procesamiento y análisis estadístico

3.8.1. Procesamiento

Cada ficha fue registrada en una base de datos, por lo cual se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 15.0 para Windows, que permitió la elaboración de tablas simples, de doble entrada y gráficos estadísticos para ser analizados.

3.8.2. Análisis estadístico

Se analizó cada variable según sus características, para las variables cuantitativas se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión. Para las variables cualitativas se determinaron frecuencias absolutas y porcentajes. También se utilizó las tablas de contingencia que permitió cruzar la información de las gestantes que habían participado en 7 sesiones y aquellas que habían participado en menos de 7 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

TABLA 1

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL TOTAL DE GESTANTES QUE PARTICIPARON DE LAS CLASES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Características Sociodemográficas		
Edad Promedio±DS (Min-Max)	28.0±5.9(16- 41)	
	N	%
Edad		
15 a 19	6	5,9
20 a 29	48	47,1
30 a 35	35	34,3
36 a más	13	12,7
Estado civil		
Soltera	8	7,8
Casada	46	45,1
Conviviente	48	47,1
Grado de instrucción		
Secundaria	12	11,8
Superior no universitario	32	31,4
Superior universitario	58	56,9
Ocupación		
Independiente	15	14,7
Dependiente	57	55,9
Estudiante	13	12,7
Ama de casa	17	16,7
Nª de sesiones de Psicoprofilaxis		
7 sesiones	40	39,2
< 7sesiones	62	60,8
Total	102	100,0

Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Según se observa en la Tabla 1, la edad promedio del total de gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica es de 28.0 años, siendo el 47,1% del total de gestantes que se encuentran dentro del rango de 20 a 29 años de edad. Poco menos de la mitad de gestantes (47,1%) es conviviente. Más de la mitad de gestantes (56,9%) tienen un grado de instrucción superior universitario y con respecto a la ocupación, el 55,9% de gestantes tiene un trabajo dependiente.

Por último, con respecto al N° de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, más de la mitad de gestantes (60,8%) participó en menos de 7 sesiones y poco más de la tercera parte (39,2%) participó en 7 sesiones.

TABLA 2

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN EDAD EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Características sociodemográficas	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
Edad	Promedio+DS(Min-Max)		Promedio+DS(Min-Max)	
	27.9±5.7(17 - 40)		28.1±6.1(16-41)	
	Nº	%	Nº	%
15 a 19	4	10,0	2	3,2
20 a 29	17	42,5	31	50,0
30 a 35	14	35,0	21	33,9
36 a más	5	12,5	8	12,9
Total	40	100,0	62	100,0

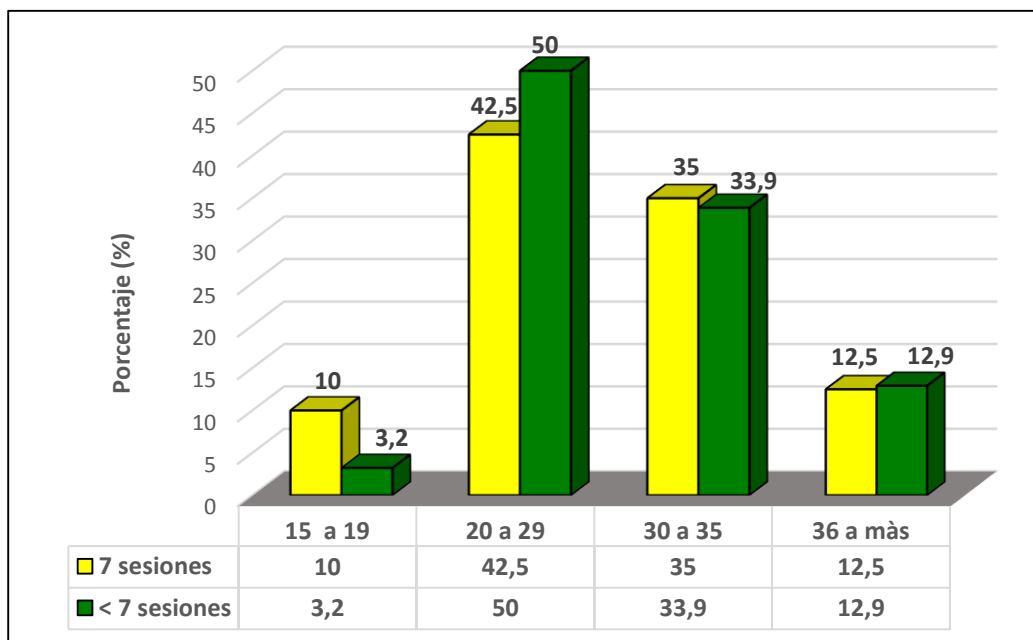
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa, que la edad promedio de las gestantes con siete sesiones fue de 27.9 años similar a la edad promedio de gestantes con menos de siete sesiones 28.1 años. El 42,5% de gestantes con siete sesiones y la mitad de gestantes con menos de siete sesiones (50%) pertenecen al grupo de 20 a 29 años. La décima parte de gestantes con siete sesiones (10%) y el 3,2% de gestantes con menos de siete sesiones pertenecen al grupo de 15 a 19 años de edad.

GRÁFICO 1

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN EDAD EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 1

TABLA 3

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Características sociodemográficas	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	0	0	8	12,9
Casada	22	55,0	24	38,7
Conviviente	18	45,0	30	48,4
Total	40	100,0	62	100,0

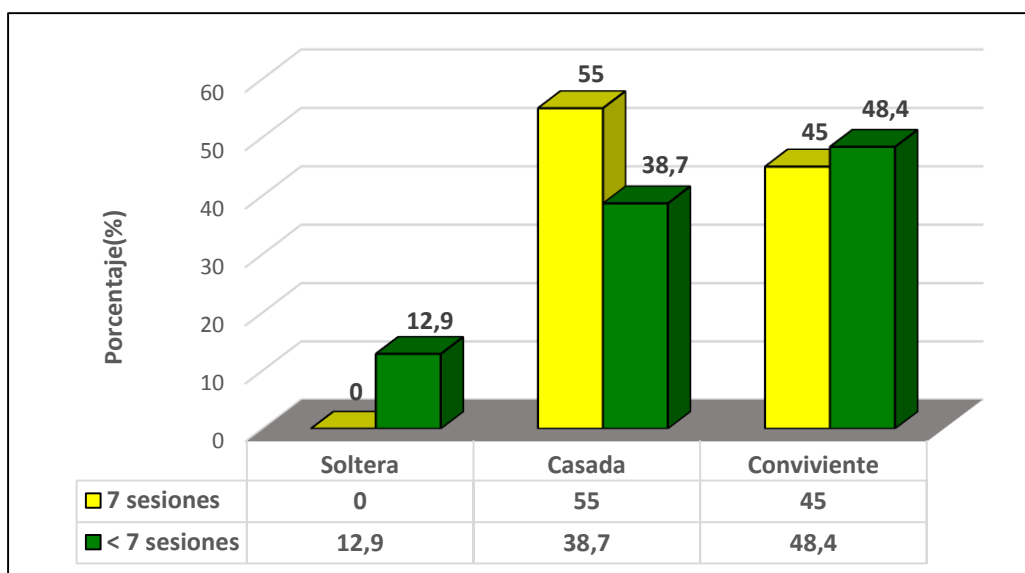
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que más de la mitad de gestantes con siete sesiones (55%) son casadas y menos de la mitad de gestantes con menos de siete sesiones (48,4%) son convivientes.

GRÁFICO 2

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN ESTADO CIVIL EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 3

TABLA 4

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Características sociodemográficas	N ^a de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	N ^o	%	N ^o	%
Secundaria	3	7,5	9	14,5
Superior no universitario	11	27,5	21	33,9
Superior universitario	26	65,0	32	51,6
Total	40	100,0	62	100,0

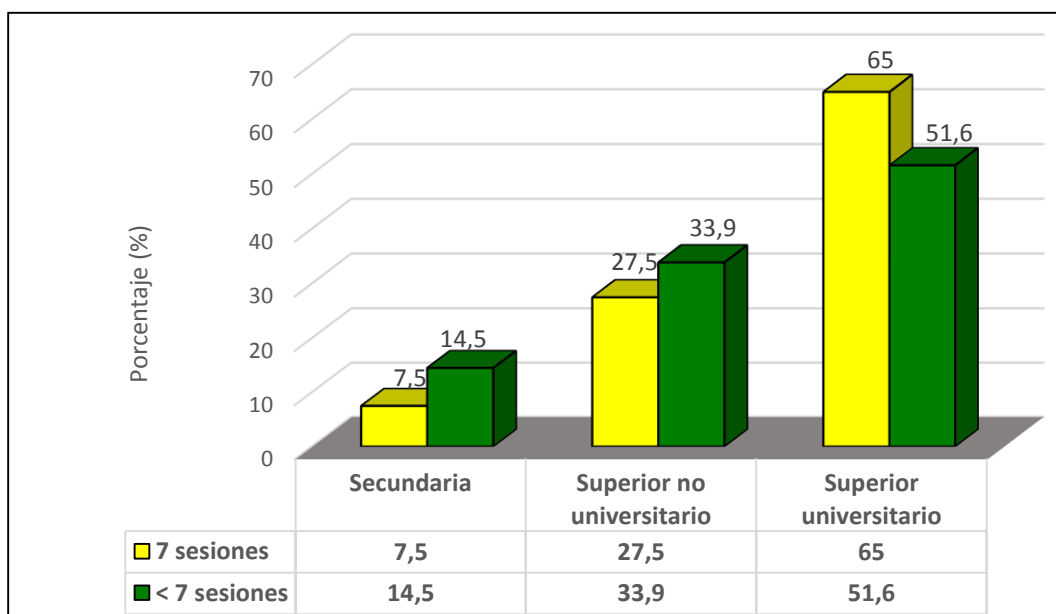
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que el 65% de gestantes con siete sesiones y poco más de la mitad de gestantes con menos de siete sesiones (51,6%) son de estudio superior universitario. El 27,5% de gestantes con siete sesiones y poco más de la tercera parte de gestantes con menos de siete sesiones (33,9%) son de estudio superior no universitario. El 7,5% de gestantes con siete sesiones y más de la octava parte de gestantes con menos de siete sesiones (14,5%) son de nivel secundario.

GRÁFICO 3

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 4

TABLA 5

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN OCUPACIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Características sociodemográficas	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Independiente	6	15,0	9	14,5
Dependiente	25	62,5	32	51,6
Estudiante	4	10,0	9	14,5
Ama de casa	5	12,5	12	19,4
Total	40	100.0	62	100.0

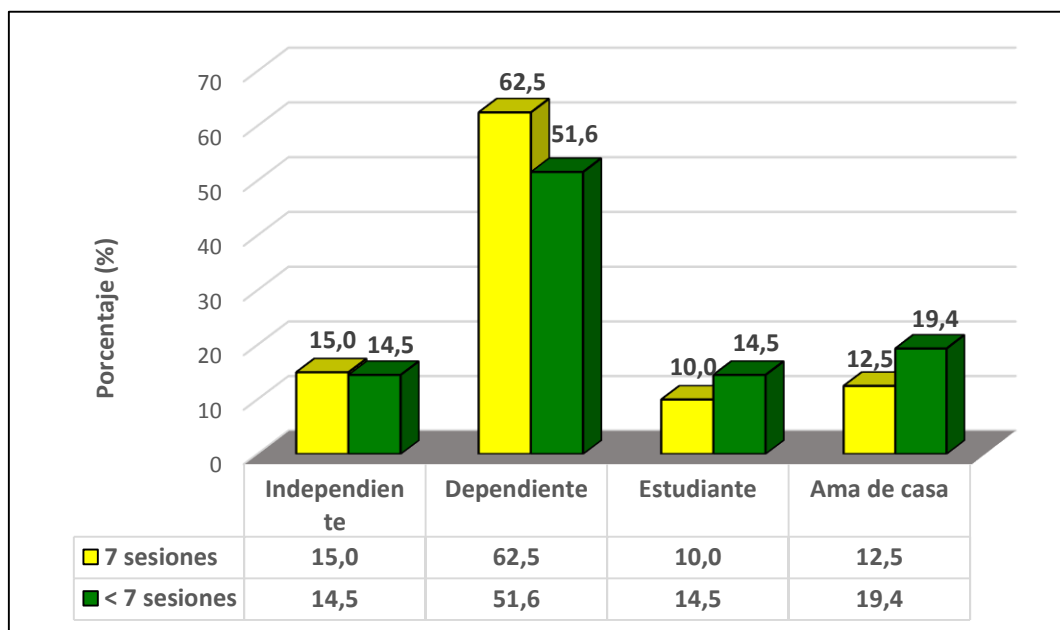
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que más de la mitad de gestantes con siete sesiones (62,5%) y el 51,6% de gestantes con menos de siete sesiones es dependiente. El 15% de gestantes con siete sesiones es independiente similar al 14,5% de gestantes con menos de siete sesiones. La octava parte de gestantes con siete sesiones (12,5%) y el 19,4% de gestantes con menos de siete sesiones son amas de casa. La décima parte de gestantes con siete sesiones (10%) y el 14,5% de gestantes con menos de siete sesiones son estudiantes.

