

“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
(CREADA POR LEY N°25265)

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

TESIS

**NIVEL DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO DE PARTO EN
GESTANTES CON Y SIN PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE
APOYO SAN MIGUEL, AYACUCHO 2019**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL**

**PRESENTADO POR:
Pocomucha Poma, Giuliana Yoshi**

**PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y ESTIMULACION
PRENATAL CON ADECUACION INTERCULTURAL**

HUANCABELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 16 días del mes de octubre a las 15:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del

(la) Egresado(a): Pocumucha Poma Giuliana Yoshi

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares

Secretario : Dra. Rossibel Juana MUÑOZ DE LA TORRE

Vocal : Dra. Jenny MENDOZA VILCAHUAMAN

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

Nivel de ansiedad en el trabajo de parto en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Riquel, Ayacucho 2019.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 566 - 2019 concluyendo a las 15:30 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por Unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 16 de 10 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HUANCABELICA

Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

PRESIDENTE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
OBSTETRICIA

ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE

SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Mg. JENNY MENDOZA VILCAHUAMAN

VOCAL

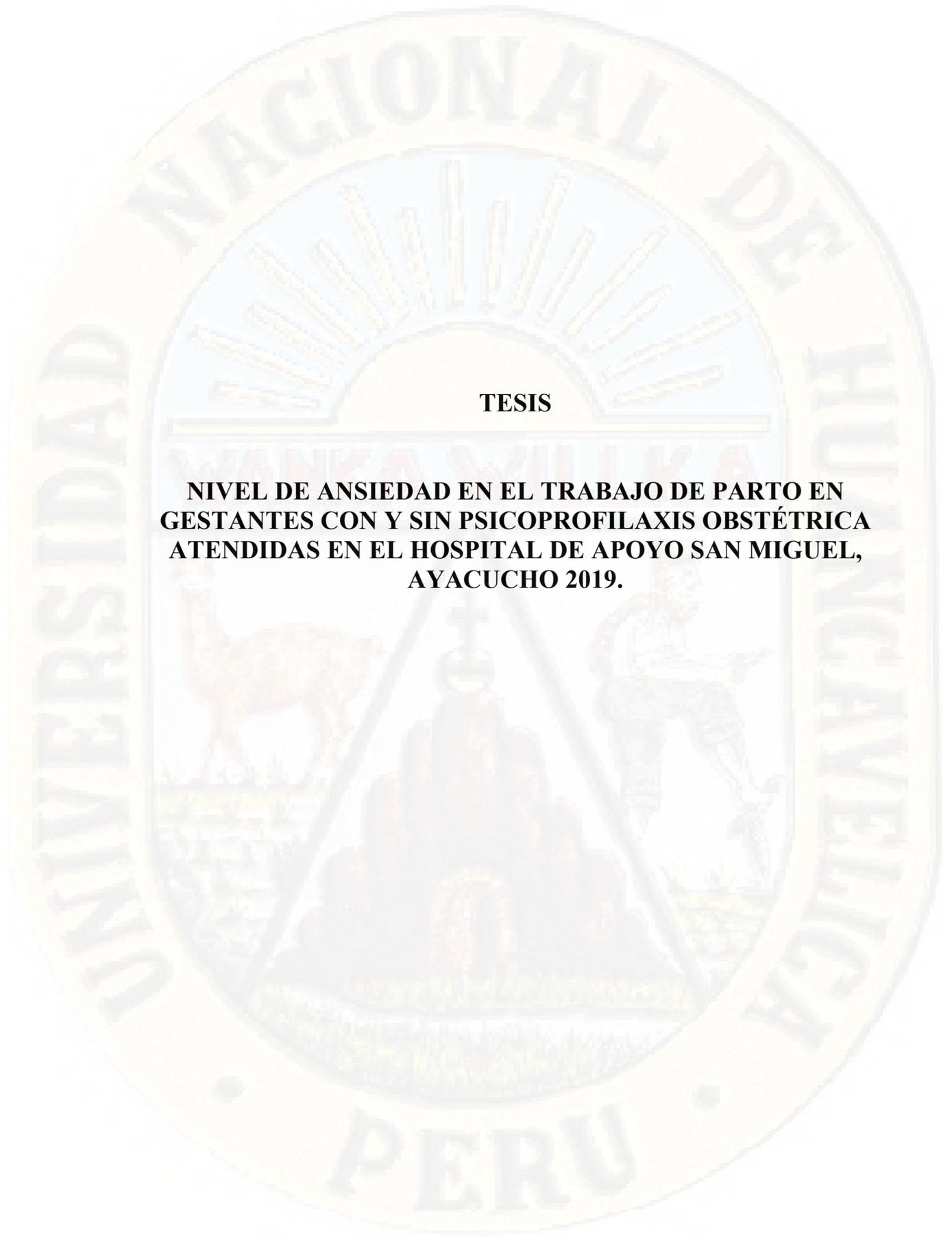
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE HUANCABELICA

