



INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN  
SECCIÓN DE POSGRADO

**INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA  
OBSTÉTRICA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES  
PROCEDIMENTALES EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL  
DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO**

PRESENTADA POR

**ROSA MARTHA SALAZAR CAMPOS**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE  
DOCTORA EN EDUCACIÓN

LIMA – PERÚ

2015



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN  
SECCIÓN DE POSTGRADO**

**INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA  
OBSTÉTRICA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES  
PROCEDIMENTALES EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL  
DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO**

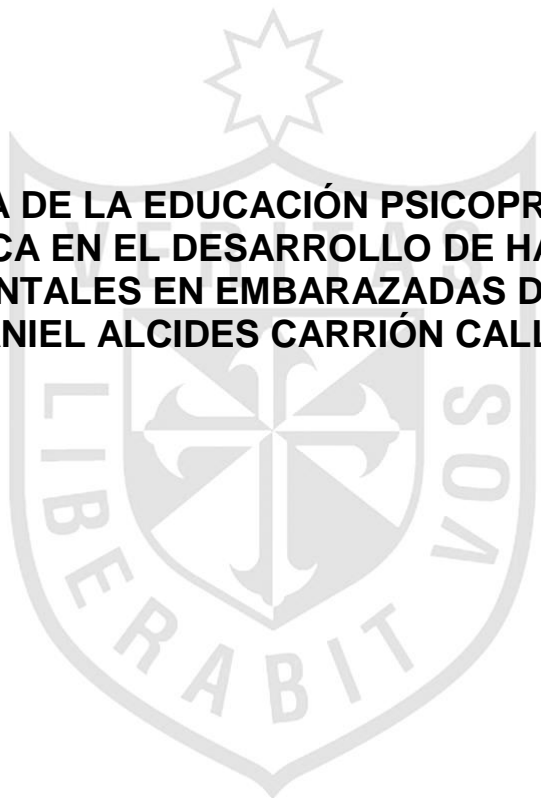
**TESIS PARA OPTAR  
EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTORA EN EDUCACIÓN**

**PRESENTADO POR:**

**MG. ROSA MARTHA SALAZAR CAMPOS**

**LIMA, PERÚ**

**2015**



**INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA  
OBSTÉTRICA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES  
PROCEDIMENTALES EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL  
DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO**

**ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO**

**ASESOR:**

Dr. Oscar Rubén Silva Neyra

**PRESIDENTE DEL JURADO:**

Dr. Florentino Mayurí Molina

**MIEMBROS DEL JURADO:**

Dr. Víctor Zenón Cumpa Gonzales

Dr. Carlos Augusto Echaíz Rodas

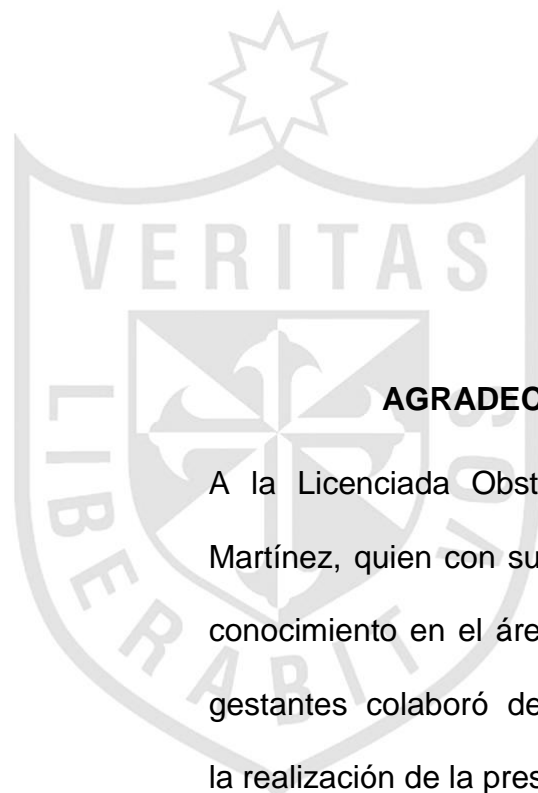
Dr. Miguel Luis Fernández Avila

Dra. Yenncy Petronila Ramírez Maldonado



### **DEDICATORIA**

A la Divina Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo por darme luz, guía y entendimiento para poder culminar mi meta. Gracias Divina Misericordia, a mis padres por su amor, confianza y apoyo.



### **AGRADECIMIENTO**

A la Licenciada Obstetriz Violeta Zegarra Martínez, quien con su amplia experiencia y conocimiento en el área de la educación en gestantes colaboró desinteresadamente en la realización de la presente investigación.

A mi asesor Dr. Oscar Rubén Silva Neyra, que me brindó sus conocimientos, y experiencia en el campo de la investigación científica.

## ÍNDICE

	<b>Páginas</b>
Portada	i
Título	ii
Asesor y miembros del Jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
<b>ÍNDICE</b>	vi
<b>RESUMEN</b>	ix
<b>ABSTRACT</b>	x
<b>INTRODUCCIÓN</b>	xi
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	
1.1 Descripción de la realidad problemática	1
1.2 Formulación del problema	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos	4



1.3	Objetivos de la investigación	5
1.3.1	Objetivo general	5
1.3.2	Objetivos específicos	5
1.4	Justificación de la investigación	5
1.5	Limitaciones de la investigación	8
1.6	Viabilidad de la investigación	8

## **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1	Antecedentes de la investigación	10
2.2	Bases teóricas	18
2.3	Definiciones conceptuales	60
2.4	Formulación de hipótesis	62
2.4.1	Hipótesis general	62
2.4.2	Hipótesis específicas	62
2.4.3	Variables	63

## **CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO**

3.1	Diseño de la investigación	64
3.2	Población y muestra	66
3.3	Operacionalización de variables	68
3.4	Técnicas para la recolección de datos	71
3.4.1	Descripción de los instrumentos	71
3.4.2	Validez y confiabilidad de los instrumentos	71
3.5	Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos	72
3.6	Aspectos éticos	73

<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	74
--------------------------------	----

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	Discusión	106
5.2	Conclusiones	108
5.3	Recomendaciones	109

## **FUENTES DE INFORMACIÓN**

•	Referencias bibliográficas	112
•	Referencias hemerográficas	113
•	Referencias electrónicas	114

## **ANEXOS**

Anexo 1.	Matriz de consistencia	
Anexo 2.	Instrumentos para la recolección de datos	
Anexo 3.	Constancia emitida por la institución donde se realizó la investigación	

## RESUMEN

**Objetivo:** Valorar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.

**Método:** Diseño de investigación cuasi experimental, comparativo, explicativo, prospectivo, longitudinal, enfoque cuantitativo. Para la validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto que permitió también calcular el tamaño muestral. El estudio tiene un nivel de confianza al 95% y una potencia estadística de 80%. Para las pruebas de hipótesis, se tuvieron que estructurar con proporciones. Se trabajó con la población conformada por 46 gestantes atendidas en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015, de las cuales 23 gestantes recibieron tres sesiones educativas en psicoprofiaxis obstétrica (grupo experimental) y 23 parturientas (grupo control ) sin educación psicoprofiláctica obstétrica que recibieron apoyo emocional del personal de obstetricia, durante el trabajo de parto.

**Resultados:** Con las pruebas de hipótesis y un nivel de significación de 0.05 se puede afirmar que existe una diferencia significativa entre las que desarrollaron

habilidades respiratorias y de relajación en las embarazadas que recibieron el programa educativo con las que no recibieron; sin embargo, no existe evidencia significativa para aceptar que hay diferencias significativas entre las que desarrollaron habilidades para el control de ansiedad.

**Conclusiones:** Se concluye que la educación psicoprofiláctica obstétrica se asocia a resultados materno perinatal favorables, manifestados sobre todo en el control de respiración, relajación.

**Palabra clave:** Educación psicoprofiláctica obstétrica, control de respiración, control de relajación, control de la ansiedad.



## ABSTRACT

**Aim:** To evaluate the influence of obstetric psychoprophylactic education in the development of procedural skills in pregnant the National Hospital Daniel Alcides Carrión 2015.

**Method:** Research design: quasi-experimental, comparative, explanatory, prospective, longitudinal, quantitative research approach. For validity and reliability of the instrument was applied a pilot test than allowed to calculate the sample size. The study has confidence level of 95% and a statistical power of 80 %. For the hypotheses test was had to structure in proportions. was worked with a population formed of 46 pregnant women catered at the National Daniel Alcides Carrión Hospital 2015, of which 23 pregnant women received three educational sessions on obstetric psychoprophylaxis (experimental group) and 23 women in labor (control group) without obstetric psychoprophylaxis education they only received emotional support from obstetrics staff during labor.

**Results:** With testing of hypotheses and a significance level of 0.05 it can say that exist is a significant difference between those who developed respiratory

and relaxation skills in pregnant women who received the educational program with which they not received, however there is no meaningful evidence for accept that there are significant differences between those who developed skills to control anxiety.

**Conclusions:** We conclude that obstetric psychoprophylactic education is associated with favorable maternal and perinatal outcomes, expressed especially in the control of breathing, relaxation.

**Keyword:** obstetric psychoprophylactic education, breath control, relaxation control, anxiety control.



## INTRODUCCIÓN

La educación psicoprofiláctica obstétrica a tiempo, reconocida como una herramienta de prevención en la atención obstétrica, tiene un impacto positivo en la salud materna y perinatal, sin embargo, pueden haber factores por los cuales las gestantes no la reciba a tiempo, no obstante, la gestante puede tener la oportunidad de recibir una orientación y entrenamiento centralizado en lo más importante que necesita para lograr los principales objetivos de esta atención, como la tranquilidad, seguridad y habilidades para aplicar técnicas de autoayuda que serán muy beneficiosos para ella y su hijo por nacer, durante el trabajo de parto, es decir, a través de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia Morales S.(2015:62).

La psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta, durante su labor de parto.

Es importante la adaptación de un programa o sesión intensiva teniendo en cuenta las prioridades. Busca esencialmente la tranquilidad, colaboración y

participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La psicoprofilaxis obstétrica de emergencia se ha convertido en un valioso método, mediante el cual los profesionales de Obstetricia educan y brindan los conocimientos básicos a la mujer embarazada sobre las diferentes etapas del trabajo de parto, asimismo, enseñan diversos ejercicios físicos, técnicas de respiración, relajación y control de la ansiedad que les hace consciente de su gran papel protagónico en el nacimiento de su hijo.

El problema fue ¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015?

El objetivo fue valorar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.

La justificación teórica fue el alto índice de gestantes que llegan al Centro Obstétrico (Sala de Partos) que presentan conductas no idóneas caracterizadas por ansiedad, angustia, inseguridad, incertidumbre, miedo entre otras, debido a la no preparación psicoprofiláctica durante el embarazo, y que muchas veces influyen negativamente en el proceso del trabajo de parto, así como la obtención de un recién nacido en no óptimas condiciones. Impulsa la realización de esta investigación.

La investigación se realizó, en el programa de psicoprofilaxis obstétrica del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, donde las gestantes que cumplieron los criterios de inclusión de la investigación, recibieron 3 sesiones educativas de preparación cognitiva, física y psico afectiva con el objetivo de desarrollar



habilidades procedimentales de autoayuda : de control de la respiración, control de la relajación y controlar la ansiedad, las cuales fueron aplicadas por las parturientes durante el trabajo de parto y período expulsivo en la sala de partos del Hospital Carrión.

Por otro lado existió un grupo control captado en sala de partos, que al igual que el grupo experimental cumplieron los criterios de inclusión de la investigación. Así mismo dicho grupo nunca asistió a ninguna sesión educativa del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica, solo se le brindó apoyo emocional por parte del personal de obstetricia durante el trabajo de parto.

La hipótesis fue la educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

La investigación se desarrolló en cinco capítulos que tratan sobre:

En el capítulo I, se desarrolló el planteamiento del problema, formulación del problema, formulación de los objetivos, justificación y viabilidad.

En el capítulo II, se desarrolló el marco teórico, antecedentes internacionales y nacionales, fundamentos conceptuales del problema y definiciones operacionales de variables.

En el capítulo III, diseño metodológico, diseño de investigación: cuasi experimental, explicativo, prospectivo, longitudinal, enfoque cuantitativo, población y muestra, instrumento: ficha observacional.

En el capítulo IV, resultados, exposición de tablas y gráficos con sus interpretaciones en relación a la hipótesis.

En el capítulo V, discusión, conclusiones y recomendaciones, interpretación estadística aceptando la hipótesis 1 (alternativa) rechazando la hipótesis nula.



## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la realidad problemática**

La Psicoprofilaxis Obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante, que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables; así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su recién nacido y su entorno familiar. La psicoprofilaxis obstétrica contribuye a reducir la morbilidad materna y perinatal, mejorando la calidad de atención de la gestante y el recién nacido.

El Ministerio de Salud (MINSA), en los últimos años, ha llevado a cabo estudios que han revelado que la prevalencia de gestantes preparadas con psicoprofilaxis ha sido del 10% y que por ejemplo en nuestro país la cobertura de psicoprofilaxis alcanzó el 21.6% en el año 2005; sin embargo, sólo culminó el 11.26%; el cual sigue siendo una constante.

Algo muy similar sucede en el Hospital Carrión la cobertura de gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica es del 20%; pero solo culmina un 10%. La no utilización del programa por parte de las gestantes que realizan su control prenatal en el Hospital Daniel Alcides Carrión, se atribuye a las siguientes causas como: horarios de trabajo incompatibles, falta de información sobre programa de psicoprofilaxis obstétrica, falta de motivación, no es derivada del consultorio de control prenatal, captación inadecuada, promoción del curso poco impactante, factor tiempo que demanda realizar las actividades en el hogar (cuidado de los hijos).

Por lo mencionado anteriormente, el personal, que laboramos en los servicios de emergencia de gineco-obstetricia, centro obstétrico y embarazo patológico, diariamente, nos enfrentamos con gestantes de diferentes edades y paridad que presentan: ansiedad, dudas, desinformación, temor, tensión psicofísica, falsa percepción de seguridad y riesgo obstétrico, que influyen en muchas ocasiones negativamente en el progreso del trabajo de parto; no obstante, la gestante puede tener la oportunidad de recibir una orientación y entrenamiento centralizado en lo más importante que necesita para lograr los principales objetivos de esta atención, como la tranquilidad, seguridad y habilidades para aplicar técnicas de autoayuda, es decir, a través de la educación psicoprofilaxis obstétrica de emergencia que pretende dotar a la mujer de armas para que pueda enfrentar la vivencia de su parto de manera positiva y consciente.

La falta de conocimientos con respecto al parto y también la no desmitificación de conceptos erróneos inculcados por la sociedad en cuanto al dolor se refiere,

hace que las mujeres enfrenten con miedo el parto, lo cual las puede conducir a vivir un parto doloroso, ya que el miedo provoca tensión y está a su vez producirá contracciones uterinas espasmódicas en lugar de contracciones naturales.

Con los conocimientos previos sobre fisiología del trabajo de parto, se consigue que la mujer disminuya el miedo, y tenga una actitud más favorable frente al dolor el cual se reflejaría en realizar un buen control de la ansiedad, durante el trabajo de parto.

Otro de los grandes problemas que nos enfrentamos, durante el parto, es la no preparación psicofísica de las gestantes en técnicas de respiración, relajación y posiciones antálgicas las cuales serán aplicadas, durante el trabajo de parto, para mitigar la sensación dolorosa de las contracciones uterinas, muchas veces esta problemática conlleva a complicaciones obstétricas, poniendo en riesgo el futuro de la madre y el niño por nacer.

El Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital Daniel Alcides Carrión cuenta con el curso de educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia desde hace un año, que es una oportunidad valiosa que brinda una preparación y apoyo psico-afectivo a toda gestante que no tuvo tiempo de realizarla entre los cinco y siete meses de gestación, por lograr en ella tranquilidad, confianza y métodos de autoayuda a la madre, por lo que hay que considerar que nunca es tarde para recibirla Morales S.(2015: 62).

Estamos convencidos que siempre habrá una oportunidad para mejorar una oportunidad la calidad de vida de la gestante en cualquier momento de su “dulce espera”. Lo importante y necesario es el compromiso del profesional de

la obstetricia para mejorar su calidad de atención y contribuir de esta manera a disminuir los altos índices de morbilidad materno perinatal que aún tiene nuestra Región.

## **1.2 Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades respiratorias en embarazadas del Hospital Nacional Alcides Carrión del año 2015?
- ¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades de relajación en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015?
- ¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades de control de ansiedad en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015?

### **1.3 Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Precisar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.

#### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Precisar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades respiratorias en embarazadas del Hospital Nacional Alcides Carrión del año 2015.
- Precisar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades de relajación en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.
- Precisar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades de control de ansiedad en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.

### **1.4 Justificación de la investigación**

El presente estudio se justifica teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

#### **Justificación social**

La importancia de esta investigación a nivel social radica, en que la psicoprofilaxis obstétrica es una actividad de prevención y promoción de la salud y resulta fundamental para conseguir, entre otros aspectos, esta

humanización de la asistencia materna a través de información referente a cualquier tema específico del embarazo, parto, puerperio y recién nacido y posteriormente su ejecución y utilización se ha convertido en un factor esencial para accionar al ser humano mujer en esta caso, en la sociedad moderna; demostrando así la amplitud del pensamiento y conocimiento ya que el ser humano, al desarrollar sus ideas, teorías y conceptos está bajo la influencia de su experiencia personal en el campo del saber donde incursiona y, por lo tanto, presenta punto de vista diferente; por lo que se afirma que nunca es tarde para recibir una buena preparación y apoyo integral, los que se asocian a un buen resultado materno perinatal.

### **Justificación educativa**

El programa de psicoprofilaxis obstétrica a través de un sistema de educación y comunicación participativa, que se complementa con la atención prenatal beneficia a la mujer embarazada brindándole los conocimientos básicos que la mujer necesita para enfrentarse a su parto en las mejores condiciones posibles con una información que le hace consciente de su gran papel protagónico en el nacimiento de su hijo. Siempre que se utilicen técnicas de intervención educativas es importante conocer algunas peculiaridades del proceso del aprendizaje en los adultos: El adulto es independiente y autodidacta en el aprendizaje. En consecuencia, el personal de salud sirve como facilitador, de apoyo y propicia la situación de aprendizaje, en vez de ser el director del mismo.

El adulto desea aprender casos que tengan aplicación inmediata. Las personas adultas pueden asistir a clases motivados por alguna necesidad particular. Si la



lección se estructura de manera que tenga aplicación inmediata en alguna situación, el proceso de aprendizaje mejora. El adulto prefiere un método de aprendizaje orientado a la solución de problemas, en contraste con el método de aprendizaje organizado por temas. El adulto desea aprender a resolver problemas de la vida real. Cuando se enseña acerca del embarazo desde la perspectiva de las tareas y sensaciones que experimentarán los futuros padres, podrán aplicar con mayor facilidad la información existente a su situación personal.

### **Justificación obstétrica**

El alto índice de gestantes que llegan a la sala de parto que presentan conductas no idóneas caracterizadas por ansiedad, angustia, inseguridad, incertidumbre, miedo, impulso la presente investigación gracias a la educación psicoprofiláctica obstétrica, las parturientas preparadas realizarán adecuadas técnicas de respiración, relajación y un nivel de control de la ansiedad durante el parto lo cual se manifestara en favorables resultados materno perinatal. Además, se beneficiara el equipo de salud, y la institución hospitalaria, al valorar la psicoprofilaxis obstétrica como una relación efectiva y afectiva interpersonal, estancia hospitalaria breve y disminución de los costos hospitalarios.

### **Justificación metodológica**

En lo metodológico, la presente investigación será de utilidad como antecedentes a futuras investigaciones que pretenderán profundizar en la investigación tratada, donde se ha integrado el aspecto humano en el nacimiento, mediante la presencia de alguna persona durante el parto. Se han

realizado descubrimientos muy valiosos, como el hecho de que se proporciona apoyo continuo, durante el parto (obstetriz), arrojando resultados impresionantes en cuanto a reducción de intervenciones médicas rutinarias, costos, disminución de cesáreas, trabajo de parto más cortos, menos complicaciones obstétricas y sentimientos maternos de satisfacción.

### **1.5 Limitaciones de la investigación**

- Insuficientes estudios sobre el tema a nivel internacional; lo fundamentamos al realizar búsquedas exhaustivas en varias bibliotecas y en otras fuentes de antecedentes teóricos específicos que nos sirvieron para desarrollar nuestro problema de investigación y solo conseguir muy pocos.
- Gestantes que no culminaron las 3 sesiones educativas, por presentar trabajo de parto antes de culminar el programa.
- El factor tiempo por las múltiples ocupaciones del día a día, también fue una limitación, ya que toda investigación involucra tiempo.

### **1.6 Viabilidad de la investigación**

- El estudio fue viable porque se contó con una adecuada accesibilidad al programa de psicoprofilaxis obstétrica, emergencia de gineco \_ obstetricia y servicio de centro obstétrico.
- Por qué permitió la práctica constante en dar charlas educativas a gestantes.
- Por qué permitió la actualización permanente.

- Por qué permitió solventar desempeño profesional evidenciado en los años de trabajo.
- Por qué permitió la colaboración del personal de obstetricia que labora en emergencia de gineco \_ obstetricia y centro obstétrico.
- Por qué se contó con el apoyo y respaldo de la dirección Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao.



## CAPÍTULO: II MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

**Samar, D (2011). Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2010. Lima-Perú**

Estudio transversal, retrospectivo, analítico de casos y controles, compuesta por 120 primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal entre enero y agosto del 2010, de las cuales, 60 fueron acompañadas, durante su trabajo de parto, (grupo casos) y 60 primigestas sin acompañante (grupo control). Encontró ingresos a emergencia de una manera contributoria (OR=8.83), inicio del trabajo de parto de una forma espontánea (OR=3.51), parto por vía vaginal (OR=5.12), comparadas con el grupo control; a su vez, obtuvieron OR significativos demostrándose su relación con el acompañamiento durante el parto.

