

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



TESIS

**“Beneficios maternos perinatales de la psicoprofilaxis en Gestantes
del Centro de Salud Moras julio-diciembre 2022”**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Marcelo Solano, Erika Giuliana

ASESORA: Marcelo Armas, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2024

U

D

H



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

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 (2020)

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 ()

DATOS DEL AUTOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 46213156

DATOS DEL ASESOR:

Documento Nacional de Identidad (DNI): 04049506

Grado/Título: Doctora en ciencias de la salud

Código ORCID: 0000-0001-8585-1426

DATOS DE LOS JURADOS:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Olarte Chávez, Jenny Jannet	Maestro en salud pública y gestión sanitaria	22487693	0000-0002-2962-5157
2	Sinche Alejandro, Marisol	Magister en gestión pública	22489669	0000-0001-5710-8424
3	Falcon Fretel, Lidia Betzaida	Magister en ciencias de la salud salud pública y docencia universitaria	42510587	0000-0003-4236-6871



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



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **once** horas de la fecha **diecinueve** del mes de **setiembre** del año **dos mil veinticuatro**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

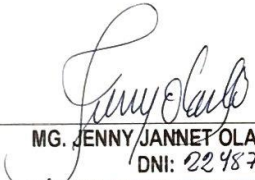
- | | |
|------------------------------------|-------------------|
| • Mg. Jenny Jannet Olarte Chavez | Presidente |
| • Mg. Marisol Sinche Alejandro | Secretaria |
| • Mg. Lidia Betzaida Falcon Fretel | Vocal |

Nombrados mediante **RESOLUCION 2189-2024-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"BENEFICIOS MATERNOS PERINATALES DE LA PSICOPROFILAXIS EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD MORAS JULIO-DICIEMBRE 2022"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la Sra. **Erika Giuliana MARCELO SOLANO**, 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 aprobado por unanimidad con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de Buena.

Siendo las, 12.30 horas del día **diecinueve** del mes de **setiembre** del año **2024** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.


MG. JENNY JANNET OLARTE CHAVEZ
DNI: 22 48 7693
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-2962-5157


MG. MARISOL SINCHE ALEJANDRO
DNI: 22 48 9669
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-5710-8424


MG. LIDIA BETZAIDA FALCON FRETTEL
DNI: 42510587
CÓDIGO ORCID: 0000-0003-4236-6871



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: ERIKA GIULIANA MARCELO SOLANO, de la investigación titulada "Beneficios maternos perinatales de la psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio-diciembre 2022", con asesora MARICELA MARCELO ARMAS, designada mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1692-2022-D-FCS-UDH, del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 19 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 19 de julio de 2024



RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

Jr. Hermilio Valdizán N° 871 – Jr. Progreso N° 650 – Teléfonos: (062) 511-113
Telefax: (062) 513-154
Huánuco - Perú

5. Marcelo Solano, Erika Giuliana.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

19%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

1library.co

Fuente de Internet

2%

2

repositorio.udh.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

4

tesis.ucsm.edu.pe

Fuente de Internet

1%

5

www.efisioterapia.net

Fuente de Internet

1%



RICHARD J. SOLIS TOLEDO.
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421



FERNANDO F. SILVERIO BRAVO
D.N.I.: 40618286
cod. ORCID: 0009-0008-6777-3370

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis a Dios, fuente inagotable de sabiduría y guía en cada paso de mi vida. Agradezco su constante bendición, inspiración y fortaleza que me han permitido llegar hasta este punto.

A mi amada hija, quien ha sido mi luz y mi mayor motivación. Cada página de este documento lleva impresa la dedicación y el amor que siento por ti. Eres mi razón de ser, y este logro también es tuyo. Que este esfuerzo sirva como ejemplo de perseverancia y determinación para tu propio camino.

AGRADECIMIENTO

A Dios: Gracias infinitas por ser mi guía constante, por darme la fuerza en los momentos difíciles y por iluminar mi camino con sabiduría y amor. Tu presencia ha sido la luz que ha guiado cada paso de este proceso.

A Mi Querida Hija: A ti, te dedico este logro. Tu amor y paciencia han sido mi mayor inspiración. Cada página de esta tesis lleva impresa la huella de tu motivación y apoyo. Eres mi razón de ser, y este éxito también es tuyo.

A Mis Docentes: Agradezco a mis respetados docentes por compartir su conocimiento, por sus orientaciones expertas y por desafiarme a alcanzar mi máximo potencial. Su dedicación a la enseñanza ha dejado una marca indeleble en mi formación académica.

ÍNDICE

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTO	III
ÍNDICE.....	IV
ÍNDICE DE TABLAS	VII
ÍNDICE DE GRÁFICOS	X
RESUMEN	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	XIV
CAPÍTULO I.....	15
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	19
1.2.1. PROBLEMA GENERAL.....	19
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS	19
1.3. OBJETIVOS	20
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	20
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	20
1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	20
1.4.1. JUSTIFICACIÓN.....	20
1.4.2. TRASCENDENCIA TEÓRICA	21
1.4.3. POR SU TRASCENDENCIA PRACTICA.....	21
1.4.4. POR SU TRASCENDENCIA ACADÉMICA	21
1.4.5. POR SU TRASCENDENCIA TÉCNICA - CIENTÍFICO	22
1.4.6. POR SU TRASCENDENCIA METODOLÓGICA.....	22
1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	22
1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN	22
CAPÍTULO II.....	24
MARCO TEÓRICO	24
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL	24
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL.....	28
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL	33
2.2. BASES TEÓRICAS	35

2.2.1. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO)	35
2.2.2. BASES CIENTÍFICAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA.....	41
2.2.3. FUNDAMENTOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA, TANTO EN SUS TEORÍAS TEÓRICAS COMO EMPÍRICAS.....	43
2.2.4. PSICOPROFILAXIS EN EL PERÚ	58
2.2.5. SESIONES DE PSICOPROFILAXIS	71
2.2.6. EJERCICIO DE PREPARACIÓN AL PARTO	76
2.2.7. ACTIVIDAD FÍSICA	78
2.2.8. PERIODO PERINATAL	85
2.2.9. COMPLICACIONES MATERNAS.....	87
2.2.10 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES	91
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	92
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS	93
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL.....	93
2.5. SISTEMA DE VARIABLES.....	93
2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE	93
2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE	93
2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTE	93
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	94
CAPITULO III	96
MARCO METODOLÓGICO	96
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN	96
3.1.1. ENFOQUE	96
3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE INVESTIGACIÓN	96
3.1.3. DISEÑO	96
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	97
3.2.1. POBLACIÓN	97
3.2.2. MUESTRA	98
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN.....	98
3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	98
3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	99
3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	99

3.4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	99
3.4.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS	100
3.4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS	100
3.4.4. PRESENTACIÓN DE DATOS	100
3.4.5. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	100
CAPÍTULO IV.....	101
RESULTADOS.....	101
4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS.....	101
4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	101
4.1.2. COMPLICACIONES MATERNAS.....	105
4.1.3. DATOS DE LA PSICOPROFILAXIS EN GESTANTE	111
4.1.4. BENEFICIOS MATERNOS.....	114
4.1.5. BENEFICIOS PERINATALES.....	118
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES.....	121
4.2.1. PRUEBAS DE NORMALIDAD	121
4.3. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS	124
CAPITULO V.....	126
DISCUSIÓN	126
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS	126
CAPITULO VI.....	129
CONCLUSIONES	129
RECOMENDACIONES.....	130
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	132
ANEXOS.....	140

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	101
Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	102
Tabla 3. Estado civil de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	103
Tabla 4. Cargo o puesto de trabajo de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	104
Tabla 5. Embarazo prolongado como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	105
Tabla 6. Sucesos de preeclampsia como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	106
Tabla 7. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	107
Tabla 8. Ruptura prematura de membranas (RPM) como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	108
Tabla 9. Prolapso de cordón umbilical como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	109
Tabla 10. Distocia de hombros como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	110

Tabla 11. Noción sobre las técnicas y ejercicio de relajación, respiración y gimnasia prenatal en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	111
Tabla 12. Asistencia al programa de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	112
Tabla 13. Acompañamiento a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	113
Tabla 14. Duración del periodo de dilatación de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	114
Tabla 15. Duración del periodo expulsivo en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	115
Tabla 16. Duración del periodo de alumbramiento en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	116
Tabla 17. Tiempo total de trabajo de parto de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	117
Tabla 18. Apgar al minuto de recién nacidos de gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	118
Tabla 19. Apgar a los cinco minutos de recién nacidos de gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	119
Tabla 20. Peso del recién nacido en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	120

Tabla 21. Prueba de normalidad de la variable beneficios maternos de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	121
Tabla 22. Prueba de normalidad de la variable beneficios perinatales de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	122
Tabla 23. Prueba de normalidad de la variable Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	123
Tabla 24. Beneficios maternos de la Psicoprofilaxis en gestantes con y sin preparación psicoprofiláctica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	124
Tabla 25. Beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes con y sin preparación psicoprofiláctica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	125

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Edad de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	101
Gráfico 2. Grado de instrucción de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	102
Gráfico 3. Estado civil de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	103
Gráfico 4. Cargo o puesto de trabajo de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	104
Gráfico 5. Embarazo prolongado como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	105
Gráfico 6. Sucesos de preeclampsia como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	106
Gráfico 7. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	107
Gráfico 8. Ruptura prematura de membranas (RPM) como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	108
Gráfico 9. Prolapso de cordón umbilical como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	109
Gráfico 10. Distocia de hombros como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	110

Gráfico 11. Noción sobre las técnicas y ejercicio de relajación, respiración y gimnasia prenatal en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	111
Gráfico 12. Asistencia al programa de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.....	112
Gráfico 13. Acompañamiento a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	113
Gráfico 14. Duración del periodo de dilatación de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	114
Gráfico 15. Duración del periodo expulsivo en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	114
Gráfico 16. Duración del periodo de alumbramiento en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	116
Gráfico 17. Tiempo total de trabajo de parto de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	117
Gráfico 18. Apgar al minuto de recién nacidos de gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	118
Gráfico 19. Apgar a los cinco minutos de recién nacidos de gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	119
Gráfico 20. Peso del recién nacido en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022.	120

RESUMEN

Objetivo. Determinar cuáles son los beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras Julio – diciembre 2022. **Método.** Prospectivo, no experimental, observacional descriptivo, con enfoque cuantitativo y nivel de investigación relacional, realizado en 83 gestantes evaluadas con un cuestionario; las hipótesis se comprobaron con el Chi Cuadrado de Independencia con una $p \leq 0,05$. **Resultados.** De la muestra, 66 gestantes participaron en sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica, mientras que 17 no recibieron preparación. El análisis evidenció diferencias estadísticas significativas ($p < 0.05$) en beneficios maternos, tales como la duración del periodo de dilatación, tiempo del periodo expulsivo, tiempo de alumbramiento y el tiempo total del periodo expulsivo. Estos beneficios fueron más pronunciados en aquellas gestantes que participaron en las sesiones. Además, en beneficios perinatales como el puntaje Apgar al minuto, Apgar a los cinco minutos y el peso del recién nacido, también se observaron diferencias significativas ($p < 0.05$), mostrando un mayor beneficio psicoprofiláctico perinatal en aquellas gestantes que participaron en las sesiones. **Conclusiones.** Las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica proporcionan beneficios sustanciales tanto para las madres como para los recién nacidos en el Centro de Salud Las Moras, en comparación con aquellas gestantes que no participaron en dicha práctica.

Palabras clave: Beneficios, materno, perinatal, psicoprofilaxis, gestante.

ABSTRACT

Objective. Determine the maternal and perinatal benefits of Psychoprophylaxis in pregnant women at the Moras Health Center from July to December 2022. **Method.** Prospective, non-experimental, descriptive observational study with a quantitative approach and relational research level, conducted on 83 pregnant women assessed through a questionnaire. Hypotheses were tested using the Chi-Square test of Independence with $p \leq 0.05$. **Results.** Out of the sample, 66 pregnant women participated in Psychoprophylaxis sessions, while 17 received no preparation. The analysis revealed statistically significant differences ($p < 0.05$) in maternal benefits, such as the duration of the dilation period, expulsion period, delivery time, and total expulsion period time. These benefits were more pronounced in pregnant women who participated in the sessions. Furthermore, in perinatal benefits such as Apgar score at one minute, Apgar score at five minutes, and newborn weight, significant differences were also observed ($p < 0.05$), indicating a greater perinatal psychoprophylactic benefit in those pregnant women who participated in the sessions. **Conclusions.** Psychoprophylaxis obstetric sessions provide substantial benefits for both mothers and newborns at the Moras Health Center, compared to pregnant women who did not participate in this practice.

Keywords: Benefits, maternal, perinatal, psychoprophylaxis, pregnant.

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta investigación fue identificar y clasificar los beneficios maternos y perinatales de la psicoprofilaxis en gestantes que utilizaron los servicios del Centro de Salud de Moras entre los meses de julio y diciembre del año 2022. A través de la provisión de beneficios maternos y perinatales, la psicoprofilaxis tiene el potencial de mejorar el parto exitoso del bebé, así como la salud general y la felicidad de la madre. En consecuencia, es de suma importancia determinar exactamente qué factores contribuyen a estos beneficios en esta población específica.

Los resultados expuestos en este informe de tesis pretenden ofrecer información actual y pertinente a las autoridades sanitarias del Centro de Salud Las Moras, así como a la Dirección Regional de Salud de Huánuco (DIRESA) y otros organismos responsables. Esta información servirá de base para la implementación de medidas preventivas y programas de atención dirigidos a maximizar los beneficios maternos y perinatales de la psicoprofilaxis en mujeres embarazadas, tanto en el área como a nivel nacional. Estos programas se adaptarán a las necesidades específicas de las mujeres embarazadas.

A efectos del análisis, esta obra se estructura en cinco capítulos que son cruciales. En el primer capítulo se presenta una explicación clara y exhaustiva del tema. El marco teórico sirve de base para la investigación, que se presenta en el segundo capítulo. La metodología de la investigación realizada se analiza en el tercer capítulo. Los resultados del análisis descriptivo se presentan en el cuarto capítulo, que también incluye las pruebas de hipótesis y las pruebas de normalidad que se desarrollaron. En el quinto capítulo se discuten los resultados, junto con los paralelismos y discrepancias entre los resultados y los de estudios anteriores.

La conclusión de la tesis incluye conclusiones generales, propuestas aplicables al tema tratado, una lista de referencias bibliográficas estudiadas y anexos que completan el informe de la investigación.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Para garantizar un tratamiento óptimo y centrado en la salud de la mujer durante todo el embarazo, el parto y el puerperio, la salud materna y perinatal ofrece una serie de recursos para ayudar a las instituciones sanitarias y a los profesionales ⁽¹⁾.

La tasa de mortalidad materna ha disminuido recientemente, pero aún es necesario seguir mejorando para alcanzar los objetivos del plan de acción. Los estudios han demostrado sistemáticamente los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica (PPO), que ayuda a las mujeres a desarrollar una actitud más positiva durante el parto y reduce el dolor en las distintas etapas. Esto sólo se consigue con una preparación psicoprofiláctica exhaustiva, que incluya una educación completa, respiración profunda, relajación y ejercicios de fortalecimiento muscular ⁽²⁾.

Además, sirve como intervención proactiva que mejora el bienestar tanto de las madres como de los recién nacidos gracias a la investigación exhaustiva y a los conocimientos prácticos. Además, subraya la necesidad de alinear los criterios de aplicación de la PPO entre los miembros del personal para fomentar la colaboración, la excelencia y las ventajas para las embarazadas, los lactantes y el entorno. Así, la integración de ideas permite el manejo eficaz de las tareas técnicas, administrativas y terapéuticas ⁽³⁾.

La formación de la PPO ha propiciado el desarrollo de nuevas ideas para atender las necesidades específicas de cada gestante en función de sus condiciones clínicas. Así, se ofrece una Organización de Proveedores Preferentes, en determinadas condiciones para las gestantes que presentan características de riesgo, junto con una PPO de urgencia para las que no están preparadas cuando concluye su embarazo. Estas sesiones de psicoprofilaxis obstétrica se crean específicamente para facilitar una comunicación y cooperación eficaces entre las madres gestantes y los profesionales sanitarios, así como para ayudar en la preparación al parto ⁽³⁾.

La psicoprofilaxis obstétrica (PPO) es una práctica global de atención prenatal que pretende optimizar los resultados tanto para las madres como

para sus hijos por nacer. Implica el desarrollo holístico de conceptos teóricos, físicos y psicoafectivos durante el embarazo para garantizar las mejores condiciones posibles para la madre y su(s) hijo(s) por nacer a lo largo del viaje obstétrico ⁽⁴⁾.

Sin embargo, la tasa mundial de mortalidad materna (TMM) ha disminuido de 385 por 100.000 nacidos vivos en 1990 a 216 por 100.000 nacidos vivos en 2015, lo que supone un descenso del 43,9%. Por ejemplo, en América Latina, países como Bolivia (-61%), Brasil (-43%) y Ecuador (-44%) han registrado un número significativo de muertes maternas evitables. Estas estadísticas ponen de manifiesto la necesidad de proporcionar suficiente atención y cuidados a través de los servicios sanitarios ⁽⁴⁾.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha producido una reducción del 67% de las muertes maternas entre 1990 y 2013. En concreto, en Perú se ha producido un descenso del 64%, mientras que en Chile ha sido del 60%. La mayoría de las muertes maternas se deben a trastornos hipertensivos durante el embarazo (34%), seguidos de otras causas (35%), hemorragia posparto (14%), abortos (8%), complicaciones durante el parto (5%) e infección puerperal (4%). La hipótesis es que estas características pueden mitigarse mejorando la educación prenatal, la accesibilidad de los usuarios y la atención sanitaria. El objetivo es que la madre recupere su papel de autoridad, con la ayuda de su cónyuge y su familia, al tiempo que se promueven estilos de vida saludables y se salvaguardan sus valores y derechos culturales. Esto favorece un vínculo afectivo prenatal beneficioso para el desarrollo físico, emocional, intelectual y social del niño ⁽⁵⁾.

La mortalidad materna en el Perú ha tenido un descenso significativo en los últimos años, pasando de 769 muertes en 1997 a 325 en el 2016, marcando una reducción del 42% en un lapso de 20 años ⁽⁶⁾.

Desde el punto de vista estadístico, los datos revelan una importante tasa de embarazos adolescentes en Perú, con un 13,5% de embarazos en adolescentes. Esta información se basa en la asistencia de más de 5,000 personas, entre ellas aproximadamente 500 adolescentes embarazadas, al taller preventivo-promocional del Ministerio de Salud "Salud Nueva Actitud en la Adolescencia" en la ciudad de Pucallpa en junio de 2012. Los participantes

recibieron información, asesoramiento sanitario y asistieron a una sesión de demostración sobre la OPP, lo que puso de relieve la necesidad de establecer un programa integral de prevención y promoción a largo plazo ⁽³⁾.

El inicio formal de la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) en Perú se produjo en 1995 con la publicación de las Normas Técnicas Administrativas para la Atención Integral de Salud Materna y Perinatal por parte del Ministerio de Salud (MINSA). Sin embargo, el Congreso Internacional inaugural de la PPO tuvo lugar en Lima en mayo de 1996. Este evento fue organizado por la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO) y atrajo grupos mayores de 500 profesionales. El primer Congreso Internacional sobre PPO tuvo lugar en mayo de 1996 en Lima, bajo los auspicios de la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO). El evento trajo muchísimos expertos, contó con algo de 500 expertos. En 1997 se publicó el primer manual técnico a nivel nacional para la formación de obstetras, con el objetivo de proporcionar un tratamiento completo a todas las embarazadas en las instituciones sanitarias. En 1998, la ASPPO publicó la primera guía mundial de OPP con el objetivo de distribuir y ofrecer un recurso de conocimientos a los profesionales de la obstetricia de todo el mundo ⁽⁷⁾.

La atención prenatal es una intervención crucial para reducir las enfermedades y muertes maternas y perinatales. Ayuda a identificar los factores riesgosos, lo que permite adoptar medidas de prevención y terapéuticas tempranas durante el embarazo. Este es un factor primordial que contribuye a la importancia de la atención prenatal como intervención esencial. Para contribuir eficazmente a la minimización de la morbilidad y la mortalidad maternas, esta atención prenatal debería poseer idealmente los cinco atributos esenciales siguientes: debe comenzar en una fase temprana; debe ser coherente; debe ser exhaustiva; debe abarcarlo todo; debe estar ampliamente disponible; y debe prestarse sin coste alguno ⁽⁶⁾.

Según el Ministerio de Salud (MINSA), la frecuencia recomendada de la atención prenatal es de una vez al mes hasta las 32 semanas, cada dos semanas entre las semanas 33 y 36, y una vez a la semana desde las 37 semanas hasta el parto. Esta recomendación se mantiene hasta el nacimiento del bebé. Además, se suele recomendar acudir a un mínimo de seis visitas de

atención prenatal. Además, el Ministerio de Salud (MINSA) recomienda que las mujeres acudan a un mínimo de seis controles prenatales a lo largo de su periodo pregestacional. Como parte del proceso educativo conocido como psicoprofilaxis obstétrica (PPO), que es un componente de la atención obstétrica, se enseña a las mujeres embarazadas una actitud positiva sobre el embarazo, el parto y el puerperio. Este enfoque ayuda a las mujeres embarazadas a estar mejor preparadas para sus embarazos. También se considera una estrategia preventiva que mejora la salud tanto de la madre como del bebé. Por lo tanto, la embarazada puede beneficiarse de participar en estas sesiones educativas, que pueden influir positivamente en ella ⁽⁶⁾.

Además, cabe destacar que, en el Perú, durante el año 2018, una proporción significativa de gestantes, a saber, el 98,1%, obtuvo atención prenatal por parte de médicos calificados. Adicionalmente, un porcentaje importante de gestantes, a saber, el 89,5%, recibió seis o más tipos de atención prenatal. Sin embargo, la implantación de la PPO en las instituciones sanitarias es inadecuada. Globalmente, sólo el 8,6% de los centros de salud declaran tener zonas de PPO. Esto sugiere que la PPO no se está utilizando plenamente ⁽⁶⁾.

Además, la proclamación de Alma Ata de la Organización Mundial de la Salud afirma que la mejora del estado de salud de la población dependería, en cierta medida, de la aplicación de la prevención, la promoción y el uso juicioso de los avances tecnológicos. Además, afirman que la educación en salud es crucial, enfatizando específicamente la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica como una medida preventiva y promocional que es vital para lograr la humanización de la atención médica ⁽⁸⁾.

Aunque anteriormente se creía que la profilaxis obstétrica podía eliminar el dolor del parto, esta noción se considera incorrecta en la actualidad. Existe una base neurofisiológica para la presencia del dolor de parto, y el objetivo de la preparación educativa es evitar que este dolor se convierta en sufrimiento. Gracias a la investigación, se está reconociendo la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica. Proporciona diversos beneficios para la madre, el feto, el recién nacido e incluso para el equipo sanitario. El objetivo principal de la obstetricia moderna es garantizar el bienestar de la madre y el niño

optimizando la experiencia del embarazo. Esto puede lograrse optimizando la progresión e integración del embarazo para maximizar sus beneficios para esta pareja ⁽⁸⁾.

La ausencia de información puede ser responsable de la exclusión de las mujeres embarazadas de esta práctica en la época contemporánea. Por ejemplo, en el centro de salud "Las Moras" se implementan regularmente programas de psicoprofilaxis obstétrica para potenciar la participación activa de las gestantes. Sin embargo, la escasa participación de las embarazadas dificulta la aplicación regular de la PPO, y no existe ningún centro o servicio educativo específico que excluya a las embarazadas. Por otra parte, si esto ocurriera, las futuras madres que se sometieran a su primer examen prenatal experimentarían miedo. Principalmente, la formulación de la cuestión se forma debido a la falta de comprensión prevaleciente sobre el proceso de embarazo y parto, que ha sido más común en los últimos tiempos.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuáles son los beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

PE₁: ¿Cuáles son los beneficios maternos de la psicoprofilaxis en gestantes del centro del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?

PE₂: ¿Cuáles son los beneficios perinatales de la psicoprofilaxis en gestantes del centro del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?

PE₃: ¿Qué complicaciones maternas desarrollaron las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis en el Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?

PE₄: ¿Cuáles son las características demográficas en gestantes que recibieron Psicoprofilaxis en el Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar cuáles son los beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OE₁: Determinar los beneficios maternos de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.

OE₂: Determinar los beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.

OE₃: Mencionar las complicaciones maternas que se desarrollaron en las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis en el Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.

OE₄: Mencionar cuáles son las características demográficas en gestantes que recibieron Psicoprofilaxis en el Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y TRASCENDENCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1.JUSTIFICACIÓN

Este proyecto pretende mejorar la comprensión y aportar pruebas empíricas sobre las ventajas maternas y perinatales que ofrece la PPO. Se centrará en reforzar los conocimientos y comportamientos de los profesionales de la salud durante todo el evento. La justificación está en la escasez de la práctica de la PPO en la población gestante. Por lo tanto, es esencial fomentar periódicamente la difusión de información actualizada sobre las medidas preventivas.

La noción se fundamenta en las normas y directrices que han dado a conocer organismos autorizados como la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud (MINSA), que es la entidad nacional más importante. El estudio se fundamenta en los principios de la salud pública, así como en el plan nacional que pretende lograr una reducción de las tasas de morbilidad de madres y recién nacidos. El objetivo principal es

proporcionar una terapia individualizada y global para mejorar la calidad de la atención sanitaria, especialmente a las mujeres jóvenes adolescentes ⁽⁹⁾.

1.4.2. TRASCENDENCIA TEÓRICA

Este estudio presenta una propuesta metodológica para la Psicoprofilaxis obstétrica, con el objetivo de mejorar el conocimiento y la práctica en gestantes. La propuesta tiene el potencial de mejorar la eficiencia y la eficacia del proceso educativo. El objetivo final es reorientar la práctica de la prevención y promoción, conduciendo al desarrollo de políticas y estrategias efectivas. Además, esta reorientación puede generar un ahorro de costes para todo el sistema sanitario.

A nivel mundial, está demostrado que la falta de compromiso con la actividad física y la ausencia de ejercicio regular suponen un importante problema de salud. Este problema ha persistido e incluso se ha agravado con el paso del tiempo, provocando un aumento de las tasas de enfermedad y muerte tanto a corto como a largo plazo. Desgraciadamente, la carga de este problema afecta a un número de individuos mayor de lo que debería, repercutiendo de forma desproporcionada en determinadas poblaciones.

1.4.3. POR SU TRASCENDENCIA PRACTICA

Una vez concluida la investigación, se obtendrán resultados prácticos que mejorarán la labor de los profesionales sanitarios al aumentar sus conocimientos y facilitar la promoción y aplicación de medidas preventivas de las complicaciones maternas y perinatales. De este modo se evitarán eficazmente los problemas a largo plazo y se contribuirá al avance de sus actividades profesionales y a su satisfacción. En esencia, la investigación contribuirá a la formulación de estrategias, iniciativas regionales y políticas gubernamentales encaminadas a resolver el problema en cuestión.

1.4.4. POR SU TRASCENDENCIA ACADÉMICA

Mejora y valida el conocimiento existente antes de su aplicación práctica, como resultado de una investigación profesional que avanza en

la comprensión del tema, con implicaciones para futuras investigaciones e investigadores, especialmente aquellos en el campo de la salud materna y neonatal, que tienen como objetivo prevenir o abordar los problemas en beneficio de la población.

1.4.5. POR SU TRANSCENDENCIA TÉCNICA - CIENTÍFICO

Antes de poner en práctica esta teoría en diversas especialidades médicas, se ha recurrido a toda la información disponible y a los procedimientos derivados de las investigaciones científicas para determinar la verdad y eliminar las opciones de tratamiento poco viables.

1.4.6. POR SU TRANSCENDENCIA METODOLÓGICA

En esta investigación utilizaremos determinados instrumentos de medición y análisis que son fiables y válidos. Estos instrumentos se utilizarán para evaluar el tema de estudio, que implica manipular artificialmente el componente de estudio. También utilizaremos procedimientos de prueba y asistencia para recopilar datos de la muestra. Además, el reto del estudio incluirá el uso de dispositivos de medición y análisis precisos.

1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- En la actualidad, escasea el material pertinente para entablar un debate.
- El estudio sólo puede realizarse en el plazo de un año y faltan medios económicos para conseguir el material necesario.
- La realización del presente estudio carece de investigaciones previas llevadas a cabo localmente, lo que planteó dificultades a la hora de recopilar información sobre el tema.
- Además, dentro de las fuentes secundarias impone una limitación, ya que era poco práctico reunir variables adicionales más allá de las actualmente disponibles, y también existe la posibilidad de inexactitudes en la compilación de los estudios secundarios.

1.6. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

- La presente investigación contará con la ayuda de asesores expertos en la materia. Del mismo modo, la información, obtenida de una

fuelle secundaria, podrá utilizarse siempre que se obtengan los permisos pertinentes.

- Como los datos utilizados en esta investigación no eran de carácter privado, los participantes no incurrieron en ninguna conducta éticamente dudosa.
- Dado que los gastos relacionados con la actividad de investigación no son sustanciales, el estudiante podría asumir la responsabilidad financiera de los mismos.
- El estudio es viable desde una perspectiva académica, ya que se basa en teorías fundamentadas y conceptuales derivados de fuentes primarias como secundarias.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

Cuba (2020), García, ⁽¹⁰⁾ **“Consideraciones sobre la Psicoprofilaxis obstétrica familiar”**, se observa que el programa materno-infantil en Cuba ha recibido una atención significativa, lo que ha llevado a muchos médicos a restringir el reposo de las embarazadas. Sin embargo, aún existen varias mujeres que se someten al parto sin preparación previa. A la luz de la importancia de este tema en el campo de la salud materno-infantil, se realizó una revisión bibliográfica para mejorar la comprensión de los profesionales sobre las ventajas del programa y fomentar un enfoque de colaboración entre los miembros del personal del programa. El objetivo final es maximizar los beneficios para las madres, los lactantes y sus familias. Las pruebas científicas respaldan sus efectos positivos tanto para la futura madre como para el feto en desarrollo. Una embarazada organizada es una embarazada colaboradora. Por consiguiente, participar en actividades de formación y adoptar hábitos de vida saludables hará que la embarazada dé a luz en circunstancias físicas y psicológicas óptimas, garantizando así el nacimiento de un niño sano y robusto y aportando una inmensa satisfacción a toda la familia. La implicación activa del padre redundará en una mayor cohesión familiar.

Ecuador (2019), González, ⁽¹¹⁾ **“Beneficios de la Psicoprofilaxis en mujeres preparto atendidas en el Hospital Alberto Correa Cornejo Yaruqui, 2019”**, el presente estudio se realizó en mujeres embarazadas que asistían al Hospital Alberto Correa Cornejo de la parroquia Yaruquí. El propósito de este estudio fue determinar los beneficios de la psicoprofilaxis en mujeres preparto. El estudio incluyó un total de 49 mujeres embarazadas que participaron en todas las sesiones de psicoprofilaxis. Esta investigación fue un estudio cuantitativo, no experimental y observacional. En la siguiente sección se describen los beneficios de estas sesiones en las mujeres preparto. Se

describieron, analizaron y observaron los beneficios de estas sesiones en mujeres preparto. Para la evaluación de este estudio se aplicó una encuesta validada por expertos y los datos se tabularon con Microsoft Excel. Por otra parte, se pudo determinar que el 88 por ciento de las encuestadas poseía una cantidad significativa de conocimientos con respecto al tema. Entre los beneficios que obtuvieron las pacientes se encuentran la disminución del número de partos por cesárea, la disminución de la producción de claves obstétricas, la disminución de la cantidad de miedo que experimentaron las pacientes durante el proceso de parto, así como la disminución de la cantidad de lágrimas derramadas y la realización de episiotomías que se realizaron en más del cincuenta por ciento de las embarazadas que participaron en el estudio.