GRÁFICO 4

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN OCUPACIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 5

TABLA 6

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN CONTROL PRENATAL EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Características Obstétricas	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
Nº de controles prenatales	Nº	%	Nº	%
Menos de 6	1	2,5	13	21,0
De 6 a más	39	97,5	49	79,0
Total	40	100,0	62	100,0

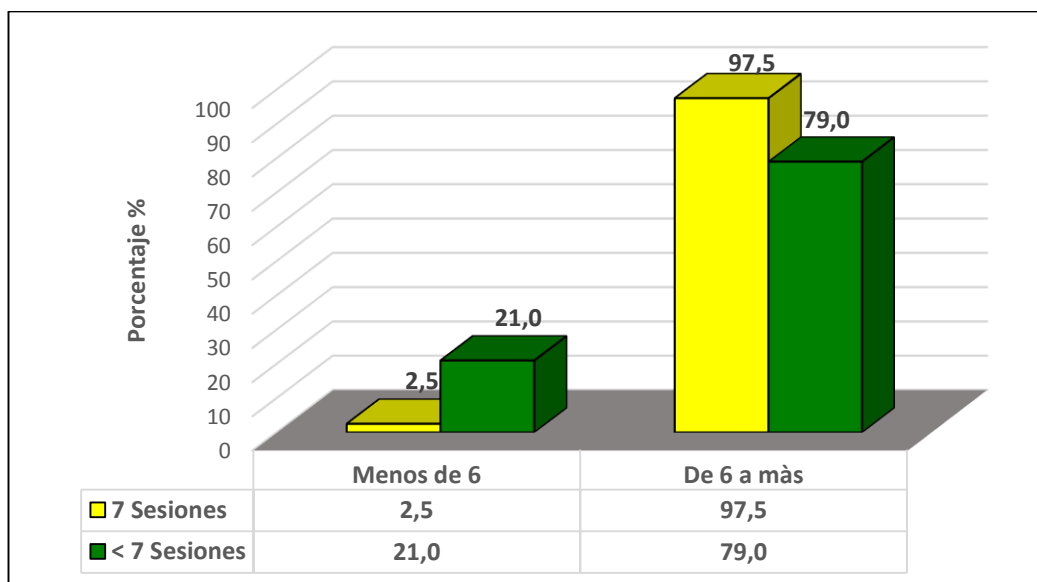
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que, casi la totalidad de gestantes con siete sesiones (97,5%) y el 79,0% de gestantes con menos de siete sesiones tienen de seis a más controles prenatales. Sólo el 2,5% de gestantes con siete sesiones y un poco más de la quinta parte de gestantes con menos de siete sesiones (21,0%) tienen menos de seis controles.

GRÁFICO 5

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN CONTROL PRENATAL EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 6

TABLA 7

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PARIDAD EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Características Obstétricas	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Nulípara	25	62,5	38	61,3
Primípara	10	25,0	21	33,9
Múltipara	5	4,8	3	4,8
Total	40	100,0	62	100,0

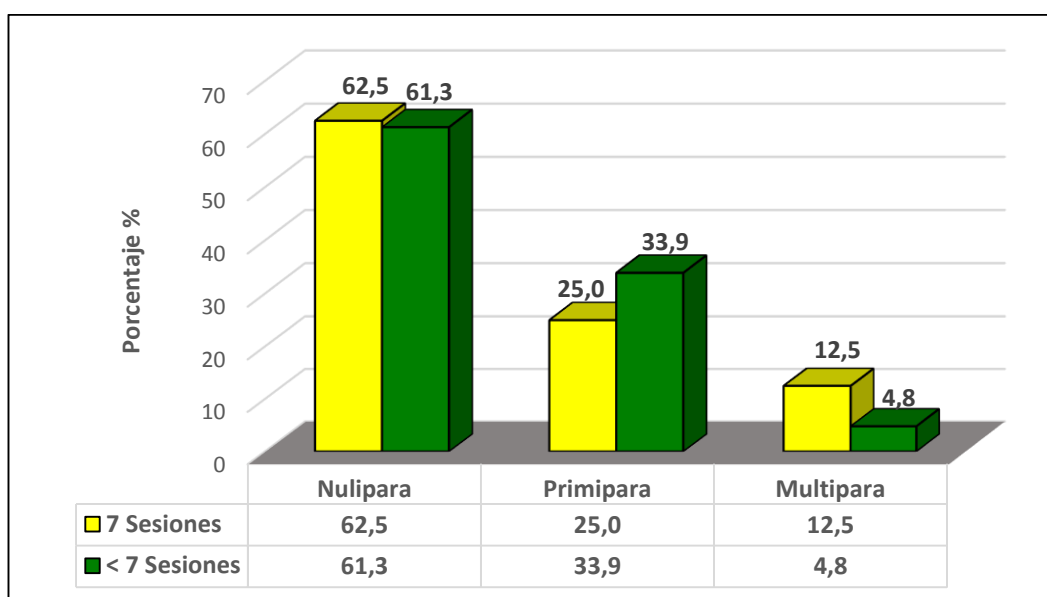
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se puede observar que el 62,5% de gestantes con siete sesiones son nulíparas similar al 61,3% de gestantes con menos de siete sesiones. La cuarta parte de gestantes con siete sesiones (25%) y poco más de la tercera parte de gestantes con menos de siete sesiones (33,9%) son primíparas. Y por último, casi la vigésima parte de gestantes con siete sesiones al igual que las gestantes con menos de siete sesiones de (4,8%) son múltiparas.

GRÁFICO 6

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PARIDAD EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 6

TABLA 8

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN INICIO DEL LABOR DEL PARTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados maternos	Nº de sesiones			
	7 Sesiones		< 7 Sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Espontáneo	22	55,0	20	32,3
Inducido	12	30,0	16	25,8
Conducido	1	2,5	6	9,7
Cesárea programada	5	12,5	20	32,3
Total	40	100,0	62	100,0

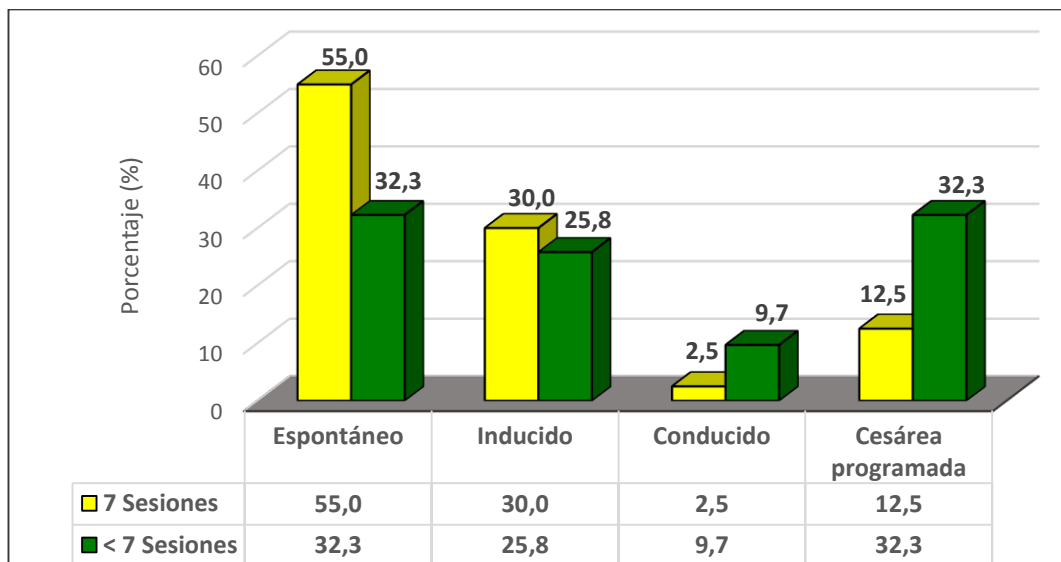
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se puede observar que más de la mitad de gestantes con siete sesiones (55,0%) y el 32,3% de gestantes con menos de siete sesiones tuvieron un inicio de labor de parto espontáneo. Menos de la tercera parte de gestantes con siete sesiones (30,0%) y el 25,8% de gestantes con menos de siete sesiones fue inducido. La octava parte de gestantes con siete sesiones (12,5%) y el 32,3% de gestantes con menos de siete sesiones fueron programadas a cesárea. Seguido por el conducido (solo el 2,5% siete sesiones y el 9,7% con menos siete sesiones).

GRÁFICO 7

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN INICIO DEL LABOR DEL PARTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 8

TABLA 9

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN VÍA DEL PARTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados Maternos	Nº de sesiones			
	7 Sesiones		< 7 Sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Parto vaginal	31	77,5	35	56,5
Cesárea	9	22,5	27	43,5
Total	40	100,0	62	100,0

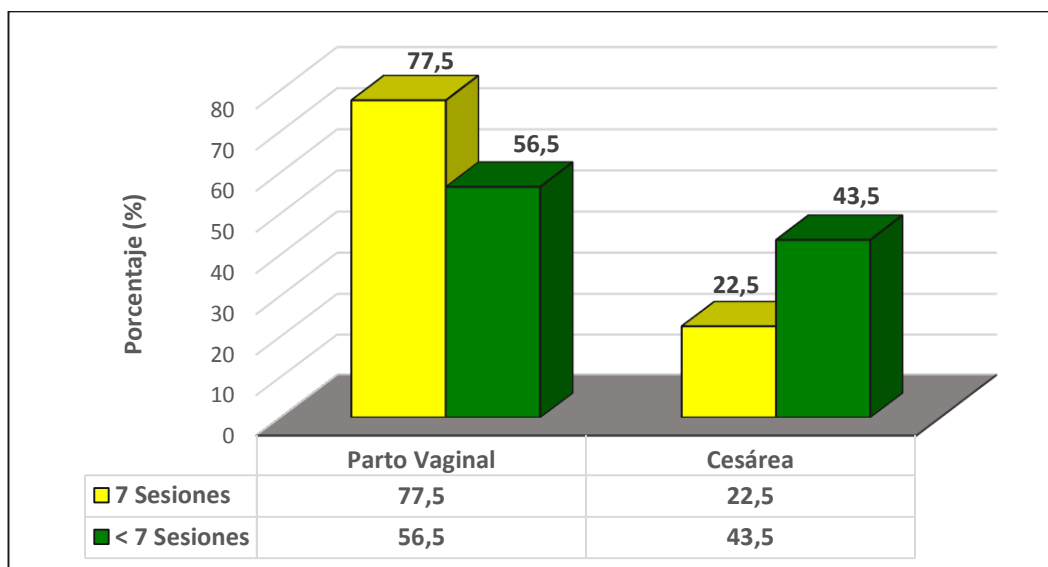
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se puede observar que casi la mayoría de gestantes con siete sesiones (77,5%) y el 56,5% de gestantes con menos de siete sesiones, tuvieron un parto vaginal. Menos de la mitad de gestantes con menos de siete sesiones (43,5%) y un poco más de la quinta parte de gestantes con siete sesiones (22,5%) su parto culminó por cesárea.