Con respecto a los beneficios perinatales asociados significativamente con el apoyo del acompañante, encontramos una mayor tendencia de presentar: una frecuencia cardiaca normal (OR=6.51), líquido amniótico claro (OR=3.05), estas cifras superaron significativamente a los valores del grupo control, obteniéndose además OR significativos, por ende se demostró una asociación significativa y de relación entre estos beneficios perinatales y el apoyo del acompañante.

Asimismo, cabe resaltar que los acompañantes brindaron a las primigestas del grupo casos un apoyo informativo, físico, emocional y representativo, durante el trabajo de parto; mientras que a los recién nacidos del grupo casos les brindaron un apoyo netamente físico y emocional; comparadas con las primigestas del grupo control quienes recibieron apoyo informativo y representativo por parte de los profesionales de salud que las atendieron.

Conclusiones existe una asociación favorable entre el acompañamiento, durante el trabajo de parto y los beneficios maternos perinatales.

**Reyes, L (2002). Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal Enero - Diciembre 2002. Lima-Perú**

Estudio analítico, retrospectivo, comparativo correlacional, se evaluaron 90 historias clínicas de primigestas de bajo riesgo obstétrico, 45 historias clínicas pertenecen a gestantes con preparación psicoprofiláctica y 45 historias clínicas pertenecen a gestantes que no la recibieron, los

resultados, las primigestas con preparación psicoprofiláctica tiene mayor asistencia a su control prenatal y puerperal, ingresan al hospital con el diagnóstico confirmado de trabajo de parto, presentan parto vaginal; en cuanto al recién nacido, no presentan signos de sufrimiento fetal y no hay dificultades para una lactancia materna exclusiva.

Conclusión la psicoprofilaxis obstétrica brinda beneficios estadísticamente significativos a la madre y a su recién nacido.

**Rozas M, Soto Y, Vera Y & Vera M (1999). Niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas que acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la ciudad del Cusco – 1999. Cusco - Perú**

Estudio de un diseño de corte transversal comparativo se utilizó una encuesta que incluía datos generales y la escala de ansiedad de Hamilton, con el objetivo de determinar niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas. Se escogió para el estudio un grupo de gestantes adolescentes entre 15 y 19 años, seleccionadas por muestreo no probabilístico y otro grupo de comparación equivalente constituido por gestantes adultas entre los 20 y 35 años.

Se encontró que los niveles de ansiedad en gestantes adolescentes son mayores en comparación con las gestantes adultas; además, el único factor con asociación estadísticamente significativa a ansiedad, en gestantes adolescentes, fue la diferencia de edad con la pareja.

**Llave, R & Edmundo, C (2013). Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP durante el año 2013. Lima - Perú**

Estudio de tipo observacional, descriptivo-comparativo, retrospectivo, de corte transversal, los resultados principales fueron la edad promedio de las usuarias fue de 27 a 29 años, con grado de instrucción secundaria (65.7%). El 66.2% de las participantes asistió a seis sesiones y el 33.8% asistió a menos de tres sesiones de psicoprofilaxis. El 72% de las pacientes que participaron de 6 sesiones de Psicoprofilaxis y el 78.5% con menos de tres sesiones, tuvieron un parto vaginal.

La mayor proporción de pacientes con seis y menos de tres sesiones de psicoprofilaxis tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo (70.8% y 64.4% respectivamente). A la mayoría de las participantes de seis sesiones de psicoprofilaxis (58.8%) y menos de tres sesiones (59.2%), se les realizó episiotomía.

La duración promedio del primer periodo del parto en el grupo de pacientes con seis sesiones y con menos de tres sesiones de psicoprofilaxis fue similar. La duración promedio del segundo periodo de parto en aquellas pacientes del primer grupo fue ligeramente mayor (0.24 horas) comparado con el segundo grupo (0.22 horas). La duración promedio del tercer periodo de parto en las participantes con seis sesiones fue menor (0.10 horas) que las participantes con menos de tres sesiones (0.11 horas). El Apgar al minuto de 7 a 10 (96.6% en recién

nacidos de pacientes con seis sesiones de psicoprofilaxis y 91.1% en recién nacidos de pacientes con menos de tres sesiones).

Conclusiones el inicio de trabajo de parto espontáneo, el parto vaginal, la duración del periodo de dilatación y del expulsivo fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y las que participaron en menos de tres sesiones; sin embargo, la duración del periodo de alumbramiento fue menor en el grupo que participó de las seis sesiones ( $p=0.009$ ). Los resultados perinatales como, el Apgar a los cinco minutos y el contacto piel a piel fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones y en las que participaron en menos de tres; sin embargo, el Apgar al minuto fue significativamente mayor en el primer grupo ( $p=0.014$ ).

**Sapién, J & Córdoba, D (2007). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. México**

La metodología de investigación fue cualitativa de tipo hermenéutico tiene la finalidad de describir e interpretar los comportamientos de los actores y sus significados, tal como se expresan o relatan en sus actividades y discursos; observaron cualitativamente las actividades que un grupo de 17 mujeres embarazadas y sus acompañantes realizaron, durante la segunda mitad de embarazo, bajo indicaciones de dos instructoras.

La técnica de profilaxis perinatal incluyó rutinas de ejercicios de fisioterapia obstétrica, relajación corporal y mental, técnicas de ventilación, posición de decúbito lateral izquierdo, extensión abdominal, simulacro de trabajo de parto,



simulacro de expulsión, examen antes del trabajo de parto, preparación de ida al hospital para parto, explicación de la rutina hospitalaria para parto, consejos sobre atención al recién nacido, pláticas sobre lactancia materna a libre demanda, y cuidados y recomendaciones para mantener la salud en el embarazo. Se discuten los resultados y se concluye que la profilaxis perinatal es recomendable como medio educativo y preventivo a favor de la salud materno-infantil.

**Canseco E, Facundo B & Zúñiga, D (2005). Apoyo emocional a la Mujer en trabajo de Parto. Veracruz - México**

Estudio de diseño descriptivo y transversal el propósito de este estudio fue determinar si el personal de enfermería proporciona apoyo emocional a las pacientes en trabajo de parto.

La muestra estuvo constituida por 60 mujeres pacientes que se encontraban en puerperio fisiológico que habían desarrollado su trabajo de parto en una institución de segundo nivel, más de la mitad de las pacientes (55%), refirió que si obtuvo información por parte del personal de enfermería acerca del período de dilatación, más de la mitad de las pacientes encuestadas (57%), refirieron que si se les informó acerca de las contracciones, la mayor parte de las mujeres (72%), indicaron que el personal de enfermería si les brindó información sobre los procedimientos a realizar; la mayoría de las pacientes (80%), respondió que se les enseñó la técnica de respiración, durante el trabajo de parto, más de la mitad de la muestra (73%), refirió que recibieron apoyo para tranquilizarse. Destaca que el 26% no recibió esa ayuda, La mayor parte de las mujeres (72%), refirieron haberse sentido acompañadas por la

enfermera en este periodo. Los resultados obtenidos indican que la mayoría de las mujeres entrevistadas refirieron que el personal de enfermería tuvo actitudes empáticas y les proporcionó información sobre los procedimientos, durante el trabajo de parto, datos que demuestran que hubo apoyo emocional.

**Astudillo, A & Benítez, M (2005). Preparación psicoprofiláctica utilizada por las Primigestas durante el trabajo de parto en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, durante el segundo semestre del 2005. Caracas - Venezuela**

Investigación tipo descriptiva, transeccional, de campo y univariable; la población estuvo conformada por 120 parturientas que durante la recolección de datos asistieron a la sala de partos y se encontraban en trabajo de parto, a efectos de este estudio, se consideraron 30 gestantes lo que representa el 25% de la población.

Para ello, las investigadoras utilizaron el muestreo intencional, ya que se seleccionaron las gestantes de acuerdo con los criterios de las misma y que fueron los siguientes: gestantes primigestas en trabajo de parto y que hubiesen recibido entrenamiento en preparación psicoprofiláctica en el ambulatorio del Hospital Universitario de Caracas. Se utilizó como instrumento de recolección de datos una Guía de observación; fue elaborada con 20 ítems dicotómicos (SI/NO) para determinar la preparación psicoprofiláctica utilizadas por las primigestas, durante el trabajo de parto, referido a técnicas de respiración, relajación y posturales.

Los resultados permitieron concluir que existe deficiencia en cuanto a la utilización de la preparación psicoprofiláctica por parte de las primigestas.

**Aguayo, C & Angulo, AM. (2008). Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco entre Septiembre de 2007 y febrero de 2008. Valdivia - Chile**

Estudio cualitativo, fenomenológico, de carácter descriptivo, transversal, de tipo exploratorio, cuyo objetivo fue explorar la percepción del parto de las puérperas que durante el proceso de gestación hayan participado de talleres educativos propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo para la atención prenatal y que durante su estadía en la maternidad del Hospital Paillaco utilizaron técnicas psicoprofilácticas en su trabajo de parto, en el periodo septiembre de 2007 hasta febrero de 2008.

Los resultados obtenidos fueron La percepción positiva del uso de técnicas psicoprofilácticas por parte de las mujeres del estudio, se sustenta en que favorece la seguridad, confianza y autonomía materna. Durante el proceso de gestación y nacimiento, las mujeres que usaron alguna técnica indicaron un mayor avance de la dilatación cervical. Por su parte, la educación prenatal, ayudó al desarrollo del vínculo afectivo. Conclusiones la percepción de las mujeres, en cuanto a la utilización de técnicas psicoprofilácticas, durante el proceso de gestación y la atención natural del parto fue positiva, el entorno social más cercano influye en la percepción de la atención del parto.

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1. Educación psicoprofiláctica obstétrica**

#### **Psicoprofilaxis obstétrica**

Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables; así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar.

Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor (Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, 2011: p.2).

Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto (Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, 2011:p.2).

Los objetivos son preparar a la gestante física, psicológica y socialmente a través, de actividades educativas, para lograr en ella conocimientos y actitudes adecuadas que permitan su participación efectiva con tranquilidad y seguridad, durante la gestación, parto, post parto y lactancia (Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, 2011: p.9).

Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica, según la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal (2011: p.9).

- Menor grado de ansiedad en la madre permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva.
- Adecuada respuesta, durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes.
- Mayor posibilidad de ingresar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto. evitando innecesarias y repetidas evaluaciones previas.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva.
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos en general.
- Menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas, durante el trabajo de parto.
- Ampliaré las posibilidades de gozar de la participación de su pareja, incluso durante todo el trabajo de parto.
- Menor incidencia de partos por cesárea y partos instrumentados.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Mejora la lactancia sin complicaciones.
- Menor incidencia de depresiones postparto.

## **Bases doctrinarias de la psicoprofilaxis obstétrica**

En 1929, Grantly Dick Read, representante de la escuela inglesa, introdujo el término “parto natural o parto sin dolor” Read, se basó en el Síndrome Temor - Tensión - Dolor y planteó que el dolor del parto era una respuesta patológica producida por el miedo. El desconocimiento (ignorancia) y la influencia de la religión respecto a los procesos fisiológicos del embarazo y del parto conllevan a que la mujer sienta temor a este evento.

Read, planteó que para romper el círculo Temor - Tensión - Dolor era esencial enseñar a las mujeres la anatomía y la fisiología del parto, e instruir las en la relajación física y mental, respiración, y gimnasia. Ambas alternativas, eran utilizadas para disminuir el dolor y se sustentan en que las mujeres embarazadas al familiarizarse con el proceso de parto se crea una atmósfera de confianza.

La escuela inglesa considera que la preparación de la gestante consta de cuatro elementos:

1. Educación
2. Correcta respiración
3. Relajación
4. Gimnasia

El método inglés: Temor -Tensión -Dolor

En síntesis, el método de Read trata de invertir este círculo vicioso:

1. Estableciendo un orden de importancia en los 4 elementos de su técnica de preparación:

Educación -Respiración -Relajación -Gimnasia.

2. Mejorando el estado general de la embarazada.

- Mayor entrada de oxígeno para la madre y el feto.
- Reforzando grupos musculares necesarios para el acto expulsivo.

3. Exigiendo una correspondencia por parte del personal que asiste a la gestante y de un adecuado ambiente en que se va a desarrollar el parto.

La Escuela rusa, representada por: Platonov, Velvovsky, Nicoiaiev, plantearon “el parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación activa de la mujer” (Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal, 2011: p.2).

Establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede desacondicionarse.

### **Método ruso: parto - contracción**

1. Los elementos prácticos están constituidos por la respiración y ciertos ejercicios.

2. La respiración es una copia del ritmo fisiológico (15” – 18”), y es más profunda cuando las contracciones son menos intensas. Esto favorece la entrada del oxígeno, mejora el ritmo contráctil y el estado fetal, tonifica la corteza cerebral, manteniendo un estado animoso.

3. Ejercicios son con masajes en forma circular sobre el hipogastrio y con presiones sobre puntos analgesiantes (crestas ilíacas, región lumbosacra) en el pujo se evidencia el acortamiento del período expulsivo.

Asigna valor a la gimnasia general porque actúa positivamente sobre el sistema nervioso.

En 1950, el Dr. Fernand Lamaze, representante de la escuela francesa, introdujo su método en Francia, después de una visita a Rusia, y postuló que el miedo es la principal causa del fracaso del parto natural. Para ayudar a las mujeres a revertir esta situación, desarrolló técnicas como: mantenerse en actividad, durante el trabajo de parto, técnicas respiración, durante las contracciones uterinas y técnicas de relajación. Postuló que el comportamiento consciente aprendido con respiración y relajación, ayuda a tener un parto sin miedo, con menos dolor y con la mínima cantidad de medicamentos.

La Escuela Ecléctica, representada por el Dr. Leboyer, Dr. Gavensky y otros. Postulado: favorecer el momento adecuado para el encuentro padre – madre - hijo. "Parto sin dolor, parto sin violencia".

La escuela Ecléctica escoge lo mejor de cada escuela o teoría dirigiendo su atención hacia el recién nacido.

“Parto sin dolor - Parto sin violencia”

1. Preparación adecuada de la mujer, para el parto.

2. Para la buena atención del parto es necesario condiciones ambientales:

- Personal entrenado



- Lugar de atención del parto adecuado, luz indirecta, fondo musical suave, lenguaje a media voz, evitar ruidos innecesarios del instrumental, ambiente tibio para el recién nacido.

3. Inmediatamente de la salida del niño, antes de cortar el cordón umbilical, introducirlo en un recipiente con agua tibia.

4. Favorecer el momento adecuado, para el encuentro padre - madre - hijo.

### **2.2.1.0 Educación para la salud**

#### **Definición de educación**

La educación es un derecho para todas las personas, hombres y mujeres de todas las edades. La educación es capaz de ayudar a garantizar un mundo completamente seguro, sano, próspero y ambientalmente más puro, que simultáneamente contribuye al progreso social, económico y cultural. La educación es una condición indispensable, aunque no suficiente para el desarrollo personal y el mejoramiento social. Choque, R. (2005: 5).

La educación es un proceso de aprendizaje y enseñanza que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que contribuye a la formación integral de las personas, al pleno desarrollo de sus potencialidades, a la creación de cultura, y al desarrollo de la familia y de la comunidad nacional, latinoamericana y mundial. Se desarrolla en instituciones educativas y en diferentes ámbitos de la sociedad.

#### **Definición de salud**

El concepto de salud de la OMS, (2000) hace referencia, “a un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo a la ausencia de enfermedad invalides”. Lo que quiere decir que ve la salud como condición positiva que tiene en cuenta a la persona en su totalidad y unidad.

Entendemos por salud un estado de “bienestar” que concierne a la persona en su concreción físico-psíquica; un bienestar que no contempla al sujeto de manera estática y fija, sino como equilibrio que siempre se encuentra relacionado con las diversas condiciones de vida, de trabajo, de tiempo que transcurre, de peligros que deben afrontar, de riesgos, tensiones que inevitablemente atraviesan el camino de su existencia humana.

### **Definición de educación para la salud**

La Organización Mundial de la Salud define la Educación para la Salud 1998, (EpS) como “una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades personales que promuevan salud”.

Para López, M., 2010, la educación para la salud implica pensar en desarrollar en los individuos repertorios compatibles con la salud que lleguen a conformar una forma de ser y hacer vía el proceso enseñanza-aprendizaje. Se pretenden cambios que favorezcan el desarrollo del ser humano. (2010:141).

La educación para la salud incluye no sólo información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, sino también la que se refiere a los factores de riesgo y comportamientos de riesgo (Choque R, 2005:11), además del uso del sistema de asistencia sanitaria. Es decir, la educación para la salud supone comunicación de información y desarrollo de habilidades personales que demuestren la viabilidad política y las posibilidades organizativas de diversas formas de actuación a lograr cambios sociales, económicos y ambientales que favorezcan la salud.

La educación para la salud utiliza la andragogía para los adultos y la pedagogía para los niños valiéndose de la diversidad de estrategias teórico-práctica existentes y de los diferentes procesos de comunicación para determinar la manera efectiva de comunicarse.

En el caso de las embarazadas, siempre, surgen cambios o modificaciones en su estilo de vida. Bien sea por tipo de alimentación, sueño, descanso. Por ello, es recomendable iniciar la educación psicoprofiláctica obstétrica desde las 20 semanas de gestación, para estimular el logro de los cambios bien sea de hábitos, costumbres, valores, conductas o comportamientos, por uno o más beneficiosos que permita disminuir los factores de riesgo y posibles complicaciones.

#### **Definición de promoción de la salud**

Según la OMS 1997, la promoción de la salud (PS) se define en la siguiente forma: “es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla”.

Al respecto, se puede señalar, que la promoción de la salud es un proceso político y social global que abarca acciones dirigidas a fortalecer habilidades y capacidades individuales y a modificar las condiciones sociales y ambientales con la finalidad de paliar su impacto en la salud tanto pública como individual.

La promoción de la salud dirige su atención al impulso y alientos de estilos de vida saludables y para lograrlo es necesario cambiar conductas, hábitos, costumbres que pongan en riesgo la salud y que al transformar estilos de vida saludables implica modificar comportamientos habituales y vigorosamente arraigados en sus creencias, costumbres o tradiciones culturales.

Por esta razón, se hace necesario involucrar a la embarazada en la atención y cuidado de la salud. Proveerles herramientas para modificar o cambiar estilos y modos de vida que resulten favorecidos en el desarrollo del embarazo, evitar complicaciones y obtener un recién nacido a término y saludable.

### **2.2.1.1 Teoría de la asimilación de Ausubel, aprendizaje significativo**

David P. Ausubel es el creador de la Teoría del Aprendizaje Significativo. Una teoría que ha tenido una gran trascendencia en la enseñanza y en la educación.

Es una teoría de aprendizaje que centra la atención en el alumno. Aprendizaje significativo, su constructo esencial, constituye una pieza clave para comprender el constructivismo moderno. Por eso, no podría entenderse la psicología de la educación ni la psicología cognitiva sin hacer referencia a Ausubel (Rodríguez, L. 2010:7).

Lo que define y caracteriza a la teoría Ausubeliana es el «aprendizaje significativo», una etiqueta que está muy presente en el diálogo de docentes, diseñadores del currículum e investigadores en educación y, sin embargo, son muchos también los que desconocen su origen y su justificación.

Ausubel, distingue tres tipos fundamentales de aprendizaje significativo:

**Aprendizaje representacional:** Tipo básico de aprendizaje significativo. En él se asignan significados a determinados símbolos (palabras) se identifican los símbolos con sus referentes (objetos, eventos, conceptos). Se relaciona con la adquisición de vocabulario (Torres V, 2003: 38).

**Aprendizaje de conceptos:** los conceptos representan regularidades de eventos u objetos, y son representados también por símbolos particulares o

categorías y representan abstracciones de atributos esenciales de los referentes (Torres, V, 2003: 38). El alumno comprende que una misma palabra puede usarse en diferentes situaciones y ocasiones.

**Aprendizaje proposicional:** La tarea no es aprender significativamente lo que representan las palabras aisladas o combinadas, sino aprender lo que significan las ideas expresadas en una proposición, las cuales, a su vez, constituyen un concepto. En este tipo de aprendizaje, la tarea no es aprender un significado aislado de los diferentes conceptos que constituyen una proposición, sino el significado de ella como un todo Torres, V. (2003:.38).

Por otro lado, afirma que el aprendizaje significativo tiene claras ventajas sobre el aprendizaje memorístico, pues este produce una retención más duradera de la información, modificando la estructura cognitiva del alumno, mediante reacomodos de la misma, para integrar a la nueva información; facilita la adquisición de nuevos conocimientos relacionados con los ya aprendidos en forma significativa, pues al estar claramente presentes en la estructura cognitiva se facilita su relación con los nuevos contenidos.

Es activo, pues depende de la asimilación deliberada de las actividades del aprendizaje por parte del alumno. Es de carácter personal, pues la significación de los aprendizajes depende de los recursos cognitivos del alumno.

A manera de conclusión Ausubel, afirma que el aprendizaje significativo es el proceso, según el cual se relaciona un nuevo conocimiento o una nueva información con la estructura cognitiva de la persona que aprende de forma no arbitraria y sustantiva o no literal.

En base a lo expuesto consideramos:

La participación del personal de salud en la promoción de hábitos de salud, autocuidado y el desarrollo de habilidades procedimentales (técnicas psicoprofilácticas de autoayuda), a través de un conjunto de actividades de carácter educativo dirigidas a las usuarias que participan en la educación para la salud materna, con la finalidad de evitar las complicaciones obstétricas.

La estructura del programa debe tomar en cuenta los conocimientos previos de las usuarias para construir temas que sean de interés y de esta manera se logre un aprendizaje significativo.

Se debe tomar en consideración los elementos socioculturales y ambientales dentro de los cuales se desarrolla el individuo, respetando los criterios personales, pero contribuyendo mediante los procesos de formación propia de la labor educativa a ofrecer información necesaria que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables; así como una actitud positiva frente al embarazo parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su recién nacido y su entorno familiar.

#### **2.2.1.2 Teoría conductual de aprendizaje**

Los orígenes de la teoría conductual del aprendizaje se encuentran en los estudios de Pavlov (1927) con animales. Estos experimentos permitieron descubrir muchos principios del aprendizaje, principios de la relación entre estímulos y respuestas, que más tarde fueron útiles para modificar el comportamiento humano. Esta corriente considera a la psicología como una ciencia que predice y controla la conducta lo cual implica excluir los estados y eventos mentales como objeto de estudio de la psicología.