España (2019), Amaya, ⁽¹²⁾ **“Psicoprofilaxis y Educación Maternal. Historia de la preparación al parto en España”**, la traducción y adaptación de estas metodologías por parte de los actores locales, así como las innovaciones que estos actores realizaron a nivel teórico y programático a lo largo del tiempo, son el principal tema de investigación de este estudio. El estudio también incorpora una perspectiva de género al investigar las formas en que los discursos sobre la preparación para el parto, que incluyen creencias médicas, morales y psicoanalíticas sobre la feminidad, influyen en la forma en que los profesionales y las instituciones gestionan el embarazo y el parto. La tesis puede dividirse en cuatro partes distintas. En la primera parte, investigaremos la reconstrucción de la adopción de la preparación al parto en España estudiando los caminos que siguieron tres de las más destacadas defensoras de esta práctica. En la segunda sección se investigan los modelos conceptuales del dolor obstétrico. En la tercera y cuarta sección se analizan los paralelismos y disimilitudes que existen entre estos modelos y los programas de preparación al parto y maternidad que se utilizan en la actualidad. Las mujeres embarazadas participan en estos programas, que incluyen formación teórica y física, así como una rigurosa evaluación por parte de profesionales médicos. En el ámbito de esta investigación, estos enfoques teóricos y prácticos

también se sitúan en el marco de otras estrategias de preparación al parto que se utilizan en otras naciones. Existen muchos enfoques o escuelas diferentes de educación prenatal, en los que influyen elementos políticos e ideológicos, además de científicos. Esto es algo que reconoce el documento. El estudio se centra sobre todo en analizar los aspectos polémicos de la partería contemporánea, como los fundamentos teóricos de la profesión y las raíces políticas de la educación prenatal. Además, investiga la formación de nuevos roles entre los profesionales sanitarios y las tensiones que han surgido como consecuencia de las diferencias de control. También investiga los juicios implícitos sobre el mérito moral de los distintos tratamientos y la influencia que estos métodos ejercen sobre la conciencia, la sensibilidad, el razonamiento y la voluntad de los pacientes durante el transcurso de la investigación. En esencia, el propósito de la tesis es ilustrar que el parto no es sólo un hecho biológico, sino más bien una confluencia de valores, normas, preocupaciones políticas y expectativas culturales con respecto a las mujeres, la ciencia y las conexiones sociales.

Ecuador (2023), Céspedes, ⁽¹³⁾ **“Psicoprofilaxis en el embarazo para el parto”**, el documento ofrece una visión general de la historia de la psicoprofilaxis administrada durante el embarazo, que se utilizó por primera vez en Rusia y acabó ganando popularidad en Europa Occidental. Más de la mitad de las mujeres que dan a luz en Francia utilizan actualmente la psicoprofilaxis, según los resultados de este estudio. La práctica de utilizar este método para tratar el dolor del parto se empleó inicialmente en Suecia a principios de la década de 1970, y está experimentando un resurgimiento de su popularidad en la actualidad. Se ha demostrado que la práctica de centrar la atención en la respiración y la relajación, en contraposición a la sensación de dolor, mejora la oxigenación y reduce la tensión muscular desde una perspectiva de rendimiento cognitivo. Este método, visto desde una perspectiva psicológica, contribuye a la reducción de la ansiedad y a la mejora de la comprensión del control personal. La capacidad de la mujer para manejar el dolor del parto mejora con el uso de métodos de

relajación y respiración, en lugar de reducir directamente el dolor que experimenta durante el parto. Para llevar a cabo la investigación cualitativa, se recopiló información de varias bibliotecas y bases de datos en línea, como PubMed, Scielo, Elsevier, Scopus y Cochrane, entre otras. El tipo de estudio que se realizó fue descriptivo, y se analizaron específicamente las consecuencias descritas en revistas científicas publicadas dentro de los diez años del período elegido. El propósito de este estudio retrospectivo fue investigar las ventajas que se encontraron durante el uso de la psicoprofilaxis durante el embarazo. Más concretamente, la investigación se centró en los ejercicios o procedimientos terapéuticos diseñados para aliviar las molestias pélvicas y lumbares asociadas al embarazo. Tras completar el análisis de los datos, se descubrió que el uso de ejercicios de Pilates y psicoprofilaxis durante el embarazo tiene el potencial de mejorar la fuerza, la flexibilidad y la resistencia de los músculos. Tras el parto, esto podría facilitar a las madres la continuación de sus rutinas diarias habituales. Además, se ha demostrado que estas actividades mejoran el proceso del parto y aumentan el nivel de felicidad experimentado por la madre, todo ello sin presentar ningún peligro ni para la madre ni para el bebé.

Ecuador (2019), Mónica, ⁽¹⁴⁾ **“Conocimientos sobre psicoprofilaxis del parto en el personal de salud, del Hospital Homero Castanier Crespo. Azogues, 2018”**, la psicoprofilaxis es un método que consiste en preparar a las mujeres embarazadas de forma concienzuda con el fin de producir el entorno más favorable tanto para la madre como para el bebé. La educación y la formación se han vuelto más esenciales en la vida de las mujeres embarazadas, ya que se ha demostrado que tienen efectos positivos significativos en la salud del período perinatal. Para determinar el grado de información que poseen los profesionales sanitarios del Hospital Homero Castanier Crespo sobre la psicoprofilaxis del parto, el objetivo de esta investigación es realizar una evaluación. Para la investigación que se realizó en Azogues en el año 2018, se utilizó un diseño transversal y enfoques de investigación

cuantitativo-descriptivo. Nuestra investigación se llevó a cabo con un tamaño de muestra de cincuenta personas, la cual pretendió ser representativa de la población total de personas que laboran en el servicio de Ginecología del Centro Médico Hospital Homero Castanier Crespo. En la presente investigación se empleó una encuesta que se basó en dos estudios que habían sido publicados en el pasado y que fueron realizados en Lima, Perú en el año 2017. La primera investigación, que fue realizada por Gomero M. Inés, se centró en el grado de conocimiento y utilización de la psicoprofilaxis en mujeres gestantes que asistían al Centro de Salud Viña Alta de La Molina durante los años 2010 y 2011. Figueroa E. Jhovana y Eileen NM realizaron la segunda investigación, la cual se llevó a cabo en el año 2017, en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. El propósito de este estudio fue investigar el grado de conocimiento de la psicoprofilaxis obstétrica en mujeres puérperas. Los resultados obtenidos se procesaron con el programa informático SPSS versión 22 y se utilizaron diversos métodos de análisis estadístico. Estos métodos incluyeron la utilización de tablas, gráficos, frecuencias, porcentajes, barras simples y tartas. Sobre la base de los resultados del estudio, se descubrió que el cuarenta por ciento del número total de participantes exhibía un nivel de conocimientos muy alto, el veintiocho por ciento exhibía un buen nivel de conocimientos, el dieciséis por ciento mostraba un nivel de conocimientos sobresaliente y el dieciséis por ciento tenía un nivel de conocimientos excelente.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Lambayeque (2019), Toro, ⁽¹⁵⁾ **“Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en primigestas atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe, 2019”**, afirma que en 2019 se realizó un estudio en el Hospital Referencial Ferreñafe para evaluar las ventajas de la psicoprofilaxis obstétrica durante el parto en 28 madres gestantes primerizas que tuvieron psicoprofilaxis completa de un total de 544 partos. Este estudio utilizó un enfoque de investigación cuantitativo con una metodología no experimental. Los principales resultados fueron los siguientes 1. La mayoría de las mujeres embarazadas por primera vez,

o primigrávidas, tenían entre 18 y 23 años, lo que representa el 64,29% del total. Además, la mayoría residía en áreas metropolitanas (85,71%) y vivía en pareja (89,29%). Las ventajas de la psicoprofilaxis obstétrica para la madre incluyen un menor periodo de dilatación tanto en la fase latente (8-12 horas) como en la fase activa (6-8 horas) con una tasa de éxito del 96,43% para cada fase. Además, el tiempo de expulsión se reduce a 50 minutos con una tasa de éxito del 67,86%, y hay una alta tasa de éxito del 96,43% en la prevención del desgarro perineal. La psicoprofilaxis obstétrica tuvo efectos positivos en el recién nacido, como lo demuestran las puntuaciones APGAR al minuto 1 y a los 5 minutos, que se sitúan entre 7 y 10 (100,00% cada una), y el líquido amniótico, que es transparente (100,00%).

Tumbes (2020), Balladares, ⁽¹⁶⁾ **“Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional II-2 Tumbes”**, esta investigación se realizó en el Hospital Regional II-2 de Tumbes con el propósito de determinar las ventajas que tuvieron tanto las madres como los infantes a lo largo del proceso de parto. Las mujeres embarazadas que participaron en el programa de psicoprofilaxis obstétrica entre enero y marzo de 2020 fueron el objetivo principal de este estudio. La muestra estuvo conformada por treinta y dos gestantes que habían asistido al programa en sus diferentes instituciones de salud y que habían dado a luz en el servicio del centro obstétrico del Hospital Regional II-2 Tumbes luego de participar en el programa. Según los datos, la duración de la fase de dilatación fue menor a seis horas para las mujeres que nunca habían dado a luz y menor a ocho horas para las mujeres que habían dado a luz más de una vez. Esta proporción representa el 63% y el 25% del total, respectivamente. Además, la duración del parto fue inferior a 15 minutos para las nulíparas (50%) e inferior a 19 minutos para las multíparas (19%). La fase expulsiva fue inferior a 50 minutos para las nulíparas (59%) y la duración del parto fue inferior a 19 minutos para las multíparas (19%). El 88% de las gestantes que participaron en el programa de psicoprofilaxis obstétrica no tuvieron ninguna complicación a lo largo del

proceso de parto. Además, se descubrió que el 72% de los niños tenían una puntuación APGAR normal al cabo de un minuto, y el 81% de los niños tenían una puntuación normal a los cinco minutos. Este resultado favorable puede deberse a que no se encontraron problemas a lo largo del proceso de parto. En resumen, se ha demostrado que el programa de psicoprofilaxis obstétrica administrado durante el parto tiene repercusiones positivas en los resultados materno-perinatales, como la disminución del tiempo y de los problemas experimentados por la madre.

Lima (2022), Híjar, ⁽¹⁷⁾ **“Beneficios maternos y perinatales de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia”**, El objetivo de esta investigación era aportar pruebas de que la Psicoprofilaxis Obstétrica de Urgencia es beneficiosa tanto para la madre como para los demás miembros del periodo perinatal. El proceso consistió en examinar publicaciones científicas publicadas en diversas fuentes de Internet, como Pubmed, Google Scholar, Scielo y el repositorio de la Universidad Noberth Wiener. Se hizo hincapié en las investigaciones publicadas en los últimos diez años. A través de los resultados de la revisión, se presentaron datos científicos que corroboraban las ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia tanto para la madre como para el periodo perinatal. Hubo una disminución considerable en la duración de las etapas de trabajo, incluyendo la Fase Latente, la Fase Activa y el Período Expulsivo, según las investigaciones que fueron evaluadas. Además, el uso de la Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia resultó en una influencia favorable en la salud del período perinatal, como lo demuestra la mejora de las puntuaciones de Apgar. Existen ventajas maternas a lo largo de las etapas del parto y en la conclusión del parto, así como beneficios perinatales mostrados por la puntuación de APGAR para las pacientes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia, según las investigaciones científicas que apoyan la opinión de que existen ventajas para las madres.

Lima (2019), Colan, ⁽¹⁸⁾ **“Barreras en la asistencia al programa de Psicoprofilaxis entre primigestas y multigestas, atendidas en el Hospital Carlos Lanfranco La Hoz, Puente Piedra – abril 2019”**,

durante el mes de abril de 2019, el Hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra acogerá un programa de psicoprofilaxis. El objetivo de esta investigación es determinar los factores que dificultan que una madre primeriza o una mujer con varios embarazos participe en el programa. La metodología utilizada en esta investigación incluye enfoques cuantitativos, descriptivos, comparativos, transversales y prospectivos. La muestra de este estudio consta de 40 pacientes multigestacionales y 46 pacientes que son madres primerizas. Para ello se utilizó una encuesta. Para realizar el análisis estadístico, se utilizó la prueba de Chi², y los resultados del estudio, que incluyó tanto al grupo primigestante como al multigestacional, mostraron los siguientes hallazgos: Los obstáculos sociodemográficos comprendieron edades entre 15 y 19 años (54,3% de la población) y 20 a 24 años (60%); educación básica (78,3% de la población) y (80% de la población); dependientes (93,5%) y (80% de la población); unidas (60,9%) y (96,7%) ($p=0,0004$). Se observaron barreras obstétricas en el 52,2% y el 66,7% de los casos para quienes tuvieron menos de seis visitas prenatales, y en el 65,2% y el 73,3% de los casos para quienes tuvieron de tres a cuatro sesiones ($p=0,0010$). Estos hallazgos tuvieron un impacto significativo en los resultados del estudio. Se observó que los obstáculos actitudinales estaban presentes en los siguientes porcentajes: la falta de empatía fue señalada por el 56,5% y el 80% de los participantes ($p=0,0350$); las expectativas no cumplidas fueron señaladas por el 39,7% y el 86,7% de los participantes ($p=0,0000$); las dificultades en los grupos de iguales fueron señaladas por el 69,6% y el 40% de los participantes ($p=0,0107$); la falta de motivación fue señalada por el 73,9% y el 46,7% de los participantes ($p=0,0161$); y la disposición negativa fue señalada por el 73,9% y el 93,3% de los participantes ($p=0,0010$). Se observaron obstáculos metodológicos en el estudio. En concreto, el 54,3% y el 86,7% de los participantes no pusieron en práctica lo aprendido ($p=0,0034$). Además, el 28,3% y el 56,7% de los participantes informaron de falta de continuidad ($p=0,0133$), y el 10,9% y el 46,7% de falta de refuerzo ($p=0,0004$). Los impedimentos

organizativos incluyen la falta de notas de programación, con un 87% y un 90% de encuestados que informaron de este problema. Además, el 93,5% y el 26,7% de los encuestados afirmaron haber sido invitados por profesionales, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,0000$). La infraestructura inadecuada también se identificó como una barrera, con un 76,1% y un 70% de los encuestados que informaron de este problema, pero la diferencia no fue estadísticamente significativa ($p=0,5558$). El estudio reveló que a la mayoría de las personas les gustaba trabajar en el turno de tarde, con porcentajes del 58,7% y el 56,7%. Además, un número significativo de participantes afirmó compartir sus responsabilidades laborales con su cónyuge o familiar, con porcentajes del 65,2% y el 20% ($p=0,0001$). El uso de la movilidad también era frecuente, con porcentajes del 95,7% y el 93,3%. En general, el estudio concluyó que los principales obstáculos para la inclusión social eran de naturaleza actitudinal y organizativa.

Lima (2022), Obregón, ⁽¹⁹⁾ **“Nivel de satisfacción sobre el programa de psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el Centro Materno Infantil San Fernando, mayo-setiembre”**, el objetivo de esta investigación es evaluar el nivel de satisfacción de las gestantes que participaron en el programa de psicoprofilaxis obstétrica en el Centro Materno Infantil San Fernando, durante el periodo de mayo a septiembre de 2022. La investigación utilizó métodos observacionales, descriptivos, prospectivos y transversales. El estudio incluyó una población de 64 gestantes que asistían al centro especificado. La edad media de las embarazadas era de $23,8 \pm 5,5$ años. Además, el 96,9% de las participantes eran usuarias y el 67,2% tenían estudios secundarios completos. Todas las pacientes eran nuevas. De las embarazadas que participaron, el 32,8% expresó satisfacción con el programa, mientras que el 67,2% manifestó insatisfacción con el mismo. Asimismo, hubo un mayor nivel de descontento sobre la fiabilidad de la organización (62,5%), su respuesta (62,5%) y las características concretas (68,8%). Sin embargo, la mayoría expresó su satisfacción por la seguridad mostrada por los expertos responsables (53,1%) y su empatía (53,1%).

En general, la mayoría de los pacientes que participaron en el programa de psicoprofilaxis expresaron su insatisfacción con la organización.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL

Huánuco (2019), Antonio, ⁽²⁰⁾ **“Psicoprofilaxis obstétrica en el desarrollo del trabajo de parto, en gestantes nulíparas del Hospital II ESSALUD. Huánuco - 2019”**, señala que el estudio se realizó en el Hospital II EsSalud del Seguro Social de Salud, con la finalidad de conocer los efectos de la psicoprofilaxis obstétrica en el desarrollo del trabajo de parto en gestantes nulíparas del Hospital II EsSalud Huánuco, año 2019; Se incluyó en la muestra a un total de 117 gestantes nulíparas de bajo riesgo obstétrico. Estas mujeres habían asistido a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y tuvieron sus partos en el Hospital II EsSalud Huánuco durante el año 2019. Se utilizó la técnica de análisis documental y los datos se obtuvieron de las Historias Clínicas y del Libro de Registro de Nacimientos. El instrumento para el estudio fue un formulario de recolección de datos, el cual fue validado por juicio de expertos. La información obtenida se introdujo en una base de datos SPSS para su tabulación y procesamiento. El grado de concordancia se determinó mediante la técnica del alfa de Crombach. Con el fin de realizar un análisis estadístico inferencial de las variables, se analizaron la duración de la fase activa, el periodo expulsivo y el parto. Además, también se tuvo en cuenta la presencia de complicaciones y el uso de fármacos durante cada una de estas fases. Los resultados obtenidos en las características sociodemográficas fueron los siguientes: 28 años fue la edad media del grupo. El 92,3% de los participantes procedían de regiones urbanas y sus edades oscilaban entre los 16 y los 40 años. El 71% de las participantes mantenía una relación que incluía la cohabitación, y el 68,4% de ellas tenía un título académico superior. En cuanto a las características ginecológicas y obstétricas, la edad gestacional media fue de 38,0 semanas, y la desviación típica de 75 semanas. En el transcurso del periodo activo, se observó que el 56,4% de las nulíparas que se habían sometido a cuatro o más sesiones de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración del parto que osciló entre

seis y diez horas. Además, el 93,0% de las pacientes no se quejaron de ninguna dificultad y el 84,5% de ellas no necesitaron ningún medicamento. El sesenta y dos por ciento de las nulíparas que se sometieron a cuatro o más sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante la segunda fase del parto experimentaron una duración media del parto inferior a cincuenta minutos. Además, el 93,0% de las pacientes no tuvieron ninguna dificultad y el 84,5% no necesitaron ningún medicamento. Menos de cincuenta minutos fue el tiempo transcurrido en el 0% de los casos, mientras que el 55,0% de las pacientes no tuvieron ningún problema y el 59,1% de los casos no necesitaron medicación. Durante la fase de parto, se demostró que entre las nulíparas que habían recibido cuatro o más sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, el 76,1% de ellas tuvieron una duración del parto inferior a quince minutos, mientras que el 83% experimentaron una duración prolongada. Una vez finalizado el proceso de recogida de datos, se descubrió que existía una relación estadísticamente significativa entre la duración de la segunda y tercera fase del parto y el uso de la psicoprofilaxis obstétrica administrada. Investigadores del Hospital II ESSALUD Huánuco en 2019 descubrieron que no existía una relación estadísticamente significativa entre la psicoprofilaxis obstétrica y la inducción del parto en mujeres embarazadas que nunca antes habían dado a luz. En cambio, la duración de la segunda y tercera fase del trabajo de parto fue menor y estuvo dentro de lo habitual, influencia beneficiosa que se notó.

Huánuco (2019), Laureano, ⁽²¹⁾ **“El beneficio de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes durante la fase activa del trabajo de parto, en el ESSALUD- Tingo María de octubre a noviembre del 2019”**, el propósito de esta investigación fue examinar los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes durante la fase activa del parto en el Hospital ESSALUD de Tingo María en el año 2019. El diseño de estudio que se utilizó fue transversal y no incluyó experimentos. Se incluyó en la población de investigación a 170 gestantes que acudieron a labor de parto en el Hospital Es Salud de Tingo María en el año 2019. El proceso de recolección de datos se realizó con el uso de una planilla

de recolección de datos como implemento. Se encontró que el 55,7% de las personas se encontraban dentro del rango de edad de 18 a 29 años, mientras que el 51% de los individuos no se encontraban dentro de este rango de edad que se descubrió. En Tingo María vivía el 4% de las personas, mientras que el 11% restante pertenecía a otro grupo demográfico. Sólo el 14,3% de los encuestados eran amas de casa, mientras que el 28,6% estaban empleados en el sector público. Al mismo tiempo que el 2,9% de las personas tenían otro estado civil, el 47,1% de los individuos eran cohabitantes. El 21,4% de los encuestados había terminado la enseñanza secundaria, mientras que el 32,9% había cursado estudios superiores. El 62,9% de las personas completaron seis sesiones de psicoprofilaxis, mientras que el 37,1% de los pacientes realizaron menos de seis sesiones. La duración de la fase de dilatación fue de entre cuatro y seis horas para el cincuenta por ciento de los pacientes. Esto se observó en relación con la duración de la fase. Se descubrió que el 62,9% de las gestantes que terminaron con éxito las seis sesiones de psicoprofilaxis tuvieron un avance favorable de la fase activa del parto y una reducción del tiempo de expulsión fetal. Esto puede atribuirse al hecho de que las sesiones de psicoprofilaxis se completaron con éxito.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO)

La PPO puede garantizar que la madre y su bebé tengan un viaje obstétrico positivo y saludable proporcionando una preparación teórica, física y psicoafectiva completa a lo largo del embarazo, el parto y el puerperio. Esta preparación contribuye a que la madre y su bebé tengan una experiencia agradable y satisfactoria. Además de mejorar el compromiso y la participación activa del padre, que debe realizarse de forma adaptada, humanística, ética y basada en los riesgos, de acuerdo con los criterios clínicos. Durante las fases de embarazo, parto y puerperio ⁽³⁾.

Si bien es cierto que la PPO ha evolucionado a lo largo de los años, incorporando nuevas ideas que han mejorado sus estándares técnicos y

de calidad -por ejemplo, en situaciones clínicas en las que el profesional que dirige tiene discreción para adaptar el contenido de cada sesión a las necesidades de cada usuario-, la OPC ha crecido en los últimos años sin cambiar su concepción actual, lo que sugiere que siempre es beneficioso que la embarazada reciba preparación, incluso en las últimas fases de su embarazo, mediante asesoramiento y formación que le ayuden a responder mejor la PPO ⁽³⁾.

Esto se debe a que, a partir de ese momento, recibirá asesoramiento y formación que mejorarán su capacidad de respuesta y de colaboración durante el parto. Así, la psicoprofilaxis obstétrica es una estrategia integral que considera la individualización de la atención a cada gestante. Consideraciones como los criterios clínicos, una estrategia basada en el riesgo, la ética y la humanización deben formar parte de cada evaluación. Además, la gestante tiene el derecho y el deber de vivir este momento de su vida reproductiva de forma más íntima y dedicada en relación con el hecho de ser madre, reconociendo que está viviendo simultáneamente las dos fases de su ciclo vital ⁽²²⁾.

Un embarazo sano, un parto seguro y un puerperio sin complicaciones forman parte de la salud materna, que también implica la prestación de servicios sanitarios excelentes. En cambio, la salud materna se ocupa de mejorar la atención a las madres y sus bebés durante los periodos prenatal, perinatal y posnatal. Este control tiene que ser exhaustivo, realizarse a intervalos regulares, precozmente y tener una amplia zona de cobertura. Además, la oferta de atención sanitaria de alta calidad para garantizar un embarazo, un parto y un puerperio desprovistos de variables complicantes es parte integrante de la salud materna, que incluye todas las facetas de la salud de la mujer durante todo el embarazo, incluido el puerperio ⁽²³⁾.

Además, somos conscientes de que el término "salud materna" se refiere al estado de salud de la mujer a lo largo de su embarazo, parto y puerperio. Dicho esto, también somos conscientes de que cada una de estas etapas debe ser una experiencia positiva que ofrezca el mayor

potencial posible para la salud y el bienestar tanto de la madre como de su hijo ⁽²⁴⁾.

Si bien es cierto que la Psicoprofilaxis Obstétrica se empleó en un principio para eliminar el dolor de parto, esta idea es errónea en la actualidad debido a que existe una base neurofisiológica para la presencia del dolor de parto. El objetivo de esta preparación educativa es que los acontecimientos desagradables que se produzcan no den lugar al desarrollo de la miseria. Por lo tanto, el desarrollo del autocontrol será posible mediante el uso de factores esenciales como la preparación teórica, el entrenamiento físico y la preparación psicológica ⁽²⁵⁾.

La psicoprofilaxis obstétrica no sólo ha crecido en importancia y satisfacción para los profesionales de la obstetricia desde su inicio, sino que también ha recibido un apoyo empírico significativo, demostrando su eficacia y su importante contribución a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. También es necesario discutir los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica, que ha sido un enfoque beneficioso desde sus inicios. Ambas son cuestiones importantes a tener en cuenta ⁽²⁵⁾.

A. VENTAJAS PARA LA PROPIA MADRE

- Se reducen los niveles de ansiedad, lo que facilita cultivar y mantener una disposición positiva.
- Una respuesta adecuada a las contracciones del útero, que puede incluir el uso de técnicas de relajación adecuadas, como la respiración profunda, el masaje y otras técnicas similares.
- Una mayor posibilidad de ser ingresada en el centro mientras la paciente está de parto, lo que puede ayudar a aumentar la duración de la fase de dilatación del proceso de parto.
- Antes de ser ingresada para la atención del parto, se hace todo lo posible para evitar que tenga que someterse a exámenes innecesarios o numerosos.
- La duración de la fase de dilatación es inferior al periodo medio ordinario de esta fase, que suele medirse en minutos.

- La tercera fase del parto se caracteriza por un periodo de tiempo más controlable.
- La cantidad total de tiempo dedicado al trabajo se reduce.
- Un esfuerzo más productivo por parte de la madre, sin perder de vista el objetivo y la importancia de su trabajo.
- Reducir la cantidad de medicamentos que utiliza habitualmente.
- Una disminución de la cantidad de analgésicos que decide tomar.
- Una mayor probabilidad de que se produzcan complicaciones obstétricas.
- Experimentará menos dolor y/o angustia si es capaz de hacer pleno uso de toda su potencia física, mantener el equilibrio mental y concentrarse adecuadamente para controlar la situación. Debido al hecho de que usted será consciente de cómo llevarlo a cabo.
- Tendrás muchas posibilidades de aprobar el examen final con nota si te aplicas a fondo.
- Podrás aprender a disfrutar más del embarazo y del parto, lo que mejorará tanto tu calidad de vida como tu perspectiva de todo el proceso.
- Podrás darte cuenta de que eres madre.
- Es más probable que puedas apreciar el compromiso de tu pareja, incluso cuando estés en el proceso de parto, lo que se sumará al estado emocional que estás experimentando.
- Una disminución del número de mujeres a las que se practica una cesárea.
- Una disminución del porcentaje total de partos que requieren asistencia médica.
- Una fase de recuperación más corta y de menor intensidad.
- Una preparación completa para la lactancia en su estado natural (25).

B. TODOS LOS BENEFICIOS PARA EL NIÑO

Los beneficios de la atención perinatal pueden desglosarse a su vez en tres fases, que son las siguientes:

a) Durante el periodo previo al parto:

- Se produce una mejora en la estimulación del entorno dentro del útero.
- Representación idealizada de una curva de desarrollo normal que se observa mientras el embrión está vivo.
- Se demuestra que hay una menor probabilidad de malestar fetal agudo o prolongado ⁽²⁵⁾.

b) Durante el periodo intra natal:

- Se distingue por un momento de expulsión a la vez más rápido y menos traumático.
- Hubo menos partos provocados por intervención médica.
- Los casos de indicios manifiestos de sufrimiento fetal grave son menos frecuentes en esta población ⁽²⁵⁾.

c) Durante el periodo postnatal:

- Se caracteriza por un aumento de la puntuación APGAR tanto al minuto como a los cinco minutos del inicio de la prueba.
- La presentación de anomalías neonatales, como apnea, disnea, displasia de cadera y bajo peso al nacer, es menos grave en estas circunstancias.
- Se ha mejorado la capacidad de amamantar.
- Aumenta la posibilidad de que la estimulación se produzca rápidamente ⁽²⁵⁾.

C. BENEFICIOS PERSONALES PARA LA FAMILIA

Es posible establecer una mayor paz familiar gracias a la participación activa del padre, lo que, a su vez, se traducirá en una reducción de los casos de violencia y abandono familiar ⁽²⁵⁾.

El campo de la obstetricia, por su parte, siempre ha considerado el parto como un fenómeno mecánico, e investiga los procesos implicados como una manifestación de la fisiología biológica. Por otro lado, esto no tiene en cuenta el papel vital de la mujer en el proceso del parto, que incluye tanto su implicación corporal como psicológica. Esto se debe a que el proceso del parto es psicosomático, lo que significa que la mujer lo siente tanto con la mente como con el cuerpo. Por lo tanto, el proceso

de preparar a una mujer embarazada emocional y físicamente para el momento del parto se denomina preparación psicofísica para el parto. El objetivo de esta preparación es maximizar los beneficios que obtienen tanto la madre como el bebé. Para llevar a cabo esta preparación, se educa a la embarazada, se establecen aprendizajes y se lleva a cabo la adaptación a una nueva condición intelectual, emotiva y física. Para ello, se utilizan enfoques adecuados que afectan a la facultad receptora de la corteza cerebral, creando así un control normal y generando actividad voluntaria ⁽²⁶⁾.

Es un proceso educativo en el que la embarazada aprende a crear hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud favorable hacia su bebé. Este procedimiento se convierte en una experiencia positiva y saludable para la madre embarazada, su bebé y su familia. Y lo que es más importante, ayuda a reducir las dificultades obstétricas pre y postnatales al preparar física y mentalmente a la embarazada para un parto sin miedos, lo que se correlaciona con menos problemas durante el parto.

Las instituciones sanitarias utilizarán la psicoprofilaxis obstétrica y la estimulación prenatal para ayudar a reducir la morbilidad materna y perinatal, al tiempo que desarrollan una atención excelente para las mujeres embarazadas y los recién nacidos. Esto se hará con el fin de llevar a cabo su propósito.

D. PARA SUS OBJETIVOS

a) Como objetivo general

Para tener un embarazo sano y seguro, es esencial normalizar las actividades de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Estas actividades deben realizarse en sesiones teórico-prácticas, con una visión multicultural y en el marco de los derechos. A través de la participación en estas actividades, podremos aumentar la probabilidad de un embarazo seguro y saludable ⁽²⁷⁾.

b) Objetivos específicos

- Los componentes teóricos y prácticos de los procesos de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal deben armonizarse.
- Determinar el contenido de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y de estimulación prenatal en función del entorno cultural en el que se vayan a impartir.
- Incorporar la participación activa del matrimonio, la familia y los miembros de la comunidad en la atención a la embarazada, con el objetivo de añadir calidad a estos procedimientos asistenciales.
- Incorporar la participación activa de la persona gestante.
- Proporcionar una descripción detallada de los protocolos que se utilizarán para supervisar y analizar las actividades ⁽²⁷⁾.

