

**UNIVERSIDAD DE HUANUCO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA**



**TESIS**

---

**“PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y SU INFLUENCIA EN LA  
ACTITUD DE LAS GESTANTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO  
DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL TAHUANTINSUYO  
BAJO 2018”**

---

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Santisteban Abregú, Lidia Guibell

ASESOR: Espinoza Sánchez, Manuel Ugo

HUÁNUCO – PERÚ

2021



# U

### TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis ( X )
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

**LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN:** Salud pública  
**AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN** (2018-2019)

### CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:

**Área:** Ciencias médicas, Ciencias de la salud

**Sub área:** Medicina clínica

**Disciplina:** Obstetricia, Ginecología

### DATOS DEL PROGRAMA:

Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Obstetra

Código del Programa: P02

Tipo de Financiamiento:

- Propio ( X )
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

# D

### DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 47080721

### DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 22417039

Grado/Título: Maestro en ciencias de la salud con mención en: gerencia en servicios de salud

Código ORCID: 0000-0002-0042-4431

### DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
2	Castillo Ruiz, Verónica Del Pilar	Doctora en ciencias de la salud	22515292	0000-0001-9904-5337
3	Flores Shupingahua, Merlyn	Maestra en ciencias de la salud con mención en salud pública y docencia universitaria	22964167	0000-0003-1770-260X

# H



**UDH**  
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO  
<http://www.udh.edu.pe>

**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **diecisiete** con **treinta** horas del día **tres** del mes de **setiembre** del año **dos mil veintiuno**, en la plataforma del aula virtual de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió mediante la Plataforma Virtual Google Meet el Jurado Calificador integrado por los docentes:

- |  |                   |
|--|-------------------|
| • DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ        | <b>Presidenta</b> |
| • MG. VERÓNICA DEL PILAR CASTILLO RUIZ | <b>Secretaria</b> |
| • MG MERLYN FLORES SHUPINGAHUA         | <b>Vocal</b>      |

Nombrados mediante **RESOLUCION N.º 1144-2021-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado: "**PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y SU INFLUENCIA EN LA ACTITUD DE LAS GESTANTES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DEL CENTRO DE SALUD MATERNO INFANTIL TAHAUNTINSUYO BAJO 2018**", presentado por la Bachiller en Obstetricia Srta. Lidia Guibell **SANTISTEBAN ABREGÚ** para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándola **APROBADA** por **UNANIMIDAD** con el calificativo cuantitativo de **15** y cualitativo de **Bueno**.

Siendo las, 19:00 horas del día **03** del mes de **septiembre** del año **2021** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

\_\_\_\_\_  
**PRESIDENTA**

\_\_\_\_\_  
**SECRETARIA**

\_\_\_\_\_  
**VOCAL**

## **DEDICATORIA**

A mi Dios, por siempre cuidarnos en todo momento. Gracias.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la Universidad de Huánuco, por brindarnos una oportunidad de desarrollo profesional.

Al asesor de tesis, por su tiempo y por todas las orientaciones recibidas.

**La autora**

# ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS .....	vi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	viii
RESUMEN .....	ix
INTRODUCCIÓN .....	x
CAPÍTULO I .....	12
1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1. Descripción del problema.....	12
1.2. Formulación del problema.....	16
1.2.1. Problemas General .....	16
1.2.2. Problemas específicos .....	16
1.3. Objetivo general.....	17
1.4. Objetivos específicos.....	17
1.5. Justificación de la investigación .....	17
1.6. Limitaciones de la investigación.....	17
1.7. Viabilidad de la investigación .....	18
CAPÍTULO II.....	19
2. MARCO TEÓRICO.....	19
2.1. Antecedentes de investigación .....	19
2.1.1. Antecedentes internacionales .....	19
2.1.2. Antecedentes nacionales .....	20
2.1.3. Antecedentes locales .....	22
2.2. Bases teóricas .....	23
2.2.1. Psicoprofilaxis obstetrica .....	23
2.2.2. Objetivos de la Psicoprofilaxis.....	25
2.2.3. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica .....	26
2.2.4. Bases Científicas de la Psicoprofilaxis Obstétrica .....	28
2.2.5. Trabajo de parto en primigestas.....	29
2.2.6. Periodos del trabajo de parto.....	29

2.2.7. Actitudes .....	30
2.3. Hipótesis .....	31
2.4. Variables .....	31
2.4.1. Variable independiente .....	31
2.4.2. Variable dependiente .....	31
2.5. Operacionalización de variables .....	32
CAPÍTULO III .....	33
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	33
3.1. Tipo de instigación .....	33
3.1.1. Enfoque .....	33
3.1.2. Alcance o nivel .....	33
3.1.3. Tipo de investigación .....	33
3.1.4. Diseño .....	33
3.1.5. Diagrama: .....	33
3.2. Población .....	34
3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos .....	35
3.3.1. Para la recolección de datos .....	35
3.3.2. Para el análisis y presentación de datos .....	37
CAPÍTULO IV .....	38
4. RESULTADOS .....	38
4.1. Procesamiento de datos .....	38
4.2. Contrastación de hipótesis .....	59
CAPÍTULO V .....	62
5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	62
CONCLUSIONES .....	66
RECOMENDACIONES .....	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	68
ANEXOS .....	73

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Características demográficas de las gestantes. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo (CSMI – TB) 2018. ....	38
Tabla N° 2 Características sociales de las gestantes en el CSMI – TB 2018. ....	39
Tabla N° 3. Características obstétricas de las gestantes. CSMI –TB 2018. .	40
Tabla N° 4 Descripción de las sesiones de psicoprofilaxis de las de las gestantes. CSMI – TB. 2018.....	42
Tabla N° 5. Datos informativos de las gestantes. CSMI – TB. 2018.....	43
Tabla N° 6. Descripción del desenvolvimiento de la parturienta en la labor del parto. CSMI – TB. 2018. ....	45
Tabla N° 7. Descripción de la terminación del parto. CSMI – TB. 2018.....	46
Tabla N° 8. Descripción del APGAR del recién nacido a los minutos 1 y 5. CSMI – TB. 2018. ....	47
Tabla N° 9. Descripción de los periodos de parto en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018. ....	48
Tabla N° 10. Actitud durante el periodo de dilatación en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018. ....	49
Tabla N° 11. Actitud durante el periodo de expulsión en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018. ....	50
Tabla N° 12. Actitud durante el periodo de alumbramiento en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018.....	51
Tabla N° 13. Actitud durante el periodo de puerperio en la muestra en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018. ....	52
Tabla N° 14. Actitud durante el trabajo de parto, según dimensiones en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018. ....	53
Tabla N° 15. Tipo de actitud de la muestra en estudio durante el trabajo de parto. CSMI – TB. 2018. ....	54
Tabla N° 16. Descripción de la preparación psicoprofiláctica obstétrica, de las	



gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.....	55
Tabla N° 17. Nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica, de las de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.....	59
Tabla N° 18. Relación de la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.....	60

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Representación gráfica de la actitud según dimensiones, durante el trabajo de campo en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018.....	53
Figura N° 2. Representación gráfica del tipo actitud de la muestra en estudio durante el trabajo de parto. CSMI .....	54
Figura N° 3. Representación gráfica del nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica, de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.....	59
Figura N° 4. Representación gráfica de la relación de la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.....	60

## RESUMEN

Determinar la influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica y su influencia en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto del Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo 2018. La investigación desarrollada es prospectiva, analítica, transversal y observacional, cuyo diseño es relacional y con enfoque cuantitativo. Se determinó una población muestral de 47 gestantes. La técnica usada fue la observación y la entrevista individualizada. El instrumento aplicado fue la lista de cotejo de las actitudes durante el trabajo de parto y la guía de observación de la psicoprofilaxis; dichos instrumentos fueron validados a nivel cualitativo; se tuvo en cuenta las consideraciones éticas como la aceptación del consentimiento informado. La estadística aplicada utilizada fue la prueba de Chi Cuadrada, con una significancia de  $p < 0,005$ . Al valorar la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto según dimensiones, el 89,4% (42) tuvieron una actitud positiva, frente al 10,6% (5) que tienen una actitud negativa. El nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica en las gestantes fue adecuada en un 80,9 % (38), frente al 19,1% (9) que tuvo una preparación inadecuada. Al analizar la relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes en estudio durante el trabajo de parto, se evidenció significancia estadística entre dichas variables [ $\chi^2 = 18,31$  y  $p = 0,00$ ]; determinando la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto; porque se aceptó la hipótesis de investigación.

**Palabras claves:** programa psicoprofilaxis, actitud de la gestante, trabajo de parto, gestación, maternidad saludable.

## INTRODUCCIÓN

La psicoprofilaxis obstétrica en la actualidad más que una técnica que ayuda a controlar el dolor durante el trabajo de parte, se constituye en un proceso educativo basado en un conjunto de sesiones que buscan un entrenamiento físico y una preparación psicológica para desarrollar la seguridad, autoconfianza y la posibilidad de asumir el trabajo de parto de manera natural y positiva.

Por lo tanto, la psicoprofilaxis obstétrica, es una herramienta fundamental en la atención integral del binomio madre niño. Permitiéndole a la gestante generar comportamientos favorables a su salud a fin de tomar una actitud positiva durante la gestación, el parto, puerperio, resultados de la concepción y bienestar del neonato desarrollando en esta fase momentos gratos y felicidad y buena salud; reflejado por la disminución significativa del dolor durante sus diferentes etapas.

Por tal se propone el presente estudio cuyo el cual fue estructurada en 5 capítulos.

En el capítulo uno, se considera la problemática motivo del presente estudio, donde se describe y formula el problema, luego se plantea el objetivo general, así como los específicos; la justificación de la investigación teórica, práctica y metodológicamente, luego, la limitación y viabilidad.

En el capítulo dos, se presenta el marco teórico, que contiene: los antecedentes; las bases teóricas, conceptuales; las hipótesis, Las variables y la operacionalización de variables.

En el capítulo tres, se describe la metodología que comprende la descripción del tipo, diseño de estudio, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumentos, procedimientos de recolección de datos, elaboración de datos, análisis e interpretación de datos, y consideraciones éticas.

En el cuarto capítulo se muestra los resultados descriptivos e inferenciales. En el quinto capítulo se muestra a la discusión. Finalmente, se

muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

**La autora**

# CAPÍTULO I

## 1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1. Descripción del problema

Tal como señala Mora, Rivadeneira (1) y Romero (2); la maternidad y el nacimiento representan la formación de una serie de concepciones y prácticas alrededor del nacimiento como un acontecimiento natural. El dolor que acompaña al trabajo de parto constituye una de las principales preocupaciones de la embarazada y llega en algunos casos a producir tensiones que acrecientan a medida que se acerca el parto.

En este mismo sentido Villar (3), señala que el embarazo y parto constituyen episodios normales de la vida reproductiva femenina, por lo que podría suponerse que transcurren en la mujer sana sin mayores molestias o complicaciones. Sin embargo, es conocido que las mujeres sufren de intensos dolores durante el trabajo de parto, los cuales -hoy se conoce- son consecuencia de los temores provocados por la ignorancia y las supersticiones de ellas mismas. Las actitudes de temor, angustia y ansiedad desempeñan una parte fundamental en el mecanismo del dolor en el proceso del trabajo de parto, ya que al momento de la dilatación estos factores pueden ocasionar que el cuello de la matriz (cérvix), no dilate adecuadamente y durante la contracción la tensión que ellas manejan hace que el bebé ejerza presión en esa área y el dolor aumente (4).

Al respecto, Romero (2) explica que el dolor que suele caracterizar el trabajo de parto constituye la principal preocupación que pueda poseer una mujer embarazada, la cual en muchos casos desencadena una gran tensión que va aumentando a medida que se acerca el momento del parto. Educación para el parto es una manera buena para combatir este problema, aunque no lo elimine.

Frente a dicha situación, surgió la psicoprofilaxis como método para ayudar a la madre a prepararse psíquica y físicamente para un parto natural y sin dolor, tal como señala Velez, citado por Méndez (4) la

psicoprofilaxis es el método que sirve para asimilar de mejor manera los cambios que sufre la

mujer tanto físicos como psicológicos, durante la etapa de embarazo y parto, que es ahí donde la psicoprofilaxis juega un papel crucial ya que si la mujer se ha estado preparando con tiempo y ha practicado las respiraciones y la relajación de la mejor manera, ella va a ir creando, lo que se le llama reflejo condicionado, el cual se adquiere mediante estímulos repetidos.

En la preparación psicoprofiláctica, se educa a la mujer, proponiendo capacitación para que aprenda y se adapte a una etapa novedosa y también para mitigar o eliminar sentimientos nocivos, penas y tensiones (3).

La psicoprofilaxis se basa entonces en un componente educativo de la gestante y en el correcto desarrollo de reflejos que condicionen al presionar o bloquear los puntos de dolor. Todo ello se realiza con el fin de utilizar una menor cantidad de analgesia. "Se busca presionar o bloquear los puntos dolorígenos o las metámeras que llevan al dolor". En la normalidad el 85% de las mujeres preparadas tienen partos satisfactorios o con dolor mínimo, en el 12% la respuesta se considera aceptable y es solo un 3% que se considera las respuestas aleatorias (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras importantes instituciones internacionales, la Psicoprofilaxis Obstétrica es recomendable, por sus efectos positivos y beneficiosos, obteniendo ventajas tanto para la madre como para el nuevo ser (1).

Diversas investigaciones han demostrado los beneficios de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica donde la mujer adquiere una mejor actitud durante el trabajo de parto, reflejado por la significativa disminución del dolor durante sus diferentes etapas (5).