DECANA Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
DOCENTE PRINCIPAL

VºBº DECANA

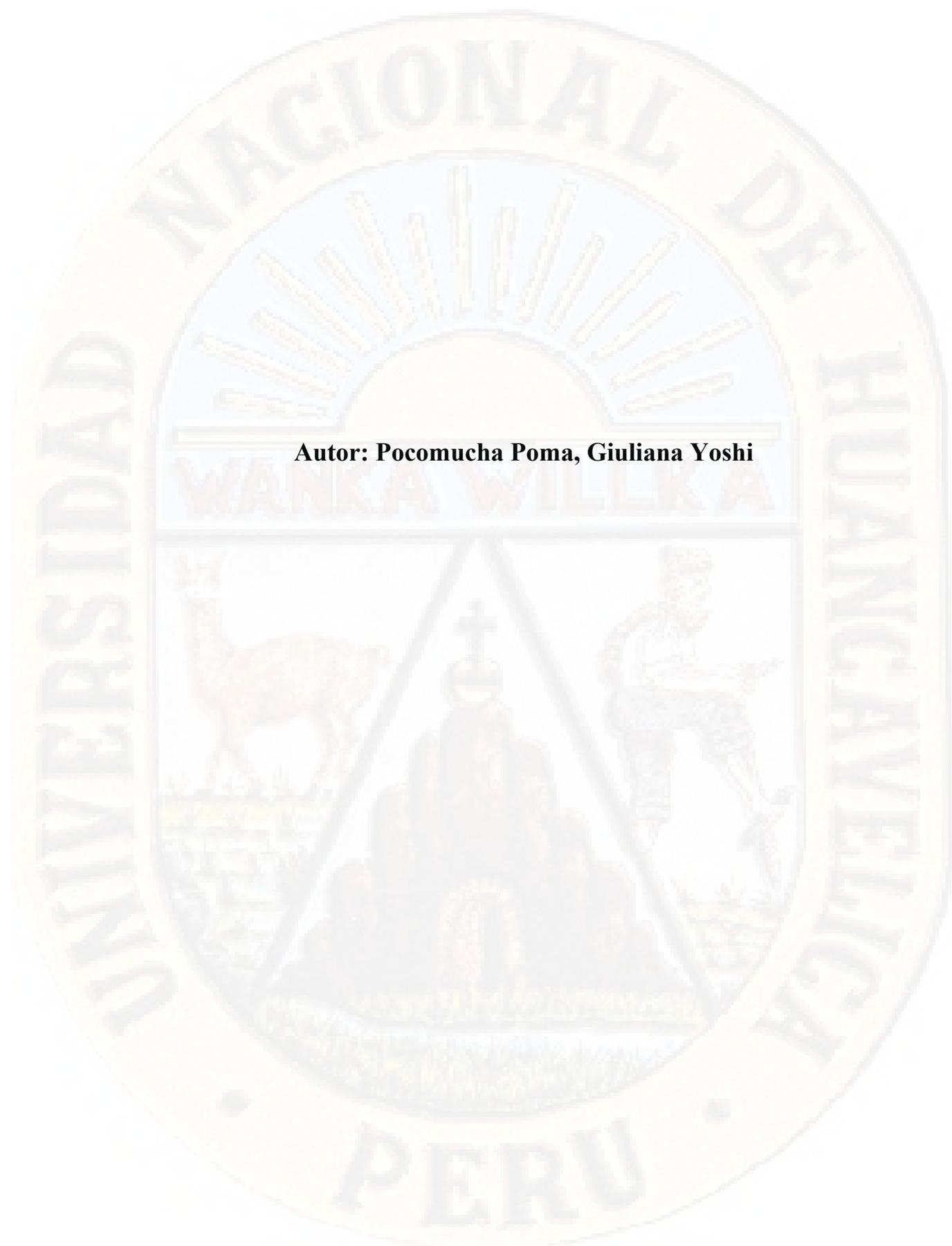


Kelly Y. Riveros Laurente
OBSTETRA
C.O.P. N.º 10000
VºBº SECRETARIA DOC.