En el mundo actual, la psicoprofilaxis obstétrica es enseñada por obstetras especializados en el tema, individualmente o en grupo. El objetivo de esta formación es desarrollar la confianza de la embarazada en el profesional o equipo que la va a atender. La mujer cree que el parto es un hecho fisiológico, que las contracciones son necesarias para producir la dilatación y la inclusión del cuello uterino, y que cuanto más tranquila y sosegada esté durante todo el proceso del parto, mejor. Esto se debe a que un parto más fácil significa menos o ninguna necesidad de analgesia, y menos molestias para el bebé. La capacidad de la madre para permanecer tranquila, relajada y cooperar es un factor crucial para el éxito del proceso de parto. La futura madre también recibirá información sobre gestación, parto y posparto. Lo ideal es que estos debates se lleven a cabo con la ayuda de tecnología multimedia y películas. El objetivo de estos debates es crear una atmósfera propicia para la relajación y la seguridad en sí misma en relación con el proceso fisiológico del parto ⁽²⁸⁾.

2.2.2. BASES CIENTÍFICAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

A pesar de que la fisiología del parto y la fisiopatología del dolor se han investigado desde diversos ángulos, se ha comprobado que determinadas partes del cuerpo de la embarazada deben converger para

evitar el dolor. A continuación, se exponen algunos ejemplos de estos ámbitos:

El dominio cognitivo permite comprender los cambios que se producen en el cuerpo de la madre a lo largo de este tiempo de gestación, lo que a su vez permite detectar posibles problemas y facilitar una actuación rápida.

El ámbito psicológico: En el ámbito psicológico, contar con la dirección y motivación adecuadas será de gran ayuda en el proceso de borrar las nociones preconcebidas negativas que se relacionan con el estrés y la ansiedad de una experiencia desagradable ⁽²⁹⁾.

Es esencial contar con una base física sólida para garantizar que el cuerpo sea capaz de responder a la tarea con el menor esfuerzo posible. Por otro lado, los objetivos de la psicoprofilaxis obstétrica y de la estimulación prenatal son favorecer el desarrollo de tres aspectos que son los siguientes:

- Dimensión actitudinal y emocional: el aspecto mental y emocional está relacionado con el periodo del proceso de parto en el que existe una propensión a aceptar los cambios en el propio cuerpo, la sexualidad y la conexión con la pareja, así como la voluntad de ayudar al bebé a formar un vínculo afectivo dentro de un entorno de apoyo emocional ⁽²⁹⁾.
- Los factores conductuales incluyen aprender a gestionar las propias emociones y necesidades físicas durante el embarazo, el parto y el posparto. Como parte de este proceso, debe trabajar en el desarrollo de métodos para relajarse, afrontar los miedos y las molestias, y mejorar sus habilidades comunicativas e interpersonales ⁽²⁹⁾.
- Aspecto cognitivo: Se refiere al proceso del parto y sus efectos en el embarazo, el parto y el posparto. Se incluye aquí la difusión de datos relativos a la atención prenatal, la preparación para el parto, la atención neonatal, la recuperación posparto y los indicadores del trabajo de parto temprano ⁽²⁹⁾.

Aunque el objetivo original de la psicoprevención era aliviar el dolor del parto, las investigaciones modernas demuestran que también interviene en la prevención integral de todas las contingencias desfavorables que pueden ser factores de riesgo durante el embarazo, el parto y el puerperio, lo cual es bueno para el bebé y el feto. Por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la psicoprevención obstétrica ⁽²⁹⁾.

2.2.3 FUNDAMENTOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA, TANTO EN SUS TEORÍAS TEÓRICAS COMO EMPÍRICAS

Los métodos que se utilizaban en las Escuelas Tradicionales sirven de base para los procesos de preparación al parto que se utilizan en la actualidad que son los siguientes:

1. La lectura que Grantly Dick hizo del currículo inglés.
2. La escuela de pensamiento que se originó en la Unión Soviética formada por Platonov, Velvovsky y Nicolaiev.
3. De la escuela francesa fue alumno Fernand Lamaze.
4. Personas que formaron parte de la Escuela Ecléctica, entre ellos Gavensky, Frederick Levoyer, y más individuos ⁽³⁰⁾.

1. ESCUELA INGLESA: GRANTHY DICK READ

Este ensayo, que se publicó por primera vez en 1933, detalla las ideas del autor sobre la entrega natural. La autora acabaría titulado la obra "Parto sin miedo" tras su publicación.

La idea de que "el miedo es el principal agente productor de dolor en el parto normal" es una hipótesis que ha sido explorada.

Identificó dos tipos distintos de dolor que sienten las mujeres durante el parto, cada uno de los cuales debe tratarse de manera diferente, ya que está causado por un factor distinto y exige una estrategia diferente ⁽³¹⁾.

El primero se considera el dolor básico o genuino, y es el resultado de las irregularidades dinámicas que se producen a lo largo del parto.

El segundo es consecuencia del terror, que da lugar a tensión y, como resultado, a dolor, ambos evitables. La aparición de este tipo de terror es extremadamente frecuente ⁽³¹⁾.

Así definió el síndrome (miedo, tensión y dolor). Según él, cuando tenemos miedo, nuestros músculos y nuestro cerebro se tensan, lo que a su vez disminuye nuestro umbral de percepción del dolor, facilitando la percepción de los estímulos dolorosos y dificultando la distinción entre los incómodos. En consecuencia, la sensación desagradable se amplifica, lo que a su vez aumenta la ansiedad, que a su vez aumenta la tensión, lo que cierra el círculo vicioso, intensificando la agonía. ⁽³⁰⁾. Así como el hecho de que la falta de valoración de las actividades gimnásticas lo pone de manifiesto y sirve de advertencia contra el entrenamiento muscular ⁽³¹⁾.

Su historia sugiere que Grantly Dick Read (1890-1959) es la persona que se considera el auténtico progenitor de la psicoprofilaxis obstétrica. En los barrios bajos de Londres, donde trabajó como médico, Gavensky lo caracterizó como un introvertido que también era un minucioso observador de la naturaleza. Un suceso que tuvo lugar en la barriada londinense de Whitechapel Road, que Read tuvo la oportunidad de presenciar, le causó una profunda impresión. Se le ocurrió que una señora acababa de dar a luz sin experimentar dolor alguno, y no tenía ni idea de que el parto podía ser difícil. A raíz de ello, Read empezó a ver que las mujeres que estaban en estado de angustia se quejaban de una cantidad considerable de dolor, mientras que las que estaban tranquilas no parecían demostrar que sintieran ninguna cantidad significativa. Su demostración de que las campesinas belgas y francesas daban a luz sin sufrir ningún dolor se produjo durante la guerra de 1914. También demostró este fenómeno. Llegó a la conclusión de que las mujeres que estaban tranquilas durante el parto parecían sentir menos dolor que las que no lo estaban. Además, fue en el año 1917 cuando fue expuesto por primera vez a la práctica del yoga por un oficial hindú ⁽³²⁾.

Esto le dejó con una mayor apertura espiritual, lo que le llevó a pasar, en un momento en que la obstetricia estaba cambiando rápidamente, de una práctica casera, que a menudo era visitada por comadronas, a un tratamiento médico más especializado. Este cambio se produjo en un periodo en el que la obstetricia crecía rápidamente ⁽³²⁾.

Dentro de la tríada "miedo, temor, tensión y dolor", Read aportó pruebas de la existencia de un bucle vicioso. Según este bucle, el miedo sería la fuente inicial de sufrimiento durante el parto, y la única forma de que la mujer se librara de él sería mediante una preparación previa y una asistencia adecuada tanto desde el punto de vista psicológico como técnico. Además, Read presentó datos que demostraban la presencia de un bucle vicioso dentro de la tríada "miedo, temor, tensión y dolor". Read no tuvo mucho éxito al principio y se encontró con la hostilidad de sus propios colegas británicos. Por ello, tras la conclusión de la Segunda Guerra Mundial, Read se trasladó a Sudáfrica con la intención de relanzar sus ideas y organizar allí sus actividades profesionales. Sin embargo, también allí encontró resistencia, y finalmente tomó la decisión de regresar a Inglaterra ⁽³²⁾.

Read simplificó el procedimiento en los años siguientes, lo que hizo que aumentaran las posibilidades de que se utilizara de forma sistemática. En 1933, el Dr. Read publicó su libro "Natural Childbirth" (Parto natural) y, en 1942, "Childbirth without Fear" (Parto sin miedo), ambos considerados las raíces de la psicoprofilaxis obstétrica actual. A pesar de ello, Read no obtuvo la aclamación de sus colegas, y finalmente decidió fijar su residencia en Johannesburgo, que se encuentra en Sudáfrica. A pesar de ello, ideó una estrategia que incorpora un triángulo, a veces conocido como círculo vicioso, en el que el miedo funciona como el ángulo que promueve el plan. A su vez, el miedo da origen a la tensión, y ésta, a su vez, se manifiesta naturalmente en forma de dolor para quien la experimenta. Como consecuencia de ello, el miedo se genera en una situación que históricamente hemos vinculado con la experiencia del dolor o el peligro. ⁽³²⁾

A. Bases teóricas que fundamentan la escuela inglesa

- Esta es la raíz de todo dolor.
- Hay tensión en las fibras musculares que componen la pared uterina.
- Es un estado de los propios sentimientos y emociones
- Síndrome caracterizado por ansiedad, tensión y malestar. ⁽³³⁾

Esta institución de enseñanza superior creía que la preparación de una embarazada debía basarse en los cuatro elementos siguientes:

1. Una educación.
2. Una respiración adecuada es la clave.
3. La relajación es el objetivo.
4. Gimnasia. ⁽²²⁾

1. Conllevar a la educación:

Es el más significativo, ya que se centra en la educación sobre el embarazo y el parto. Aquí se ofrece el material básico, aunque se ha modificado para incluir datos científicos. Para ello se utilizan imágenes, diagramas y otros recursos comparables. Se tratan los siguientes temas: fecundación, menstruación, útero, embarazo, desarrollo, embrión, parto, la causa del dolor en el parto normal, síndrome, miedo, tensión y dolor, y una tabla de correlación psicofísica, que representa una secuencia de acontecimientos psíquicos y físicos que requieren conocimientos previos ⁽³⁴⁾.

2. La forma correcta de respiración:

- Satisface las necesidades tanto de la madre como del feto, lo que contribuye a una mejora general del estado durante el embarazo materno.
- En el curso del parto, mejora la oxigenación de la sangre que se produce durante las contracciones del útero.
- Durante el proceso de expulsión, mantiene el útero en buen estado y garantiza que el bebé continúe en un entorno saludable.
- Hay muchos tipos de respiración que destacan en este sentido ⁽³⁵⁾.

Ante ello sobresale los tipos de respiración:

a) Realizar varias respiraciones, tanto profundas como lentas

- Para conseguir la mayor expansión posible del tórax, se recomienda respirar lenta y profundamente por la nariz.
- Haga un poco de presión en el extremo de la boca mientras permite que el aire salga por la boca.
- Con esta frecuencia se realizan de 17 a 18 repeticiones simultáneamente ⁽³⁵⁾.

b) Inspiración rápida y poco profunda

- Para obtener el mejor resultado posible, debe realizarse en el mismo momento que la contracción que significa la finalización de la primera fase del parto.
- Su frecuencia es de 25 veces en el transcurso de un minuto ⁽³⁵⁾.

c) Respiración entrecortada

- Elimina la necesidad de ejercer fuerza para ayudar a la evacuación progresiva de la cabeza.
- Para evitar desgarros en el perineo.
- La boca se abre un poco durante toda la ejecución.
- La frecuencia es de cincuenta y cinco a cuarenta veces por minuto ⁽³⁵⁾.

d) Respiración contenida o restringida

- Se utiliza en la tercera y última fase del parto.
- En el transcurso de la contracción, se inspira profundamente y se mantiene la respiración durante aproximadamente un minuto y quince segundos ⁽³⁵⁾.

3. Relajación:

- Se trata de una condición en la que el tono muscular total del cuerpo disminuye hasta el grado más bajo que se pueda alcanzar.
- Generalmente se acepta que la sensación de actividad uterina durante el parto es el significado exacto del término, que es movimiento muscular que no incluye ninguna experiencia de dolor ⁽³⁵⁾.

4. Realización de acrobacia y gimnasia:

- Se considera un apoyo que no debe exagerarse ni enfatizarse en modo alguno.
- Se trata de mejorar ampliamente el nivel de forma física.
- Aumenta la flexibilidad de las articulaciones pélvicas y de los músculos en general.
- Mientras se ejecutan los ejercicios, es esencial moverse con suavidad y concentrarse en la respiración ⁽³⁵⁾.

Todos los beneficios siguientes están asociados al método Read:

- El resultado es una disminución tanto de la ansiedad como del pánico.
- Se produce un alivio del dolor.
- Se produce una disminución de la dependencia de los fármacos, aunque no se excluye totalmente que pueda producirse un consumo continuado de fármacos.
- Una disminución del número total de intervenciones quirúrgicas realizadas.
- En menos tiempo.
- Esto se traduce en una reducción de la cantidad de sangre que se pierde durante el parto ⁽³⁰⁾.

Describe cómo la tensión retenida en un músculo puede llegar a ser dolorosa, lo que se conoce como calambre. También describe cómo si esta tensión es involuntaria e incontrolada, y si se teme su continuación, es probable que el temor que existía previamente progrese y se haga más intenso con el tiempo. En consecuencia, Read ofrece una explicación de los cambios que se producen en la mujer al inicio del parto y, a partir de ellos, intenta superar los efectos adversos, para lo cual especifica los componentes ⁽³⁰⁾.

B. El miedo al a dar a luz:

- Es una forma de pensar que está constantemente presente entre las mujeres que esperan un hijo.
- La preocupación de que su hijo pueda nacer con deformidades o problemas, así como la posibilidad de soportar dolor y sangre durante todo el proceso del parto.
- Uno de los enfoques que podrían utilizarse para deshacerse de esta necesidad es mediante el uso de la educación ⁽³⁰⁾.

Sin embargo, la conclusión de que el dolor y el estrés psicofísico no son los únicos factores que generan cansancio, sino que también repercuten negativamente en el curso fisiológico del parto. Además, hay que optar por prescindir de los factores que conducen al cansancio mental y físico.

En términos relativos, una mujer tranquila tiene un cuello uterino relajado, mientras que una mujer nerviosa tiene un cuello uterino tenso, como afirma finalmente Read ⁽³⁰⁾.

2. PLATANOV, VELVOVSKY Y NICOLAIEV REPRESENTABAN A LA ESCUELA SOVIÉTICA.

La idea que subyace es que el parto y el alumbramiento son procesos fisiológicos en los que la sensación de dolor no es intrínseca y puede hacerse que desaparezca empleando la palabra como estímulo condicionante a lo largo del proceso de parto y alumbramiento. Esta es la base de la teoría ⁽³⁶⁾.

A. Enfoque Psicoprofiláctico

La hipótesis de la actividad nerviosa superior, presentada por el fisiólogo ruso Ivan Pavlov, sirve de fundamento a esta teoría. En lo que respecta al parto, esta teoría se fundamenta en lo siguiente:

- El miedo, el agotamiento y la falta de experiencia con los procesos típicos del parto, ya que estos factores crean un vacío que facilita que las sensaciones procedentes del útero entren en el cerebro sin problemas.
- La asociación condicionada entre el dolor y el parto, que es resultado del hecho de que está relacionado con películas, literatura, mitos y otras cosas que entrenan a la gente a identificarse con él ⁽³⁶⁾.

B. Una combinación de fundamentos Teóricos y Prácticos

- Además, el desarrollo de reflejos instintivos, así como de reflejos condicionados o enseñados, demostró la importancia de la corteza cerebral en el proceso de elaboración de la sensación dolorosa. Esto quedó demostrado por la actividad nerviosa superior ⁽³⁶⁾.
- Los reflejos absolutos o incondicionados son vínculos persistentes entre un estímulo y una respuesta conocida del organismo. Estos reflejos se desarrollan a nivel de la médula, el bulbo u otras áreas subcorticales. Los reflejos absolutos también se conocen como reflejos incondicionados. Los reflejos condicionados, en cambio, son los que conectan o vinculan sensaciones externas con la

reacción del organismo, que se desarrolla a nivel cerebral. Esto contrasta con los reflejos normales. Los reflejos absolutos se denominan a veces reflejos incondicionados debido a que no se ven afectados por el condicionamiento ⁽³⁶⁾.

- Existe la creencia generalizada de que el "dolor de parto" es un fenómeno que afecta a un gran número de personas debido al importante papel que desempeñan las emociones, los factores culturales y los factores sociales en las sensaciones que se experimentan durante el parto. La mayoría de los individuos sienten estas sensaciones de un modo bastante similar entre sí, lo que explica este hecho ⁽³⁶⁾.
- Toda la cultura, incluidos sus principios, artes y literatura, tiene que contribuir al cambio de cómo una mujer experimenta el parto y cómo actúa cuando está dando a luz ⁽³⁶⁾.
- Dado que la palabra es un estímulo condicionante tan real, tiene la capacidad de modificar la actividad neuronal, bloqueando así a nivel de la corteza cerebral el dolor de origen periférico y visceral. Esto permite crear en la mujer un reflejo condicionado positivo e independiente de la experiencia personal. El lenguaje es un instrumento que puede utilizarse como medio de tratamiento tanto fisiológico como terapéutico ⁽³⁶⁾.

Entre los conceptos más significativos están:

- El fundamento conceptual básico sobre el que se construyó el sistema educativo ruso se basaba en la noción de reflejo condicionado.
- Una reacción condicionada susceptible de condicionamiento es la sensación de dolor que se experimenta durante el proceso del parto.

C. Técnicas y procesos específicos

- Esta escuela de pensamiento se adhiere a los conceptos de que un aumento de la actividad de los procesos de inducción positiva de la corteza cerebral, una elevación de su tono y una estimulación suave son suficientes para lograr los resultados deseados.

- También se incluyen instrucciones de empuje, así como técnicas de masaje y respiración.
- Uno de los efectos más importantes es la reeducación de la parturienta, además del máximo grado posible de corticalización del proceso de parto.

D. Acercamientos a la sociedad

- Entre ellos se encuentran los programas educativos que pretenden eliminar la idea de que dar a luz es un proceso peligroso y doloroso.
- Es esencial que los medios de comunicación colaboren para difundir el mensaje de que pasar por el proceso de dar a luz es una ocasión feliz.

E. Protección de la salud pública

- Es de suma importancia tener preparada la atmósfera del hospital, que debe incluir suficiente iluminación, ropa de cama, una gama de colores y otros elementos similares.
- En el proceso de preparación del personal del hospital, se recomienda abstenerse de hablar de los dolores de parto y referirse a ellos como contracciones uterinas ⁽³⁶⁾.

A continuación, se describen las técnicas de la Escuela Soviética para el abordaje psicoprofiláctico. En el proceso de preparación, los siguientes son algunos de los principios rectores que se utilizaron:

- a) Es esencial someterse a pruebas prenatales de forma regular para identificar cualquier posible anomalía lo antes posible, de modo que no interrumpan la progresión normal del parto. Sin embargo, no es necesario que este acto vaya acompañado de sufrimiento corporal para que se considere un acto fisiológico ⁽³⁶⁾.
- b) La construcción de una nueva actitud por parte de la gestante ante el parto debe considerarse un acto fisiológico.
- c) El alivio de las ansiedades mediante la revelación de detalles sobre el mecanismo del parto, de forma que la gestante sea consciente de que estos detalles serán observados de forma fiable y no crearán shock en la mujer.

- d) La analgesia se administra de acuerdo con las instrucciones proporcionadas ⁽³⁶⁾.

Por otra parte, la preparación comienza treinta y dos semanas antes del parto, y el curso propiamente dicho se divide en seis sesiones. Por último, la preparación finaliza catorce días antes de la fecha de impartición. Esto se hace para dejar espacio a la posibilidad de añadir más sesiones al programa. Después de cada sesión, se lleva a cabo una observación médica particular de cada embarazada y, a continuación, se procede a la preparación de tal forma que exista un vínculo entre ambos sucesos. Esto se hace con el fin de cumplir los requisitos del programa ⁽³⁶⁾.

3. ESCUELA FRANCESA: FERNAND LAMAZE (EL MÉTODO DEL PARTO INDOLORO)

Tras una investigación de los puntos de vista de Read, Velvovsky, Nicolaiev y Platonov, Fernand Lamaze y el Dr. Pierre Vellay llegaron a la conclusión de que estas escuelas de pensamiento no eran incompatibles entre sí. A raíz de ello, propusieron la idea de una forma indolora de dar a luz, pero no aportaron ninguna idea teológica al proceso. Esto demuestra el objetivo de esta escuela de hacer hincapié en el papel del padre y en la relación que existe entre la madre, el padre y el niño. ⁽²²⁾

La existencia de la respiración indolora es la hipótesis o proposición ⁽³⁵⁾.

Fue en el año 1952 cuando la escuela francesa empezó a crecer, como se recoge en su historia. Fernand Lamaze, médico francés, fue el principal representante de la organización. En 1951 llegó a Rusia para inspeccionar el servicio del profesor Nicolaiev en el lado ucraniano de la frontera. Quedó bastante complacido por la compostura con la que hablaban las señoras que habían sido preparadas psicoprofilácticamente y, a raíz de ello, decidió escribir un libro en el que documentaba las legendarias visitas con una frase que desde entonces se ha hecho famosa: "Debo olvidar treinta años de experiencia obstétrica y empezar..." ⁽³⁵⁾.

En una pequeña maternidad de París, conocida como la maternidad de la Policlínica Metalúrgica "Pierre Rouqués", fue donde empezó a aplicar el enfoque una vez hubo regresado a Francia. Pasó allí un año entero, desde el personal de limpieza hasta los médicos y matronas, formándolos a todos en sus respectivos campos. Además, en ese periodo colaboró con el Dr. Pierre Vellay para elaborar su primer libro sobre obstetricia y partería. El método soviético fue establecido por primera vez por Lamaze en Francia. Fue desde este país desde donde la psicoprofilaxis obstétrica se expandió a Europa Occidental y América Latina. El método de Lamaze se utilizó como técnica de parto indoloro, con ajustes realizados sobre todo en la metodología respiratoria. Como consecuencia directa de la publicación por parte de Pierre Vellay de su primer trabajo, titulado "Parto sin dolor por el método de la psicoprofilaxis", Lamaze logró llevar el enfoque soviético a la población francesa ⁽³⁵⁾.

En este punto, se establecen tanto las bases teóricas como las prácticas

- Las nociones son las mismas que las que utiliza la escuela rusa, es decir, cultivar una potente concentración mental capaz de bloquear las sensaciones que desencadenan las contracciones uterinas.
- Se recomienda emplear una respiración acelerada en lugar de profunda para limitar los movimientos del diafragma. Esto ayuda a reducir la cantidad de presión que se ejerce sobre todo el fondo uterino, al tiempo que garantiza que se mantenga una oxigenación suficiente. Se realiza para lograr el objetivo de garantizar que se mantenga una oxigenación suficiente.
- Se aumenta la capacidad de relajar los músculos, lo que se traducirá en un mayor conocimiento del funcionamiento de los músculos y en la capacidad de guiar sus movimientos de acuerdo con ese conocimiento.
- Es esencial que el cónyuge participe en el proceso, no sólo en la preparación teórica y práctica, sino también durante la transmisión real de la información.

- Es práctica común combinar la preparación teórica y práctica en el mismo proceso ⁽³⁵⁾.

La metodología consiste en:

- Se recomienda que los alumnos completen siete clases; estas clases deben incluir tanto teoría como práctica.
- Es importante respirar profundamente y mantener un patrón respiratorio constante antes de que la dilatación alcance los 5 centímetros.
- Tras una dilatación de cinco centímetros y continuando más allá de ese punto, se utilizan respiraciones rápidas y poco profundas, y también se realiza un suave masaje de la piel en la zona hipogástrica.
- Se realizan ejercicios que se concentran en controlar los músculos y descansarlos. En las sesiones de relajación muscular se pueden incluir hasta doce recorridos distintos.
- Hasta un máximo de cinco milímetros, el paciente puede moverse con mayor libertad y participar en actividades como juegos, trabajos físicos y otras actividades similares.
- El paciente recibe información nueva de forma constante.
- A partir de la primera sesión, las alumnas se dividen en grupos de 10 a 12 mujeres para recibir las conferencias.
- Hay una conferencia de introducción para los maridos al inicio del seminario, y después hay siete conferencias dirigidas exclusivamente a las gestantes ⁽³⁵⁾.

Las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica se llevan a cabo según la técnica francesa:

- En la primera sesión se habla del proceso de fecundación y de los cambios fisiológicos que se producen a lo largo de los tres primeros meses de embarazo.
- El crecimiento del feto es el tema principal de la segunda sesión, que tiene lugar entre el cuarto mes de embarazo y el momento en que se interrumpe la gestación.

- La noción de reflexología pavloviana se aborda en la tercera sesión, que es también la última. Esta sesión abarca tanto las respuestas incondicionadas como las condicionadas.
- La cuarta sesión se centrará en la importancia de la respiración y su relación con el embarazo y el parto. Además, la sesión tratará las ventajas del oxígeno tanto para la madre como para el niño, así como los ejercicios que pueden realizarse para ambos tipos de respiración.
- En la quinta sesión se tratarán técnicas de relajación e instrucciones sobre la función neuromuscular. Se recomienda encarecidamente a la mujer embarazada que realice estos métodos durante un total de cinco minutos, cuatro veces al día y durante un total de cuatro horas.
- La fisiología del parto, las contracciones uterinas, los cambios en el cuello uterino, la dilatación y el comportamiento de la constante durante este tiempo son algunos de los temas que se tratan en la sexta sesión.
- En la séptima sesión, es necesario mantener la respiración bajo control durante la expulsión ⁽³⁵⁾.

4. Entre los miembros de la Escuela Ecléctica se encuentran Frederick Leboyer y Ricardo Gavensky.

Vista en un contexto más amplio, esta escuela se define por su preferencia por el momento ideal para el primer encuentro del padre, la madre y el niño, así como por su enfoque en un nacimiento libre de dolor y conflicto.

Es la escuela ecléctica la que elige los componentes de cada escuela o pensamiento que son más útiles para el bebé y se centra en esas cualidades. Gracias a ello, la escuela ecléctica es capaz de establecer las circunstancias ideales para un parto sano, visto desde el punto de vista del bebé, así como un parto indoloro y sin experiencias violentas. Según la escuela ecléctica, los objetivos que deben alcanzarse en un plazo determinado son los siguientes:

- Esto garantiza que la madre que recibe cuidados prenatales esté adecuadamente preparada para el parto de su hijo.
- Para prestar una atención obstétrica de alta calidad, deben cumplirse los siguientes criterios ambientales: personas que hayan recibido la formación adecuada; una sala de partos que sea apropiada; iluminación indirecta; un fondo musical que sea tranquilo; un lenguaje que sea suave; la eliminación de ruidos instrumentales indeseables; y un entorno cálido para el bebé.
- Antes de cortar el cordón umbilical, hay que poner al bebé en una palangana con agua caliente lo antes posible después del parto. Esto debe hacerse para obtener el mejor resultado posible.
- Es importante asegurarse de que la relación entre el padre, la madre y el niño tiene lugar en el periodo más adecuado.

La inclusión de la psicoprofilaxis en Perú puede remontarse a este entorno institucional concreto. Al hacerlo, adquiere una perspectiva más integral, que le permite establecer conexiones con otras áreas de la medicina. Además, hace hincapié en los componentes de teorías y prácticos de los procedimientos, describe su metodología e incorpora principios de la psicología, la psiquiatría y la hipnosis ⁽³⁴⁾.

"En "Parto sin dolor - Parto sin violencia" se concentra en el bebé y profundiza en las variables que deben estar presentes para un parto exitoso desde la perspectiva del niño.

Se atribuye a un médico argentino llamado Ricardo V. Gavensky ser el fundador de lo que hoy se conoce como la escuela sudamericana. Las prácticas de enseñanza de las escuelas rusas, inglesas y francesas fueron los principales factores que llevaron a la incorporación de la psicoprofilaxis en sus sistemas educativos en Perú.

Al combinar sus ideas con las de otras subespecialidades médicas, adopta un enfoque más holístico de la psicoprofilaxis, que incluye un abordaje más integral.

- Hace una distinción entre el valor de las partes teóricas de los procesos y el valor de los aspectos prácticos de los procesos.
- Describe en su totalidad los procedimientos que se llevaron a cabo.

- Proporciona información no sólo sobre hipnoterapia y psicopatología, sino también sobre ideas aplicables a la psicología (30).

La importancia de los componentes prácticos que se han incluido en la metodología de la Escuela Ecléctica:

- La contracción y el desarrollo de los reflejos condicionados favorablemente son los dos componentes de la fase de parto del método ruso.
- El miedo, luego la tensión y finalmente el dolor son las tres etapas que componen el método inglés.
- La escuela francesa de respiración y jadeo con la lengua francesa
- Errores cometidos por las personas responsables de la preparación, entre los que se incluyen los siguientes:
 - Personas que desafían los requisitos para llevar a cabo la preparación.
 - La falta de conocimiento de la historia y los antecedentes de la embarazada es un problema.
 - La preparación ha sido insuficiente o inadecuada.
 - Ha transcurrido un tiempo excesivo desde la última lección y la impartición de la misma.
 - No existe conexión alguna entre las clases teóricas y prácticas que se están impartiendo (30).
- Desconfianza en el planteamiento de la embarazada:
 - Una posible explicación de la asistencia errática de la embarazada es que no tiene suficiente fe en sus propias capacidades.
 - La inestabilidad emocional es un problema.
 - La falta de un complemento adecuado a su contraparte.
 - El momento de la preparación no fue lo suficientemente preciso.
 - La falta de algo en su entorno que pueda servirle como fuente de motivación (30).

Recomendaciones en el caso de que alguna vez nos presentemos al Servicio de Psicoprofilaxis por nuestras funciones o vocaciones de turno:

- Tomarse el tiempo necesario para familiarizarse con el calendario, así como con los objetivos de cada sesión.
- Antes de comenzar la sesión, dedicaremos cinco minutos a reflexionar sobre los objetivos que nos hemos fijado individualmente.
- Echa un vistazo a los miembros del grupo para determinar cuál es la dinámica más predominante.
- Es fundamental prestar mucha atención a las necesidades propias de cada practicante en particular ⁽³⁰⁾.

2.2.4. PSICOPROFILAXIS EN EL PERÚ

Lucio Castro Medina fue un médico peruano que se desempeñó como profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Marcos (1960). También fue profesor de fisiología humana, farmacología obstétrica y psicoprofilaxis obstétrica. Además de su labor como investigador en el área de la medicina psicosomática, es conocido por haber realizado varias publicaciones, una de las cuales se titula Educación Maternológica. Debido a que su contenido y estilo fueron desarrollados no sólo para los expertos en el área, sino también para el conocimiento y la cultura de las mujeres embarazadas con el fin de cumplir la misión, este libro fue considerado pionero en su época ⁽³⁵⁾.

Dentro de las páginas de este libro, ofrece un análisis exhaustivo de sus perspectivas médicas e históricas sobre la medicina psicosomática en lo que respecta a la obstetricia. Además de hacer referencia a las numerosas nociones del dolor en general y del parto en particular, analiza la idea de los reflejos condicionados como medio de prevenir las complicaciones obstétricas a través de la educación y la formación. Su estudio ofrece una comprensión de la medicina psicosomática en su relación con la obstetricia desde una perspectiva tanto médica como histórica ⁽³⁵⁾.