GRÁFICO 8

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN VÍA DEL PARTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 9

TABLA 10

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO DE DILATACIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados Maternos	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 8 horas	26	83,9	19	54,3
De 8 a 12 horas	4	12,9	13	37,1
De 13 a 18 horas	1	3,2	3	8,6
Total	31	100,0	35	100,0

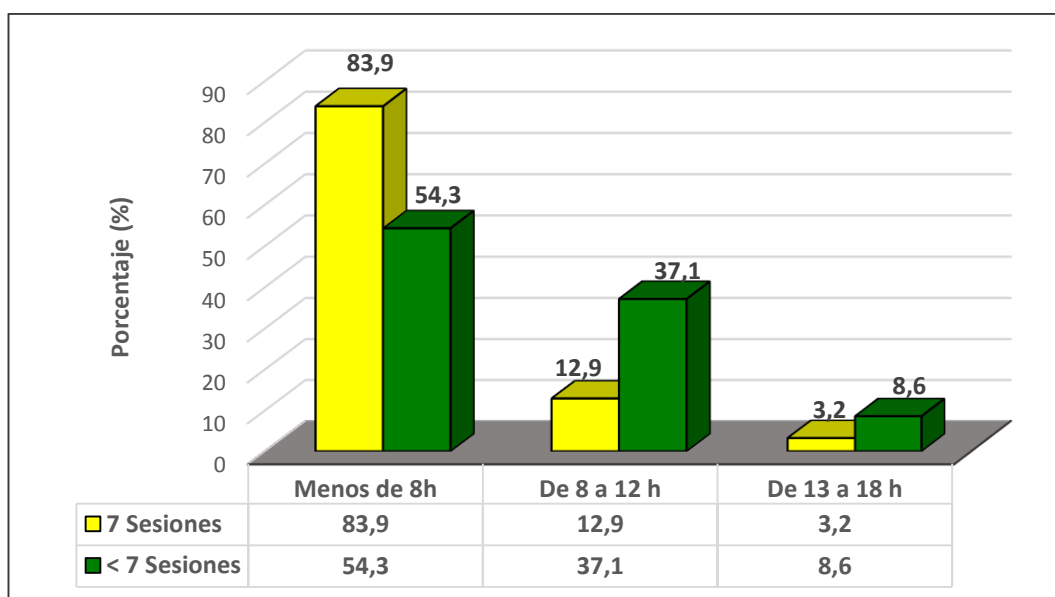
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que el 83,9% de gestantes con siete sesiones y el 54,3% con menos de siete sesiones tienen un período de dilatación de menos de 8 horas. Más de la tercera parte de gestante con menos de siete sesiones (37,1%) y pocas gestantes con siete sesiones (12,9%) tienen un período de dilatación de 8 a 12 horas. El 8,6% de gestantes con menos de siete sesiones y solo el 3,2% de gestantes con siete sesiones tienen un período de dilatación de 13 a 18 horas.

GRÁFICO 9

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO DE DILATACIÓN EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 10

TABLA 11

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO EXPULSIVO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados Maternos	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 15 min	26	83,9	18	51,4
De 15 a 30 min	5	16,1	16	45,7
De 30 a 60 min	0	0,0	1	2,9
Total	31	100,0	35	100,0

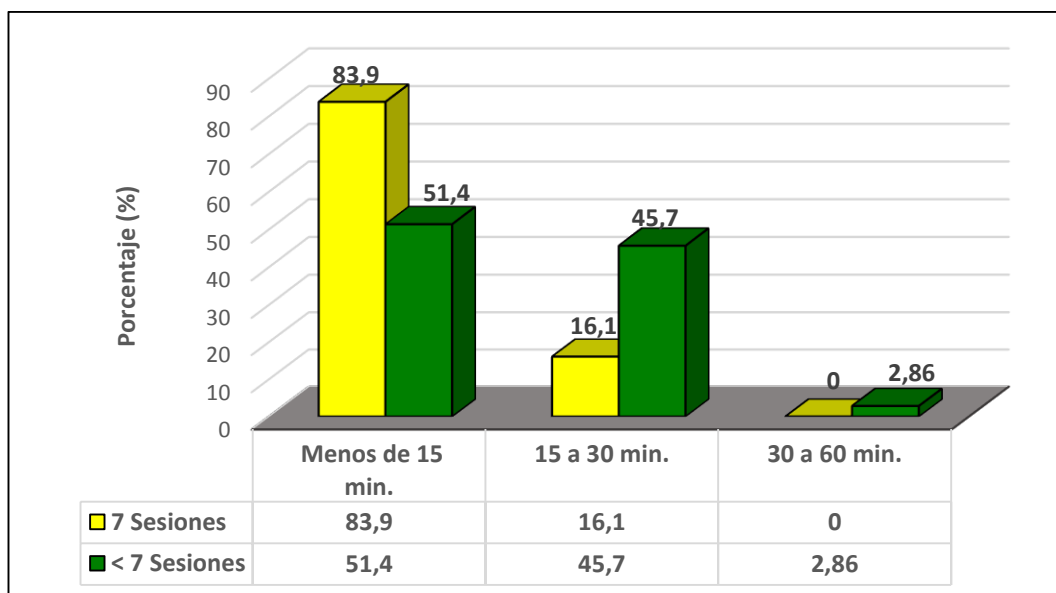
Fuente: Ficha de recolección de datos - Tabla 9

Interpretación

Se observa que casi la mayoría de gestantes con siete sesiones (83,9%) y el 51,4% de gestantes con menos de siete sesiones tienen un período expulsivo de menos de 15 min. Menos de la mitad de gestantes con menos siete sesiones (45,7%) y menos de la quinta parte de gestantes con siete sesiones (16,1%) tienen un período expulsivo de 15 a 30 min. Y solo el 2,9% de gestantes con menos de siete sesiones tiene un período expulsivo de 30 a 60 min.

GRÁFICO 10

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO EXPULSIVO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 11

TABLA 12

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados Maternos	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Período de alumbramiento				
Menos de 15 min	28	90,3	24	68,6
De 15 a 30 min	2	6,5	11	31,4
De 30 a 60 min	1	3,2	0	0,0
Total	31	100,0	35	100,0

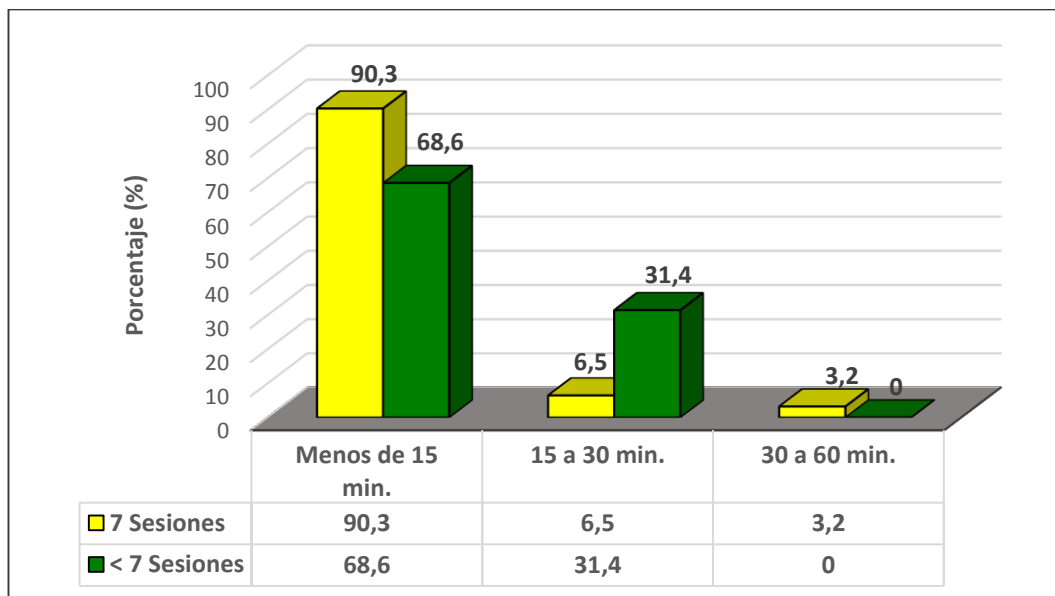
Fuente: Ficha de recolección de datos - Tabla 9

Interpretación

Se observa que casi la totalidad de gestantes con siete sesiones (90,3%) y el 68,6% de gestantes con menos de siete sesiones tienen un período de alumbramiento menos de 15 min. Casi la tercera parte de gestantes con menos de siete sesiones (31,4%) y solo el 6,5% de gestantes con siete sesiones tienen un período de alumbramiento de 15 a 30min. Solo el 3,2% de gestantes con siete sesiones tienen un período de alumbramiento de 30 a 60 min.

GRÁFICO 11

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 12

TABLA 13

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN SE REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados Maternos	Nº de sesiones			
	7 Sesiones		< 7 Sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Si	26	83,9	35	100,0
No	5	16,1	0	0,0
Total	31	100,0	35	100,0

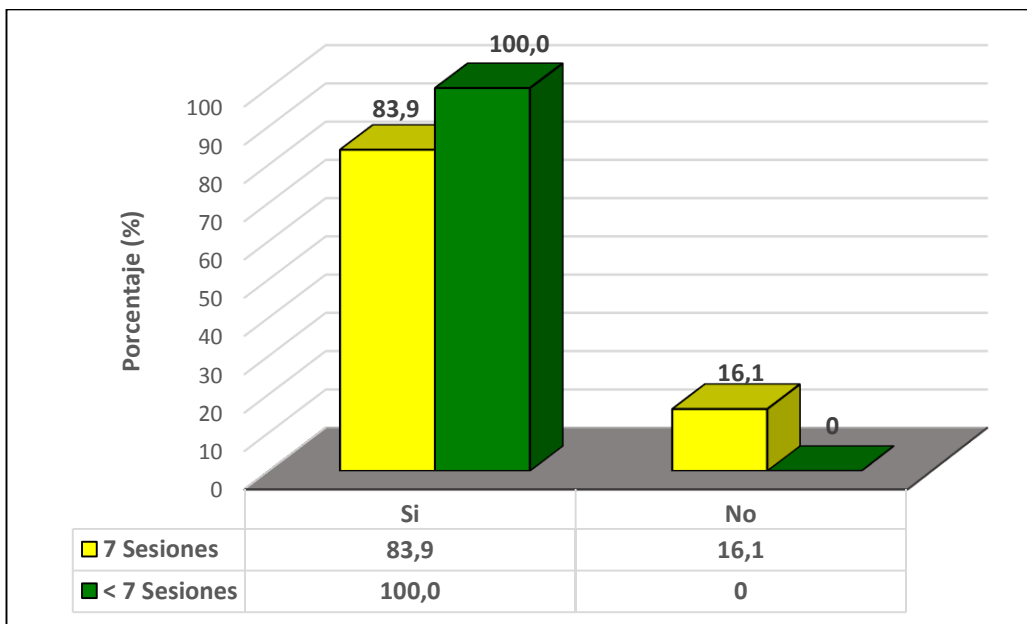
Fuente: Ficha de recolección de datos - Tabla 9

Interpretación

Se observa que la totalidad de las gestantes con menos de siete sesiones (100,0%) y el 83,9% de gestantes con siete sesiones se les realizó episiotomía. Solo el 16,1% de gestantes con siete sesiones no se les realizó episiotomía.