El enfoque conductual del aprendizaje se centra en la conducta observable; de acuerdo con este enfoque el aprendizaje es un cambio en la conducta, es la forma como responde una persona ante una situación en particular.

El aprendizaje es constante e implica siempre un cambio, que ocurre en la persona como resultado de la experiencia. El aprendizaje no siempre implica conocimiento y habilidades, las actitudes y las emociones también pueden ser aprendidas.

El cambio del aprendizaje puede darse por medio de cuatro procesos diferentes: contigüidad, condicionamiento clásico, condicionamiento operante y aprendizaje observacional.

### **Condicionamiento clásico**

Las personas pueden aprender a responder, automáticamente, a estímulos que anteriormente no tenían efecto o tenían uno muy diferente, sobre ellos. La respuesta aprendida puede ser una reacción emocional, como el miedo o el placer, o una respuesta fisiológica como tensión muscular. Estas respuestas que normalmente son involuntarias, pueden ser condicionadas o aprendidas para que ocurran automáticamente en situaciones particulares.

El condicionante clásico puede emplearse para ayudar a la gente a aprender respuestas emocionales muy adaptativas.

El condicionante clásico describe como pueden aparearse las conductas existentes con estímulos nuevos.

La asociación permanente y repetida de dos palabras: parto dolor, dolor-parto, crean en la mujer una representación condicionada de estos dos elementos,

representación que es reforzada constantemente por numerosos hechos: la maldición bíblica, el concepto de que «el premio de los dolores del parto es la felicidad por la presencia del hijo», el convencimiento de que el dolor del parto es algo normal y, lo contrario, es hasta antinatural.

Para Farair, E. (s.f.:75), en el parto se reúnen las circunstancias para producir dolor. En primer lugar, existen terminaciones nerviosas específicas del dolor en los vasos sanguíneos, en el cuello uterino, en la vagina, en el periné y genitales externos. En segundo lugar, existen estímulos que pueden ser suficientes: psíquicos (reflejo condicionado) y físicos (presión, anoxia, etc.) y por último, existe umbral de percepción dolorosa adecuado, por estar descendido con el temor, angustia, emoción y cansancio que produce el parto.

Método psicoprofiláctico en la educación de la embarazada, enseñándole los procesos fisiológicos del embarazo y del parto, llegando a crear en ella un conjunto de circunstancias que llamaremos «factores positivos » que estarán destinados a contraponerse uno a uno a los «factores negativos».

Debemos empezar por suprimir el reflejo condicionado doloroso:

1) Convenciendo a la embarazada que el parto no es, o no puede ser doloroso (nueva señalización).

2) Creando nuevos reflejos condicionados útiles, que asocien en forma general el parto con las perspectivas felices del nacimiento de un niño que enriquecerá la vida de la mujer, y, en forma más específica creando reflejos condicionados que vinculen la contracción uterina a acciones prácticas de la mujer que permitan su participación activa en el parto; es decir, creamos el reflejo condicionado “Contracción uterina – Respiración” Farair, E. (s.f.: 76).



También, debemos elevar el umbral de percepción del dolor:

- 1) Con eliminación del temor.
- 2) Con reducción al máximo de los factores emocionales negativos y estimulación de los positivos.
- 3) Con aumento de la actividad cortical, durante la contracción (concentración cerebral, creando una zona de freno o bloqueo que impide la acción de los estímulos negativos) convirtiendo a la madre en un elemento activo, consciente y colaborador en su parte.
- 4) Con oxígeno-terapia, actuando contra el surmenage de las células nerviosas Farair, E. (s.f.:76).

#### **2.2.1.3 Teoría humanista del aprendizaje de Carl Rogers**

Carl Rogers, inició su carrera como psicoterapeuta. Después de algunos años, desarrolló un enfoque que llamó centrado en el cliente (o no directivo) en el que hacía énfasis en que el cliente y no el terapeuta debía ser la figura central. Adicionalmente a su actividad terapéutica, Rogers fungió como docente y sus experiencias en el campo educativo lo llevaron a pensar que el enfoque terapéutico centrado en la persona podía aplicarse también a la docencia.

Carl Rogers, crea una psicoterapia centrada en el cliente, cuyas técnicas básicas requieren escuchar de un modo reflexivo los pensamientos, sentimientos de una persona y repetirle el mensaje que acaba de oírse. El cliente entonces tiene la opción de añadir algo al feedback, si así lo quiere, o clarificarse a sí mismo lo que quiso decir Márquez, J. (2007:137).

Este enfoque plantea que el educador podrá ejercer este efecto liberador si vive personalmente la educación, si establece una relación horizontal con los educandos y si se convierte en un facilitador en el proceso de hacer conscientes las emociones los alumnos, sin asumir un rol onnisapiente y todopoderoso.

Rogers, afirma que la facilitación de ese aprendizaje “no depende de las cualidades didácticas del líder, de su conocimiento erudito de la materia, de la planificación del currículum, del uso de materiales audiovisuales, de la aplicación de la enseñanza programada, de sus conferencias y presentaciones, ni de la abundancia de libros, aunque todos estos elementos podrían constituir recursos útiles”. La facilitación del aprendizaje significativo se basa en ciertas actitudes que debe poseer el profesor y que caracterizan su relación con el estudiante. Estas actitudes son necesarias para crear un clima y un tipo de relación interpersonal que favorezcan el desarrollo del potencial de los estudiantes.

Carl Rogers, considera al aprendizaje como una función de la totalidad de las personas; Afirman que el proceso de aprendizaje genuino no puede ocurrir sin:

- Intelecto del estudiante
- Emociones del estudiante
- Motivaciones para el aprendizaje

El enfoque rogeriano aplicado a la educación tiene como propósito favorecer el aprendizaje significativo. En este enfoque al docente, se le denomina facilitador.

El aprendizaje significativo prácticamente es la relación de los conocimientos nuevos con los conocimientos y experiencias ya existentes.

Rogers enuncia los siguientes principios:

- Los seres humanos tienen un deseo natural por aprender
- El aprendizaje se hace significativo cuando el tema es relevante para el aprendiz.
- El aprendizaje se mejora con una reducción de amenazas externas.
- El aprendizaje participativo es más efectivo que el pasivo.
- Los alumnos toman la responsabilidad de su propio aprendizaje.

Por todo esto a los participantes en las sesiones educativas de psicoprofilaxis obstétrica, se les estimula a iniciar un aprendizaje en el que se les permite percibir el problema, participar activamente y en forma continua, obteniendo respuestas significativas que les servirán de herramientas en la atención a embarazadas convirtiéndose en entes multiplicadores de salud que transmitirán lo aprendido al resto de la comunidad.

Siguiendo el modelo educativo de Rogers, (1976) se practica cualidades propuestas del docente facilitador del aprendizaje, tales como crear un clima de confianza en el grupo ayudando a determinar los objetivos y metas del mismo, estimular a los participantes a alcanzar metas del mismo, ofreciéndoles una amplia gama de recursos para el aprendizaje y su propia asesoría y autenticidad, integrándose y comprometiéndose con las actividades grupales y

prestando atención a las expresiones indicadores de sentimientos fuertes y profundos, reconociendo y aceptando sus limitaciones.

Esta estrategia educativa permite a los participantes sentirse involucradas con el proceso de aprendizaje, dado que el objeto de estudio es percibido como importante y necesario, y se les permite que participen integralmente abarcando su intelecto y su efectividad, estimulando la creatividad y la autoevaluación, logrando el aumento de la confianza en sí misma de cada participante para transmitir el aprendizaje aprendido.

#### **2.2.1.4 La obstetriz en la educación materna como parte de la psicoprofilaxis obstétrica**

La educación materna que forma parte de la psicoprofilaxis obstétrica se ha mostrado claramente beneficiosa, según señalan algunos estudios de investigación, donde hace referencia al acortamiento de la duración de los periodos de dilatación y expulsivo, resultados materno perinatal favorables, menor proporción de cesáreas y sobre todo a la satisfacción de las mujeres al referir al parto como experiencia feliz y saludable. La educación materna puede ser un recurso para cubrir la necesidad de reducir la ansiedad, miedo y dolor, especialmente, a través de la desmitificación de los prejuicios basados en tradiciones orales y escritas, los mitos y los ritos. Esta desmitificación se consigue con la aclaración de dudas y la adquisición de nuevos conocimientos.

La educación materna ha sido entendida como una trasmisión de conocimientos y lo verdaderamente importante en materia de educación para la salud no es que la persona sepa mucho, sino que se comporte de manera diferente. Esta conjunción de adquisición de conocimientos y de actitudes y

conductas no solo debe centrarse en la preparación del parto, sino que repercute positivamente en la salud posparto de madres e hijos. La educación materna en particular se muestra efectiva cuando se realiza de manera participativa y bidireccional. Los cambios siempre han de ser voluntarios y el papel de los obstetras ha de ser de facilitadores de estos cambios.

El profesional obstetra debe plantear una metodología participativa y vivencial no centrada, únicamente, en la transmisión de información con el objetivo de estandarizar las actividades de psicoprofilaxis obstétrica aplicándolas en sesiones teóricas-prácticas, con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos que contribuyan al logro de una maternidad saludable y segura.

En la psicoprofilaxis obstétrica a tiempo, cuyo inicio se recomienda a partir del quinto mes de gestación, y con un promedio mínimo de 6 sesiones educativas de una hora y media a dos horas por cada sesión, en las que se tiene el tiempo suficiente para realizar una preparación integral, incluyendo a la pareja; a diferencia en la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sólo tendremos 3 sesiones educativas para darle la información más relevante.

La educación psicoprofilaxis obstétrica es integral, porque cubre varias áreas como:

### **Preparación cognitiva**

La preparación cognitiva o teórica se brinda a través de conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología del embarazo parto y posparto que enseñan a la gestante y pareja a comprender y reconocer los cambios en el organismo, durante estas etapas. En la educación psicoprofilaxis obstétrica de emergencia,

faltando 3 semanas de la fecha probable de parto, se debe de priorizar los contenidos teóricos (señales de alarma, características del trabajo de parto, dilatación en que momento ir al hospital).

### **Preparación física**

Según el Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica ASPPO (2010), permite un adecuado acondicionamiento de músculos y tejidos para el embarazo parto y puerperio, permite disminuir dolencias y problemas circulatorios; mejora la oxigenación pulmonar y celular, además de crear una actitud positiva (2010: 202).

Porque el cuerpo como en cualquier deporte, necesita un buen entrenamiento para responder a las demandas gestacionales de la forma más eficaz con el mínimo esfuerzo, sintiéndose cada día más ágil, fortalecida y lista para la jornada final (el día del parto).

### **Preparación psico afectiva**

Logra que a través de una adecuada orientación y motivación la madre y su pareja se sientan cada vez más contentos, tranquilos y seguros, permitiéndoles disfrutar de su embarazo al máximo y venciendo los temores o ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión al “dolor”.  
Morales, S. (2004: 84).

### **2.2.2 Desarrollo de habilidades procedimentales**

Las habilidades procedimentales obstétricas adquiridas a través de la educación materna desarrolladas por las gestantes, para el parto, son las técnicas psicoprofilácticas de autoayuda manifestadas en diferentes técnicas

de respiración y relajación, para cada período del parto logrando así un control adecuado de la respiración, control de relajación y como consecuencia, control de la ansiedad, las cuales se manifestaran, obteniendo una mujer en buen estado y un recién nacido sano.

### **2.2.2.1 Control de respiración**

#### **Técnicas de respiración en contracción uterina**

Según la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal (2011), es el conjunto de procedimientos que permiten una adecuada respiración con la participación de todos los músculos, con énfasis del músculo de diafragma, que es el músculo respiratorio más importante (2011:3).

Permite, a través de la oxigenación, la participación de todo nuestro cuerpo ayudando a normalizar los estados de nerviosismo, irritabilidad y ansiedad provocados por factores exógenos (como el trabajo, los estudios, malos hábitos, etc.), y disminuyendo la tensión muscular y la fatiga.

Los ejercicios respiratorios están constituidos por la inhalación y exhalación de aire. También se utilizan para ayudar a entrar en un estado meditativo para canalizar el dolor de parto y ayudar a las madres a tener una paridad satisfactoria. Controlar o manipular la respiración mediante técnicas rápidas y ejercicios le pueden llevar a un trabajo de parto corto y agradable.

#### **Los principios generales incluyen**

- Mantenimiento de oxigenación adecuada de la madre y el feto (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:162).

- Mejoramiento de la apertura de las vías aéreas y de los músculos que facilitan la respiración disminuyendo el esfuerzo de la respiración (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:162).
- Promover un medio para concentrar la atención y al mismo tiempo desviarla de un aspecto negativo (por ejemplo el dolor) (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:162).
- Adecuación de la velocidad respiratoria de acuerdo a las características fisiológicas respiratorias de cada individuo (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:162).

### **Tipos básicos de respiración**

- Abdominales.
- Torácicos.
- Respiración costal inferior

### **Respiración abdominal**

Esta respiración la ocupará en el período de dilatación, les servirá para disminuir el dolor.

- Inspiración, cogiendo aire por la nariz, hinchando progresiva y lentamente el abdomen.
- Expiración, expulsando el aire por la boca y contrayendo el abdomen (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:163).



## **Respiración torácica**

Esta respiración la ocuparán, durante el período de dilatación, entre las contracciones, les servirá para relajarse.

- Inspiración por la nariz elevando el tórax y desplegando las costillas.
- Expiración por la boca y deshinchando lentamente el tórax y apretando, suavemente, las costillas (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:163).

## **Respiración costal inferior**

Esta técnica respiratoria ayuda a controlar las ganas de pujar en las fases de dilatación y expulsivo:

- Toma aire por la nariz llenando el abdomen y expúlsalo por la boca de forma entrecortada, con sonido, sucesivamente en forma de jadeo o soplo mientras vacía el abdomen.
- Esta respiración debe durar unos 5 segundos y debe intercalarla con la respiración abdominal, porque resulta cansada.
- Esta respiración se utiliza para disminuir las ganas de “pujar” cuando no es el momento adecuado. El “pujo” es el trabajo de empuje que se realiza para facilitar la salida del bebé.

## **Respiración para ayudar a pujar en el periodo expulsivo**

- Realice dos o tres inspiraciones profundas y cortas.
- Retenga la respiración al tiempo que contrae los músculos del abdomen.

- Debe elevar la cabeza y los hombros pegando la barbilla al tórax, mientras se sujeta las rodillas con las manos.
- Hay que saber que no se debe hacer fuerza con el cuello, sino con el abdomen, en un esfuerzo similar al que se lleva a cabo cuando se va al baño. También, es importante no estirar el cuello hacia atrás al empujar, sino bajar la barbilla hasta el esternón, curvando la espalda. En una misma contracción, habrá que realizar dos o tres pujos, con lo que la madre tendrá que coger aire varias veces.
- A continuación, relaje los músculos y expulse el aire.

#### **2.2.2.2 Control de la Relajación**

##### **Técnicas de relajación, durante el período de dilatación**

##### **Los objetivos fundamentales de la relajación son**

- Proporcionar sedación y paz interior, combatiendo la tensión y la angustia, que son sustituidos por el autodomínio (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:165).
- Evitar la contracción innecesaria de los músculos corporales estirados, que no deben intervenir en el momento del parto. Esto significa por una parte un notable ahorro de energía, que puede ser empleada en el trabajo de parto, y por otra una mejor oxigenación del feto (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:165).
- Mejorar la funcionalidad uterina. La desaparición de la tensión y el ahorro energético posibilita una buena coordinación de la dinámica

uterina que, por lo general, se torna más efectiva (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:165).

Como consecuencia de ello, la dilatación cervical se hace con mayor facilidad, acortándose sensiblemente este período, debido tanto a la mayor eficiencia contráctil uterina, como a una más fácil distensibilidad de la estructura cervical.

El autodominio alcanzado con esta preparación permite, además, una perfecta colaboración de la mujer en el momento del expulsivo, adoptando la posición, la respiración o el esfuerzo muscular más adecuado en cada momento del mismo.

Mediante la relajación se busca poner en reposo el cuerpo (relajación física o neuromuscular) y la mente (relajación psíquica o emocional).

Existen múltiples métodos aplicables a la preparación del parto que se distinguen, según su base sea esencialmente muscular o psicológica (Relajación progresiva, de Jacobson), o autosugestiva o psicológica (Entrenamiento autógeno, de Schultz, Sofronización de Caicedo, relajación Stanilavski, etcétera) (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:165).

Utilizaremos un sistema mixto que, creemos, reúne las ventajas de ambos métodos. Por un lado, procuramos la relajación controlada y progresiva de todos los músculos inútiles para el trabajo de parto, y por otro se persigue modificar el nivel de conciencia, utilizando algunos ejercicios de autosugestión.

## **Principales técnicas de relajación**

### **1. Relajación muscular progresiva (RMP)**

La RMP pretende conseguir un nivel de relajación general, así como un estado de autorregulación del organismo, sobre la base de la distensión de la musculatura esquelética y mediante una serie de ejercicios de tensión distensión de los principales grupos musculares (Chóliz, M., s.f.: 3).

Esta técnica puede realizarse con ayuda de un orientador a través del seguimiento de órdenes donde se le indica a la mujer que tense un grupo de músculos específicos durante un periodo de tiempo determinado y posterior a esto pedirle relajación y así sucesivamente con todos los grupos musculares del cuerpo; una vez aprendida y dominada esta técnica puede ser empleada en el hogar.

**2. Entrenamiento autogénico** (control mental que modifica las respuestas del sistema muscular y autónomo): la esencia del conocimiento no se encuentra en el exterior, sino en el interior del individuo, en la “consciencia pura”. En el estado de meditación, se consigue un nivel “superior” perceptivo y de relajación, de manera que uno no está perturbado por los estímulos externos, lo cual le permite profundizar y alcanzar un grado más elevado de “autoconocimiento” y fomento de la “inteligencia creativa” (Chóliz, M., s.f.:6).

La relajación física y el control mental están íntimamente relacionados, de forma que cuando una persona se encuentra relajada, sus pensamientos se controlan mejor y pueden dirigirse convenientemente. Existen, por lo tanto, dos direcciones en el entrenamiento de la relajación: desde el control muscular al control mental, o desde el control mental al muscular. El primero de los

procedimientos se denomina entrenamiento en relajación muscular, mientras que el segundo es propio de las técnicas derivadas del entrenamiento autógeno (Chóliz, M., s.f.: 6).

**3. Tacto/masaje:** el tacto siempre ha sido una manera para que una persona calme a otra. Hay evidencia de transferencia real de energía que se lleva a cabo en algunas formas de tacto. El masaje permite aliviar las zonas de molestias, durante las contracciones uterinas.

#### **4. Posturas de relajación**

Si bien el objetivo en el entrenamiento en relajación es que se adquiera dominio en la reducción del exceso de activación en cualquier situación que se produzca y, por ello, debemos ser capaces de relajarnos en cualquier ambiente y posición (de pie, sentado en posición incómoda, caminando, etc.), durante las primeras sesiones de entrenamiento, es útil aprender a relajarse en una posición cómoda que facilite la respuesta de relajación. Algunas de las posturas más usuales, son las siguientes:

#### **5. Posición básica de relajación**

Aun cuando no existe una posición única para conseguir la relajación la posición básica de relajación, se inicia preferentemente en decúbito supino o dorsal (acostada boca arriba) sobre una cama, colchoneta, o alfombra, con un almohadón debajo de la cabeza, otro debajo de las rodillas, los brazos extendidos y un poco separados del cuerpo, y la vista hacia el techo. Se procurará efectuar los ejercicios de relajación en una habitación silenciosa, alejada de interferencias (teléfono, visitas, etc.) y, si es posible, con una música

suave y relajante (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductiva, 2008:165).

Chóliz, M. (s.f.:10), postura sentada (postura de cochero)

- Cuerpo aflojado
- Brazos colgando
- Espalda encorvada
- Cabeza hacia adelante
- Tronco hundido en sí mismo, sin inclinación
- Balancear los brazos y colocarlos sobre los muslos, apoyándolos sobre el tercio superior del antebrazo.

Decúbito lateral, Sims, posición inglesa

Tumbada de lado, coloca una almohada debajo de la pierna que queda encima para darle apoyo. Otra opción es colocar la almohada entre las piernas

- Con la rodilla superior bien flexionada, es posible inclinar el pecho hacia la cama para variar la postura, o cambiar la posición de la pierna
- Ir alternando la postura ayuda al bebé en su descenso.

### **2.2.2.3 Control de la ansiedad**

La ansiedad, durante el embarazo, tiene efectos adversos sobre el feto y el niño o la niña y diversas investigaciones han demostrado que la ansiedad, excesiva durante el parto, provoca una descarga anormal de catecolaminas

que conduce a la provocación de alteraciones de la contractilidad uterina y de la dilatación cervical, causantes de la prolongación del parto y de la distocia.

La atención física y emocional de la obstetrix, durante la labor del parto; tiene como objetivo disminuir la tensión psíquica y corporal en la mujer, aportando calidad de atención a las mujeres en la labor de parto, lo que viene a traducirse en ayuda no sólo a disminuir el dolor, sino a que esta etapa sea menos traumática, evitando a la paciente la ansiedad, la depresión, el miedo y la angustia.

Para brindar apoyo a la mujer, es necesario darle toda la información y explicación que desee, al proporcionarle apoyo empático, durante el trabajo de parto, y facilitar la buena comunicación entre los proveedores de atención y la paciente hará que se sienta segura y confiada en este acto.

**Apoyo informativo (AI):** Consiste en informar y aconsejar a las mujeres con una terminología que sea comprensible sobre las diferentes actividades que se realizan, su finalidad y sus limitaciones, la evolución del parto, y el estado del feto. Se debe evitar comunicar pronósticos que sean poco probables o erróneos (Federación de Asociaciones de Matronas de España FAME, 2008:66).