Fue convocado a EMES en el año 1966. La FAO. Durante su permanencia en el Equipo Médico de Estudios en Psicoprofilaxis y Analgesia Obstétrica, tuvo la oportunidad de desarrollar el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica en la Universidad Mayor de San Marcos ⁽³⁵⁾. Durante este tiempo, también fue autor de las siguientes obras:

- En 1949 se publicó Psicoprofilaxis. Un comentario sobre los intentos fallidos de dar a luz bajo la influencia de la hipnosis.
- El uso de la medicina psicosomática a la obstetricia comenzó en el año 1958.
- La respiración y la circulación fetal se estudiaron en 1962.
- En 1976, tanto los indígenas como la raza selvática de Perú tuvieron partos.
- No fue hasta 1981 que la medicina psicosomática se utilizó en obstetricia para que el parto fuera indoloro.
- En 1981 se publicó Obstetrics in Ancient Perú. Un folklore de la medicina ⁽³⁵⁾.

Postulados: Se relaciona con pensamientos sobre el dolor en general y el parto en particular; sobre las principales reacciones condicionadas para evitar con sencillez los problemas que pueden desarrollarse al finalizar el proceso del parto ⁽³⁵⁾.

Los componentes del enfoque incluyen:

- Durante las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, es importante hacer un esfuerzo de concienciación de la mujer para que esté mejor preparada para el proceso del parto natural y su desarrollo con placer, en lugar de angustia, desesperación y tristeza.
- Además de centrarse en la anatomía y la fisiología del aparato genital femenino, también aborda temas como el parto, el puerperio, la lactancia, la higiene, la puericultura, la dietética, la psicología y la logoterapia básica de la embarazada.
- El uso de métodos físicos, como la kinesiología obstétrica y la reflexología, se incluye en el tratamiento.

- Durante las ocho sesiones del curso, las futuras madres tendrán la oportunidad de calmarse y resolver cualquier preocupación o incertidumbre que puedan tener en torno al parto de su hijo.
- Para aliviar el dolor que se experimenta durante la fase de expulsión, se enseñan métodos de respiración y relajación. El objetivo de estas técnicas es producir una respiración entrecortada ⁽³⁵⁾.

Establecimientos educativos actuales en el país de Perú:

Según la Resolución Ministerial 361-2011- MINSA, que fue publicada el 6 de mayo de 2011, por el Ministerio de Salud, que ha autorizado la "Guía Técnica de Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal", esta Guía, respecto a la Psicoprofilaxis obstétrica, ha establecido, entre otros, lo siguiente:

Requisitos que son fundamentales

- a. Recursos humanos: Estas actividades de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal son realizadas por un médico obstetra o profesional de la salud obstetra; sin embargo, en los establecimientos del FONB y FONI se requieren profesionales obstetras/obstetras de tiempo completo para cada una de las dos áreas: Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, quienes a su vez brindarán atención diferenciada a las adolescentes; sin embargo, en los establecimientos del FONB, los profesionales obstetras/obstetras de tiempo completo ⁽³⁵⁾.
- b. Infraestructura: Cuando se trata de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, las instituciones del FONP pueden alterar sus espacios con base en su infraestructura. De esta forma se preserva la comodidad y privacidad de las usuarias y sus familiares durante todo el procedimiento.

Explicación detallada de los procesos involucrados

El objetivo del programa es educar física, mental y socialmente a la mujer embarazada a través de actividades educativas para que cuente con la información y actitudes necesarias para participar con éxito y seguridad durante el embarazo, parto, puerperio y lactancia. Esto

permitirá diseñar sesiones organizadas de gimnasia obstétrica en función de los factores de riesgo ⁽³⁵⁾.

De acuerdo con el siguiente planteamiento, la organización opera:

- Una obstetra u obstetra profesional que puede identificarse por su uniforme, que consta de un pantalón de vestir color cereza, un polo blanco y valeriana o zapatillas.
- Es importante determinar si la embarazada ha ingerido algo en la última hora y media.
- Para realizar una psicoprofilaxis obstétrica, es necesario disponer del equipo adecuado que tenga en cuenta los requisitos de las distintas culturas.
- Las sesiones pueden realizarse de forma individual o en grupos de hasta 10 personas a la vez.
- Hasta que se haya completado con éxito un total de al menos seis sesiones, se seguirán realizando sesiones semanales.
- Aunque no es obligatorio, se recomienda encarecidamente que las sesiones se organicen de forma consecutiva y sin interrupción.
- Los cursos a los que no pueda asistir deberán reprogramarse, si es posible, y deberá solicitarlo.
- Se recomienda encarecidamente a las mujeres embarazadas que estén en el tercer trimestre que asistan al menos a tres de las clases disponibles.
- A lo largo de la clase se tratarán los aspectos teóricos y prácticos del ejercicio, incluida la gimnasia obstétrica.
- Las clínicas prenatales comenzarán a solicitar la participación de las embarazadas a partir de la semana 20 de gestación para llevar a cabo el proyecto de investigación.
- A la hora de seleccionar los grupos que serán objeto de la investigación, se tendrán en cuenta en primer lugar los antecedentes o factores de riesgo relevantes.
- Además de recibir más asistencia y controles, cada embarazada recibirá una tarjeta que le servirá de identificación.

- La evaluación de los resultados, que valorará objetivamente las ventajas y el impacto de la actividad, se registrará mediante un formulario de seguimiento postnatal. Este formulario se utilizará para registrar la evaluación.
- Las sesiones de psicoprofilaxis y de estimulación prenatal se llevarán a cabo el mismo día, prestando especial atención a la forma en que se presenta el enfoque de cada una de las actividades ⁽³⁵⁾.

En el siguiente esquema se ofrece información detallada sobre las sesiones:

- Durante la primera sesión, se abordarán los cambios que se producen durante el embarazo, así como los posibles riesgos que puede conllevar.
- La segunda sesión se centrará en el autocuidado y los cuidados prenatales.
- La tercera sesión se centrará en el posparto y el recién nacido.
- La cuarta sesión se centrará en los encuentros iniciales y la atención al parto.
- La fisiología del parto se abordará en la quinta sesión.
- Uno de los temas que se tratarán en la sexta sesión es la identificación de los distintos hábitats ⁽³⁵⁾.

El desarrollo formal de la psicoprofilaxis en el Perú se inició en 1995, con la emisión de las Normas Técnicas Administrativas para la atención integral de la salud materna y perinatal por parte del Ministerio de Salud (MINSA). Esto marcó el inicio del procedimiento. En esta época se reconoció oficialmente la enseñanza de la psicoprofilaxis como una actividad asistencial para la gestante, asumiendo el obstetra el deber de implementarla ⁽³⁶⁾.

El primer Congreso Internacional de PPO fue organizado en mayo de 1996 por la Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPPO). Más de quinientos expertos participaron en este evento, donde compartieron conocimientos e ideas sobre el crecimiento de la OPP en Perú y América Latina. La Sociedad Americana de Obstetras y

Ginecólogos (ASPPO) creó en 1997 el primer manual técnico para la capacitación de obstetras a nivel nacional. El objetivo principal de la guía era garantizar que todos los establecimientos de salud pudieran brindar atención integral a las pacientes embarazadas ⁽³⁶⁾.

En 1998, la Sociedad Americana de Obstetras y Ginecólogos (ASPPO) elaboró el primer manual de OPP con el propósito de difundir y proporcionar un recurso de conocimientos a los médicos obstetras. En consecuencia, a lo largo del tiempo se ha ido estableciendo una serie de actividades por las que tanto las clínicas públicas como las privadas han integrado la psicoprofilaxis obstétrica en la atención general que prestan a las embarazadas. Este acontecimiento ha marcado el inicio de una nueva época para la psicoprofilaxis obstétrica, así como para el bienestar de las mujeres y sus recién nacidos en el Perú ⁽³⁷⁾.

Según el MINSA, a continuación, se presenta un resumen del concepto y sus consecuencias en el campo de la psicoprofilaxis obstétrica.

La psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo que tiene como objetivo preparar física y mentalmente a la gestante para el embarazo, parto y puerperio. Ayuda a las mujeres a desarrollar hábitos saludables, actitudes positivas y una experiencia gozosa a lo largo de todo el proceso, incluidos los cuidados del feto y el recién nacido ⁽³⁶⁾, el objetivo principal de la psicoprofilaxis es proporcionar una preparación integral para los aspectos fisiológicos, mentales y sociales del embarazo.

Dado que prepara psicológicamente a la gestante, la psicoprofilaxis obstétrica es de suma importancia. Esto se debe a que evita que la futura madre se vuelva mentalmente inestable como consecuencia del estrés, la preocupación o la falta de conocimiento o conciencia de las numerosas fases del parto. Existe la posibilidad de que la gestante sufra menos dolor en el transcurso del parto normal si es capaz de pasar por el proceso de dar a luz sin experimentar miedo ni estrés, algo que puede conseguirse sin necesidad de medicamentos ⁽³⁷⁾.

Desde la perspectiva del MINSA, los fundamentos de la psicoprofilaxis se basan en los siguientes tres pilares:

- **Fundamento Cognitivo:** Adquirir unos conocimientos básicos de la anatomía y la fisiología de la gestación, el parto y post parto le permitirá comprender las transformaciones fisiológicas que tienen lugar en su cuerpo a lo largo de estos periodos. Esto, a su vez, le permite reconocer posibles riesgos y tomar las precauciones adecuadas para protegerse de ellos ⁽³⁸⁾. También será consciente de cómo crece su hijo, lo que le permitirá ofrecerle los mayores cuidados, atenciones y estímulos posibles, a la vez que involucra al padre y/o al entorno familiar más cercano en este proceso. La mujer puede entender los cambios que se producirán en sus órganos a lo largo del embarazo, el parto y el posparto porque tiene un conocimiento fundamental de la anatomía y la fisiología de estos periodos. Esta comprensión le permite identificar posibles peligros y tomar las precauciones necesarias ⁽³⁰⁾.
- **Fundamento Psicológico:** Superar las ansiedades y las concepciones preconcebidas negativas que también están fuertemente relacionadas con el estrés y el pavor al dolor, así como comprender los cambios de humor, las emociones y los sentimientos, son las razones psicológicas para ello. La embarazada podrá sentirse más satisfecha, tranquila y segura de sí misma a lo largo de este periodo de su embarazo si se le proporciona la dirección y la motivación adecuadas ⁽²⁶⁾. Esto le permitirá disfrutar al máximo de esta etapa ⁽³⁰⁾.
- **Base Física:** Para que el cuerpo reaccione con el menor esfuerzo el día del parto, es necesario un entrenamiento eficaz. Para conseguirlo, Se recomienda practicar gimnasia obstétrica prenatal. La práctica de actividad física mejora el estado cardiovascular y muscular, favorece una postura correcta y evita el aumento excesivo de peso. Estos beneficios contribuyen a un embarazo saludable y facilitan el nacimiento de un bebé sano ⁽²⁶⁾.

La preparación física de la gestante para el embarazo

Las acciones que se realizan para cumplir los objetivos de evitar las frecuentes molestias que se asocian al embarazo, disminuir las que ya están presentes, mejorar la circulación ⁽³⁸⁾, ofrecer mayor flexibilidad a las estructuras y recuperar la confianza en sí misma son las siguientes:

- El pecho, el vientre y los muslos son las zonas que necesitan una preparación de la piel.
- Hay muchas posturas distintas, algunos ejemplos de las cuales son sentarse, levantar peso, caminar y estar de pie.
- Los ejercicios de respiración profunda y de relajación se incluyen en esta categoría. También se utiliza el término "gimnasia obstétrica".
- En este artículo se describirán dos tipos distintos de preparación, que son los siguientes:
 - Energética.
 - Participativa o con la asistencia de un facilitador o mediador, o todas las anteriores.
- Es esencial que el instructor participe en los ejercicios junto con las mujeres embarazadas para obtener resultados eficaces.
- El vestuario que se vaya a utilizar también tiene que ser el más adecuado.
- Siempre debe haber suficiente ventilación e iluminación, y la cantidad de ventilación e iluminación debe regularse en función de la edad gestacional de la embarazada.
- Comprueba si hay un dispensador de agua disponible.
- Utiliza la música para motivar a los demás a actuar.
- Cuando estés participando en cada actividad, comprueba que respiras adecuadamente.
- Hacer estos ejercicios inmediatamente después de comer no es una buena idea.

a) Preparación de la piel

- Para aliviar las molestias y el escozor que provoca la aparición de estrías, la piel que se encuentra en el vientre debe adaptarse a las necesidades específicas.
- La preparación de la piel del pecho debe iniciarse lo antes posible, ya que las molestias provocadas por el crecimiento de las glándulas comienzan en una fase temprana del embarazo ⁽³⁹⁾.

b) Posturas adecuadas durante el embarazo:

Es posible que las molestias en la espalda y la pelvis, así como los desequilibrios aberrantes, estén provocados por el crecimiento del peso y la acomodación de las articulaciones y los ligamentos, que son bandas de tejido que unen varios huesos ⁽⁴⁰⁾. Esto se debe a que, cuando el tamaño del útero se expande, ejerce presión sobre la región abdominal. como consecuencia, los ligamentos que sostienen el útero tienen que estirarse, lo que ocasionalmente puede crear punzadas en la zona inferior del abdomen, cerca de los muslos ⁽³⁾. Se aconseja mantener una postura correcta para conservar la musculatura de la espalda en buen estado, disminuir y aliviar las molestias, y mantener la musculatura de la espalda en buena forma.

- Mantenga una postura correcta y experimente con diversas técnicas de levantamiento y transporte.
- Esfuércese por mantener una pelvis equilibrada.

c) La postura de pie

Colóquese de pie con los pies separados unos 10 centímetros y los dedos ligeramente girados hacia fuera. A continuación, flexione ligeramente las rodillas e incline ligeramente las caderas hacia atrás. Sin embargo, evite arquear la espalda. En su lugar, intente mantener la cabeza recta visualizando que una cuerda tira de ella hacia arriba. Esto le ayudará a mantener una buena postura ⁽⁴¹⁾.

d) Postura en decúbito dorsal

- Colóquese en una posición en la que descansa boca arriba y coloque dos o tres almohadas o cojines debajo de las piernas. Túmbate y tómalo con calma.
- El rollo de toalla debe estar metido en la depresión que se encuentra en la base del cuello.
- Si desea utilizar un cojín para la cabeza, colóquelo de modo que descansa bajo los hombros.
- Se recomienda relajar los brazos colocándolos sobre cojines situados sobre el estómago o a los lados.
- Durante los últimos meses del embarazo, es importante tener precaución al descansar sobre la espalda durante periodos prolongados. Esto se debe a que dormir en esta posición puede disminuir la cantidad de sangre que llega al bebé cuando estás embarazada ⁽²⁶⁾.

e) Acuéstate de lado

- Lleva los brazos detrás de la cabeza y dobla las rodillas a la altura de las órbitas.
- Coloca algunos cojines de forma que queden entre las rodillas, sobre la cabeza y bajo el brazo superior, así como el útero.
- El brazo inferior restante puede colocarse delante del cuerpo, detrás del cojín o detrás de la espalda de la persona. Todas estas posiciones son opciones viables ⁽²⁶⁾.

f) En posición sentada

- Colóquese en una silla que tenga un respaldo que no sólo sea robusto, sino también cómodo, y después coloque la cabeza de forma que quede justo por encima de los hombros.
- En cuanto a la comodidad, el apoyo de los brazos debe ser el adecuado, ni demasiado bajo ni demasiado alto.
- Asegúrate de que haya un pequeño espacio vertical entre las rodillas y las caderas en todo momento.
- Puedes probar a poner unos cojines finos en las regiones de la nuca o la cintura para dar apoyo a esas zonas ⁽²⁶⁾.

g) Levántate de una silla baja o de un sofá y ponte de pie

- Mueve las caderas hacia delante hasta que queden paralelas al borde delantero del mueble en el que estás sentado.
- Coloque un pie delante del otro y gire las caderas de modo que queden orientadas hacia el pie que tiene delante. Así conseguirás el efecto deseado.
- Cuando quieras ponerte de pie, debes utilizar los músculos fuertes de los brazos y los muslos ⁽²⁶⁾.

h) Ponerse boca arriba y levantarse

- Comenzando en posición sentada, gire hacia un lado utilizando las manos como apoyo. Continúe girando hacia un lado hasta que esté en posición tumbada de lado.
- Antes de girar sobre la espalda, hay que rotar los hombros y las caderas a la vez. Este es un requisito previo para la rotación.
- Además, rote hacia un lado manteniendo el contacto entre los hombros y las caderas durante toda la rotación.
- Si quieres evitar sentirte débil o mareado, debes hacer una breve pausa antes de levantarte ⁽²⁶⁾.

i) Levantar y transportar objetos requiere agacharse

- Antes de agacharse del todo, asegúrese de haber colocado un pie delante del otro.
- Es necesario hacer uso de los músculos robustos de las piernas para levantar.
- Tenga en cuenta que debe mantener la espalda recta.
- Cuando usted está de pie en el lado de su cuerpo, levantar la cosa a un lado de su cuerpo.
- Para asegurarte de que está cerca de tu cuerpo, asegúrate de mantenerlo metido alrededor de la cintura ⁽²⁶⁾.

Técnicas de relajación y control de la respiración

a. Idea de desconectar y relajarse

Es el conjunto de prácticas que nos proporcionan la capacidad de aprender a regular nuestro cuerpo y nuestra actividad psicológica.

Esto se consigue adquiriendo una progresiva percepción, comprensión y control de los componentes del cuerpo. Esto se logra mediante el uso de una serie de procedimientos que se denominan colectivamente set.

b. Preparación para un estado de relajación

Las técnicas de relajación, que incluyen la relajación muscular progresiva, la meditación, la hipnosis y el entrenamiento autógeno, han demostrado ser útiles en el tratamiento de una amplia variedad de problemas relacionados con el estrés, según las investigaciones. La relajación se ha denominado la "aspirina" de la psicología y se ha utilizado para una amplia gama de fines, con distintos grados de eficacia en cada aplicación. Esto se debe al hecho de que varios estudios demostraron eficientemente las técnicas de relajación en el tratamiento de una amplia variedad de problemas relacionados con el estrés.

c. Diversos métodos de relajación:

- La estrategia desarrollada por Jacobson para mejorar progresivamente la relajación general.
- J.H. estableció el principio del entrenamiento autógeno. Schultz, A.

d. Entorno en el que se puede practicar la relajación

- Un entorno libre de ruidos excesivos y situado a distancia de todo lo que pueda considerarse potencialmente molesto del mundo exterior.
- Una temperatura adecuada; para poder relajarse en la zona, la temperatura debe ser intermedia, ni demasiado alta ni demasiado baja, sino más bien intermedia.
- La luz debe ser razonable; es vital asegurarse de que el espacio tenga un grado modesto de iluminación. - El ambiente debe ser confortable.
- Se pueden incluir fragancias, ambientadores y otras cosas por el estilo.

e. La posición ideal para relajarse

- Tumbado en cama acolchonada con brazos y piernas colocados a los lados del cuerpo con una pequeña flexión.
- Un mueble que resulte cómodo equipado con reposabrazos; en este caso, es útil utilizar reposapiés y reposa cuellos.
- Sentarse en un taburete o banquita sin respaldo: Se define por el hecho de que el individuo, al sentarse, apoya el peso de la mitad superior de su cuerpo sobre la zona dorsolumbar relajada, en una postura similar a la del lomo de un gato. Esta posición pasiva del cuerpo se conoce como "postura del cochero" porque es frecuente en diversas profesiones que implican permanecer sentado durante largos periodos de tiempo sin disponer del apoyo necesario para la espalda.
- Llevar ropa demasiado ajustada puede ser causa de estrés adicional o interferir en el proceso de entrenamiento. Por lo tanto, es importante evitar llevar ropa demasiado ajustada.
- Es muy importante llevar gafas, zapatos, sujetadores, lentes de contacto y otros artículos.
- No lleve joyas que puedan causar daños.
- No se debe llevar en público maquillaje que pueda causar daños.
- Utilizar almohadillas de relajación, que se colocan sobre los ojos y crean una atmósfera más solemne y propicia para la concentración, es otra alternativa que puede considerarse.

f. La respiración

La capacidad de mantener un nivel suficiente de control sobre nuestra respiración es uno de los métodos más sencillos para hacer frente a las circunstancias estresantes y controlar el aumento de la actividad fisiológica que provocan estos acontecimientos. Sin embargo, unos patrones de respiración adecuados son de suma importancia, ya que garantizan que el cuerpo reciba una cantidad suficiente de oxígeno para el mantenimiento de nuestro cerebro.

Debido a la velocidad de vida actual, se fomenta la respiración incompleta, lo que significa que los pulmones no se utilizan al máximo de su potencial ⁽⁴¹⁾. Por ello, el objetivo de las técnicas respiratorias es facilitar al individuo la regulación voluntaria de su respiración y automatizarla de tal forma que pueda mantenerla, aunque esté sometido a un gran estrés.

La respiración jadeante rápida, la respiración lenta y profunda y la respiración superficial o torácica son las tres formas de respiración reconocidas por la American Heart Association ⁽²⁶⁾.

2.2.5 SESIONES DE PSICOPROFILAXIS

I SESIÓN: CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO Y SIGNOS DE ALARMA

Objetivos

- Inspirar a los demás, contribuir a la cohesión del grupo y educarlos sobre las ventajas de la psicoprofilaxis obstétrica y la estimulación prenatal.
- Instruir a los alumnos en la correcta identificación de la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que experimenta durante el embarazo.
- Educar a los alumnos en cómo detectar y responder a situaciones potencialmente peligrosas con serenidad y previsión ⁽⁴²⁾.

Conceptos básicos

- Estructura y función del aparato reproductor femenino.
- Menstruación, ovulación, fecundación, nidación, placentación y crecimiento fetal son las etapas del proceso reproductivo.
- Cambios en el estado mental y físico durante el embarazo.
- La importancia de la psicoprofilaxis obstétrica, así como sus múltiples ventajas.
- Indicadores de alerta, incluidos los síntomas ⁽²⁶⁾.

Acciones diversas

- Se ofrecerá una recepción y una cálida bienvenida a la participante embarazada y a su pareja.
- Se les entrega la tarjeta de psicoprofilaxis.

- Presentación de las integrantes por su cuenta.
- Diversos métodos de respiración.
- Posturas seguras para embarazadas.
- Gimnasia prenatal o ejercicios prenatales.
- Ejercicios centrados en las manos y los pies para favorecer la circulación.
- Relajación de la posición decúbito lateral izquierdo ⁽²⁶⁾.

II SESIÓN: ATENCIÓN PRENATAL

Objetivos

- Explicar la importancia de los cuidados prenatales para garantizar un embarazo sano y seguro con la participación comprometida y la ayuda solidaria de la familia y la comunidad.
- Determinar qué preocupaciones, ideas erróneas, creencias y suposiciones preconcebidas puede tener sobre el embarazo, el parto, la atención posparto y el nacimiento y la crianza de su hijo, y disiparlas.
- Enseñar a la embarazada a reconocer los signos y síntomas de alerta y a responder de forma adecuada y oportuna ⁽⁴²⁾.

Conceptos básicos

- Responsabilidades compartidas, junto con derechos.
- Revalorización de los alimentos locales, suplementación con hierro y ácido fólico, y prohibición total de estupefacientes, alcohol y humo.
- Nutrición y alimentación.
- Cuidados prenatales, que incluyen, entre otros, la preparación de la cuna, el mantenimiento de la higiene y la relajación y el ocio ⁽²⁶⁾.

Acciones diversas

- Aceptación de tarjetas de felicitación y una cálida bienvenida.
- Presentación de un vídeo.
- Una serie de ejercicios de calentamiento.
- Ejercicios para el perineo realizados apoyándose en algo (una silla o un compañero).

- Ejercicios de estiramiento de la parte lateral de la columna vertebral.
- Ejercicios de estiramiento centrados en la zona alrededor del asiento.
- Ejercicios para estirar los músculos (postura del gato) ⁽²⁶⁾.

III SESIÓN: FISIOLÓGÍA DEL TRABAJO DE PARTO

Objetivos:

- Instruir a la embarazada sobre cómo reconocer las contracciones uterinas, cómo distinguirlas de otros cambios y cómo reaccionar adecuadamente cuando se produzcan.
- Aclarar la diferencia entre malestar, dolor y miedo.
- Explicar los síntomas y signos que indican el inicio del parto y orientar sobre cuándo acudir a la clínica de maternidad.
- Describir el procedimiento, el mecanismo subyacente y las ventajas del parto fisiológico.
- Mostrarles cómo controlar el progreso de las contracciones uterinas.
- Educar sobre la importancia del apego precoz piel con piel entre la madre y el recién nacido, así como sobre el papel del matrimonio y la familia en el proceso.
- Instruir a la embarazada sobre métodos y/o tácticas para regular y disminuir la intensidad del dolor que pueda experimentar durante el parto ⁽⁴²⁾.

Conceptos básicos:

- Correlación entre ansiedad y sufrimiento.
- El inicio del parto, así como cualquier síntoma de alerta.
- Alivio del dolor mediante el uso de métodos naturales.
- El novio y la familia de la embarazada también desempeñan un papel importante.
- Creencias, mitos y prácticas del pueblo ⁽²⁶⁾.

Actividades:

- Estiramientos y otras actividades para calentar los músculos.

- Una versión modificada de los ejercicios de estiramiento de la columna vertebral ⁽²⁶⁾.

Actividades físicas:

- Ejercicios centrados en la elevación de las caderas.
- Una variación del ejercicio llamado estiramiento del gato.
- Ejercicios musculares de Kegel.
- Técnicas de relajación y visualización sentada ⁽²⁶⁾.

IV SESIÓN: ATENCIÓN DEL PARTO Y CONTACTO PRECOZ

Objetivos:

- Educar a las futuras madres sobre temas relacionados con el parto y la menstruación.
- Informar sobre los diferentes estilos de parto y las posturas utilizadas a lo largo del proceso con sensibilidad hacia las diferentes culturas y centrándose en proporcionar una atención humanizada es el objetivo aquí.
- Enseñar métodos de relajación y respiración a las futuras madres para prepararlas para el parto y la menstruación ⁽⁴²⁾.

Conceptos básicos:

- Ideas sobre las contracciones uterinas y las características de estas contracciones.
- Durante el embarazo pueden producirse contracciones uterinas tanto regulares como irregulares.
- Señales de alarma.
- Signos reveladores de que el parto es inminente.
- Signos reveladores de que el parto es inminente.
- Puede ser necesaria la hospitalización debido al inicio del parto o a otros signos de alarma ⁽²⁶⁾.

Actividades:

- Una serie de ejercicios de calentamiento.
- Ejercicios que incluyen la elevación de las extremidades inferiores y la torsión de la columna vertebral.
- Ejercicios que incluyen la torsión de la columna vertebral mientras se flexiona.

- Ejercicios para gatos que se centran en el estiramiento, con una torsión.
- Ejercicios centrados en el fortalecimiento de las extremidades superiores.
- Recomendaciones de carácter fundamental durante el tiempo de dilatación ⁽²⁶⁾.

V SESIÓN: PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO

Objetivos:

- La fisiología del parto, incluyendo la fase de dilatación, la evacuación y el parto.
- Variaciones de respiraciones a utilizar para cada segmento.
- El método de los pujos.
- Las numerosas ventajas de un parto vaginal.
- Las intervenciones obstétricas que se realizan durante el parto ⁽⁴²⁾.

Conceptos básicos:

- Fisiología del parto: período de dilatación, el expulsivo, alumbramiento.
- Tipos de inspiraciones a practicar en cada periodo.
- Técnica pujante. Beneficios del parto vaginal.
- Procedimientos de obstetricia realizados mediante el parto ⁽²⁶⁾.

Actividades:

- Técnicas de relajación y respiración para mientras estás de parto.
- Posturas antálgicas: tumbada, sentada con apoyo y de pie con apoyo.
- Movimientos de pelota alrededor de la pelvis.
- Sujeción abdominal tipo corsé con liga.
- Posturas para empujar durante la segunda fase del parto (sentada, en cuclillas), que se incluyen en los ejercicios de preparación para la segunda fase del parto.
- Técnicas de relajación y ejercicios respiratorios combinados con simulación de contracción uterina ⁽²⁶⁾.

VI SESIÓN: ADAPTACIÓN DE LA EMBARAZADA AL ENTORNO DONDE VA A DAR A LUZ

Objetivos:

- Para que la gestante se sienta cómoda en su nuevo entorno, es importante que conozca la institución en su conjunto, así como a las personas que trabajan en ella.
- Hacer un análisis del proceso de enseñanza-aprendizaje que tuvo lugar durante las sesiones.
- Reunir lo esencial y llevarlo a la entrega.
- Esto marca el final del programa ⁽⁴²⁾.

Conceptos básicos:

- Síntomas de alarma que pueden aparecer durante el puerperio.
- Cuidados para el recién nacido.

Actividades:

- Caminata por el servicio de urgencias, sala de maternidad, la unidad de hospitalización, la sala de partos, la zona de recuperación y la enfermería.
- Participación del acompañante que se ha preparado.
- Vídeo que muestra el proceso del parto.
- Observaciones finales para la clase ⁽²⁶⁾.

2.2.6 EJERCICIO DE PREPARACIÓN AL PARTO

Durante los nueve meses de embarazo, la mujer experimentará diversas emociones, como felicidad, preocupación, incertidumbre y entusiasmo por buscar conocimiento. Estas alteraciones se manifiestan en varios ámbitos, como el físico, el biológico y el mental. Durante este periodo, es crucial que se inscriba en un curso de preparación al parto para adquirir los conocimientos teóricos y prácticos necesarios. Esto la ayudará a mejorar su bienestar físico, aliviar las molestias relacionadas con el embarazo, superar el ciclo miedo-tensión-dolor y prepararse adecuadamente para el parto ⁽⁴³⁾.

Las mujeres formadas poseen muchos beneficios, entre ellos una mayor actividad y participación en el parto. Además, a menudo disminuyen el esfuerzo y el tiempo necesarios para el parto, al tiempo

que aceleran su recuperación física. El objetivo del entrenamiento físico en previsión del parto es potenciar determinados grupos musculares esenciales para las adaptaciones del organismo a lo largo del embarazo, el parto y la recuperación posterior. Las mujeres entrenadas poseen muchos beneficios, entre ellos una mayor actividad y participación en el trabajo, así como la capacidad de disminuir el esfuerzo y el tiempo del parto ⁽⁴³⁾.

Pautas proporcionadas por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos

- Se recomienda el ejercicio constante; sin embargo, debe evitarse la participación en actividades que sean competitivas.
- Durante una enfermedad febril, no es aconsejable realizar actividades físicas extenuantes.
- Evite los movimientos bruscos, como saltar o correr en el mismo sitio. Para disminuir los efectos del impacto y promover una marcha segura, la actividad física debe realizarse sobre un suelo de madera u otra superficie acolchada.
- Deben evitarse las actividades que requieran saltos, movimientos rápidos o cambios bruscos de dirección debido a la inestabilidad articular.
- Deben evitarse las flexiones y extensiones extensas para articulaciones debido a la relajación de los tejidos en conjunción.
- Evite los movimientos que requieran saltar, moverse rápido o cambiar bruscamente de dirección.
- Antes de los entrenamientos más intensos, debe realizarse una etapa de calentamiento del músculo de cinco minutos.
- Tras un periodo de ejercicio más intenso, debe seguir un periodo de actividad cada vez menos extenuante, que también debe incluir algunos estiramientos estáticos sencillos.
- El nivel máximo de actividad es el mejor momento para tomar una lectura de la frecuencia cardíaca del paciente, ya que no debe superarse el límite superior del intervalo de frecuencia cardíaca que se determinó conjuntamente con el médico que lo atiende.