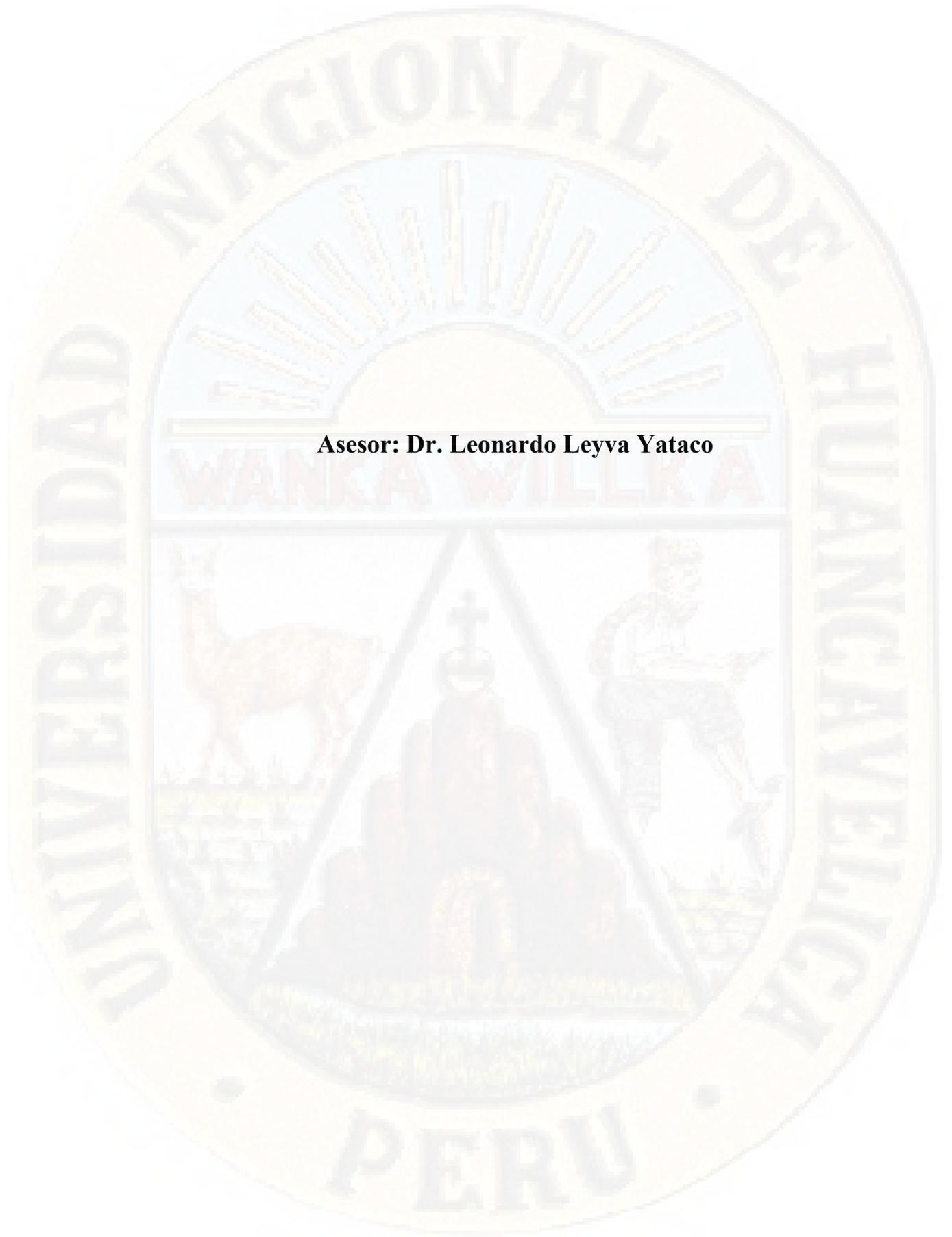


TESIS

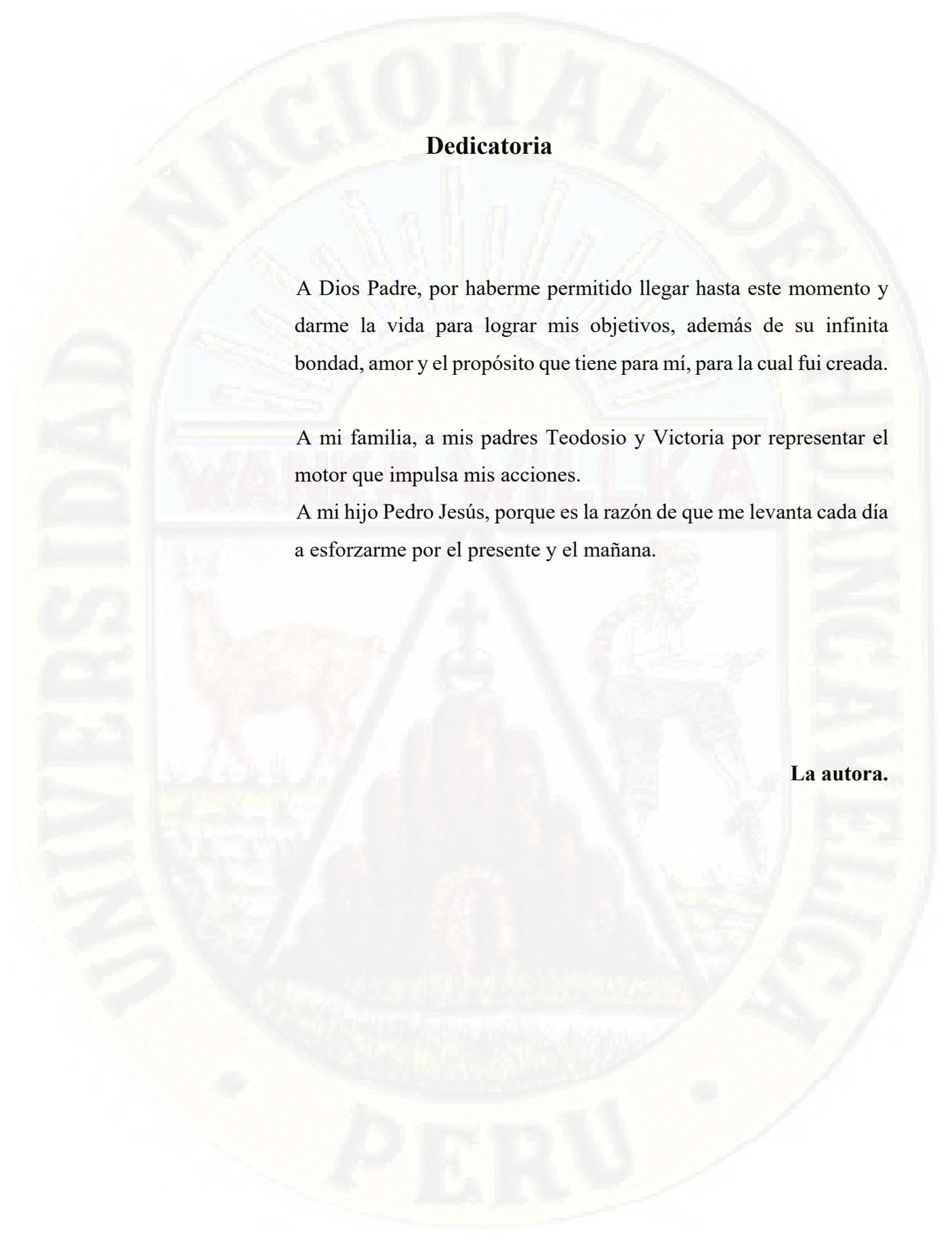
**NIVEL DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO DE PARTO EN
GESTANTES CON Y SIN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO SAN MIGUEL,
AYACUCHO 2019.**



Autor: Pocomucha Poma, Giuliana Yoshi



Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

A Dios Padre, por haberme permitido llegar hasta este momento y darme la vida para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad, amor y el propósito que tiene para mí, para la cual fui creada.

A mi familia, a mis padres Teodosio y Victoria por representar el motor que impulsa mis acciones.

