



INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN
SECCIÓN DE POSGRADO

**INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA
OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE
HABILIDADES PROCEDIMENTALES EN LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE NIÑO
“SAN BARTOLOMÉ”. LIMA. 2018**

**PRESENTADA POR
YRENE EVARISTA MATEO QUISPE**

**ASESOR:
OSCAR RUBEN SILVA NEYRA**

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

LIMA – PERÚ

2018



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**INSTITUTO PARA LA CALIDAD EN EDUCACIÓN
SECCIÓN DE POSGRADO**

**INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA
OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE
HABILIDADES PROCEDIMENTALES EN LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE NIÑO
“SAN BARTOLOMÉ”. LIMA. 2018**

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

PRESENTADO POR:

YRENE EVARISTA MATEO QUISPE

ASESOR:

Dr. OSCAR RUBEN SILVA NEYRA

LIMA, PERÚ

2018

**INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA
OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE
HABILIDADES PROCEDIMENTALES EN LAS GESTANTES
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE NIÑO
“SAN BARTOLOMÉ”. LIMA. 2018**

ASESOR Y MIEMBROS DEL JURADO

ASESOR:

Dr. OSCAR RUBEN SILVA NEYRA

PRESIDENTE DEL JURADO:

Dr. FLORENTINO NORBERTO MAYURÍ MOLINA

MIEMBROS DEL JURADO:

Dr. MIGUEL LUIS FERNANDEZ AVILA

Dr. CARLOS AUGUSTO ECHAIZ RODAS

DEDICATORIA

A DIOS, por permitirme disfrutar de la vida
Y de los maravillosos padres que me regaló.

A mis padres: **GUILLERMO MATEO PACHAS Y**
PAULINA QUISPE RUIZ, por ser mi motor y motivo,
Muchas gracias por tanto cariño y amor.

AGRADECIMIENTO:

Mi eterno agradecimiento a la:

Dra. HILDA BACA NEGLIA, por su Invaluable ayuda como excelente maestra y gran amiga, por irradiar alegría, confianza, seguridad, por su grandeza espiritual.

A mi asesor **Dr. OSCAR SILVA NEYRA**, por Haberme orientado y guiado en el descubrimiento y producción de nuevos conocimientos mediante la investigación.

ÍNDICE

Portada	i
Título	ii
Asesor y miembros del jurado	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
ÍNDICE	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	xiii
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	
1.1 Antecedentes	
1.1.1 En el ámbito nacional	1
1.1.2 En el ámbito internacional	6
1.2 Bases teóricas	7
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	50
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	55

CAPÍTULO IV: RESULTADOS	62
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES y RECOMENDAC.	75
FUENTES DE INFORMACIÓN	84
ANEXO N° 1 Matriz de consistencia	92
ANEXO N° 2 Instrumento de recolección de información	94
ANEXO N° 3 Consentimiento informado	96
ANEXO N° 4 Características de las gestantes estudiadas	97
ANEXO N° 5 Características de las gestantes estudiadas	98
ANEXO N° 5 Evaluación del recién nacido mediante el	99

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla nº 1: Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de la habilidad de respiración de la gestante durante el trabajo de parto.	62
Tabla nº 2: Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de la habilidad de la relajación gestante durante el trabajo de parto.	64
Tabla nº 3: Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de la habilidad de autocontrol de ansiedad en la gestante durante el trabajo de parto.	65
Tabla nº 4: Tiempo de duración del trabajo de parto fase activa en las gestantes con y sin preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia.	66
Tabla nº 5: Tiempo de duración del periodo expulsivo de las gestantes con y sin preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia.	67

RESUMEN

Objetivo: Determinar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de las habilidades procedimentales de la gestante durante el proceso de trabajo de parto en el hospital nacional docente madre niño “San Bartolomé”. Lima. 2016. **Método:** Diseño de investigación Experimental de nivel cuasi experimental, prospectivo, transversal, enfoque cuantitativo. Instrumento usado fue la ficha clínica observacional, para la validez y confiabilidad del instrumento, se aplicó una prueba piloto. El estudio tiene nivel de confianza al 95%. Se realizó con estructura de proporciones para la prueba de hipótesis. Población: conformada por 428 gestantes sin preparación psicoprofiláctica obstétrica. Muestra: 44 gestantes considerando los criterios de selección, distribuidos: grupo experimental (22 con preparación psicoprofiláctica de emergencia) y grupo control (22 sin preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia) **Resultados:** Con las pruebas de hipótesis y nivel de significación de 0.05 se pudo demostrar que existe diferencia significativa entre las gestantes (grupo experimental) que desarrollaron habilidades de respiración, relajación y autocontrol durante el trabajo de parto con las que no lo recibieron (Grupo control). **Conclusiones:** Se concluye que la educación psicoprofiláctica

Obstétrica de emergencia influye positivamente en el desarrollo de habilidades procedimentales de respiración, relajación y autocontrol durante el trabajo de parto. Según chi cuadrado.

Palabras clave: Educación psicoprofiláctica obstétrica, control de respiración, control de relajación, control de la ansiedad

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of emergency obstetric psycho-prophylactic education in the development of the procedural skills of the pregnant woman during the process of labor in the national mother-child teaching hospital "San Bartolomé". Lima. 2016. Method: Experimental research design of quasi-experimental, prospective, cross type, quantitative approach. Instrument used was the observational clinical record, for the validity and reliability of the instrument, a pilot test was applied. The study has a 95% confidence level. It was carried out with a structure of proportions for hypothesis testing. Population: conformed by 428 pregnant women without obstetric psychoprophylactic preparation. Sample: 44 pregnant women considering the selection criteria, distributed: experimental group (22 with emergency psycho-prophylactic preparation) and control group (22 without emergency obstetric psycho-prophylactic preparation) Results: With the tests of hypothesis and level of significance of 0.05 it was possible to demonstrate that there is a significant difference between the pregnant women (experimental group) who developed

breathing, relaxation and self-control skills during labor with those who did not receive it (control group). Conclusions: It is concluded that emergency obstetric psychiatric education has a positive influence on the development of procedural skills of breathing, relaxation and self-control during labor. According to chi square.

Keyword: Obstetric psycho-prophylactic education, breath control, relaxation control, anxiety control.

INTRODUCCIÓN

La psicoprofilaxis obstétrica según el Ministerio de Salud (MINSA. Perú. 2011) es un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.1)

La psicoprofilaxis obstétrica es una herramienta fundamental en la atención integral, tiene impacto relevante en la salud de las madres y sus hijos. Queda demostrado el valor de la psicoprofilaxis obstétrica desde la década de los 70 por el Dr. Roberto Caldeyro Barcia, médico perinatólogo impulsor y director del CLAP-OPS/OMS quien difundió que no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos, perinatales y para el equipo de salud que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica. (S. Morales 2012:2)

El Ministerio de Salud señala como beneficios de la educación psicoprofiláctica: Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración.

Mayor posibilidad de ingresar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto con menor duración de la fase de dilatación y fase expulsiva, menor incidencia de dolores post parto. Etc. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011:9)

No obstante a los beneficios de la educación en psicoprofilaxis obstétrica que señalan el Ministerio de Salud y otras investigaciones. Su cobertura ha aumentado ligeramente a nivel nacional, según reportes estadísticos del Ministerio de Salud en el año 2011 del total de gestantes que se controlaron a nivel nacional, solo el 10% concluye el programa de psicoprofilaxis, estando Lima en el décimo puesto a nivel nacional con 12.16 % de gestantes que culminan el curso. (Ministerio de Salud. 2009. 2012), El hospital nacional docente madre niño “San Bartolomé”, durante el año 2016, ha atendido en promedio 572 partos totales, de las cuales 428 parturientas tuvieron sus partos por vía vaginal (se excluyeron los partos por cesárea {indicación absoluta} con diagnóstico de: parto pre términos; fetos en presentación podálica, transversa y oblicua; desproporción cefalo-pélvica; pelvis androide; placenta previa; cesareada anterior; óbito fetal; etc) lo que indica que la mayoría de las gestantes estuvieron en condiciones de acceder al servicio educativo en psicoprofilaxis obstétrica para su respectiva preparación psicoprofiláctica.

Sin embargo en promedio solo 76 gestantes reciben la preparación educativa completa (6 sesiones) (según el sistema informático de servicio de educativo de psicoprofilaxis obstétrica, donde se prepara a la gestante para un embarazo parto y puerperio en las mejores condiciones; Esta dramática problemática pudiera ser por diferentes causas como: horarios de trabajo incompatibles, no contar con apoyo para el cuidado de sus hijos, falta de disponibilidad de tiempo por necesidad de realizar las actividades propias del hogar, infraestructura limitada (espacio físico insuficiente para la demanda), insuficiente promoción o de poco impacto del programa de psicoprofilaxis obstétrica, falta de motivación, no es derivada del consultorio de control prenatal.

La educación psicoprofiláctica favorece a las gestantes permitiendo la disminución de las complicaciones obstétricas, la falta de preparación ocasiona en las gestantes inexperta: muchas dudas, temor, tensión psicofísica, ansiedad, inseguridad y dolor lo que genera riesgo obstétrico, que influyen en muchas ocasiones negativamente en el progreso del trabajo de parto; y en el feto, dando lugar muchas veces al agotamiento materno y el sufrimiento fetal. (Guerrero, J y Paguay, C, 2013), (Morales, S. 2014), (Yábar, M. 2014), (Zorrilla, G. 2015), (Salazar, R. 2015)

Frente a la problemática en mención surge la PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA que es la preparación educativa de la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto o durante el trabajo de parto, sea en su fase de dilatación o periodo expulsivo (Guía técnica para la psicoprofilaxis

Obstétrica y estimulación prenatal, 2011:2)

Vale decir que las gestantes que por diversos motivos no tuvieron acceso a la educación psicoprofiláctica completa (6 sesiones), tendrían la posibilidad de acceder durante el trabajo de parto a la preparación educativa de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia (3 sesiones) con el objetivo que la gestante pueda aclarar sus dudas y temores y aprenda como respirar en cada etapa del trabajo de parto, relajarse y auto controlarse emocionalmente. Su ejecución es de fácil acceso económico, considerando dentro de los recursos humano: 01 profesional Obstetra y materiales: rotafolio y colchonetas/sillas. Sin embargo su praxis generaría en la gestante conducta positiva que le permita contribuir conscientemente con la adecuada oxigenación fetal y la reducción del tiempo de duración del trabajo de parto, por ende la sociedad se entregaría a la sociedad niños más saludables con menor secuela neurológica.

Ante la presente problemática, surge el cuestionamiento ¿Influye la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de habilidades procedimentales en las gestantes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Lima. 2018?

Con el objetivo de evaluar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de las habilidades procedimentales de la gestante durante el proceso de trabajo de parto en Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Lima. 2016.

La investigación se justifica en que solo el 17.8 % de las gestantes que acudieron para atención de parto al hospital nacional docente madre “San Bartolomé” (2016) habían recibido la educación psicoprofiláctica obstétrica completa (6 sesiones) en el servicio psicoprofilaxis obstétrica, las mismas que fueron beneficiadas, porque dicha educación les permitió aclarar dudas e incorporar nuevos conocimientos sobre el proceso de trabajo de parto, así como la realización de las técnicas de respiración, relajación y el autocontrol durante el proceso de trabajo de parto, además de ejercitar sus músculos y ligamentos de pelvis que facilitaron el pasaje del feto por el canal del parto, etc. Sin embargo la mayoría de las gestantes no pueden acceder a la preparación psicoprofiláctica completa, por ese motivo el Ministerio de Salud desde el año 2011, resuelve aprobar la guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica, donde también contempla la ejecución de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (3 sesiones), dirigido a las gestantes que faltando pocos días para la fecha probable de parto o durante el trabajo de parto, que por diversos motivos no pudieron asistir a la dicha educación.

A pesar de estar normado la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (3 sesiones), y del derecho al parto humanizado que debe tener toda gestante mediante el apoyo permanente (como soporte emocional y educativo) durante el trabajo de parto, parto y puerperio por parte del profesional (obstetra), lo cual fue muy valioso para las gestantes que lo recibieron, porque contribuyó en la adecuada respiración, relajación y autocontrol de la gestante/parturienta en quienes disminuyó: el tiempo de duración de las diferentes etapas del trabajo de parto, intervenciones médicas rutinarias, costos, disminución de cesáreas; y

Generó sentimientos maternos de satisfacción. Además, de benefició a la institución, por la corta estancia hospitalaria y disminución de los costos hospitalarios.

La presente investigación se inició con la captación de gestantes en pródromos o inicio de trabajo de parto (sin preparación psicoprofiláctica obstétrica) en el servicio de emergencia obstétrica (grupo experimental), a quienes luego explicar el objetivo y proceso de la investigación, previa firma del consentimiento informado se le brindó la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia, mediante la preparación cognitiva, física y psico afectiva con el objetivo evaluar el desarrollo de habilidades procedimentales que le permitió aplicar correctamente la respiración, la relajación y autocontrolar la ansiedad, durante el trabajo de parto y período expulsivo, el grupo control en la sala de partos.

El grupo control, se acudió al servicio de centro obstétrico para captar a las gestantes que se encontraban en pródromos o inicio de trabajo de parto, que no tuvieron preparación psicoprofiláctica obstétrica y que cumplieron con los criterios de selección. Previa evaluación, se le brindó soporte informativo. No se solicitó firma de consentimiento informado, por no requerir, finalmente se observó y evaluó durante el trabajo de parto fase activa y período expulsivo los mismos aspectos considerados en el grupo experimental .

Se planteó como hipótesis general: La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante durante el proceso de trabajo de parto mediante el desarrollo de habilidades procedimentales y actitudinales de respiración, relajación, autocontrol de ansiedad durante el trabajo de parto.

La investigación se desarrolló: En Introducción, se abordó el planteamiento del problema, formulación del problema, formulación de los objetivos, justificación y viabilidad. En el capítulo I, se desarrolló el marco teórico, antecedentes internacionales y nacionales, fundamentos conceptuales del problema y definiciones operacionales de variables. En el capítulo II, diseño metodológico, diseño de investigación: cuasi experimental, explicativo, prospectivo, longitudinal, enfoque cuantitativo, población y muestra, instrumento: ficha observacional. En el capítulo III, resultados, exposición de tablas. En el capítulo IV, discusión, conclusiones y recomendaciones, interpretación estadística aceptando la hipótesis 1 (alternativa) rechazando la hipótesis nula.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación

1.1.1 En el ámbito nacional

Llave, E. (2013) Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el instituto materno-perinatal. Perú. Tesis para optar el título profesional de Obstetra. universidad nacional mayor de San Marcos.