Mediante la preparación psicoprofiláctica, se proporciona la información necesaria y así evitar ideas negativas y falsas en torno al

trabajo de parto. La preparación física permite a través de los ejercicios la mejoría de la postura, respiración, relajación y dominio de puntos que alivien o disminuyan la molestia, garantizándose una mejor participación de la gestante durante el trabajo de parto y sobretodo en el periodo expulsivo(2)

Respecto a la magnitud de la problemática del estudio, en un estudio desarrollado por Paima (5), halló que las mujeres embarazadas que se alistaron para dar a luz eran de 13 a 17 años (menores de edad), jóvenes y adultos con conocimiento propicio, esto ayudó mucho en la enseñanza de los contenidos que se transmitieron en las clases de psicoprofilaxis, asimismo, de morar en Iquitos y en los lugares distritales aledaños ayudaron a tratarlas sin dificultades en cada una de sus citas de aprendizaje. Respecto a la conducta durante la dilatación el 30.77% de las mujeres aplicó como debe ser la forma de la relajación, el 88.46% hizo adecuadamente la ejercitación de inhalar y exhalar y el 28.84% no tuvo esa forma de relajación en la etapa del trabajo de parto. En el periodo de salida del producto el 100% de las madres ejecutaron el pujo como debe ser, el 90.38% realizó la forma propicia de respirar antes y después del pujo y el 96.15% no llegó a la desesperación en la salida de la cabecita del bebé. Al tiempo de dar a luz el 100% de las mamás apoyaron a la profesional en la etapa del alumbramiento, parecido al 100% de las mujeres que no pujaron en este proceso de alumbrar al bebé. Las embarazadas preparadas previo al alumbramiento en las capacitaciones psicoprofilácticas con excelente comportamiento de acuerdo a sus edades fueron el 3.8% de 12 a 19 años, el 23.1% de 20 a 34 y ni una sola en más de 35 años; las gestantes con actitudes de conducta media fueron el 13.5% de 12 a 19 años, el 38.4% de 20 a 35 años y 17.4% en mayores de 35 años; mientras tanto que las de pesimistas fueron el 3.8% de 12 a 19 años, el 0.0% de 20 a 34 años y ninguna pasada de 35 años.(5)

En el 2014, Yábar (6), halló que las gestantes adolescentes que reciben psicoprofiláctica mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control prenatal, es así que el 97.37% de ellas recibieron más de 7 controles prenatales, el 100% recibió al menos 6 de



un total de 8 sesiones prenatales, 86.84% ingresaron en fase activa para su parto, el mismo porcentaje 86.84% tuvo parto vaginal, mientras que el 13.16% lo tuvo por cesárea.

En el Instituto Nacional Materno Perinatal (7), el 2013, únicamente el 14.8% de las embarazadas fueron capacitadas para un parto sin miedo, pero, un porcentaje mayoritario de mujeres (16.4%, n=2789) llegaron al momento de alumbrar sin ninguna atención prenatal y sin capacitación Psicoprofiláctica Obstétrica, Es por eso que en muchos hechos las emociones y el estrés de las mujeres en estado de embarazo ocasionó desesperación, pena, ideas inciertas y escaso control de su estado emocional en el proceso de alumbramiento y expulsión, incluso se notó que tuvieron mucho dolor, que se considera como consecuencia no tener idea de la importancia de la psicoprofilaxis, más aún se intensificó en la primeras.

Al respecto Paima (5) observó que un gran número de parturientas sin ningún conocimiento sobre el trabajo de parto o a veces con conocimientos precarios basados en creencias y costumbres, como la ingesta de infusiones o cualquier otro producto que ellos relacionen con la resolución rápida del trabajo de parto, por ejemplo: la ingesta de té de alucema el cual intensifica las contracciones uterinas y con ello aumenta el dolor innecesariamente, ya que el propio cuerpo de la mujer intensifica las contracciones uterinas gradualmente de acuerdo al período del trabajo de parto y/o dilatación del cuello uterino. A este desconocimiento de la labor del trabajo de parto se añade la falta de conocimiento de la anatomía de su propio aparato reproductor, cómo funciona y como debe cuidarlo, sumado a esto la actitud inadecuada en el momento del trabajo de parto, en especial en las fases de dilatación y expulsivo.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) (8), a través del Programa de Salud Materno Perinatal, introdujo “Diez pasos para un parto seguro”, en la que se incluyó a la Psicoprofilaxis Obstétrica. Asimismo, el 2011, el Ministerio de Salud publicó una guía de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, con el propósito de establecer un estándar, el

desarrollo de estas técnicas aplicadas a través de 6 clases de teoría, y práctica, aplicando el enfoque de género e interculturalidad, para fortalecer

la calidad en la atención del parto y la perseverancia constante para ante las situaciones complicadas para la mujer y el niño(a).

Pese a la institucionalización de la psicoprofilaxis obstétrica por el Ministerio de Salud (MINSA) y a su comprobada eficacia señalada por las investigaciones, aún existe una escasa cobertura que no supera el 20% de las gestantes de todo el país, además de la problemática que representa también la implementación inadecuada de este servicio en los hospitales o el ejercicio de la misma con procedimientos que carecen de sustento científico por personal carente de competencia profesional en psicoprofilaxis (3).

En base a esta problemática, es que surgió la motivación de desarrollar este estudio, frente al cual se planteó las siguientes interrogantes:

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problemas General**

¿La psicoprofilaxis obstétrica influye en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo 2018?

### **1.2.2. Problemas específicos**

1. ¿Cuál es el nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica en las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de salud en estudio?
2. ¿Qué tipo de actitud evidencian las gestantes durante el trabajo de parto?

### **1.3. Objetivo general**

Determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo 2018.

### **1.4. Objetivos específicos.**

1. Observar la preparación psicoprofiláctica obstétrica en las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de salud en estudio.
2. Valorar la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto.

### **1.5. Justificación de la investigación**

El estudio se justificó por las siguientes razones:

Las temáticas que se aborda en el presente estudio, como la psicoprofilaxis obstétrica, es importante y satisfactorio para la labor de los profesionales en Obstetricia, ya quedó demostrado los beneficios efectivos y su importancia para contribuir en disminuir la morbimortalidad materna y del(a) bebé; por lo que es necesario darle a las usuarias de obstetricia mucho más cuidado y atenderlas, debido a que una embarazada generalmente es mal mirada, no solo a partir de las expectativas orgánicas, sino más aún de forma holística (9). El obstetra contribuye directa y eficazmente en mejorar las condiciones físicas y psicológicas de la madre para afrontar todas las fases del trabajo de parto y después de ella, además pretende demostrar los beneficios que otorga la preparación en psicoprofilaxis obstétrica para un parto sin temor (5).

Del mismo modo, el conocimiento de la psicoprofilaxis y su influencia en las actitudes durante el trabajo de parto, se manifiesta teóricamente en el aporte a las evidencias científicas para mejorar la atención obstétrica.

### **1.6. Limitaciones de la investigación**

Durante el proceso de recolección de datos, se observó algunas

negativas para la firma de consentimiento informado de las usuarias; también hubo casos de abandono del programa de Psicoprofilaxis, para superar ello se tuvo que ampliar el tiempo de recolección de datos.

### **1.7. Viabilidad de la investigación**

El estudio es viable y factible debido a que la investigadora proporcionó los recursos económicos y financieros para lograr los objetivos planteados.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes de investigación

##### 2.1.1. Antecedentes internacionales

Ecuador, 2017. Rosales (10), desarrolló una investigación basada en la observación y la descripción titulado “Efectividad de la psicoprofilaxis durante el embarazo”. El objetivo fue comprobar cuan efectiva es la psicoprofilaxis en el período de gestación, En tal sentido realizó una investigación bibliográfica previa, a fin de conocer las bondades que otorga esta metodología, a favor de las mujeres embarazadas y su vástago. Las estadísticas mostraron que la influencia de este estudio fue muy favorablea más del 50% de las mujeres. El parto normal, se ejecutó en mnos tiempoasí como con menos dolor a la hora del alumbramiento, respecto a la incontinencia urinaria y la mejora en la situación del suelo pélvico, por lo tanto su conclusión fue la efectividad de la psicoprofilaxis durante la etapagestante en muchos lugares del mismo.

En Guatemala, 2015, Méndez (4) desarrolló un estudio descriptivo, titulado “Psicoprofilaxis y complicaciones en el trabajo de parto descriptivo de correlación se llevó a cabo para demostrar como este método ayuda a reducir la probabilidad de sufrir algún tipo de complicación durante el trabajo de parto”. Demostraron que la relajación, respiración, control mental, pujo y posturas facilitatorias fueron útiles en la resolución de un parto normal y para la mayoría de las mujeres de este estudio sin complicaciones.

En Ecuador (Ibarra); 2013, Mora y Rivadeneira (1) realizaron un estudio de tipo transversal, descriptivo sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del subcentro de salud del tejtar, provincia de imbabura enel período junio - octubre del 2013.” El objetivo fue determinar el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que poseen los usuarios

internos y externos del Sub Centro de Salud de El Tejar, sobre la psicoprofilaxis del parto. La muestra fueron 30 mujeres embarazadas desde el tercer mes de gestación que acuden a sus controles prenatales. Los resultados permitieron evidenciar que los miembros del equipo de salud del Subcentro El Tejar, poseen los conocimientos y la predisposición para aplicar la técnica psicoprofiláctica, siendo de gran importancia la sensibilización a las mujeres embarazadas mediante la utilización de la guía como un instrumento de apoyo en el trabajo diario.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

En Iquitos, 2015, Paima (5) desarrolló un estudio titulado “Actitud de embarazadas en la etapa de dar a luz capacitadas en psicoprofilaxis obstetrica, Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia. Los resultados evidenciaron respecto a la actitud en la etapa de la dilatación el 30.77% de las mujeres aplicó adecuadamente las instrucciones para el relajamiento, el 88.46% ejecutó con propiedad la inhalación y espiración mientras que el 28.84% no tuvo un relajamiento propicio en el proceso de las contracciones. Durante la expulsión el 100% de las madres realizaron el pujo de acuerdo a la preparación, el 90.38% realizó la adecuada forma de respirar antes y después del pujo y el 96.15% no llegó a la desesperación, matuvo una postura serena a la hora de la salida de la cabeza del feto. En la etapa de dar a luz el 100% de las capacitadas colaboraron con la Obstetra mientras se desarrollaba el alumbramiento similar al 100% de las embarazadas no pujaron en esta fase. Las preparadas en psicoprofilaxis con optimismo de acuerdo a su edad resultaron que un 3.8% de 12 a 19 años, el 23.1% de 20 a 34 años y nadie mayor de 35 años; gestantes con regular optimismo fueron el 13.5% de 12 a 19 años, el 38.4% de 20 a 35 años y 17.4% en más de 35 años; embarazadas con pésimo actuar fueron el 3.8% de 12 a 19 años, el 0.0% de 20 a 34 años y nadie mayor de 35 años. Madres con preparación psicoprofiláctica con actitud positiva de acuerdo al nivel educativo fueron el 1.9% con estudios primarios, el 19.3% con secundaria y nadie con educación superior, técnica o universitaria; las embarazadas con regular actuar fueron el 9.6% con primaria, el 55.8%

con secundaria, 9.6% con superior técnico o universitario; Mujeres con pésima actitud el 3.8% con primaria, 0.0% con secundaria y 0.0 % con superior técnico o universitario. Actitud positiva de capacitadas en psicoprofilaxis de acuerdo a su origen: el 21.1% fueron de Iquitos, el 3.9% de Punchana, el 3.9% de San Juan y el 9.6% de Belén; Las mujeres en etapa de gestación con regular actuar: el 23.1% fueron de Iquitos, el 0.0% de Punchana, el 1.9% de San Juan y el 17.9% de Belén; Embarazadas con mal actuar el 0.0% fueron de Iquitos, el 0.0% de Punchana, el 13.4% de San Juan y el 5.7% de Belén.

En Lima, 2015, Tafur (12), desarrolló un estudio cuasi-experimental, de corte transversal, prospectivo titulado "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 amayo". Cuyo objetivo fue determinar la influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en la actitud frente al trabajo de parto. La muestra incluyó a 60 gestantes en trabajo de parto que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, las cuales fueron divididas en dos grupos: grupo de estudio (n=30), al que aplicaron la guía de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia y grupo control (n=30), al que no se le aplicó la guía. Los resultados evidenciaron que las embarazadas con capacitación Psicoprofiláctica en obstetricia de manera rápida lograron resultados significativos en contra posición a las que no se capacitaron, Los resultados estadísticos fueron muy significativos en la etapa de dilatar ( $p < 0.001$ ), a la hora de expulsar ( $p < 0.001$ ) y en el proceso de alumbrar ( $p < 0.001$ ). En consecuencia, las que fueron capacitadas en Psicoprofilaxis de emergencia estuvieron muy optimistas (56.6%) durante el proceso de alumbramiento frente a las otras que no tuvieron la preparación, es más ninguna mostró optimismo, es por ello que estadísticamente se encontró diferencias favorables y muy significativas ( $p < 0.001$ ). concluyeron que la preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influyó significativamente ( $p < 0.001$ ) en la conducta favorable a la hora del alumbramiento de las mujeres que por primera vez tiene la experiencia de ser tratadas en el Servicio del Centro Obstétrico del

Instituto Nacional Materno Perinatal.