GRÁFICO 12

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN SE REALIZÓ EPISIOTOMÍA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 12

TABLA 14

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN HUBO DESGARRO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados Maternos	Nº de sesiones			
	7 Sesiones		< 7 Sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Si	3	9,7	6	17.1
No	28	90,3	29	82.9
Total	31	100.0	35	100.0

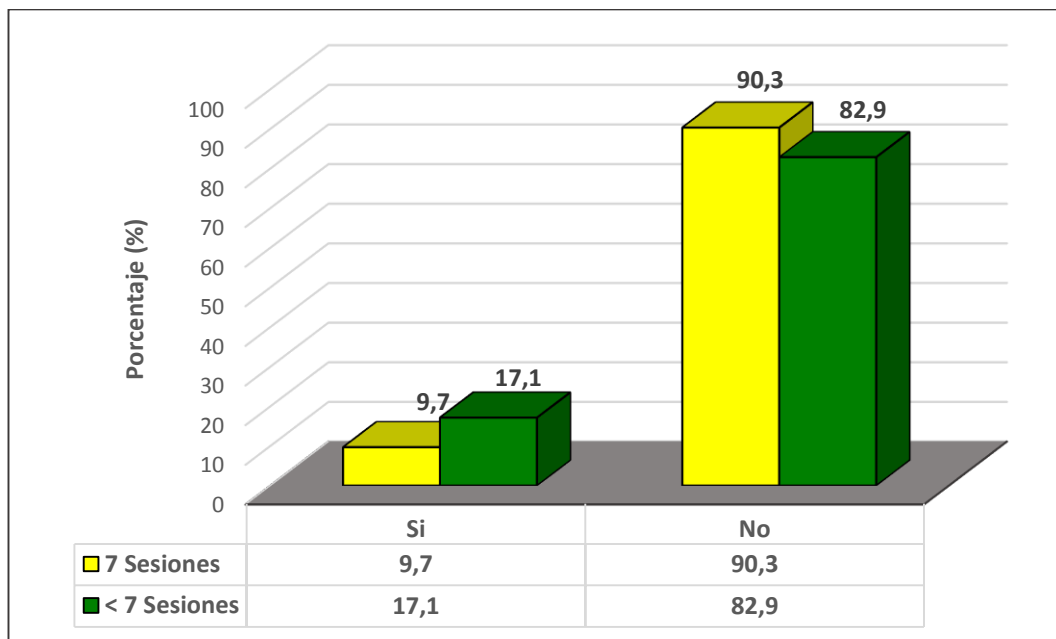
Fuente: Ficha de recolección de datos - Tabla 9

Interpretación

Se observa que menos de la quinta parte de gestantes con menos de siete sesiones (17,1%) y el 9,7% de gestantes con siete sesiones si presentaron desgarro vaginal y casi la totalidad de las gestantes con siete sesiones (90,3%)y el 82,9% de gestantes con menos de siete sesiones no presentaron desgarro vaginal.

GRÁFICO 13

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN HUBO DESGARRO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 14

TABLA 15

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN TALLA Y PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados del RN	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
Talla Promedio±DS(Min-Max)	51.7±1.7(48-55)		52.1±1.7(47-55)	
Peso	Nº	%	Nº	%
Bajo peso(1500gr a 2499gr)	0	0,0	1	1,6
Peso normal(2500gr a 3999gr)	32	80,0	45	69,4
Macrosómico(≥4 000gr)	8	20,0	16	29,0
Total	40	100,0	62	100,0

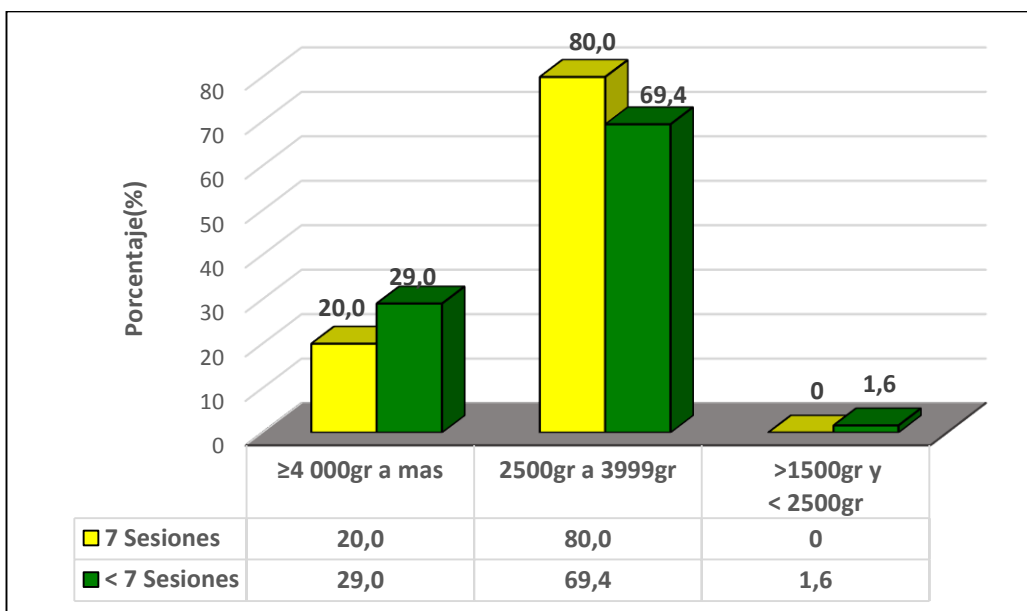
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que la talla promedio de los recién nacidos de las gestantes con siete sesiones fue 51.7±1.7cm similar a la talla promedio de los recién nacidos de las gestantes con menos de siete sesiones, 52.7±1.7cm. En cuanto al peso: La mayoría de los recién nacidos de las gestantes con siete sesiones (80,0%) y el 69,4% de los recién nacidos tienen un peso normal. El 29% de los recién nacidos de las gestantes con menos de siete sesiones son macrosómicos. Y solo el 1,6% de recién nacidos de las gestantes con menos de siete sesiones tiene bajo peso.

GRÁFICO 14

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN PESO DEL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 15

TABLA 16

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN APGAR AL PRIMER MINUTO DEL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados del RN	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Depresión moderada(4-7)	3	7,5	6	9,7
Normal(8-10)	37	92,5	56	90,3
Total	40	100,0	62	100,0

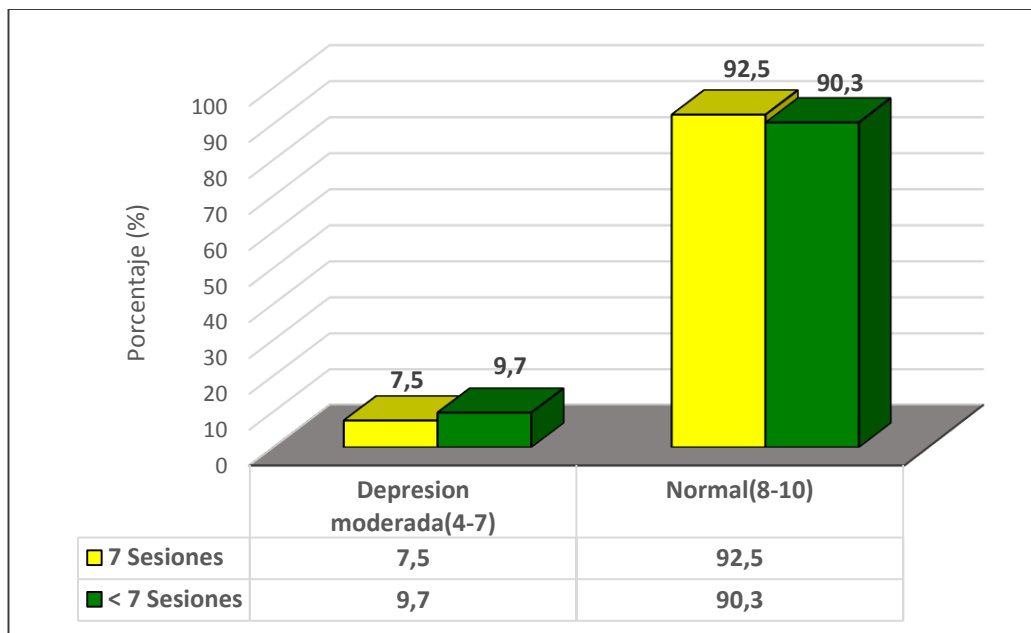
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que casi la totalidad de los recién nacidos de las gestantes con siete sesiones (92,5%) tienen un apgar normal, similar a los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de siete sesiones (90,3%). Menos de la décima parte de los recién nacidos de las gestantes con siete sesiones (7,5%) y el 9,7% de los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de siete sesiones, tienen depresión moderada.

GRÁFICO 15

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN APGAR AL PRIMER MINUTO DEL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 16

TABLA 17

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN APGAR A LOS CINCO MINUTOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados del RN	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Depresión moderada(4-7)	0	0,0	0	0,0
Normal(8-10)	40	100,0	62	100,0
Total	40	100,0	62	100,0

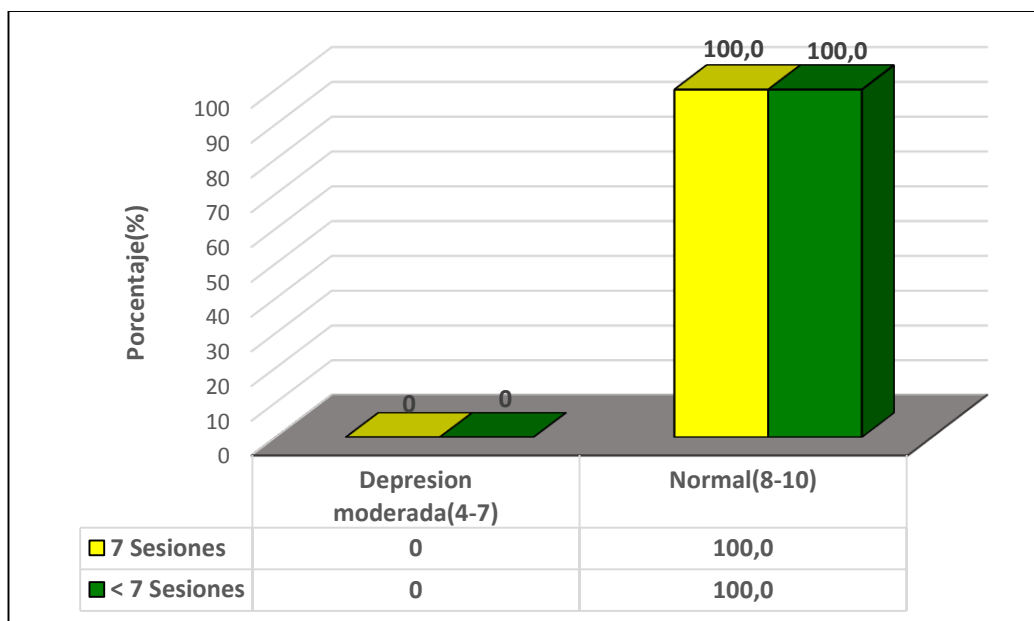
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que la totalidad de los casos de los recién nacidos del grupo de gestantes con siete sesiones al igual que los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de siete sesiones tienen un apgar normal a los cinco minutos.