Objetivo: Comparar los resultados materno-perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el instituto materno-perinatal. Metodología: Estudio: Observacional, descriptivo-comparativo, retrospectivo, corte transversal. Población: grupo (6 sesiones) de psicoprofilaxis (n=264) y el grupo (>3 sesiones) (135 pacientes). Resultados: Edad promedio fue 27.29 años, 65.7% con instrucción secundaria. El 66.2% asistieron a 6 sesiones vs 33.8% asistieron >3 sesiones. El 72% (6 sesiones) y el 78.5% (>3 sesiones), tuvieron parto vaginal. La mayoría de pacientes con 6 y >3 sesiones iniciaron trabajo de parto espontáneo (70.8% y 64.4% respectivamente). A la mayoría

De participantes de 6 sesiones (58.8%) y >3 sesiones (59.2%) se les realizó episiotomía. La analgesia epidural fue aplicada a 25.3% y 16% de pacientes (6 y >3 sesiones). La duración promedio del 1º periodo de parto en ambos grupos fue similar. La duración promedio del 2º periodo en pacientes del 1º grupo fue ligeramente mayor (0.24 hrs) que el 2º grupo (0.22 hrs). La duración promedio 3º periodo en participantes con 6 sesiones fue menor (0.10 hrs) que con >3 sesiones (0.11 hrs). El peso del recién nacido 2500-3999 gr fue similar en ambos grupos (92.8% y 94.1% respectivamente). Apgar 7-10 al minuto (96.6% y 91.1% en recién nacido de pacientes con 6 y >3 sesiones).

Morales, S. (2014). Características de las gestantes que recibieron psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en el sector privado como una alternativa en su atención integral. Julio 2012 y junio 2014. Publicación especializada en revista oficial de la facultad de medicina. Horizonte médico de la universidad San Martín de Porres.

El objetivo de este estudio fue conocer las características de un grupo de gestantes del sub sector privado que recibieron psicoprofilaxis obstétrica de emergencia (PPO-EM). El diseño fue observacional, descriptivo y transversal. Se evaluaron 168 historias clínicas. Los rangos de edad: 15 a 45 años (promedio: 30), el grado de instrucción en su mayoría fue superior incompleta 15.4% y superior completa 78%. El 69% trabajo durante su gestación. No recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica por: Falta de información 17.3%, tiempo 46.4%, recursos económicos 28.6% y por falta de apoyo de pareja 7.7%. El 100% manifestó satisfacción sobre su preparación psicoprofiláctica

Obstétrica de emergencia por sentirse más tranquilas y seguras de cómo llegar y colaborar en su parto. Finalmente, 94.6% recibió psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en la última semana de gestación y 5.4% durante su trabajo de parto; 64% tuvieron parto vaginal y el resto cesárea. Se concluye que la psicoprofiláctica obstétrica de emergencia es una oportunidad beneficiosa para las gestantes que no pudieron realizar preparación psicoprofiláctica obstétrica a tiempo, por lo que se afirma que nunca es tarde para recibir una buena preparación y apoyo integral, los que se asociaron a un buen resultado materno y perinatal.

Yábar, M. (2014). La psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes. Lima, Perú. 2014. Publicación especializada en revista oficial de la facultad de medicina. Horizonte médico de la universidad San Martín de Porres.

Objetivo: Conocer las características y beneficios que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica (PPO) en gestantes adolescentes. Diseño: observacional, descriptivo y transversal, resultados: Las gestantes adolescentes con preparación psicoprofiláctica obstétrica mostraron mayor interés y responsabilidad respecto de asistir a su control prenatal, el 97.37% recibieron más de 7 controles prenatales, el 100% recibió al menos 6 de un total de 8 sesiones prenatales, 86.84% ingresaron en fase activa para su parto y tuvieron parto vaginal, y 13.16% cesárea. Asimismo, el 7.89% utilizó la epidural, al iniciar las sesiones el 39.47% tenía actitud positiva ante la llegada del bebé, al finalizar la preparación psicoprofiláctica obstétrica aumento al 100%. El 100% asistió a su

Control postnatal. **Conclusiones:** La preparación psicoprofiláctica obstétrica es una preparación integral que beneficia a la madre y el bebé y debería recomendarse como parte de la atención prenatal.

Zorrilla, G. (2015). Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido. Centro de salud materno infantil Manuel Barreto de san Juan de miraflores. Tesis para optar el título profesional de licenciada en obstetricia. Universidad San Martín de Porres.

Objetivo: Determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto. Lima. Diseño descriptivo, comparativo y retrospectivo.

Universo: 200 gestantes atendidas y controladas; muestra fue 53 gestantes que recibieron y no recibieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica. Muestreo No probabilístico por conveniencia. Se usó χ^2 . Resultados: La dilatación en primíparas con preparación en psicoprofilaxis fue < 8 hrs (82.4%) vs las que no tuvieron preparación psicoprofiláctica (62.4%), que fue en promedio de 8-12 hrs. La duración en multíparas fue < 6 hrs 89.5% vs las multíparas sin preparación 42.9%. La duración del período expulsivo en primíparas fue <50 min (88.2%), vs 13.6% no preparadas, en las multíparas fue <20 min 94.7% vs 38.1% en no preparadas. El 100% vs 62.5 % recién nacidos de primíparas con y sin preparación en psicoprofilaxis respectivamente tuvieron valoración del test de Apgar de 8-10 al 1' y 5' de vida. El 100% recién nacidos de multíparas con preparación tuvieron valoración Apgar de 8-10 al 1' y 5' vs 61.9% recién nacidos de madres sin preparación tuvieron valoración

De Apgar de 7. Conclusiones: Según la prueba χ^2 la preparación psicoprofiláctica beneficia positivamente a la gestante durante el proceso de trabajo de parto y al recién nacido a diferencia de las no preparadas.

Salazar, R. (2015). Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del hospital Daniel Alcides Carrión. Callao. 2015. Tesis para optar el grado académico de Doctora en Educación. Universidad San Martín de Porres.

El objetivo fue valorar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas. Método: Diseño de investigación cuasi experimental, comparativo, explicativo, prospectivo, longitudinal. Población: 46 gestantes, de las cuales 23 gestantes recibieron 3 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.

García, V. (2016). Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales, de los partos atendidos en el hospital regional de Loreto, de enero a diciembre. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad nacional de la amazonia peruana.

Objetivo: Determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétricas en la prevención de complicaciones maternas y neonatales de los partos atendidos en el hospital regional de Loreto. Diseño es de tipo caso control y retrospectivo, realizado en 3088 partos atendidos durante el estudio, solo 244 pacientes realizaron psicoprofilaxis obstétrica, haciendo una prevalencia de 7.9%. El promedio de edad fue de 24.7 años, y la población de gestantes con mayor frecuencia fue del grupo etéreo de 18 a 24 años con más del 50% de los casos. La psicoprofilaxis obstétrica demostró disminuir el riesgo de presentar hemorragia postparto en 81% de los casos (Chi2: 5.51; p: 0.013; OR: 0.19; IC: 0.04 – 0.87) y de preeclampsia en 80% (Chi2: 4.97; p: 0.018; OR: 0.20; IC: 0.04 – 0.93). La psicoprofilaxis obstétrica demostró disminuir el riesgo de presentar de bajo peso al nacer en 81% obstétrica (Chi2: 5.51; p: 0.019; OR: 0.19; IC: 0.04 –0.88); y prematuridad en 77% (Chi2: 5.94; p: 0.01; OR: 0.23; IC: 0.06 –0.81)

1.1.2 En el ámbito internacional

Guerrero, J y Paguay, C, (2013). Beneficios maternos perinatales asociados a la psicoprofilaxis obstétrica en embarazadas atendidas en el centro de salud de guano, abril 2012-2013. Tesis para la obtención del título de Obstetiz. Universidad central del ecuador.

Objetivo: Determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de salud de las embarazadas, así como su secuencia de atención prenatal, mediante la

Participación activa del personal del centro de salud de Guano.

Diseño de investigación: Descriptivo, prospectivo y transversal. Concluye: 98% de madres con psicoprofilaxis no presentan complicación vs 22% de madres sin psicoprofilaxis, que si presentaron complicaciones. Menor grado de ansiedad, permitiéndole adquirir una actitud positiva. Respuesta adecuada durante las contracciones uterinas utilizando las técnicas de relajación y respiración. Mayor posibilidad de ingresar al centro en trabajo de parto con una dilatación más avanzada. Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal, Menor duración de la fase expulsiva. Menor duración total del trabajo de parto. Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor. Menores complicaciones obstétricas. Recuperación más rápida y cómoda.

1.2 BASES TEÓRICAS

1.2.1 Educación psicoprofiláctica obstétrica

1.2.1.1 Psicoprofilaxis obstétrica

La psicoprofilaxis obstétrica según el MINSA es definido como un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable. Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y pos natales al preparar física y

Psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, y contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el 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)

Con la finalidad contribuir de contribuir a la reducción de morbimortalidad materna y perinatal, mejorando la calidad de atención de la gestante y el recién nacido a través de la psicoprofilaxis obstétrica en los establecimientos de salud el ministerio de salud estandariza los procesos teóricos prácticos de la psicoprofilaxis obstétrica que debe brindarse a la gestante, pareja y familia a partir de las 20 semanas de gestación. Lo cual debe ser aplicado en todos los establecimientos del ministerio de salud a nivel nacional y los establecimientos del sector (Sanidad de las fuerzas armadas, policía nacional del Perú, clínicas y otros del sub sector privado) pueden aplicarla o tomarla de referencia para la elaboración de sus propias guías. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.1)

El ministerio de salud señala como beneficios de la educación psicoprofiláctica:

- Mejora el 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.
- Amplia 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 dolores post parto. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.9)

1.2.1.2. Bases científicas de la psicoprofilaxis obstétrica

Escuela Inglesa: representado por Granthy Dick Read. Quien en 1933 publicó sus observaciones sobre el parto natural, que después lo denominó *Parto sin Temor*. “*El temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal.*”

Dick Read describió dos tipos de dolor durante el parto, cada uno de ellos de origen diferente y con particular forma de tratamiento: El primero, producto de las anomalías dinámicas del parto, es el dolor primario o verdadero; El segundo, relativamente común, consecuencia del miedo que ocasiona tensión y, ésta, dolor, el cual puede ser evitado. Describió, el síndrome *temor-tensión-dolor*.

El temor origina tensión muscular y psíquica, la tensión produce disminución del umbral de percepción del dolor haciendo que los estímulos no dolorígenos se identifiquen como dolorosos y que los estímulos dolorígenos se hagan más evidentes. Y la sensación dolorosa se magnifica, el dolor magnificado causa mayor temor y consecuentemente mayor tensión, cerrándose así una espiral o círculo vicioso, con intensidad dolorosa cada vez mayor. (Aguirre, C. 2012: p.10-11)

Dick-Read, expresa que el sentimiento de miedo durante el parto en la mujer, además de activar el sistema simpático que hace que los haces circulares permanezcan contraídos, provoca que la sangre se distribuya a otras regiones diferentes del útero como respuesta al mecanismo de “alerta”. Este mecanismo se desencadena con el fin de que esta sangre pueda ser utilizada por el resto de músculos del cuerpo, para su uso como salida a una situación de peligro. Como resultado, el útero recibe un aporte insuficiente de oxígeno que conlleva que éste trabaje en condiciones más dificultosas y menos eficientes, lo que genera una reacción de dolor. Por desgracia, cuando se desencadena el mecanismo de alerta y huida, el útero no se considera un órgano esencial y recibe menos aporte sanguíneo. Del mismo modo que en un ataque de miedo nuestra cara palidece porque no necesita tanta sangre, como la requieren nuestras piernas para poder huir, el útero de una mujer con miedo es literalmente de color blanco. Por ello, por su falta de “combustible” no puede funcionar correctamente, ni eliminar desechos de forma adecuada. La mujer no sólo experimenta dolor, si no, multitud de problemas. De hecho, hoy se sabe por diversos estudios científicos que una de las consecuencias de un menor aporte de oxígeno al útero sería el aumento

De la producción de ácido láctico en el músculo acidificando el medio. Para que se den de forma espontánea las contracciones uterinas, es necesario que el tejido del útero tenga un pH no ácido, por tanto, la acidificación del medio uterino conlleva contracciones menos eficaces, que contribuyen a que los partos se alarguen e incluso no progresen, al tiempo que la presencia de ácido láctico cristalizado en el músculo podría generar mayor dolor. (García, L.: 2010. P. 6-7)

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 creen 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 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 adecuado ambiente en que se va a desarrollar el parto (Salazar, R. 2015:20)

Escuela rusa, representada por: Platonov, Velvovsky, Nicolaiev.

Postulado: "El parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación activa de la mujer. Establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede descondicionarse". (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.4)

a) Reflejo incondicionado:

- Este reflejo tiene como característica ser innato; es de decir, la persona nace con él.
- Es de transmisión filogenética.
- Es inconsciente, no requiere de aprendizaje.
- No desaparece espontáneamente.

b) Reflejo condicionado:

- Automáticos, adquiridos.
- Requieren de aprendizaje.
- Adquiridos en el ejercicio diario de la vida.
- Es consciente y necesita estar integrado. (Aguirre, C. 2012: p.16)

Escuela francesa, representada por el Dr. Fernand Lamaze Postulado: "parto sin dolor en base a la educación neuromuscular". Sus bases teóricas son las mismas que las de la escuela rusa. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.4)

En 1950, el Dr. Lamaze, postuló que el miedo es la principal causa del fracaso del parto natural. Para ayudar 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.