Ej Juliaca, 2015, Arias, Belizario (13) desarrollaron un estudio de tipo transversal cuantitativa y correlacional, titulado “Influencia de la psicoprofilaxis en la duracion del trabajo de parto en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Junio – Setiembre”; la finalidad fue determinar la influencia de la psicoprofilaxis en la duración del trabajo de parto. La población estuvo representada por todas las parturientas que realizaron psicoprofilaxis obstétrica durante los meses en estudio, Cifra representada por 82 casos.: La muestra fueron 67 parturientas. Los resultados evidenciaron en cuanto a la duración del trabajo de parto el 30% presentaron trabajo de parto precipitados, el 67% trabajo de parto adecuado y el 3% trabajo de parto prolongado; En relación a las características de la psicoprofilaxis: información teórica el 70% reciben información escrita, oral y visual, ejercicios físicos el 45% realiza ejercicios posturales y respiratorios, terapias psicológicas el 55% pone en práctica la musicoterapia y masoterapia y complementarias el 54% realiza biodanza y reflexología lo que influye de manera positiva sobre la duración del trabajo de parto; En cuanto a los factores sociodemográficos: Edad en el 55% tienen de 19 a 34 años, estado civil en el 65% son convivientes, lugar de procedencia el 55% del área urbana, grado de instrucción en el 42% es secundaria y ocupación el 33% son comerciantes lo que influye de manera positiva sobre la duración del trabajo de parto.

### **2.1.3. Antecedentes locales**

En Huánuco, 2016, Marín (15) desarrolló un estudio experimental, prospectivo, transversal y analítico titulado “Satisfacción de las primigestas con preparación de psicoprofilaxis obstétrica en el parto y puerperio Hospital de Tingo María, julio a diciembre del 2016. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción de las primigestas con preparación de Psicoprofilaxis obstétrica en el parto y puerperio. Concluyeron que la felicidad satisfactoria a la hora del alumbramiento en mujeres por primera vez se observó que en el grupo experimental donde



se les capacitó en psicoprofilaxis obstétrica mostraron un nivel satisfactorio de 82,9% e insatisfactorio en un 17%. Sin embargo en el grupo control presentaron un nivel satisfactorio de 74,3% e insatisfactorio en un 25,7%, en tal sentido se observó que el grupo de investigación logró más porcentaje de satisfacción. Al ver la significancia asintótica bilateral (P) de chi cuadrado se notó que el resultado de 0,382 fue mayor que 0,05 por lo tanto se apreció las estadísticas concluyendo que no hay relación de las variables satisfacción en el parto de gestantes por primera vez y la capacitación en Psicoprofilaxis obstétrica.

En el 2016 Falcón (16) desarrolló “Nivel de satisfacción en primigestas con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del parto eutócico, en el centro de salud Carlos Showing Ferrari”. Concluyeron que la tasa satisfactoria en el momento de dar a luz en primigestas preparadas y no preparadas en capacitación psicoprofiláctica obstétrica, se observó que el grupo estudiado con clases de psicoprofilaxis obstétrica mostró nivel satisfactorio de 22.9%, la otra satisfacción moderada de 77.1% y satisfacción amplia en un 0 %. Sin embargo el grupo control presentó una satisfacción de 68.6%, una satisfacción moderada de 22.9% y una satisfacción amplia de 0%, por lo tanto, se observó que el grupo experimental tuvo porcentaje alto de satisfacción y satisfacción moderada.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Psicoprofilaxis obstetrica**

El ente ministerial de salud (MINSA), denomina a esta secuencia educacional como un espacio donde se desarrolla etapas preparatorias interales para la fémica en etapa de gestación que le ayude a generar hábitos y conductas enmarcadas en la salud materna así como una propiciar conductas positivas en la gestación, el parto, el puerperio, como consecuencia de la concepción y el desarrollo del(a) bebé , transformando esta etapa en una vivencia grata y de mucha salud, para la madre como para su niño(a) y el resto de los familiares aledaños.

Asimismo, estos aspectos contribuyen a disminuir los casos complicados dentro del ambiente obstétrico antes y después del nacimiento al instruir física y psicológicamente a la embarazada para un alumbramiento sin miedo. Contribuyendo de esta manera a bajar las tasa de complicaciones perinatales al segar el tiempo del proceso del parto y ayudado con facilidad la oxigenación de la mujer y el pequeño(a) (8).

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) o Educación Maternal según Mora, Rivadeneira (1) Expresa que son las actividades que ayudan a preparar de manera integral durante la etapa del antes del nacimiento respecto a la teoría, física y psicológicamente a la embarazada, para un proceso de gestación, parto y posparto en buenas condiciones, sin mayor temor ni miedo, que le ayude a crear líneas habituales y principalmente experiencias y sentimientos que favorezcan la salud.

Según Romero (2), la psicoprofilaxis, es dotar de una información sobre la reproducción humana, de los trabajos del parto y del parto en sí, asumir una relajación controlada y el aprendizaje de técnicas de relajación para contrarrestar las sensaciones negativas que acompañan al proceso del parto.

Por su parte Gardeña (17), señala que la psicoprofilaxis obstétrica es un programa de educación para la madre gestante que le permite conocer todos los cambios tanto físicos como emocionales que se producen durante el embarazo, porque a través de la preparación se busca crear en ella una actitud mental positiva hacia la experiencia del nacimiento, procurando que tenga una participación activa y consciente en este evento tan importante de su vida.

Méndez (4) define la psicoprofilaxis como una preparación integral para la gestante o de preferencia para la pareja, que abarca lo psicológico, emocional, físico y que tiene como objetivo eliminar la ansiedad producida por el desconocimiento de lo que es el trabajo de parto.

De acuerdo a los elementos técnicos de las leyes psicoprofilácticas de obstetricia y los instructivos o Guías que apoyan en la orientación para generar reproducción sexual saludable 2010, esta información es refrendado por los obstetras a cargo de impartir información de Psicoprofilaxis obstétrica, también es parte de una usuaria bien informada y capacitada. 11 en psicoprofilaxis obstétrica si asisten a las seis clases del grupo regular o a un mínimo de cinco clases (8).

Finalmente, Morales, Guibovich, Yábar (18); señala que la Preparación Psicoprofiláctica en Obstetricia, es la capacitación de manera íntegra, así como darle teoría de manera objetiva, psicológica y afectiva, que se le provee en la etapa del embarazo, alumbramiento y/o posterior al nacimiento a fin de otorgarle un trabajo obstétrico de calidad y favorable a su salud y crear mucho optimismo en la mujer y su bebé(s), dándoles una práctica y vivencia agradable y de felicidad; asimismo, se fortifica el involucramiento y la proactividad del esposo.

La PPO necesita actuar siempre pensando clínicamente, enfocándose en que las amenazas se pueden superar con mayor facilidad con el actuar ético, personalizado y humanístico del padre. La PPO es el encargado de disminuir las dificultades y los casos complicados para brindar mejores posibilidades de una acelerada forma de recuperar su salud, reduciendo de esta forma la muerte del recién nacido así como de la madre (18).

### **2.2.2. Objetivos de la Psicoprofilaxis**

El principal objetivo es lograr seguridad mediante sus tres áreas de preparación y a partir de esto contar con las mejores ventajas que darán la posibilidad de tener un parto feliz, sea natural o por cesárea.

Aunque la idea es tener un parto natural, la calidad de vida del bebé y la mamá es lo más importante, por lo tanto, el especialista decidirá oportunamente lo mejor para ambos de acuerdo al diagnóstico y condiciones obstétricas. Pero podemos señalar los siguientes objetivos (8).

- Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológica, acerca de los cambios fisiológicos del embarazo, parto y puerperio, y sus complicaciones.
- Motivar que el mayor número de gestantes acudan a la atención prenatal y promover el parto institucional.
- Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, considerando factores como edad, paridad y situaciones especiales. □ Estimular la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto.
- Fomentar y comprometer la participación y acompañamiento de la pareja durante la gestación, parto y postparto.
- Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde con los hallazgos clínicos.
- Capacitar a los gestantes para el cuidado del recién nacido.
- Promover la lactancia materna
- Promover la elección de un método de planificación familiar postparto.
- Apoyar en la elaboración del plan para la atención del parto o en caso de una emergencia obstétrica.

### **2.2.3. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica**

Tal como lo explica el MINSA, la psicoprofilaxis contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor. Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto (8).

Tal como lo explica, Solis, Morales (19); los beneficios de la psicoprofilaxis para la madre propician espacios para controlar el estrés, genera un cambio en su conducta, mayor optimismo, serenidad, crea un clima favorable en la etapa del trabajo de parto ayuda tener mayor calma durante las contracciones uterinas, es importante el uso de las instrucciones de relajamiento, inhalación y exhalación, masajes y otras formas de autocontrol que ayudan, a crear grandes posibilidades de estar en un punto clave de atención, debido a que el momento del parto con una avanzada dilatación, evitó exámenes adelantados, innoportunos y repetitivos a la hora de ingresar a la sala de partos, Es importante corroborar que el tiempo que dura la etapa de la dilatación en comparación con lo estipulado normalmente es menos y con mayor facilidad en etapa de expulsión, un tiempo menos se apreció del total respecto a la hora de dar a luz, la madre obtiene mayor concentración en el hecho y su esfuerzo es más efectivo, sin pérdida de la meta a lograr y que su actuar sea muy significativo a la hora de su trabajo, también se utilizó menos productos farmacéuticos en general, hubo menos dificultades y escasos casos complicados en materia obstétrica.

Asimismo, se observa escasa dificultad en su concentración o poco dolor en la labor de parto, frente al la sustentación de estar informado respecto a como se aplica toda la fortaleza de lo físico, equilibrado mentalmente y principalmente el hecho de estar concentrado, con expectativas al control de los malestares, considerando muchas teniendo posibilidades de triunfo en la examinación final del mismo, predispuestas en todo momento de tener un disfrute total de su embarazo y posteriormente de su alumbramiento, estos hechos mejoran la vivencia y concepción sobre el desarrollo de estas etapas, generando mayores oportunidades de disfrutar de un trabajo en compañía incluso de su pareja en toda la etapa del parto, generando emociones vinculadas a lo afectivo con el(a) bebé, inclusive disfrutando placenteramente lo natural y positivo de la etapa con indicadores objetivos y eficaces, sin insinuaciones desagradables respecto al bebé, ni ensayando con métodos que no tienen solvencia científica o moral o no adecuados que coadyuven a

disminuir los partos por cesárea, disminuyendo el peligro de un parto quirúrgico, creando una recuperación más rápida y cómoda, que favorezca a la aptitud en bien de una lactancia natural, y considerando menos problemas a producir hechos traumáticos postparto (19).

#### **2.2.4. Bases Científicas de la Psicoprofilaxis Obstétrica**

La estructura fisiológica de un alumbramiento y las enfermedades fisiológicas del dolor fueron la inspiración para realizar muchos estudios a fin de conocer los problemas causales del dolor en el momento del parto. Para que exista dolor se debe saber que concurren tres situaciones: terminaciones nerviosas, estímulo suficiente (físicos y psíquicos: reflejo condicionado) y umbral de percepción del dolor adecuado. Basado en este espacio de estudio se realizaron 03 maneras diversas para no tener dolor en el parto (8).

Anestesia Epidural en el parto: Esta forma de controlar mediante la utilización de productos farmacéuticos que impide la sensibilidad táctil y dolorosa de la paciente en el momento del dar a luz, generando un parto sin dolor. Sin embargo no es constante, puede suceder complicaciones y efectos secundarios, en la mujer así como en el neonato, a pesar de los cuidados vigilados y cuidadosos a la paciente (8).

Analgesia farmacológicos en el alumbramiento: la utilización de productos médicos o drogas con la finalidad de disminuir o desaparecer el dolor en el parto, existe una relación bastante larga de sustancias usadas, cada una con sus instrucciones, contraindicaciones y efectos secundarios está a la orden del profesional (8).

Métodos hipnosuggestivos esta es otra de las formas de control del dolor en el parto: analgesia obstétrica por influencia magnética, se usa de finales del siglo XIX, porque tuvo un efecto favorable en el moderamiento del dolor del parto. El método es individualizado y no es posible la colaboración de la paciente en el momento de la expulsión. Por otro lado, en las mañanas al levantarse las pacientes no tiene recuerdos de lo acontecido en la hipnosis, extinguiéndose la correspondencia

psicoafectiva entre la ,mam+a y el bebé (8).

### **2.2.5. Trabajo de parto en primigestas**

Silverthorn citado por Méndez (4) explica que el trabajo de parto se desencadena durante el noveno mes de embarazo como los fenómenos destinados a la expulsión del feto y su anexo, o la placenta por los órganos genitales de la madre. La fuerza necesaria para hacer posible este proceso la brinda el músculo uterino, mediante las contracciones que van impulsando el feto al exterior. En los mamíferos, excepto los seres humanos el comienzo del trabajo de parto tiene su inicio cuando los niveles de hormonas, las cuales son los estrógenos y la progesterona, han disminuido su cantidad, ahora en los seres humanos estas hormonas comienzan a descender sus niveles después del comienzo del trabajo de parto.

Otra hormona que es liberada en grandes cantidades para estimular el trabajo de parto es la oxitocina, por lo tanto algunas veces se administra en ciertas cantidades en el cuerpo. Se dice que el inicio del trabajo de parto comienza cuando el feto se encuentra en las condiciones físicas adecuadas para nacer, aunque también hay evidencias médicas de que una hormona llamada corticotropina, que se presenta en un nivel elevado semanas antes del parto es la que marca su inicio. Esta hormona también ayuda a determinar los partos prematuros ya que las mujeres comienzan a elevar sus niveles de corticotropina mucho antes de lo esperado (4).