GRÁFICO 16

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN APGAR A LOS CINCO MINUTOS DEL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 17

TABLA 18

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN CONTACTO PIEL A PIEL CON EL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados del RN	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
Contacto piel a piel	Nº	%	Nº	%
Si	31	77,5	35	56,5
No	9	22,5	27	43,5
Total	40	100,0	62	100,0

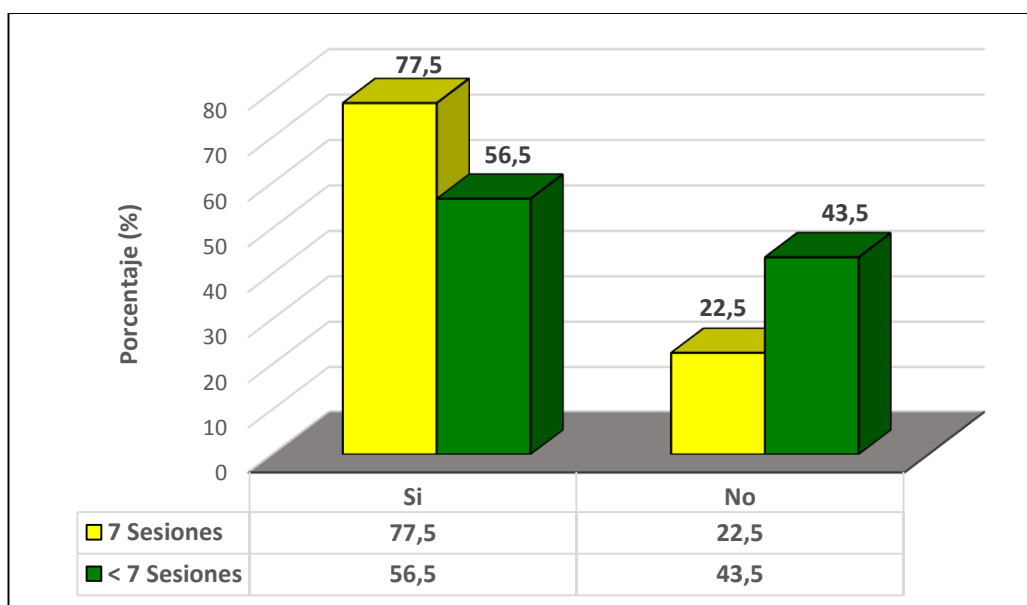
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que más de las tres cuartas partes de los recién nacidos del grupo de gestantes con siete sesiones (77,5%) y el 56,5% de los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de siete sesiones, si tuvieron con tacto piel a piel. Poco más de la quinta parte de los recién nacidos del grupo de gestantes con siete sesiones (22,5%) y el 43,5% de los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de siete sesiones no tuvieron contacto piel a piel.

GRÁFICO 17

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN CONTACTO PIEL A PIEL CON EL RECIÉN NACIDO EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 17

TABLA 19

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016

Resultados del RN	Nº de sesiones			
	7 sesiones		< 7 sesiones	
	Nº	%	Nº	%
Si	40	100,0	60	96,8
No	0	0,0	2	3,2
Total	40	100,0	62	100,0

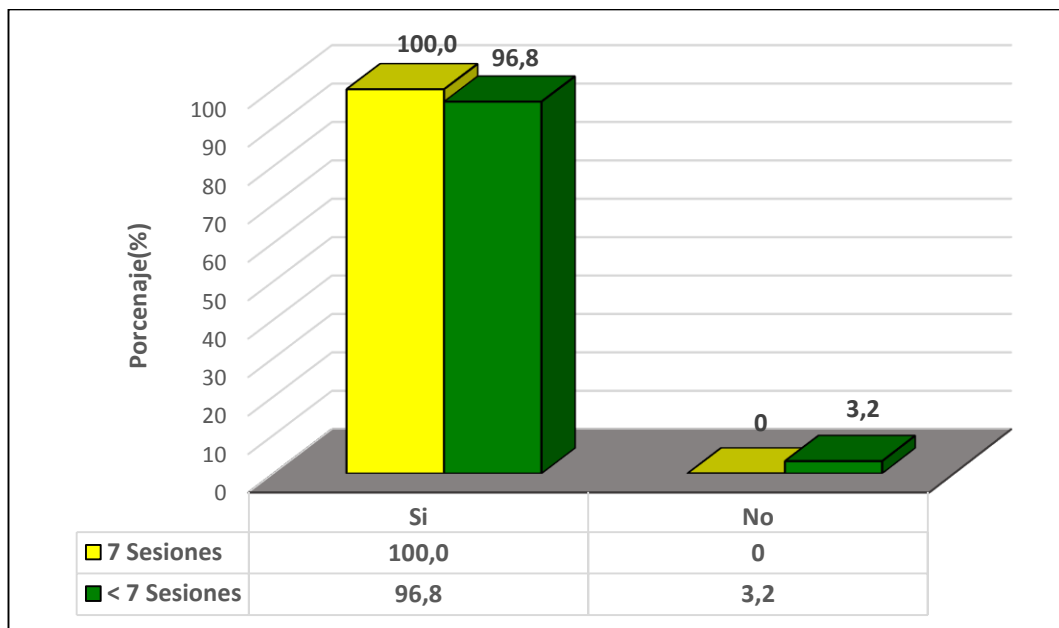
Fuente: Ficha de recolección de datos

Interpretación

Se observa que la totalidad de los casos de recién nacidos del grupo de gestantes con siete sesiones (100,0%) y el 96,8% de los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de siete sesiones si tuvieron lactancia materna. Solo el 3,2% de los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de siete sesiones no tuvieron lactancia materna.

GRÁFICO 18

GESTANTES PREPARADAS EN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN COMPARACIÓN DE LAS GESTANTES CON PREPARACIÓN INCOMPLETA, SEGÚN LACTANCIA MATERNA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO – JULIO.TACNA 2016



Fuente: Tabla 19

DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como propósito describir aquellos resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica realizados en el CAP III Metropolitano. Sobre todo, se pretendió examinar los resultados de aquellas gestantes que estaban preparadas en psicoprofilaxis obstétrica (7 sesiones) en comparación de las gestantes con una preparación incompleta (<7 sesiones). A continuación se estará discutiendo los principales hallazgos de este estudio.

Entre las características sociodemográficas del estudio, el mayor porcentaje del total de gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica con 47,1% se encuentra entre los 20 a 29 años de edad, además la edad promedio de las gestantes con 7 sesiones fue de 27.9 años similar a las gestantes con menos de 7 sesiones (28.1 años). Hay estudios que se acercan a los resultados encontrados, Guerrero y Paguay (2013, Ecuador) encontraron que la edad promedio de las usuarias es de 29 a 32 años; Llave (2014, Lima) encontró la edad promedio de 27.29 años y Barriga (2016, Arequipa) encontró la edad promedio de $25,95 \pm 5,02$ años. Estas contrastaciones nos permiten conocer que las gestantes o usuarias eran jóvenes y estaban dentro de la edad óptima para embarazarse.

Con respecto al estado civil, el 55% de gestantes con 7 sesiones eran casadas, coincidiendo con el estudio de Guerrero y Paguay (2013, Ecuador) que encontraron que el 83,1% de gestantes eran casadas. Mientras que en las gestantes con menos de 7 sesiones, el 48,4% eran convivientes, esto guarda relación con el estudio de Valle (2006, Tacna) que menciona que las gestantes tienen un estado civil predominante conviviente con un 64,71%.

En relación al grado de instrucción, se halló en ambos grupos de gestantes, (65,0% con 7 sesiones y 51,6% con menos de 7 sesiones), tienen un grado de instrucción superior. Contrariamente Llave (2014, Lima) encontró en su respectivo estudio que el 65,7% de las usuarias tenían un grado de instrucción secundaria; así mismo, Guerrero y Paguay (2013, Ecuador) mostraron que el 39% de pacientes tenían un grado de instrucción secundaria. De dichas comparaciones, se puede deducir que en nuestro estudio existe mayor porcentaje de gestantes con un grado de instrucción superior universitario que acuden a las clases de psicoprofilaxis obstétrica.

En cuanto a la ocupación, se encontró en ambos grupos de gestantes, (62,5% con 7 sesiones y 52,6% con menos de 7 sesiones), tienen un trabajo dependiente. En cambio Zorrilla (2016, Lima) menciona

que el 41,5% de gestantes con preparación en psicoprofilaxis obstétrica y el 26,4% de gestantes sin preparación tienen ocupación de estudiante.

Entre las características obstétricas; en cuanto al N° de controles prenatales, se encontró que casi la totalidad de las gestantes con 7 sesiones (97,5%) y el 79% de gestantes con menos de 7 sesiones asistieron de 6 controles a más. Esto guarda relación con Llave(2014,Lima) quien menciona, que la mayoría de la pacientes que participaron en seis sesiones(72,3%) y el 56,3% de pacientes que tienen menos de tres sesiones ,asistieron a más de 6 controles prenatales, siendo esos porcentajes significativos($p=0.001$).

Con respecto a la paridad, se observó que las gestantes con 7 sesiones y con menos de 7 sesiones (62,5%y 61,3% respectivamente) eran nulíparas. Comparando con otros estudios: Llave (2014, Lima) menciona que las pacientes que participaron en seis sesiones y las que participaron en menos de tres sesiones (62,5%y 64,4%) eran primíparas; Zurita (2015, Lima) menciona que el mayor porcentaje de gestantes eran multíparas (63,4%).

Entre los resultados maternos; el 55% de gestantes con 7 sesiones tuvieron un inicio de labor de parto espontáneo y un 12,5% de gestantes fueron programadas para cesárea; sin embargo, de las gestantes con

menos de 7 sesiones, el 32,3% fue espontáneo y de igual modo el 32,3% fueron programadas para cesárea. Por otro lado, Llave (2014, Lima) menciona que la mayor proporción de pacientes con seis y menos de tres sesiones de psicoprofilaxis tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo (70,8% y 64,4% respectivamente) seguido por la programación de cesárea (15,5% con 6 sesiones y 18,5% con menos de 3 sesiones).

Respecto a la vía del parto, casi la mayoría de gestantes con siete sesiones (77,5%) y el 56,5% de gestantes con menos de siete sesiones, tuvieron un parto vaginal. Estos resultados guardan relación con: Guerrero y Paguay (2013, Ecuador) quienes mostraron que el 74% de gestantes terminaron en parto normal y el 26% terminó en cesárea habiendo una diferencia significativa; así mismo Llave(2014,Lima) encontró que el 72% de las pacientes con 6 sesiones de psicoprofilaxis y el 78,5% con menos de tres sesiones, tuvieron un parto vaginal y Oyuela (2010,Mexico) concluye que las mujeres que acuden al programa de psicoprofilaxis tienen menos cesáreas y menos complicaciones.

En cuanto al período de dilatación, el 83,9% de gestantes con 7 sesiones, y el 54,3% de gestantes con menos de 7 sesiones tuvieron un período de menos de 8 horas de dilatación, habiendo diferencias en cuanto a los porcentajes; estudio similar es el de Poma y Rojas (2016, Huancayo)

quienes mostraron que el 72,4% de nulíparas tuvieron un período menor de 8 horas de dilatación y menos de 6 horas en multíparas (94,4%). Contrariamente Zurita (2015, Lima) menciona en su estudio, que en las nulíparas se evidencia mayor proporción de casos que tuvieron una duración de la dilatación entre 8-12 horas, representación dada por un 66.7% y la duración en multíparas fue de 6 a 8 horas (50%). Así también difiere Gardeña (2010, Lima) quien observó que el 79,2% de gestantes preparadas en psicoprofilaxis tuvieron un periodo de 5 a 8 horas de dilatación.

En relación al período expulsivo, el 83,9% de gestantes con 7 sesiones, y el 51,4% de gestantes con menos de 7 sesiones tuvieron un período expulsivo de menos de 15min. Estudios que se asemejan a los resultados encontrados como: Barriga (2016, Arequipa) encontró que el 61,9% de gestantes preparadas en psicoprofilaxis tuvieron un período expulsivo menor a los 15 min, mientras que el grupo sin psicoprofilaxis, el 53,85% tuvieron un expulsivo entre 15 a 30 min, siendo la diferencia significativa ($p < 0,005$); así mismo Gardeña (2010, Lima) señala que el 91,7% de gestantes preparadas obtuvieron un tiempo de 1 a 15 min en el expulsivo. Sin embargo, Poma (2016, Huancayo) indica que el 83,3% de gestantes multíparas tienen un período expulsivo menor de 20 min y que las nulíparas, el 100% tienen un período expulsivo menor de 50 min.