(Salazar, R. 2015:22)

Escuela ecléctica, representada por el Dr. Leboyer. Dr. Gavenskyy 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. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.5)

Valor de los elementos prácticos que integran el método de la escuela ecléctica:

- Método ruso:
 - Parto - contracción
 - Creación de reflejos condicionados positivos.
- Método inglés:
 - Temor - Tensión - Dolor
- Escuela francesa: Respiración jadeante. (Aguirre,C. 2012: p.19)

Para asegurar la correcta preparación psicoprofiláctica en la gestante es importante contar con un profesional de la salud Obstetrix/Obstetra. Así mismo los establecimientos de salud deben contar con infraestructura, que

Permita la comodidad y privacidad a las usuarias y sus familiares en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.6-7)

Ventajas perinatales

Etapas: Prenatal, intranatal y postnatal

- Mejor curva de crecimiento intrauterino.
- Mejor vínculo prenatal.
- Enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina (lo inocuo vs lo dudoso).
- < Índice de sufrimiento fetal.
- < Índice de complicaciones perinatales.
- < Índice de prematuridad.
- Mejor peso al nacer.
- Mejor estado (Apgar).
- Mayor éxito con la lactancia materna.
- Mejor crecimiento y desarrollo. (Solis, L. "et al" 2012: P 51)

Ventajas de la preparación psicoprofiláctica obstétrica para el equipo de salud: El Dr. Roberto Cadeyro Barcia (CLAP – OPS/OMS), dejó bien establecidas las ventajas de la psicoprofilaxis obstétrica en la madre, bebé y equipo de salud (1995), el impulso de la sociedad peruana de psicoprofilaxis obstétrica (ASPPO), mediante el trabajo interinstitucional para difundir y promover el desarrollo y mejora continua de esta atención complementaria al control prenatal, para contar con las demostradas ventajas que ofrece una

Adecuada preparación para el parto convirtiendo a la **preparación psicoprofiláctica obstétrica** en uno de los pilares fundamentales de la obstetricia moderna y la prevención prenatal. Es así como el acompañamiento hacia el nacimiento nos permite mejorar la calidad de atención a la madre, Obteniendo un producto en buenas condiciones y permitiendo a los médicos Ginecoobstetras, Obstetras, Pediatras, Anestesiólogos y todo el equipo de salud, la satisfacción de observar de cerca los beneficios. El rol de quien atiende a una pareja preparada es importantísimo. Sin su ayuda muy probablemente los padres no podrían alcanzar sus metas de la forma ideal, de allí la importancia de contar con una participación óptima del Obstetra, capacitado y con convicción en las ventajas de la **preparación psicoprofiláctica obstétrica**.

Ventajas para el equipo de salud:

- Trabajo en un clima con mayor armonía.
- Mayor confianza, comprensión y colaboración de la pareja gestante.
- Mejor distribución del trabajo.
- Ahorro de recursos materiales.
- Ahorro de tiempo.
- Disminución de riesgos maternos y perinatales.
- Mejor actitud y aptitud de todos.
- Ahorro de presupuesto. (SOLIS, L. "et al" 2012: P 49-52)

Contraindicaciones para la práctica de ejercicios físicos en gestantes

Contraindicaciones absolutas: Enfermedad renal, cardiaca, embarazo

múltiple, preeclampsia, placenta previa, cérvix incompetente o cerclaje, ruptura prematura de membranas, parto prematuro, sangrado vaginal, Retardo del crecimiento intrauterino, sospecha de distress.

Contraindicaciones relativas: Hipertensión no controlada, diabetes mal controlada, anemia moderada a severa, obesidad o delgadez excesiva, tabaquismo, ingesta de alcohol, embarazo gemelar tras las 24 semanas.

Motivos para la detención del ejercicio físico: Cefaleas, alteración de la visión, palpitaciones, debilidad muscular, sensación de falta de aire, lenta recuperación de la frecuencia cardiaca y presión arterial tras la práctica de ejercicios, pérdida de líquido a sangrado vaginal, disminución de movimientos fetales. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación Prenatal, 2011: p.43)

1.2.1.3 EDUCACIÓN

Definición de educación

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. (Ministerio de Educación.2003: P.1)

Definición de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS. 2017. Pág. 1)

Definición de educación para la salud

El concepto de la educación para la salud, que actualmente abarca un concepto más amplio de promoción de la salud y un nuevo énfasis en la prevención, se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía.

Como consecuencia, la educación de personas adultas está abarcando más y más aspectos y ocupando cada vez más seguido una función central dentro de varios sectores de las políticas, entre ellos la salud. (Ministerio de Educación. 2003: P.6)

La educación es un factor determinante en la salud. Es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres, sino quienes tienen el menor nivel de educación. (Ministerio de Educación. 2003: P.4)

La educación para la salud puede interpretarse como un elemento de promoción de la salud. La promoción de la salud y la educación para la salud tienen como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, con el fin de que la gente obtenga mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar. Los conocimientos a los que se hacen referencia aquí

No sólo se refieren a la difusión de datos sencillos sobre la salud, sino también a la difusión de otros tipos de información y habilidades.

Un elemento fundamental de las políticas de promoción de la salud es la acción comunitaria. Las iniciativas locales se apoyan a través del suministro de conocimientos, información y capacitación relevantes. Al reconocer la función de los factores ambientales y sociales para alcanzar y conservar la salud, las iniciativas comunitarias consisten en abogar por ellas o en emprender acciones políticas, con el fin de crear un medio ambiente propicio para la salud. Tales iniciativas fijan su atención no sólo en modelos de enfermedad o servicios curativos, sino en los aspectos sociales e institucionales de la vida cotidiana. (UNESCO. 1999: P. 6-7)

Educación para la salud, implica, además de contar con conocimiento del área específica de interés, ubicar los factores de riesgo que pueden variar de una población a otra, y considerar las diferencias entre grupos poblacionales para diseñar estrategias educativas acordes a necesidades específicas y no genéricas. Dejar de lado los métodos y estrategias generalizados que no responden a las especificidades de los individuos ni de las poblaciones y que no contemplan los aspectos psicológicos y culturales subyacentes: percepciones, creencias, mitos, tabúes. La educación para la salud implica, asimismo, considerar que el proceso salud-enfermedad no ocurre aislado de las condicionantes socioeconómicas y políticas de una sociedad. Por tanto, los mensajes educativos tienen que circunscribirse considerando el entorno de individuos y poblaciones. (López-Gamiño MR "et al".2010. P: 142).

1.2.1.4 Teorías del aprendizaje

El conductismo, tal como se expresa en las teorías del condicionamiento, dominó la psicología del aprendizaje durante la primera mitad del siglo XX. Esas Teorías explican el aprendizaje en términos de eventos ambientales. Los procesos mentales no son necesarios para explicar la adquisición, el mantenimiento y la generalización del comportamiento. (Schunk D. 2012:114)

Está basado fundamentalmente en los cambios observables en la conducta del individuo, enfocado en la repetición de patrones de conducta de manera que estos se ejecutan de manera automática.

El modelo conductista propone la obtención de respuestas ante estímulos que se presenten según cada situación específica. Se dan las consecuencias y las conductas, presentando el estímulo como generador de éstas para orientar la conducta sistemáticamente hacia respuestas cada vez más adecuadas, con base en técnicas de modificación de conducta. (Márquez J. 2007: P.134)

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 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.

En el parto se reúnen las circunstancias para producir dolor. El empleo por parte de Obstetras y Médicos de la palabra dolor; el recuerdo de partos anteriores; el relato del parto de otras mujeres; todo ello hace que, apenas las contracciones uterinas comienzan y la mujer toma conciencia de que «está de parto», dichas contracciones despiertan automáticamente el reflejo condicionado del dolor. Comprueban estas afirmaciones los siguientes hechos: 1) Las mujeres con dilatación avanzada, que no sienten dolores mientras la Obstetra o el médico no les asegure que «están ya de parto». Para que haya dolor: En primer lugar, existen terminaciones nerviosas libres y 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 (llamamos umbral de percepción del dolor al estímulo mínimo capaz de despertar la sensación dolorosa), por estar descendido con el temor, angustia, emoción y cansancio que produce el parto.

Farair, E. (s.f.:74-75)

La educación psicoprofiláctica dirigida a la gestante, nos permite enseñarle los procesos fisiológicos del embarazo, parto y puerperio, de tal manera que las gestantes diferencien los “factores positivos” que estarán destinados a

Contraponerse uno a uno a los de los “factores negativos”, debiendo suprimir el reflejo condicionado doloroso: mediante el convenciendo a la embarazada que el parto no es, o no puede ser doloroso (nueva señalización: recurriendo a sucesos reales/figurativos, como cuando usamos los zapatos nuevos, estos suelen ser muy incómodos, a tal punto que nos puede provocar lesiones, las mismas que no son percibidas cuando nos encontramos acompañados de alguna muy importante para nosotras, es más hasta podemos bailar, y sentirnos muy feliz, hasta que nos separamos de esta compañía tan importante para nosotras, y recién en ese momento sentir mucho dolor, lo que demuestra el reflejo condicionado positivo [alegría] prevaleció sobre el reflejo condicionado negativo [dolor]. Luego de ello al preguntar a una gestante sobre quién representaría para ella el reflejo condicionado positivo, sin lugar a dudas señalará que su Bebé, es ese el momento propicio para que vinculen la contracción uterina, su mayor frecuencia, intensidad y duración con el menor tiempo para tener a su Bebé en brazos, así como la importancia de aplicar los conocimientos sobre las técnicas de respiración y relajación en cada etapa de trabajo de parto, lo cual va a permitir su participación activa en el trabajo de parto y puerperio, es así como habremos creado el reflejo condicionado positivo, es decir, creamos el reflejo condicionado “Contracción uterina – Respiración” Farair, E. (s.f.: 76).

Las personas aprenden diversas respuestas involuntarias, especialmente respuestas asociadas a la fisiología y a las emociones. Por ejemplo, las personas pueden desarrollar aversiones a determinados alimentos como resultados de alguna asociación con un dolor de estómago o la asociación del

Parto y dolor, el parto provoca dolor (Garby Stunkard, 1974; Logue, 1979). El condicionamiento clásico también es muy útil para explicar algunos de los miedos y fobias que desarrollan las personas. (estímulo condicionado) se asociaron previamente a una picadura dolorosa (EI), de manera que cada vez que ve las abejas le da más miedo (respuesta condicionada) (HULL, C. P:42)

Las teorías del aprendizaje de Thorndike, Pavlov y Guthrie, todas ellas difieren, consideran el aprendizaje como un proceso de formación de asociaciones entre estímulos y respuestas. Thorndike creía que las respuestas ante los estímulos se fortalecen cuando van seguidas de consecuencias satisfactorias. Pavlov demostró experimentalmente la manera en que se pueden condicionar los estímulos para que produzcan respuestas mediante el emparejamiento con otros estímulos. Guthrie planteó que una relación contigua entre un estímulo y una respuesta establece su asociación. Esas teorías, y la investigación que generaron, sirvieron para establecer a la psicología del aprendizaje como un área legítima de estudio. El condicionamiento operante (la teoría del aprendizaje formulada por B. F. Skinner) se basa en el supuesto de que las características del ambiente (estímulos, situaciones y eventos) funcionan como señales para responder. El reforzamiento fortalece las respuestas y aumenta la probabilidad de que ocurran en el futuro cuando los estímulos estén presentes. No es necesario referirse a los estados fisiológicos o mentales subyacentes para explicar la conducta. El modelo básico del condicionamiento operante es una contingencia de tres términos que incluye un estímulo discriminativo (antecedente), una respuesta (conducta) y un estímulo reforzante

(Consecuencia). Las consecuencias de las conductas determinan la probabilidad de que las personas respondan a señales ambientales. El condicionamiento operante ofrece una explicación incompleta del aprendizaje humano. Los estímulos y el reforzamiento tal vez expliquen parte del aprendizaje humano, pero gran parte de las investigaciones demuestran que, para explicar el aprendizaje (especialmente el aprendizaje complejo y de orden superior) debemos tomar en cuenta los pensamientos, las creencias y los sentimientos de las personas. (Schunk D. 2012:114-115) De ahí la importancia de respetarlos en todo momento, especialmente en la gestante, que se encuentra en trabajo de parto que necesita pensar en su bebé, transmitir su amor mediante su participación activa en trabajo de parto (mediante el autocontrol, respiración y relajación en las diversas etapas del trabajo de parto) (Schunk D. 2012:114-115)

Teoría constructivista (surge en los años 60). En esta corriente la persona adquiere y genera conocimiento, en función de sus experiencias anteriores. Los humanos crean significados y no los adquieren. La experiencia de eventos o sucesos anteriores es fundamental para la adquisición de los nuevos, es un proceso interno inobservable en lo inmediato, que compromete toda la actividad cognitiva del sujeto y cuyo objetivo es construir un significado. "Se llama constructivismo al proceso y resultado de la práctica educativa, en el sentido de que los nuevos aprendizajes se incardinan y estructuran sobre los anteriores de una forma activa y elementos y variables que intervienen en el mismo y pretende explicar la calidad de aprendizaje» (Enciclopedia práctica de pedagogía Nº 6).

El aprendizaje es pues, una representación de contenidos de conocimientos, que se integran a otros ya establecidos en la mente del sujeto y construyen otros nuevos, mediante la modificación, enriquecimiento o diversificación, dentro de esquemas que elaboran un sentido y significado a lo aprendido. Para el constructivismo el aprendizaje no parte de cero, ya existe en la mente del sujeto, en tanto contenido y representación, y es producto de las experiencias y conocimientos anteriores.

El aprendizaje opera mediante la estimulación de tres elementos: la disposición o capacidad para atender las demandas de ciertas tareas, la actividad instrumental, o recursos que utilizan en el acto de aprendizaje, y los conocimientos previos, es decir los contenidos que actualizan en el aprendizaje cuando se adquieren nuevos contenidos. (Facundo, L "s.f":p. 14)

La teoría constructivista, permite a la gestantes, luego de incorporar los conocimientos de los sucesos que se producen en trabajo de parto, que ellas construyan su propio esquema de actividad en trabajo de parto, que facilite su participación activamente en este proceso.

Teoría humanista. Carl R Rogers. Rogers considera que ha de ser un maestro interesado en el alumno como persona total, intenta comprender a sus estudiantes poniéndose en el lugar de ellos (empatía) y actuando con mucha sensibilidad hacia sus percepciones y sentimientos.

Es auténtico como persona, y así se muestra ante sus alumnos. Pone a disposición de los alumnos sus conocimientos y experiencia, así como la certeza

De que cuando ellos lo requieran podrán contar con él, 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. (Morales, Maldonado et al. 2011:p.2-4)

Por ende el docente debe ser un facilitador, empático capaz de transmitir no solo conocimientos sino emociones que la gestante debe relacionar con el bienestar de su bebé y el suyo propio.