### **2.2.6. Periodos del trabajo de parto**

**Primero:** Este período involucra a partir del inicio de la dilatación hasta el trabajo de dilatado total.

- Fase latente: Esto abarca de acuerdo a la definición de Friedman desde que la mujer siente las contracciones regularmente. Esta etapa en un gran número de gestantes finaliza de 3-5 cm de dilatado, por lo general este proceso es bastante dura mucho más.
- Fase activa: Este proceso continúa la fase mencionada y culmina con

el dilatado máximo. Es el espacio de progresión veloz de la dilatación. En esta fase hay 03 elementos notables, denominados: fase de aceleración, de máxima pendiente y la última de desaceleración.

- **Segundo:** En esta etapa de la expulsión, se da inicio en el momento de la dilatación plena del cuello del útero y concuye con el alumbramiento recién nacido.
- **Tercero:** Este espacio de dar a luz, incluye el nacimiento del pequeño(a) y termina con el expulso de membranas ovulares (20).

### 2.2.7. Actitudes

Medina, Mayca (21), refieren que el concepto de actitud fue introducido en las ciencias sociales por W. Thomas y F. Znanieki en su obra Campesinos polacos en Europa y América. A continuación se presenta las diferentes acepciones de actitud que nos facilitan los principales expertos: Según Elliot Aronson: “Una opinión que incluya un componente evaluativo y emocional se denomina actitud”. Actitud también es: “Disposición de ánimo. Postura del cuerpo humano. Reacción del organismo que depende de factores individuales y sociales. La presión del grupo social influye en la personalidad, que adopta (postura) más o menos favorables con respecto a determinados objetos, personas o situaciones”.

Según Allport, la actitud es una disposición Psíquica y nerviosa, organizada por la experiencia que ejerce una influencia orientadora o dinámica sobre las reacciones del individuo frente a las situaciones y objetos con los que está relacionado. También podemos definir la actitud como la suma total de inclinaciones, sentimientos, prejuicios, amenazas, ideas, temores, o convicciones de un individuo acerca de un asunto específico.

La actitud se define como: “disposición permanente de ánimo formada por un conjunto de convicciones y sentimientos que llevan al sujeto que las tiene a actuar y expresarse según ellas en sus actos y opiniones”.



### **2.3. Hipótesis**

H0: La psicoprofilaxis obstétrica no influye en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

Hi: La psicoprofilaxis obstétrica influye en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

### **2.4. Variables**

#### **2.4.1. Variable independiente**

Psicoprofilaxis obstétrica

#### **2.4.2. Variable dependiente**

Actitud de las gestantes durante el trabajo de parto

## 2.5. Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>				
Psicoprofilaxis obstétrica	Única	categórica	Adecuada Inadecuada	Nominal
<b>VARIABLES DEPENDIENTE</b>				
Actitud trabajo de parto	Tipo de actitud	categórico	Positivo Negativo	Nominal Dicotómica
	Actitud durante el período de dilatación: fase activa	categórico	Positivo Negativo	Nominal Dicotómica
	Actitud durante el Período expulsivo	categórico	Positivo Negativo	Nominal Dicotómica
	Actitud durante el Periodo de alumbramiento	categórico	Positivo Negativo	Nominal Dicotómica
	Actitud durante el Periodo del puerperio	categórico	Positivo Negativo	Nominal Dicotómica

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. Tipo de investigación

##### 3.1.1. Enfoque

El enfoque de esta investigación, corresponde al cuantitativo; puesto que se utilizaron instrumentos estructurados y se comprobó la pregunta de investigación mediante el análisis estadístico.

##### 3.1.2. Alcance o nivel

De acuerdo a la línea de investigación, es Descriptivo – Relacional puesto que buscó describir los fenómenos en una circunstancia temporal y geográfica determinada y establecer relación alguna.

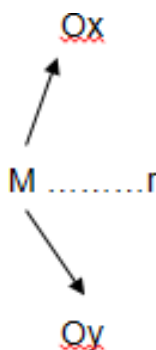
##### 3.1.3. Tipo de investigación

La presente investigación fue un estudio observacional, ya que no se llegó a manipular ninguna variable, transversal porque se hizo una sola medición y prospectiva porque se trabajó una fuente primaria.

##### 3.1.4. Diseño

El diseño de la investigación fue descriptivo-relacional, tal como se muestra a continuación:

##### 3.1.5. Diagrama:



Dónde:

M = Población de

Ox = Programa Psicoprofiláctico.

Oy = Actitud de gestantes en la labor de parto.

r = Relación

### **3.2. Población**

Para el estudio se consideró como población muestral a 47 mujeres en etapa de embarazo del Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo2018.

#### **Criterios de inclusión**

- Gestantes
- Aquellas que aceptaron firmar el consentimiento informado.
- Aquellas que cumplieron con el compromiso de asistir a todas las clases de psicoprofilaxis programadas.

#### **Criterios de Exclusión:**

- Gestantes que no hayan participado en las sesiones de psicoprofilaxis.
- Embaradas de alto riesgo obstétricos.
- Usuarias que no aceptaron poner su firma en el consentimiento informado.

Se trabajó con una población muestral

### 3.3. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

#### 3.3.1. Para la recolección de datos

La técnica empleada será la entrevista individualizada y la observación. Los instrumentos fueron:

**Lista de Cotejo (anexo 02):** El instrumento (lista de cotejo) ha sido construida con el propósito de recoger la información respecto a las actitudes o conducta de las pacientes que se atienden en el nosocomia de obstetricia enfocándose primordialmente en las diversas etapas por las que atraviesa la usuaria como el momento de dilatación (fase activa) en la expilsión, el de dar a luz y finalmente la recuperación después del alumbramiento.

Este instrumento ha sido contextualizado desde la perspectiva de la investigación de Ailemac Astudillo, quien utilizó similar instrumento (lista decotejo) con 20 ítems que a través de una “Guía de Observación de Preparación Psicoprofiláctica utilizada para gestantes durante el trabajo parto” que alcanzó un resultado confiable de 85%.

Por otro lado, en este trabajo, la “Lista de Cotejo” fue elaborada considerando 18 ítems, con características Dicotómicas (SI, NO). Sin embargo, en las interrogantes (1,2,3,4,5,6,8,9,10,11, 13,14,17 y 18) asimismo, se consideró valores como si respondían “Si” y “No” el valor fue 1 y 0, correspondientemente; pero para las otras (7,12,15,16) los respuestas “Si” y “No” respondieron al valor contrario de 0 y 1, respectivamente. La explicación de acuerdo a la clase de actitud de las pacientes en la labor del alumbramiento, se determinó teniendo como un punto de corte la adición de la Media más la Desviación estándar de los valores obtenidos, mediante la aplicación del instrumento (lista de cotejo). Desde, dicho punto de corte hasta arriba ha sido analizada como una “actitud positiva”, y desde el punto de corte hacia abajo, fue valorada como “actitud negativa”.

Sin embargo, teniendo en cuenta los resultados referentes a lo

mencionado, al reemplazar se obtiene: Actitud general en proceso del parto: Punto de Corte =  $11.45 + 4.35 = 15.8 = 16$

Punto de Corte =  $+ s2$

o Actitud Positiva: mayor o igual a 16 o Actitud Negativa: menor a 16  
Actitud en la dilatación: Punto de Corte =  $3.88 + 2.20 = 6.08 = 6$  o Actitud Positiva: mayor o igual a 6 o Actitud Negativa: menor a 6

Actitud en la fase expulsiva: Punto de Corte =  $3.58 + 1.37 = 4.95 = 5$   
o Actitud Positiva: mayor o igual a 6 o Actitud Negativa: menor a 6

Actitud en el desarrollo del alumbramiento: Punto de Corte =  $3.30 + 1.12 = 4.42 = 4$  o Actitud Positiva: mayor o igual a 4 o Actitud Negativa: menor a 4  
Actitud en la etapa puerpérica: Punto de Corte =  $0.68 + 0.73 = 1.41 = 1$  o Actitud Positiva: mayor o igual a 1 o Actitud Negativa: menor a 1

Los instrumentos para recoger la información fueron revisados, analizados y validados por expertos o jueces de gran experiencia y trayectoria profesional quienes lo sometieron a su juicio valorativo de manera personalizada, todos los indicadores y ítems propuestos en las listas de cotejo de medición, para que evalúen cada ítem del instrumento se validó certificando cada uno de los indicadores: si es pertinente, suficiente, claro, vigente, objetivo, estratégico y si es consistente.

Los profesionales con experticia fueron designados de manera holística o interdisciplinaria de acuerdo a su especialidad y principalmente conocedor del tema en investigación (expertos en la temática de psicoprofilaxis y trabajo de parto). Se les dio la matriz de consistencia de la tesis, una hoja instructiva y los instrumentos para recolectar la información propuesta, a fin de revisarlo y emitir su juicio de experto respectivamente. Luego de ello los profesionales concedores de la materia firmaron un documento haciendo constar de la validez del instrumento refrendando su conformidad y aplicabilidad para medir las variables.

En la determinación de la confiabilidad del cuestionario, se ejecutó la aplicabilidad de dicho instrumento a una muestra piloto de 12 embarazadas de similares características de un nosocomio de salud, muy parecida a la muestra en estudio, con la finalidad de consolidar una base de datos, para calcular la confiabilidad mediante el uso de la prueba Kuder-Richardson (KR-20).

### **Para la presentación de los datos**

Se consideró los siguientes pasos:

b) Plan de Procesamiento. La información registrada en los instrumentos se han codificado y tabulado para ejecutar para analizarlos e interpretarlos. **Plan de Clasificación:** Se utilizó una matriz para sistematizar la información, transcribiendo estos datos recogidos en cada Ficha a fin de agilizar su utilización. La matriz fue elaborada en una hoja de cálculo electrónico (Excel 2016).

**Plan de Codificación:** Luego del recojo de información se codificó todos los datos obtenidos de acuerdo a los criterios en la escala nominal y ordinal con la finalidad de acelerar el ingreso de la información.

**Plan de Recuento.** Esto permitió recontar los datos electrónicamente considerando la matriz ya diseñada en la hoja de cálculo.

### **3.3.2. Para el análisis y presentación de datos**

**Análisis descriptivo.** Para analizar descriptivamente se consideró las medidas de tendencia central y dispersión frente a las variables numéricas y de frecuencias para las categóricas. Se empleó figuras para el mayor entendimiento.

**Análisis inferencial.** En esta secuencia se analizó bivariadamente mediante la prueba no paramétrica de CHI-CUADRO, que fue tabulado con el SPSS V22.0. Para saber la significancia estadísticamente, se propuso un valor  $p < 0,05$ .

## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS

#### 4.1. Procesamiento de datos

**Tabla N° 1.** Características demográficas de las gestantes. Centro de salud materno infantil Tahuantinsuyo bajo (CSMI – TB) 2018.

Características demográficas	n= 47	
	$\frac{n}{fi}$	%
<b>Grupo de edad</b>		
Adolescente (15-19)	7	14,9
Adulta joven (20-39)	38	80,9
Adulta media (40-49)	2	4,3
<b>Procedencia</b>		
Lima	45	95,7
Chimbote	1	2,1
Ancash	1	2,1

Fuente. Guía de entrevista de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

La tabla 1 acerca de las características demográficas de las gestantes en estudio, se aprecia que, referente al grupo de edad, 14,9% (7) fueron adolescentes entre 15 y 19 años; 80,9% (38) adultas jóvenes entre 20 y 39 años y; 4,3% (2) de adultas medias entre 40 y 49 años. En relación a la procedencia, una importante proporción [95,7% (45)] proceden de Lima y solo; 2,1% (1) son de Chimbote y Ancash, respectivamente.



**Tabla N° 2** Características sociales de las gestantes en el CSMI – TB 2018.

<b>Características sociales</b>	<b>n= 47</b>	
	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>		
Conviviente	33	70,2
Soltera	11	23,4
Casada	3	6,4
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria incompleta	2	4,3
Primaria completa	4	8,5
Secundaria incompleta	8	17,0
Secundaria completa	24	51,1
Superior no universitario	9	19,1
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	33	70,2
Comerciante	3	6,4
Trabajo independiente	2	4,3
Sin ocupación	2	4,3
Empleada	3	6,4
Ambulante	2	4,3
Estudiante	2	4,3

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la presente tabla sobre las características sociales de las gestantes en estudio, se evidencia que, respecto al estado civil, 70,2% (33) son convivientes; 23,4% (11) de solteras y; 6,4% (3) de casadas. En cuanto al grado de instrucción, 4,3% (2) cuentan con primaria incompleta; 8,5% (4) primaria completa; 17,0% (8) secundaria incompleta; 51,1% (24) secundaria completa y; 19,1% (9) superior no universitario. En relación a la ocupación, la mayor proporción [70,2% (33)] son amas de casa; mientras que, en menor proporción son: comerciante, trabajan independientemente, no tiene ocupación, empleadas, ambulantes y estudiantes.

**Tabla N° 3.** Características obstétricas de las gestantes. CSMI –TB 2018.

<b>Características obstétricas</b>	<b>n= 47</b>	
	<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Gravidez</b>		
<b>Número de embarazos</b>		
1	15	31,9
2	11	23,4
3	12	25,5
4	6	12,8
5	3	6,4
<b>Paridad</b>		
<b>Recién nacidos a termino</b>		
0	17	36,2
1	13	27,7
2	11	23,4
3	4	8,5
4	2	4,3
<b>Recién nacidos prematuro</b>		
0	36	76,6
1	9	19,1
2	2	4,3
<b>Abortos</b>		
0	22	46,8
1	9	19,1
2	11	23,4
3	3	6,4
4	2	4,3
<b>Hijos vivos</b>		
0	45	95,7
1	2	4,3
<b>Edad gestacional</b>		
38 semanas	6	12,8
39 semanas	28	59,6
40 semanas	11	23,4
41 semanas	2	4,3

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la presente tabla acerca de las características obstétricas de las gestantes en estudio, se aprecia que, respecto a la gravidez, alrededor de la tercera parte [31,9% (15)] tienen su primer embarazo. En cuanto a la paridad, 36,2% (17) no tienen recién nacidos a término; 76,6% (36) ni recién nacidos prematuros; 46,8% (22) no tuvieron abortos; 95,7% (45) no tienen hijos vivos. En el mismo sentido, sobre la edad gestacional, más de la mitad [59,6% (28)] cuentan con 39 semanas de gestación.