Referente a esto, nuestro estudio, solo encontró una gestante con menos de 7 siete sesiones (2,9%) que obtuvo un período expulsivo de 30 a 60 min.

Continuando con el período de alumbramiento, casi la totalidad de gestantes con siete sesiones (90,3%) y el 68,6% de gestantes con menos de siete sesiones tuvieron un período de alumbramiento menos de 15 min, habiendo diferencias en cuanto a los porcentajes; similar al estudio, Guerrero y Paguay (2013, Ecuador), muestran que el 65% de pacientes preparadas en psicoprofilaxis tuvo una duración de 5 min durante el período de alumbramiento. Contrastando esto, Llave (2014, Lima) encuentra que la duración promedio del tercer periodo de parto en las gestantes con seis sesiones fue menor (0.10horas) que las participantes con menos de tres sesiones (0.11horas).

Con respecto a la episiotomía, el 83,9% de gestantes con 7 sesiones se les realizó episiotomía, mientras que en las gestantes con menos de 7 sesiones, al 100% se les realizó episiotomía. Sin embargo en el estudio de Llave (2014, Lima) muestra que la mayoría de las participantes de seis sesiones de psicoprofilaxis (58,9%) y menos de tres sesiones (58,5%) se les realizó episiotomía. Contrariamente Guerrero y Paguay (2013, Ecuador) muestran que en su estudio no fue necesaria la realización de episiotomía en la mayoría de las pacientes (65,0%).

En cuanto a los desgarros perineales; el 90,3% de las gestantes con 7 sesiones y el 82,9% de gestantes con menos de 7 sesiones no presentaron desgarros, siendo estos porcentajes similares. Esto guarda relación con Guerrero y Paguay (2013, Ecuador) quienes muestran que el 74% de los casos de gestantes preparadas en psicoprofilaxis no presentaron desgarros.

Entre los resultados perinatales; en nuestro estudio se observa que la talla promedio de los recién nacidos de las gestantes con 7 sesiones fue 51.7 ± 1.7 cm similar a la talla promedio de los recién nacidos de las gestantes con menos de 7 sesiones (52.7 ± 1.7 cm). Estudio similar, es el de Llave (2014, Lima) que nos muestra que la talla promedio de los recién nacidos del grupo de pacientes con seis sesiones fue (49.9 ± 1.93 cm) similar a la talla promedio de los recién nacido del grupo de pacientes con menos de tres sesiones (50.1 ± 1.4 cm).

En cuanto al peso: El 80,0% de los recién nacidos de gestantes con 7 sesiones y el 69,4% de recién nacidos de gestantes con menos de 7 sesiones, tienen un peso entre 2500 gr. a 3999 gr. Estos porcentajes difieren con Llave (2014, Lima) quien muestra, que el resultado de peso del recién nacido fue similar en ambas participantes entre 2500 gr. a 3999 gr. (seis sesiones: 92,8% y menos de tres sesiones: 94,1%). Ello es acorde con

Zurita (2015, Lima) quien evidenció que el 98,8% de los recién nacidos presentaron un peso entre 2500gr.a 3999gr, lo que indica normalidad para un recién nacido.

En relación del Apgar al primer minuto ,la mayoría de los recién nacidos de las gestantes con 7 sesiones(92,5%) y con menos de 7 sesiones de psicoprofilaxis (90,3%) tuvieron un puntaje de apgar de 8-10.En el apgar a los cinco minutos la totalidad de los casos de los recién nacidos de gestantes con 7 sesiones al igual que los recién nacidos de gestantes con menos de 7 sesiones tienen un apgar de 8-10(100%),considerando el puntaje al primer y quinto minuto como normal. Estudios similares como Poma (2016, Huancayo), Guerrero y Paguay (2013, Ecuador) concluyeron que el apgar al primer y quinto minuto de los recién nacidos en el 100% de las pacientes preparadas en psicoprofilaxis estuvo dentro de lo normal.

Referente al contacto piel a piel; el 77,5% de los recién nacidos de las gestantes con 7 sesiones y el 56,5% de los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de 7 sesiones, si tuvieron contacto piel a piel. Estudio similar a este es el de Llave (2014, Lima) quien menciona que el mayor porcentaje de pacientes con 6 sesiones educativas (72.7 %) y con menos de 3 sesiones (66.7%) tuvo contacto piel a piel con los recién nacidos. En

cambio Poma (2016, Huancayo) menciona que el 100% de madres gestantes realizaron contacto piel a piel.

El inicio temprano de la lactancia materna dentro de la primera hora de vida del recién nacido, es importante porque mejora la adaptación del recién nacido a la vida extrauterina. Siendo así que se incluyó en nuestro estudio la importancia de la lactancia materna, mostrando que: el 100,0% de los recién nacidos del grupo de gestantes con 7 sesiones se realizó la lactancia materna así como el 96,3% de los recién nacidos del grupo de gestantes con menos de 7 sesiones.

CONCLUSIONES

1. Dentro de las características sociodemográficas se concluye que: La edad de 20-29 años, grado de instrucción superior universitario y la ocupación dependiente presentan porcentajes similares tanto en las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica así como en las gestantes con preparación incompleta.
2. De las características obstétricas, se concluye que la mayoría de las gestantes preparadas y con preparación incompleta tenían de seis controles a más. En relación a la paridad, predominan las nulíparas en ambos grupos.
3. Entre los resultados maternos, el inicio de labor de parto espontáneo el 55,0% de las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica tuvieron porcentajes mayores en comparación de las gestantes con preparación incompleta (32,0%). Respecto al parto vaginal, las gestantes preparadas tuvieron porcentajes mayores (77,5%) en comparación de las gestantes con preparación incompleta (56,5%). En relación al período de dilatación (<8 horas), el 83,9% de gestantes preparadas tuvieron porcentajes mayores en comparación de las gestantes con preparación incompleta (54,3%). De la misma manera el período expulsivo (<15min), el 83,9% de gestantes preparadas tuvieron porcentajes mayores en comparación de las

gestantes con preparación incompleta(51,4%).Y el período de alumbramiento (<15 min), el 90,3% de gestantes preparadas, los porcentajes fueron mayores en comparación de las gestantes con preparación incompleta (68,6%). Al 83,9% de las gestantes preparadas se les realizó la episiotomía y dicho porcentaje fue menor en comparación de las gestantes con preparación incompleta (100,0%).Por último, en la mayoría de las gestantes preparadas y las gestantes con preparación incompleta no hubo desgarro perineal (90,35 y 82,9% respectivamente).

4. Finalmente de los resultados perinatales, la talla predominante en ambos grupos de recién nacidos fue entre 51.7-52.1cm.Respecto al peso, en la mayoría de los recién nacidos de las gestantes con siete sesiones(80,0%)y el 69,4% de los recién nacidos de gestantes con menos de siete sesiones, tienen un peso normal .El apgar al minuto normal(8-10) fue similar en ambos grupos(92,5%de gestantes preparadas y 90,3%gestantes con preparación incompleta) y el apgar a los 5 minutos(8-10) fue igual en ambos grupos con un 100%.De las gestantes preparadas en psicoprofilaxis, el 77,5% de los recién nacidos tuvieron contacto piel a piel y cuyo porcentaje fue mayor en comparación de las gestantes con preparación incompleta(56,5%). Por último, los recién nacidos de las gestantes

preparadas en psicoprofilaxis, el 100% recibió lactancia materna y fue similar al 96,8% de los recién nacidos de las gestantes con preparación incompleta.

RECOMENDACIONES

1. De este estudio se sugiere tomar como base para futuras investigaciones que se puedan realizar en el CAP III Metropolitano.
2. Se sugiere ampliar el área de psicoprofilaxis obstétrica del CAP III Metropolitano, debido a que el lugar es pequeño cuando las gestantes vienen acompañadas de sus esposos o algún otro familiar y necesiten realizar ejercicios.
3. También se sugiere decorar el ambiente del área de psicoprofilaxis, con colores llamativos y mensajes alusivos a la maternidad saludable, así como también implementar material didáctico moderno.
4. Sería conveniente que el establecimiento implementara sus propias Guías de psicoprofilaxis obstétrica o si hubiera una copia para tenerla de manera física.
5. Sería favorable que el profesional obstetra este mayormente capacitado en gimnasia obstétrica para mejorar las clases prácticas que se realizan con las gestantes .No rotar a la obstetra hasta concluir con el programa, para que las gestantes se sientan en confianza y asistan a todas las clases de psicoprofilaxis obstétrica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farair E. Método Psicoprofiláctico del Parto sin Dolor. Rev Médica Honduras [Internet]. [cited 2017 May 3];26(3):69–81. Available from: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/1958/pdf/Vol26-3-1958-2.pdf>
2. Artículos de Ginecología y Obstetricia [Internet]. “Programa educativo sobre el método del parto psicoprofiláctico.” 2011. Available from: <https://www.portalesmedicos.com/publicaciones/categorias/Articulos/Ginecologia-y-Obstetricia/?Page=14>
3. Organizacion Mundial de la Salud. Mundo Noticias [Internet]. El mapa de los paises donde se practican mas y menos cesáreas en el mundo. 2015. Available from: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150710_cesareas_mundo_motivos_paises_jm
4. Organizacion Mundial de la Salud. Noticias Mundo [Internet]. OMS preocupado por “Epidemia de cesareas innecesarias” en America Latina. 2015. Available from: <http://www.elpais.com.co/mundo/oms-preocupada-por-epidemia-de-cesareas-innecesarias-en-america-latina.html>
5. INEI E. Partos por cesáreas:buscan conocer cuantos fueron innecesarios [Internet]. El Comercio. 2016. Available from: <https://elcomercio.pe/lima/partos-cesarea-buscan-conocer-innecesarios-213550>
6. DiarioUno. EL Minsa verificará cuantas cesáreas se hicieron innecesariamente [Internet]. 2016. Available from: <http://rpp.pe/politica/gobierno/auditaran-a-hospitales-para-determinar-cuantas-cesareas-se-hicieron-innecesariamente-noticia-966597>
7. A. ARM y BS. El parto por cesárea conlleva un aumento de la morbilidad materna¿Compensa el riesgo? Evid Pediatr. 2008;4(16).
8. Khunpradit,S.,Tavender,E.,Lumbiganon,P.,Laopaiboon,M.,y Rusell L Gruen J. Intervenciones no clínicas para la reducción de la cesárea innecesaria [Internet]. Cochrane. 2011. Available from: <http://www.cochrane.org/es/CD005528/intervenciones-no-clinicas-para-la-reduccion-de-la-cesarea-innecesaria>

9. Organización Mundial de la Salud. Situación de la mortalidad materna-Peru [Internet]. Situación Epidemiológica de la muerte materna en el Perú. 2017. Available from: <http://mortalidadmaternaperu.blogspot.pe/2017/01/>
10. OMS, UNICEF, el UNFPA el banco M sobre las y la D de P de naciones unidas. T en M materna:1990 hasta 2015. Boletín Epidemiológico. Situación Epidemiológica de la muerte Materna en el Perú [Internet]. Lima-Perú; 2015;25(4):66–74. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
11. Aguayo, C. y Angulo A. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Pillaco entre septiembre de 2007 [Internet]. Universidad Austral de Chile; 2008. Available from: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fma282t/doc/fma282t.pdf>
12. Solís Linares, H., y Morales Alvarado S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med [Internet]. 2012;12(2):49. Available from: http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_2/Art8_Vol12_N2.pdf
13. Editora Perú. Una mujer preparada para su parto tiene menos riesgo de muerte [Internet]. Agencia Andina-Noticias. 2014 [cited 2017 May 13]. Available from: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-una-mujer-preparada-para-su-parto-tiene-menos-riesgo-muerte-530380.aspx>
14. Anderson GC BN y ME. Contacto piel a piel temprano para las madres y sus recién nacidos [Internet]. La Biblioteca Cochrane Plus. 2008. Available from: <http://www.update-software.com>.
15. LM. RH. Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto especializado Materno Perinatal Enero-Diciembre 2002. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/Reyes_hl.pdf
16. Ministerio de Salud. Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en

los servicios de Salud [Internet]. 2010 [cited 2017 May 4]. p. 66.
Available from:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1134_OEI242.pdf