Aprendizaje significativo (Ausubel, 1983 :18).

La característica más importante es que, produce una interacción entre los conocimientos más relevantes de la estructura cognitiva y las nuevas informaciones (no es una simple asociación), de tal modo que éstas adquieren un significado y son integradas a la estructura cognitiva de manera no arbitraria y sustancial, favoreciendo la diferenciación, evolución y estabilidad de los subsensores pre existentes y consecuentemente de toda la estructura cognitiva. (Ausubel, 1983 :2).

Ausubel, distingue tres tipos fundamentales de aprendizaje significativo:

Aprendizaje de representaciones

Es el aprendizaje más elemental del cual dependen los demás tipos de aprendizaje. Consiste en la atribución de significados a determinados símbolos,

Al respecto Ausubel dice: "Ocurre cuando se igualan en significado símbolos arbitrarios con sus referentes (objetos, eventos, conceptos) y significan para el alumno cualquier significado al que sus referentes aludan" (Ausubel, 1983: 46).

~~Teorías del aprendizaje~~

Aprendizaje de conceptos: Los conceptos se definen como "objetos, eventos, situaciones o propiedades de que posee atributos de criterios comunes y que se designan mediante algún símbolo o signos" (Ausubel, 1983: 61), partiendo de ello podemos afirmar que en cierta forma también es un aprendizaje de representaciones. Los conceptos son adquiridos a través de dos procesos. Formación y asimilación. En la formación de conceptos, los atributos de criterio (características) del concepto se adquieren a través de la experiencia directa, en sucesivas etapas de formulación y prueba de hipótesis.

Aprendizaje de proposiciones: Este tipo de aprendizaje va más allá de la simple asimilación de lo que representan las palabras, combinadas o aisladas, puesto que exige captar el significado de las ideas expresadas en forma de proposiciones. El aprendizaje de proposiciones implica la combinación y relación de varias palabras cada una de las cuales constituye un referente unitario, luego estas se combinan de tal forma que la idea resultante es más que la simple suma de los significados de las palabras componentes individuales, produciendo un nuevo significado que es asimilado a la estructura cognoscitiva. Es decir, que una proposición potencialmente significativa, expresada verbalmente, interactúa con las ideas relevantes ya establecidas en la estructura cognoscitiva y, de esa interacción, surgen los significados de la nueva proposición. (Ausubel-Novak-

Hanesian 1983).

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. (Salazar, R. 2015. P:25)

1.2.1.5. Educación psicoprofiláctica obstétrica desarrollada por la obstetra

La educación psicoprofiláctica obstétrica dirigida a las gestantes tiene como objetivo 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. Mediante la enseñanza cognitiva de la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que experimenta durante el embarazo así como la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación

Activa de la familia y comunidad, como el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, parto y puerperio; Identificación de las causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto y cómo hacer para minimizarlo; el parto y sus períodos; los tipos y posturas del parto con adecuación, intercultural y atención humanizada. Preparar a las gestantes para el parto y sus periodos mediante las técnicas de relajación y respiración; recién nacido y signos de alarma; instruir a la pareja y la familia sobre su rol para el soporte emocional de la puérpera; educar a la gestante y su pareja para una salud sexual y reproductiva en el puerperio; capacitar a la gestante y su pareja para la lactancia materna exclusiva y exitosa; planificación familiar; familiarizar a la gestante con los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud, según corresponda; evaluar el proceso de aprendizaje de las sesiones. (elementos de fijación); preparar el maletín básico para llevar en el momento del parto. Además de la preparación física que permitirá que los músculos y ligamentos de la pelvis y periné se torne más se elástico, y la preparación psicoafectiva, toda esta preparación se desarrolla normalmente en seis sesiones, iniciándose la educación desde las 20 semanas de gestación. Sin embargo por diversas circunstancias la gestantes no pudieron iniciar esta educación (horarios de trabajo incompatibles, no contar con apoyo para el cuidado de sus hijos, falta de disponibilidad de tiempo por necesidad de realizar las actividades propias del hogar, infraestructura limitada, etc.). Por tal motivo el ministerio de salud planteó la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia que es la preparación de la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto o durante el trabajo de parto, sea en su fase de

Dilatación o periodo expulsivo. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.2) que es la que se desarrolló en la presente investigación, donde se abordaron los aspectos más relevantes que debe incorporar la gestante en 3 sesiones. La educación psicoprofiláctica obstétrica es integral, porque cubre varias áreas como:

Preparación cognitiva

Se brinda a través de conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología del embarazo parto y postparto, señales de alarma, características del trabajo de parto, dilatación en que momento ir al hospital, que enseñan a la gestante y pareja a comprender y reconocer los cambios en el organismo, durante estas etapas. con enfoque de género e interculturalidad en el marco de los derechos que contribuyan al logro de una maternidad saludable y segura (por tanto debe ser realizada por la obstetra de forma lúdica y vivencial con participación activa de las gestantes) que nos permitiría: 1) 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. Haciendo hincapié que diferentes estudios e investigaciones han demostrado que la educación psicoprofiláctica contribuye notable en la reducción 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 un bebé saludable.

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). Y también porque los músculos y ligamentos de la pelvis el periné necesitan estar muy ejercitados, para que se tornen más elásticos, ágiles, fortalecida para que el feto pueda pasar con más facilidad con menor esfuerzo, el día del parto.

Preparación psico afectiva

Logra que a través de una adecuada orientación y motivación la madre y su pareja para que se sientan más seguros, tranquilos y cada vez más contentos, 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)

1.2.2. DESARROLLO DE HABILIDADES PROCEDIMENTALES EN EL TRABAJO DE PARTO.

Las habilidades procedimentales obstétricas son adquiridas a través de la educación materna brindado por la Obstetra y desarrolladas por las gestantes, Para ser aplicado en el proceso del trabajo de parto y parto mediante la fijación e incorporación en su estructura mental las técnicas psicoprofilácticas de autoayuda. Estas son:

1.2.2.1. Desarrollo de habilidad de respiración en contracción:

Control de la respiración: Técnicas de respiración

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. 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. (2011:3)

Según la norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal (2014) y la revista Horizonte médico (2014) Son las diferentes modalidades de efectuar la oxigenación pulmonar, la que a su vez mejora la oxigenación celular en la madre y el bebé, dependiendo del momento y la necesidad de la gestante o parturienta, con lo cual logrará también mayor comodidad, tranquilidad, facilitando la relajación y control de las molestias propias de cada fase de la gestación o trabajo de parto (Norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal 2014:15 ; y MORALES, S. "et.al" 2014:56)

Tipos de respiración:

Respiración profunda, consiste en la inspiración suave, lenta y profunda, vale

Decir que consiste en la toma de aire profunda por la nariz y la expulsión, suave y lenta por la boca, cuando la gestante o parturienta se encuentre en contracción durante el trabajo de parto fase activa, de tal manera que oxigene al útero y al feto, durante el proceso de trabajo de parto, que producto de las contracciones propias de éste procedo no cuenta la circulación adecuada a causa de las contracciones.

Respiración jadeante

También llamada 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 se realiza durante la contracción y finalizar con la respiración profunda. Esta respiración se utiliza para disminuir las ganas de “pujar” cuando no es el momento adecuado, pues de no realizarlo, la sensación de “pujo”, pudiera provocar el “pujo” y con el ello el desgarro cervical cuando la dilatación aún no está completa. Así mismo el realizar el pujo durante el período expulsivo pudiera provocar la salida brusca del feto, facilitando las fracturas de clavícula de feto, y desgarro vagino-perineal.

Respiración para ayudar a pujar en el período expulsivo:

Diafragmática/torácica y respiración abdominal

Diafragmática/torácica:

Consiste en realizar.

- Una inspiración profunda por la nariz y expirar por la boca
- Inspirar por segunda vez profundamente por nariz y retener el aire (como si lo estuviera tragando, de manera que el tórax se llene de aire y el diafragma empuje al útero/feto) al tiempo que contrae los músculos del abdomen.
- Elevar la cabeza y los hombros pegando la barbilla al tórax, curvando la espalda mientras se sujeta las rodillas con las manos.
- Pujar largo haciendo esfuerzo similar al que se realiza al defecar. En una misma contracción, podrá realizar dos o tres pujos, según la duración de la contracción por lo que la madre tendrá que tomar dos o tres veces más.
- Luego, relaje los músculos y expulse el aire.

Respiración abdominal:

Consiste en realizar.

- Una inspiración profunda por la nariz al tiempo que contrae los músculos del abdomen bajo mientras se sujeta las rodillas con las manos.
- Pujar largo haciendo esfuerzo similar al que se realiza al defecar. En una misma contracción, podrá realizar dos o tres pujos, según la duración de la contracción por lo que la madre tendrá que tomar dos o tres veces más.
- Luego, relaje los músculos y expulse el aire.

1.2.2.2. Desarrollo de habilidad de relajación durante el período de dilatación

Control de la relajación:

Mediante la relajación se busca poner en reposo el cuerpo (relajación física o neuromuscular) y la mente (relajación psíquica o emocional) (manual de atención personalizada en el proceso reproductivo, 2008:165).

Control de la relajación, estas técnicas de relajación, durante el período de dilatación tiene como objetivos fundamentales de la relajación:

- Proporcionar sedación y paz interior, combatiendo la tensión y la angustia, que son sustituidos por el autodomínio, evitar la contracción innecesaria de los músculos corporales estirados, que no deben intervenir en el momento del parto. Esto permite un notable ahorro de energía, que puede ser empleada en el trabajo de parto, y por otra una mejor oxigenación del feto.
- Mejorar la funcionalidad uterina. La desaparición de la tensión y el ahorro energético posibilita una buena coordinación de la dinámica favorece la dilatación y la colaboración de la gestante en período expulsivo.

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 reproductivo, 2008:165).

Principales técnicas de relajación:

1. **Relajación muscular progresiva (RMP)** es una técnica especialmente útil para la reducción del tono muscular y procedimiento más utilizado en terapia de conducta. Es preciso tener en cuenta:

- ✓ Debe seguirse siempre una secuencia ordenada y procurar que sea la misma en todas las ocasiones (comenzando por las manos y acabando por los pies, o viceversa)
- ✓ No hay que preocuparse si se olvida algún músculo por tensar y relajar. En ese caso lo correcto es continuar con la relajación con el siguiente ejercicio que se recuerde. No obstante, para evitar los olvidos lo más adecuado es que hacer un repaso mental de los músculos antes de comenzar la relajación.
- ✓ Debe tensarse durante 2 segundos aproximadamente y relajar el músculo dejándolo suelto, como si se separara de repente de los tendones que lo sujetan. Debe mantenerse el músculo relajado durante 15 segundos aproximadamente antes de tensar de nuevo.
- ✓ Nunca debe forzarse excesivamente el músculo. Al tensar NO se pretende producir un alto nivel de contracción, sino facilitar la distensión. Si se tensa con demasiada fuerza puede ser perjudicial y producir molestias (hay que tener especial cuidado cuando se tensan los pies).

- ✓ Al relajar, debe soltarse el músculo de repente, no hay que distenderlo lentamente pues ello requiere un control mayor de los músculos antagonistas.

- ✓ Es útil imaginar en cada momento los músculos que está tensando y relajando, especialmente el músculo relajado y notar cómo se sigue distendiendo por sí mismo después de soltarlo.

- ✓ Es aconsejable concentrarse durante un tiempo en la agradable sensación de relajar cada músculo. (Chóliz, M “s.f”: p. 3 y 5)

El Método Jacobson, es esencialmente muscular y se trabaja el cuerpo de forma analítica o progresiva, parte por parte. A partir de la contracción y relajación muscular se pretende disminuir las tensiones corporales y evitar gastos inútiles de energía que luego necesitaríamos más adelante. En estos ejercicios, se contrae o tensa un grupo muscular del cuerpo durante 7 segundos y luego se relaja abrupta y completamente por 20 a 60 segundos. Este patrón de tensión–relajación se repite nuevamente y luego este mismo ciclo se repite secuencialmente para varios grupos musculares a través de todo el cuerpo. (Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo, 2008:166).

- ✓ **Meditación trascendental (MT)** es técnica de control mental. 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”

- ✓ Fomento de la “inteligencia creativa”. Se trataría de un nivel de consciencia “superior” que optimizaría el funcionamiento fisiológico y psíquico. . (Chóliz, M “s.f”: p. 6)

Posiciones de relajación:

- ✓ **De pie:** De pie soltando o aflojando todas las partes de su cuerpo excepto, las piernas, para evitar caer.
- ✓ **Posición ideal de relajación sentada:** En un sillón o silla con respaldar, la gestante apoya su espalda y relaja brazos y piernas al mismo tiempo que respira superficialmente, aflojando todo su cuerpo, evitando formar ángulo recto con las piernas o brazos que obstaculicen la relajación.
- ✓ **Sentada en posición de sastre:** Sentada sobre una colchoneta con las piernas cruzadas
- ✓ **Posiciones básica de relajación:** Decúbito supino o dorsal (acostada boca arriba) sobre una cama, colchoneta, 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.

Boca arriba apoyando la cabeza y los hombros sobre una almohada con las piernas ligeramente flexionadas apoyadas sobre un almohadón a nivel de la flexión. De esta manera se reduce la curvatura de la columna a nivel lumbar, relajando la tensión de esa zona. Variación: en decúbito dorsal izquierdo o derecho pero de preferencia en decúbito dorsal izquierdo para evitar una compresión funicular.

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.

Antes de empezar los ejercicios de relajación específicos de cada región o

Segmento corporal, es importante efectuar un ejercicio de concentración, efectuando un ejercicio mental como la elección de una idea que puede ser la representación gráfica del viaje que realiza el niño durante el trabajo de parto. Pudiendo imaginar que ese niño pudiera ser su bebé, o simplemente imaginar el rostro de su bebé.