- Al levantarse del suelo, debe hacerse con cuidado y precaución para evitar la hipotensión ortostática, más conocida como mareo.
- Para prevenir la deshidratación, es importante consumir abundantes líquidos antes y después de la actividad física ⁽⁴¹⁾.

2.2.7. ACTIVIDAD FÍSICA

Aparte de caminar y nadar, que son las formas de ejercicio recomendadas, conviene mantener un estilo de vida activo y realizar una actividad moderada durante todo el embarazo sin fatigarse en exceso. Evite realizar otras actividades, como montar a caballo, montar en bicicleta, esquiar o cualquier actividad que conlleve riesgo de caídas. Caminar y nadar son actividades muy recomendables para las embarazadas. Durante el embarazo, se pueden realizar diversas actividades, entre las que se incluyen:

A. Ejercicios de tonificación:

- Mantenga una postura estirada con la espalda en posición neutral y los hombros cruzados. Simultáneamente, traza dos círculos concéntricos con los brazos. Mientras realiza esta acción, inspire durante la primera rotación y espire durante la siguiente.
- Asuma una posición sentada, con las rodillas cruzadas y las manos juntas detrás de la espalda. Proceda a bajar gradualmente los brazos hacia el suelo, manteniendo este movimiento durante seis cuentas. Tómese un momento para relajarse y espire tranquilamente mientras cuenta hasta tres.
- Comience flexionando el hombro del brazo opuesto en un ángulo de 90 grados. A continuación, sujete firmemente el brazo con la otra mano y tire con fuerza de la piel de los antebrazos hacia los codos. A continuación, proceda a realizar este ejercicio con ambos brazos.
- Flexionando los codos y elevando los brazos hasta un ángulo de 90 grados, ejecutaremos una flexión de brazos con la mano cerrada a la vez que completamos una flexión en seco sobre la palma de la mano.

- Para aliviar la tensión en los hombros, los elevaremos y deprimiremos, inicialmente juntos y luego individualmente. A continuación, rotaremos los hombros en movimientos circulares, primero hacia delante y luego hacia atrás (utilizando uno o ambos hombros). A lo largo de estos movimientos, es importante mantener la postura del moro y mantener la espalda en posición erguida. Partiendo de la posición mostrada en la ilustración, elevaremos las rodillas manteniendo una posición cruzada de los tobillos. A continuación, colocaremos las manos paralelas a las rodillas y ejerceremos resistencia contra la fuerza descendente, manteniendo esta posición durante unos 10 segundos. Por último, suelte el aire manteniendo la posición.
- Comience adoptando una posición de pie junto con hombros y la cabeza firmemente apoyada contra la pared. Coloque las manos en las caderas y cruce las piernas. Proceda a ejecutar el ejercicio ejerciendo presión entre las piernas mientras mueve simultáneamente la pelvis en sentido contrario, asegurándose de que los hombros permanecen en contacto con la pared ⁽⁴³⁾.

B. Ejercicios para el perineo y la pelvis:

- Antes de nada, es importante que la mujer conozca los músculos específicos que debe entrenar.
- A continuación, debe penetrar digitalmente en la vagina o el ano e intentar activar los músculos. Para ello, podríamos indicarle que se vea a sí misma en estado de micción y quiera interrumpir el flujo de orina (es imprescindible recalcar que este ejercicio no debe intentarse mientras se orina de verdad). Alternativamente, podríamos indicarle que visualice un escenario en el que desea cesar la emisión de gases por el recto.
- El objetivo principal de este ejercicio es concienciar sobre el uso de la biorretroalimentación en situaciones en las que una mujer es incapaz de contraer voluntariamente los músculos del suelo pélvico. Si una experimenta fatiga, dolor en la espalda o los músculos abdominales, o irritabilidad nerviosa después de hacer

ejercicio, indica tensión en los músculos abdominales, la espalda, los muslos o las nalgas. La solución es sencilla: centrarse en relajar y contraer únicamente los músculos del suelo pélvico. Una vez adquirida, la técnica de contracción del suelo pélvico puede ejecutarse como una secuencia de contracciones mantenidas durante una breve duración de unos segundos ⁽⁴¹⁾.

C. Ejercicios de Kegel:

Estas actividades, conocidas como ejercicios de Kegel, son buenas para el suelo pélvico porque fortalecen los músculos y permiten retener la orina durante periodos prolongados. Además, estas actividades pueden utilizarse con terapias que disminuyen las ganas de orinar para reducir la frecuencia con la que se siente la necesidad de orinar ⁽⁴⁴⁾.

- Determine qué músculos son los adecuados utilizando cualquiera de los siguientes métodos:
 - Para determinar si está utilizando los músculos adecuados, introduzca el dedo en la vagina y apriételo; si siente presión, esto indica que lo está haciendo.
 - Imagina que tienes un tampón en el cuerpo e intentas evitar que se salga. Contrae los músculos que normalmente mantienen el tampón en su sitio.
 - Imagina que tensas las nalgas para no tirarte un pedo en público.
- Los ejercicios de Kegel pueden hacerse sentada, de pie o tumbada; no obstante, lo mejor es practicarlos en cada posición al menos una vez al día.
- Adopte una postura.
- Contraiga los músculos del suelo pélvico durante cinco segundos y, a continuación, relájelos durante el mismo tiempo. Realiza dos series de cinco contracciones fuertes y rápidas, seguidas de tres rondas de estos ejercicios del suelo pélvico a lo largo del día ⁽⁴⁴⁾.

- El objetivo es conseguir contracciones de diez segundos, seguidas de diez segundos de relajación, y luego repetir diez veces ⁽⁴⁴⁾.
- Convierta los ejercicios de Kegel en parte de su rutina diaria; puesto que estos ejercicios pueden realizarse en cualquier lugar y en cualquier momento, intente incluirlos en tareas cotidianas como bañarse, cepillarse los dientes, ver la televisión, viajar al trabajo o responder un correo electrónico, ya que los hábitos se crean mediante la repetición ⁽⁴⁴⁾.
- Otra técnica consiste en tensar gradualmente los músculos como si se fuera a dejar de orinar, empujándolos hacia arriba, y luego apretándolos y manteniéndolos así de 5 a 10 segundos mientras se inspira profundamente ⁽⁴¹⁾.
- Al principio, es natural observar que los músculos no quieren permanecer tensos, así como cansancio mientras se ejecuta, por lo que contraiga y suelte los músculos lo más rápidamente posible durante dos o tres minutos. A continuación, comience con 10 repeticiones cuatro veces al día y vaya aumentando hasta llegar a 50. Es habitual observar que los músculos no quieren permanecer tensos ⁽⁴¹⁾.
- Levantamiento: Este ejercicio requiere concentración, pero los resultados merecen la pena. Como la vagina es un tubo muscular con porciones en forma de anillo organizadas una sobre otra, para ejecutarlo piensa que cada segmento representa un nivel diferente de un edificio, y que subes y bajas de un ascensor tensando cada sección. Debes empezar por subir gradualmente el ascensor hasta el segundo nivel, luego hacer una pausa de un segundo y subir al segundo piso. Continúe subiendo tantos niveles como sea posible trabando del perineo en varias posiciones ⁽⁴¹⁾.
- La postura del gato consiste en levantar el suelo pélvico y redondear la espalda mientras se exhala, y luego relajar los

músculos pélvicos y abdominales mientras se inhala para terminar la postura ⁽⁴¹⁾.

- Mejora de la postura con la columna vertebral en posición neutra: Este ejercicio consiste en aplicar presión con el dorso de ambas manos contra la cara interna de las rodillas, lo que creará resistencia. Cuando se sienta tensión, contraiga gradualmente los músculos del suelo pélvico mientras inspira lentamente. Exhale y vuelva a relajar conscientemente todos los músculos ⁽⁴¹⁾.
- Colóquese de pie con las piernas separadas y las rodillas ligeramente flexionadas. Inclíne el torso hacia delante mientras se apoya con las manos en las rodillas. Cuando esté en esta postura, intente elevar gradualmente el suelo pélvico levantando la pelvis mientras exhala, y luego libere la tensión inhalando mientras inclina la pelvis hacia atrás ⁽⁴¹⁾.
- Comienza agachándote con las piernas separadas y apoyando toda la planta del pie. Procure mantener la espalda lo más recta posible. El ejercicio consiste en apretar las manos una contra otra y ejercer presión. Intente mantener esta posición solo o con ayuda de otra persona. Una vez alcanzada esta posición, mueva la espalda hacia delante y apoye las manos en el suelo, con las puntas de los pies tocando el suelo. En esta posición, los músculos del suelo pélvico se estirarán hacia arriba y ejercerán presión ⁽⁴¹⁾.
- El usuario no ha facilitado ningún texto. Para realizar este ejercicio, siéntate en una silla con las piernas separadas y agárrate al respaldo con las manos. A continuación, ejerce presión sobre las patas de la silla con tus propias piernas para levantar gradualmente el suelo pélvico mientras espiras. Por último, relaja la pelvis y las piernas mientras inspiras ⁽⁴¹⁾.
- Alineación óptima de la pelvis: Adopte una posición supina con las rodillas flexionadas y los pies apoyados en el suelo para alcanzar la postura de equilibrio pélvico. Minimice la distancia

entre la columna lumbar y el suelo flexionando la columna hasta que toque el suelo. A continuación, extienda la columna en la otra dirección, optimizando la distancia entre la columna lumbar y el suelo. Ejecute este movimiento 20 veces a lo largo de cada sesión; la frecuencia de este movimiento debe aumentarse progresivamente ⁽⁴¹⁾.

D. Ejercicios circulatorios:

- El masaje de bóveda plantar también puede realizarse con la ayuda de una pelota de tenis (consiste en colocar la pelota en la planta del pie y hacerla rodar por debajo). El masaje de la bóveda plantar consiste en ejecutar movimientos de los tobillos y las piernas ⁽⁴¹⁾.
- Los estiramientos están pensados para contrarrestar la postura que se adapta durante el embarazo, que consiste en abrir los miembros inferiores y cerrar los superiores, y pretenden ofrecer flexibilidad al tejido conjuntivo ⁽⁴¹⁾.

E. Estiramiento cuello:

- Sentado en posición de "Moro" o de rodillas, la espalda debe estar completamente recta. La cabeza debe colgar hacia delante y los hombros, la cara y la nuca deben estar relajados.
- Empiece por un extremo y continúe hacia el otro formando un círculo completo.
- Con las palmas de las manos enfrentadas, colóquelas en la nuca y deje que el peso de la cabeza y las manos estire los músculos de la nuca. Mantenga esta posición durante unos segundos y, a continuación, levante suavemente la cabeza mientras baja las manos.
- Girar suavemente la cabeza hacia un lado y luego hacia el otro debe hacerse manteniendo una postura relajada de espalda y hombros ⁽⁴¹⁾.

MMII ESTIRAMIENTOS:

Prestar especial atención a la región glútea, isquiotibiales, cuádriceps, gemelos y sóleo ⁽⁴¹⁾.

ESTIRAMIENTOS MMSS

Estiramientos de tronco

A. Estiramientos globales:

- Jack Stretch: El Jack Stretch es un ejercicio que tiene como objetivo aliviar las molestias de espalda a la vez que mejora la flexibilidad.
- Estiramiento global del cuerpo: La flexión plantar de los tobillos es necesaria para estirar la cadena anterior, mientras que la dorsiflexión de los tobillos es necesaria para estirar la cadena posterior al realizar un estiramiento corporal completo.
- Postura de Buda: Esta postura se centra en estirar la parte superior de la espalda, los brazos y las muñecas, además de la parte inferior de la espalda ⁽⁴¹⁾.

B. Ejercicios de respiración y entrenamiento de empuje

- a) La respiración sincrónica o profunda es una técnica respiratoria natural y relajante que favorece el flujo de energía vital y garantiza una oxigenación adecuada. Induce una sensación de paz y ayuda a gestionar los sentimientos corporales. La respiración sincronizada o profunda consiste en colocar las manos sobre el abdomen e inspirar suavemente por la nariz. Esto hace que el vientre se expanda lentamente. Sin pausa, se exhala el aire por la boca mientras el vientre se deshinchala lentamente. Este proceso se repite durante un total de 8 a 12 respiraciones ⁽⁴¹⁾.
- b) La respiración de vela es una técnica respiratoria que consiste en inhalar lentamente por la nariz y luego exhalar por la boca mientras se fruncen los labios, imitando la acción de soplar una vela ⁽⁴¹⁾.
- c) Respiración sonora:
 - Rápida: se utiliza cuando las contracciones duran un minuto o más, y se define por el hecho de que cuando la contracción comienza a descender, se insufla aire por la nariz y se expulsa por la boca de forma rápida y brusca,

inflando las mejillas. Esta técnica se utiliza cuando las contracciones persisten durante un minuto o más.

- Lenta: Esta técnica se realiza cuando la paciente tiene sensaciones de empujar, pero es consciente de que debe abstenerse de hacerlo. Cuando la gestante quiere hacer fuerza, debe inhalar rápidamente por las fosas nasales y exhalar gradualmente por la cavidad oral. Este enfoque difiere del anterior, que le indicaba inhalar rápidamente por las fosas nasales y exhalar gradualmente por los labios ⁽⁴¹⁾.
- d) Respiración jadeante: Es la última respiración que se utiliza y consiste en inspirar y espirar por la boca en breves jadeos mientras se emite un sonido. La respiración jadeante es un tipo de respiración anárquica que carece de ritmo y consiste en inhalar y espirar por la boca ⁽⁴¹⁾.
- e) Ejercicio de empuje: Ejercicio para empujar, ya que la expulsión no requiere una técnica respiratoria específica, sino la capacidad de aguantar la respiración (inspirar profundo después sigue el bloqueo de la respiración) y colocarse en la mejor posición para empujar. Es importante recordar que hay que descansar entre pujos, y se recomiendan respiraciones lentas para restablecer el oxígeno y conservar la energía ⁽⁴¹⁾.

Las embarazadas empezarán a entrenarse en el pujo dirigido a partir del octavo mes de gestación, pero no pujarán ⁽⁴¹⁾.

2.2.8. PERIODO PERINATAL

A. APGAR

Es un medio de evaluar la adaptación cardiorrespiratoria y la viabilidad del recién nacido tras el parto. Consiste en un sistema de clasificación que los neonatólogos utilizan para evaluar el estado de salud del recién nacido. Dado que consiste en una exploración física rápida en la que se examinan criterios que indican la vitalidad del recién nacido y la necesidad de medidas de reanimación en los primeros minutos de vida, también se realiza en el primer y quinto minuto tras el

parto. Este examen también se realiza en el primer minuto tras el parto (45).

- Al minuto: exploración física rápida para establecer la tolerancia del recién nacido al proceso del parto y si es necesaria o no la reanimación inmediata.
- A los cinco minutos, analiza el grado de adaptabilidad del recién nacido al entorno; esta evaluación es fundamental para predecir la supervivencia neonatal a lo largo de los primeros 28 días de vida (45).
- Nuestros resultados indican que la depresión leve es una puntuación de 7, la depresión moderada es una puntuación de 4-6 y la depresión grave es una puntuación inferior a 3 (45).
- En el minuto 1 y 5, los recién nacidos a término con una adaptación cardiopulmonar adecuada tenían una puntuación de 8 a 10. Si la puntuación oscila entre 0 y 3, la gravedad de la depresión es 0. Si la puntuación oscila entre 4 y 6, la depresión se considera normal. Si la puntuación se sitúa entre 7 y 10, es necesaria una reanimación urgente. Si la puntuación se sitúa entre 11 y 15, el profesional responsable debe seguir de cerca la evolución del recién nacido y determinar si existe alguna condición patológica derivada del parto o alguna patología con la que haya nacido el recién nacido que esté contribuyendo a la baja puntuación APGAR. El uso de la psicoprofilaxis obstétrica en neonatos tiene muchos beneficios, el más notable de los cuales es que eleva la puntuación de APGAR a 8-10 al minuto y a los 5 minutos (45).

B. Líquido amniótico

El líquido que rodea al bebé tras las primeras semanas de embarazo se denomina líquido amniótico a partir de este momento. Casi siempre es el feto el que proporciona el líquido amniótico que se recoge durante la mayor parte del embarazo. El líquido amniótico desempeña una amplia gama de funciones esenciales para un crecimiento y desarrollo sanos (46).

El líquido amniótico presenta las siguientes características

- Hay algunas cualidades que se asocian al líquido amniótico. El líquido amniótico claro se caracteriza por ser transparente, estéril o ligeramente amarillo.
- El líquido amniótico teñido es el que se ha teñido debido a la presencia de gérmenes. Esto ocurre cuando la materia fecal del feto fluye hacia la cavidad amniótica, provocando que el líquido se tiña. Una situación como ésta puede tener lugar si el bebé expulsa heces a la cavidad amniótica.
- El líquido amniótico procedente del meconio es un líquido negro verdoso oscuro que ha sido colonizado por bacterias que se han abierto paso en algún momento en la cavidad amniótica. El síndrome de aspiración de meconio, la acidemia fetal, la hipoxia fetal y la asfixia del recién nacido son algunas de las dificultades perinatales relacionadas con la presencia de líquido amniótico meconial, que es un signo de probable compromiso fetal y se asocia a mayores complicaciones perinatales ⁽⁴⁵⁾.

C. Peso

Según la definición de peso al nacer del National Research Council, el peso se define como la fuerza aplicada por la gravedad sobre un cuerpo determinado, y esta fuerza puede clasificarse de la siguiente manera ⁽⁴⁷⁾.

- Macrosómico: 4.000 g. o más
- Bajo peso al nacer (BPN): 2.500 g. o menos.
- Muy bajo peso al nacer (MBPN): 1.500 g. o menos.
- Muy bajo peso al nacer (MBPN) $\leq$ 1.000 g = Peso extremadamente bajo al nacer (PEBN) ⁽⁴⁸⁾.

2.2.9. COMPLICACIONES MATERNAS

Es una forma de antecedente que también se conoce como parto difícil, y engloba todas las anomalías que pueden ocurrir durante el parto. Estas anomalías se denominan distocias porque son consecuencia de cuatro elementos que pueden darse de forma concurrente o independiente ⁽⁴⁹⁾. Estos factores son los siguientes:

- Desviaciones durante el proceso de expulsión, cuando el cuello uterino no se dilata y no se produce el borramiento, debido a una frecuencia y una intensidad de las contracciones insuficientes o incorrectas.
- - Defectos durante el parto, que pueden deberse a un control insuficiente o incorrecto de la frecuencia y la intensidad de las contracciones.
- Deformidades que afectan, entre otras cosas, al aspecto, la posición o el desarrollo del feto:
- Alteraciones que afectan al hueso pélvico, que podría ser inusualmente delgado.
- Defectos congénitos que impiden que el feto entre en el canal del parto debido a anomalías en los tejidos blandos del aparato reproductor ⁽⁴⁹⁾.

Las diversas anomalías pueden dividirse mecánicamente en las tres categorías siguientes:

1. Anomalías de la fuerza.
2. Anomalías del pasajero, también conocido como feto.
3. Anomalías de paso ⁽⁴⁹⁾.

Por ello, las complicaciones durante el parto no pueden anticiparse ni posponerse; además, rara vez ocurren de repente; pero, cuando lo hacen, pueden causar dificultades importantes para la madre y el bebé. Todos los problemas mencionados son posibles durante el embarazo y, con una buena atención prenatal, los médicos suelen ser capaces de anticiparlos y tratarlos con mayor eficacia ⁽⁴⁹⁾.

- **El aborto espontáneo:**

Un aborto espontáneo precoz o tardío es aquel en el que el bebé es expulsado del cuerpo de forma prematura o no natural antes de estar preparado para nacer; la gran mayoría de estas complicaciones más del 80% se producen en las primeras doce semanas de gestación. La probabilidad de este problema aumenta con el número de hijos procreados y depende de la edad tanto de la madre como del padre. Después del primer trimestre, cuando las anomalías cromosómicas y los

abortos espontáneos son menos frecuentes, aumenta la probabilidad de este problema. El aborto espontáneo se produce casi siempre por expulsión espontánea en los primeros 90 días del embrión o feto, aunque no siempre se pueden determinar los procesos exactos que conducen a él. Dado que es poco probable que el feto muera antes de la expulsión en los últimos meses, en este caso deben investigarse otras posibles causas ⁽⁴⁹⁾.

- **Embarazo prolongado**

Los riesgos maternos incluyen traumatismos, hemorragias y anomalías en el parto; los riesgos para el bebé incluyen macrosomía, que puede causar distocia de hombros y lesiones fetales; los riesgos para la madre incluyen aspiración de meconio, sufrimiento fetal intraparto y parto; y los riesgos para el bebé incluyen también estas complicaciones. Cuando un embarazo se prolonga más de 42 semanas, se denomina pos término. La causa más común de los retrasos en el parto es una fecha de parto incorrecta. Este tipo de intervención médica es lo que se entiende por "intervención médica" en este contexto, ya que la inducción del parto es posible más allá de las 42 semanas de gestación si el cuello uterino es favorable. También se considera que el cuello uterino no dilatado, la analgesia y la nuliparidad son factores de riesgo que aumentan las probabilidades de que una mujer tenga que someterse a una cesárea. Por otro lado, la cesárea puede ser necesaria si la inducción cervical no va bien ⁽⁴⁹⁾.

- **Pre eclampsia**

La proteinuria es indicativa de esta afección en las embarazadas que llevan 20 semanas de gestación y cuya tensión arterial se mantiene en 140/90 o más. Es crucial llevar un registro adecuado durante los controles prenatales para identificar cualquier factor de riesgo, síntomas que puedan conducir a un diagnóstico y criterios de gravedad para prevenir complicaciones como el síndrome HELLP o la eclampsia, entre otras, ya que esta patología tiene una de las tasas más altas de morbilidad materna y perinatal ⁽⁴⁹⁾.

- **Desprendimiento de la placenta**

En el embarazo, la placenta se separa demasiado pronto de la pared uterina, patología conocida como desprendimiento prematuro de placenta. Un desprendimiento leve con el tratamiento adecuado suele ser inofensivo, ya que se produce después del parto. En cambio, la placenta es esencial para el oxígeno y la nutrición del bebé, por lo que su separación completa supone una grave amenaza ⁽⁴⁹⁾.

- **Ruptura prematura de las membranas**

Se produce cuando la bolsa de aguas se rompe antes de las 37 semanas; el mayor riesgo es tener un bebé demasiado pronto; otros riesgos son la infección o el prolapso del cordón umbilical; cuando esto ocurre, la madre debe descansar y, si el médico lo indica, tomar medicación ⁽³²⁾. Una afección conocida como rotura prematura de membranas (RPM) se produce cuando las membranas de los ovarios se rompen debido al estrés antes de que comience el parto. El parto prematuro pretérmino comienza espontáneamente en 24 horas en la mayoría de los casos (72%-95%) y se produce a término en el 8% de los embarazos. El parto pretérmino prematuro complica entre el 2% y el 4% de los embarazos únicos, entre el 7% y el 20% de los embarazos gemelares y el 30% de los partos prematuros. A la luz de la reciente reducción del límite de viabilidad, se hablará de parto prematuro pretérmino cuando ocurra antes de las 23 semanas de gestación ⁽⁵⁰⁾.

- **Prolapso del cordón umbilical**

Ocurre cuando el bebé es expulsado del canal del parto antes que el cordón umbilical, lo que puede dar lugar a la compresión del cordón umbilical y a una interrupción del suministro de oxígeno al bebé si se produce con suficiente rapidez.

- **Distocia de hombro**

Durante el parto, este problema surge cuando el hombro del recién nacido queda atrapado debajo de la pelvis. La mitad de las madres presentan un aumento de la reactividad emocional en la primera semana tras el parto; esto puede deberse a la reactividad emocional, la diabetes gestacional o la alimentación irresponsable causada por un bebé

demasiado grande. En la primera semana después del parto, este problema afecta a alrededor del 25% de las mujeres ⁽³²⁾.

- **Trastornos psicológicos posparto**

Uno de ellos es la depresión posparto, un estado temporal de reactividad emocional que afecta a más del 50% de las mujeres en la primera semana tras el parto. Aunque la alegría es el estado de ánimo más frecuente, el trastorno depresivo posparto se caracteriza por inestabilidad emocional, insomnio y una mayor propensión al llanto, impaciencia y labilidad afectiva ⁽³²⁾.

2.2.10. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES

- **Edad materna**

El embarazo en edades maternas avanzadas se ha asociado a un aumento de malos resultados fetales. El embarazo en adolescentes es de alto riesgo en gran parte porque aún están en desarrollo, debido a la inmadurez de las estructuras pélvicas y del aparato reproductor en general, y el canal del parto aún no tiene el tamaño definitivo. La edad materna es un factor fuertemente asociado a la morbilidad neonatal. El embarazo en edad materna avanzada se ha asociado a un aumento de los malos resultados fetales ⁽⁵¹⁾.

- **Grado de instrucción**

Esta palabra describe el último año de primaria de un alumno, cuando sus capacidades cognitivas, conceptuales y aptitudinales están plenamente desarrolladas.

La definición operativa de analfabetismo muestra el grado, como primario completo o primario incompleto, secundario completo o secundario incompleto, técnico superior completo o técnico superior incompleto, superior completo o superior incompleto, porque el nivel educativo de una persona es el mayor grado de escolarización que se ha completado o está en curso, independientemente de si está provisional o definitivamente incompleto. Esto se debe a que el nivel educativo de una persona se define por el mayor grado de estudios que ha alcanzado o está cursando. ⁽⁵²⁾.

- **Estado civil**

Es definido como un factor de riesgo en diversas literaturas, e incluso ser madre soltera puede representar un peligro en los embarazos. Esto se debe a que ser madre soltera puede ser un factor de riesgo, dado que pueden vivir en circunstancias de abandono o infravivienda ⁽⁵³⁾.

- **Ocupación**

La ocupación como variable de riesgo para la rotura prematura de membranas no sería factible sin la intervención de otros factores como el nivel socioeconómico, la edad, la nutrición, etc. ⁽⁵³⁾

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

APGAR:

Prueba que evalúa cinco elementos, entre ellos la frecuencia cardíaca, el esfuerzo respiratorio, los reflejos, el color de la piel y el tono muscular, y da una puntuación antes de examinar al recién nacido ⁽⁵⁴⁾.

Embarazo:

Periodo que dura unos 288 días, también conocido como periodo de gestación. La concepción es el proceso por el que un óvulo es fecundado por un espermatozoide, y el parto es el proceso por el que nace el óvulo fecundado ⁽⁵⁵⁾.

Gimnasia obstétrica:

La gimnasia obstétrica consiste en practicar ejercicios para fortalecer y ofrecer flexibilidad a aquellos músculos que nunca hemos ejercitado pero que, de repente, pueden ser importantes en el parto. La gimnasia obstétrica puede ayudar a las mujeres a evitar el dolor de espalda y otras complicaciones asociadas al parto ⁽⁵⁶⁾.

Estímulo:

Se define como cualquier entrada sensorial, motora o cognitiva que se envía a una región concreta del cuerpo con el fin de provocar una reacción del cerebro o del órgano que es el objetivo ⁽⁵⁷⁾.

Gestante con psicoprofilaxis:

Psicoprofilaxis gestante: se refiere a las gestantes que participan en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, una o más sesiones, durante el embarazo ^(58, 59).

Psicoprofilaxis obstétrica: Forma de preparación al parto que combina técnicas de educación, relajación, respiración y manejo del dolor para ayudar a las embarazadas a prepararse mental y físicamente para el parto ⁽⁶⁰⁾.

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.

Ho: No existe beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Psicoprofilaxis en gestantes

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- VD1: Beneficios maternos
- VD2: Beneficios perinatales

2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTE

- Características demográficas (edad, grado de instrucción, estado civil, cargo o puesto de trabajo)
- Complicaciones maternas (Antecedentes de Embarazo prolongado, Pre eclampsia, Desprendimiento prematuro de la placenta, Ruptura prematura de las membranas, Prolapso del cordón umbilical y Distocia de hombro).

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	ESCALA	CATEGORÍA / ÍTEM	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE						
Psicoprofilaxis en gestantes	Es un programa educativo que tiene como objetivo proporcionar a la gestante una preparación integral teórica, física y psicoafectiva para que tenga un embarazo, parto y puerperio saludables.	Presencia de indicadores	Noción sobre las técnicas y ejercicios de relajación, respiración y gimnasia prenatal	Nominal	11	Cuestionario
			Asistencia al programa	Nominal	12	
			Acompañamiento con un familiar	Nominal	13	
VARIABLES INDEPENDIENTES						
Beneficios maternos	Los beneficios que se adquieren como resultado de una serie de esfuerzos coordinados que se completan para satisfacer los requerimientos e intereses vitales de la madre.	Presencia de indicadores	Tiempo del periodo de dilatación	De razón	14	Cuestionario
			Tiempo del Periodo Expulsivo	De razón	15	
			Tiempo del Periodo de Alumbramiento.	De razón	16	
			Tiempo total del trabajo de parto	De razón	17	
Beneficios perinatales	A efectos de la protección del producto mientras aún se encuentra dentro del vientre materno, son los	Presencia de indicadores	Puntaje de APGAR Neonatal Al minuto A los 5 minutos	Nominal	18	Cuestionario
			Peso del Recién Nacido	Nominal	19	

	resultados beneficiosos que se lograron mediante el uso de un conjunto de actividades y actos coordinados.		Características del líquido Amniótico	Nominal	20	
VARIABLES INTERVINIENTE						
Complicaciones maternas	Lo que se denomina "parto difícil" engloba todas y cada una de las irregularidades que pueden tener lugar durante el parto.	Presencia de indicadores como antecedentes que podrían volver a presentar durante la gestación y trabajo de parto	Embarazo prolongado	Nominal	5	Cuestionario
			Pre-eclampsia	Nominal	6	
			Desprendimiento prematuro de la placenta	Nominal	7	
			Ruptura prematura de las membranas	Nominal	8	
			Prolapso del cordón umbilical	Nominal	9	
			Distocia de hombro	Nominal	10	
Factores sociodemográficos	Durante la ejecución del PPO, son los rasgos o circunstancias que se detectan en la gestante y que tienen el potencial de producir asistencia o inasistencia.	Presencia de rasgos descritos	Edad materna	Continua	1	Cuestionario
			Grado de instrucción	Ordinal	2	
			Estado civil	Nominal	3	
			Ocupación	Nominal	4	

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Se empleó el tipo de investigación, PROSPECTIVO, NO EXPERIMENTAL, OBSERVACIONAL DESCRIPTIVO.

De acuerdo con la planificación de la medición de la variable de estudio fue PROSPECTIVA, por tratarse de un estudio de tipo LONGITUDINAL en el cual el investigador seguirá y observará a un grupo de sujetos durante un período de tiempo para recolectar información y registrar la evolución de los resultados y la recolección de datos a partir de la fuente secundaria, además, la variable dependiente (beneficios maternos y perinatales) será estudiada a través de la presentación en pacientes en el período de tiempo en que se realiza el estudio ^(61, 62).

NO EXPERIMENTAL, porque no existió manipulación directa de las variables y estudia ya lo existente ^(63, 64).