A mi hijo Pedro Jesús, porque es la razón de que me levanta cada día a esforzarme por el presente y el mañana.

La autora.

Agradecimiento

Agradezco a Dios Padre Celestial, creador del universo y dueño de nuestras vidas, por permitirme estar con vida, con buena salud y por su amor infinito.

También agradezco a mi familia, a mis padres Teodosio y Victoria, por representar mi motivación en cada momento. A lo largo del tiempo invertido en la planificación y la realización de esta tesis.

Agradezco a mi hijo Pedro Jesús por ser mi motor y motivo que me impulso a no caer y seguir para adelante, siendo mi fuente de inspiración y superación.

A mis maestros de la Facultad de Ciencias de la Salud – Programa de Segunda Especialidad de la Universidad Nacional de Huancavelica, que con gran sabiduría me brindaron los conocimientos y herramientas que aplicare en bien de la sociedad, la oportunidad de realizar investigaciones que contribuyan al análisis de temáticas de las determinantes de problemas a todo nivel.

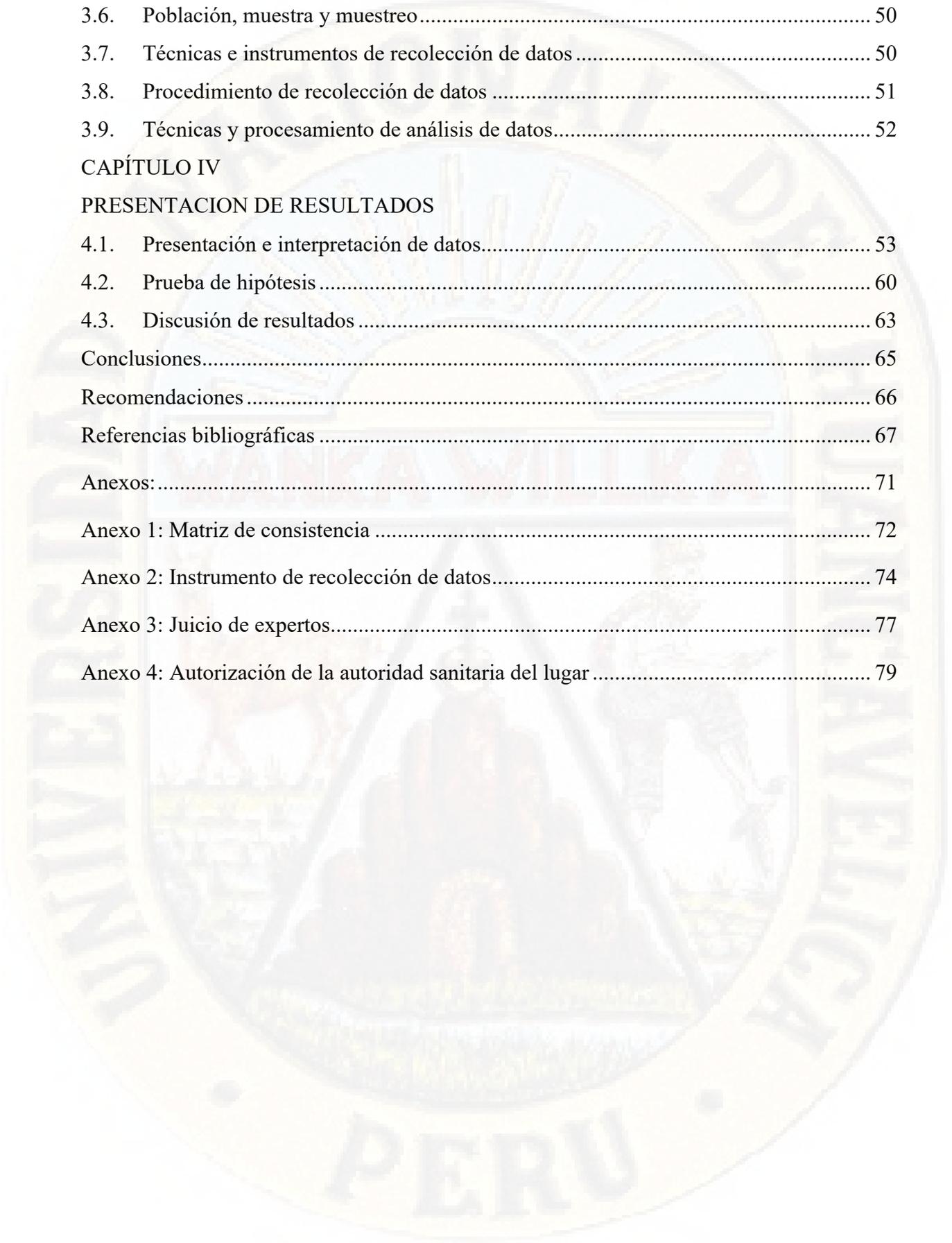
Mi eterno agradecimiento a mi asesor Dr. Leonardo Leyva Yataco, por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico, su experiencia y paciencia para el desarrollo de este trabajo de investigación.