1.2.2.3. Desarrollo de habilidad de control de la ansiedad durante el período de dilatación

Control de la ansiedad:

En toda gestante que desconoce el proceso normal de trabajo de parto y parto tiende a sentir mucho temor, lo que le genera ansiedad. 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, provocando muchas veces efectos adversos en la madre y el feto, como el agotamiento materno y el sufrimiento fetal (siendo este un motivo de aumento de las estadísticas de culminación del embarazo por cesárea) lo cual se evidencia mediante la evaluación del recién

nacido con el test de Apgar desfavorable. De ahí la importancia y trascendencia que tiene el brindar información con base científica, en términos sencillos y concreto sobre el proceso de trabajo de parto y parto a la gestante, esta información aunada a brindarle soporte emocional y físico por parte del/la

Obstetra, durante la labor del parto; contribuye grandemente a hacerla participe de los sucesos propios en esta etapa y de los beneficios y repercusión de su participación activa en la disminución del temor y la tensión, con la finalidad de que ella pueda controlar su ansiedad atenuando el dolor que pudieran sentir las gestantes que no cuenten con el soporte emocional y físico a que tiene derecho toda gestante, y que por diversas circunstancias no tuvieron acceso a la preparación en el servicio psicoprofiláctica obstétrica. Es importante recurrir a la preparación psicoprofilactica obstétrica de emergencia en el servicio de sala de partos brindados por un/a profesional Obstetra.

En la práctica diaria son muchas gestantes que no han recibido preparación psicoprofiláctica, y en trabajo de parto expresan que las contracciones más intensas, frecuentes y duraderas les provocan mucho temor, y es en ese momento, que consideran de vital importancia contar con el soporte emocional/físico del/la Obstetra que le acompañe en su labor de parto, que le recuerde como actuar en cada etapa de ésta y que le trasmita tranquilidad, serenidad, confianza; es decir que lo que solicitan las gestante es tener el acceso a la preparación psicoprofiláctica de emergencia, que por sus bondades lo consideran una necesidad y un derecho que ellas esperan alcanzar.

La preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia contribuiría grandemente a que las gestantes no preparadas en el servicio de psicoprofilaxis obstétrica, porque ellas tendrían la oportunidad de contar con información, orientación y soporte emocional y físico (que les informe amistosa y amablemente como respirar, relajarse alentándola a autocontrolarse,

Fortaleciendo su autoestima, su automotivación, para lo cual hay que incluir a su bebé en cada etapa del trabajo de parto y parto o cuando le realicen algún procedimiento, que le sostenga la mano, o masajee su espalda-centro de tensión) que genere en la parturienta tranquilidad, serenidad y seguridad de que ella puede participar activa y positivamente controlando su ansiedad en beneficio propio y de su bebé, teniendo como resultado una madre feliz y un bebé saludable. Considerando que de la integridad de esos bebés dependerá en gran medida el futuro de nuestro país, sería valioso efectivizar la preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia, tal como lo plantea el ministerio de salud, pero que falta de recurso humano como el profesional obstetra, aún no se ejecuta en la totalidad de las gestantes como corresponde dada sus bondades y repercusión.

1.2.2.4. Parto

Definición de parto normal:

El parto normal (OMS 1996) se define como aquel de comienzo espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El niño nace en forma espontánea, en presentación cefálica, entre

las 37 y 41 semanas completas de edad gestacional. Luego, tanto la madre como el niño están en buenas condiciones. (Dirección nacional de maternidad e infancia. Ministerio de Salud Argentina 2010: P. 23)

Trabajo de parto: periodos

1er. Período: Dilatación

Fase latente del trabajo de parto – Comprende desde que empieza a tener contracciones en forma rítmica y regular, hasta llegar a los cuatro centímetros de dilatación cervical.

No debe durar más de 12 horas. Si dura más de 12 horas, descarte sufrimiento fetal y sospeche desproporción céfalopélvica, mala presentación o falso trabajo de parto, es recomendable que se quede en observación por lo menos dos horas, para confirmar la dinámica uterina y que no existan signos de sufrimiento fetal. Si se identifica alguna alteración, ver protocolo de parto obstruido en el módulo de emergencias obstétricas. (Ministerio de Salud. Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva. 2004: p. 21)

Mediante el tacto vaginal se pueden detectar la progresión de la dilatación y el descenso en mayor tiempo del promedio.

Fase latente prolongada evidencia de actividad uterina sin inicio de la fase activa por un periodo mayor de 20 horas en primíparas y 14 horas en multíparas.

Fase activa del trabajo de parto - Es el período que transcurre entre los 4 cm y los 10 cm de dilatación y se acompaña de dinámica regular. Trazar y observar

curva de alerta según partograma de la OMS. Normalmente no debe durar más de 1 hora por cm de dilatación. Si el parto se inclina a la derecha de la línea de alerta, descarte disfunción uterina, sufrimiento fetal y sospeche desproporción cefalopélvica o mala presentación. Debe ser atendida en un servicio con

Capacidad quirúrgica las 24 horas. La duración de la fase activa del parto es variable entre las embarazadas y depende de la paridad. Su progreso no es necesariamente lineal.

La duración de la fase activa del parto puede establecerse:

- En las primíparas: El promedio de duración es de 8 horas.
- En las multíparas: El promedio de duración es de 5 horas.

Para mejor control recordar que está determinado que en la fase activa el progreso es de 1,1 cm/hora en las mujeres nulíparas y de 1,3 cm/hora en las multíparas. (Ministerio de Salud. 2007: Pág. 104-106)

Alteraciones de la fase activa

Mediante el tacto vaginal y la lectura del partograma con curva de alerta se pueden detectar las siguientes alteraciones:

Por Enlentecimiento

- a) Fase activa lenta o prolongada: Es aquella en que la dilatación cervical

- b) Avanza con una velocidad menor de 1 cm/hora, durante la fase activa del trabajo de parto. En promedio se considera si esta fase dura más de 12 horas en primíparas y 8 horas en multíparas.
- c) Retraso del descenso o descenso lento: Cuando la presentación fetal desciende menos de 1 cm/hora en nulíparas y menos de 2 cm/hora en multíparas, durante la fase activa del trabajo de parto.

Por detención

- a) Detención de la dilatación: Es aquella en la cual la dilatación se interrumpe o detiene en la fase activa en dos horas o más.
- b) Detención del descenso: Es aquella en que no existe progreso del descenso del polo fetal en una hora o más tanto en nulíparas o multíparas, fundamentalmente en el expulsivo.

2do. Periodo expulsivo – Comprende la expulsión del feto. Este periodo va desde que se completan los 10 cm de dilatación hasta la salida del feto.

Alteraciones del expulsivo

a) Expulsivo prolongado:

- Más de 2 horas en nulíparas.
- Más de 1 hora en multíparas. (Ministerio de Salud. 2007: Pág. 104-106)

3er. Periodo de alumbramiento – Comprende desde la salida del niño hasta la expulsión de la placenta. Este período no debe durar más de 30 minutos.

(Dirección nacional maternidad e infancia Ministerio Salud Argentina 2010: P.36)

Tipos de respiración y posición de relajación durante el trabajo de parto

Dilatación	Respiración	Posición de relajación
4-8 cm	Profunda (durante la contracción)	Sentada De pie Acostada
8-9 cm	Jadeante (durante la contracción) y culmina con respiración profunda	Acostada (DLI o decúbito dorsal)
10 cm	Respiración para ayudar al pujo (durante la contracción) Diafragmática/torácica y Respiración abdominal	De pie Sentada o Semiacostada

Recién nacido - Se considera al producto de la concepción después de la expulsión o extracción completa del cuerpo de la madre, independientemente de la duración del embarazo, respira o da señal de vida como latidos del corazón, pulsaciones del cordón umbilical o movimientos efectivos de los músculos de contracción voluntaria, tanto si se ha cortado o no el cordón umbilical y esté o no desprendida la placenta.

Test de Apgar - Es una escala de puntuación para comprobar el estado de salud del recién nacido. Consiste en un examen físico breve, que evalúa algunos parámetros que muestran la vitalidad y la necesidad o no de algunas maniobras de reanimación en los primeros minutos de vida.

Signos	0 puntos	1 punto	2 puntos
Frecuencia cardiaca	Ausente	< 100 lpm	>o= a 100 lpm
Respiración y llanto	Ausente	Llanto débil, respiración irregular	Llanto fuerte, respiración normal.
Tono muscular	Flácido	Alguna flexión de las extremidades	Movimiento activo.
Respuesta ante (Irritabilidad refleja)	Sin respuesta a la estimulación	Mueca	Estornudos, Llanto vigoroso
Color de la piel	Pálidez o cianosis generalizada	Cianosis distal	Rosado

(Ministerio de Salud. Norma técnica para la atención neonatal. 2013: P. 27)

Interpretación

1. 7 - 10 Normal
2. 4 - 6 Depresión moderada

3. 0 - 3 Depresión severa

2.3 Definiciones conceptuales

Psicoprofilaxis obstétrica: Según el Ministerio de Salud (Perú. 2011) es un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permite desarrollar comportamientos saludables para optar por una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable. (Guía técnica

Para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.1)

Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia: El Ministerio de Salud ha planteado la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia que es la preparación de la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto o durante el trabajo de parto, sea en su fase de dilatación o periodo expulsivo. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011: p.2)

Educación: 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. (Ministerio de Educación. 2003: P.1)

Habilidad procedimental: Capacidad y destreza para ejecutar un procedimiento (Diccionario de la real lengua española)

Preparación cognitiva: Mediante la información concreta con fundamento científico y en términos sencillos que le permita identificar claramente los sucesos que se producirán en ella y en su bebé durante el proceso del trabajo de parto, parto y puerperio y así como la importancia y beneficio de su rol en este proceso, lo cual le genera más tranquilidad y seguridad.

Preparación física: Facilita el acondicionamiento de músculos y tejidos para el proceso de trabajo de parto, parto y puerperio; contribuye en la disminución de

Las dolencias y problemas circulatorios; mejora la oxigenación pulmonar y celular, además de crear una actitud positiva en la gestante. Comprende: 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 teniendo como ejes principales su bienestar propio y un bebé saludable, ella pueda estar más tranquila y relajada oxigenando a su bebé, sabiendo que las contracciones cada vez más intensas, frecuentes y duraderas indican que falta menos tiempo para conocerlo y disfrutar de él venciendo los temores o ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al “dolor”.

Desarrollo de habilidades procedimentales: Constituyen un conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de habilidades obstétricas: como el realizar

correctamente los ejercicios de respiración, relajación y la habilidad de la gestante para controlar su ansiedad, durante el trabajo de parto

Control de la ansiedad: La 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 cardiaca fetal, pudiendo alterar la contractilidad uterina, haciéndola más prolongada y muchas veces bajas puntuaciones de Apgar. Con la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto, se logra controlar la ansiedad.

Control de la relajación: Es el estado en el que el tono muscular de todo el cuerpo esta 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: La gestante controla su respiración, haciendo uso de los diferentes tipos en cada etapa de trabajo de parto mejorando su estado general con el objetivo de oxigenar su cuerpo durante la contracción y así bloquear el dolor.

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.

Musicoterapia: Los efectos beneficiosos de la música, a nivel mental y emocional son de sobra conocidos. Como método de evasión-distracción o como inductora de determinados estados anímicos (euforia, serenidad, goce), la música puede ayudar a la mujer embarazada a conseguir relajación y una actitud mental positiva. Actualmente hay en marcha numerosos estudios que pretenden probar los beneficios que experimentan las parturientas cuando dilatan escuchando música.

Autocontrol – Según diccionario de la real lengua española es el control de los propios impulsos y reacciones.

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Formulación de hipótesis principal y derivadas

2.1.1. Hipótesis principal

La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante durante el proceso de trabajo de parto mediante el desarrollo de habilidades procedimentales y actitudinales de

respiración, relajación, autocontrol de ansiedad durante el trabajo de parto

2.1.2. Hipótesis derivadas

- La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante en el desarrollo de la habilidad de respiración durante el proceso de trabajo de parto
- La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante en el desarrollo de la habilidad de relajación durante el proceso de trabajo de parto
- La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante en el desarrollo de la habilidad de autocontrol durante el proceso de trabajo de parto.

2.1.3. Hipótesis nula

La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia no influye en la gestante durante el proceso de trabajo de parto.

2.2. Variables y definición operacional

2.2.1 Clasificación de variables:

Variable independiente: Educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia

Variable dependiente: Habilidades procedimentales

2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES . DISEÑO EXPERIMENTAL, TIPO CUASI EXPERIMENTAL. TRATAMIENTO DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
VARIABLE INDEPENDIENTE	ETAPAS	PASOS	INSTRUMENTO control	VARIABLE INDEPENDIENTE	ETAPAS	PASOS	INSTRUMENTO control
CON EDUCACIÓN PSICOPROFILACTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA	Captación de Gestantes	1.Captación de gestantes en servicio de emergencia obstétrico 2. Selección de gestante según criterios de inclusión 3. Firma del consentimiento informado 4. Inscripción para recibir educac. psicoprofiláctica obstétrica emergencia	Tres sesiones educativas	SIN EDUCACIÓN PSICOPROFILACTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA	Captación de Gestantes	1. Captación de gestantes en servicio de centro obstétrico 2. Selección de las gestante según criterios de inclusión 3. No requiere firma del consentimiento informado 4. Registro de gestante	Historia clínica
	Preparación cognitiva, procedimental y afectiva	5. Preparación cognitiva 6 Preparación procedimental 7. Preparación afectiva			Apoyo físico y emocional	5. Apoyo informativo 6. Apoyo físico 7. Apoyo emocional	
	Observación de la realización de respiración, relajación, y control de la ansiedad	8. Realiza control de la respiración 9. Realiza control de la relajación 10. Realiza el control de la ansiedad			Observación durante trabajo de parto	8. Realización control de la respiración 9. Realiza control de la relajación 10. Realiza el control de la ansiedad	

TRATAMIENTO DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

VARIABLES	DIMENSIONES		INDICADORES	ITEMS	INSTRUMENTO	ESCALA MEDIC.	ESTADÍSTICO
DESARROLLO DE HABILIDADES PROCEDIMENTALES	Control de la respiración		11. FASE APLICATIVA Técnica de respiración profunda Técnica de respiración jadeante Técnica de respiración de pujo: - Diafragmática - Abdominal	- Aplica la respiración profunda en trabajo de parto	Ficha clínica observacional	Nominal	chi cuadrado
				Aplica la respiración jadeante en trabajo de parto	Ficha clínica observacional	Nominal	chi cuadrado
				Aplica la respiración del pujo diafragmático en el periodo expulsivo Aplica la respiración del pujo abdominal en el periodo expulsivo	Ficha clínica observacional	Nominal	chi cuadrado
	Control de la relajación		Ejercicios de relajación muscular Posición durante el trabajo de parto	Realiza ejercicios de relajación muscular	Ficha clínica observacional	Nominal	chi cuadrado
				Adopta posiciones de relajación durante trabajo de parto	Ficha clínica observacional	Nominal	chi cuadrado
	control de la ansiedad		Autocontrol durante el trabajo de parto	Muestra expresiones de confianza durante el trabajo de parto	Ficha clínica observacional	Nominal	chi cuadrado
				Muestra expresiones de seguridad durante el trabajo de parto	Ficha clínica observacional	Nominal	chi cuadrado
		12. Evaluación					