**Tabla N° 4** Descripción de las sesiones de psicoprofilaxis de las de las gestantes. CSMI – TB. 2018.

<b>Sesiones de psicoprofilaxis</b>	<b>n= 47</b>	
	<b>f<sub>i</sub></b>	<b>%</b>
<b>Número de sesiones</b>		
Menor a 6 sesiones	11	23,4
6 sesiones	36	76,6
<b>Frecuencia</b>		
Diaria	1	2,1
Semanal	35	74,5
Otros	11	23,4
<b>Asistencia en orden</b>		
Si	34	72,3
No	13	27,7
<b>Tiempo de duración del curso</b>		
1 semana	38	80,9
2 semanas	7	14,9
1 mes	2	4,3

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

La tabla 4 acerca de las sesiones de psicoprofilaxis de las gestantes en estudio, se aprecia que, 76,6% (36) tuvieron 6 sesiones; 74,5% (35) con una frecuencia semanal; 72,3% (34) tuvo una asistencia en orden y; el tiempo de duración del curso fue de una semana [80,9% (38)].

**Tabla N° 5.** Datos informativos de las gestantes. CSMI – TB. 2018.

<b>Datos informativos</b>	<b>n= 47</b>	
	<b>fi</b>	<b>%</b>
<b>Centímetros en dilatación suficientes para que salga el bebe</b>		
10cm	43	91,5
8cm	4	8,5
<b>Dilatación con que ingreso al establecimiento</b>		
De 0 a 2 cm	5	10,6
De 3 a 6 cm	33	70,2
De 7 a 9 cm	9	19,1
<b>Numero de contracciones que debe tener en 10 minutos para acudir al establecimiento</b>		
Tres contracciones	45	95,7
Cuatro contracciones	2	4,3
<b>Percepción de las gestantes sobre borramiento</b>		
Modificaciones del útero	38	80,9
Cooperación durante el parto	1	2,1
Acortamiento Cervical	1	2,1
No sabe/ No opina	7	14,9
<b>Percepción de las gestantes sobre episiotomía</b>		
Corte en la vulva	37	78,7
Herida en la vulva	6	12,8
Dolor por el parto	1	2,1
Complicación con el parto	3	6,4
<b>Percepción de las gestantes sobre los signos de pre parto</b>		
Dolor de cabeza	3	6,4
Pérdida del tapón mucoso	42	89,4
Disminución de movimiento fetal	2	4,3
<b>Percepción de las gestantes sobre alumbramiento</b>		
Salida del útero	1	2,1

Salida del bebé	3	6,4
Dar a luz	2	4,3
Salida de la placenta	41	87,2
<b>Terminación de los partos anteriores</b>		
Parto a término	38	80,9
Aborto	9	19,1

---

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la presente tabla sobre los datos informativos de los gestantes en estudio, se aprecia que, 91,5% (43) de las gestantes indicaron que 10 cm de dilatación son suficientes para que salga el bebé; 70,2% (33) la dilatación con la que ingresaron al establecimiento de 3 a 6 cm; 95,7% (45) tuvieron tres contracciones en 10 minutos antes de acudir al establecimiento; 80,9% (38) indicaron que el borramiento son las modificaciones del útero; 78,7% (37) la episiotomía es el corte en la vulva; 89,4% (42) los signos de parto es la pérdida del tapón mucoso; 87,2% (41) el alumbramiento es la salida de la placenta y; 80,9% (38) tuvieron un parto a término.

**Tabla N° 6.** Descripción del desenvolvimiento de la parturienta en la labor del parto. CSMI – TB. 2018.

Desenvolvimiento de la parturienta	n= 47			
	Si		N o	
	fi	%	fi	%
Respiración adecuada	35	74,5	12	25,5
Llanto	46	97,9	1	2,1
Jadeo	36	76,6	11	23,4
Comunicación	41	87,2	6	12,8
Obedece Instrucciones	45	95,7	2	4,3
Evacuación: micción voluntaria	47	100,0	0	0,0
Ingesta de líquido	47	100,0	0	0,0
Ducha domiciliaria	36	76,6	11	23,4
Ducha Institucional	10	21,3	37	78,7
Equipada para su parto	45	95,7	2	4,3
Participación de la pareja	33	70,2	14	29,8
Participación de otro familiar	32	68,1	15	31,9
Posición antálgica durante el parto	42	89,4	5	10,6

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la presente tabla sobre el desenvolvimiento de la parturienta en el parto, de las gestantes en estudio, se aprecia que, 100,0% (47) realizaron una micción voluntaria e ingesta de líquido, respectivamente; 97,9% (46) llanto; 95,7% (45) obedece instrucciones y se encuentra equipada para su parto, respectivamente; 89,4% (42) posición antálgica durante el parto; 87,2% (41) comunicación; 76,6% (36) jadeo y ducha domiciliaria, respectivamente; 74,5% (35) respiración adecuada; 70,2% (33) participación de la pareja; 68,1% (32) participación de otro familiar y; 21,3% (10) ducha institucional. Mientras que, en menor proporción no presentaron desenvolvimiento.

**Tabla N° 7.** Descripción de la terminación del parto. CSMI – TB. 2018.

Terminación del parto	n= 47			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Eutócico	47	100,0	0	0,0
Cesárea	1	2,1	46	97,9
Inducción	0	0,0	47	100,0
Conducción	45	95,7	2	4,3
Episiotomía	29	61,7	18	38,3
Desgarro	15	31,9	32	68,1
Retención de placenta	1	2,1	46	97,9
Retención de membranas	0	0,0	47	100,0
Hemorragia post parto	0	0,0	47	100,0

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la tabla 7 acerca de la terminación del parto, de las gestantes en estudio, se evidencia que, 100,0% (47) fue eutócico; 95,7% (45) conducción; 61,7% (29) episiotomía; 31,9% (15) desgarro; 2,1% (1) cesárea y retención de placenta, respectivamente.



**Tabla N° 8.** Descripción del APGAR del recién nacido a los minutos 1 y 5.  
CSMI – TB. 2018.

APGAR	n= 47			
	1 minuto		5 minutos	
	fi	%	fi	%
7-8	1	2,1	0	0,0
8-9	46	97,9	36	76,6
10	0	0,0	11	23,4

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

En la tabla 8 acerca del APGAR del recién nacido a los minutos 1 y 5 de las gestantes en estudio, se aprecia que, 97,9% (46) al primer minuto presentaron de 8 a 9 puntos y; 76,6% (36) a los 5 minutos también presentaron el mismo puntaje.

**Tabla N° 9.** Descripción de los periodos de parto en la muestra en estudio.  
CSMI – TB. 2018.

Periodos de parto	n= 47	
	fi	%
<b>Dilatación</b>		
Menos de 5 horas	10	21,3
De 5 a 9 horas	30	63,8
Más de 9 horas	7	14,9
<b>Expulsión</b>		
Menos de 10 minutos	30	63,8
De 10 a 20 minutos	14	29,8
Más de 20 minutos	3	6,4
<b>Alumbramiento</b>		
Menos de 10 minutos	44	93,6
De 10 a 20 minutos	2	4,3
Más de 20 minutos	1	2,1

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01).

La tabla 9 sobre los periodos de parto de las gestantes en estudio, se evidencia que, 63,8% (30) presentaron dilatación de 5 a 9 horas y expulsión en menos de 10 minutos, respectivamente; 93,6% (44) alumbramiento en menos de 10 minutos.

**Tabla N° 10.** Actitud durante el periodo de dilatación en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018.

Periodo de dilatación	n= 47			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Realiza 2 respiraciones profundas: Uno al iniciar y otro al terminar la contracción uterina (CU)	43	91,5	4	8,5
Realiza respiraciones espontáneas en el proceso de las CU (en medio las inhalaciones y exhalaciones profundas).	45	95,7	2	4,3
Inspira y exhala de forma consecutiva o acelerada como sople en las contracciones intensas que evita el pujo.	44	93,6	3	6,4
Luego del masaje, la parturienta se siente serena emocional y físicamente. (Teniendo en cuenta que todas las usuarias pudieron estar bajo algún tipo de masaje)	43	91,5	4	8,5
En la fase activa se yació decúbito lateral izquierdo o posición sentada.	47	100,0	0	0,0
Colaboró con el profesional de salud en la dilatación (Permitió que se le coloque la vía, el monitor, aceptó la evaluación del obstetra, etc.)	45	95,7	2	4,3
Al recibir la experiencia de una CU en la dilatación no desesperó, gritó, etc. Hasta que todo termine.	47	100,0	0	0,0

Fuente. Lista de cotejo de las actitudes durante el trabajo de parto adaptada a partir del estudio de Ailemac Astudillo (Anexo 02).

En la tabla actual acerca del comportamiento en el proceso del dilatado de las madre estudiadas, se aprecia que el 100,0% (47) en la fase activa estuvo en la cama de cúbito lateral izquierdo o posición sentada y al sentir una CU en este tiempo de dilatación no se desesperó, gritó, etc. Hasta la culminación del acto respectivamente; 95,7% (43) realizaron 2 respiraciones profundas al inicio y finalización de la CU, después del masajeo, la paciente se sintió calmada física y emocionalmente ( Teniendo en consideración que en su totalidad las mujeres pudieron estar bajo algún tipo de masajeo) respectivamente; 93,6% (44) inspiraron y exhalaban sucesiva o rápidamente como sople en la etapa de las contracciones frecuentes a fin de no pujar.

**Tabla N° 11.** Actitud durante el periodo de expulsión en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018.

Periodo de expulsión	n= 47			
	Si		N o	
	f i	%	fi	%
Usa la respiración de bloqueo para el tiempo de pujar.	38	80,9	9	19,1
Pega su mentón al pecho y con las manos tira las manijas de la camilla ginecológica, mientras realiza el pujo en la CU.	46	97,9	1	2,1
Realizó el pujeo en el tiempo adecuado de la expulsión.	43	91,5	4	8,5
Colaboró con el obstetra que está a su cargo en este periodo de la expulsión (Obedeció las orientaciones del personal médico a cargo de su atención)	46	97,9	1	2,1
En el tiempo de expulsar, la parturienta no se desesperó, gritó, etc.	46	97,9	1	2,1

Fuente. Lista de cotejo de las actitudes durante el trabajo de parto adaptada de Ailemac Astudillo (Anexo 02).

La presente tabla sobre la actitud en el periodo de expulsión de las gestantes en estudio, se aprecia que, 97,9% (46) aproxima el mentón al pecho y manipula las manijas de la cama de ginecología, cuando está pujando en el proceso de la CU, Su colaboración fue en todo momento de colaboración con el profesional para expulsar el feto (obedeció las órdenes del trabajador que lo atendió) y, en el proceso de la expulsión, la fémina no tuvo desesperación, no gritos, etc.; 91,5% (43) ejecutó el pujo en el preciso momento de expulsar el (a) bebé y; 80,9% (38) realizaron la respiración bloqueando para el tiempo del puje.

**Tabla N° 12.** Actitud durante el periodo de alumbramiento en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018.

Periodo de alumbramiento	n= 47			
	Si		N o	
	fi	%	fi	%
Usó el acto respiratorio jadeando o con normalidad y se conserva serena, en las contracciones del útero al sacar la placenta.	42	89,4	5	10,6
Colaboró con el trabajador de salud mientras duró el de alumbramiento (Permitió manejar activamente el alumbramiento, masajeo uterino, etc.)	46	97,9	1	2,1
No pujó durante la extracción de la placenta.	0	0,0	47	100,0
No se desesperó, gritó, etc. en el periodo de alumbramiento.	1	2,1	46	97,9

Fuente. Lista de cotejo de las actitudes durante el trabajo de parto adaptada a partir del estudio de AilemacAstudillo (Anexo 02).

La presente tabla acerca de la conducta en el momento de alumbramiento, de las parturientas en estudio, se evidencia que, 97,9% (46) colaboraron con los que brindaron la atención en el proceso de dar a luz (Permitió manejar activamente esta atepa, masajeando el útero, etc.); 89,4% (42) usó la respiración de jadeante a normal y se mantuvo en estado de relajación, en el desarrollo de las CU y a la hora de sacar la placenta; 2,1% (1) no se encontró mujeres en estado de desesperación, tampoco gritaron, etc. en momento del alumbramiento.