Cuando la mujer entra en las primeras partes de la fase activa de trabajo de parto, puede mostrar una ansiedad importante; se vuelve muy atenta acerca del aumento en la fuerza y la intensidad de las contracciones; puede ponerse inquieta y cambiar con frecuencia de posición. El temor que se expresa con más frecuencia, en este momento, es el abandono y es de importancia crucial

que la obstetriz esté disponible para brindar apoyo a la mujer. Es necesario que se le dé confianza a la mujer con respecto de que no se le dejará sola.

También, se debe tener contacto físico con la parturienta, durante los exámenes, y la realización de los procedimientos; se le sostiene la mano o se le masajea las piernas y la espalda. Se ofrecerá informaciones y explicaciones sobre el desenvolvimiento del trabajo; así como una comunicación sobre los procedimientos que se realizarán a lo largo de la labor, las actividades que puede realizar además reconociendo a la parturienta como sujeto del proceso.

Informar, explicar y orientar constituyen tareas diferenciadas que otorgan elementos para que la mujer pueda reconocer y conseguir llevar a cabo adecuadamente los diferentes momentos del trabajo de parto. Tener informada a la mujer, durante el trabajo de parto, de todo lo que está aconteciendo y de lo que se está realizando para protegerla a ella y a su niño. Es favorable porque, de esta manera, se estaría disminuyendo la ansiedad que ella podría estar sintiendo a lo desconocido.

**Apoyo físico o tangible (AT):** Se trata de ofrecer todas aquellas medidas que ayudan a mejorar el confort y la comodidad, como mantener la ropa de la mujer y la cama limpia y seca, facilitar la eliminación de fluidos, mantener la hidratación de la mucosa oral, facilitar la ingesta; así como ofrecer medidas de alivio del malestar o dolor como son las técnicas respiratorias, los masajes, técnicas de relajación, la movilidad y los cambios posturales (Federación de Asociaciones de Matronas de España FAME, 2008:66).

La psicoprofilaxis obstétrica ha dado suma importancia al aprendizaje de técnicas de respiración y relajación que son útiles durante el trabajo de parto.



Se le explica a la paciente los patrones de respiración como modo de distracción, durante las contracciones uterinas, a medida que progresa el trabajo de parto y las contracciones se vuelven más largas, dolorosas y seguidas, se les enseña a las mujeres a alternar el patrón de respiración con técnicas de relajación.

Las técnicas de respiración son un medio útil que ayudan a la mujer a relajarse y a aliviar el dolor de las contracciones.

Las técnicas respiratorias también se utilizan para ayudar a entrar en un estado meditativo para canalizar el dolor de parto y ayudar a las madres a tener una paridad satisfactoria. Controlar o manipular la respiración mediante técnicas rápidas y ejercicios le pueden llevar a un trabajo de parto corto y agradable.

Es posible que resulte muy difícil que la parturienta pueda mantener una respiración rítmica y relajación cada vez que exhale cuando está teniendo contracciones dolorosas, o está cansada y el parto le parezca interminable. Este es el momento, en que el apoyo de la obstetrix, durante parto, es esencial, ya que pueden ayudar a mantener la respiración estable.

Durante el segundo período del parto, estará empujando al feto para que salga, muchas mujeres quieren contener la respiración cuando pujan. Esto está bien siempre y cuando pujan hacia abajo entre las piernas, y no hacia la parte de atrás de la garganta. Las contracciones son espasmos musculares que sirven para ayudar a la salida del feto, las sensaciones que experimenta al momento de pujar son similares a las que siente cuando esta estreñida.

**Apoyo emocional (AE):** Consiste en la asistencia continuada presencial en el parto, es decir, mantener una actitud empática, amable y paciente, cuidar el

lenguaje verbal y no verbal, potenciar la autoconfianza, reforzando y premiando verbalmente la conducta de la mujer, y animarla y tranquilizarla si es necesario (Federación de Asociaciones de Matronas de España FAME, 2008:66).

### **La obstetrix y apoyo emocional**

La obstetrix ofrecerá apoyo emocional mediante elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico, explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable. Todo el apoyo ofrecido reduce significativamente la ansiedad.

La obstetrix debe estar familiarizada con las tareas de apoyo y médicas y deben realizarlas con competencia y sensibilidad. Una de estas tareas consiste en ofrecer a la mujer toda la información que ella desee y necesite. La privacidad de la mujer en el lugar donde vaya a dar a luz debe ser respetada en todo momento.

El apoyo emocional por parte de la obstetrix que la madre recibe, o deja de recibir, puede influir no sólo en su autoimagen y en el desarrollo del trabajo de parto, sino también en sus actitudes hacia su marido, sus niños y sus embarazos futuros.

Por tanto, es indispensable que ella reciba el apoyo emocional que necesita, de tal forma que se sienta capaz de enfrentarse con actitud satisfactoria e interactuando con el trabajo de parto y el nacimiento de su hijo. En esta forma, se realza su imagen y se van a promover actitudes positivas hacia su esposo, el niño y embarazos futuros.

Para Aguayo C y Angulo A (2008), la creciente medicalización de las experiencias del parto, ha llevado a replantear el apoyo continuo y personalizado por parte de una persona significativa, obstetrix, médico u otro profesional de la salud, durante el trabajo de parto. Entre sus elementos comunes se incluyen: apoyo emocional, presencia continua que presta tranquilidad y estímulo, información sobre el progreso del trabajo de parto y consejos sobre técnicas de autocontrol, medidas que le brinden comodidad tales como caricias, masajes, baños o duchas tibias, facilitar la adecuada ingesta y eliminación de fluidos, y representación para ayudar a que la mujer pueda comunicar sus deseos a los demás (2008:16).

Las charlas educativas y las dinámicas grupales con sensaciones de confianza, seguridad, y preparación para enfrentar todo que significa ser madres, y además le atribuyen al conocimiento de los cambios que experimentan tanto ellas, como su hijo (a) en todo su desarrollo un gran valor para poder actuar, en libertad, informadas, y con propiedad para tomar decisiones y gozar con plenitud su embarazo.

Las gestantes valoran mucho contar con el profesional Obstetrix para resolver sus dudas, ya que argumentan que en los controles prenatales no alcanzan a preguntar todo lo que quisieran saber, sin embargo, la instancia de reunión con otras mujeres las motiva a participar y creen que es muy positivo conocer las otras experiencias de mujeres para ir aprendiendo y desmitificando creencias.

El embarazo y el parto son procesos normales fisiológicos, procesos sociales y emocionales que acontecen en la vida de cualquier mujer y su familia, proceso que no siempre está libre de temores y miedos asociados a lo que el entorno

puede transmitir respecto de la experiencia del parto y también experiencias previas de las mujeres.

Las sensaciones de temor y miedo que les son transmitidas por otras personas, también tienen relación con la percepción de la atención brindada, algunas señalan que si gritan mucho, durante el parto, las obstetrices las tratan mal, sin duda que ante esta posible situación, las mujeres adquieren un postura para enfrentarse a ello, la que puede influir en como vivan el proceso y como se preparen para enfrentarlo.

Establecemos la importancia de considerar a la mujer activamente en el proceso de trabajo de parto y parto, informándola adecuadamente, con un trato digno, cordial, sin discriminaciones, realizando, adecuadamente, los procedimientos, todo lo anteriormente mencionado nos indica que para cumplir las expectativas de calidad de las mujeres solo basta considerarla en su entorno integral siendo profesionales de la salud más cercanos a nuestras usuarias, desarrollando las competencias y habilidades adquiridas eficaz y eficientemente, teniendo presente esto lograremos satisfacer sus necesidades y haber logrado una atención de calidad.

Educar integralmente a la mujer embarazada y a su pareja es contribuir también a fortalecer: su autoestima, su autocontrol, su automotivación, su empatía, controlar su estrés y ansiedad, mejorar sus relaciones sociales y espirituales que establezcan consigo mismos y con las demás personas, incluyendo a la persona que está en su interior.

Las habilidades cognoscitivas, emocionales, sociales y espirituales fortalecidas de ambos (madre y padre) los sitúan en un plano de ser verdaderos

protagonistas y no simples espectadores del proceso que viven, durante el embarazo.

#### **a. Autoestima**

La autoestima, en cualquier nivel, es una experiencia íntima, ya que reside en el núcleo de cada ser. Es lo que la persona siente y piensa sobre sí mismo. Una persona con una autoestima saludable se encuentra, adecuadamente, es decir, sin conflictos ni consigo mismo ni con los demás.

Es importante mencionar que mantener una autoestima favorable no significa que en determinado momento no vaya a padecer de alguna dificultad, sino que le será más fácil sobreponerse, porque sabe que puede salir adelante y que cuenta con las capacidades y habilidades para encontrar soluciones ante cualquier situación que se le presente.

Durante el embarazo, es normal que una mujer pueda sufrir de ciertos problemas en su autoestima, ya que tienden a sentirse “menos bonitas” y atractivas al verse en un espejo; esto debido a los cambios que sufre su cuerpo. Otros aspectos importantes que pueden dar lugar a una baja autoestima son el cansancio, la fatiga y las dificultades de conciliar el sueño al final del embarazo, ya que son factores que pueden ocasionar efectos negativos en el estado anímico de una mujer embarazada; así como modificar su autoestima e imagen, por lo que es importante prestar especial atención a estos síntomas, ya que influyen en la relación de la madre con el bebé y tiene un papel importante en el nexo que se crea con el nuevo ser que vive dentro de ellas.

También, es muy normal que durante el embarazo surjan sentimientos encontrados, pues además de la alegría que ocasiona el embarazo, se presenta miedo, angustia y mucha inseguridad con respecto a los cambios que contraerán con la venida de un nuevo bebé, Por el bienestar tanto de la madre como de su bebe es muy importante que deje que fluyan con libertad pensamientos y sentimientos positivos, tratando de disminuir la ansiedad con ejercicios de relajación, alimentándose saludablemente y tratando de dormir ocho horas diarias.

#### **b. Autocontrol**

Para Rodríguez, T., García, C. y Cruz, R. (2005: 2) son aquellas técnicas que, actuando sobre los estados psíquicos del sujeto, provocan modificaciones del estado o del funcionamiento biológico y las que incidiendo sobre el estado o función fisiológica del organismo inducen a ciertos estados psíquicos.

Dentro de las técnicas psicofisiológicas, tenemos las técnicas bioenergéticas, basadas en técnicas respiratorias y relajación que activan la función fisiológica de algún sistema orgánico para elevar el nivel energético del organismo y desarrollar la capacidad de control consciente de los estados de ese sistema, proporcionando el control de la movilización de las energías biológicas para los fines conscientes de la actividad.

Dick Read (1933), expresa que ninguna ley natural puede justificar el dolor en el parto y mantiene explica el dolor con la relación de miedo-tensión-dolor. Para ello, propugna, por una parte, eliminar el miedo dolor con la confianza y el conocimiento; y por otra parte, eliminar la tensión intentando controlarla con la

respiración y los ejercicios musculares de modo que ablanden las fibras circulares y longitudinales del cuello.

### **c. Automotivación**

Dirigir las emociones para conseguir un objetivo es esencial para mantenerse en un estado de búsqueda permanente y para mantener la mente creativa para encontrar soluciones. Las personas que tienen esta habilidad tienden a ser más productivas y eficaces, cualquiera que sea su emprendimiento.

Navarro, E. (2011: 24) La autoestima conduce al respeto por uno mismo, que es la base del respeto por el otro, afecta de lleno nuestra relación con nosotros mismos y con los otros. Pero hay una confusión bastante generalizada y es la de creer que depende solo de nosotros. Las emociones son aquello tan íntimo que hace ruido por dentro, pero que normalmente silenciamos por fuera, y la autoestima, a pesar de estar tan dentro nos ha venido de fuera. Pero tal como nos la hacen ver a veces, parece que solo sea responsabilidad de uno mismo y que cada uno tuviésemos que cuidarla y arreglarla por nuestra cuenta. Nos la han malogrado otras personas con sus mensajes recriminadores, y en cambio muchas veces pretenden que nos la arreglemos solos. Por mucha fortaleza que tenga una persona, no puede cultivarse o prepararse ella sola la autoestima. Nos han de ayudar a consolidarla o a repararla el otro, porque es el otro quien me ha de otorgar el reconocimiento que necesito para vivir y la oportunidad para descubrir mi valor personal. Sin llevarnos a culpar al otro ni a responsabilizarlo de lo que me he de responsabilizar yo mismo.

#### **d. Empatía**

Es Titchner (1920), quien utiliza, por primera vez, el concepto para referirse a una especie de imitación física del malestar de otro que evoca el mismo sentimiento en uno mismo; ulteriormente, diversos autores señalaron el componente emocional y afectivo del constructo. Mestre, Samper & Tur (2008) realizan una exhaustiva presentación de las definiciones vertidas por los autores que han investigado la empatía, desde el punto de vista teórico, y/o empírico, y concluyen que en todas las definiciones aparece como factor fundamental compartir afecto; si bien algunas se centran más en el componente emocional de la empatía y otras incluyen diversos factores de tipo cognitivo, cuales son comprensión cognitiva y capacidad de ponerse en el lugar de la otra persona.

Las actitudes empáticas es un modo de reconocer y aceptar emociones y sentimientos de la mujer en trabajo de parto, respetando su individualidad, sus valores y su cultura.

#### **e. Control de estrés**

La mayoría de las mujeres suele lidiar bien con los cambios emocionales y físicos del embarazo y otras causas de estrés en sus vidas. Por lo general, las mujeres embarazadas que sienten que pueden controlar su estrés (que se cuidan, que se sienten activas en lugar de cansadas y que funcionan bien en su casa y el trabajo) no están expuestas a riesgos de salud por esta causa. Las mujeres embarazadas a las que les preocupe el nivel de estrés en su vida y su capacidad para manejarlo, deberían hablar con su médico. Él podrá indicarles a



dónde recurrir para obtener ayuda en su comunidad y qué hacer para reducir y controlar el estrés.

Cada mujer embarazada debe identificar las causas del estrés, tanto en su trabajo como en su vida personal, y desarrollar maneras eficaces de controlarlas. Las molestias propias del embarazo (como las náuseas, el cansancio, la necesidad frecuente de orinar, la hinchazón y los dolores de espalda) pueden generar estrés, especialmente, si la mujer embarazada trata de hacer todo lo que hacía antes del embarazo. Para reducir el estrés, debe darse cuenta de que estos síntomas son temporales y que se puede recomendarle formas de controlarlos. También, puede considerar la posibilidad de abandonar algunas actividades innecesarias cuando se sienta molesta. Muchas mujeres experimentan inestabilidad en su estado de ánimo, durante el embarazo. Esta inestabilidad es causada por cambios hormonales y es normal, sin embargo, la mujer embarazada debe tener en cuenta que a veces esta inestabilidad puede dificultarle la tarea de controlar su estrés.

Las mujeres embarazadas pueden controlar mejor el estrés si se encuentran sanas y en buen estado físico, deben comer una dieta sana, dormir bastante y evitar el alcohol, los cigarrillos y las drogas; también, deben hacer ejercicio regularmente. El ejercicio las ayudará a mantenerse en buen estado físico, a prevenir algunas de las molestias comunes del embarazo (como los dolores de espalda, el cansancio y el estreñimiento), y a aliviar el estrés.

#### **f. Ansiedad**

La ansiedad normal, desde este punto de vista, se considera una señal positiva de salud que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción

frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo.

Cuando esta cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan manera insidiosa, se convierte en ansiedad patológica, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas.

Entre los trastornos orgánicos más frecuentes, se encuentran la fatiga crónica, cefaleas tensionales, contracturas y espasmos musculares, limitación de la movilidad y de la flexibilidad, tendencia a las lesiones musculares, insomnio, diversos trastornos gastrointestinales, alteraciones urinarias y hepáticas, entre otros más.

El embarazo es un estado biológico que causa cambios físicos, químicos y psicológicos; es una prueba generadora de esfuerzo metabólico. Estos cambios tienen una gran influencia en las conductas y emociones de la mujer, de ahí que la liberación de catecolaminas, como son adrenalina, noradrenalina, dopamina entre otras, generadas bajo situaciones de estrés, se traduce en un estado de ansiedad, que eventualmente repercute hemodinámicamente en la embarazada.

Las mujeres con un nivel excesivo de ansiedad hasta el grado que este interfiere gravemente con su funcionamiento psicológico y social, presentan sufrimiento y múltiples dificultades psicosociales. Esto incluye además a su compañero y a toda la familia, interfiriendo negativamente en la relación con su bebé. Hay evidencia de que la ansiedad excesiva puede asociarse con algunas

alteraciones en la fisiología e incluso la morfología del bebé, como: bajo peso al nacer y con cambios en la actividad y desarrollo del feto.

#### **g. Habilidades emocionales, sociales y espirituales**

Carballo, S. (2008:19) Al educar a la mujer embarazada en cursos preparto y se abordan conocimientos anatómicos y biológicos sobre el proceso de embarazo, pero muchas veces se olvida fortalecer en cada una de ellas una relación agradable comprometida consigo mismas, con sus emociones, con sus vínculos sociales y espirituales que le permitan fortalecer, durante el proceso que vive.

Sé es ser humano, porque se nace en una sociedad, en la cual la persona construye su realidad y alcanza su plenitud en las relaciones de convivencia con sus semejantes. Las redes emocionales y socioculturales en las que se nutre el ser humano son cada vez más complejas y crean vínculos de diferente naturaleza y amplitud con los demás. Sacristán (2001), afirma que es a partir de ser cada uno como es, por las formas de estar y de sentir con y entre otros que se ejerce la libertad y la autonomía personal respecto a los demás.

Por esto, es importante rescatar que a las mujeres embarazadas, su embarazo les brinda oportunidades de fortalecer sus vínculos emocionales, sociales y espirituales consigo misma, con su hijo o hija y con otras personas de su entorno.

#### **i. Habilidades cognoscitivas**

Cuando se observa a una persona realizar algo de modo correcto, se dice que tiene una habilidad, que lo hace bien, también se sabe que, con una práctica

cotidiana, esa habilidad se puede desarrollar mejor, es decir, se tendrán más aciertos y menos errores, el sujeto puede ir desarrollando grados diversos de dominio en el tema o en la habilidad.

Adquirir una destreza o habilidad cognitiva, implica adquirir un conjunto de reglas o procedimientos de dominio específico (especialmente creadas y disponibles para cada situación, tarea, especialidad o ámbito conceptual) que permitan la solución de un problema en particular.

#### **j. Acompañamiento**

El estado emocional de la paciente, interfiere y ejerce una considerable influencia en la duración y las características del parto; y si este sucede en mayor tiempo presentan mayor grado de ansiedad, limitando su participación activa y aumentando los riesgos para el recién nacido. Así entonces, existen mayores posibilidades de presentar complicaciones obstétricas y por lo tanto, aumenta la morbilidad neonatal y materna.

El acompañamiento es la permanencia en forma continua de una persona elegida por la gestante, el acompañante, es la persona que provee de soporte continuo, información, apoyo emocional y físico a la mujer embarazada, antes, durante y justo después del parto y que está capacitado en asistir a la mujer en el mismo.

El fundamento del cuidado de un acompañante se basa en el conocimiento de que el continuo soporte emocional y la confianza durante el proceso de parto mejoran y facilitan todas las fases de la maternidad.

En un estudio Klaus y cols, que incluyó 16 ensayos de 11 países, con más de 13 000 mujeres en una amplia diversidad de ámbitos y circunstancias se obtuvo como resultado que las mujeres que recibieron apoyo continuo en el trabajo de parto tenían mayor probabilidad de dar a luz de manera "espontánea". Sumado a ello, se halló que las mujeres tenían menor probabilidad de recibir analgésicos, tenían mayor probabilidad de sentirse satisfechas y pasaban por un trabajo de parto levemente más corto (Valdés, V y Morlans, X 2005:109).

El acompañante, al participar de la preparación prenatal por un lado aprende a desarrollar los aspectos del entrenamiento físico, a través de los ejercicios gestacionales, técnicas de respiración, técnicas de relajación neuromuscular, masajes especiales y posiciones antálgicas y accede al aprendizaje de la fisiología del proceso del parto, entre otros.

En ocasiones, el rol de acompañante lo asume la obstetrix o algún otro miembro del equipo de salud, quien asume el soporte técnico y afectivo, generalmente en ausencia del padre o familiar, por lo que no debemos de olvidar que nuestra calidad y servicio profesional, siempre tendrá el privilegio de ir de la mano con la calidez en nuestra atención (Morales, S: 116).

En el Hospital Carrión, durante la preparación y educación psicoprofiláctica, la mayoría de las gestantes acuden con su acompañante ya sea el esposo, la pareja, mamá, hermana y otros, quienes participan activamente en la educación y preparación de la futura madre haciéndose ellos, participantes de las sesiones educativas y que en el futuro les servirá para acompañar activamente a la parturienta a que están realicen adecuadamente las técnicas

de respiración, relajación, posturas antálgicas, masajes, el acompañante es el apoyo físico y emocional que la mujer necesita en esta etapa para controlar, su miedo, ansiedad y temor que siente al proceso del parto.

Sin embargo, si bien es cierto en nuestro Hospital, no se acepta que el acompañante ingrese a la sala de partos. En este caso, quien asume el papel de acompañante somos las obstetras que en todo momento brindamos apoyo informativo, físico y emocional, durante el proceso del trabajo de parto.

### **2.3 Definiciones conceptuales**

**Control de la ansiedad:** ansiedad, durante el trabajo de parto, se asocia con altos niveles de la hormona de estrés, la epinefrina (adrenalina) en sangre, lo que a su vez puede ocasionar patrones anormales de la frecuencia cardíaca fetal, durante el trabajo de parto, una disminución de la contractilidad uterina, una fase de trabajo de parto más prolongada con contracciones regulares bien definidas y bajas puntuaciones de Apgar. Con la participación activa de la mujer embarazada durante el trabajo de parto, logra controlar la ansiedad.

**Control de la relajación:** Es el estado en el que el tono muscular de todo el cuerpo está reducido al mínimo. La gestante realiza ejercicios de control de relajación, durante el trabajo de parto, con la finalidad de acortar el periodo de dilatación y expulsivo.

**Control de la respiración:** Una correcta respiración mejora el estado general de la parturienta, durante el parto, con el objetivo de realizar una adecuada oxigenación y bloquear el dolor, durante la contracción.