Variable Dependiente	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores
HABILIDADES PROCEDIMENTALES	Capacidad y habilidad para ejecutar procedimientos	Desarrollo de habilidades procedimentales	<p>Control de respiración</p> <p>Control de relajación</p> <p>Control de la ansiedad</p> <p>Desarrollo de habilidades procedimentales</p> <p>No desarrollo de habilidades procedimentales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Controla la respiración durante el trabajo de parto - Controla la respiración durante el periodo expulsivo - Controla la relajación durante el trabajo de parto - Controla la relajación durante el periodo expulsivo - Controla la ansiedad durante el trabajo de parto - Controla la ansiedad durante periodo expulsivo <p>Duración del trabajo de parto fase activa: Primíparas</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 3 hrs - 3-6 hrs - >6 hrs <p>En multíparas</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 3 hrs - 3-6 hrs - 6 hrs <p>Duración del periodo expulsivo:</p> <p>En primíparas</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 10 min - 10-30 min - > 30 min <p>En multíparas</p> <ul style="list-style-type: none"> - < 10 min - 10-30 min - >30 min

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Diseño metodológico

Diseño de la investigación fue experimental de nivel cuasi experimental porque se manipuló la variable independiente para ver su efecto y relación con la variable dependiente, prospectivo de corte transversal. Enfoque cuantitativo: Analiza diversos elementos que pueden ser medidos y cuantificados a través de métodos estadísticos.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

Población

Estuvo conformada por todas las gestantes a término en inicio de trabajo de parto que no tuvieron preparación psicoprofiláctica y sus respectivos hijos recién nacidos que acudieron por atención de parto al hospital nacional docente madre-niño “San Bartolomé” durante el mes de octubre 2018. Siendo la población mensualmente atendida de 428.

Muestra:


Estuvo conformada por todas las gestantes a término, cuyas edades fluctuaron entre 20 y 34 años en inicio de trabajo de parto, con condiciones para culminar el parto por vía vaginal y que no tuvieron preparación psicoprofiláctica, y sus respectivos hijos recién nacidos que acudieron por atención de parto al hospital nacional docente madre-niño “San Bartolomé” durante el mes de octubre 2018 en horario de lunes a domingos de 08:00 a 20:00 hrs hasta completar la muestra de 44 considerando los criterios de selección: Los mismos que fueron distribuidos en dos grupos de 22 gestantes (Experimental con preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia; y otro 22 gestantes sin preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia)


Total de la población (N)	428
Nivel de confianza o seguridad (1-α)	95%
Precisión (d)	6%
Proporción	5%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	45

Redondeando se trabajó con: 44 Gestantes distribuidas en dos grupos:

GRUPO EXPERIMENTAL	GRUPO CONTROL
22 Gestantes Con preparación Psicoprofiláctica Obstétrica de Emergencia	22 Gestantes Sin preparación Psicoprofiláctica Obstétrica de Emergencia

ALGORITMO:

G e  R1 P (R1) μ_e
Con Educac. Psicofilác. Obst. Emerg.

G c  R2 P (R2) μ_c
Sin Educac. Psicofilác. Obst. Emerg.

H0: $\mu_e = \mu_c$

H1: $\mu_e > \mu_c$

G e: Grupo experimental

G c: Grupo control

R1: Resultado grupo experimental

R2: Resultado grupo control

P: Promedio

μ_e : Promedio grupo experimental

μ_c : Promedio grupo control

H0: Hipótesis nula

H1: Hipótesis alterna

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Gestantes en inicio de trabajo de parto con embarazos único y feto vivo.

- Gestantes primíparas y multíparas
- Gestantes con pelvis ginecoide
- Gestantes con fetos en presentación cefálica

Criterios de exclusión:

- Gestantes con fetos en presentación transversa, podálica u oblicua,
- Gestantes con desproporción cefalo-pelvica
- Gestantes con enfermedades intercurrentes o asociadas al embarazo

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Historias clínicas de:

- Mujeres cuyo parto fue por cesárea y antes de las 37 semanas, siendo la causa de cesárea incompatibilidad cefo pélvica.
- Embarazo múltiple
- Presentación podálica, oblicua, transversa.

3.3 TÉCNICAS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1 Técnicas

Previa coordinación institucional de USMP sección de post grado en educación con los directivos del hospital, se acudió al servicio de emergencia obstétrica para captar a las gestantes que se encontraban en pródromos o inicio de trabajo de parto, que no tuvieron preparación

Psicoprofiláctica obstétrica y que cumplieron con los criterios de selección, a quienes se les informó y explicó sobre la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia, siendo una decisión voluntaria participar de ella. Así mismo se le solicitó la firma del documento de consentimiento informado que indicó su aceptación como parte de grupo experimental. Previa evaluación, se le brindó la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia, se abordaron temas como anatomía y fisiología del parto, técnicas de respiración, relajación, autoestima y autocontrol durante el trabajo de parto, el mismo que se realizó mediante 03 Sesiones: 1º en pródromos o inicio de trabajo de parto, 2º durante la fase latente y la 3º durante la fase activa de trabajo de parto. Estas actividades fueron controladas mediante una lista de cotejo, para finalmente observar la aplicación de la Educación Psicoprofiláctica Obstétrica de Emergencia durante el trabajo de parto fase activa y período expulsivo. Así mismo se midió la duración del trabajo de parto fase activa y periodo expulsivo.

El grupo control, se acudió al servicio de centro obstétrico para captar a las gestantes que se encontraban en pródromos o inicio de trabajo de parto, que no tuvieron preparación psicoprofiláctica obstétrica y que cumplieron con los criterios de selección. Previa evaluación, se le brindó soporte informativo. No se solicitó firma de consentimiento informado, por no requerir, finalmente se observó y evaluó durante el trabajo de parto fase activa y período expulsivo los mismos aspectos considerados en el grupo experimental .

3.3.2 Instrumentos

El instrumento usado fue la ficha clínica observacional. Esta constó de 05 áreas de estudio:

- Datos generales (edad, grado de instrucción, estado civil y ocupación)
- Datos ginecoobstétricos (paridad y antecedente de cesáreas)
- Datos del trabajo de parto (duración de la fase activa y periodo expulsivo)
- Datos de desarrollo de habilidades procedimentales (respiración – 04 items; relajación- 02 items; y autocontrol durante el trabajo de parto- 02 items)
- Test de Apgar del recién nacido a 1 minuto del nacimiento.

El instrumento fue validado mediante la aplicación de una prueba piloto en 05 gestantes del grupo control y 05 al grupo experimental. El instrumento permitió cumplir con los objetivos tal como fue planificado. La ficha clínica observacional permitió evaluar habilidades procedimentales que se midieron considerando las puntuaciones según el estudio piloto con escala de medición nominal (sí y no)

3.4. Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información

Luego de recopilada la información esta fue vaciada en el programa Excel y luego traslada la información al programa SPSS para la tabulación de los resultados y el análisis porcentual y de frecuencia. Para el análisis estadístico se hizo uso del chi cuadrado.

3.5. Aspectos éticos

Esta investigación no presenta ningún riesgo para las gestantes, por ser totalmente inocuo, no se realizó ninguna actividad invasiva, ya que la recolección de la información se realizó luego de educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia a través de la observación directa a las gestantes con y sin preparación. La información obtenida se guardó con absoluta confidencialidad y se recolectó bajo la autorización verbal y voluntaria de las participantes.

También se usó el documento consentimiento informado por parte de las mujeres en edad fértil que formaron parte del grupo experimental y que aceptaron voluntariamente participación en la presente investigación previa información y firma de autorización.

La ejecución de la presente investigación fue autorizada por el comité de ética e investigación del instituto de la calidad en educación.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

TABLA N° 1: INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD DE RESPIRACIÓN DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

APLICA LA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	GRUPO EXPERIMENTAL (CON PSOE)		GRUPO CONTROL (SIN PSOE)		Chi 2 p gl
	N°	%	N°	%	
EN LA FASE ACTIVA					
Aplica respiración profunda	22	100	16	72.7	6.947 0.008 1
No aplica respirac. profunda	0	0	6	27.3	
EN LA FASE ACTIVA					
Aplica respiración jadeante	22	100	5	22.7	27.704 0.000 1
No aplica respirac. jadeante	0	0	17	77.3	
PERIODO EXPULSIVO					
Aplica resp. Pujo diafragmát	14	63.6	1	4.5	15.086 0.000 1
No aplica resp. Pujo diafrag	8	36.4	21	95.5	
PERIODO EXPULSIVO					
Aplica resp. pujo abdominal	8	36.4	15	68.2	4.464 0.035 1
No aplica resp. pujo abdom	14	63.6	7	31.8	
TOTAL	22	100.00	22	100.00	

Fuente: Ficha clínica observacional

Tabla N° 1: Se observa, que el 100 % (22) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental), aplicaron la respiración profunda durante el trabajo de parto fase activa, mientras que el 27.3% (6) gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) no lo realizaron.

El 100 % / (22) gestantes del grupo experimental aplicaron la respiración jadeante durante la fase activa (cuando tenían sensación de pujo, pero aún no tenían la dilación completa), mientras que el 77.3 % (17) gestantes del grupo control no lo aplicaban.

El 63.6 % (14) gestantes del grupo experimental aplicaron la respiración del pujo diafragmático durante el periodo expulsivo, mientras que el 95.5 % (21) gestantes del grupo control no lo aplicaban.

El 36.4 % (8) gestantes del grupo experimental aplicaron la respiración del pujo diafragmático durante el periodo expulsivo, mientras que el 68.2 % (15) gestantes del grupo control lo aplicaban.

Todos estos resultados son estadísticamente significativos según la prueba de chi cuadrado.

TABLA N° 2: INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD DE LA RELAJACIÓN GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

APLICA LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	GRUPO EXPERIMENTAL (CON PSOE)		GRUPO CONTROL (SIN PSOE)		Chi 2 p gl
	N°	%	N°	%	
Realiza ejercicios relajac. muscular	22	100	8	36.4	20.533
No realiza ejercicios relajac muscular	0	0	14	63.6	0.000 1
Adopta posiciones de relajación	22	100	6	27.3	25.143
No adopta posiciones relajación	0	0	16	72.7	0.000 1
TOTAL	22	100.00	22	100.00	

Fuente: Ficha clínica observacional

TABLA N° 2: El 100 % (22) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental) aplicaron la técnica de relajación durante el trabajo de parto mediante la relajación muscular y la adopción de posiciones de relajación, mientras que las gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) solo el 36.4% (8) gestantes realizaron ejercicios de relajación y 27.3 % (6) adoptaron posiciones de relajación.

Todos estos resultados son estadísticamente significativos según la prueba de chi cuadrado.

TABLA N° 3: INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD DE AUTOCONTROL DE ANSIEDAD EN LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	GRUPO EXPERIMENTAL (CON PSOE)		GRUPO CONTROL (SIN PSOE)		Chi 2 p gl
	N°	%	N°	%	
Muestra expresiones confianza	22	100	12	54.5	12.941
No muestra expresiones confianza	0	0	10	45.5	0.000
					1
Muestra expresiones de seguridad	19	86.4	3	13.6	23.276
No muestra expresiones seguridad	3	13.6	19	86.4	0.000
					1
TOTAL	22	100.00	22	100.00	

Fuente: Ficha clínica observacional

TABLA N° 3: El 100 % (22) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental) mostraron expresiones de confianza durante el trabajo de parto, mientras que solo el 54.5% (12) gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) mostraron expresiones de confianza.

El 86.4 % (19) gestantes (grupo experimental) mostraron expresiones de seguridad, y solo el 13.6 % (3) gestantes (grupo control) mostraron expresiones de seguridad durante el trabajo de parto.

Resultados estadísticamente significativos según la prueba de chi cuadrado.

TABLA N° 4: TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA EN LAS GESTANTES CON Y SIN PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: FASE ACTIVA	GRUPO EXPERIMENTAL (CON PSOE)		GRUPO CONTROL (SIN PSOE)		Chi 2 p gl
	N°	%	N°	%	
< 03 horas	12	54.5	0	0	20.533
03-06 horas	9	41.0	11	50.0	0.000
> 06 horas	1	4.5	11	50.0	2
TOTAL	22	100.00	22	100.00	

Fuente: Ficha clínica observacional

Duración Fase Activa	Grupo experimental	Grupo control
Media	3.86	6.36
Desviación estandar	1.781	1.4.65
Mínimo	2	4
Máximo	8	9

TABLA N° 4: En el 54.5 % (12) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental), la duración del trabajo de parto: fase activa fue < 03 horas, siendo la duración media de 3.86 horas; mientras que el 50 % (11) gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) la duración del trabajo de parto: fase activa fue de 03-06 horas y > 06 horas respectivamente, con duración media de 6.36 hrs. Estadísticamente significativos según chi²

TABLA N° 5: TIEMPO DE DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO DE LAS GESTANTES CON Y SIN PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

DURACIÓN DEL PERIODO EXPULSIVO	GRUPO EXPERIMENTAL (CON PSOE)		GRUPO CONTROL (SIN PSOE)		Chi 2 p gl
	N°	%	N°	%	
< 10 minutos	11	50	9	40.9	4.400
10-30 minutos	11	50	9	40.9	0.111
> 30 minutos	0	0	4	18.2	2
TOTAL	22	100.00	22●	100.00	

Fuente: Ficha clínica observacional

- 3 gestantes tuvieron cesárea
- 2 analgesia intraparto
- 5 oxitocina

Periodo Expulsivo	Grupo experimental	Grupo control
Media	13´	25´
Desviación estandar	7.506	29.320
Mínimo	4	5
Máximo	30	120

TABLA N° 5: En el 50 % (11) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental), la duración del periodo expulsivo fue < 10 minutos y 10- 30 minutos respectivamente, siendo la duración media de 13 minutos; mientras que el 18.2% (4) gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) la duración del periodo expulsivo fue > 30 minutos, y 40.9 % (9) fue < 10 minutos y 10- 30 minutos respectivamente, con duración media de 25 minutos. (cabe señalar que 10 de las gestantes que conformaron el grupo control se redujo la duración del periodo expulsivo debido a que 3 gestantes tuvieron cesárea, 2 analgesia intraparto y 5 oxitocina.)