El método DESCRIPTIVO es ventajoso porque permite describir y examinar metódicamente las variables investigadas: De julio a diciembre de 2022, el Centro de Salud de Moras realizará un estudio sobre las ventajas materno perinatales de la psicoprofilaxis en mujeres embarazadas ⁽⁶⁵⁾.

Dado que no se modificaron variables activas y que no se investigó ni el fenómeno (las ventajas de la psicoprofilaxis obstétrica) ni la población (las embarazadas), la investigación se consideró Observacional ⁽⁶⁶⁾.

3.1.1. ENFOQUE

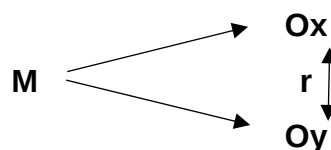
Debido a que los hallazgos se presentan en forma numérica, emplea la metodología cuantitativa ⁽⁶⁷⁾.

3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Se empleó el nivel de investigación correlacional. ^(68, 69)

3.1.3. DISEÑO

Descriptivo relacional, No experimental



Donde:

Ox: Se observó la variable 1 (Psicoprofilaxis obstétrica)

Oy: Se observación la variable 2 (Beneficios Maternos – Beneficios Perinatales)

r: Correlación entre dichas variables

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Conformaron 105 mujeres embarazadas que acudieron al Centro de Salud de Moras durante los meses de julio y diciembre de 2022 conformarán las participantes de este estudio.

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

A. Criterios de inclusión

- Se trata de señoras embarazadas que acudieron al Centro de Salud de Moras.
- Dentro del área de psicoprofilaxis, fueron atendidas señoras embarazadas.
- Las pacientes CASOS son mujeres embarazadas que han recibido psicoprofilaxis (a partir de la primera sesión), lo que indica que fueron pacientes que pertenecieron al grupo demográfico denominado como tal.
- Las mujeres embarazadas que no recibieron sesiones de psicoprofilaxis se denominaron grupo CONTROL.
- Finalizar todos los documentos médicos.
- Mujeres embarazadas mayores de 18 años.

B. Criterios de exclusión

- Mujeres embarazadas que tuvieron un pasado sin terminar.
- Mujeres embarazadas que no hayan sido visitadas en el pasado en el Centro de Salud de Moras.
- Mujeres que acabaron de dar a luz.
- Mujeres de edad avanzada.
- Mujeres solteras que estén embarazadas.

3.2.2. MUESTRA

Se determinó el tamaño de la muestra mediante un estimado y un coeficiente de confianza del 95% y una tasa de error del 5%. La muestra que se utilizó en esta investigación fue una muestra probabilística, lo que significa que se calculó utilizando la siguiente fórmula matemática:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

n = El tamaño de la muestra que queremos calcular

N = Tamaño del universo (105 gestantes)

Z = Nivel de confianza 95% -> Z=1,96

e = Es el margen de error máximo que admito (5%)

p = Probabilidad de éxito (0.5)

Q = Probabilidad de fracaso (0.5)

$$\frac{105 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2 (105 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 82.6302$$

Estuvo conformada por 83 gestantes.

Se trabajó en su totalidad con las 83 gestantes que recibieron y no recibieron sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) que cumplieron con los criterios de inclusión y cuyo parto fueron atendidas en el Centro de Salud Las Moras, durante el periodo de julio a diciembre del 2022, las cuales se convirtieron en dos grupos de casos y controles según criterios de selección preestablecidos.

Muestreo: No probabilístico por conveniencia.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con el fin de obtener información fiable, el enfoque que se utilizó fue la entrevista y la observación de la documentación, que en conjunto constituían la técnica fundamental de recogida de datos.

3.3.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

A continuación, se presentarán algunos de los instrumentos de recogida de información que se utilizaron a lo largo del proceso de recogida de datos:

Dentro de la recolección de datos, las gestantes involucradas en el grupo de estudio, estuvieron conformadas, por: TODAS AQUELLAS USUARIAS QUE TUVIERON DESDE UNA SESIÓN PSICOPROFILÁCTICA EN ADELANTE, es decir lo conformaron (66 usuarias), tratando de observar y medir los beneficios maternos y perinatales desde una sesión, por lo tanto, dicha evaluación fue mediante una ficha de recolección de datos, dividida de la siguiente manera:

Ficha de recolección de datos de la Psicoprofilaxis obstétrica, Beneficios Materno y perinatales además de sus complicaciones como antecedentes y características sociodemográficas, en estudio:

Mediante este instrumento de cinco partes pudimos determinar las ventajas maternas y perinatales de las embarazadas que participaron en el ensayo: Características demográficas (04 ítems), complicaciones maternas (06 ítems), Datos generales de Psicoprofilaxis obstétrica (03 ítems), Beneficios maternos constituido (04 ítems) y beneficios perinatales (03 ítems), la cual recogió información por medio de la entrevista, Historia Clínica de la gestante, carnet de control prenatal y libro de registro de la psicoprofilaxis obstétrica para su interpretación en tablas de valor.

3.4. TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En el procesamiento de los datos se tuvieron presente las siguientes etapas:

3.4.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

El primer paso en el procesamiento de los resultados fue crear manualmente una base de datos de códigos numéricos. A continuación, se construyó una base de datos Excel 2023 utilizando estas secuencias

de comandos. Cada una de las dimensiones reconocidas tiene sus correspondientes cálculos matemáticos en esta base de datos. Por último, el análisis estadístico se realizó utilizando la versión para Windows de la aplicación IBM SPSS, versión 27.

3.4.2. PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Las partes descriptiva e inferencial del estudio se basaron en los datos encontrados, que se resumieron en tablas de frecuencias y porcentajes. Además, la relación entre variables se descubrió mediante el uso de tabulaciones cruzadas.

3.4.3. CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS

Las variables del estudio se realizaron de acuerdo con sus formas categórica, ordinal y nominal. La investigación se llevó a cabo de forma coherente con las variables investigadas, utilizando un formato nominal o categórico.

3.4.4. PRESENTACIÓN DE DATOS

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos académicos de acuerdo con las dimensiones del estudio. De acuerdo con el marco teórico de las variables exploradas en este estudio, este enfoque permitió el análisis y la interpretación de cada uno de los cuadros suministrados.

3.4.5. ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

Se realizó mediante la estadística descriptiva, expresándose en tablas cruzadas y gráficos estadísticos, además se determinó que la muestra para la tesis fue de 83 gestantes, por lo tanto, mediante la estadística inferencial expresado en la prueba de normalidad se aplicó Kolmogorov-Smirnov^a, la cual lo categoriza como una prueba no paramétrica, es decir, no presenta una distribución normal, por lo tanto, se empleó la prueba de correlación de chi cuadrado (X^2), debido a la categorización de las variables, el tamaño de la muestra, ya que la frecuencia esperada representó menor o igual del 25.00%.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE DATOS

4.1.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Edad de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Edad	N	%	N	%
De 19 a 24 años	10	15.15	3	17.65
Entre 25 a 30 años	30	45.45	11	64.71
De 31 a 34 años	26	39.39	3	17.65
Total	66	100	17	100

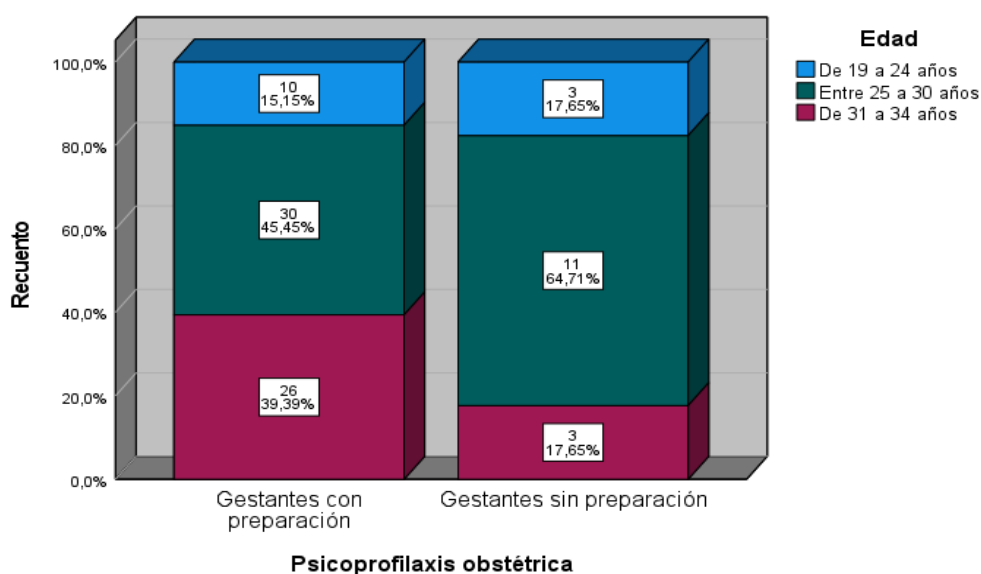


Gráfico 1. Edad de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 1. Se evidencia que dentro de las 66 gestantes con Psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 45.45% tenían edades entre 25 a 30 años, el 39.39% de 31 a 34 años y el 15.15% de 19 a 24 años, no obstante, de las 17 gestantes que no realizaron PPO, se observa que el 64.71% tenían entre 25 a 30 años y de manera similar el 17.65% conforman edades entre 19 a 24 años y de 31 a 34 años respectivamente.

Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes con psicoprofilaxis	
Grado de instrucción	N	%	N	%
Analfabeta	0	0.00	0	0.00
Primaria	25	37.88	7	41.18
Secundaria	31	46.97	10	58.82
Superior	10	15.15	0	0.00
Total	66	100	17	100

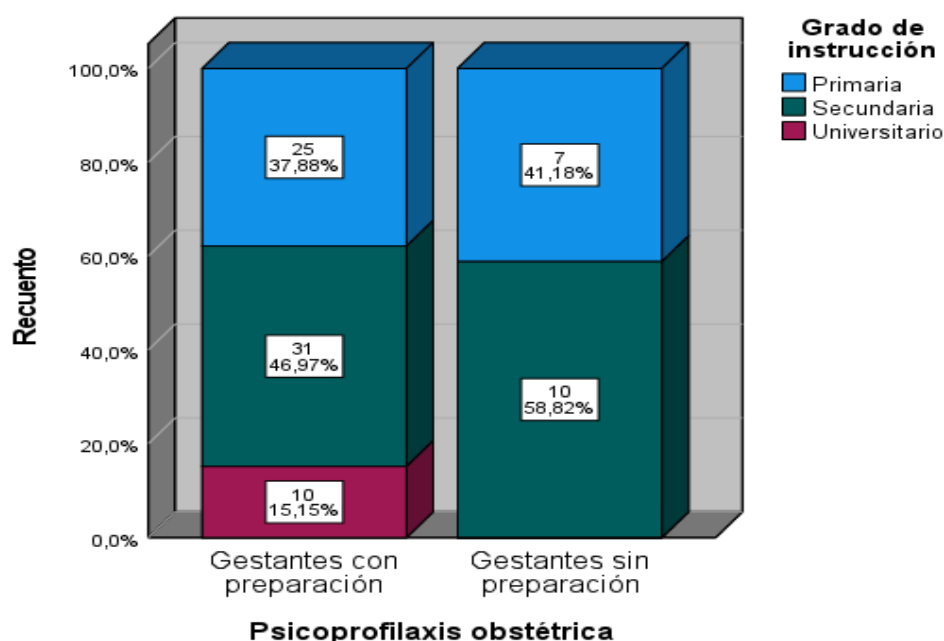


Gráfico 2. Grado de instrucción de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y grafico 2. Se observa que de las 66 gestantes con realización de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 46.97% tenía educación secundaria, seguido del 37.88% solo con primaria y el 15.15% con grado universitario. Por otro lado, dentro de las 17 gestantes que no realizaron sesiones de psicoprofilaxis el 58.82% contaba con grado de instrucción secundaria y el 41.18% con primaria.

Tabla 3. Estado civil de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Estado Civil	N	%	N	%
Soltera	25	37.88	1	5.88
Casada	11	16.67	5	29.41
Conviviente	30	45.45	11	64.71
Total	66	100	17	100

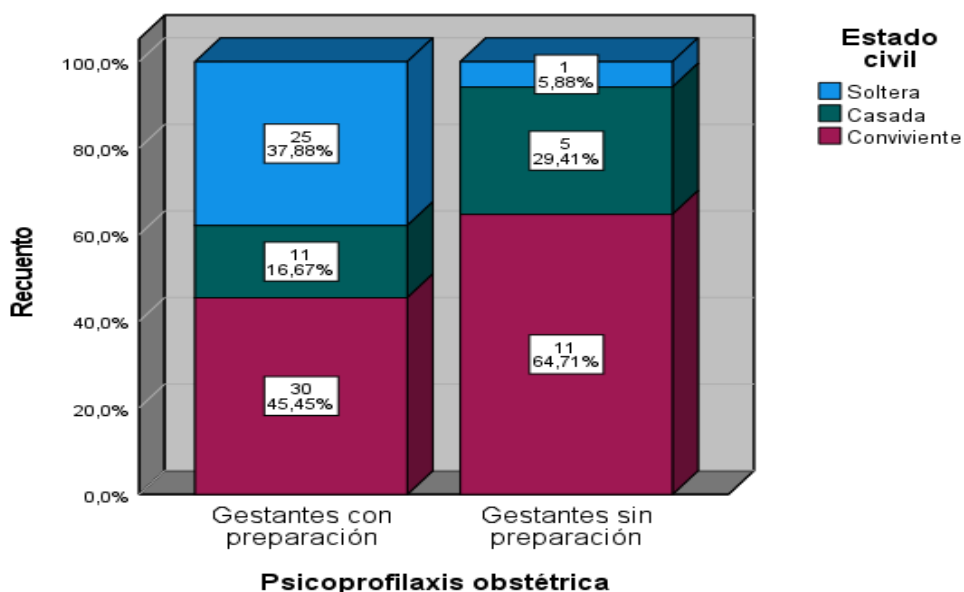


Gráfico 3. Estado civil de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 3. Se observa que dentro de las 66 gestantes con psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 45.45% se encontraba con estado civil de manera conviviente, seguido del 37.88% soltera y el 16.67% casada, no obstante, dentro de las usuarias que no realizaron sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO), encontramos que el 64.71% eran gestantes convivientes, el 29.41% casadas y el 5.88% solteras.

Tabla 4. Cargo o puesto de trabajo de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes con psicoprofilaxis	
Cargo o puesto de trabajo	N	%	N	%
Contratada	9	13.64	4	23.53
Trabajadora independiente	23	34.85	4	23.53
Ama de casa	34	51.52	9	52.94
Total	66	100	17	100

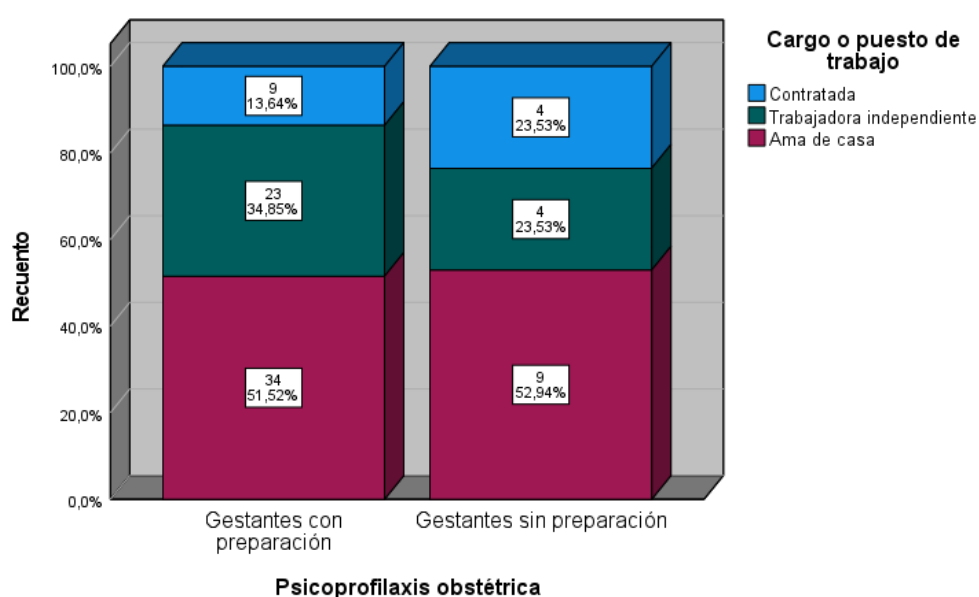


Gráfico 4. Cargo o puesto de trabajo de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 4. Dentro del grupo poblacional de 66 gestantes con preparación psicoprofiláctica, se destaca que el 51.52% de estas mujeres se dedican a las labores del hogar, el 34.85% son trabajadoras independientes y el 13.64% forman parte de un grupo laboral con contratación. Por otro lado, al contrastar este grupo con las gestantes que no participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, se evidencia que el 52.94% de estas últimas son amas de casa, seguido por un 23.53% de trabajadoras independientes y otro 23.53% que son usuarias con contrato laboral.

4.1.2. COMPLICACIONES MATERNAS

Tabla 5. Embarazo prolongado como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

COMPLICACIONES MATERNAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Embarazo prolongado	N	%	N	%
Presentó	12	18.18	4	23.53
No presentó	54	81.82	13	76.47
Total	66	100	17	100

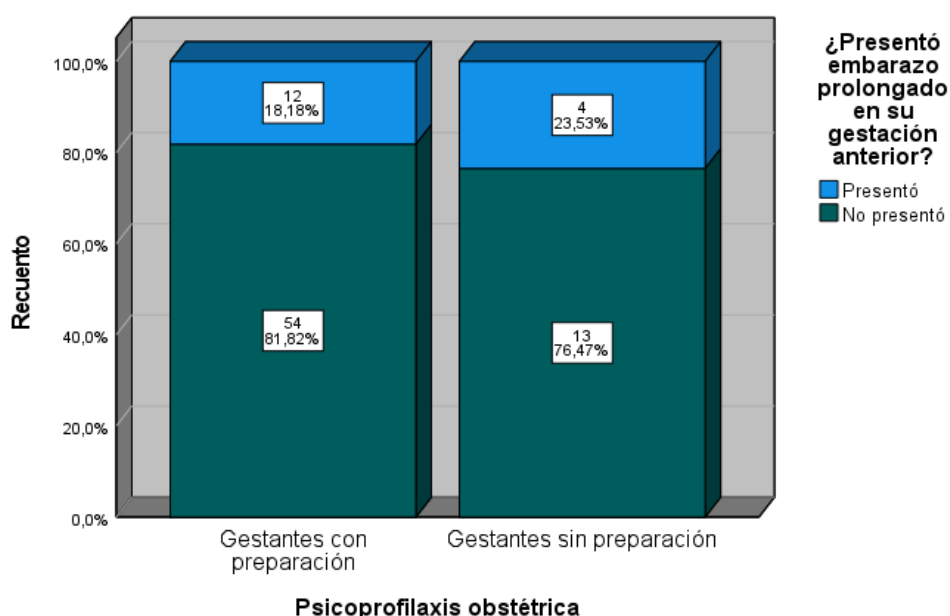


Gráfico 5. Embarazo prolongado como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 5. Se destaca que de las 66 gestantes que participaron en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 81.82% no registró antecedentes de embarazo prolongado, mientras que el 18.18% experimentó una prolongación en la duración de su embarazo. En contraste, entre las 17 gestantes sin preparación psicoprofiláctica, se observa que el 76.47% no presentó este diagnóstico, pero un 23.53% sí experimentó un embarazo prolongado.

Tabla 6. Sucesos de preeclampsia como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

COMPLICACIONES MATERNAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Sucesos de Preeclampsia	N	%	N	%
Presentó	12	18.18	0	0.00
No presentó	54	81.82	17	100.00
Total	66	100	17	100

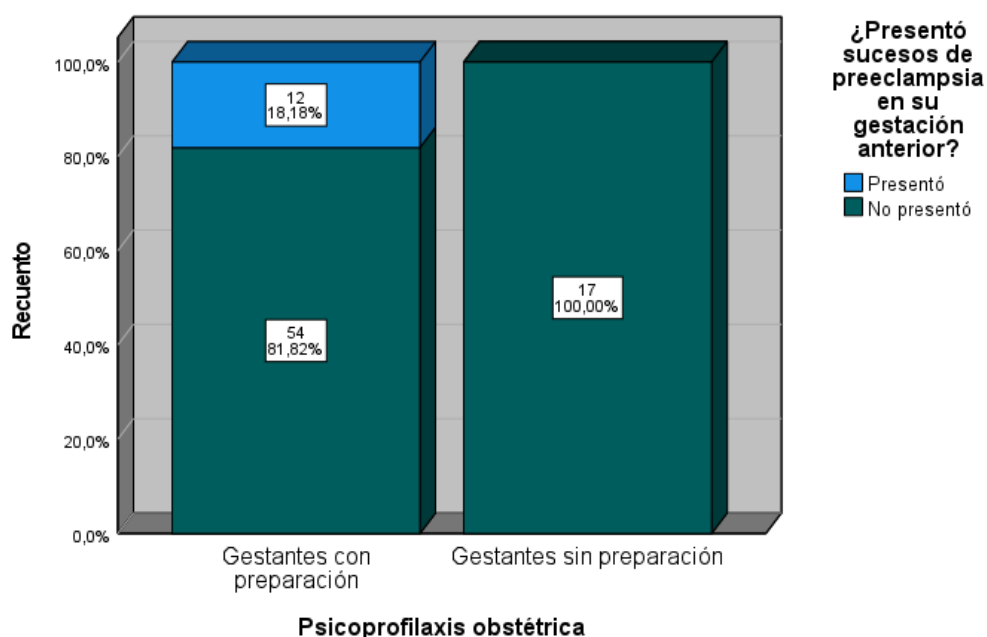


Gráfico 6. Sucesos de preeclampsia como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 6. Basándonos en los datos recopilados de la muestra y centrándonos en las 66 gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica, se constata que el 81.82% no mostró antecedentes de preeclampsia, en contraste con el 18.18% que sí presentó tales antecedentes. Por otro lado, entre las 17 gestantes que no participaron en sesiones de psicoprofilaxis, se observa que la totalidad de este grupo (100.00%), no registró la presencia de dicha patología.

Tabla 7. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

COMPLICACIONES MATERNAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
	N	%	N	%
Desprendimiento prematuro de placenta (DPP)				
Presentó	0	0.00	0	0.00
No presentó	66	100.00	17	100.00
Total	66	100	17	100

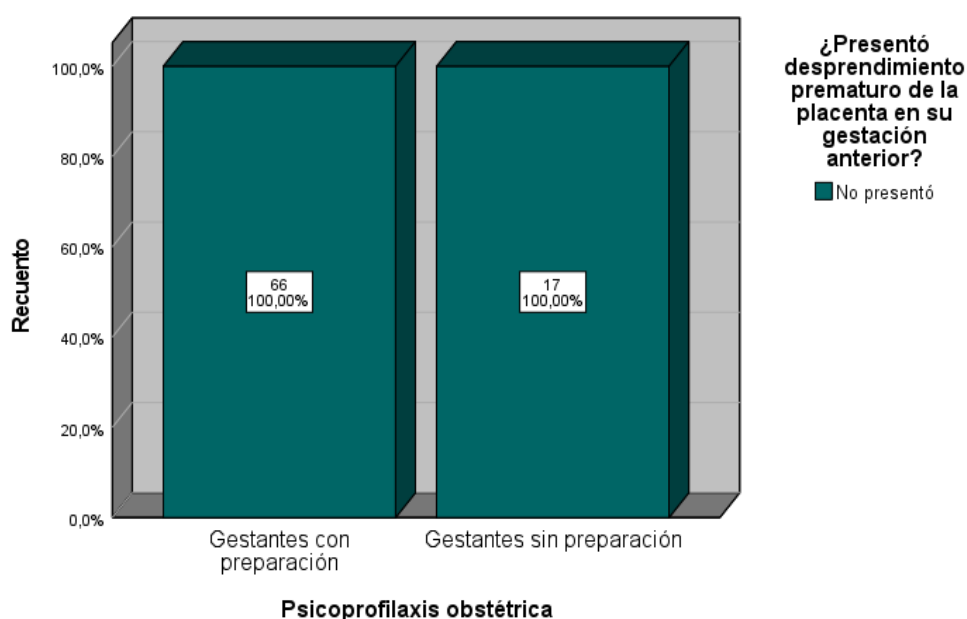


Gráfico 7. Desprendimiento prematuro de placenta (DPP) como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 7. A través de valores estadísticos, se destaca que entre las 66 gestantes que se sometieron a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), la totalidad, es decir, el 100.00%, no experimentó desprendimiento prematuro de placenta (DPP) como antecedente. De manera similar, en el grupo de gestantes (17) que no participó en ninguna sesión de psicoprofilaxis, también se observa que el 100.00% no presentó desprendimiento prematuro de placenta como antecedente a su gestación actual.

Tabla 8. Ruptura prematura de membranas (RPM) como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

COMPLICACIONES MATERNAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Ruptura prematura de membranas (RPM)	N	%	N	%
Presentó	23	34.85	5	29.41
No presentó	43	65.15	12	70.59
Total	66	100	17	100

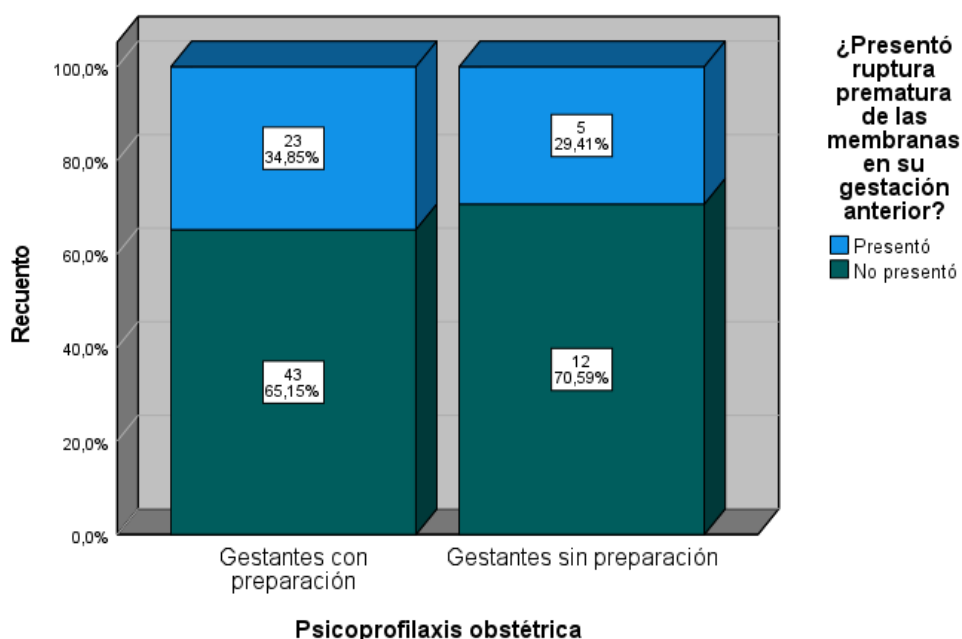


Gráfico 8. Ruptura prematura de membranas (RPM) como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 8. Se evidencia que entre las 66 usuarias gestantes que participaron en alguna sesión de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 66.15% no experimentó ruptura prematura de membranas, mientras que el 34.85% sí presentó dicha patología. Contrariamente, en las 17 gestantes que no se sometieron a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 70.59% no registró ruptura prematura de membranas (RPM), aunque el 29.41% sí la experimentó.

Tabla 9. Prolapso de cordón umbilical como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

COMPLICACIONES MATERNAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Prolapso de cordón umbilical	N	%	N	%
Presentó	0	0.00	0	0.00
No presentó	66	100.00	17	100.00
Total	66	100	17	100

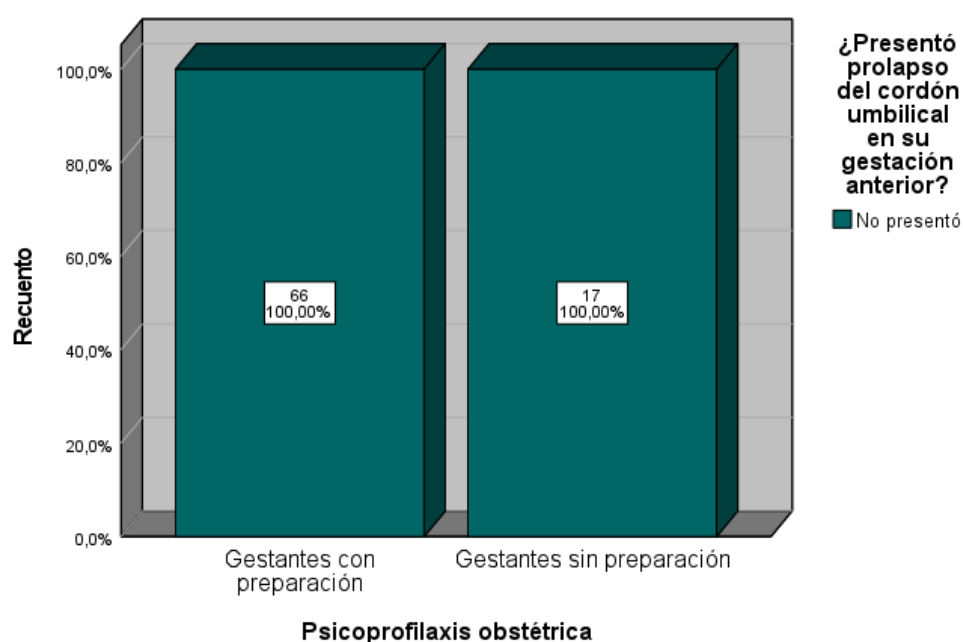


Gráfico 9. Prolapso de cordón umbilical como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: De la tabla y gráfico 9. Se destaca que tanto en el grupo de mujeres que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (66) como en aquellas que no lo hicieron (17), el 100% de ellas, en su totalidad, no presentó prolapso de cordón como antecedente en su gestación actual.

Tabla 10. Distocia de hombros como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

COMPLICACIONES MATERNAS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Distocia de hombros	N	%	N	%
Presentó	0	0.00	0	0.00
No presentó	66	100.00	17	100.00
Total	66	100	17	100

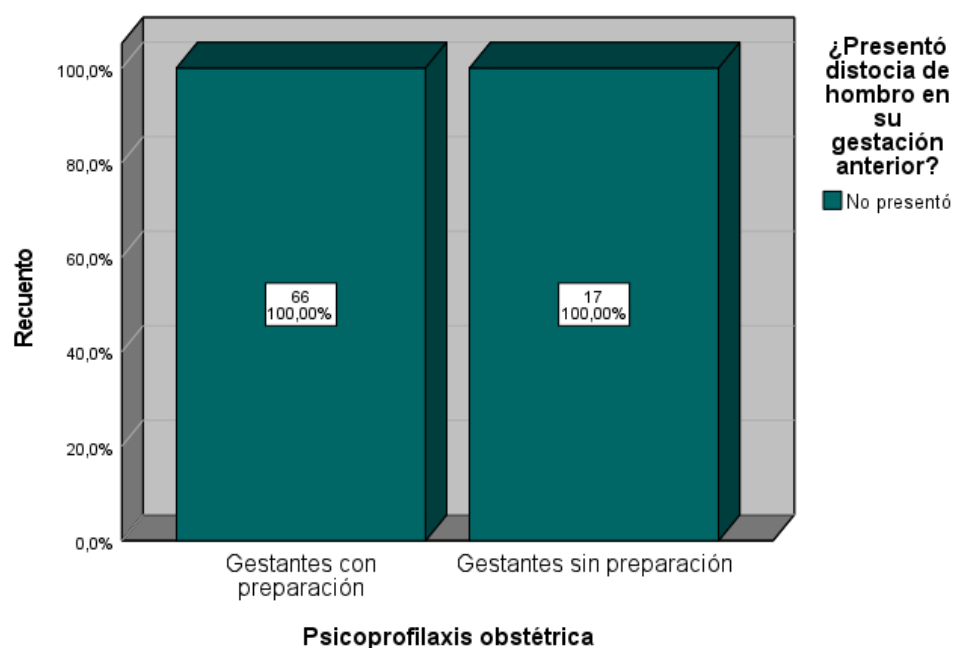


Gráfico 10. Distocia de hombros como antecedente en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 10. Se aprecia que entre las 66 gestantes que asistieron a sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), representando el 100.00%, ninguna de ellas registró antecedentes de distocia de hombros. De manera análoga, en el grupo de gestantes que no participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (17), el 100.00% también careció de antecedentes de distocia de hombros en sus gestaciones.