**Tabla N° 13.** Actitud durante el periodo de puerperio en la muestra en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

Periodo del puerperio	n= 47			
	Si		N o	
	fi	%	fi	%
Realizó masajeo del útero, de forma intercambiante con las manos en todo el espacio uterino.	46	97,9	1	2,1
Vigiló las CU soportadas luego del alumbramiento y se comunicó al profesional responsable de la atención cuando el útero estaba suave o presentaba indicios de de sangre o residuos coagulados	47	100,0	0	0,0

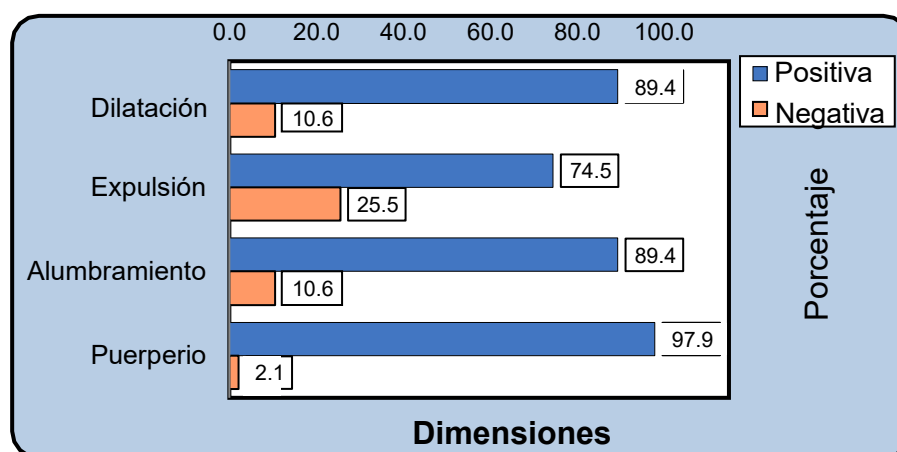
Fuente. Lista de cotejo de las actitudes durante el trabajo de parto adaptada a partir del estudio de AilemacAstudillo (Anexo 02).

La tabla acerca de la actitud en el periodo del puerperio, de las gestantes en estudio, se evidencia que, la mayor proporción realizó el masajamiento en el útero, de manera palpitante con las manos alrededor de útero [97,9% (46)] y; vigiló las contracciones uterinas realizadas luego del momento de alumbrar al (a) bebé y se informó al obstetra a cargo cuando el útero estaba blando o presentaba sensaciones de baja sanguínea o coágulos[100,0% (47)].

**Tabla N° 14.** Actitud durante el trabajo de parto, según dimensiones en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018.

Dimensiones	n= 47			
	Positiva		Negativa	
	fi	%	fi	%
Dilatación	42	89,4	5	10,6
Expulsión	35	74,5	12	25,5
Alumbramiento	42	89,4	5	10,6
Puerperio	46	97,9	1	2,1

Fuente. Lista de cotejo de las actitudes durante el trabajo de parto - Ailemac Astudillo (Anexo 02).



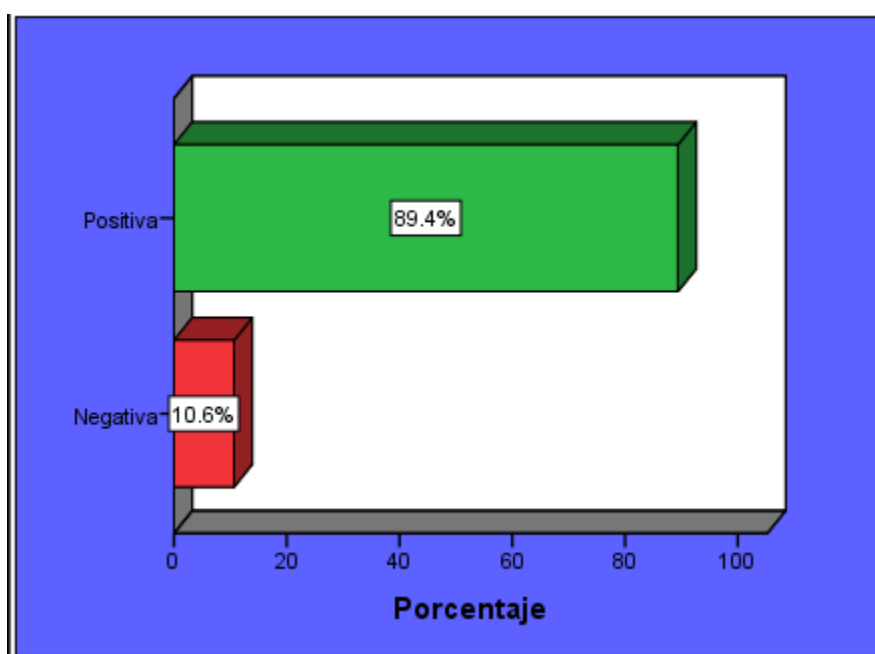
**Figura N° 1.** Representación gráfica de la actitud según dimensiones, durante el trabajo de campo en la muestra en estudio. CSMI – TB. 2018.

En la presente tabla y figura sobre la actitud mientras se producía la labor del parto según dimensiones, de las pacientes en estudio, se aprecia que, una importante proporción tuvieron actitud positiva en la dimensión dilatación y alumbramiento [89,4% (42), respectivamente]; 74,5% (35) expulsión y; 97,9% (46) puerperio. Por otro lado en menor proporción, tuvieron una actitud negativa.

**Tabla N° 15.** Tipo de actitud de la muestra en estudio durante el trabajo de parto. CSMI – TB. 2018.

Actitud	n= 47	
	fi	%
<u>Positiva</u>	<u>42</u>	<u>89,4</u>
<u>Negativa</u>	<u>5</u>	<u>10,6</u>

Fuente. Lista de cotejo de las actitudes durante el trabajo de parto adaptada a partir del estudio de AilemacAstudillo (Anexo 02).



**Figura N° 2.** Representación gráfica del tipo actitud de la muestra en estudio durante el trabajo de parto. CSMI

En la presente tabla sobre la actitud mientras se produce todo el trabajo de parto en las mujeres seleccionadas para el experimento, se aprecia que, una importante proporción [89,4% (42)] tuvieron una actitud positiva, frente al 10,6% (5) que tienen una actitud negativa.



**Tabla N° 16.** Descripción de la preparación psicoprofiláctica obstétrica, de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

Preparación psicoprofiláctica	n= 47			
	Si		No	
	fi	%	fi	%
Respiró despacio y muy profundo al inicio de la contracción.	46	97,9	1	2,1
Respiración lenta y profundamente al terminar una contracción.	46	97,9	1	2,1
Respiró rápidamente hasta llegar a respirar por la cavidad vocal mientras llega el trabajo de parto y las CU son leves y tolerantes.	47	100,0	0	0,0
Respiración acelerada y muy superficial de 40s a 1 min mientras se producen las contracciones de intensidad media.	39	83,0	8	17,0
Respiración acelerada con la expulsión del total del aire por la boca a manera de soplido mientras dilató totalmente y le dieron deseos de pujar.	45	95,7	2	4,3
En la contracción intensa inició respirando despacio que progresivamente fue aumentando la intensidad para retenerla aproximadamente por 06seg. Y después llegar a la exhalación total de un solo soplido.	28	59,6	19	40,4
Llegó a contraer los músculos abdominales el máximo espacio que le fue posible retener lo inhalado.	45	95,7	2	4,3

Al iniciar las contracciones hizo uno movimientos para relajarse por su voluntad a favor de susmúsculos.	45	95,7	2	4,3
Después de haber ejecutado los movimientos de relajamiento expresó mayor seguridad.	44	93,6	3	6,4
Mientras se producían las CU mostró confianza al poner en práctica las ejercitaciones para respiraradecuadamente.	44	93,6	3	6,4
En el proceso de las contracciones uterinas se apreció la buena voluntad y predisposición a la hora de ejecutar de las prácticas de respiración.	45	95,7	2	4,3
Empleó algún tipo de masajeo y/o caricias en partes del cuerpo donde sintió malestar.	46	97,9	1	2,1
Realizó masajeos a manera de círculos en la espalda cuando sintió las contracciones uterinas.	44	93,6	3	6,4
Al principio de la labor de parto caminó de en diversas direcciones para que se alivie de algúndolor o tensión.	4	8,5	43	91,5
Al vivenciar una CU se mantuvo parada en un único lugar hasta que pasara todo este proceso.	2	4,3	45	95,7
Realizó diferentes posiciones para estar bien mientras se produce el nacimiento del(a) bebé.	47	100,0	0	0,0
Cuando se encontraba semi sentada usó algunos elementos de su entorno como almohadas y/o cojines para aliviarse las molestias o la tensión por ejemplo en las caderas o lugares cercanos a ellas.	3	6,4	44	93,6
Estando semi sentada mientras se produjeron las contracciones uterinas se mostró bien.	8	17,0	39	83,0
En el trabajo de parto activo se hechó de cúbito lateral izquierdo.	45	95,7	2	4,3

Cuando se encontraba de cúbito lateral izquierdo usó algunas cosas como una almohada y/o cojín para quitarse el estrés o dolor en alguna parte de sus caderas.	3	6,4	44	93,6
--	---	-----	----	------

Fuente. Guía de observación y preparación psicoprofiláctica usada para primíparas en el parto (Anexo 03).

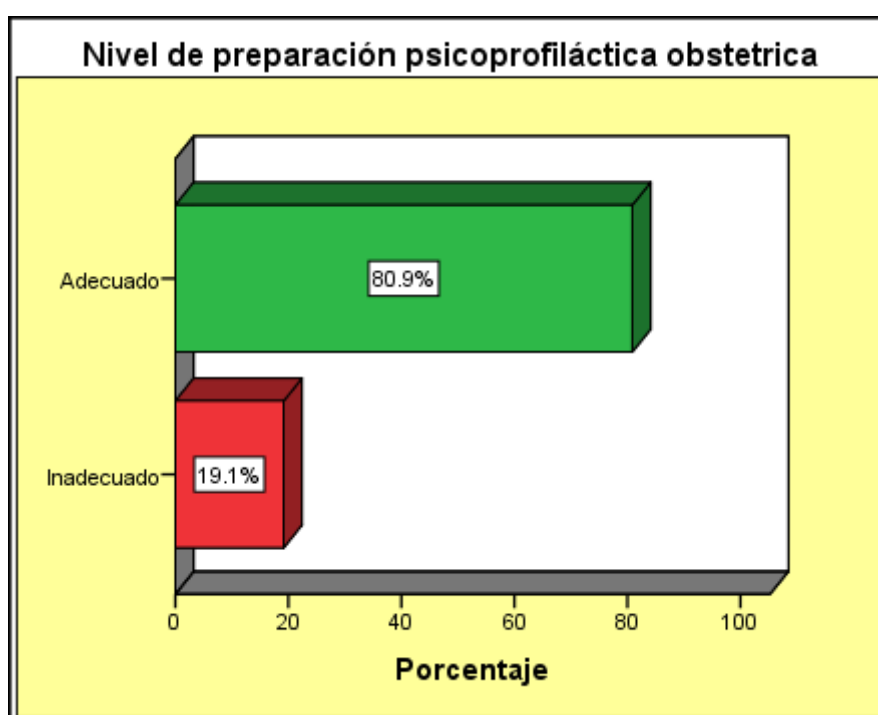
La presente tabla acerca de la preparación psicoprofiláctica obstétrica, de las gestantes en estudio, se aprecia que, 100,0% (47) respiró aceleradamente, llegando a respirar por la cavidad bucal de acuerdo a como continuaba el trabajo de parto y aumentaba CU, respecto a si son moderadas y ejecuta variantes en la posición para estar bien mientras dure el trabajo de parto, respectivamente; 97,9% (46) respiró despacio y muy hondamente al iniciar una contracción, respiró lenta y profundamente al finalizar una contracción, empleó algún tipo de masaje y/o caricias en zonas donde sienten molestias, respectivamente; 95,7% (45) respiró rápidamente en la expulsión total del aire por la boca a manera de soplo mientras dilató ampliamente y tuvo ganas de pujar, oprimió la masa muscular del abdomen al máximo a fin de contener el aire, al darse las contracciones iniciales ejecutó unos ejercicios de relajamiento voluntario y profundo de la musculatura, al momento de las contracciones uterinas mostro buena voluntad en el desarrollo de la forma de respirar y en el trabajo de parto activo yació de cúbito lateral izquierdo, respetivamente; 93,6% (44) Después de haber llevado a cabo la práctica de relajamiento expresó seguridad, en el periodo de las CU manifestó confiabilidad al hacer la práctica de respirar adecuadamente, asimismo, realizó masajes formando círculos en la parte trasera baja de su cuerpo cuando sintió las contracciones uterinas, respectivamente; 83,0% (39) respiró veloz y superficialmente de 40s a 1 min en las contracciones de mediana intensidad; 59,6% (28) al darse la contracción intensa inició una forma de respirar lento que fue apurando paulatinamente para retenerlo por casi 6 s. y después expulsarlo de un soplo; 17,0% (8) ubicándose semi sentada cuando se dan las contracciones uterinas se mostró confortable; 8,5% (4) al comenzar la labor del parto caminó en diversas direcciones para calmar sus ansiedades y tensiones; 6,4% (3) estando semi sentada usó objetos como almohada y/o cojines y otros para

evitar el dolor en las caderas u otras partes del cuerpo; y en la pose de cúbito lateral izquierdo usó cosas como almohadas y/o cojines para aliviar las tensiones en las partes de las caderas, respectivamente y; 4,3% (2) al momento de experimentar una contracción uterina se mantuvo de pie en un solo espacio hasta que esta finalizara todo.

**Tabla N° 17.** Nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica, de las de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

Nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica	n= 47	
	fi	%
Adecuado	38	80,9
Inadecuado	9	19,1

Fuente. Guía de observación de preparación psicoprofiláctica utilizada para primíparas durante el trabajo de parto(Anexo 03).