**Desarrollo de habilidades procedimentales:** Constituyen un conjunto de acciones que facilitan el logro de desarrollar habilidades obstétricas en realizar correctamente ejercicios de respiración, relajación y la habilidad de la gestante para controlar la ansiedad, durante el trabajo de parto

**Educación psicoprofiláctica obstétrica:** Es la preparación integral de la gestante, que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables y una actitud positiva al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido.

**Preparación cognitiva:** A través de toda información valiosa que se le brinda sobre el proceso del embarazo, parto y puerperio. Cuanta mayor información posea se sentirá más tranquila y segura, pues siempre hay temor a lo desconocido.

**Preparación física:** Permite un adecuado acondicionamiento de músculos y tejidos para el embarazo parto y puerperio; permite disminuir dolencias y problemas circulatorios; mejora la oxigenación pulmonar y celular, además de crear una actitud positiva en la gestante. Comprende: Gimnasia prenatal, posiciones antálgicas, ejercicios de actividad respiratoria y dar énfasis a técnicas de pujo y relajación.

**Preparación psico afectiva:** Logra que a través de una adecuada orientación y motivación la madre y su pareja se sientan cada vez más contentos, tranquilos y seguros, permitiéndoles disfrutar de su embarazo al máximo y venciendo los temores o ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al “dolor”.

## **2.4 Formulación de hipótesis**

### **2.4.1 Hipótesis general**

La educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

### **2.4.2 Hipótesis específicas**

- La educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades respiratorias en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.
- La educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades de relajación en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.
- La educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades de control de ansiedad en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

### **Hipótesis nula**

- La educación psicoprofiláctica obstétrica no influye significativamente en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

### **Hipótesis alternativa**

- La educación psicoprofiláctica obstétrica si influye significativamente en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.



### 2.4.3 Variables

#### Variable independiente

- Educación Psicoprofiláctica obstétrica

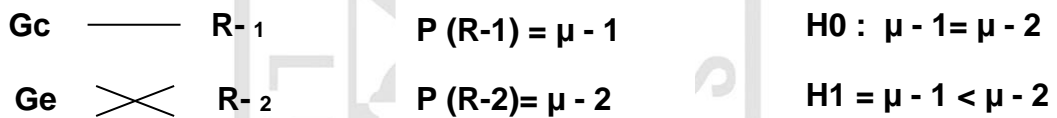
#### Variable dependiente

- Desarrollo de habilidades procedimentales



### CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

#### 3.1 Diseño de la investigación



Gc = grupo control

Ge = grupo experimental

R-1 = Resultado grupo control

R-2 = Resultado grupo experimental

P = Promedio

μ - 1 = Promedio Gc

μ - 2 = Promedio Ge

H0 = Hipótesis nula

H1 = Hipótesis alterna

X = Educación Psicoprofiláctica de emergencia

## **Diseño cuasi experimental**

Manipulan una variable independiente para ver su efecto y relación con una o más variables dependientes. Los sujetos no son asignados al azar, estos ya están formados antes del experimento.

### **Enfoque cuantitativo:**

Analiza diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificados a través de métodos estadísticos.

### **Tipo y nivel de la investigación:**

Tipo explicativo, de nivel IV.

Por el tiempo en que sucedieron los acontecimientos:

**Estrategia prospectiva:** Se realizan cuestionamientos como por ejemplo: ¿qué ocurriría después (un cierto tiempo) de continuarse manteniendo las condiciones que originaron el hecho que se quiere investigar?

### **Por el período de investigación:**

**Longitudinal:** Se analizó el hecho de acuerdo a su evolución, donde las participantes del estudio fueron observadas en más de una ocasión a lo largo de un período de seguimiento.

Por la clasificación de la investigación: analítico porque nos permitió comparar dos poblaciones (muestra) y asociar variables contrastando hipótesis.

### 3.2 Población y muestra

**Población:** Estuvo conformada por las embarazadas que acudieron al control prenatal en los consultorios externos y sala de partos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, siendo un total de 1933 pacientes.

**Población objetivo:** Estuvo conformada por las embarazadas que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica y el grupo que si recibió la educación psicoprofiláctica obstétrica.

**Muestra:** Estuvo conformada por las embarazadas seleccionadas de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

**Tipo de muestreo:** No probabilístico.

**Tamaño de la muestra:**

Fórmula para el cálculo de tamaño de muestra para 2 proporciones.

$$n = \frac{\left[ Z_{\alpha} * \sqrt{2p(1-p)} + Z_{\beta} * \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

**Donde:**

**n :** Son los individuos necesarios en cada una de las muestras;

**P1:** Prevalencia del grupo 1

**P2:** Prevalencia del grupo 2

**P =** (P1+P2)/2

**Z $\alpha$**  = Valor correspondiente al riesgo. Valores Z $\alpha$

**Z $\beta$**  = Valor correspondiente a poder o potencia

**Para el presente estudio se han considerado los siguientes valores:**

$Z\alpha = 1.96$  (para un nivel de confianza de 95%)

$Z\beta = 0.84$  (potencia estadística de 80%)

$P1 = 0.80$

$P2 = 0.41$

$P = 0.61$

Por lo tanto, el tamaño de muestra requerido es

$n = 23$  para cada grupo control y experimental.

Estuvo conformada por 23 parturientas en cada grupo.

#### **Criterios de inclusión**

- Edad entre 20 a 35 años
- Gestante mayor de 37 semanas
- Feto único cefálico
- Primíparas y/o multíparas (Estas últimas que hayan tenido solo tres partos)
- Mujeres que deseen participar de la investigación

#### **Criterios de exclusión**

- Gestantes con factores de riesgo
- Gestantes con patología asociada.

### 3.3 Operacionalización de variables

#### DISEÑO EXPERIMENTAL, TIPO CUASIEXPERIMENTAL TRATAMIENTO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE PARA EL GRUPO EXPERIMENTAL Y CONTROL

GRUPO EXPERIMENTAL					GRUPO CONTROL				
VARIABLE INDEPENDIENTE	ETAPAS	PASOS	CONTROL	INSTRUMENTO	VARIABLE INDEPENDIENTE	ETAPAS	PASOS	CONTROL	INSTRUMENTO
Con Educación Psicoprofilaxis Obstétrica	Captación de gestantes	Captación en consultorios de control prenatal		Tres sesiones educativas	Sin Educación Psicoprofilaxis Obstétrica	Captación de gestantes	Captación en sala de partos		Historia clínica
		Selección de gestantes según Criterios de inclusión					Selección de gestantes, según criterios de inclusión		
		Inscripción en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica					Registro de gestante		
	Preparación Cognitiva, Física y Afectiva	Preparación cognitiva					Apoyo informativo		
		Preparación física					Apoyo físico o tangible		
		Preparación Psico Afectiva					Apoyo emocional		
		Realiza control de la respiración					Realiza control de la respiración		
	Observación durante el trabajo de parto	Realiza control de la relajación					Realiza control de la relajación		
		Realiza control de la ansiedad					Realiza control de la ansiedad		

**TRATAMIENTO DE LA VARIABLE DEPENDIENTE**

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA	ESTADISTICO
Dependiente    Desarrollo de habilidades procedimentales	Control de la respiración	Técnicas de Respiración abdominal y torácica	Aplica técnicas de Respiración abdominal  Aplica técnicas de Respiración torácica	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado
		Técnicas de Respiración costal inferior en el periodo de dilatación y expulsivo	Aplica técnicas de respiración costal inferior en el periodo de dilatación  Aplica técnicas de Respiración costal inferior en el período expulsivo	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado
		Técnicas de Respiración para los pujos en el expulsivo	Aplica técnicas de respiración al producirse la salida de la cabeza	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado
	Control de la relajación	Ejercicio de relajación voluntaria y profunda de los músculos.	Realiza masaje y/o caricias en zonas donde siente molestias	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado
		Expresiones de confianza	Demuestra expresiones de confianza, durante el trabajo de parto.  Demuestra empeño en ejecución de ejercicios de respiración, durante el trabajo de parto.	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado

		Posiciones durante el trabajo de parto	Realiza cambios de posición durante el trabajo de parto.  Adopta la posición decúbito lateral izquierdo, durante el trabajo de parto.	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado
	Control de la ansiedad	Información del período de dilatación y evolución de contracciones uterinas	El personal de obstetricia le informó en qué consiste el periodo de dilatación?  El personal de obstetricia le explicó la evolución de las contracciones uterinas?	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado
		Enseñanza de la respiración durante el TDP.	El personal de obstetricia le enseñó a como respirar durante el trabajo de parto?	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado
		Ayuda para tranquilizarse	El personal de obstetricia le ayudó a tranquilizarse?	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado
			Cuándo sentía usted que perdía el control de sí misma por dolores de trabajo de parto. ¿El personal de obstetricia le ayudó a controlarse?	Ficha de observación	Nominal	Chi cuadrado



### **3.4 Técnica para la recolección de datos**

La técnica utilizada fue una ficha de recolección de datos con la cual obtuvimos características sociodemográficas de la gestante, datos obstétricos, datos del trabajo de parto y del recién nacido, datos del control de respiración, datos del control de la relajación y finalmente datos del control de la ansiedad. (Ver anexo 2). También, se realizó la observación documental de la historia clínica y del carné perinatal.

#### **3.4.1 Descripción del instrumento**

Consistió en una ficha de recolección de datos que constó de 32 ítems, los cuales fueron divididos en 7 áreas. La primera constó de 4 ítems sobre datos sociodemográficos de la paciente. La segunda correspondió a datos obstétricos con 4 ítems. La tercera correspondió a datos del trabajo de parto con 7 ítems. La cuarta correspondió a datos del recién nacido con 2 ítems. La quinta estuvo conformada por datos del control de la respiración, con 5 ítems. La sexta correspondió a datos de control de la relajación, con 5 ítems y la séptima correspondió a datos del control de la ansiedad, con 5 ítems.

#### **3.4.2 Validez y confiabilidad del instrumento**

El instrumento fue validado, aplicando una prueba piloto; se aplicó a 10 gestantes del grupo control y 10 al grupo experimental.

El instrumento de recolección de datos se obtuvo conforme a los objetivos de la ficha de observación para evaluar habilidades procedimentales que se midieron considerando las puntuaciones redefinidas en el piloto como sí y no.

### **3.5 Técnicas para el procesamiento y análisis de los datos**

El proceso de recolección de datos siguió los siguientes pasos:

El estudio se realizó en un período de diez (10) meses, partiendo de su planificación hasta su informe de resultados.

Se contó con la investigadora para aplicar el instrumento de recolección de datos (Ficha de Observación) a la muestra.

Se solicitó al Hospital, objeto de estudio, autorización para captar gestantes en los consultorios de control prenatal, dichas gestantes tenían que cumplir con los criterios de inclusión de la investigación; luego, se procedió a inscribirlas en el programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica, donde recibieron tres sesiones educativas para luego ser observadas en el servicio de centro obstétrico (sala de partos). Las parturientas preparadas aplicaron las técnicas de respiración, técnicas de relajación y control de la ansiedad siendo observadas por la persona que las preparó y educó (investigadora), para lo cual se aplicó, el instrumento de recolección de datos. El grupo control conformado por parturientas que cumplían los criterios de inclusión de la investigación fueron captadas en sala de partos, nunca recibieron ninguna sesión educativa en psicoprofilaxis obstétrica, pero el personal de obstetricia les brindó apoyo físico emocional por ética.

Se contó con los recursos humanos, materiales y financieros para la recolección de datos, posterior tabulación y análisis.

### **3.6 Aspectos éticos**

La presente investigación es ética, ya que se respeta el derecho del consentimiento informado de participación de cada gestante en el presente estudio.

La investigadora se compromete a defender, seguir y respetar en su integridad todas las normas, principios legales y éticos que garanticen que el estudio que presentara pertenecerá únicamente a su autoría, garantizando que este material será propio y original; evitando así todo tipo de prácticas indebidas.



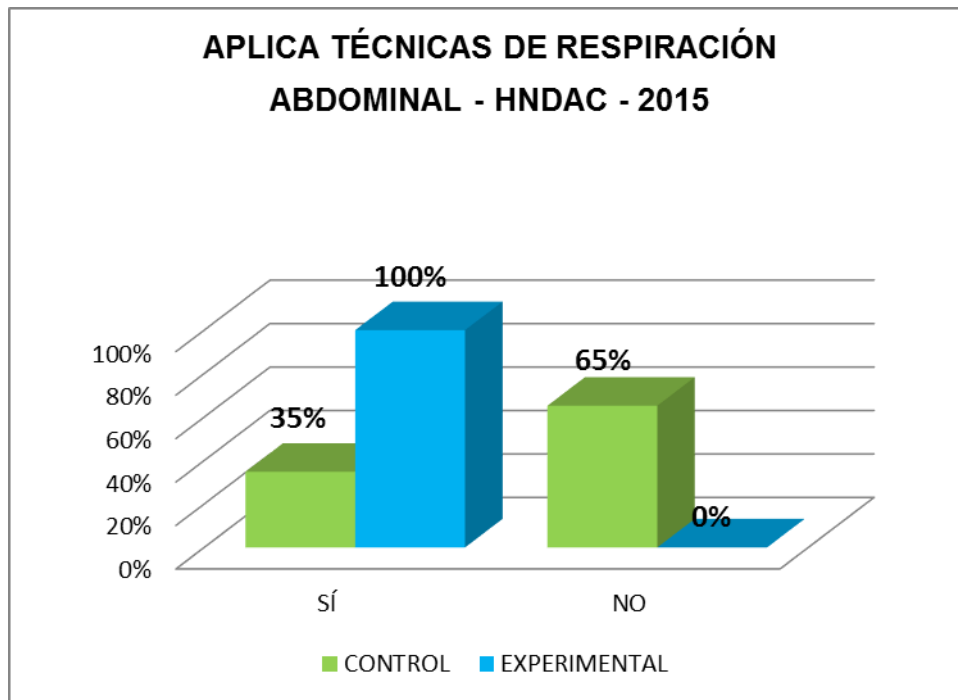
## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Resultados del control de respiración:

Tabla N° 1

Aplica técnicas de respiración abdominal. Hospital  
Nacional Daniel Alcides Carrión – 2015

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	8	35%	23	100%
NO	15	65%	0	0%
TOTAL	23	100%	23	100%



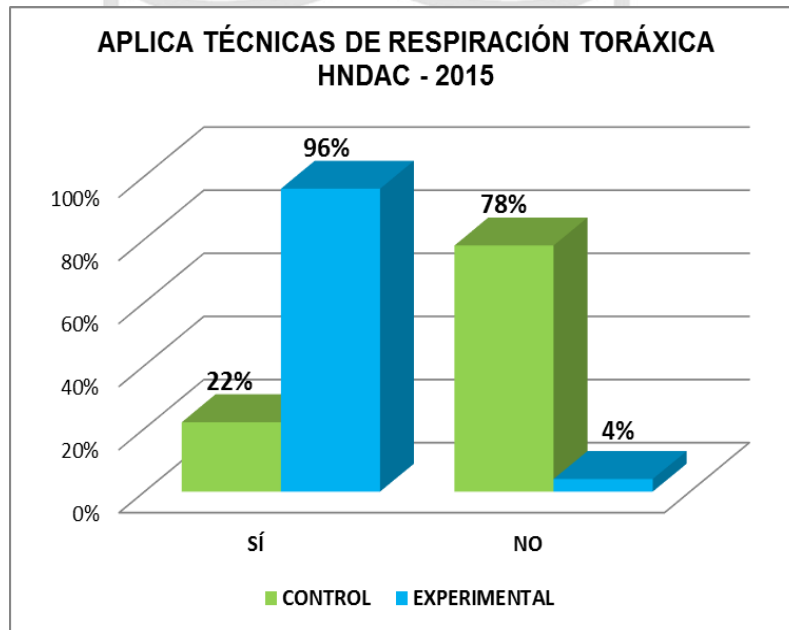
**Figura N° 1. Resultados en el grupo control y experimental**

El 100 % de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica aplicaron técnicas de respiración abdominal, mientras solo el 35 % de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realizaron la técnica de respiración.

Tabla N° 2

**Aplica técnicas de respiración torácica. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	5	22%	22	96%
NO	18	78%	1	4%
TOTAL	23	100%	23	100%



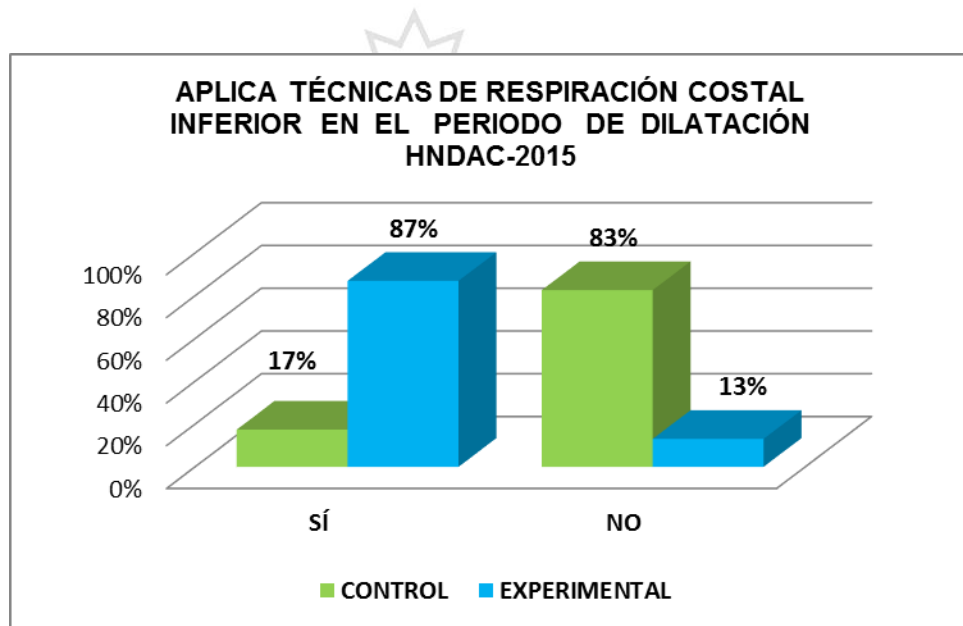
**Figura N° 2. Resultados en el grupo control y experimental**

El 96 % de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica aplicaron técnicas de respiración torácica, mientras solo el 22 % de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realizaron la técnica de respiración.

Tabla N° 3

**Aplica técnicas de respiración costal inferior en el periodo de dilatación. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	4	17%	20	87%
NO	19	83%	3	13%
TOTAL	23	100%	23	100%



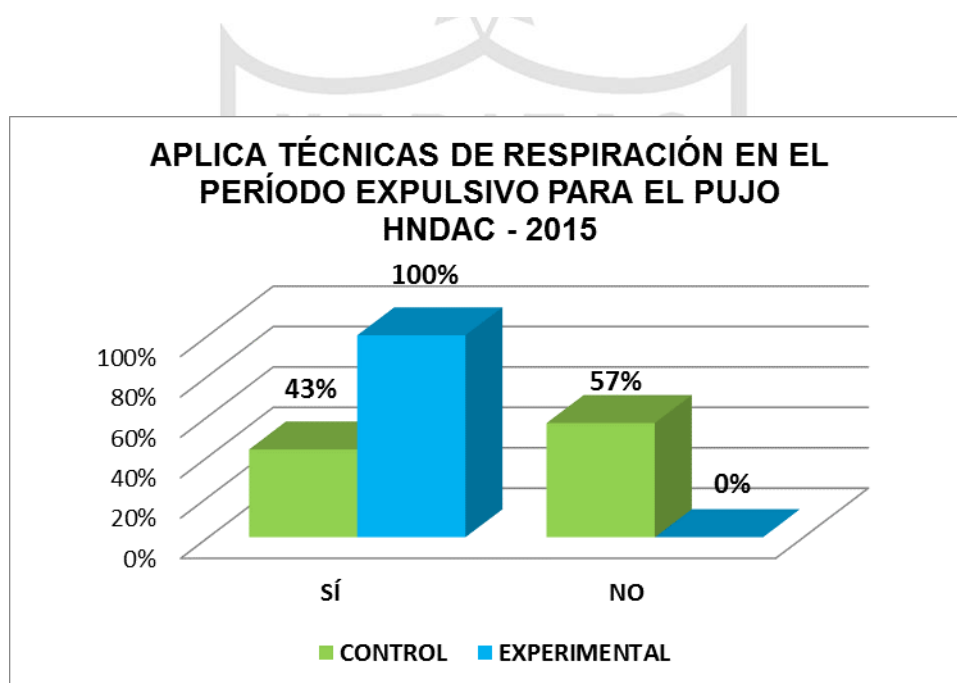
**Figura N° 3. Resultados en el grupo control y experimental**

El 87 % de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica aplicaron técnicas de respiración costal inferior en el periodo de dilatación, mientras solo el 17 % de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realizaron la técnica de respiración.

Tabla N° 4

**Aplica técnicas de respiración costal inferior en el periodo expulsivo. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	10	43%	23	100%
NO	13	57%	0	0%
TOTAL	23	100%	23	100%



**Figura N° 4. Resultados en el grupo control y experimental**

El 100 % de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica aplicaron técnicas de respiración costal inferior en el periodo expulsivo, mientras solo el 43 % de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realizaron la técnica de respiración.