Todos estos resultados no fueron estadísticamente significativos según la prueba de chi cuadrado, sin embargo las medidas de tendencia central indican que la duración media del periodo expulsivo del grupo experimental fue aproximadamente la mitad que la del grupo control.

PRUEBA DE HIPÓTESIS: LA HIPÓTESIS ESTADÍSTICA LA ESTRUCTURAMOS CON PROPORCIONES:

Hipótesis general

P1: La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia impartida en el hospital nacional docente madre-niño San Bartolomé, 2018 influye positivamente en la gestante durante el proceso de trabajo de parto mediante el desarrollo de habilidades procedimentales y actitudinales de respiración, relajación, autocontrol de ansiedad durante el trabajo de parto

P2: La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia impartida en el hospital nacional docente madre-niño San Bartolomé, 2018 no influye positivamente en la gestante durante el proceso de trabajo de parto mediante el desarrollo de habilidades procedimentales y actitudinales de respiración, relajación, autocontrol de ansiedad durante el trabajo de parto

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:

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD DE RESPIRACIÓN DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Aplicación de respiración profunda

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,947 ^a	1	,008		
Corrección de continuidad ^b	4,825	1	,028		
Razón de verosimilitud	9,269	1	,002		
Prueba exacta de Fisher				,021	,011
Asociación lineal por lineal	6,789	1	,009		
N de casos válidos	44				

Tabla 1: a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2.

Aplicación de respiración profunda jadeante

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,704 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	24,540	1	,000		
Razón de verosimilitud	35,122	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	27,074	1	,000		
N de casos válidos	44				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Aplicación de respiración diafragmática

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,086 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	12,676	1	,000		
Razón de verosimilitud	17,140	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	14,743	1	,000		
N de casos válidos	44				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Aplicación de respiración abdominal

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,464 ^a	1	,035		
Corrección de continuidad ^b	3,280	1	,070		
Razón de verosimilitud	4,543	1	,033		
Prueba exacta de Fisher				,069	,034
Asociación lineal por lineal	4,362	1	,037		
N de casos válidos	44				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10.50.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Conclusión: $P=0.000 < 0.05$ 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.

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD DE LA RELAJACIÓN GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Aplicación de relajación muscular

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,533 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	17,705	1	,000		
Razón de verosimilitud	26,202	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	20,067	1	,000		
N de casos válidos	44				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 7.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Adopta posiciones de relajación

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,143 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	22,098	1	,000		
Razón de verosimilitud	31,900	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	24,571	1	,000		
N de casos válidos	44				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Conclusión: $P=0.000 < 0.05$ 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.

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE LA HABILIDAD DE AUTOCONTROL DE LA ANSIEDAD DE LA GESTANTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Muestra expresiones de confianza

Tabla cruzada

		Grupo de psicoprofilaxis		Total	
		experimental	control		
muestra expresiones confianza	si	Recuento	22	12	34
		% dentro de Grupo de psicoprofilaxis	100,0%	54,5%	77,3%
	no	Recuento	0	10	10
		% dentro de Grupo de psicoprofilaxis	0,0%	45,5%	22,7%
Total	Recuento	22	22	44	
	% dentro de Grupo de psicoprofilaxis	100,0%	100,0%	100,0%	

Muestra expresiones de seguridad

4.- Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,273 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	20,455	1	,000		
Razón de verosimilitud	25,946	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	22,744	1	,000		
N de casos válidos	44				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Conclusión: $P=0.000 < 0.05$ 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.

TIEMPO DE DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO FASE ACTIVA EN LAS GESTANTES CON Y SIN PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

Duración del trabajo de parto fase activa

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,533 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	26,587	2	,000
Asociación lineal por lineal	19,708	1	,000
N de casos válidos	44		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6.00.

$P=0.000 < 0.05$ 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.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DISCUSIÓN

La presente investigación es importante y trascendente, especialmente para las gestantes que acuden por atención al hospital nacional docente madre-niño “San Bartolomé”, que por diversas razones no pudieron asistir a la preparación psicoprofiláctica obstétrica en el consultorio destinado a dicho fin, por ese motivo se realizó la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia.

Tabla n° 1: El 100 % (22) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental), aplicaron la respiración profunda durante el trabajo de parto fase activa, mientras que el 27.3% (6) gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) no lo realizaron.

El 100 % / (22) gestantes del grupo experimental aplicaron la respiración jadeante durante la fase activa (cuando tuvieron sensación de pujo, pero aún no tenían la dilatación completa), mientras que el 77.3 % (17) gestantes del grupo control no lo aplicaron.

El 63.6 % (14) gestantes del grupo experimental aplicaron la respiración del pujo diafragmático durante el periodo expulsivo, mientras que el 95.5 % (21) gestantes del grupo control no lo aplicaron.

El 36.4 % (8) gestantes del grupo experimental aplicaron la respiración del pujo diafragmático durante el periodo expulsivo, mientras que el 68.2 % (15) gestantes del grupo control lo aplicaron.

Estos resultados guardan relación con los hallados por Salazar, R. (2015), quien concluyó que la educación psicoprofiláctica obstétrica se asoció a resultados materno perinatal favorables, manifestados sobre todo en el control de respiración. Así mismo Guerrero, J y Paguay, C, (2013) señalaron que las gestantes con preparación psicoprofiláctica obstétrica tienen respuesta adecuada durante las contracciones uterinas utilizando las técnicas de respiración,

El Ministerio de Salud señaló como beneficios de la educación psicoprofiláctica: Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de respiración. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011:9)

La aplicación de la respiración profunda durante el trabajo de parto consistió en la inspiración suave, lenta y profunda, vale decir que consiste en la toma de aire profunda por la nariz y la expulsión, suave y lenta por la boca, cuando la gestante o parturienta se encontró en contracción durante el trabajo de parto fase activa, que permitió la oxigenación del útero y el feto, que se encontraron en trabajo de

Parto, el feto porque necesitó salir por la pelvis, y el útero que debió facilitar el efecto de la contracción para que el trabajo de parto se produzca en menor tiempo.

La aplicación de la respiración jadeante (por sensación de pujo cuando la dilatación aún no estuvo completa) provocó actividad del diafragma, que es el centro de la respiración, lo cual anuló o redujo la sensación de pujo permitiendo prevenir desgarros cervicales que en caso de producirse pudieran provocar hemorragias. Por ese motivo fue favorable que las gestantes con preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental), haya realizado este tipo de respiración.

La respiración del pujo diafragmática, triplicó la fuerza para el pujo en el parto en relación a la respiración del pujo abdominal, por ello fue favorable que la mayoría de las gestante que formaron parte del grupo experimental practicaran este tipo de respiración.

TABLA N° 2: El 100 % (22) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental) aplicaron la técnica de relajación durante el trabajo de parto mediante la relajación muscular y la adopción de posiciones de relajación, mientras que las gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) solo el 36.4% (8) gestantes realizaron ejercicios de relajación y 27.3 % (6) adoptaron posiciones de relajación

Datos similares fueron reportados por Salazar, R. (2015), quien concluyó que la educación psicoprofiláctica obstétrica se asoció a resultados materno perinatal

Favorables, manifestados con el control de relajación. Así mismo Guerrero, J y Paguay, C, (2013) señalaron que las gestantes con preparación psicoprofiláctica obstétrica tuvieron respuesta adecuada durante las contracciones uterinas, aplicaron las técnicas de relajación.

También Morales, S. (2014) señaló que el 100% manifestó satisfacción sobre su preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia por sentirse más tranquilas facilitando su participación en su parto.

El Ministerio de Salud señaló como beneficios de la educación psicoprofiláctica: Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011:9)

TABLA N° 3: El 100 % (22) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental) mostraron expresiones de confianza durante el trabajo de parto, mientras que solo el 54.5% (12) gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) mostraron expresiones de confianza.

El 86.4 % (19) gestantes (grupo experimental) mostraron expresiones de seguridad, y solo el 13.6 % (3) gestantes (grupo control) mostraron expresiones de seguridad durante el trabajo de parto.

Datos similares, fueron reportados por Morales, S. (2014), quien señaló que el 100% de las parturientas manifestaron sentir satisfacción sobre su preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia por sentirse más tranquilas y seguras

De cómo llegar y colaborar en su parto.

Así mismo Guerrero, J y Paguay, C, (2013) señalaron que las gestantes con preparación psicoprofiláctica obstétrica tienen menor grado de ansiedad que le permitió adquirir una actitud positiva.

TABLA N° 4: El 54.5 % (12) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental), la duración del trabajo de parto: fase activa fue < 03 horas, siendo la duración media de 3.86 horas; mientras que el 50 % (11) gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) la duración del trabajo de parto: fase activa fue de 03-06 horas y > 06 horas respectivamente, con duración media de 6.36 hrs.

El Ministerio de Salud señala como beneficios de la educación psicoprofiláctica: Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, mayor posibilidad de ingresar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto con menor duración de la fase de dilatación, menor incidencia de dolores post parto. Etc.

(Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011:9)

Estos resultados demostraron la influencia de la preparación psicoprofiláctica obstétrica en la reducción de la duración del trabajo de parto, lo cual favoreció grandemente a la gestante, porque se reduce las estadística de agotamiento materno y sufrimiento fetal a causa de su prolongada duración.

TABLA N° 5: En el 50 % (11) gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo experimental), la duración del

Periodo expulsivo fue < 10 minutos y 10- 30 minutos respectivamente, siendo la duración media de 13 minutos; mientras que el 18.2% (4) gestantes que no recibieron preparación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia (grupo control) la duración del periodo expulsivo fue > 30 minutos, y 40.9 % (9) fue < 10 minutos y 10- 30 minutos respectivamente, con duración media de 25 minutos. (cabe señalar que 10 de las gestantes que conformaron el grupo control se redujo la duración del periodo expulsivo debido a que 3 gestantes tuvieron cesárea, 2 analgesia intraparto y 5 oxitocina.

El Ministerio de Salud señaló como beneficios de la educación psicoprofiláctica: Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, mayor posibilidad de ingresar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto con menor duración de la fase expulsiva, menor incidencia de dolores post parto. Etc. (Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, 2011:9)

La conducta del equipo de profesionales de la salud como son los médicos ginecoobstetras y obstetras es de monitoreo materno-fetal permanente con conducta expectante, de tal manera que ante el diagnóstico del trabajo de parto prolongado, agotamiento materno, etc. se toman decisiones que permitieron salvaguardar la integridad materno-fetal, es por ello que 03 de las gestantes que conformaron el grupo control fueron sometidas a cesárea, 02 analgesia intraparto y 05 fueron acentuadas con oxitocina. Lo cual redujo duración del periodo expulsivo, por ello es que se considera importante y trascendente la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia dado su bajo costo económico y su influencia positiva en las gestantes que los practicaron.

CONCLUSIONES

Concluida la presente investigación, se plantea las siguientes conclusiones:

- La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en el desarrollo de la habilidad de respiración de la gestante durante el trabajo de parto, 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 de emergencia influye positivamente en el desarrollo de la habilidad de relajación de la gestante durante el trabajo de parto, 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 de emergencia influye positivamente en el desarrollo de la habilidad de autocontrol de la ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto, 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).

- El desarrollo de la habilidad de respiración, relajación y autocontrol de la ansiedad durante el trabajo de parto influye en la reducción de la duración del trabajo de parto fase activa, 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).

RECOMENDACIONES

A los/las profesionales Obstetras

- Continuar desarrollando el programa de educación psicoprofiláctica obstétrica, porque permite brindar educación de salud dirigida a las gestantes, pareja y familia, involucrándolos en el proceso de aprendizaje de la gestantes y preparándolos para su rol en el proceso de acompañamiento en el parto, y afianzando el vínculo con el bebé.
- Implementar en el servicio de sala de partos un espacio atractivo, motivador que facilite el proceso educativo personalizado, mediante técnicas lúdicas sobre la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia.

A los Directivos del Hospital Nacional Docente Madre-Niño “San Bartolomé”

- Coordinar la implementación de un espacio atractivo en el servicio de sala de partos que facilite el proceso educativo personalizado de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia
- Dotar de recursos humanos (Profesional Obstetra- exclusivo para la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia) y material (material didáctico) que aseguren la ejecución de educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el servicio de sala de partos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

- Ausubel-Novak-Hanesian (1983). *Psicología Educativa: Un punto de vista cognoscitivo*. 2° Edición. Trillas. México.
- Ausubel, D. (s.f.) *Teoría del aprendizaje significativo* Recuperado de [//s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38902537/Aprendizaje_significativo.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1512081740&Signature=7cKKtdpVr7cD6jkAkIrmF1TIACk%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DTEORIA_DEL_APRENDIZAJE_SIGNIFICATIVO_TEOR](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/38902537/Aprendizaje_significativo.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1512081740&Signature=7cKKtdpVr7cD6jkAkIrmF1TIACk%3D&response-contentdisposition=inline%3B%20filename%3DTEORIA_DEL_APRENDIZAJE_SIGNIFICATIVO_TEOR).
- Aguirre C. (2012) *Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal*. Chimbote. Perú. Recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:wek_3lr2hMEJ:files.uladech.edu.pe/docente/09400711/Psicoprofilaxis_Obstetrica_y_Estimulacion_Prenatal/Sesion_0/TEXT0%2520PPO-EPN.pdf+&cd=1&hl=es-

419&ct=clnk&gl=pe

- Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. (2010) *Trabajo de parto y parto normales*. Mexico,Caracas,Guatemala,Madrid.
- Cuningham G, Kenneth J, Leveno M, Bloom L. (2010) *El recién nacido*. In Diane M,D.G, editors. Williams Obstetricia. Mexico, Caracas, Guatemala, Madrid.
- Chable G, Garcia K. (2013) *Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal*. Rev Sanid Milit. 2013 mayo-junio; 67(3): p. 106-114.
- Chóliz M. (s.f.) *Técnicas para el control de la activación: Relajación y respiración*. recuperado de <https://www.uv.es/choliz/RelajacionRespiracion>.
- Dale h. Schunk. (2012) *Teorías del aprendizaje. Una perspectiva educativa*. Sexta edición. Pearson educación, México.
- Dirección nacional de maternidad e infancia Ministerio de Salud Argentina (2010) *guía para la atención del parto normal en maternidades centradas en la familia*. Recuperado de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000239cnt-g09.guia-atencion-parto-normal.pdf>.