**Figura N° 3.** Representación gráfica del nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica, de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

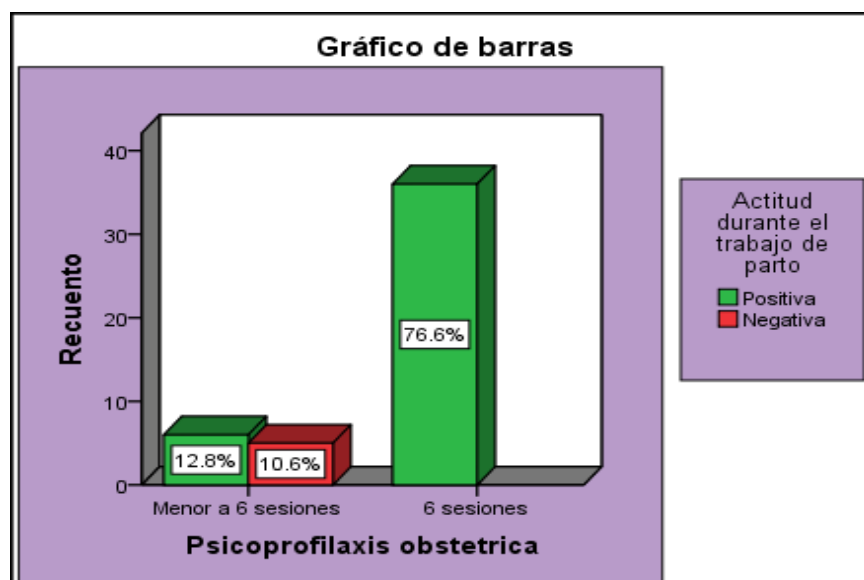
En la presente tabla sobre el nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica, de las gestantes en estudio, se evidencia que, 80,9 % (38) tuvieron una preparación adecuada, frente al 19,1% (9) que fue inadecuado.

## 4.2. Contratación de hipótesis

**Tabla N° 18.** Relación de la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

Psicoprofilaxis obstétrica	Actitud durante el trabajo de parto				X <sup>2</sup>	GL	p-valor
	Positiva		Negativa				
	fi	%	fi	%			
Menor a 6 sesiones	6	12,8	5	10,6	18,31	1	0,00
6 sesiones	36	76,6	0	0,0			
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>89,4</b>	<b>5</b>	<b>10,6</b>			

Fuente. Guía de encuesta de las características de la muestra en estudio (Anexo 01). Lista de cotejo de las actitudes durante el trabajo de parto contextualizado desde las ideas de - Ailemac Astudillo (Anexo 02).



**Figura N° 4.** Representación gráfica de la relación de la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes en estudio. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

Al analizar la relación entre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes en estudio, se evidenció que más de las tres cuartas partes [76,6%

(36)] tuvieron menos de 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y una actitud positiva durante el trabajo de parto. Al comprobar la correlación de las dos variables, a través de la prueba de independencia, se encontró el valor resultante de 18,31 para 1 grado de libertad, con significancia ( $p = 0,00$ ); mediante el cual se rechazó la hipótesis nula, logrando determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto.

## CAPÍTULO V

### 5. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El presente estudio es relevante porque nos permite objetivar cuán importante es la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica adecuada en la actitud positiva de las gestantes en estudio durante el trabajo de parto; en torno a ello en un primer momento se halló que el optimismo de las parturientas en la labor del parto fueron positivas, una gran proporción de la muestra en estudio. En base al presente hallazgo, se contrasta con lo explicado por Pereira, Franco, Baldin (22); indicando que conducta social es un ícono que se mostró en los resultados del comportamiento y las manifestaciones que propician los códigos y la valoración de las significancias que conforman la intercomunicación creada para desarrollar las interrelaciones dentro de una sociedad y de el aporte los sujetos.

También en el estudio de Zavala (23); indica que la fémina en el proceso del parto se mostró según su vivencia, culturalidad, creencias y costumbres, sin embargo, al considerar los múltiples factores, el factor psicológico que produce el dolor en el trabajo de parto, sea uno de los más importantes. Este mismo autor en su estudio sobre factores que influyen en el comportamiento de las gestantes durante el trabajo de parto, halló que

El 33.3% de embarazadas tuvieron una actitud adecuada, frente al 8 %de gestantes quienes evidenciaron una conducta pesimista o fuera de contexto. En este mismo espacio, Carbajal (24), halló que optimismo de la madre cuando se desarrollaba el trabajo de parto fue buena durante el tiempo del dilatado, mientras que un 87.50%, durante la expulsión el 81.25%.y en el alumbramiento el 62.50%. Asimismo Alza (25) halló significativa influencia positiva con el optimismo de las parturientas en la fase activa de la labor de parto con el 100% de los casos, entre las edades de 20 a 34 años (56.5%).

Por otro lado en el estudio de Sevillano (26), explica que durante la atención de parto la vida de la madre como la del recién nacido se ven involucradas, es de vital necesidad e importancia conocer, tener actitudes y



realizar prácticas que garanticen un buen desenlace de este proceso natural que pasan miles de mujeres a nivel nacional e internacional. En este mismo estudio también hallaron que las actitudes de los profesionales de salud en relación a la atención de parto humanizado fue en gran una actitud positiva.

Contrario a las actitudes negativas, tal como lo sostiene Zavala (23), manifiesta que el temor condiciona el actuar o las actitudes de una madre, de tal forma, sus sentimientos y emociones se tornan incontrolables y están vulnerables a la desobediencia y pueden brindar escasa colaboración, además pueden sufrir descompensaciones emocionales y traspasar otros momentos que hasta ese entonces eran fisiológicos, es más puede alejar toda condición de propiciar su acto protagónico mientras dura el parto.

En este mismo contexto, Pereira, Franco, Baldin (22) explicaron que la tocofobia (miedo que deprime) genera un temor aterrador al momento del parto, que se transforma en un miedo enfermizo (patológico) principalmente originado de vivencias previas desafortunadas relacionadas al dolor traumático y al padecimiento en el alumbramiento como, por ejemplo, experiencias parturientas instrumentalizadas y traumáticas, frecuentemente sin el apoyo analgesico en el parto. Estos mismos autores, también explican el miedo de las mujeres a no hacer bien las cosas y mostrar un buena labor y comprometer el bienestar fetal; así como el temor a la anestesia o a lo que no conocen, entre tantas otras situaciones traumáticas.

En tanto, Zavala (23) alude que el pesimismo de la embarazada en la labor del parto le perjudica grandemente a ella y por ende al parvulito por venir. La escasa manera de colaborar de la madre en el trabajo de parto es percibido en una conducta impropia, y esto puede darse por diferentes situaciones así como los factores sociales, obstétricos, psicológicos, clínicos y humanísticos.

En el estudio de Paima (27) evidenciaron que un 28.84% no estuvieron relajadas en las contracciones. Bajo estas premisas, los profesionales de la salud han de tomar un papel activo en todo momento ya desde la captación, para promover la imprescindible participación comunitaria en la que la mujer,

figura clave del parto, debe asumir una actitud favorable y de responsabilidad con su propio proceso (28).

En un segundo momento, se halló que el nivel de capacitación psicoprofiláctica obstétrica en las mujeres en estudio fue adecuada, una alta proporción de la muestra así lo mostró. Similar a estos resultados Garcés citado por Alza (25), reportó con el 98% de que recibieron la preparación en Psicoprofilaxis no tuvieron dificultad alguna, sin embargo, el 22% de parturientas sin psicoprofilaxis, presentaron complicaciones.

En Brasil, 2008 Sapién, Córdoba Salquero (11), inciden que es recomendable practicar la psicoprofilaxis para obtener bienestar, pero los servicios médicos no están preparados para asimilarla, dado el contexto cultural e institucional existente de dominación masculina y feminización de los procesos reproductivos, y la debilidad actual de las políticas preventivas en salud reproductiva.

Finalmente, en un tercer momento, se halló que la psicoprofilaxis obstétrica adecuada influye en la conducta asertiva de las mujeres en estudio cuando se desarrolla la labor de parto, similar a estos resultados, Paima (27), halló que el 82.7% de las féminas atendidas que tuvieron ensayos psicoprofilácticos, la forma de actuar en los tres momentos del proceso fue buena.

Por su parte Aguayo, Angulo citado por Paima (27) sostiene que la experiencia adecuada de la utilización de prácticas psicoprofilácticas en la muestra seleccionada, se fundamentó en que es muy favorable las condiciones de sentirse seguras, confiadas y ser autónomas en su maternidad. Las féminas que utilizaron ciertas prácticas desarrollaron mejor capacidad a la hora de encontrarse con la dilatación cervical. En tal sentido se concluye valorando como significativo el uso de clases psicoprofilácticas en el proceso del embarazo y el desarrollo natural del parto y que el contexto de la sociedad aledaña es un factor determinante para el adecuado trabajo del profesional que brinda los cuidados en el parto.

Alza (25) también halló que el entrenamiento psicoprofiláctico es significativo y asociado altamente a la concentración psicológica y el seguimiento de las formas de respirar durante el desarrollo fase activa del tiempo del parto ( $p < 0.001$ ).

En Tarapoto, 2014, Gaviria, Carrasco (14) hallaron que el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica potencializa significativamente el comportamiento y conocimiento de las gestantes. Y en Lima, 2014, Romero (2) halló que la asistencia a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica posee una relación directa con la actitud que posea la gestante durante la fase activa del trabajo de parto al lograr una mejor actitud, disminuyendo sus niveles de ansiedad y nerviosismo, permitiéndole disfrutar del parto y mejorando las condiciones maternas perinatales al contribuir con la disminución de las posibles complicaciones que pueden presentarse.

Se tuvo limitaciones con respecto a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se tuvo que ampliar el periodo de recolección de datos, futuros estudios debería desarrollar estudios comparativos según variables de caracterización de la muestra.

## CONCLUSIONES

Del análisis de los resultados se arribó a las siguientes conclusiones, según los objetivos planteados:

### 1. PRIMERA

Al valorar la actitud de las féminas en la labor de parto según dimensiones, el 89,4% (42) tuvieron una actitud positiva, frente al 10,6% (5) que tienen una actitud negativa.

### 2. SEGUNDA

El nivel de preparación psicoprofiláctica obstétrica en las gestantes fue adecuado en un 80,9 % (38), frente al 19,1% (9) que tuvo una preparación inadecuada.

### 3. TERCERA

Al analizar la correlación entre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes en estudio durante el trabajo de parto, se evidenció significancia estadística entre dichas variables [ $\chi^2 = 18,31$  y  $p = 0,00$ ]; determinando la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto.

## RECOMENDACIONES

En base a los resultados encontrados se realiza las siguientes recomendaciones:

- Promocionar la participación a las sesiones de psicoprofilaxis en los nosocomios de salud a fin de generar partos sin dolor y satisfactorios, coordinar con los Directivos de los entes responsables con la finalidad de brindar atención propicia que funcione y a la vez comparta ambientes cálidos de acuerdo a la realidad cultural de cada gestante.
- Adecuar y/o flexibilizar las horas de atención de acuerdo al criterio de las participantes las clases de Psicoprofilaxis con el propósito de que las involucradas tengan tiempo favorable que le permita cumplir con los requisitos de la preparación.
- Desarrollar proyectos para prevenir y promociona la Psicoprofilaxis Obstétrica, para mejorarlos en busca de una atención integral de la gestante con la participación activa de la pareja.
- Usar diversas formas de comunicación a fin de difundir los Programas de Psicoprofilaxis Obstétrica que se brindan en Hospitales y Centros de Salud, ya que contribuyen en la reducción de la tasa de morbi - mortalidad materna y perinatal.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mora Oña K, Rivadeneira Terán F. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre consejería psicoprofiláctica a embarazadas, al cliente interno y externo del subcentro de salud del tejtar, provincia de imbabura en el período junio - octubre del 2013. [Trabajo de grado para la obtención del título de Licenciatura en Enfermería]. Ibarra: Universidad Técnica del Norte. Facultad Ciencias de la Salud Carrera de Enfermería; 2013.
2. Romero Chávez M. Psicoprofilaxis obstétrica y su relación con la actitud durante la fase activa del trabajo de parto en gestantes del hospital de vitarte enero – Junio 2014. [Trabajo de grado para la obtención del título de licenciatura en enfermería]. Lima; Universidad a Las Peruanas. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2014.
3. Villar Villegas R. Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en puérperas en el Cono Sur de Lima–2005. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. 2007;3(2):11-32.
4. Méndez García M. Psicoprofilaxis y complicaciones en el trabajo de parto. [Tesis para optar el grado académico de Licenciada]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar Facultad de humanidades Licenciatura en Psicología Clínica; 2015.
5. Paima Tananta J. Actitud de las gestantes en trabajo de parto preparadas en psicoprofilaxis obstetrica, Hospital Iquitos Cesar Garayar Garcia, junio - noviembre 2015. [Tesis para optar el Título Profesional de Obstetra]. Iquitos: Universidad Científica del Perú. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera Profesional de Obstetricia; 2016.
6. Yábar Peña M. La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. Horizonte Médico. 2014;14(2):39-44.

7. Instituto Nacional Materno Perinatal. Boletín estadístico Año 2013. Perú: INMP. Oficina de Estadística e Informática [Internet]. [Consultado 2018 Feb 02]. Disponible en: <http://www.inmp.gob.pe/institucional/boletines-estadisticos/1422371837>.
8. Ministerios de la Salud. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Perú: Minsa; 2011 [Internet]. [Consultado 2018 Feb 02]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>.
9. Instituto Médico de Obstetricia. El curso de psicoprofilaxis obstétrica. Argentina: IMO [Internet]. [Consultado 2018 Feb 02]. Disponible en: <http://www.imoobstetricia.com.ar/el-curso-de-psicoprofilaxis.php>.
10. Rosales Durán C. Efectividad de la psicoprofilaxis durante el embarazo. 2017. [ Tesis para optar por el Título de Licenciada en Terapia Física]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera de Terapia Física.
11. Sapién López JS, Córdoba Basulto DI, Salquero Valázquez MA. Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencias de mujeres y hombres. *Psicología & Sociedade*. 2008;20(3):21-33.
12. Tafur Rodas 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. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. E.A.P. de Obstetricia; 2015.
13. Arias Vilca M, Belizario Sucapuca M. Influencia de la psicoprofilaxis en la duración del trabajo de parto en el Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca. Junio - Setiembre 2015". [Tesis para optar el título profesional de Obstetrix]. Juliaca: Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez". Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera Académico Profesional de Obstetricia; 2015.