Tabla N° 5

**Aplica técnicas de respiración al producirse la salida de la cabeza. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	13	57%	23	100%
NO	10	43%	0	0%
TOTAL	23	100%	23	100%

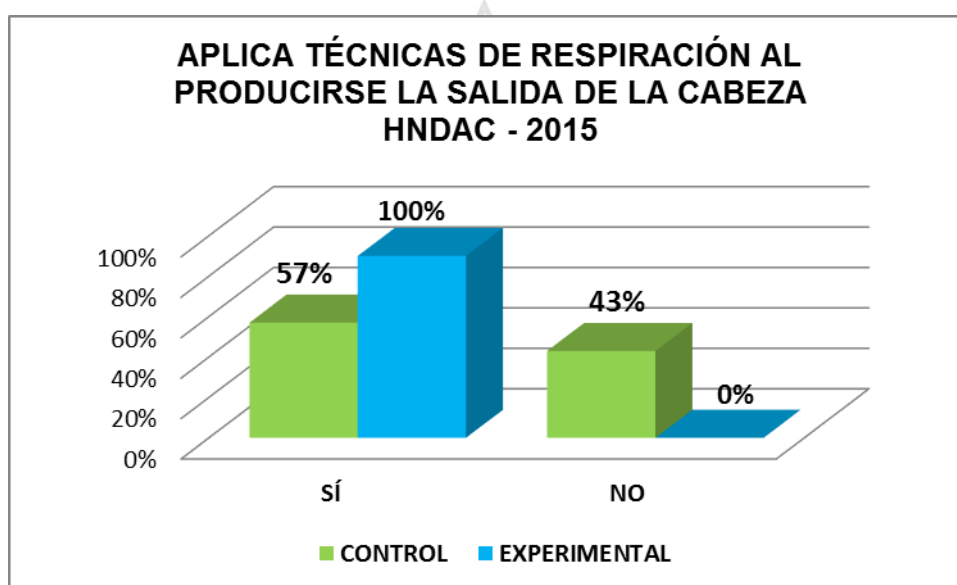


Figura N° 5. Resultados en el grupo control y experimental

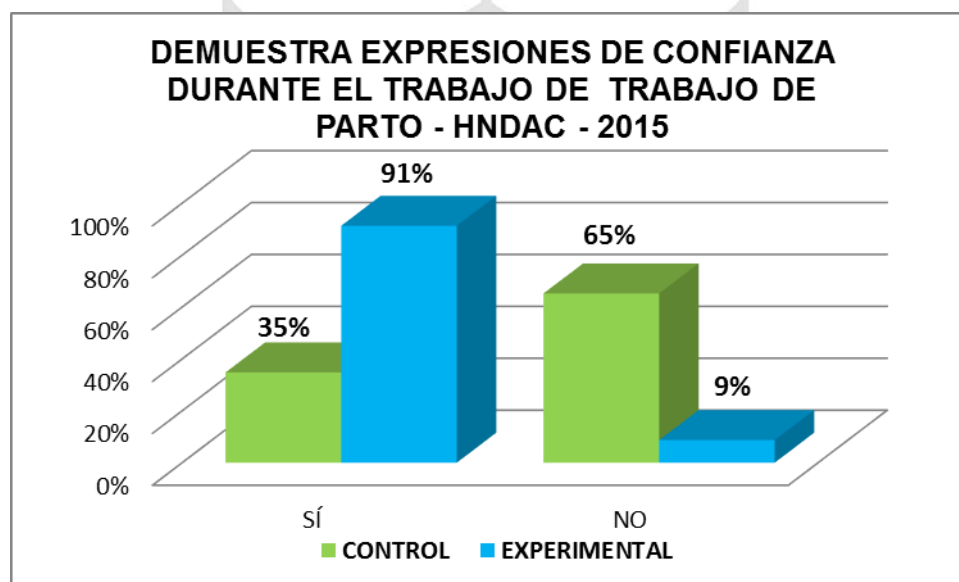
El 100 % de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica aplicaron técnicas de respiración al producirse la salida de la cabeza, mientras solo el 57% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realizaron la técnica de respiración.

## Resultados de control de relajación:

Tabla N° 6

**Demuestra expresiones de confianza durante el trabajo de parto. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	8	35%	21	91%
NO	15	65%	2	9%
TOTAL	23	100%	23	100%



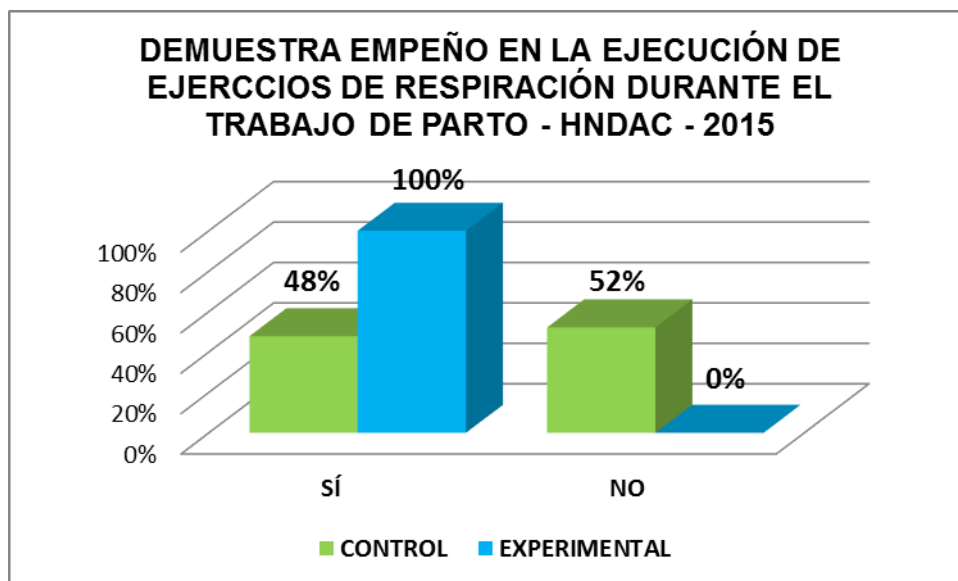
**Figura N° 6. Resultados en el grupo control y experimental**

El 91% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica demostraron expresiones de confianza, durante el trabajo de parto, mientras solo el 35% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica demostraron la expresión.

Tabla N° 7

**Demuestra empeño en la ejecución de ejercicios de respiración durante el trabajo de parto. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión -2015**

CATEGORIA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	11	48%	23	100%
NO	12	52%	0	0%
TOTAL	23	100%	23	100%



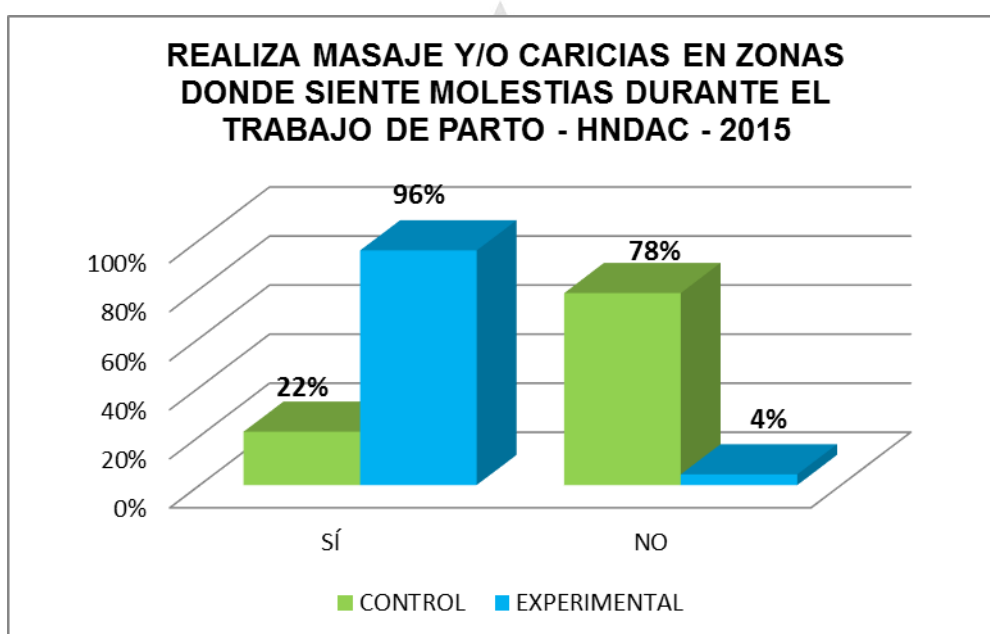
**Figura N° 7. Resultados en el grupo control y experimental**

El 100% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica demostraron empeño en la ejecución de ejercicios de respiración, durante el trabajo de parto, mientras solo el 48% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica demuestra empeño.

**Tabla N° 8**

**Realiza masajes y/o caricias en zonas donde siente molestias durante el trabajo de parto**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	5	22%	22	96%
NO	18	78%	1	4%
TOTAL	23	100%	23	100%



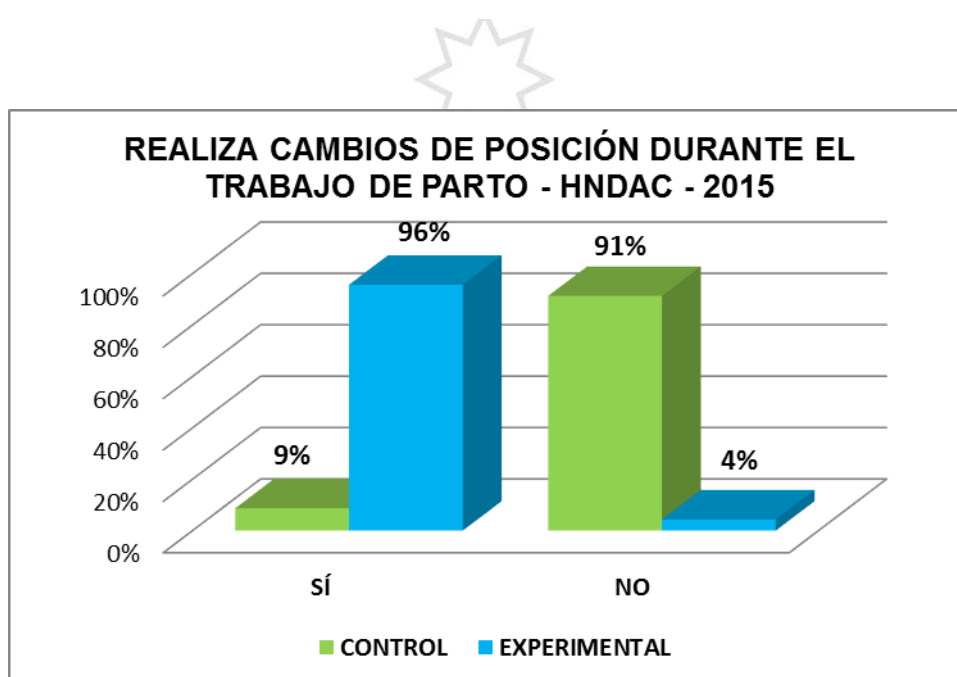
**Figura N° 8. Resultados en el grupo control y experimental**

El 96% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realizaron masajes y/o caricias en zonas donde siente molestias en el trabajo de parto, mientras solo el 22% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realiza masajes.

Tabla N° 9

**Realiza cambios de posición durante el trabajo de parto.  
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	2	9%	22	96%
NO	21	91%	1	4%
TOTAL	23	100%	23	100%



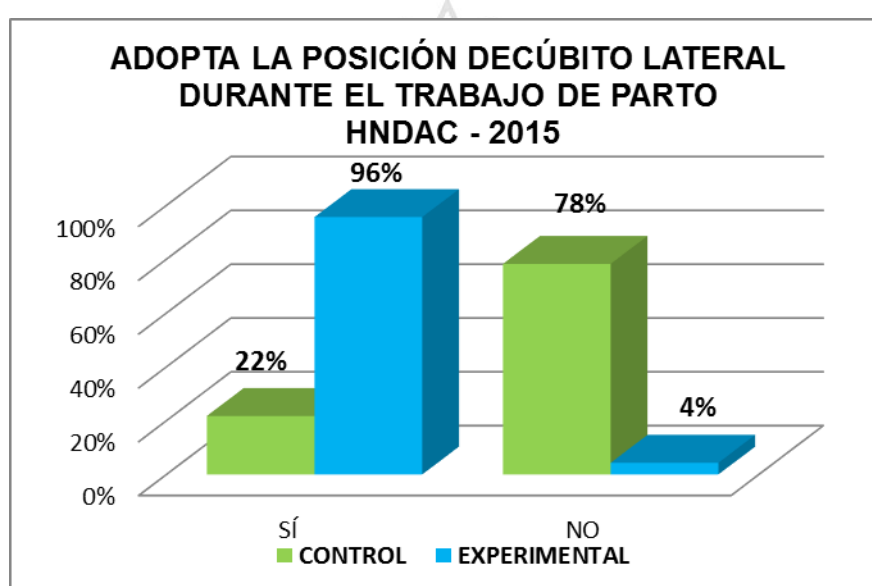
**Figura N° 9. Resultados en el grupo control y experimental**

El 96% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realizaron cambios de posición, durante el trabajo de parto, mientras solo el 9% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realiza cambios de posición.

Tabla N° 10

**Adopta la posición decúbito lateral izquierdo durante el trabajo de parto. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	5	22%	22	96%
NO	18	78%	1	4%
TOTAL	23	100%	23	100%



**Figura N° 10. Resultados en el grupo control y experimental**

El 96% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica adoptaron la posición decúbito lateral izquierda, durante el trabajo de parto, mientras solo el 22% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica adopta la posición.

## Resultados de control de la ansiedad:

Tabla N° 11

El personal de obstetricia le informó en que consiste el periodo de dilatación. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	14	61%	19	83%
NO	9	39%	4	17%
TOTAL	23	100%	23	100%

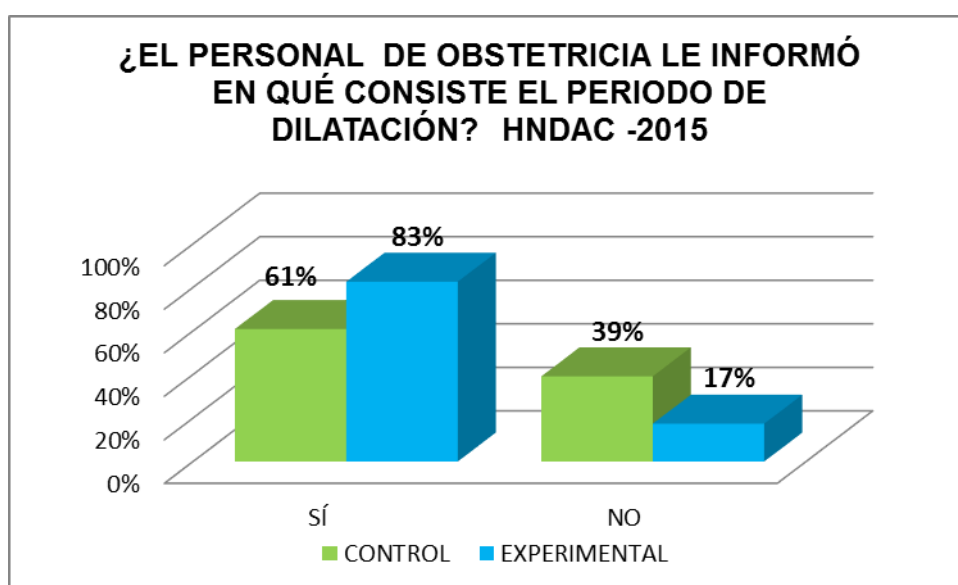


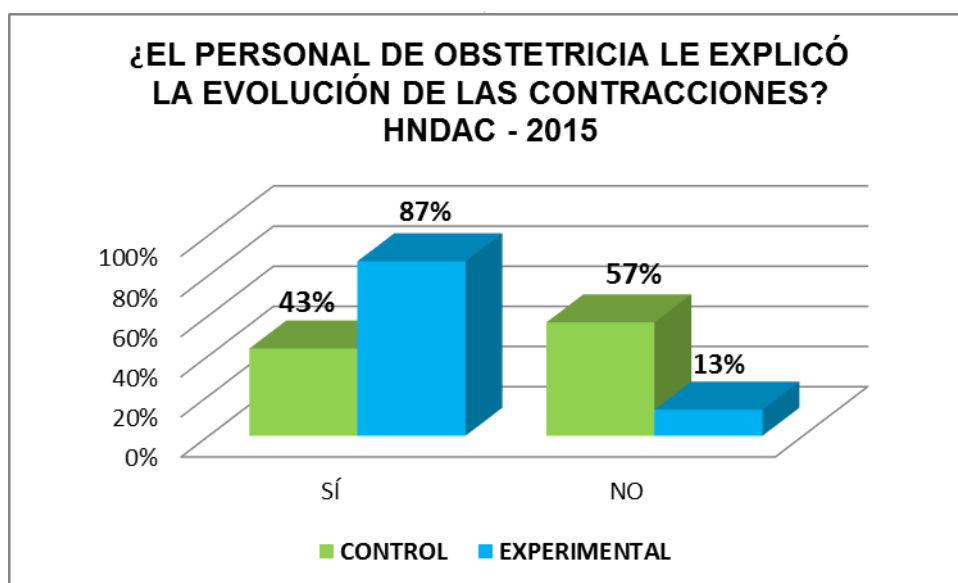
Figura N° 11. Resultados en el grupo control y experimental

El 83% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica fue informada en que consiste el periodo de dilatación, mientras solo el 61% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica fue informado.

**Tabla N° 12**

**El personal de obstetricia le informó la evolución de las contracciones. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	10	43%	20	87%
NO	13	57%	3	13%
TOTAL	23	100%	23	100%



**Figura N° 12. Resultados en el grupo control y experimental**

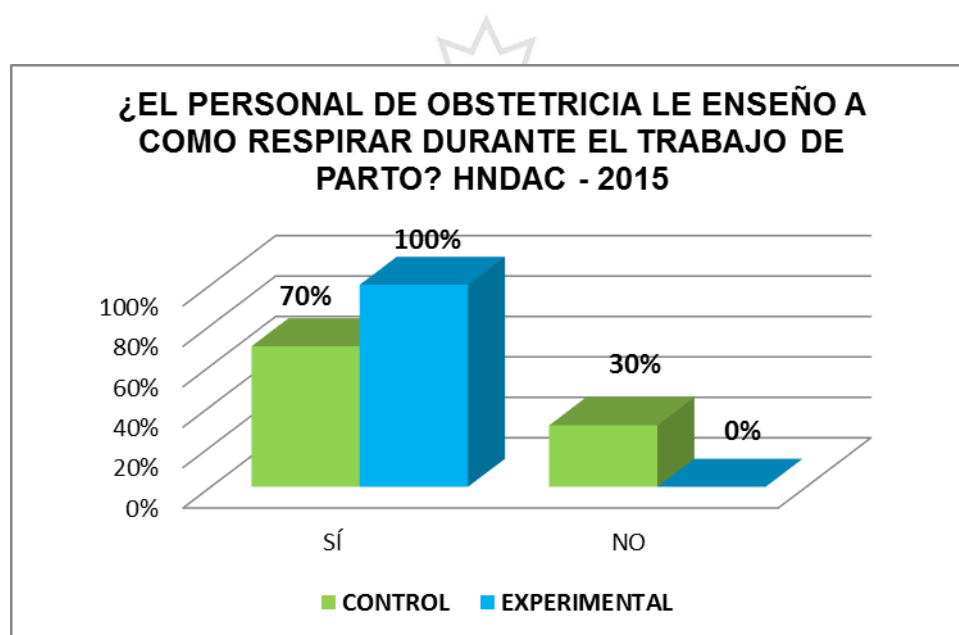
El 87% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica fueron informadas de la evolución de las contracciones, mientras solo el 43% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica se les informó.



Tabla N° 13

**El personal de obstetricia le enseña a como respirar durante el trabajo de parto. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	16	70%	23	100%
NO	7	30%	0	0%
TOTAL	23	100%	23	100%



**Figura N°13. Resultados en el grupo control y experimental**

El 100% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica el personal de obstetricia le enseñó a como respirar, durante el trabajo de parto, mientras solo el 70% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica se le enseñó la técnica de respiración.

Tabla N° 14

**El personal de obstetricia le ayudo a tranquilizarse. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	15	65%	23	100%
NO	8	35%	0	0%
TOTAL	23	100%	23	100%

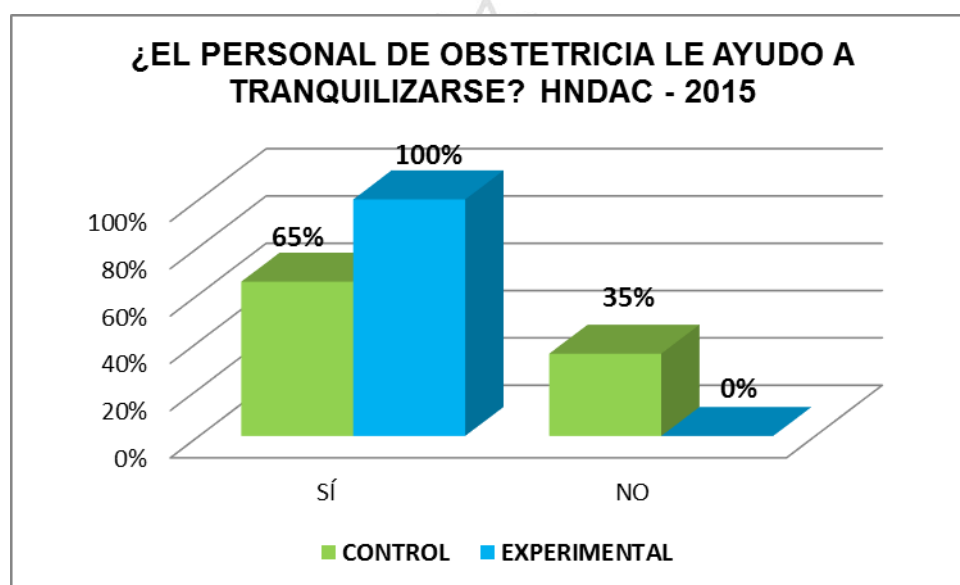


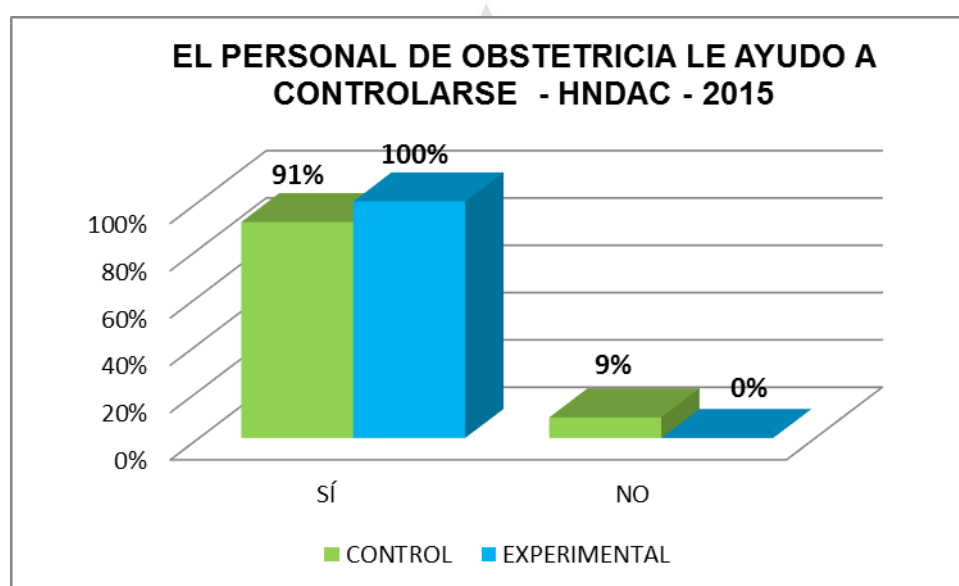
Figura N° 14. Resultados en el grupo control y experimental

El 100% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica el personal de obstetricia le ayudó a tranquilizarse, mientras solo el 65% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica se les ayudó.