4.1.3. DATOS DE LA PSICOPROFILAXIS EN GESTANTE

Tabla 11. Noción sobre las técnicas y ejercicio de relajación, respiración y gimnasia prenatal en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

DATOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO)	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Noción de realización	N	%	N	%
Si	26	39.39	11	64.71
No	40	60.61	16	35.29
Total	66	100	17	100

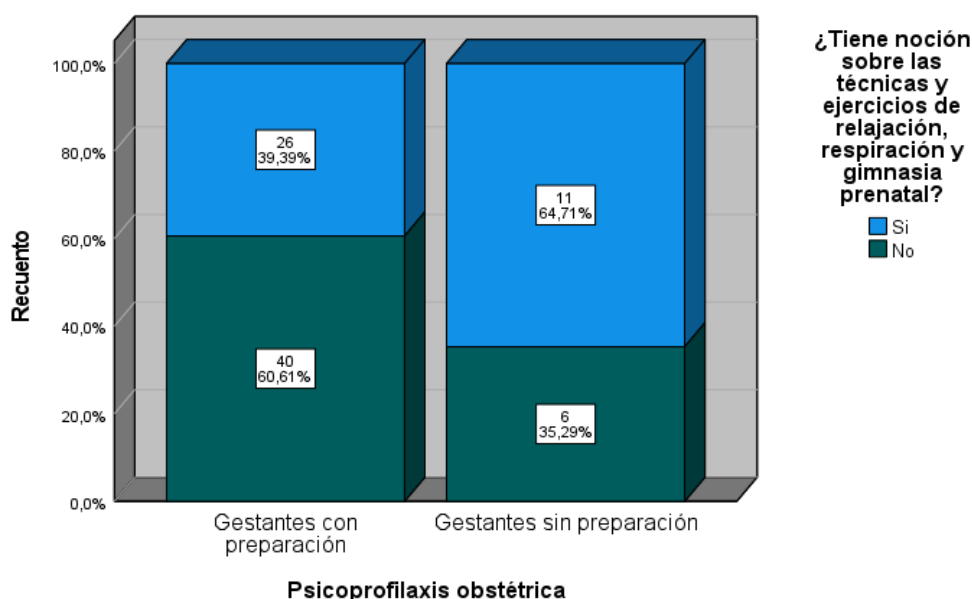


Gráfico 11. Noción sobre las técnicas y ejercicio de relajación, respiración y gimnasia prenatal en las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 11. Se resalta que, entre las 66 gestantes que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 60.61% no tenía conocimientos previos sobre las técnicas y ejercicios de relajación, respiración y gimnasia prenatal, mientras que el 39.39% sí los tenía. Por otro lado, en las gestantes que no asistieron a sesiones de control psicoprofiláctica (17), el 64.71% ya estaba familiarizado con estas técnicas, pero el 35.29% carecía de conocimiento sobre el tema en mención.

Tabla 12. Asistencia al programa de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

DATOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO)	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Asistencia	N	%	N	%
Ninguna	0	0.00	17	100.00
De 1 a 3 sesiones	8	12.12	0	0.00
De 4 a 5 sesiones	28	42.42	0	0.00
Mayor o igual de 6 sesiones	30	45.45	0	0.00
Total	66	100	17	100

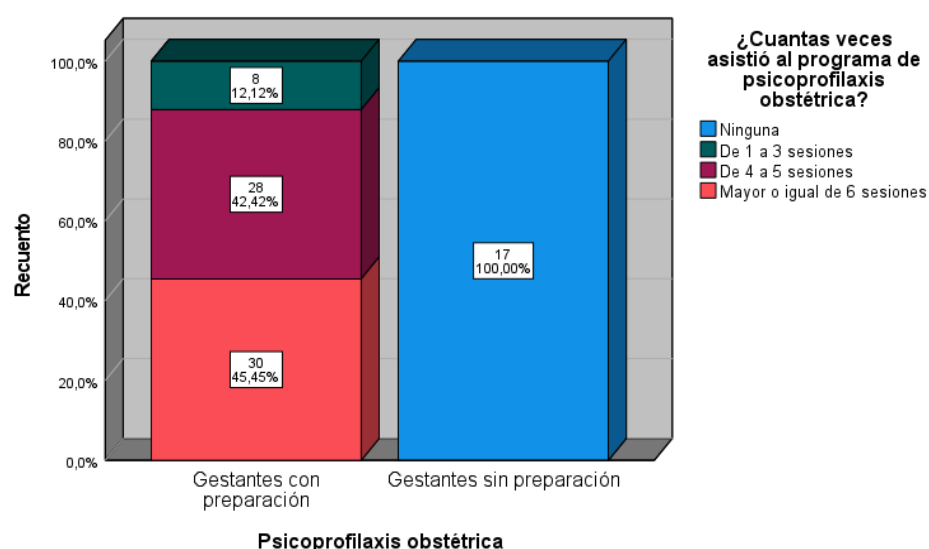


Gráfico 12. Asistencia al programa de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: De la tabla y gráfico 12. A partir de la observación directa de los datos presentados, se destaca que entre las 66 gestantes que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 45.45% completó 6 sesiones o más, seguido por un 42.42% que asistió a 4 o 5 sesiones, y solo el 12.12% participó en 1 a 3 sesiones. En contraste, se observa que el 100.00% de las gestantes que no asistieron a estas sesiones psicoprofilácticas no registró ninguna participación en dicho programa.

Tabla 13. Acompañamiento a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

DATOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA (PPO)	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Acompañamiento	N	%	N	%
No aplica	0	0.00	17	100.00
Sola	40	60.61	0	0.00
Pareja	26	39.39	0	0.00
Otro familiar	0	0.00	0	0.00
Total	66	100	17	100

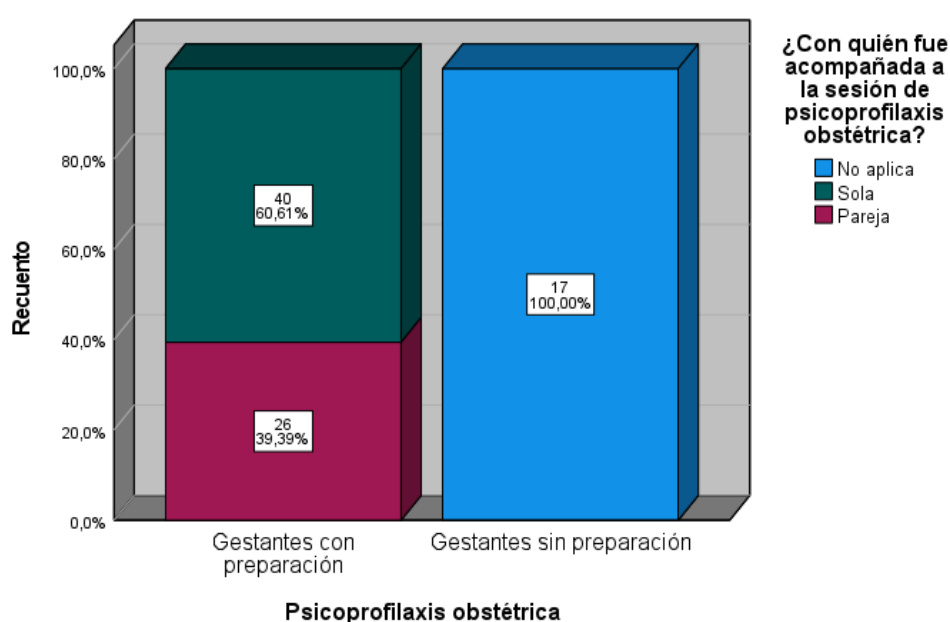


Gráfico 13. Acompañamiento a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: De la tabla y gráfico 13. Se destaca que de las 66 gestantes que participaron en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, el 60.61% asistió de manera individual, mientras que el 39.39% se presentó acompañada por su pareja. En contraste, entre las gestantes que no participaron en estas sesiones, el 100.00% de ellas no se involucró en ninguna sesión.

4.1.4. BENEFICIOS MATERNOS

Tabla 14. Duración del periodo de dilatación de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS MATERNOS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Tiempo de dilatación	N	%	N	%
Menor de 8 horas	31	46.97	2	11.76
Entre 8 y 10 horas	32	48.48	1	5.88
Mayor de 10 horas	3	4.55	14	82.35
Total	66	100	17	100

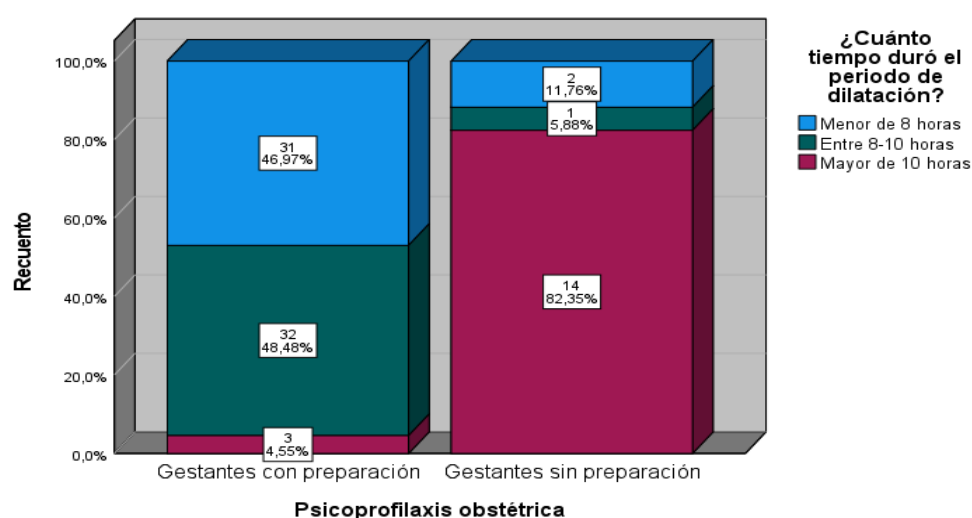


Gráfico 14. Duración del periodo de dilatación de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 14. Se evidencia que dentro del grupo muestral de las 66 gestantes que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, el 48.48% experimentó un periodo de dilatación de 8 a 10 horas, seguido por un 46.97% con una duración menor de 8 horas y un 4.55% con una duración mayor de 10 horas. En contraste, entre las 17 gestantes que no participaron en sesiones psicoprofilácticas, destaca un 82.35% con una duración de dilatación mayor de 10 horas, un 11.76% con una duración menor de 8 horas y un 5.88% con una duración entre 8 y 10 horas, respectivamente.

Tabla 15. Duración del periodo expulsivo en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS MATERNOS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Tiempo del periodo expulsivo	N	%	N	%
Menor de 16 minutos	38	57.58	0	0.00
Entre 16 a 30 minutos	25	37.88	2	11.76
Mayor de 30 minutos	3	4.55	15	88.24
Total	66	100	17	100

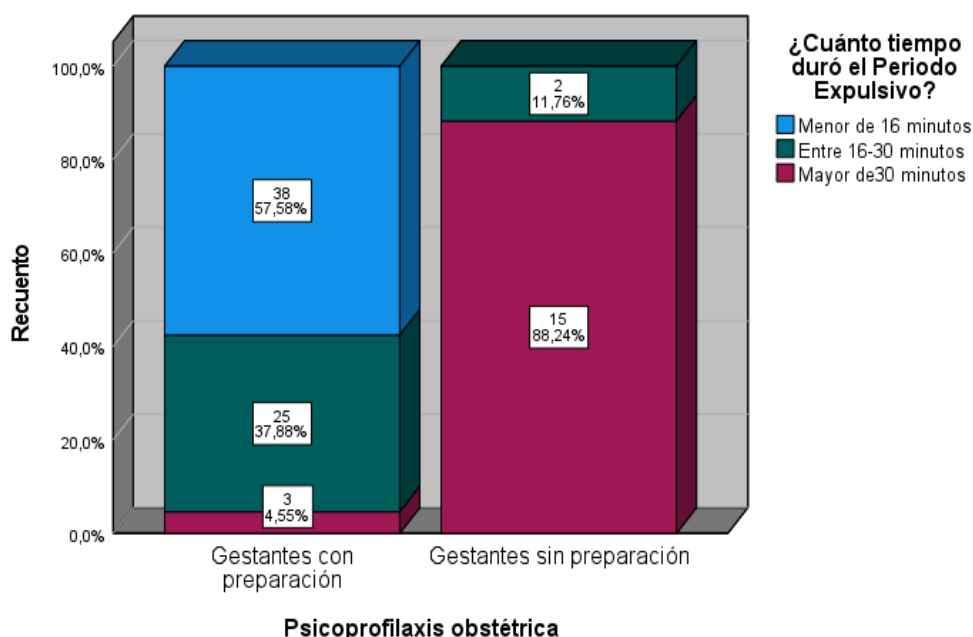


Gráfico 15. Duración del periodo expulsivo en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 15. Se destaca que entre las 66 gestantes que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, el 57.58% experimentó un periodo expulsivo de menos de 16 minutos, seguido por el 37.88% con una duración entre 16 y 30 minutos, y solo el 4.55% con un tiempo superior a 30 minutos. En contraste, entre las pacientes que no participaron en sesiones psicoprofilácticas (17), resalta el 88.24% con un periodo expulsivo que superó los 30 minutos, y solo el 11.76% con una duración entre 16 y 30 minutos, respectivamente.

Tabla 16. Duración del periodo de alumbramiento en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS MATERNOS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Tiempo del periodo alumbramiento	N	%	N	%
Menor de 6 minutos	27	40.91	0	0.00
Entre 6 a 15 minutos	36	54.55	3	17.65
Entre 16 a 30 minutos	1	1.52	7	41.18
Mayor de 30 minutos	2	3.03	7	41.18
Total	66	100	17	100

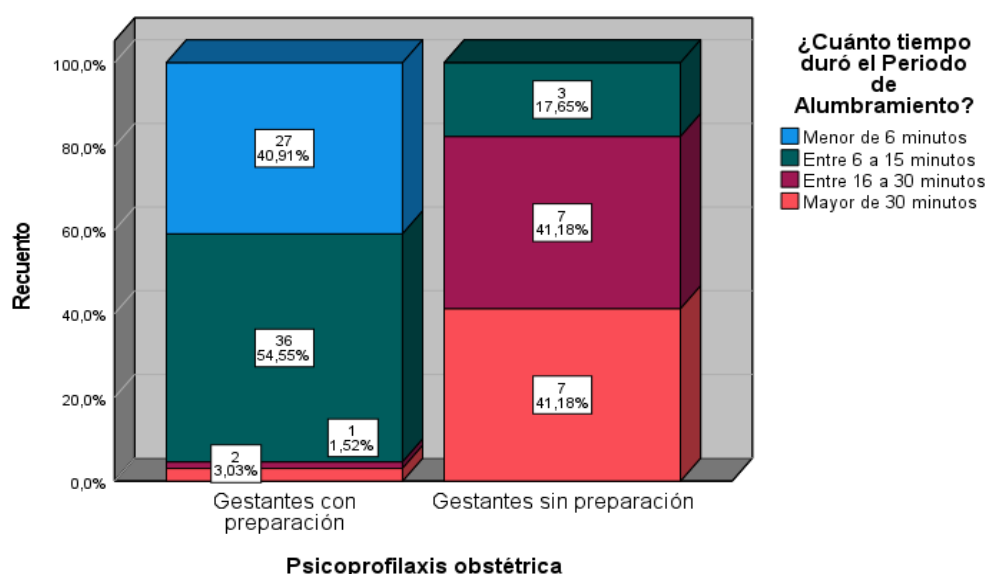


Gráfico 16. Duración del periodo de alumbramiento en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 16. Se destaca que de las 66 pacientes que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), el 54.55% experimentó un periodo de alumbramiento de 6 a 15 minutos, seguido por el 40.91% con una duración inferior a 6 minutos, el 3.03% con un tiempo superior a 30 minutos y el 1.52% con una duración entre 16 y 30 minutos. Por otro lado, entre las 17 pacientes que no participaron en estas sesiones, se observa que el 41.18% tuvo periodos entre 16 y 30 minutos, así como más de 30 minutos, mientras que solo el 17.65% experimentó un tiempo de alumbramiento de 6 a 15 minutos.

Tabla 17. Tiempo total de trabajo de parto de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS MATERNOS	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Tiempo total de trabajo de parto	N	%	N	%
Menor a 8 horas	27	40.91	0	0.00
Entre 8 a 10 horas	36	54.55	3	17.65
Mayor de 11 horas	1	1.52	7	41.18
Total	66	100	17	100

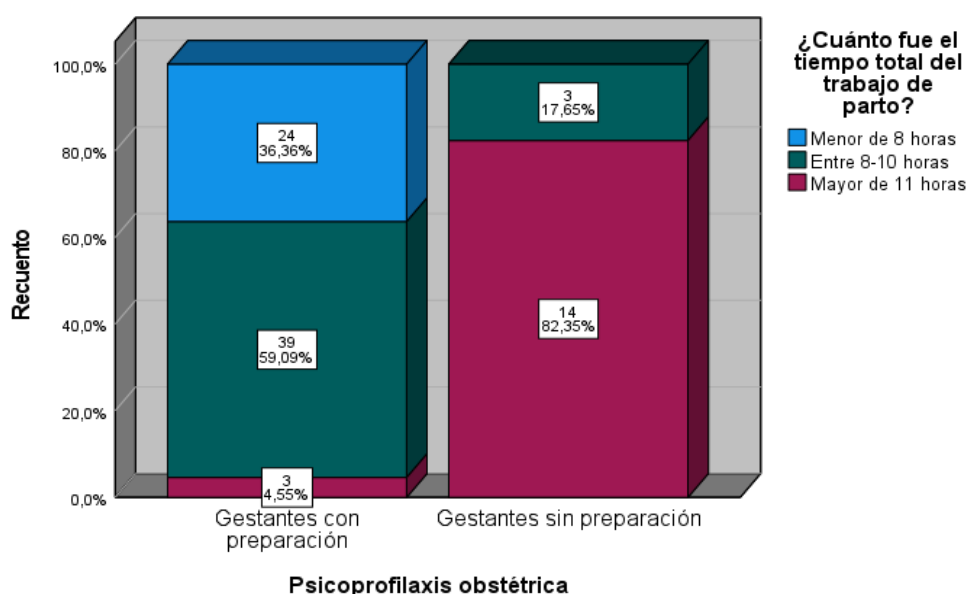


Gráfico 17. Tiempo total de trabajo de parto de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 17, basándonos en la muestra recopilada y en relación con las 66 pacientes que participaron en sesiones educativas de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), se observa que el 59.09% experimentó un tiempo total de trabajo de parto de entre 8 a 10 horas, seguido por el 36.36% con una duración menor de 8 horas, y solo el 4.55% con más de 11 horas. Contrariamente, entre las 17 gestantes que no asistieron a ninguna sesión psicoprofiláctica, destaca el 82.35% con un tiempo total de trabajo de parto superior a 11 horas y el 17.65% con una duración entre 8 a 10 horas, respectivamente.

4.1.5. BENEFICIOS PERINATALES

Tabla 18. Apgar al minuto de recién nacidos de gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS PERINATALES	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
APGAR al minuto	N	%	N	%
De 4 a 6 puntos	0	0.00	0	0.00
7 puntos	0	0.00	14	82.35
De 8 a 10 puntos	66	100.00	3	17.65
Total	66	100	17	100

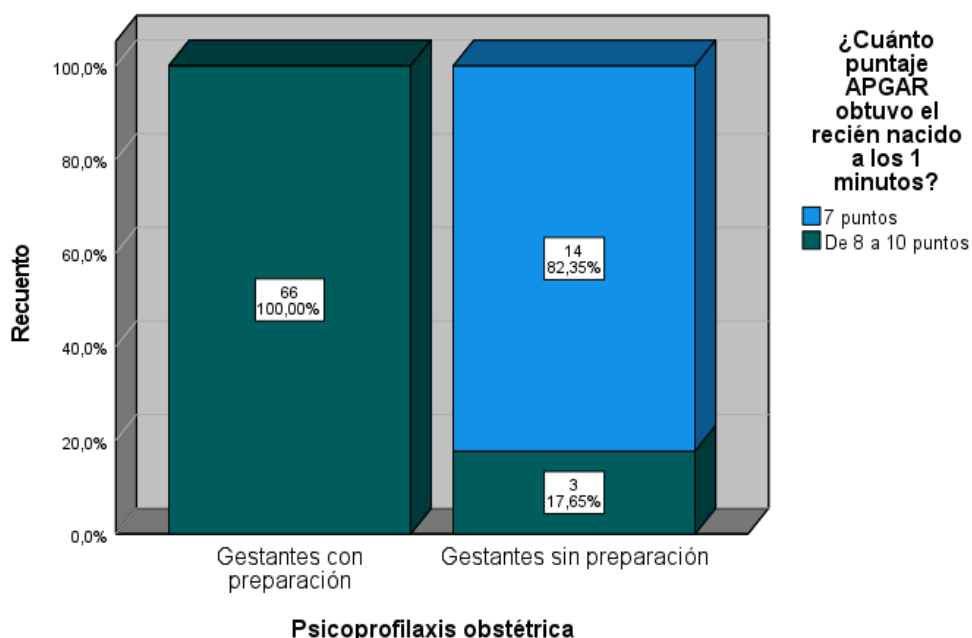


Gráfico 18. Apgar al minuto de recién nacidos de gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 18, según los datos de las 66 usuarias que participaron en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, se observa que el 100.00%, es decir, la totalidad, obtuvo un puntaje APGAR al minuto entre 8 y 10 puntos. Por otro lado, entre las 17 gestantes que no participaron en estas sesiones, destaca que el 82.35% obtuvo un puntaje APGAR de 7 puntos, mientras que solo el 17.65% alcanzó un puntaje de 8 a 10 puntos.

Tabla 19. Apgar a los cinco minutos de recién nacidos de gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS PERINATALES	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
APGAR a los cinco minutos	N	%	N	%
De 4 a 6 puntos	0	0.00	0	0.00
7 puntos	0	0.00	10	58.82
De 8 a 10 puntos	66	100.00	7	41.18
Total	66	100	17	100

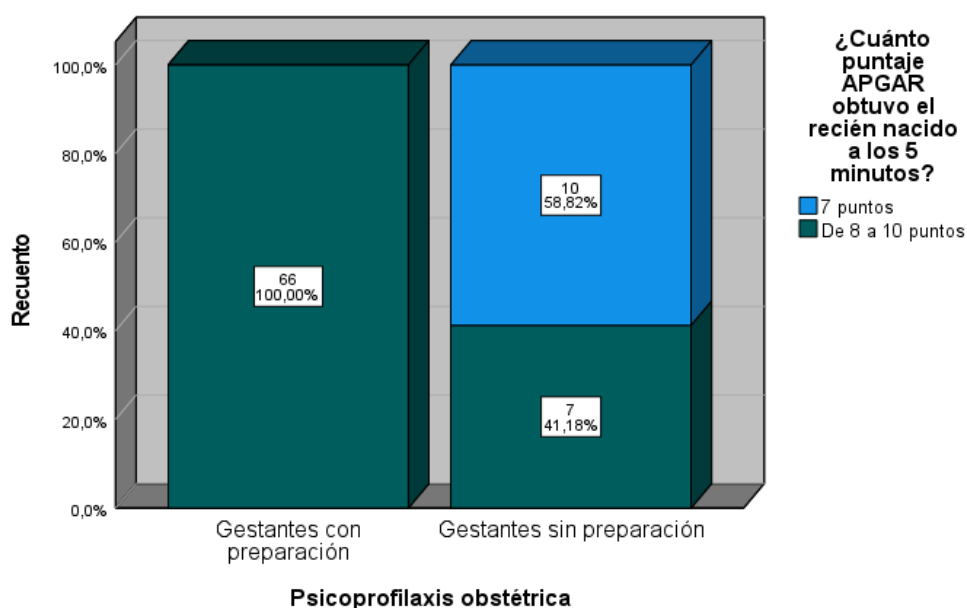


Gráfico 19. Apgar a los cinco minutos de recién nacidos de gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 19, se destaca que el 100.00% de los recién nacidos de las 66 gestantes que recibieron sesiones psicoprofilácticas obtuvo un puntaje APGAR a los cinco minutos de 8 a 10 puntos. En contraste, entre las 17 gestantes que no participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO), resalta que el 58.82% de los recién nacidos obtuvo un puntaje de 7 puntos, mientras que el 41.18% obtuvo un puntaje de 8 a 10 puntos APGAR respectivamente.

Tabla 20. Peso del recién nacido en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS PERINATALES	Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO)			
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis	
Peso del recién nacido	N	%	N	%
Menor de 2500	0	0.00	0	0.00
Entre 2500 a 2999 gramos	7	10.61	5	29.41
Entre 3000 a 3999 gramos	59	89.39	12	70.59
Mayor o igual de 4000 gramos	0	0.00	0	0.00
Total	66	100	17	100

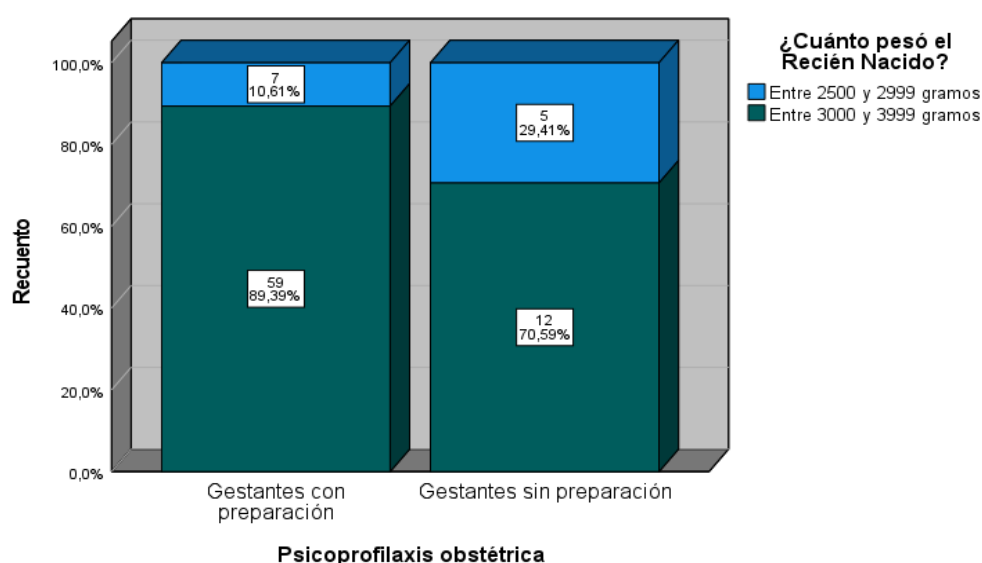


Gráfico 20. Peso del recién nacido en gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

Interpretación: En la tabla y gráfico 20, se destaca que de las 66 usuarias que participaron en las sesiones psicoprofilácticas, el 89.39% tuvo recién nacidos con peso adecuado, es decir, entre 3000 y 3999 gramos. En contraste, el 10.61% de los recién nacidos de este grupo presentó un peso inadecuado, entre 2500 y 2999 gramos. Por otro lado, entre las 17 gestantes que no recibieron sesiones de psicoprofilaxis, se observa que el 70.59% de los recién nacidos tuvo un peso adecuado (3000 a 3999 gramos), mientras que el 29.41% presentó un peso inadecuado, entre 2500 y 2999 gramos, respectivamente.

4.2. RESULTADOS INFERENCIALES

4.2.1. PRUEBAS DE NORMALIDAD

Tabla 21. Prueba de normalidad de la variable beneficios maternos de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS MATERNOS	Prueba de normalidad					
	Kolmogorov - Smirnov ^a			Shapiro - Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Dilatación	255	83	<.001	793	83	<.001
Expulsión	289	83	<.001	773	83	<.001
Alumbramiento	290	83	<.001	806	83	<.001
Tiempo total de trabajo de parto	259	83	<.001	804	83	<.001

En la tabla 21, se observa que los niveles de significación de las pruebas de Kolmogorov - Smirnov^a es de <.001, por lo tanto, podemos afirmar que la variable beneficios maternos de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica es no normal (los datos no siguen una distribución normal), tal y como se estructura de la siguiente manera:

1. Planteamiento de la hipótesis de normalidad
Ho: Los datos siguen una distribución normal
Hi: Los datos no siguen una distribución normal
2. Estadística de prueba
Si P valor (sig) < 0.05: Se rechaza la Hipótesis nula (Ho)
Si P valor (sig) ≥ 0.05: Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna (Hi)

Por lo tanto, podemos afirmar que la variable beneficios maternos, no siguen una distribución normal, afirmando que es una prueba no paramétrica.

Tabla 22. Prueba de normalidad de la variable beneficios perinatales de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS PERINATALES	Prueba de normalidad					
	Kolmogorov - Smirnov ^a			Shapiro - Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
APGAR al minuto	,504	83	<.001	,452	83	<.001
APGAR a los 5 minutos	,523	83	<.001	,380	83	<.001
Peso del recién nacido	,514	83	<.001	,418	83	<.001

En la Tabla 22, se aprecia que los niveles de significación obtenidos mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov son <.001. Por consiguiente, podemos afirmar que la variable de beneficios maternos en gestantes, ya sea con o sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica, no sigue una distribución normal. Este hallazgo se presenta de la siguiente manera:

1. Planteamiento de la hipótesis de normalidad
Ho: Los datos siguen una distribución normal
Hi: Los datos no siguen una distribución normal
2. Estadística de prueba
Si P valor (sig) < 0.05: Se rechaza la Hipótesis nula (Ho)
Si P valor (sig) ≥ 0.05: Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna (Hi).

Por lo tanto, podemos afirmar que la variable beneficios perinatales, no siguen una distribución normal, afirmando que es una prueba no paramétrica.

Tabla 23. Prueba de normalidad de la variable Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) de las gestantes con y sin preparación en psicoprofilaxis en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	Prueba de normalidad					
	Kolmogorov - Smirnov ^a			Shapiro - Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Psicoprofilaxis obstétrica	,488	83	<.001	,495	83	<.001

En la Tabla 23, se aprecia que los niveles de significación obtenidos mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnov son <.001. En conclusión, podemos afirmar que la variable de Psicoprofilaxis obstétrica (PPO) en gestantes, ya sea con o sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica, no tiene una distribución normal. Por consiguiente, este hallazgo se presenta de la siguiente manera:

1. Planteamiento de la hipótesis de normalidad
Ho: Los datos siguen una distribución normal
Hi: Los datos no siguen una distribución normal
2. Estadística de prueba
Si P valor (sig) < 0.05: Se rechaza la Hipótesis nula (Ho)
Si P valor (sig) ≥ 0.05: Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna (Hi)

Por lo tanto, podemos afirmar que la variable Psicoprofilaxis obstétrica (PPO), no siguen una distribución normal, afirmando que es una prueba no paramétrica.