17. Guerrero Oleas, JE. y Paguay Vargas C. Beneficios maternos perinatales asociados a la Psicoprofilaxis Obstetrica en Embarazadas atendidas en el centro de salud de Guano,Abril 2012-2013. [Internet]. Universidad Central del Ecuador; 2013. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4352/1/T-UC-0006-80.pdf>
18. Oyuela Garcia,J. y Hernandez Herrera R. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. Rev Medica Mex Seguro Soc [Internet]. 2010;48(4):439–42. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im104o.pdf>
19. Zorrilla Mechato G, De T. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstetrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto(Fase activa) y el Recien nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores,Junio-Agosto 2015. [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2016 [cited 2017 May 5]. Available from:
http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2275/3/zorrilla_g.pdf
20. Poma Capcha, R. y Rojas Carhuamaca F. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstetrica en gestantes durante el proceso de trabajo de Parto y en el Recien nacido en el C.S de Chupaca de Julio a Diciembre 2015. [Internet]. Universidad Peruana del Centro; 2016 [cited 2017 May 5]. Available from:
http://repositorio.upecen.edu.pe/bitstream/UPECEN/65/1/T102_46874746_T.pdf
21. Barriga Valderrama M. Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la evolución del trabajo de parto en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado durante el periodo 2012 - 2015 [Internet]. Universidad Católica de Santa Maria; 2016 [cited 2017 May 5]. Available from:
<https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/5118/70.2093.M.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Salazar Campos R. Influencia de la educación psicoprofiláctica

- obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Daniel Alcides Carrión Callao [Internet]. Universidad de San Martín de Porres; 2015. Available from: http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1460/1/salazar_crm.pdf
23. Zurita Muñoz M. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstetrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Hospital de Vitarte, 2015 [Internet]. Universidad Alas Peruanas; 2015 [cited 2017 May 5]. Available from: http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/133/2/ZURITA_MU%c3%91OZ-Resumen.pdf
 24. Tafur M. Influencia de la psicoprofilaxis obstetrica de emergencia en la actitud frente al trabajo de parto de las primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Marzo a Mayo del 2015 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4398/1/Tafur_rm.pdf
 25. LLave Reducindo E. “ Resultados Materno Perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstetrica en el INMP durante el año 2013” [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3699/1/LLave_re.pdf
 26. Gardeña Torres S. Psicoprofilaxis Obstétrica: Su influencia durante la labor de parto en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, ESSALUD, Villa El Salvador, Noviembre – Diciembre 2009. *Rev Peru Obstet. Lima(Peru)*; 2010;7(2):133–9.
 27. Valle Cohaila V. “Programa de Psicoprofilaxis y Actitud de la gestante Facultad De Obstetricia De La Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Diciembre 2005 a Febrero del 2006.” Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2006.
 28. Garcia del Campo L. Ensayo clínico controlado sobre el efecto de la Psicoprofilaxis obstetrica en la incidencia de la depresión posparto. *Rev Cient.* 1.

29. Jimenez Gomez, F., Merino Barragan, V. y Sanchez Crespo G. Efectividad de la psicoprofilaxis obstetrica, una experiencia en la provincia y ciudad de Zamora. In: I Congreso Iberoamericano de Psicologia [Internet]. Madrid; 1992. Available from: <http://gredos2.usal.es/jspui/handle/10366/22565>
30. Govensky R. Parto sin Temor y Parto sin Dolor. 17ava edic. Ateneo E, editor. Buenos Aires; 1987.
31. Nikolaiev P. El parto sin dolor. Teoria y practica sobre el metodo psicoprofilactico y otros resultados de anestesia. Cartago, editor. Buenos Aires; 1957.
32. Velvovsky I. Psicoprofilaxis de los Dolores del Parto. Extranjeras L, editor. Moscu; 1963.
33. Lamaze F. Painless Childbirth. London; 1958.
34. Sapién López JS CBD. Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. Psicologia y salud [Internet]. [cited 2017 May 3]. Available from: <https://pimssalud.wordpress.com/2014/07/19/psicoprofilaxis-perinatal/>
35. Montes, S. y Rivera Feijoo J. Maternidad y Cultura. ENERGEIA, editor. 1991. 97-115 p.
36. Fernandez Idiago M. Impacto de los programas de educacion maternal, analisis del uso del servicio hospitalario de urgencias obstetricas. Reduca (Enfermeria, Fisioterapia y Podol Trab Fin Master. 2009;1(2):383–99.
37. Caldeyro Barcia R. Bases fisiologicas y psicologicas para el manejo humanizado del parto normal. In: Publicacion cientifica 858 del CLAP. Montevideo; 1980.
38. MINSA. Normas tecnico administrativas para la atencion integral de la salud materno perinatal. Ministerio de Salud. Lima (Peru); 1995.
39. Morales, S., Garcia, Y., Agurto, M., Benavente A. La Psicoprofilaxis Obstetrica y la Estimulacion Prenatal en diversas Regiones del Peru. Horiz Med (Barcelona). 2014;14(1):42–8.

40. MINSA. Psicoprofilaxis Obstetrica-Modulos de capacitacion. Proyecto 2000,OPS/OMS. Lima(Peru); 1997.
41. ASPPO(Soc.Peruana de Psicoprofilaxis Obstetrica). Manual de Psicoprofilaxis. 3ra ed. ASPPO, editor. Lima(Peru); 2010.
42. Ministerio de la Salud. Guia tecnica para la Psicoprofilaxis Obstetrica y Estimulacion prenatal [Internet]. Lima-Peru; 2011. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>
43. Granada, MV. y Vasquez M. La mujer y el proceso reproductivo. In: Salud OP de la, editor. El metodo psicoprofilactico del parto. 1era Edici. Bogota-Colombia; 1990. p. 301–8.
44. Aguirre Espinoza C. Psicoprofilaxis Obstétrica Y Estimulación Prenatal [Internet]. Reproductiva. UC de los ACFC de la SDA de S, editor. Chimbote-Peru; 2012. 1-106 p. Available from: http://files.uladech.edu.pe/docente/09400711/Psicoprofilaxis_Obstetrica_y_Estimulacion_Prenatal/Sesion_0/TEXTOPPO-EPN.pdf
45. Obstetrica SP de P. Manual de Psicoprofilaxis Obstetrica. In: ASPPO. 3ra Ed. 2010. p. 290.
46. Dick Read G. Childbirth without fear. 1940.
47. Torres Torija, LE. y Lopez Perez C. Atencion del Parto. In: Morales Saavedra J, editor. Parto:mecanismo,clinica y atencion [Internet]. Mexico; 2009. p. 157. Available from: www.manualmoderno.com
48. Schwarcz R. El parto normal. In: EL Ateneo, editor. Obstetricia. 6ª ed. Buenos Aires; 2008.
49. Ministerio de la Salud. Atencion Obstetrica:Atencion del parto. In: Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. Lima; 2004. p. 21–3. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
50. Sanchez Dehesa, M. y Sanchez Dehesa A. Urgencias en el parto vaginal. In: FISCAM, editor. Uregencias en Ginecologia y Obstetricia. Toledo-España; 2003. p. 154.

51. Hauck, IL., Lewis, L., y Nathan E. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: A Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth* 28. 2015;16–20.
52. Viswanatham, M., Hartmann, K., Palmeri, R., Lux, L., Swinson, T., Lohr, KN. et al. The use of episiotomy in obstetrical care: a systematic review. *Evid Rep Technol Assess.* 2005;1–8.
53. Salud M de. Cesárea. In: *Guías de Practica Clinica para la atencion de Emergencias Obstetricas segun nivel de capacidad resolutive.* 1ª ed. Lima(Peru); 2006. p. 127–8.
54. Mariotoni G BA. Peso al nacer y mortalida de hospitalar entre nacidos vivos. *Rev Saude Publica.* 2000;71–6.
55. Angulo Castellanos,E.y Garcia Morales E. Alimentación en el recién nacido [Internet]. PAC Neonatología-4, editor. Mexico; 2016 [cited 2017 May 18]. 1 p. Available from: http://www.anmm.org.mx/publicaciones/PAC/PAC_Neonato_4_L4_edited.pdf
56. Galliano,S.,Gonzales,J;y Valencia J. Antropometría [Internet]. *Practicas Pre-Profesionales.* 2007. p. 2. Available from: <https://areasgyr.files.wordpress.com/2013/04/antropometrc3ada.pdf>
57. Ministerio de Salud de Nicaragua. Normas y protocolos para la atencion prenatal,parto,recien nacido/a y puerperio de bajo riesgo [Internet]. Normativa-011. 2008 [cited 2017 May 15]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18992es/s18992es.pdf>
58. American Academy of Pediatrics ©. *New Mother's Guide to Breastfeeding* [Internet]. 2nd ed. 2011. Available from: <https://www.healthychildren.org/spanish/ages-stages/baby/breastfeeding/paginas/breastfeeding-after-cesarean-delivery.aspx>
59. Manterola,C.,y Otzen T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int J Morphol* [Internet]. 2014 [cited 2017 Oct 29];32(2):634–45. Available

from: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf>

60. Dr. Alva Santos A. Diseño Metodologico [Internet]. [cited 2017 Oct 29]. Available from: http://cmapspublic2.ihmc.us/rid=1177276557513_587608076_5066/disen0-1.pdf
61. De canales, FH., De Alvarado, EL., y Pineda E. Diseño metodologico. In: PALTEX, OPS O, editor. Metodologia de la Investigacion. 2000.
62. Hernandez, R., Fernandez, C., y Baptista P. Metodologia de la investigacion [Internet]. McGraw Hill, editor. Mexico; 1998. Available from: <http://metodelainv.blogspot.es/tags/investigacion/>

ANEXOS

ANEXO 1

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RESULTADOS MATERNO PERINATALES DE LAS GESTANTES QUE PARTICIPARON DE LAS CLASES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO-JULIO. TACNA 2016

Nº HCL: _____

FECHA: _____

I. Características sociodemográficas

1. Edad de la madre

- a) 15-19años
- b) 20-29años
- c) 30-35 años
- d) 36 a más

2. Estado civil

- a) soltera
- b) casada
- c) conviviente

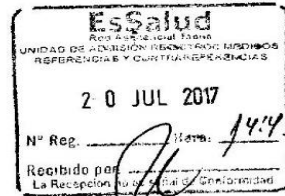
3. Grado de instrucción

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior No Universitario
- d) Superior Universitario

4. Ocupación

- a) Independiente
- b) Dependiente
- c) Estudiante
- d) Ama de casa

ANEXO 2



CARTA N° 001-CI-GRATA-EsSalud-2017

Tacna, julio 19, 2017

Srta.:
Q.F. VIRNA ESCALANTE VARGAS
Jefe Unidad de Admisión, Registros Médicos
Referencias y Contrareferencias
Red Asistencial Tacna
Presente

Asunto: **EVALUACION DE PROYECTO**
"RESULTADOS MATERNO PERINATALES DE LAS GESTANTES
QUE PARTICIPARON DE LAS CLASES DE PSICOPROFILAXIS
OBSTETRICA EN EL CAP III METROPOLITANO ENERO-JULIO.
TACNA 2016"

Ref: Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008
Directiva N° 04 - IETSI - ESSALUD - 2016
Resolución N° 027-IETSI-ESSALUD-2016
Formato N° 01: Evaluación de Proyectos de Investigación

Es muy grato dirigirme a usted para saludarlo y a la vez manifestarle que con relación al documento de la referencia el Comité de Investigación de la Red Asistencial Tacna, luego de la revisión, ha considerado la autorización del Proyecto de Investigación del asunto de la referencia.