**Tabla N° 15**

**Cuando Ud. Sentía que Perdía el Control de sí Mismo por los Dolores del Trabajo de Parto el Personal de Obstetricia le Ayudo a Controlarse**

CATEGORÍA	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	Nº	%	Nº	%
SÍ	21	91%	23	100%
NO	2	9%	0	0%
TOTAL	23	100%	23	100%



**Figura N°15. Resultados en el grupo control y experimental**

El 100% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica, cuando sentía que perdía el control de sí misma por los dolores de parto el personal de obstetricia la ayudó a controlarse, mientras solo el 91% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica se le ayudó a controlarse.

## Resultados del trabajo de parto:

Tabla N° 16

**Duración total del trabajo de parto (Hr:mm) del grupo control y experimental. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

GRUPO	f1	Media	Desv. Est.	Máximo	Mínimo
CONTROL	23	10:52	2:46	16:35	4:10
EXPERIMENTAL	23	5:54	2:18	12:50	2:55

La media del trabajo de parto en las que recibieron la educación psicoprofiláctica es de 5 hrs. 54 minutos; mientras que para los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica es mayor con 10 hrs. 52 minutos.

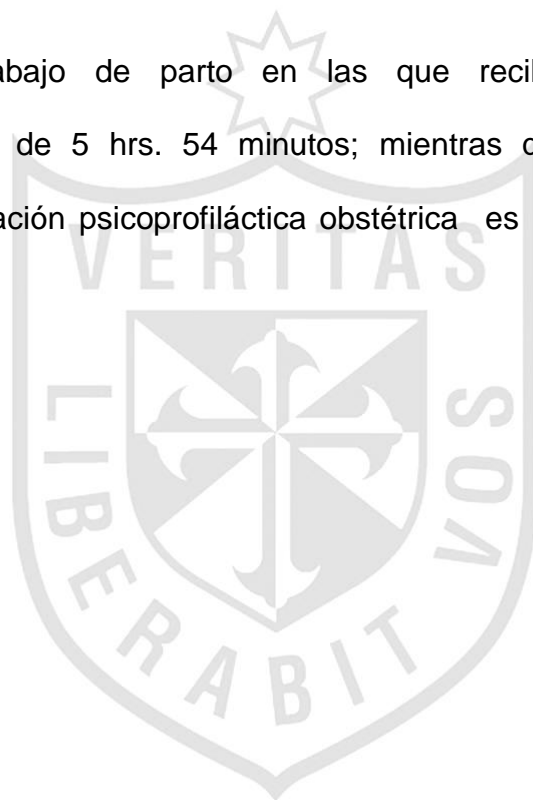


Tabla N° 17

**Porcentaje según grado de desgarro en parturientas por grupo control y experimental. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015**

	CONTROL	%	% ACUM.	EXPERIMENTAL	%	%ACUM.	TOTAL
DESGARRO	Desgarro perineal grado I	14	61%	10	43%	43%	24
	Desgarro perineal grado II	0	0%	1	4%	48%	1
	Desgarro perineal grado III	1	4%	65%	0	0%	1
NO DESGARRO (Niguno)	8	35%	100%	12	52%	100%	20
Total	23	100%		23	100%		46

El 65% de las embarazadas que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica presentaron desgarros, mientras solo el 48% de las que si recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica presentaron desgarros.

## Resultados del recién nacido:

Tabla N° 18

### Resultados del índice APGAR de recién nacido valorado al minuto y a los 5 minutos. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015

ESTADÍSTICOS	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	VALORACION APGAR.			
	AL MINUTO	A LOS 5 MINUTOS	AL MINUTO	A LOS 5 MINUTOS
Media	8	9	8	9
Desv. Estandar	1.4	0.6	0.6	0.2
Mínimo	4	7	7	8
Máximo	9	9	9	9

El valor mínimo y máximo al minuto y a los 5 minutos fue de 4 y 7 respectivamente en los Recién Nacidos de las embarazadas que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica; mientras para las que si recibieron la educación de psicoprofiláctica obstétrica fue de 7 y 8 respectivamente.

Así mismo, la media, en ambos grupos control y experimental al minuto y a los 5 minutos, fue de 8 y 9 respectivamente.

La variabilidad (desviación estándar) en general fue menor en el grupo experimental.

**Tabla N° 19**

**Características del líquido Amniótico del recién nacido en el grupo control y experimental. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2015**

LIQUIDO AMNIOTICO	GRUPO			
	CONTROL		EXPERIMENTAL	
	f1	%	f1	%
CLARO	15	65%	23	100%
MECONIAL FLUIDO	6	26%	0	0%
MECONIAL ESPESO	2	9%	0	0%
TOTAL	23	100%	23	100%

El 65% de las embarazadas que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica presentó líquido amniótico del recién nacido de color claro; mientras que fue de 100% para las que si recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica.

**Prueba de Hipótesis: La hipótesis estadística la Estructuramos con proporciones:**

### **Hipótesis general**

**P1:** Proporción de las embarazadas que recibieron la educación de psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del hospital Daniel Alcides Carrión del año 2015.

**P2:** Proporción de las embarazadas que no recibieron la educación de psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del hospital Daniel Alcides Carrión del año 2015.

### **Paso 1: Formulación de hipótesis**

#### **Hipótesis nula**

H0:  $P1 = P2$

#### **Hipótesis alternativa**

H1:  $P1 \neq P2$

**Paso 2:** Nivel de significación  $\alpha = 0.05$

**Paso 3:** Selección de la prueba estadística: Prueba de Chi Cuadrado de homogeneidad

**Paso 4:** Regla de decisión: Rechazar H0 si el valor p es menor de 0.05



**Paso 5: Cálculo de la prueba:**

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,370 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	29,053	1	,000		
Razón de verosimilitudes	41,117	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	46				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,50.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Paso 6:** Toma de decisión y conclusión: El valor del Estadístico exacto de Fisher  $P=0.000 < 0.05$

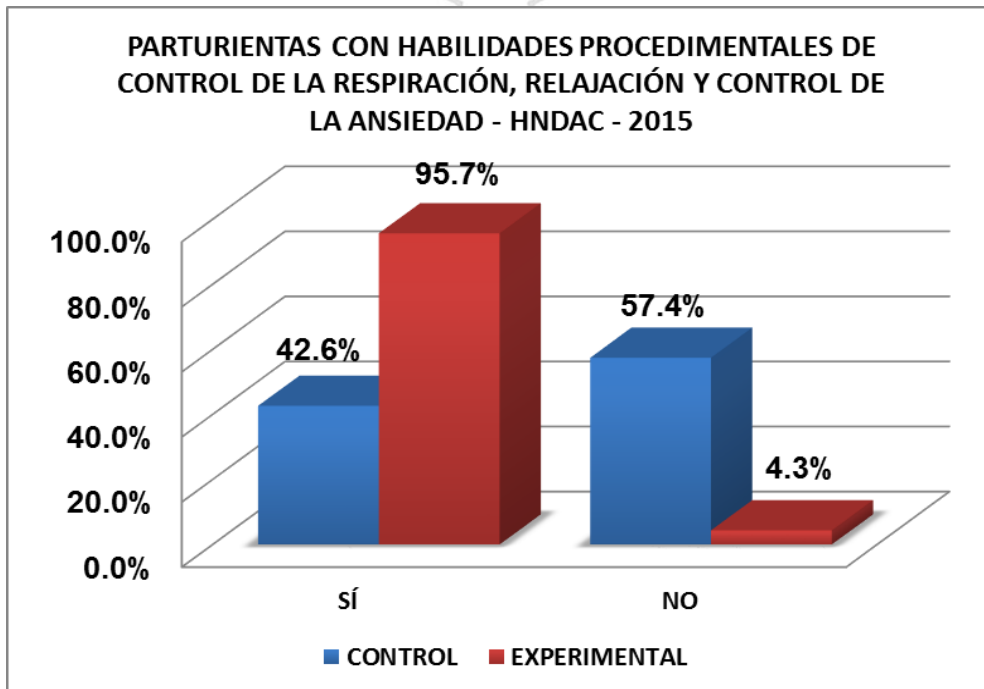
**DECISIÓN ESTADÍSTICA: Se rechaza hipótesis nula**

**CONCLUSIÓN:** Con un nivel de significación de 0.05, podemos afirmar que coexiste diferencia significativa entre las proporciones P1 y P2.

Tabla N° 20

**Parturientas con habilidades procedimentales de control de la respiración, relajación y control de la ansiedad. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

	<b>CONTROL</b>	<b>%</b>	<b>EXPERIMENTAL</b>	<b>%</b>
SÍ	9	42.6%	22	95.7%
NO	14	57.4%	1	4.3%
TOTAL	23	100.0%	23	100.0%



**Figura N° 20. Resultados en el grupo control y experimental**

El 95.7% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica demuestran habilidades de control de la respiración, relajación y la ansiedad, durante el trabajo de parto, mientras el 42.6% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica demostraron las habilidades procedimentales.

## **Hipótesis específicas**

### **a). Primera hipótesis específica**

#### **Definimos las proporciones:**

**P1:** Proporción de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica que desarrollaron habilidades respiratorias en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

**P2:** Proporción de las embarazadas que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica que desarrollaron habilidades respiratorias en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

#### **Paso 1: Formulación de hipótesis**

##### **Hipótesis nula**

H<sub>0</sub>: P<sub>1</sub> = P<sub>2</sub>

##### **Hipótesis alternativa**

H<sub>1</sub>: P<sub>1</sub> ≠ P<sub>2</sub>

**Paso 2:** Nivel de significación  $\alpha = 0.05$

**Paso 3:** Selección de la prueba estadística: Prueba de Chi Cuadrado de homogeneidad

**Paso 4:** Regla de decisión: Rechazar H<sub>0</sub> si el valor p es menor de 0.05

**Paso 5:** Cálculo de la prueba:

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,533 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	21,563	1	,000		
Razón de verosimilitudes	31,173	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	46				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 8,00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

#### **Paso 6:** Toma de decisión y conclusión

El valor del Estadístico exacto de Fisher  $P=0.000 < 0.05$

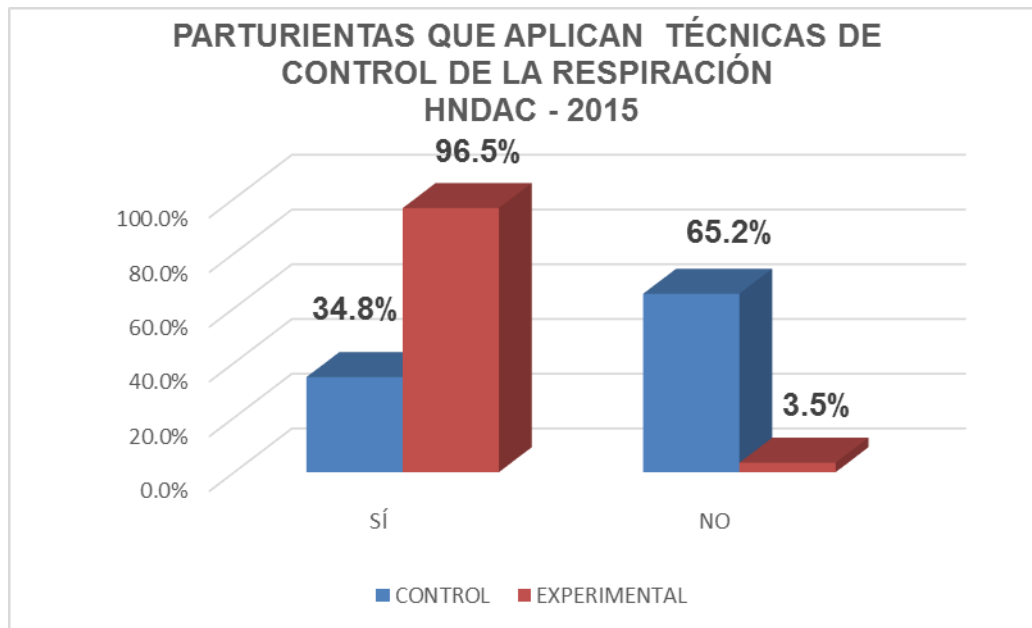
**DECISIÓN ESTADÍSTICA:** se rechaza hipótesis nula

**CONCLUSIÓN:** Con un nivel de significación de 0.05, podemos afirmar que existe diferencia significativa entre las proporciones P1 y P2.

Tabla N° 21

**Parturientas que aplican técnicas de control respiración.  
Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

	<b>CONTROL</b>	<b>%</b>	<b>EXPERIMENTAL</b>	<b>%</b>
SÍ	8	34.8%	22	96.5%
NO	15	65.2%	1	3.5%
TOTAL	23	100%	23	100%



**Figura N° 21. Resultados en el grupo control y experimental**

El 96.5% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica aplicaron técnicas de respiración en el parto, mientras solo el 34.8% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica aplicaron técnicas de respiración.

**b). Segunda hipótesis específica:**

**Definimos las proporciones:**

**P1:** Proporción de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica que desarrollaron las habilidades de relajación en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

**P2:** Proporción de las embarazadas que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica que desarrollaron las habilidades de relajación en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

**Paso 1:** Formulación de hipótesis

**Hipótesis nula**

H0:  $P_1 = P_2$

**Hipótesis alternativa**

H1:  $P_1 \neq P_2$

**Paso 2:** Nivel de significación  $\alpha = 0.05$

**Paso 3:** Selección de la prueba estadística: Prueba de Chi Cuadrado de homogeneidad

**Paso 4:** Regla de decisión: Rechazar  $H_0$  si el valor p es menor de 0.005

**Paso 5:** Cálculo de la prueba:

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,370 <sup>a</sup>	1	,000		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	29,053	1	,000		
Razón de verosimilitudes	41,117	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
N de casos válidos	46				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 9,50.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Paso 6:** Toma de decisión y conclusión

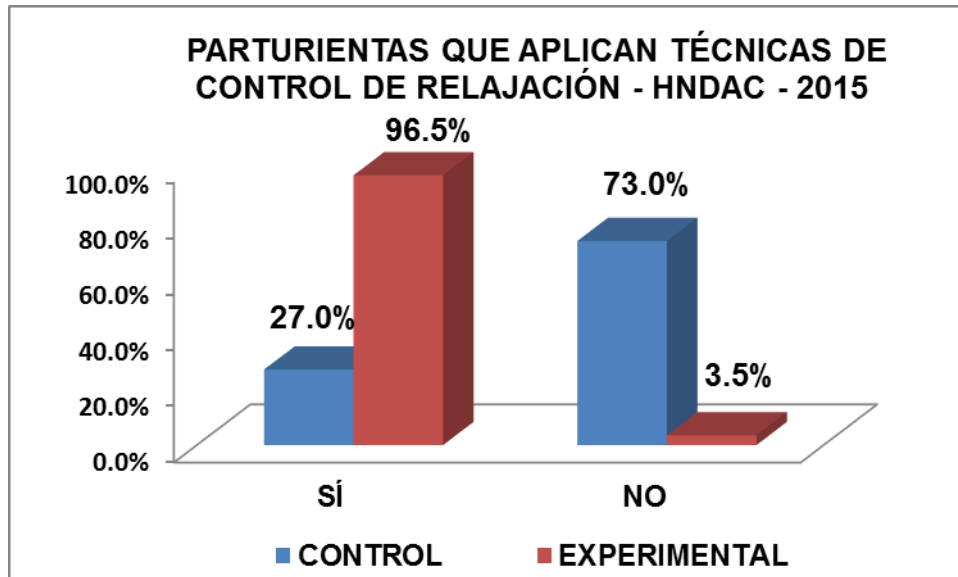
El valor del Estadístico exacto de Fisher  $P=0.000 < 0.05$

**DECISIÓN ESTADÍSTICA:** Se rechaza hipótesis nula

**CONCLUSIÓN:** Con un nivel de significación de 0.05, podemos afirmar que existe diferencia significativa entre las proporciones P1 y P2.

**Tabla N° 22**  
**Parturientas que aplican técnicas de control relajación. Hospital**  
**Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

	<b>CONTROL</b>	<b>%</b>	<b>EXPERIMENTAL</b>	<b>%</b>
SÍ	6	27.0%	22	96.5%
NO	17	73.0%	1	3.5%
TOTAL	23	100.0%	23	100.0%



**Figura N° 22. Resultados en el grupo control y experimental**

El 96.5% de las embarazadas que recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica aplicaron técnicas de relajación en el parto, mientras solo el 27% de los que no recibieron ningún la educación psicoprofiláctica obstétrica, realizaron la técnica de relajación.



**c. Tercera hipótesis específica:**

**Definimos las proporciones:**

P1: Proporción de las embarazadas que recibieron la educación de psicoprofiláctica obstétrica que desarrollaron habilidades de control de ansiedad en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

P2: Proporción de las embarazadas que no recibieron la educación de psicoprofiláctica obstétrica que desarrollaron habilidades de control de ansiedad en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.

**Paso 1:** Formulación de hipótesis

**Hipótesis nula**

H0:  $P1 = P2$

**Hipótesis alternativa**

H1:  $P1 \neq P2$

**Paso 2:** Nivel de significación  $\alpha = 0.05$

**Paso 3:** Selección de la prueba estadística: Prueba de Chi Cuadrado de homogeneidad

**Paso 4:** Regla de decisión: Rechazar H0 si el valor p es menor de 0.005

**Paso 5:** Cálculo de la prueba:

**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,381 <sup>a</sup>	1	,036		
Corrección por continuidad <sup>b</sup>	2,464	1	,116		
Razón de verosimilitudes	5,927	1	,015		
Estadístico exacto de Fisher				,109	,054
N de casos válidos	46				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,00.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

**Paso 6:** Toma de decisión y conclusión

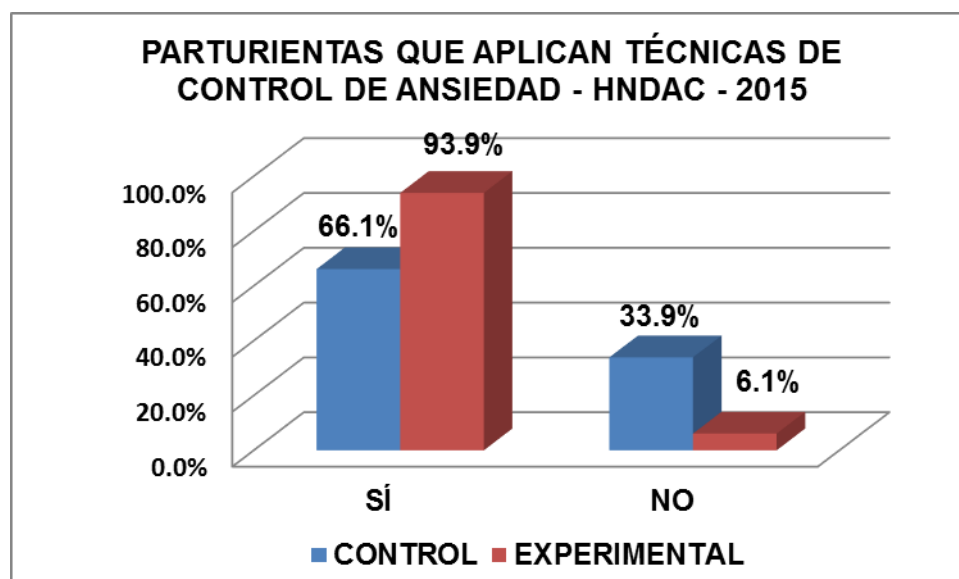
El valor del Estadístico exacto de Fisher  $P=0.109 > 0.05$

**DECISIÓN ESTADÍSTICA:** no se rechaza hipótesis nula

**CONCLUSIÓN:** No existe suficiente evidencia para aceptar que hay diferencias entre las proporciones  $P_1$  y  $P_2$ .

**Tabla 23**  
**Parturientas que aplican técnicas de control ansiedad. Hospital**  
**Nacional Daniel Alcides Carrión - 2015**

	<b>CONTROL</b>	<b>%</b>	<b>EXPERIMENTAL</b>	<b>%</b>
SÍ	15	66.1%	21	93.9%
NO	8	33.9%	2	6.1%
TOTAL	23	100.0%	23	100.0%



**Figura N° 22. Resultados en el grupo control y experimental**

El 93.9% de las embarazadas que recibieron la educación de psicoprofilaxis obstétrica aplicaron el control ansiedad en el parto, mientras solo el 66.1% de los que no recibieron la educación psicoprofiláctica obstétrica realizaron control de ansiedad.

## **CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1 Discusión**

El presente estudio es relevante dado que aporta información sobre la oportunidad que pueden tener las gestantes de recibir la educación de psicoprofilaxis obstétrica faltando pocos días para la fecha del parto en caso de no haber realizado su preparación psicoprofiláctica a tiempo. La enseñanza, durante el embarazo, tiene como finalidad eliminar el miedo; a través de preparación cognitiva, física y psicoafectiva; la mujer embarazada no solo aprende la forma en que evoluciona el parto, sino que también la ayuda a comprender las sensaciones que suelen acompañar a tal fenómeno y las formas de trabajar en colaboración, aplicando ejercicios de respiración, relajación y control de ansiedad lo cual se manifestara con buenos resultados materno perinatal.