4.3. CONTRASTACIÓN Y PRUEBA DE HIPÓTESIS

Tabla 24. Beneficios maternos de la Psicoprofilaxis en gestantes con y sin preparación psicoprofiláctica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS MATERNOS	Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)				X²	P valor
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis			
	N	%	N	%		
Tiempo de dilatación						
Menor de 8 horas	31	46.91	2	11.76	50.341	<.001
Entre 8 y 10 horas	32	48.48	1	5.88		
Mayor de 10 horas	3	4.55	14	82.35		
Tiempo del periodo expulsivo						
Menor de 16 minutos	38	57.58	0	0.00	56.280	<.001
Entre 16 y 30 minutos	25	37.88	2	11.76		
Mayor de 30 minutos	3	4.55	15	88.24		
Tiempo de alumbramiento						
Menor de 6 minutos	27	40.91	0	0.00	51.074	<.001
Entre 6 a 15 minutos	36	54.55	3	17.65		
Entre 16 a 30 minutos	1	1.52	7	41.18		
Mayor de 30 minutos	2	3.03	7	41.18		
Tiempo total de trabajo de parto						
Menor de 8 horas	24	36.36	0	0.00	50.727	<.001
Entre 8 a 10 horas	39	59.09	3	17.65		
Mayor de 11 horas	3	4.55	14	82.35		
TOTAL	66	100.0	17	100.0		

Los datos estadísticos de ambas variables, beneficios maternos y psicoprofilaxis obstétrica (PPO), fueron tratados con posible relación causal habiendo sido determinada por el valor Chi-Cuadrado. Los resultados mostraron que el tiempo de dilatación, el tiempo del período expulsivo, el tiempo del parto y el tiempo total del trabajo de parto mostraron un valor P inferior a 0,001, que es un resultado significativamente inferior a la evaluación estadística de confianza $\alpha=0,05$. Se trata de un dato importante a la hora de contrastar las hipótesis. Por lo tanto, existe una diferencia sustancial entre los dos grupos, lo que equivale a decir que existe una conexión entre las ventajas maternas y las mujeres embarazadas que han recibido preparación psicoprofiláctica.

Tabla 25. Beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes con y sin preparación psicoprofiláctica en el Centro de Salud Las Moras, julio a diciembre del año 2022

BENEFICIOS PERINATALES	Psicoprofilaxis obstétrica (PPO)				χ ²	P valor
	Gestantes con psicoprofilaxis		Gestantes sin psicoprofilaxis			
	N	%	N	%		
APGAR al minuto						
De 4 a 6 puntos	0	0.00	0	0.00	65.381	<.001
7 puntos	0	0.00	14	82.35		
De 8 a 10 puntos	66	100	3	17.65		
APGAR a los cinco minutos						
De 4 a 6 puntos	0	0.00	0	0.00	44.142	<.001
7 puntos	0	0.00	10	58.82		
De 8 a 10 puntos	66	100	7	41.18		
Peso del recién nacido						
Menor de 2500 gramos	0	0.00	0	0.00	3.866	0.049
Entre 2500 y 2999 gramos	7	10.61	5	29.41		
Entre 3000 y 3999 gramos	59	89.39	12	70.59		
Mayor o igual de 4000 gramos	0	0.00	0	0.00		
TOTAL	66	100.00	17	100.00		

Al llevar a cabo el proceso de comprobación de la hipótesis, es de suma importancia destacar el hecho de que los datos estadísticos de ambas variables, ventajas perinatales y psicoprofilaxis obstétrica (PPO), se analizaron con la posibilidad de una relación causal. Así lo determinó el valor de Chi-Cuadrado, que identificó el APGAR al minuto ($p < 0,001$), el APGAR a los cinco minutos ($p < 0,001$) y el peso del recién nacido ($p = 0,049$), indicando una valoración estadística de confianza inferior a $\alpha = 0,05$. Por lo tanto, existe una diferencia significativa entre los dos grupos de observación, que son las gestantes que han recibido preparación psicoprofiláctica y las gestantes que no han recibido dicha preparación. Esto lleva a la conclusión de que existe una conexión entre los beneficios perinatales y las mujeres embarazadas que han recibido preparación psicoprofiláctica.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1 CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

El propósito de este estudio fue investigar las ventajas maternas y perinatales de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes que recibían tratamiento en el establecimiento de salud Las Moras durante los meses de julio y diciembre de 2022. El proceso de planificación, realización de trabajo de campo, procesamiento de datos, realización de análisis inferencial y comprobación de hipótesis estadísticas permitió concluir que existe una diferencia significativa en los beneficios maternos y perinatales que experimentan las gestantes que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) frente a las que no participaron en estas sesiones. Como resultado de la aceptación de la hipótesis alternativa (H_i : Existen ventajas tanto maternas como perinatales de la psicoprofilaxis obstétrica en mujeres embarazadas) y el rechazo de la hipótesis nula, este hallazgo está respaldado por un valor p que es menor o igual a 0,05.

Como consecuencia de ello, se ha establecido que un mayor número de sesiones de psicoprofilaxis está relacionado con la mejora de los beneficios maternos, como la disminución de la duración de la dilatación, el expulsivo, el parto y el tiempo total de trabajo de parto, así como de los beneficios perinatales, que incluyen una mejora de la puntuación APGAR de los recién nacidos al minuto y a los cinco minutos del nacimiento.

Un ejemplo destacado es el estudio de García et al. ⁽¹⁰⁾, que respalda los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica (PPO) tanto para la gestante como para el bebé. Este trabajo evidencia que una gestante debidamente preparada se convierte en una colaboradora comprometida, y resalta la importancia de la participación activa del padre, contribuyendo así a lograr una mayor armonía familiar.

Asimismo, Céspedes. ⁽¹³⁾ concluye que la aplicación de psicoprofilaxis durante el embarazo no solo mejora el desarrollo del parto, sino que también incrementa la satisfacción materna respecto al proceso de parto, sin generar complicaciones para la madre ni el bebé.

Toro. ⁽¹⁵⁾ contribuye a la consolidación de estas ideas profundizando en las ventajas que la psicoprofilaxis obstétrica ofrece a la madre. En estas ventajas se incluyen tanto la duración de la fase latente de dilatación, que osciló entre 8 y 12 horas (96,43%), como la duración de la fase activa, que osciló entre 6 y 8 horas (96,43%). Además, se observó que la duración de la segunda fase del parto fue de cincuenta minutos (67,86%), y destacó la ausencia de desgarros perineales (96,43%). Al igual que en el punto anterior, las ventajas para el bebé quedan subrayadas por la obtención de puntuaciones APGAR al minuto y a los cinco minutos entre 7 y 10 (100,00% para ambas instancias), así como por la presencia de líquido amniótico claro en todos los casos (100,00%). Los resultados de este estudio aportan pruebas de que la psicoprofilaxis obstétrica es eficaz no sólo para la madre, sino también para la salud general y la felicidad del lactante.

De manera similar, según Balladares ⁽¹⁶⁾, el 88% de las gestantes que participaron del programa de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron un parto libre de complicaciones. Como observación similar, se encontró que 72 por ciento de los bebés tuvieron un puntaje APGAR normal después de un minuto, y 81 por ciento de ellos tuvieron un puntaje normal a los cinco minutos. Una posible explicación de estos resultados es que no hubo problemas durante todo el proceso del parto.

Al igual que Híjar. ⁽¹⁷⁾ las investigaciones examinadas han demostrado una notable disminución del tiempo de duración de las fases del parto, incluyendo tanto la Fase Latente como la Fase Activa, así como el Periodo Expulsivo respectivamente. En cuanto a las ventajas de los cuidados perinatales, se destaca que la puntuación de Apgar que se alcanza tiene un efecto beneficioso sobre la salud del periodo perinatal.

Por ejemplo en el estudio de Antonio, ⁽²⁰⁾ constató que durante todo el tiempo activo, el veinte por ciento de los sujetos no tuvo ninguna dificultad derivada de la afección. El sesenta y dos por ciento de las nulíparas que habían recibido cuatro o más sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante la segunda fase del parto tuvieron una duración inferior a cincuenta minutos, y el noventa y tres por ciento de ellas no tuvieron ninguna dificultad. Del mismo modo, durante la fase del parto, el 76,1% de las nulíparas que tuvieron cuatro

o más sesiones de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración inferior a quince minutos. Después de realizar un análisis de los datos recogidos, se descubrió que sólo existía una relación estadísticamente significativa entre la duración de la segunda y tercera fases del parto y la psicoprofilaxis obstétrica administrada.

En última instancia, Laureano ⁽²¹⁾ señala que 62,9% de las gestantes que concluyeron las seis sesiones de psicoprofilaxis no sólo soportaron un desarrollo adecuado de la fase activa del trabajo de parto, sino que lograron una reducción considerable del tiempo de expulsión del feto.

Es por ello que este informe enfatiza la necesidad de incidir en la implementación de medidas y oportunidades para realizar más sesiones psicoprofilácticas no sólo en el centro de salud Las Moras, sino también en establecimientos aledaños y en general. Esto se debe a que el informe demuestra que la psicoprofilaxis obstétrica es un beneficio significativo para el recién nacido durante el período gestacional y después del parto.

En este sentido, se destaca como componente esencial de este estudio la capacidad de realizar una encuesta a las gestantes que acudieron al Centro de Salud Las Moras durante los meses de julio y diciembre de 2022. Fue factible descubrir ventajas tanto maternas como perinatales en aquellas usuarias que participaron en las sesiones de psicoprofilaxis como consecuencia de los resultados que se lograron gracias a los hallazgos. La calidad y la fiabilidad de los datos recogidos se vieron reforzadas por la utilización de un instrumento sometido a pruebas de validez y fiabilidad. Este instrumento se utilizó para determinar e identificar con precisión las variables especificadas.

Es por ello que se aconseja fortalecer y ampliar los esfuerzos y programas de prevención y control de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes. La promoción de una preparación exhaustiva para el parto, la instrucción sobre procedimientos de psicoprofilaxis para las embarazadas, un acceso más amplio y oportuno a las sesiones de psicoprofilaxis y un control prenatal de la salud más estricto son ejemplos de posibles iniciativas que pueden incluirse en esta categoría.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

- 1.** Se ha evidenciado que la psicoprofilaxis obstétrica proporciona beneficios maternos significativos en términos de la duración de cada fase del parto, incluyendo el periodo de dilatación, el tiempo del periodo expulsivo, el periodo de alumbramiento y el tiempo total de trabajo de parto. Las mujeres que participaron en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica presentaron una reducción sustancial en la duración de estos periodos en comparación con el grupo control de gestantes que no recibieron ninguna preparación psicoprofiláctica, demostrando diferencias estadísticas altamente significativas con un valor de $p < 0.05$ entre ambos grupos.
- 2.** En lo que respecta a los beneficios perinatales, específicamente en términos del puntaje Apgar al minuto, el puntaje Apgar a los cinco minutos y el peso del recién nacido, se observaron resultados más favorables en el grupo de gestantes que participaron en sesiones de psicoprofilaxis en comparación con el grupo control que no recibió dichas sesiones. Esta diferencia mostró una significancia estadística con un valor de $p < 0.05$, destacando la influencia positiva de la psicoprofilaxis en estos aspectos perinatales.
- 3.** La psicoprofilaxis obstétrica (PPO), influye de manera significativa, por ende, se pudo constatar que su realización, atrajo beneficios maternos y perinatales a las gestantes del centro de Salud Las Moras, durante periodo de julio a diciembre, 2022.

RECOMENDACIONES

PARA LAS OBSTETRAS DEL CENTRO DE SALUD LAS MORAS

- 1. Promover la Concientización**
 - Educar a las gestantes sobre los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica durante las consultas prenatales, destacando la importancia de la preparación psicológica y física para el parto.
- 2. Integrar Sesiones de Psicoprofilaxis**
 - Incorporar sesiones regulares de psicoprofilaxis obstétrica en los servicios de atención prenatal, facilitando el acceso de las gestantes a esta preparación integral.
- 3. Personalización de las Sesiones**
 - Adaptar las sesiones de psicoprofilaxis a las necesidades individuales de cada gestante, teniendo en cuenta factores emocionales, culturales y de salud específicos.
- 4. Apoyo Continuo**
 - Brindar apoyo continuo durante el proceso de parto, aplicando las técnicas aprendidas en las sesiones de psicoprofilaxis para fomentar un entorno más relajado y positivo.

PARA LAS GESTANTES

- 1. Participación activa**
 - Incentivar la participación activa de las gestantes en las sesiones de psicoprofilaxis y promover su compromiso en la preparación para el parto.
- 2. Comunicación abierta**
 - Fomentar la comunicación abierta con las obstetras, compartiendo cualquier inquietud o pregunta relacionada con el proceso de psicoprofilaxis y el parto.
- 3. Práctica continua en casa**
 - Animar a las gestantes a practicar las técnicas de psicoprofilaxis aprendidas en casa, junto con sus parejas, para fortalecer la preparación y la conexión emocional.
- 4. Participación de las parejas**

- Invitar a las parejas a participar activamente en las sesiones de psicoprofilaxis y alentar su apoyo continuo durante el trabajo de parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 2276-1.pdf [Internet]. [citado el 30 de octubre de 2022]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2276-1.pdf>
2. Hilario MRT. Factores asociados y el cumplimiento de psicoprofilaxis obstétrica en usuarias del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma, 2018 Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado: 2018;99.
3. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz Méd Lima. octubre de 2014;14(4):53–7.
4. TA037_20060144_S.pdf [Internet]. [citado el 31 de octubre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1131/TA037_20060144_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Rodriguez Neira CA. Beneficios materno-perinatales de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes de los consultorios de Medicina Familiar Comunitaria del Centro de Salud Pascuales de febrero del 2017 a junio del 2018. el 17 de diciembre de 2018 [citado el 1 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12205>
6. Vista de Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao [Internet]. [citado el 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/58/pdf>
7. Morales S, García Y, Agurto M, Benavente A. La psicoprofilaxis obstétrica y la estimulación prenatal en diversas regiones del Perú. Horiz Med. :8.
8. Reyes_hl.pdf [Internet]. [citado el 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2985/Reyes_hl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
9. Rivera Trinidad GM, Quispe Atencio LM. Determinantes de riesgo asociados a infección del tracto urinario en adolescentes, Hospital Ernesto Germán Guzmán Gonzáles – Oxapampa, 2018. Univ Nac Daniel Alcides Carrión [Internet]. el 9 de febrero de 2021 [citado el 1 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.undac.edu.pe/handle/undac/2155>

10. García Bellocq M, Peñate Brito J, Sánchez Bermúdez A, Mella Rodríguez A, Estrada García A, García Bellocq M, et al. Consideraciones sobre la psicoprofilaxis obstétrica en la adolescencia. Rev Médica Electrónica. diciembre de 2019;41(6):1550–63.
11. Narváez JAG, Balseca SLA. Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en enfermería. :80.
12. aga1de1.pdf [Internet]. [citado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/667136/aga1de1.pdf?sequence=5.xml>
13. Céspedes Altamirano, M (2023) Psicoprofilaxis en el embarazo para el parto (Tesis de Pregrado) Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.pdf [Internet]. [citado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/10312/1/C%C3%A9spedes%20Altamirano%2C%20M%20%282023%29%20Psicoprofilaxis%20en%20el%20embarazo%20para%20el%20parto%20%28Tesis%20de%20Pregrado%29%20Universidad%20Nacional%20de%20Chimborazo%2C%20Riobamba%2C%20Ecuador.pdf>
14. Proyecto de investigacion.pdf [Internet]. [citado el 18 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32610/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>
15. Toro-Centurión M. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en primigestas atendidas en el Hospital Referencial Ferreñafe, 2019. En.
16. Quevi BLA, Ammy EZAY. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional II–2 Tumbes. Univ Nac Tumbes [Internet]. 2020 [citado el 2 de noviembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/123456789/2194>
17. T061_44035859_S.pdf [Internet]. [citado el 2 de noviembre de 2022]. Disponible en:

https://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/6372/T061_44035859_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. By-Nc-Sa C. Reconocimiento - No comercial - Compartir igual.
19. Aroni DGO. "Nivel de satisfacción sobre el programa de psicoprofilaxis obstétrica en gestantes.
20. Antonio Yalle CE. Psicoprofilaxis obstétrica en el desarrollo del trabajo de parto, en gestantes nulíparas del Hospital II Essalud. Huánuco – 2019. 2021 [citado el 18 de agosto de 2023]; Disponible en: <http://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/6780>
21. Laureano Velasco ÁR. El beneficio de la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes durante la fase activa del trabajo de parto, en el Essalud- Tingo María de octubre a noviembre del 2019. Univ Huánuco [Internet]. 2022 [citado el 2 de noviembre de 2022]; Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/3606>
22. Damas LB, Machado RS, Sinclay AGP, Portales AG, Pérez AS. Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba. Rev Cuba Obstet Ginecol [Internet]. el 5 de enero de 2021 [citado el 7 de noviembre de 2022];46(3). Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/607>
23. Salud Materna y Perinatal [Internet]. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://saludsinaloa.gob.mx/index.php/programas-y-acciones/salud-materna-y-perinatal/>
24. Salud materna [Internet]. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health>
25. 96351.pdf [Internet]. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/4652/3/96351.pdf>
26. Trujillo Cantalicio K. Psicoprofilaxis obstétrica asociada a beneficios materno perinatales en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano marzo 2016 - MARZO 2017. 2019.
27. Norma-tecnica-de-psicoprofilaxis.pdf [Internet]. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://colegiodeobstetras.pe/wp-content/uploads/2018/01/NORMA-TECNICA-DE-PSICOPROFILAXIS.pdf>

28. 198133128.pdf [Internet]. [citado el 7 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/198133128.pdf>
29. Turpo Chipana VM. Beneficios Maternos y Perinatales de la Psicoprofilaxis Obstétrica en Gestantes Atendidas por Parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz -Zamácola, Arequipa Enero - Octubre 2017. 2018.
30. TEXTO PPO-EPN.pdf [Internet]. [citado el 10 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://files.uladech.edu.pe/docente/09400711/Psicoprofilaxis_Obstetrica_y_Estimulacion_Prenatal/Sesion_0/TEXTO%20PPO-EPN.pdf
31. Fernández y Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. Index Enferm. junio de 2013;22(1–2):40–4.
32. Garcia-Maria.pdf [Internet]. [citado el 1 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2015/05/42/Garcia-Maria.pdf>
33. B.2. Fundamento Científico - Psicoprofilaxis Obstétrica [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://sites.google.com/site/psicoprofilaxislm/tema-2/b-1-fundamentos-de-la-ppo/b-2-fundamento-cientifico>
34. Cárdenas H, Erveth M. Sesión de psicoprofilaxis obstétrica “fisiología del parto”. :62.
35. Quispe Y, Nonoy M. Sesión psicoprofilaxis obstétrica. :61.
36. 2915085.pdf.pdf [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://node1.123dok.com/dt02pdf/123dok_es/002/915/2915085.pdf.pdf?X-Amz-Content-Sha256=UNSIGNED-PAYLOAD&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=7PKKQ3DUV8RG19BL%2F20221111%2F%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20221111T064853Z&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Expires=600&X-Amz-Signature=fbb752b6c02463f595c01022ab014d24345169270a1c69c5b26e6a97588ee0bb
37. 1251_2017_pari_flores_nf_facst_obstetricia.pdf [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en:

- http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/3110/1251_2017_pari_flores_nf_facs_obstetricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
38. 63_guiasnac.pdf [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
 39. Villegas RV. Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en puérperas en el cono Sur de Lima – 2005 Factors Associated with the Use of Obstetrical Psycho-Prophylaxis in Puerperals. 2005;5.
 40. Macías KBZ, Vasconez MPT, Martínez ATB, Mera YYP. Psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios para la gestante. RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc. 2018;2(3):242–59.
 41. T-UCE-0006-80.pdf [Internet]. [citado el 11 de noviembre de 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4352/1/T-UCE-0006-80.pdf>
 42. Propuesta norma psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal - 4.pdf [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/sigobito/tareas_seguiimiento/722/PROPUESTA%20NORMA%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20Y%20ESTIMULACION%20PRENATAL%20-%204.pdf
 43. La Preparación Física De La Mujer Embarazada En Un - ID:5e8ce3d2f0bf4 [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://xdoc.mx/documents/la-preparacion-fisica-de-la-mujer-embarazada-en-un-5e8ce3d2f0bf4>
 44. Kegel_Exercises_Spanish.pdf [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://www.cogentixmedical.com/hubfs/docs/Resource_Center/Urgent_PC/Kegel_Exercises_Spanish.pdf
 45. Alejandra PAG, Rafaela VAD, Rosado OAI. Beneficios maternos-perinatales de la psicoprofilaxis obstétrica en primigestas. :102.
 46. Morgan-Ortiz F, Morgan-Ruiz FV, Quevedo-Castro E, Báez-Barraza J. Anatomía y fisiología de la placenta y líquido amniótico. 2015;5(4):9.
 47. Scribd [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Que Es El Peso | PDF. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/98038707/que-es-el-peso>

48. Clasificaciones recién nacido [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: http://www.saludinfantil.org/guiasn/Guias_PMontt_2015/Generalidades/Clasificaciones_Recient_nacido.htm
49. rms183b.pdf [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms183b.pdf>
50. rotura prematura de membranas hcp-hsjd.pdf [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/rotura%20prematura%20de%20membranas%20hcp-hsjd.pdf>
51. Vera_RLM.pdf [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/18786/Vera_RLM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
52. Grado de Instrucción - Marco conceptual - variable definición conceptual indicadores [Internet]. [citado el 12 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/article/grado-instrucci%C3%B3n-marco-conceptual-variable-definici%C3%B3n-conceptual-indicadores.z3dge7ey>
53. UNFV_Aguirre_Melgarejo_Yesenia_Estefani_titulo_profesional_2019.pdf [Internet]. [citado el 25 de octubre de 2022]. Disponible en: http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3079/UNFV_Aguirre_Melgarejo_Yesenia_Estefani_Titulo_Profesional_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
54. Sánchez-Muniz FJ. Investigadores en Pediatría y Neonatología rendimos homenaje a la Dra Virginia Apgar. J Negat NO Posit RESULTS. el 1 de marzo de 2019;(3):387–97.
55. Definición de embarazo - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>
56. Importancia de la psicoprofilaxis para el parto – Hospital Nacional [Internet]. [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.hndac.gob.pe/importancia-de-la-psicoprofilaxis-para-el-parto/>

57. Estímulos [Internet]. [citado el 13 de noviembre de 2022]. Disponible en:
<https://www.fisioterapia-online.com/glosario/estimulos>
58. Basilio_Rojas MR. Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. *Peruvian J Health Care Glob Health*. el 28 de junio de 2020;4(1):11–5.
59. Mendoza-Peña NM, Morales-Alvarado SY. Percepción de las gestantes sobre la atención durante las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017. *Rev Int Salud Materno Fetal*. el 20 de noviembre de 2019;4:S16–S16.
60. Alvarado SM, Mesinas AG, Peña MY. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. *Horiz Med*.
61. Veiga De Cabo J, Fuente Díez EDL, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. *Med Segur Trab* [Internet]. marzo de 2008 [citado el 8 de mayo de 2024];54(210). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=en
62. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Médica Clínica Las Condes*. el 1 de enero de 2019;30(1):36–49.
63. *Investigacion_no_experimental.pdf* [Internet]. [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en:
https://www.intep.edu.co/Es/Usuarios/Institucional/CIPS/2018_1/Documentos/INVESTIGACION_NO_EXPERIMENTAL.pdf
64. *Hernandez_Sampieri_Cap._7_disenos_no_experimentales.pdf* [Internet]. [citado el 8 de mayo de 2024]. Disponible en:
http://online.aliat.edu.mx/adistancia/InvCuantitativa/LecturasS4/Hernandez_Sampieri_Cap._7_disenos_no_experimentales.pdf
65. Hoyos Serrano M, Espinoza Mendoza E. Estudios Descriptivos. *Rev Actual Clínica Investiga*. /;1670.
66. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales: Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. *Int J Morphol*. junio de 2014;32(2):634–45.

67. Binda NU, Balbastre-Benavent F. Investigación cuantitativa e investigación cualitativa: Buscando las ventajas de las diferentes metodologías de investigación. Rev Cienc Económicas. 2013;31(2):179–87.
68. Velázquez A. ¿Qué es la investigación correlacional? [Internet]. QuestionPro. 2018 [citado el 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.questionpro.com/blog/es/investigacion-correlacional/>
69. Bustamante C G, Mendoza Quispe CA. Estudios de Correlacion. Rev Actual Clínica Investiga. /;1690.

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Marcelo E. Beneficios maternos perinatales de la psicoprofilaxis en gestantes del Centro De Salud Moras julio-diciembre 2022 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2024 [Consultado]. Disponible en: <http://...>

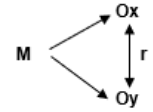
ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la tesis: “Beneficios maternos perinatales de la psicoprofilaxis en gestantes del Centro De Salud Moras julio-diciembre 2022”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variable independiente	TIPO DE INVESTIGACION:	TECNICA
¿Cuáles son los beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?	Determinar cuáles son los beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022	Hi: Existe beneficios maternos perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.	Psicoprofilaxis en gestantes Variable dependiente VD1: Beneficios materno VD2: Beneficios perinatales	Prospectivo, no experimental, descriptivo observacional. Nivel de Investigación relacional Método: descriptivo	La técnica a ser utilizado fue la entrevista y observación de la documentación, que constituyo la técnica de recolección de datos básica para poder contar con información
Problemas Específicos	Objetivos específicos	Ho: No existe beneficios maternos	Variable		

PE₁: ¿Cuáles son los beneficios maternos de la psicoprofilaxis en gestantes del centro del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?	OE₁: Determinar los beneficios maternos de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.	perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.	interveniente Características demográficas y Complicaciones maternas.	correlacional Diseño de investigación Descriptivo correlacional, experimental  Donde: Ox: Observación de la variable 1 (Psicoprofilaxis obstétrica) Oy: Observación de la variable 2 (Beneficios Maternos – Beneficios Perinatales) r: Correlación entre dichas variables	fidedigna. INSTRUMENTO Este instrumento nos permitió identificar los beneficios maternos y perinatales de las gestantes en estudio el cual está dividido en 05 partes: Características demográficas (04 ítems), complicaciones maternas (06 ítems), Datos generales de Psicoprofilaxis obstétrica (03
PE₂: ¿Cuáles son los beneficios perinatales de la psicoprofilaxis en gestantes del centro del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?	OE₂: Determinar los beneficios perinatales de la Psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022.				

PE₃: ¿Qué complicaciones maternas desarrollaron las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis en el Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?	OE₃: Identificar las complicaciones maternas que se desarrollaron en las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis en el Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022	POBLACIÓN ítems), Beneficios Estuvo conformada por 105 gestantes atendidas en el Centro de Salud Moras durante los meses de julio – diciembre 2022 MUESTRA Se trabajó en su totalidad con las 83 gestantes que recibieron y no recibieron sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) Las cuales se convirtieron en dos grupos de casos y controles según criterios de selección preestablecidos.
PO₄: ¿Cuáles son las características demográficas en gestantes que recibieron Psicoprofilaxis en el Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022?	OE₄: Mencionar cuáles son las características demográficas en gestantes que recibieron Psicoprofilaxis en el Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022	recibió información por medio de la entrevista, Historia Clínica de la gestante, carnet de control prenatal y libro de registro de la psicoprofilaxis obstétrica para su interpretación en tablas de valor.

ANEXO 2

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Título del proyecto **“Beneficios maternos perinatales de la psicoprofilaxis en gestantes del Centro de Salud Moras julio – diciembre 2022”**

La ficha en mención hace referencia al puntaje anónimo obtenido según historias clínicas, que serán marcados con una (X), dado a su condición, donde se obtendrán puntajes de acuerdo a su correcta realización, por ende, lea bien la interrogante y califique:

CÓDIGO _____

N° HC _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad en años
 - a) De 19 a 24 años
 - b) Entre 25 a 30 años
 - c) De 31 a 34 años
2. Grado de instrucción
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Universitario
3. Su estado civil
 - a) Soltera
 - b) Casada
 - c) Conviviente
4. Cargo o puesto de trabajo
 - a) Contratada
 - b) Trabajadora independiente
 - c) Ama de casa

II. COMPLICACIONES MATERNAS

5. ¿Presentó embarazo prolongado en su gestación anterior?
 - a) Presentó

- b) No presentó
- 6. ¿Presentó sucesos de pre eclampsia en su gestación anterior?
 - a) Presentó
 - b) No presentó
- 7. ¿Presentó desprendimiento prematuro de la placenta en su gestación anterior?
 - a) Presentó
 - b) No presentó
- 8. ¿Presentó ruptura prematura de las membranas en su gestación anterior?
 - a) Presentó
 - b) No presentó
- 9. ¿Presentó prolapso del cordón umbilical en su gestación anterior?
 - a) Presentó
 - b) No presentó
- 10. ¿Presentó distocia de hombro en su gestación anterior?
 - a) Presentó
 - b) No presentó

III. DATOS DE LA PSICOPROFILAXIS EN GESTANTES

- 11. ¿Tiene noción sobre las técnicas y ejercicios de relajación, respiración y gimnasia prenatal?
 - a) Si
 - b) No
- 12. ¿Cuántas veces asistió al programa de psicoprofilaxis obstétrica?
 - a) Ninguna
 - b) De 1 a 3 sesiones
 - c) De 4 a 5 sesiones
 - d) Mayor de 6 sesiones
- 13. ¿Con quién fue acompañada a la sesión de psicoprofilaxis obstétrica?
 - a) No aplica
 - b) Sola
 - c) Pareja

- d) Otro familiar

IV. BENEFICIOS MATERNOS

14. ¿Cuánto tiempo duró el periodo de dilatación?
 - a) Menor de 8 horas
 - b) Entre 8-10 horas
 - c) Mayor de 10 horas
15. ¿Cuánto tiempo duró el Periodo Expulsivo?
 - a) Menor de 16 minutos
 - b) Entre 16-30 minutos
 - c) Mayor de 30 minutos
16. ¿Cuánto tiempo duró el Periodo de Alumbramiento?
 - a) Menor de 6 minutos
 - b) Entre 6 a 15 minutos
 - c) Entre 16 a 30 minutos
 - d) Mayor de 30 minutos
17. ¿Cuánto fue el tiempo total del trabajo de parto?
 - a) Menor de 8 horas
 - b) Entre 8-10 horas
 - c) Mayor de 11 horas

V. BENEFICIOS PERINATALES

18. ¿Cuánto puntaje APGAR obtuvo el recién nacido a los 1 minutos?
 - a) De 4 a 6 puntos
 - b) 7 puntos
 - c) De 8 a 10 puntos
19. ¿Cuánto puntaje APGAR obtuvo el recién nacido a los 5 minutos?
 - a) De 4 a 6 puntos
 - b) 7 puntos
 - c) De 8 a 10 puntos
20. ¿Cuánto pesó el Recién Nacido?
 - a) Menor de 2500 gramos
 - b) Entre 2500 a 2999 gramos
 - c) Entre 3000 a 3999 gramos
 - d) Mayor o igual de 4000 gramos