En tal sentido, solicito a usted brindarle las facilidades a la investigadora Bach. Noelia Faviola Pari Flores (Obstetricia - UNJBG), a fin de que cumpla con el acopio de información del área correspondiente a dicha labor, así como garantice el envío de las conclusiones de dicha investigación a este Comité.

Cabe mencionar que esta evaluación está sujeta a las disposiciones contenidas en la normativa vigente de la Institución para investigación en Essalud (Directiva N° 025-GG-ESSALUD-2008, Directiva N° 04 - IETSI - ESSALUD - 2016, Resolución N° 027-IETSI-ESSALUD-2016)

Sin otro particular, agradezco la atención a la presente.

Atentamente,

Red Asistencial Tacna
HOSPITAL DE INVESTIGACIÓN
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN
Dr. NEIL FLORES VALDEZ
PRESIDENTE
EsSalud

NFV/kbd
Cc: Archivo

www.essalud.gob.pe

Red Asistencial Tacna
Carretera Calana K. 6.5
Tacna - Peru
T. (052) 580280

ANEXO 3

FICHA DE VALIDACIÓN

Resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica en el CAP III Metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.

El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información para medir los resultados materno perinatales de las gestantes

Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

N°	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones
1.	Edad	5	4	4	
2.	Estado civil	5	4	4	
3.	Grado de instrucción	4	3	3	
4.	Ocupación	4	3	3	
5.	Nº de controles prenatales	5	4	4	
6.	Nº de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica	3	4	4	
7.	Formula Obstétrica	4	4	4	
8.	Edad gestacional al parto	4	4	4	
9.	Paridad	4	4	4	
10.	Inicio de la labor del parto	4	5	5	
11.	Vía del parto	4	5	5	
12.	Duración del periodo de dilatación	4	5	5	
13.	Duración del periodo expulsivo	4	5	5	

FICHA DE VALIDACIÓN

Resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica en el CAP III Metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.

El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información para medir los resultados materno perinatales de las gestantes

Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

Nº	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones
1.	Edad	5	5	5	
2.	Estado civil	5	5	5	
3.	Grado de instruccion	5	5	5	
4.	Ocupacion	5	5	5	
5.	Nº de controles prenatales	5	5	5	
6.	Nº de sesiones de Psicoprofilaxis Obstetrica	5	5	5	
7.	Formula Obstétrica	5	5	5	
8.	Edad gestacional al parto	5	5	5	
9.	Paridad	5	5	5	
10	Inicio de la labor del parto	5	5	5	
11	Via del parto	5	5	5	
12	Duración del periodo de dilatacion	5	5	5	
13	Duracion del period expulsivo	5	5	5	

14.	Duración del periodo de alumbramiento	5	5	5	
15.	Hubo desgarro	5	5	5	
16.	Se realizó episiotomía	5	5	5	
17.	Sexo	5	5	5	
18.	Peso	5	5	5	
19.	Longitud	5	4	5	
20.	Apgar al 1er minuto	5	5	5	
21.	Apgar a los 5 minutos	5	5	5	
22.	Contacto piel a piel	5	5	5	
23.	Lactancia Materna	5	5	5	


Firma.....
 Patricia Ramos Huajardo
 OBSTETRA
 C.O.P. 2164
 ASES Salud

FICHA DE VALIDACIÓN

Resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica en el CAP III Metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016.

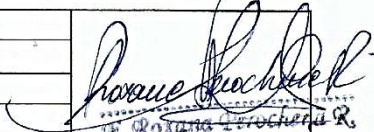

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.

El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información para medir los resultados materno perinatales de las gestantes

Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

Nº	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones
1.	Edad	5	4	5	
2.	Estado civil	5	5	5	
3.	Grado de instrucción	5	5	5	
4.	Ocupación	5	5	5	
5.	Nº de controles prenatales	5	5	5	
6.	Nº de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica	5	5	5	
7.	Formularia Obstétrica	5	5	5	
8.	Edad gestacional al parto	5	5	5	
9.	Paridad	5	5	5	
10.	Inicio de la labor del parto	5	5	5	
11.	Vía del parto	5	5	5	
12.	Duración del periodo de dilatación	5	5	5	
13.	Duración del periodo expulsivo	5	5	5	

14.	Duración del periodo de alumbramiento	5	5	5	
15.	Hubo desgarro	5	5	5	
16.	Se realizó episiotomía	5	5	5	
17.	Sexo	5	5	5	
18.	Peso	5	5	5	
19.	Longitud	4	5	5	
20.	Apgar al 1er minuto	5	5	5	
21.	Apgar a los 5 minutos	5	5	5	
22.	Contacto piel a piel	5	5	5	
23.	Lactancia Materna	5	5	5	

		 Roxana Crocheza R. FISCYETRA C.C. 3764 

FICHA DE VALIDACIÓN

Resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica en el CAP III Metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.

El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información para medir los resultados materno perinatales de las gestantes

Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

Nº	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones
1.	Edad	4	4	4	
2.	Estado civil	4	3	4	
3.	Grado de instrucción	4	3	4	
4.	Ocupación	4	3	4	
5.	Nº de controles prenatales	4	4	4	
6.	Nº de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica	5	5	5	
7.	Formularia Obstétrica	3	3	3	
8.	Edad gestacional al parto	4	3	3	
9.	Paridad	5	4	4	
10.	Inicio de la labor del parto	5	4	4	
11.	Vía del parto	5	5	5	
12.	Duración del periodo de dilatación	4	4	4	
13.	Duración del periodo expulsivo	4	4	4	

14.	Duración del periodo de alumbramiento	4	4	4	
15.	Hubo desgarro	3	3	3	
16.	Se realizó episiotomía	3	3	3	
17.	Sexo	2	2	2	
18.	Peso	4	4	4	
19.	Longitud	5	4	4	
20.	Apgar al 1er minuto	5	4	4	
21.	Apgar a los 5 minutos	5	4	4	
22.	Contacto piel a piel	4	4	3	
23.	Lactancia Materna	4	4	4	

		 COLEGIADO N.º 123456789 FIRMADO EN 10/10/2020 H. 10:00 AM

Firma

FICHA DE VALIDACIÓN


Resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de Psicoprofilaxis Obstétrica en el CAP III Metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS.				
El presente cuestionario ha sido diseñado con fines académicos para recolectar la información para medir los resultados materno perinatales de las gestantes				

Muy mala/ Muy insatisfactoria	Mala/ Insatisfactoria	Normal / Indiferente	Buena/ Satisfactoria	Muy buena/ Muy satisfactoria
1	2	3	4	5

Nº	Items	Redacción Adecuada	Pertinencia con los objetivos	Claridad	Observaciones
1.	Edad	5	5	4	
2.	Estado civil	5	5	4	
3.	Grado de instruccion	5	5	4	
4.	Ocupacion	5	5	4	
5.	Nª de controles prenatales	5	4	3	
6.	Nª de sesiones de Psicoprofilaxis Obstetrica	5	5	5	
7.	Formula Obstetrica	4	3	3	
8.	Edad gestacional al parto	5	3	3	
9.	Paridad	4	4	4	
10	Inicio de la labor del parto	5	5	4	
11	Via del parto	5	5	5	
12	Duracion del periodo de dilatacion	5	5	5	
13	Duracion del period expulsivo	5	5	5	

14.	Duración del periodo de alumbramiento	5	5	5	
15.	Hubo desgarro	5	5	5	
16.	Se realizó episiotomía	5	5	5	
17.	Sexo	5	4	4	
18.	Peso	4	5	5	
19.	Longitud	4	4	4	
20.	Apgar al 1er minuto	5	5	5	
21.	Apgar a los 5 minutos	5	5	5	
22.	Contacto piel a piel	5	3	3	
23.	Lactancia Materna	5	4	4	

Lic. JUANA VENERO MARCOS
 OBSTETRICIA C.O.P. 11504
 CAPITULO 105 ALEVANO
 Red de Atención Local
 2010

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

Para efectuar la validación de los instrumentos de la investigación titulada **“Resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica en el CAP III metropolitano enero-julio. Tacna 2016”**, se ha sometido a evaluación por cinco profesionales del área de salud. Estos profesionales son: Lic. Águeda Torres Talavera; Lic. Patricia Ramos Huajardo; Lic. Flor Roxana Perochena; Lic. Iris Medina; Lic. Juana Venero Marcos. A continuación, presenta los puntajes de la hoja de preguntas para la validación:

ITEMS	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5
Ítem 1	4	5	5	4	5
Ítem 2	4	5	5	4	5
Ítem 3	3	5	5	4	5
Ítem 4	3	5	5	4	5
Ítem 5	4	5	5	4	4
Ítem 6	4	5	5	5	5
Ítem 7	4	5	5	3	3
Ítem 8	4	5	5	4	4
Ítem 9	4	5	5	4	4
Ítem 10	5	5	5	4	5
Ítem 11	5	5	5	5	5
Ítem 12	5	5	5	4	5
Ítem 13	5	5	5	4	5
Ítem 14	5	5	5	4	5
Ítem 15	5	5	5	3	5
Ítem 16	5	5	5	3	5
Ítem 17	5	5	5	2	4
Ítem 18	5	5	5	4	5
Ítem 19	5	5	5	4	4

Ítem 20	5	5	5	4	5
Ítem 21	5	5	5	4	5
Ítem 22	4	5	5	4	4
Ítem 23	4	5	5	4	4

El grado de homogeneidad de las respuestas de los expertos se mide con el coeficiente alfa de Cronbach, y se interpreta en la siguiente tabla de valoración:

$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_r^2} \right]$	Nivel
-1 a 0	No válido
0,01 - 0,49	Baja validez
0,50 - 0,69	Moderada validez
0,70 - 0,89	Alta validez
0,90 - 1,00	Muy alta validez

A continuación, los resultados:

ITEMS	Experto 1	Experto 2	Experto 3	Experto 4	Experto 5	Varianza
Ítem 1	4	5	5	4	5	0.2
Ítem 2	4	5	5	4	5	0.3
Ítem 3	3	5	5	4	5	0.7
Ítem 4	3	5	5	4	5	0.7
Ítem 5	4	5	5	4	4	0.3
Ítem 6	4	5	5	5	5	0.2
Ítem 7	4	5	5	3	3	1
Ítem 8	4	5	5	4	4	0.7
Ítem 9	4	5	5	4	4	0.3
Ítem 10	5	5	5	4	5	0.3
Ítem 11	5	5	5	5	5	0.2
Ítem 12	5	5	5	4	5	0.3
Ítem 13	5	5	5	4	5	0.3
Ítem 14	5	5	5	4	5	0.2

Ítem 15	5	5	5	3	5	0.8
Ítem 16	5	5	5	3	5	0.8
Ítem 17	5	5	5	2	4	1.7
Ítem 18	5	5	5	4	5	0.3
Ítem 19	5	5	5	4	4	0.2
Ítem 20	5	5	5	4	5	0.3
Ítem 21	5	5	5	4	5	0.3
Ítem 22	4	5	5	4	4	0.3
Ítem 23	4	5	5	4	4	0.3
SUMA	102	115	115	89	106	10.7

Varianza Independiente= 10.7
Varianza Total= 116.3

Alfa de Cronbach	0.95
-------------------------	-------------

Como el coeficiente de Cronbach es de 0,95 indica que existe alto grado de validez. En consecuencia. La validación por juicio de expertos es favorable por su alto grado de valoración y consistencia interna entre ellos, es decir, todos lo evalúan de manera favorable.

Por lo tanto, los instrumentos para realizar la investigación **“Resultados materno perinatales de las gestantes que participaron de las clases de psicoprofilaxis obstétrica en el CAP III metropolitano Enero-Julio. Tacna 2016”** es válido.