El análisis a realizar en esta investigación es cómo influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas, en el cual las participantes experimentaron una diferencia con el grupo control.

Los resultados de la tabla y figura N°20 nos confirman que las parturientas que desarrollaron habilidades procedimentales de control de la respiración, relajación y ansiedad en el grupo experimental fue mayor con una diferencia de 53.1% sobre el grupo control; así mismo, al probar las hipótesis con el estadístico Chi cuadro, se concluye que al 95% existen diferencias significativas entre ambos grupos, permitiéndonos rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna con evidencia de la diferencias significativas, entre el grupo control y experimental.

Sin embargo, se debe precisar que específicamente para el desarrollo de habilidades de control de ansiedad no existe evidencia significativa estadística, ya que las parturientas del grupo control (66.1%) y del grupo experimental (93.9%), como se muestra en la tabla 23 han respondido al control de la ansiedad en un porcentaje alto en ambos grupos; si bien es cierto que en términos porcentuales existe una diferencia de 27.8%, pero al contraste de las pruebas estadísticas el valor del Estadístico exacto de Fisher  $P=0.109$  es mayor a 0.05, por lo tanto, no se rechaza hipótesis nula, ya que No existe suficiente evidencia para aceptar que hay diferencias significativas entre el grupo control (P2) y experimental (P1).

Recordando las hipótesis de nuestra investigación:

### **Hipótesis nula**

H0:  $P1 = P2$

### **Hipótesis alternativa**

H1:  $P1 \neq P2$

## 5.2 Conclusiones

- La educación psicoprofiláctica obstétrica en embarazadas influyó significativamente en el desarrollo de habilidades procedimentales en parturientas tal como se mostró en la tabla N° 20; así mismo, según la prueba chi cuadrado con un nivel de significación de 0.05, se afirma que existe diferencia significativa entre las proporciones del grupo control (P2) y el grupo experimental (P1).
- La educación psicoprofiláctica obstétrica en embarazadas influyó en el desarrollo de habilidades respiratorias (Tabla N°21) en parturientas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015; la prueba de hipótesis que evidencia la diferencia entre el grupo experimental y grupo control, con un nivel de significación de 0.05, nos permite afirmar que existe diferencia significativa entre los grupos de control (P2) y experimental (P1).
- La educación psicoprofiláctica obstétrica en embarazadas influyó en el desarrollo de habilidades de relajación (Tabla N° 22) en parturientas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015; la prueba de hipótesis que evidencia la diferencia entre el grupo experimental y grupo control, con un nivel de significación de 0.05, nos permite afirmar que existe diferencia significativa entre los grupos de control (P2) y experimental (P1).
- La educación psicoprofiláctica obstétrica no influyó en el desarrollo de habilidades de control de ansiedad en parturientas del Hospital

Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015; no existe evidencia significativa estadística, al contraste de las pruebas estadísticas el valor del Estadístico exacto de Fisher  $P=0.109$  es mayor a 0.05, por lo tanto, no existe suficiente evidencia para aceptar que hay diferencias significativas entre el grupo control (P2) y experimental (P1).

- La psicoprofilaxis obstétrica aplicada a embarazadas se asocia a resultados materno perinatal favorables, manifestados sobre todo en el control de respiración y relajación; en el control de ansiedad en menor porcentaje (tabla N°18), pero aun así no deja de ser beneficioso para la parturienta, aunque no se puede demostrar estadísticamente suficiente evidencia para aceptar que hay diferencias entre los grupos control (P2) y experimental (P1).

### **5.3 Recomendaciones**

- Mantener el programa de educación psicoprofiláctica obstétrica, porque contribuye a valorar la salud integral, la participación activa de las pacientes en sala de partos, oxigenación adecuada, durante el trabajo de parto, respiración óptima al momento del nacimiento de su niño, educación diferenciada con enfoque de riesgo. Los profesionales involucrados con la educación y la enseñanza representan figuras preponderantes en esta cuestión, sobre todo para la incorporación de la perspectiva humanística en la asistencia obstétrica.

- Ambientar adecuadamente la sala de psicoprofilaxis obstétrica para el desarrollo de las sesiones educativas, para que sea motivadora, estimulante y atractiva a las expectativas de todas las gestantes. Todo esto la estimula, facilita su atención y hace más fácil su proceso informativo-educativo, lo cual permite que conozca aspectos sobre su gestación, parto y postparto con naturalidad. Por otro lado, este aprendizaje solo se logra actuando, es decir, con metodologías de participación activa por parte de las gestantes y sus parejas. Por ello, se deben evitar las clases magistrales y, en su lugar, potenciar el trabajo en grupo e individual, con propuestas de actividades de *role-playing*, utilizando la tormenta de ideas, planteando cuestiones en grupos pequeños, proponiendo actividades de movimiento, plásticas, etc.

El material didáctico debe ser variado y suficiente. Para el apartado de educación sanitaria, se necesitarán: medios audiovisuales (aparato de transparencias, proyector de diapositivas, vídeo, televisión...), pizarra, rotuladores, carteles, folletos, etc. Para el apartado práctico: colchonetas, cojines, pelotas y palos de diferentes tamaños y texturas, aparato de música, plastilina, muñeco para demostraciones, etc.

- Promover la participación activa de la pareja u otro familiar, durante las sesiones educativas, con el propósito de que en el futuro ellos proporcionen a la mujer tanto apoyo físico como emocional, durante



el trabajo de parto, y que este apoyo se extienda, durante el postparto inclusive.

- Diseñar y poner en práctica programas de educación continua, dirigidos a los profesionales de obstetricia, sobre la preparación psicoprofiláctica, a fin de que ponga en práctica sus habilidades y destrezas para motivar a las parturientas a utilizar la preparación psicoprofiláctica y poder acompañar a la parturienta, durante el empleo de la misma.



## FUENTES DE INFORMACIÓN

### Referencias bibliográficas

- Buchholz, S. (2007). *Gimnasia para embarazadas*. (5ta ed.). Barcelona: Paidotribo.
- Cabero, L., Saldivar, D. y Cabrillo, E. (2007). *Obstetricia y medicina materno fetal*. Madrid: Médica Panamericana.
- Coon, D. (2005). *Fundamentos de psicología*. (10ma ed). México, D.F.: international Thomson S.A.
- Ministerio de Salud Oficina General de Estadística e informática. (2010). *Atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud*. (1era. ed.). Perú: SINCO Editores S.A.C.
- Ministerio de salud. (2004). *Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva*. Perú: Grafica Ñañez S.A.
- Ministerio de Salud. (2008). *Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo*. (1ra. ed.). Chile: Trama Impresores S.A.

- Morales, S. (1995). *Guía de orientación y consejos básicos para el embarazo*. Lima: Cimagraf .
- Morales, S. (2004). *La Psicoprofilaxis Obstétrica como eje de la Prevención Prenatal*. (1ra. ed.) Lima: Cimagraf.
- Morales, S. (2010). *Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica*. (3ra. ed.). Lima: Cimagraf.
- Morales, S. (2012). *Psicoprofilaxis Obstétrica – Guía práctica*. (1ra. ed.) Lima: Cimagraf.
- Rodriguez, L., Moreira, M. y Caballero, C. (2010). *La teoría del aprendizaje significativo en la perspectiva de la psicología cognitiva*. (1era. Ed.). Barcelona: Octaedro, S.L.
- Soc. Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO). (2010). *Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica*. (3ra. ed.). Lima: ASPPO.

### Tesis

- Aguayo, C. y Angulo, Am. (2008). *Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco*. Valdivia\_ Chile: Universidad Austral de Chile. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2008/fma282t/doc/fma282t.pdf>
- Astudillo, A. y Benítez, M. (2005). *Preparación psicoprofiláctica utilizada por las primigestas, durante el trabajo de parto en el servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Caracas (Tesis)*. Venezuela: Universidad Central de Venezuela. Recuperado de:

<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/2518/1/UNIVERSIDAD%20CENTRAL%20DE%20VENEZUELA.pdf>

- Canseco, E., Facundo, B. y Zúñiga d (2005). *Apoyo emocional a la mujer en trabajo de parto (Tesis)*. Veracruz \_ México: Universidad Veracruzana. Recuperado de: [http://www.researchgate.net/publication/277845240\\_Apoyo\\_emocional\\_a\\_la\\_mujer\\_en\\_trabajo\\_de\\_parto](http://www.researchgate.net/publication/277845240_Apoyo_emocional_a_la_mujer_en_trabajo_de_parto)
- Llave, R. y Edmundo, C. (2013). *Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP (Tesis)*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3699/1/Llave\\_re.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3699/1/Llave_re.pdf)
- Reyes, L. (2002). *Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno - perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal (Tesis)*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/Reyes\\_hl.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/Reyes_hl.pdf)
- Rozas M, Soto Y, Vera Y & Vera M (1999). *Niveles de ansiedad y factores asociados en gestantes adolescentes y adultas que acuden a los Hospitales del Ministerio de Salud de la Ciudad del Cusco (Tesis)*. Cusco: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001\\_n18/Niveles%20de%20ansiedad.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n18/Niveles%20de%20ansiedad.htm)

- Samar, D. (2010). *Apoyo del acompañante en el trabajo de parto asociado a beneficios maternos-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal (Tesis)*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/2956>
- Sapién, J. y Córdoba, D. (2007). *Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento (Tesis)*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0QPYZQP1gCkJ:revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/691/1220+&cd=1&hl=es&ct=clnk>

#### **Referencias hemerográficas**

- Barcaz, E. (Junio, 2005). *Impacto de la preparación Psicoprofiláctica para el parto en indicadores maternos infantiles*. Revista ciencias.
- Latín Salud. (Noviembre, 2004). *Parto humanizado*. Astrolabio. Revista Salud.
- López, M., Alarcón, M. y Cepeda, M. (2010). La educación para la salud y las diversas mediciones comunicativas que intervienen. Revista perinatología y reproducción humana.
- Maternity Center Association (Setiembre, 2003). *Un apoyo continuo durante el parto proporciona importantes beneficios para la madre y el bebé y no posee desventajas conocidas*. Nueva York,: Boletín semanal del centro de recursos de la red IBFAN de América Latina y el Caribe.

- Morales, S. (2015). *Características de las gestantes que recibieron Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral*. Revista Horizonte Medica.
- Torres, V. (2003). *El aprendizaje verbal significativo de Ausubel. Algunas consideraciones desde el enfoque histórico cultural*. Rev Unión de Universidades de América Latina y el Caribe.
- Valdés, V., Morlans, H. (2005). *Aportes de las doulas a la obstetricia moderna*.
- Villar, R. (2007). *Factores Asociados al Uso de Psicoprofilaxis Obstétrica en Puérperas en el Cono Sur de Lima*. Rev Per Obst Enf 3(2).

#### Referencias electrónicas

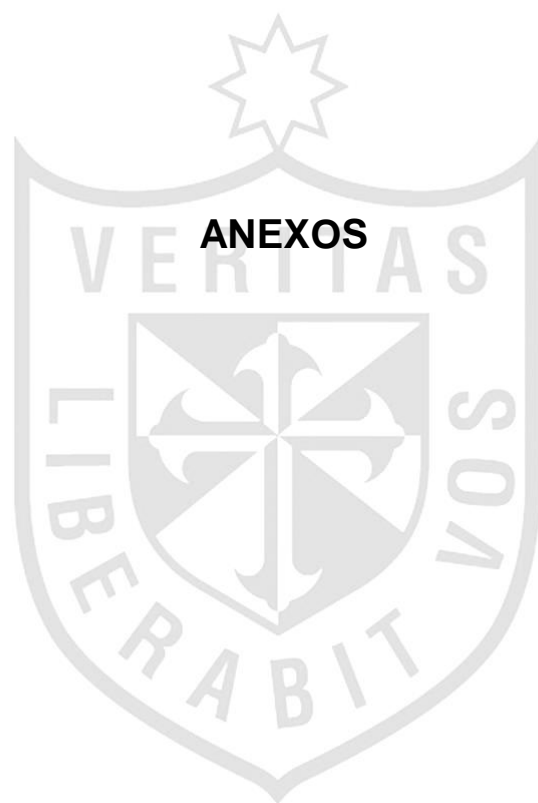
- Alcolea, S. y Mohamed, D., (2009). *Guía de cuidados en el embarazo* Consejos de su matrona. Recuperado de: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Guiacuidadosembarazo.pdf>
- Carballo, S. (Abril, 2008). *Educación de la inteligencia emocional, social y espiritual de la mujer embarazada*. Revista Electrónica publicada por el Instituto de Investigación en Educación. Recuperado de: <http://revista.inie.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/viewFile/268/267>
- Chóliz, M. (s.f.). *Técnicas para el Control de la Activación: Relajación y respiración*. Recuperado de [www.uv.es/=choliz](http://www.uv.es/=choliz)

- Choque, R. (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Recuperado de: <http://www.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>
- Farair, E. (s.f.). *Método Psicoprofiláctico del Parto sin Dolor*. Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/RMH/pdf/1958/pdf/Vol26-3-1958-2.pdf>
- Federación de asociaciones de matronas de España. (2009). *Iniciativa parto normal*. Recuperado de: 05 de Julio del 2013 de: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/documentos/iniciativa-parto-normal>
- García, E. (2011). *Embarazo Compartido Programa de Educación Emocional para mujeres embarazadas y sus parejas*. Recuperado de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/47745/6/Embarazo%20Compartido%2c%20programa%20de%20Educaci%C3%B3n%20Emocional%20para%20mujeres%20embarazadas%20y%20sus%20parejas.pdf>
- Hodnett, ED., Gates, S., Hofmeyr, GJ. y Sakala, C. (2007). *Apoyo continuo para las mujeres durante el parto* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 4, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Recuperado de <http://www.bibliotecacochrane.com/BCPGetDocument.asp?SessionID=%208510861&DocumentID=CD003766>
- Márquez, J., Díaz, J. y Cazzato, S. (2007). *La disciplina escolar: aportes de las teorías psicológicas*. Recuperado de: [http://www.unica.edu.ve/revistaunica/articulos/a8n18\\_2007a16.pdf](http://www.unica.edu.ve/revistaunica/articulos/a8n18_2007a16.pdf)

- Rodríguez, T., García, C. y Cruz, R. (2005). *Técnicas de relajación y autocontrol emocional*. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1800/180019787003.pdf>
- Zhang, J., Bernasko, JW., Leybovich, E., Fahs, M. y Hatch, MC. *Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a metaanalysis. American Journal of Obstetrics Gynecology*. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8841285>







## ANEXO 1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

### INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES PROCEDIMENTALES EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN CALLAO.

<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades respiratorias en embarazadas del Hospital Nacional Alcides Carrión del año 2015?</li> <li>• ¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades de relajación en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015?</li> <li>• ¿En qué medida influye la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades de control de ansiedad en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015?</li> </ul>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Precisar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Precisar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades respiratorias en embarazadas del Hospital Nacional Alcides Carrión del año 2015.</li> <li>• Precisar la influencia educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades de relajación en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.</li> <li>• Precisar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades de control de ansiedad en embarazadas del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del año 2015.</li> </ul>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b> La educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades respiratorias en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.</li> <li>• La educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades de relajación en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.</li> <li>• La educación psicoprofiláctica obstétrica influye significativamente en el desarrollo de habilidades de control de ansiedad en embarazadas del Hospital Carrión del año 2015.</li> </ul>	<p><b>VARIABLES</b></p> <p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b></p> <p>Educación Psicoprofiláctica Obstétrica</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE</b></p> <p>Desarrollo de Habilidades Procedimentales</p>
--	--	--	--

**INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS****FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA GESTANTES SIN EDUCACIÓN  
PSICOPROFILAXIS OBSTÈTRICA**

H.C:

Fecha de ingreso:

Fecha se parto:

Hora de ingreso:

Hora de parto:

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA GESTANTE**

1. Edad: \_\_\_ años

2. Grado de instrucción

Analfabeta ( ) Primaria completa ( ) Primaria incompleta ( ) Secundaria completa ( )

Secundaria incompleta ( ) Superior Técnico ( ) Superior universitario ( )

3. Estado civil

Soltera ( ) Conviviente ( ) Casada ( )

4. Ocupación

Independiente ( ) Dependiente ( ) Ama de casa ( )

**II. DATOS OBSTÉTRICOS**

5. Edad gestacional: \_\_\_ ss.

6. G\_\_\_

7. Tipo de gestante:

Primípara ( ) Multípara ( )

8. Número de controles prenatales: \_\_\_ veces

**III. DATOS DEL TRABAJO DE PARTO**

9. Forma de inicio del trabajo de parto

Espontáneo ( ) Inducido ( )

10. Duración del periodo de dilatación: \_\_\_\_\_(minutos)



respiración durante el trabajo de parto.		
25. Realiza masaje y/o caricias en zonas donde siente molestias.		
26. Realiza Cambios de posición, durante el trabajo de parto.		
27. Adopta la posición decúbito lateral izquierdo, durante el trabajo de parto.		

<b>VII. DATOS DEL CONTROL DE LA ANSIEDAD</b>		
28. El personal de obstetricia le informó en qué consiste el periodo de dilatación?		
29. El personal de obstetricia le explicó la evolución de las contracciones?		
30. El personal de obstetricia le enseñó a como respirar, durante el trabajo de parto?		
31. El personal de obstetricia le ayudó a tranquilizarse?		
32. Cuándo sentía usted que perdía el control de sí misma por dolores de trabajo de parto. ¿El personal de obstetricia le ayudó a controlarse?		

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA GESTANTES CON EDUCACIÓN  
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA**

H.C:

Fecha de ingreso:

Fecha se parto:

Hora de ingreso:

Hora de parto:

**I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA GESTANTE**

1. Edad: \_\_\_\_ años
2. Grado de instrucción  
Analfabeta ( ) Primaria completa ( ) Primaria incompleta ( ) Secundaria completa ( )  
Secundaria incompleta ( ) Superior Técnico ( ) Superior universitario ( )
3. Estado civil  
Soltera ( ) Conviviente ( ) Casada ( )
4. Ocupación  
Independiente ( ) Dependiente ( ) Ama de casa ( )

**II. DATOS OBSTÉTRICOS**

5. Edad gestacional: \_\_\_\_ ss.
6. G \_\_\_\_
7. Tipo de gestante:  
Primípara ( ) Multípara ( )
8. Número de controles prenatales: \_\_\_\_ veces

**III. DATOS DEL TRABAJO DE PARTO**

9. Forma de inicio del trabajo de parto  
Espontáneo ( ) Inducido ( )
10. Duración del periodo de dilatación: \_\_\_\_\_(minutos)
11. Duración del periodo de expulsivo: \_\_\_\_\_(minutos)
12. Duración del periodo de Alumbramiento: \_\_\_\_\_(minutos)
13. Duración total del Trabajo de Parto: \_\_\_\_\_(minutos)
14. Uso de episiotomía  
Sí ( ) No ( )
15. Desgarros  
Desgarro perineal grado I ( ) Desgarro perineal grado II ( )  
Desgarro perineal grado III ( ) Ninguno ( )

#### IV. DATOS DEL RECIÉN NACIDO

16. Índice APGAR del recién nacido

Al minuto:

A los 5 minutos:

17. Líquido amniótico del recién nacido

Claro ( )

Meconial Fluido ( )

Meconial espeso ( )

Meconial grumoso ( )

<b>V. DATOS DEL CONTROL DE LA RESPIRACIÓN</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
18. Aplica técnicas de Respiración abdominal		
19. Aplica técnicas de Respiración torácica		
20. Aplica técnicas de Respiración costal inferior en el periodo de dilatación.		
21. Aplica técnicas de Respiración costal inferior en el período expulsivo		
22. Aplica técnicas de respiración al producirse la salida de la cabeza		

<b>VI. DATOS DEL CONTROL DE LA RELAJACIÓN</b>		
23. Demuestra expresiones de confianza durante el trabajo de parto.		
24. Demuestra empeño en ejecución de ejercicios de respiración durante el trabajo de parto.		
25. Realiza masaje y/o caricias en zonas donde siente molestias.		
26. Realiza Cambios de posición, durante el trabajo de parto.		
27. Adopta la posición decúbito lateral izquierdo, durante el trabajo de parto.		

<b>VII. DATOS DEL CONTROL DE LA ANSIEDAD</b>		
28. El personal de obstetricia le informó en qué consiste el periodo de dilatación?		
29. El personal de obstetricia le explicó la evolución de las contracciones?		

30. El personal de obstetricia le enseñó a como respirar, durante el trabajo de parto?		
31. El personal de obstetricia le ayudó a tranquilizarse?		
32. Cuándo sentía usted que perdía el control de sí misma por dolores de trabajo de parto. ¿El personal de obstetricia le ayudó a controlarse?		





Constancia emitida por la institución donde se realizó la investigación



GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
HOSPITAL NACIONAL "DANIEL A. CARRIÓN"



EL JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL "DANIEL ALCIDES CARRION" DEL CALLAO, QUE SUSCRIBE:

# CERTIFICA

Que la, **Mg. ROSA MARTHA SALAZAR CAMPOS**

Magister en Docencia Universitaria e Investigación de la Universidad San Martín de Porres – Instituto para la Calidad de la Educación, ha realizado la entrega de un ejemplar del Trabajo de Investigación titulado: **"INFLUENCIA DE LA EDUCACION PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES PROCEDIMENTALES EN EMBARAZADAS DEL HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN "** Para la obtención del título de Doctora en Educación.

Se expide el presente, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente, no teniendo valor alguno en acciones en contra del Estado.

Callao, 26 de Noviembre del 2015

GOBIERNO REGIONAL DEL CALLAO  
HOSPITAL NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

Dr. JUAN HIYAGON KIAN  
JEFE DE LA OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACION  
C.M.P. 16370 - R.N.E. 14504

Nº REGISTRO Nº 473 FOLIO 200

JHK/Nanci  
Archivo