- Farair, E. (s.f.: p.74- 76) *Método psicoprofiláctico del parto sin dolor*. Rev. med. hond vol. 26, n" 3
- García, L. (2010). *El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural*. Recuperado de 2010http://www.sarajort.es/imagenes/upload/File/el_miedo_y_dolor_en_el_parto.pdf. Septima Edición.
- García, V. (2016). *Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en la prevención de complicaciones maternas y neonatales, de los partos atendidos en el hospital regional de Loreto*. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.
- Guerrero, J. y Paguay, C. (2012-2013). "*Beneficios maternos perinatales asociados a la psicoprofilaxis obstétrica en embarazadas atendidas en el centro de salud de guano*". Tesis para Obtención del Título de Obstetrix. Universidad Central del Ecuador.
- Hull, C. (2017) *Conductismo y condicionamiento clásico*. Recuperado de [file:///C:/Users/Laboratorio01/Desktop/cap-3%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Laboratorio01/Desktop/cap-3%20(1).pdf).
- López-Gamiño MR "et al" (.2010). *Perinatología y Reproducción Humana*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2010/ip102h>. Volumen 24, Número 2

- Luis Facundo Antón. (2017) *Teorías del aprendizaje en educación superior*. Recuperado de file:///C:/Users/Laboratorio01/Desktop/teorias-del-aprendizaje.
- Llave, E. (2013) “*Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP*” Tesis para optar el título profesional de Obstetra. Universidad nacional Mayor de San Marcos.
- Márquez J. (2007). *Revista de Artes y Humanidades UNICA / Año 8 N° 18* enero-Abril 2007.
- Márquez, J.; Díaz, J; Cazzato S. *La disciplina escolar: aportes de las teorías psicológicas* *Revista de Artes y Humanidades Universidad Católica Cecilio Acosta Maracaibo UNICA* Venezuela, vol. 8, núm. 18, enero-abril, 2007, pp. 126-148.
- Ministerio de Salud. (2011). *Guía técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal*. Peru. MINSA.
- Ministerio de Salud. *Atención de salud sexual y reproductiva en los servicios de salud 2009*. Peru: Minsa; 2012.
- Ministerio de Salud. *Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal R.M. N° 828* (2013) Dirección general de salud de las

personas. Ministerio de Salud. Lima – Perú.

- Ministerio de Salud. (2012) *Guía técnica para la psicoprofilaxis obstetrica y estimulación prenatal*. Perú.
- Ministerio de educación. (2003). *Ley general de educación*. recuperado http://www.minedu.gob.pe/normatividad/leyes/ley_general_de_educacion2003.doc.
- Ministerio de Salud. (2004) *Guías nacionales de atención integral de la salud sexual y reproductiva*. Dirección General de Salud de las Personas Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
- Ministerio de Salud (2007). *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive*. recuperado de http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:UhgR5a_KOSMJ:bvs.minsa.gob.pe/local/IMP/852_IMP198.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=pe
- Ministerio de Salud. *Norma técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal* (2014) Perú.
- Morales, S. (2014). *Características de las gestantes que recibieron psicoprofilaxis obstétrica de emergencia en el sector privado como una*

Alternativa en su atención integral. Horiz. Med. vol.15 no.1 Lima ene./mar. 2015 En revista oficial de la facultad de medicina. Horizonte médico de la Universidad San Martín de Porres.

- Morales.S. (2012). *La psicoprofilaxis obstetrica como eje de prevencion prenatal.* 1st ed. Lima. Perú.
- Morales, Maldonado y Gonzale et al. (2011). *Psicopedagogía.* Recuperado de <http://psicopedagogia19.blogspot.pe/2011/11/teoria-humanista.html>. México.
- Morales Alvarado, Sabrina; Guibovich Mesinas, Alex; Yábar Peña, Maribel (2014) *Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos.* Horizonte Médico, vol. 14, núm. 4, octubre-diciembre, 2014, pp. 53-57 Universidad de San Martín de Porres. Perú.
- Organización Mundial de la salud. (2017) recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Pacheco J, Cordero R.(2014) *Dolor de parto.* Ginecología Obstetricia y Reproducción. Perú.
- Salas F. (2012-2013) *Aplicar la psicoprofilaxis obstetrica a primigestas añosas.* Universidad de Guayaquil, Obstetricia

- Salazar R. (2015) *“Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica en el desarrollo de habilidades procedimentales en embarazadas del hospital Daniel Alcides Carrión. Callao. Lima. Perú. Tesis para optar el grado académico de Doctora en Educación. Universidad San Martín de Porres.*
- Solis H, Morales S. (2012) *Impacto de la psicoprofilaxis obstetrica en la reduccion de la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal. Rev Horiz Med.; 12(2): p. 47-52.*
- UNESCO. (1999) P. 6-7 recuperado de http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf.
- Yabar M. (2014) *La psicoprofilaxis obstetrica en gestantes adolescentes: Caracteristicas y beneficios integrales. Rev. Horiz Med. 2014; 14(2): p. 39-44. En Revista Oficial de la Facultad de Medicina. Horizonte Médico de la Universidad San Martín de Porres.*
- Zorrilla, G. (2015) *Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el centro de salud materno infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia. Universidad San Martín de Porres.*

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILÁCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES PROCEDIMENTALES EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”. LIMA. 2018

Problema General	Objetivo General	Hipótesis de la investigación	Variables	Dimensiones	Metodología	Población y muestra
¿Influye la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de habilidades procedimentales en las gestantes atendidas en el hospital Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Lima. 2018?	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de las habilidades procedimentales de la gestante durante el proceso de trabajo de parto atendidas en Nacional Docente Madre Niño “San Bartolomé”. Lima. 2016.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante durante el proceso de trabajo de parto mediante el desarrollo de habilidades procedimentales y actitudinales de respiración, relajación, autocontrol de ansiedad durante el trabajo de parto</p> <p>91</p>	<p>Variable Independiente</p> <p>Educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia</p>	<p>Preparación cognitiva</p> <p>Preparación física</p> <p>Preparación psicoafectiva</p>	<p>Investigación Experimental de Tipo: Cuasi Experimental</p> <p>Nivel: Explicativo</p> <p>Prospectivo de Corte Transversal</p> <p>Enfoque: cuantitativo</p>	<p>Población: 428</p>
Problemas Específicos:	Objetivos específicos:	Hipótesis específicas:	Variable dependiente			

<p>¿ Influye la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de habilidades de respiración de la gestante durante su proceso de trabajo de parto</p>	<p>Identificar la Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de la habilidad de respiración de la gestante durante el proceso de trabajo de parto</p>	<p>La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante en el desarrollo de la habilidad de respiración durante el proceso de trabajo de parto</p>	<p>Desarrollo de habilidades procedimentales</p>	<p>Control de la respiración</p>	<p>Investigación Experimental: Tipo: Cuasi Experimental prospectivo de corte transversal Enfoque de investigación: cuantitativo Nivel: Explicativo</p>	<p>Muestra: 44 gestantes distribuidos en 02 grupos: experimental (22) y grupo control (22)</p>
<p>¿ Influye la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de habilidades de relajación de la gestante durante su proceso de trabajo de parto.</p>	<p>Identificar la Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de la habilidad de relajación de la gestante durante el proceso de trabajo de parto.</p>	<p>La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante en el desarrollo de la habilidad de relajación durante el proceso de trabajo de parto</p>		<p>Control de la relajación</p>		
<p>¿ Influye la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de habilidades de autocontrol de la ansiedad de la gestante durante su proceso de trabajo de parto</p>	<p>• Identificar la Influencia de la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia en el desarrollo de la habilidad de autocontrol de la ansiedad de la gestante durante el proceso de trabajo de parto</p>	<p>La educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia influye positivamente en la gestante en el desarrollo de la habilidad de autocontrol durante el proceso de trabajo de parto</p>		<p>Control de la ansiedad</p>		

ANEXO 2: INSTRUMENTO DE RECOPIACIÓN DE DATOS

Nombre del Instrumento:	Ficha Clínica observacional Educación Psicoprofiláctica Obstétrica de Emergencia: Sí () No ()
Autor del Instrumento:	Yrene Mateo Quispe HC:
Definición Conceptual:	<p>Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia: El Ministerio de salud ha planteado la educación psicoprofiláctica obstétrica de emergencia que es la preparación de la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto o durante el trabajo de parto, sea en su fase de dilatación o periodo expulsivo.</p> <p>Captación de Gestante: Emergencia Obstétrica: () Centro Obstétrico ()</p> <p>Firma de Consentimiento informado: Sí () No ()</p> <p>Inscripción para recibir educación Psicoprof. Obstétrica de emergencia () Registro Gestante ()</p> <p>Preparación cognitiva () Preparación Procedimental () Preparación Afectiva ()</p> <p>Sesiones: 1º En pródromos o inicio de trabajo de parto () 2º Fase latente() 3º Fase activa ()</p> <p>Datos generales : Edad:..... 20-24 () 25-29 () 30-34 ()</p> <p style="padding-left: 40px;">Grado de Instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()</p> <p style="padding-left: 40px;">Estado civil: Soltera () Casada () Conviviente</p> <p style="padding-left: 40px;">Ocupación: Ama de casa () Trabajo en oficina () Trabajo Obrera ()</p> <p>Datos ginecoobstétricos: Primípara () Multípara () Antecedente de cesáreas: si () No ()</p> <p style="padding-left: 40px;">Intervalo intergenésico: < 2 años () 2-4 años () > 4 años ()</p>

	ITEMS	SI	NO	<i>Duración del trabajo de parto:</i>			
Datos de desarrollo de habilidades procedimentales de Respiración	<p>Aplica la respiración profunda en trabajo de parto</p> <p>Aplica la respiración jadeante en trabajo de parto</p> <p>Aplica la respiración del pujo diafragmático en el periodo expulsivo</p> <p>Aplica la respiración del pujo abdominal en el periodo expulsivo.</p>			<i>Fase activa</i>		<i>Período expulsivo</i>	
Datos de desarrollo de habilidades procedimentales de Relajación	<p>Realiza ejercicios de relajación muscular</p> <p>Adopta posiciones de relajación durante trabajo de parto</p>			<i>Primíparas: Horas:.....</i>	<i>Multíparas: Horas:.....</i>	<i>Primíparas: Horas:.....</i>	<i>Multíparas: Horas:.....</i>
Datos de desarrollo de habilidades procedimentales de autocontrol durante el trabajo de parto	<p>Muestra expresiones de confianza durante el trabajo de parto</p> <p>Muestra expresiones de seguridad durante el trabajo de parto</p>			<i>8 hrs ()</i>	<i>< 6 hrs ()</i>	<i>< 50 min ()</i>	<i>< 20 min ()</i>
				<i>8-12 hrs ()</i>	<i>6-8 hrs ()</i>	<i>50 min ()</i>	<i>20 min ()</i>
				<i>>12 hrs ()</i>	<i>>8 hrs ()</i>	<i>> 50 min ()</i>	<i>>20 min ()</i>
Test de Apgar del recién nacido a 1 minuto	Apgar al 1° minuto		94				

Anexo Nº 3: **FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Hospital Nacional Docente “San Bartolomé”.....Fecha..... Historia Clínica:

Yo..... identificado con DNI (carné de extranjería o pasaporte para extranjeros) N°he sido informado de la investigación **titulada: “INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN PSICOPROFILCTICA OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA EN EL DESARROLLO DE HABILIDADES PROCEDIMENTALES EN LAS GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTEE NIÑO “SAN BARTOLOMÉ”. LIMA. 2018**, por la Obstetra Yrene Mateo Quispe sobre, la educación sobre psicoprofilaxis obstétrica de emergencia, y luego observaran la aplicación de lo aprendido . Me ha informado que no existe riesgos, porque no se aplicará medicamentos, sin embargo se me enseñara como respirar, relajar y autocontrolar durante el trabajo de parto, sus ventajas y beneficios del procedimiento, así como sobre la posibilidad He realizado las preguntas que consideré oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables. Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para que se me realice.....

Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

.....
Firma del paciente o responsable legal
DNI

.....
Firma del profesional
DNI

.....
Firma de un testigo
DNI

REVOCATORIA
Firma del paciente o responsable legal
DNI

ANEXO Nº 4: CARACTERÍSTICAS DE LA GESTANTES ESTUDIADAS

EDAD DE LAS GESTANTES ESTUDIADAS

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 -24 años	21	47,7	47,7	47,7
	25 - 29 años	12	27,3	27,3	75,0
	30 - 39 años	11	25,0	25,0	100,0
	Total	44	100,0	100,0	

GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES ESTUDIADAS

		primaria	secundaria	superior	Total
Grupo de psicoprofilaxis	experimental	1	10	11	22
	control	0	12	10	22
Total		1	22	21	44

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES ESTUDIADAS

		soltera	casada	conviviente	Total
Grupo de psicoprofilaxis	experimental	1	5	16	22
	control	2	5	15	22
Total		3	10	31	44

Anexo N° 5: CARACTERÍSTICAS DE LA GESTANTES ESTUDIADAS

OCUPACIÓN DE LAS GESTANTES ESTUDIADAS

		ama de casa	comerciante	técnica	profesional	Total
Grupo de psicoprofilaxis	experimental	18	0	2	2	22
	control	17	2	1	2	22
Total		35	2	3	4	44

PARIDAD DE LAS GESTANTES ESTUDIADAS

		primipara	multipara	Total
Grupo de psicoprofilaxis	experimental	13	9	22
	control	13	9	22
Total		26	18	44

ANTECEDENTE DE CESÁREA DE LAS GESTANTES ESTUDIADAS

		si	no	Total
Grupo de psicoprofilaxis	experimental	0	22	22
	control	2	20	22
Total		2	42	44

ANEXO N ° 6: EVALUACIÓN MEDIANTE EL TEST DE APGAR AL MINUTO DE LOS RECIÉN NACIDO HIJOS DE LAS GESTANTES ESTUDIADAS

		Apgar al minuto			
		9	8	7	Total
Grupo de psicoprofilaxis	experimental	16	6	0	22
	control	10	11	1	22
Total		26	17	1	44