Finalmente, se hace extensivo nuestra gratitud a todas aquellas personas que, de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de la presente investigación.

La autora.

Índice

Dedicatoria	vi
Agradecimiento	vii
Índice	viii
Índice de tablas	x
Resumen	xi
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1. Descripción del problema	15
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Objetivos de la investigación.....	18
1.4. Justificación.....	18
1.5. Limitaciones	20
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	21
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos	45
2.4. Hipótesis	45
2.5. Variables de estudio	46
2.6. Operacionalización de variable	46
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial.....	48
3.2. Tipo de investigación	48
3.3. Nivel de investigación	48
3.4. Métodos de investigación	49
3.5. Diseño de investigación.....	49



3.6. Población, muestra y muestreo.....	50
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	50
3.8. Procedimiento de recolección de datos.....	51
3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos.....	52
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	53
4.2. Prueba de hipótesis.....	60
4.3. Discusión de resultados.....	63
Conclusiones.....	65
Recomendaciones.....	66
Referencias bibliográficas.....	67
Anexos:.....	71
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	72
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	74
Anexo 3: Juicio de expertos.....	77
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar.....	79

Índice de tablas

Tabla 1.	Edad de la gestante a término con y sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.	53
Tabla 2.	Lugar de procedencia de la gestante a término con y sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.	54
Tabla 3.	Nivel de instrucción de la gestante a término con y sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.	55
Tabla 4.	Estado civil de la gestante a término con y sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.	56
Tabla 5.	Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.	57
Tabla 6.	Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.	58
Tabla 7.	Comparación de los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019. Prueba U de Mann-Whitney.	59

Resumen

Objetivo. Determinar la diferencia entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019. **Método.** La investigación fue prospectiva, observacional, analítica y de nivel correlacional. El método fue inductivo, diseño cuasi experimental. La población fueron todas las gestantes a término atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de enero a junio del 2019 (43 gestantes); el estudio tuvo dos muestras, la primera muestra fueron todas las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica (20 gestantes). La segunda muestra fueron 20 gestantes sin sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. La técnica fue la encuesta, el instrumento para evaluar la ansiedad fue el cuestionario de Auto-Evaluación de Ansiedad (EAA) de Zung. **Resultados.** La edad promedio en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica fue de 23.95 años y 29.50 años respectivamente. En las gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, el 45% fueron de procedencia rural, el 30% fueron de procedencia urbana y el 25% fueron de procedencia urbano marginal. En las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica el 40% fueron de procedencia rural, el 45% fueron de procedencia urbana y el 15% fueron de procedencia urbano marginal. El 15% de las gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron primaria y el 85% tuvieron secundaria. El 50% de las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron primaria, el 45% tuvieron secundaria y el 5% tuvieron superior universitario. El 65% de las gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica fueron convivientes, el 25% fueron solteras y el 10% fueron casadas. El 70% de las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica fueron convivientes, el 5% fueron solteras y el 25% fueron casadas. En las gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica en el trabajo de parto, el 35% tuvieron niveles de ansiedad dentro de límites normales, el 45% tuvieron niveles de ansiedad mínima y el 20% tuvieron niveles de ansiedad marcada o severa. En las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica, en el trabajo de parto, el 15% tuvieron niveles de ansiedad mínima, el 70% tuvieron niveles de ansiedad marcada o severa y el 15% tuvieron niveles de ansiedad en grado máximo. En la comparación de los niveles de ansiedad en los grupos de gestantes a término con y sin psicoprofilaxis se encontró una U de Mann Whitney de 53.5 y una significancia estadística o p valor de 0.000023. **Conclusiones.** Existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad en el trabajo de parto, en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica. Los niveles de ansiedad en el trabajo de parto son menores en el grupo de gestantes que tuvo sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica.