14. Gaviria Rios K, Carrasco Castillo S. Programa de psicoprofilaxis obstétrica y su influencia en el comportamiento de las gestantes, atendidas en el hospital II Essalud – Tarapoto. Junio – setiembre 2014. [Tesis para optar el título de: Obstetra]. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2014.
15. Marín Orellana L. Satisfacción de las primigestas con preparación de psicoprofilaxis obstétrica en el parto y puerperio Hospital de Tingo Maria, julio a diciembre del 2016. [Tesis para optar el título profesional de Obstetra]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Obstetricia; 2017.
16. Falcón L. Nivel de satisfacción en primigestas con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del parto eutócico, en el centro de salud Carlos Showing Ferrari. 2016. [Tesis para optar el grado de Magister en Salud Pública]. Huánuco: Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2016.
17. 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. Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería. 2011;7(2):4-22.
18. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Horizonte Médico. 2014;14(4):53-7.
19. Solís Linares H, Morales Alvarado S. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Horizonte Médico. 2012;12(2):45-67.
20. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Spong CY, Dashe JS, Hoffman BL, et al. Obstetricia de Williams. 1 ed: McGraw Hill Brasil; 2016.
21. Medina A, Mayca J. Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis.



Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2006;23(1):22-32.

22. Pereira R, Franco SC, Baldin N. El Dolor y el Protagonismo de la Mujer en el Parto. Revista Brasileira de Anestesiologia. Mayo-Junio 2011; 61(3): 204-210.
23. Zavala Calderón YL. Factores que influyen en el comportamiento de las gestantes durante el trabajo de parto en el servicio de Centro Obstétrico del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión de abril a mayo del 2015 [Tesis para optar el título profesional de licenciada en Obstetricia] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de medicina E.A.P de obstetricia; 2016.
24. Carbajal KD. Nivel De Conocimiento Y Actitud De La Gestante Del Programa De Psicoprofilaxis Obstétrica Durante El Trabajo De Parto En El Centro De Salud, Class Parcona – Ica, 2017 [Internet] Ica: Universidad Alas Peruanas Facultad De Medicina Y Ciencias De La Salud Escuela Profesional De Obstetricia; 2018[Consultado 17 febr 2020] Disponible en: [http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/8085/1/t059%20\\_45850273\\_T.pdf](http://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/uap/8085/1/t059%20_45850273_T.pdf)
25. Alza LV. Psicoprofilaxis obstétrica y su relación con la actitud de las gestantes en fase activa del trabajo de parto, Maternidad de María - Chimbote ,2016 [Internet] Chimbote: Universidad San Pedro Facultad De Ciencias De La Salud Escuela Academico Profesional De Obstetricia; 2017 [Consultado 17 Feb 2020] Disponible en: [http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8523/Tesis\\_58860.pdf?-](http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/8523/Tesis_58860.pdf?-)
26. Sevillano RM. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo 2016 [Internet] Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina Humana

E.A.P. De Obstetricia; 2016 [Consultado 18 Feb 2020] Disponible en:  
[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4741/Sevilla  
no\\_r m.pdf?sequ](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4741/Sevilla%20no_r%20m.pdf?sequ)

27. Paima Tananta JL. Actitud de las gestantes en trabajo de parto preparadas en psicoprofilaxis obstetrica, hospital Iquitos cesar Garayar Garcia, junio - noviembre 2015 [Tesis Para optar el Título Profesional de: Obstetra] Iquitos: Universidad Científica del Perú Facultad de Ciencias de la Salud carrera profesional de obstetricia, 2016.

28. Torres JA. ¿Cuál es la actitud de las mujeres gestantes ante el parto?:  
Originales.2017 Sep-Nov; 5(2): 1-11.

## **ANEXOS**

## ANEXO 01

Cód.: .....

Cód.: .....

### GUIA DE ENCUESTA DE LAS CARACTERISTICAS GENERALES DE LA MUESTRA EN ESTUDIO

**Titulo del estudio.** Psicoprofilaxis obstétrica y su influencia en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

#### DATOS GENERALES

Edad: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Fórmula Obstétrica

G ( ) P ( ) A ( ) HV ( ) HM ( )

Edad gestacional.....

#### II. MARCA LA RESPUESTA CORRECTA

1) Sesiones de Psicoprofilaxis

##### 1.1. Sesiones:

a) < 6 b) 6

##### 1.2. Frecuencia

Diaria ( ) Semanal ( ) Otros ( )

##### 1.3. Asistió en Orden

Si ( ) No ( )

2) Tiempo de duración de todo el curso

( ) < 1 semana ( ) 1 semana ( ) 2 semanas ( ) 1 mes ( ) + de 1 mes

3) A cuántas centímetros debo llegar en dilatación para que mi bebe salga

a, 15 cm. b) 2 cm. c) 10 cm. d) 8 cm.

4) ¿Con cuánto de dilatación ingresó al establecimiento de Salud? .....

5) Cuántas contracciones debo tener en 10 minutos, para

acudir al hospital o Centro de Salud

a) 1 en 10' b) 3 en 10' c) 4 en 10' d) 2 en 10'

6) Borramiento es:

a) Modificaciones del útero

b) Cooperación durante el parto

c) Acortamiento Cervical

d) No sabe/ No opina

7) Episiotomía es:

a) Corte en la vulva

b) Herida en la vulva

c) Dolor por el parto

d) Complicación con el parto

8) Son signos de pre parto

a) Hinchazón

b) Dolor de cabeza

c) Pérdida del tapón mucoso

d) Disminución de movimiento fetal

9) Qué es el alumbramiento

a) Salida del útero b) Salida del bebé

c) Dar a luz d) Salida de la placenta

10) Tus partos anteriores en que terminó

a) Parto A Término b) Parto PreTérmino c) Aborto d) Cesárea

## II. Desarrollo de la Parturienta en el parto

### Sí No

a) Respiración Adecuada ( ) ( )

b) Llanto ( ) ( )

c) Jadeo ( ) ( )

d) Comunicación ( ) ( )

e) Obedece Instrucciones ( ) ( )

f) Evacuación: Micción voluntaria ( ) ( )

- g) Ingesta de líquido ( ) ( )
- h) Ducha domiciliaria ( ) ( )
- i) Ducha Institucional ( ) ( )
- j) Equipada para su parto ( ) ( )
- k) Participación de la pareja ( ) ( )
- l) Participación de otro familiar ( ) ( )
- m) Posición antálgica durante el parto ( ) ( )

**\*, Matelín, ropa del bebe, toallas,etc**

### **III. Terminación del Parto**

#### **Si No**

- e) Eutócico ( ) ( )
- f) Cesárea ( ) ( )
- g) Inducción ( ) ( )
- h) Conducción ( ) ( )
- i) Episiotomía ( ) ( )
- j) Desgarro ( ) ( )
- k) Retención de placenta ( ) ( )
- l) Retención de membranas ( ) ( )
- m) Hemorragia post parto ( ) ( )
- n) Otros ( ) ( )

**¿Cuál? .....**

### **IV. APGAR R.N. 1´ 5´**

- < 6 ( ) ( )
- 7-8 ( ) ( )
- 8-9 ( ) ( )
- 10 ( ) ( )

### **V. Periodos del Parto**

**Duración .....**

**Dilatación .....**

**Expulsión .....**

**Alumbramiento .....**

**Total .....**

## ANEXO 02

### LISTA DE COTEJO DE LAS ACTITUDES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO ADAPTADA A PARTIR DEL ESTUDIO DE AILEMAC ASTUDILLO

LISTA DE COTEJO	S I	N O
<b>PERIODO DE DILATACIÓN: FASE ACTIVA</b>		
1. Realiza 2 respiraciones profundas al inicio y al finalizar la contracción uterina.		
2. Realiza respiraciones espontáneas durante las contracciones uterinas (entre las respiraciones profundas).		
3. Inspira y exhala de forma sucesiva o rápida como soplo durante las contracciones intensas para evitar el pujo.		
4. Después de la realización del masaje, la paciente se siente tranquila emocional y físicamente. (considerando que todas la pacientes pudieron estar sometidas a algún tipo de masaje)		
5. Durante la fase activa se acostó decúbito lateral izquierdo o posición sentada.		
6. Colaboró con el personal de salud durante el periodo de dilatación (Permite que se le coloque la vía, monitor, evaluación obstétrica, etc.)		
7. Al experimentar una contracción uterina en el periodo de dilatación se desespera,		

grita, etc. Hasta que esta termine. (*) Invertir el puntaje para esta respuesta.		
<b>PERÍODO EXPULSIVO</b>		
8. Usa la respiración de bloqueo para el momento del pujo.		
9. Pega el mentón al pecho y jala con las manos las manijas de la camilla ginecológica, mientras puja durante la contracción uterina.		
10. Realizó el pujo en el momento correcto del periodo expulsivo.		
11. Colaboró con el personal de salud durante el periodo expulsivo (Siguió las instrucciones del personal a cargo de la atención)		
12. Durante el expulsivo, la paciente se desesperó, grit, etc. (*) <i>Invertir el puntaje para esta respuesta.</i>		
<b>PERIODO DE ALUMBRAMIENTO</b>		
13. Usa la respiración jadeante o normal y se mantiene relajada, durante las contracciones uterinas al extraer la placenta.		
14. Colaboró con el personal de salud durante el periodo de alumbramiento (Permitió el manejo activo del alumbramiento, masaje uterino, etc.)		
15. La paciente pujo durante la extracción de la placenta. (*) Invertir el puntaje para esta respuesta.		



<p>16. Se desesperó, gritó, etc. en el periodo dealumbramiento. (*) Invertir el puntaje para esta respuesta.</p>		
<p><b>PERIODO DEL PUERPERIO</b></p>		
<p>17. Realiza el masaje uterino, de formaintermittente con la mano en todo el útero.</p>		
<p>18. Vigila las contracciones uterinas sostenidas después del alumbramiento ycomunica al personal de Salud cuando elútero está blando o presenta sensación de pérdida sanguínea o coágulos.</p>		

## ANEXO 03

### “Guía de Observación de Preparación Psicoprofiláctica utilizada para gestantes durante el trabajo de parto” \*

Elaborada por Astudillo A, Benítez M.

#### INSTRUCCIONES PARA LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

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

<b>La primípara durante el trabajo de parto realiza las siguientes acciones de la preparación psicoprofiláctica</b>		<b>SI</b>	<b>NO</b>
1	Respira lenta y profundamente al comenzar una contracción.		
2	Respira lenta y profundamente al terminar una contracción.		
3	Respira rápidamente hasta llegar a respirar por la boca cuando avanza el trabajo de parto y las contracciones uterinas son moderadas.		
4	Respira rápida y superficialmente de 40 seg. a 1 min durante las contracciones de mediana intensidad.		
5	Respira aceleradamente expulsando todo el aire por la boca en forma de soplo cuando dilató completamente y sintió deseos de pujar.		
6	Al momento de la contracción fuerte comenzó una respiración lenta que progresivamente fue acelerando hasta que la retuvo durante		

	aproximadamente 6 seg. Para luego expulsar todo el aire de un soplido.		
7	Contrajo los músculos abdominales durante mayor tiempo posible al retener el aire.		
8	Al presentarse las primeras contracciones realizó un ejercicio de relajación voluntaria y profunda de los músculos		
9	Una vez realizado este ejercicio de relajación muestra expresiones de confianza.		
10	Durante las contracciones uterinas muestra confianza al realizar los ejercicios de respiración		
11	Durante las contracciones uterinas muestra empeño en la ejecución de los ejercicios de respiración.		
12	Emplea algún tipo de masaje y/o caricias en zonas donde siente molestias.		
13	Realiza masajes circulares en la espalda cuando siente las contracciones uterinas.		
14	Al inicio del trabajo de parto camina de un lado a otro para aliviar la tensión.		
15	Al experimentar una contracción uterina se mantenía de pie en un solo sitio hasta que esta terminara.		
16	Realiza cambios de posición para lograr bienestar durante el trabajo de parto.		
17	En la posición semi sentada usa accesorios como almohada y/o cojines para aliviar la tensión en la zona de las caderas.		
18	Estando semi sentada durante las contracciones uterinas se muestra cómoda.		

19	Durante el trabajo de parto activo se acostó decúbito lateral izquierdo.		
20	En la posición decúbito lateral izquierdo usa accesorios como almohadas y/o cojines para aliviar la tensión en la zona de las caderas.		

**Fuente:** Astudillo A, Benítez M. (2005: 64)

\* Cabe resaltar que este instrumento se ha tomado como referencia para la realización de la lista de cotejo del presente estudio.

## ANEXO 04

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**TÍTULO DEL ESTUDIO.** Psicoprofilaxis obstétrica y su influencia en la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto. Centro de salud materno infantil tahuantinsuyo bajo 2018.

Yo:.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con el investigador

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando quiera.
2. Sin tener que dar explicaciones.
3. Sin que esto repercuta en mi atención de salud

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma de la muestra

-----