Palabras clave: Ansiedad, trabajo de parto, psicoprofilaxis obstétrica, niveles de ansiedad.

Abstract

Objective. Determine the difference between levels of anxiety in labor in pregnant women with and without obstetric psychoprophylaxis treated at the San Miguel Support Hospital, in the province of La Mar, Ayacucho 2019. **Method.** The research was prospective, observational, analytical and correlational level. The method was inductive, quasi-experimental design. The population was all full-term pregnant women treated at the San Miguel Support Hospital, from January to June 2019 (43 pregnant women); The study had two samples, the first sample was all pregnant women with complete sessions of obstetric psychoprophylaxis (20 pregnant women). The second sample was 20 pregnant women without obstetric psychoprophylaxis sessions. The technique was the survey, the instrument for assessing anxiety was the Zung Self-Assessment Anxiety Questionnaire (EAA). **Results:** The average age in pregnant women with and without obstetric psychoprophylaxis was 23.95 years and 29.50 years respectively. In full-term pregnant women with complete sessions of obstetric psychoprophylaxis, 45% were of rural origin, 30% were of urban origin and 25% were of marginal urban origin. In full-term pregnant women without obstetric psychoprophylaxis 40% were of rural origin, 45% were of urban origin and 15% were of marginal urban origin. 15% of full-term pregnant women with complete sessions of obstetric psychoprophylaxis had primary and 85% had secondary. 50% of full-term pregnant women without obstetric psychoprophylaxis had primary, 45% had secondary, and 5% had a university degree. 65% of full-term pregnant women with complete sessions of obstetric psychoprophylaxis were living together, 25% were single and 10% were married. 70% of full-term pregnant women without obstetric psychoprophylaxis were cohabiting, 5% were single and 25% were married. In full-term pregnant women with complete sessions of obstetric psychoprophylaxis in labor, 35% had anxiety levels within normal limits, 45% had minimal anxiety levels and 20% had marked or severe anxiety levels. In full-term pregnant women without obstetric psychoprophylaxis, in labor, 15% had minimal anxiety levels, 70% had marked or severe anxiety levels and 15% had maximum anxiety levels. In the comparison of anxiety levels in the groups of full-term pregnant women with and without psychoprophylaxis, a Mann Whitney U of 53.5 and a statistical significance or p value of 0.000023 were found. **Conclusions:** There is a statistically significant difference in levels of anxiety in labor, in pregnant women with and without obstetric psychoprophylaxis. The levels of anxiety in labor are lower in the group of pregnant women who had complete sessions of obstetric psychoprophylaxis.

Keywords: Anxiety, labor, obstetric psychoprophylaxis, anxiety levels.

Introducción

La organización mundial de salud difundió que no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos, perinatales que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Caldeyro demostró que aporta beneficios maternos y perinatales (1). La PPO se basa en la preparación para el parto y la maternidad, por lo que su elemento es educativo y de entrenamiento que mejoraba las condiciones de la mujer, ahora se plantea que es un proceso de familiar (2).

La Organización Mundial de la salud (OMS) recomendó que la atención en el embarazo parto y puerperio debe estar centrada en la premisa de que los factores sociales, emocionales y psicológicos son fundamentales y complementan una atención perinatal de calidad (3). El embarazo en la mujer desde un aspecto psicológico, se considera un momento crítico, ya que las adaptaciones que éste requiere, pueden alterar su equilibrio emocional y generar en ella estados de tensión, ansiedad y/o miedo, emoción, ésta última, presente en aproximadamente un 20% de las gestaciones (4).

La ansiedad es uno de los problemas mentales más frecuentes durante el embarazo. Ésta afecta a las mujeres embarazadas en un 10 a 15%. Las mujeres experimentan también muchos otros problemas de salud durante el embarazo, al igual que en otros momentos (7). En estos últimos años, algunas investigaciones mencionan que la presencia de estados emocionales negativos, pueden influir sobre la evolución del embarazo y el desarrollo del feto, como, por ejemplo, la sensación de descontrol y/o dolor excesivo de la mujer durante el parto (8), demora en la dilatación del cuello uterino o dificultad para la dilatación, con partos más prolongados y un mayor número de cesáreas (9), entre otros.

La maternidad es un proceso de transición psicológica cargada con gran cantidad de variables, de progreso y resistencia, si la futura madre no se adaptó para el término de su embarazo, puede manifestar pérdida de control sobre sus emociones y presentar ansiedad, cuando se enfrenta a la inminente llegada del infante que puede ser incrementada por imposiciones y expectativas sociales (14).

El embarazo, a nivel fisiológico y emocional, es percibido de forma diferente por cada mujer según la personalidad y/o contexto asistencial en que se encuentre. Algunas gestantes ante la inminencia del parto, podrían presentar estados de ansiedad y miedos, que algunos autores relacionan con resultados obstétricos y neonatales desfavorables (15).

En el contexto andino de Ayacucho se ha percibido en las gestantes una serie de creencias y actitudes relacionadas con el embarazo, el parto y las consecuencias o resultados que pueden traer para la madre y el recién nacido. Entre los temores que se suelen mencionar frente a este procedimiento está la sensación de que existan complicaciones, de que se desgarren, que él bebe tenga problemas, que pierdan su figura entre otros; lo cual puede generar altos niveles de ansiedad por falta de información y por la cercanía del parto. Estas alteraciones en el estado de ánimo pueden tener un efecto negativo en el trabajo de parto.

Por esta razón surge la motivación de investigar el nivel de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétricas en madres de la ciudad de Ayacucho; ya que en el ámbito no existen estudios que permitan saber si la psicoprofilaxis obstétrica, permite un mejor control de la ansiedad en el parto; así mismo los resultados de este estudio, servirán como evidencia científica para otras investigaciones.

El informe de investigación se describe en cuatro capítulos; el Capítulo I describe el planteamiento del problema, el Capítulo II detalla el marco teórico, el Capítulo III describe la metodología de la investigación; y el IV Capítulo describe el análisis e interpretación de resultados.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La organización mundial de salud difundió que no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos, perinatales y para el equipo de salud que ofrece la psicoprofilaxis. Caldeyro demostró que la psicoprofilaxis obstétrica (PPO) desde la década de los 70, aporta beneficios maternos y perinatales (1). La PPO se basa en la preparación para el parto y la maternidad, por lo que su elemento es educativo y de entrenamiento que mejoraba las condiciones de la mujer, ahora se plantea que es un proceso de familiar (2).

La Organización Mundial de la salud (OMS) en su Declaración de Fortaleza, dictó, las principales recomendaciones de lo que debía ser la atención a la maternidad en todo el mundo. Atención centrada en la premisa de que los factores sociales, emocionales y psicológicos eran fundamentales y complementaban una atención perinatal de calidad (3).

El embarazo en la mujer desde un aspecto psicológico, se considera un momento crítico, ya que las adaptaciones que éste requiere, pueden alterar su equilibrio emocional y generar en ella estados de tensión, ansiedad y/o miedo, emoción, ésta última, presente en aproximadamente un 20% de las gestaciones (4).

La ansiedad se conoce como un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, preocupaciones, miedos intensos, excesivos y persistentes que hace que el sujeto no se sienta bien. Se trata, por lo tanto, de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un temor o miedo, por dificultades para controlar sus preocupaciones, que puede ser externo o interno (5). En esta entidad se pone en curso

una sobre activación del sistema nervioso que puede provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos, como resultado de esto se da una activación del sistema simpático y endocrino al secretarse hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales. Así, la combinación de la activación del sistema simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad (6).

La ansiedad es uno de los problemas mentales más frecuentes durante el embarazo. Ésta afecta a las mujeres embarazadas en un 10 a 15%. Las mujeres experimentan también muchos otros problemas de salud durante el embarazo, al igual que en otros momentos (7).

En estos últimos años, algunas investigaciones mencionan que la presencia de estados emocionales negativos, pueden influir sobre la evolución del embarazo y el desarrollo del feto, como, por ejemplo, la sensación de descontrol y/o dolor excesivo de la mujer durante el parto (8), demora en la dilatación del cuello uterino o dificultad para la dilatación, con partos más prolongados y un mayor número de cesáreas (9), entre otros.

En el embarazo un cierto nivel de ansiedad es necesario, debido a que estimula a la mujer a encontrar herramientas en su interior y exterior, para enfrentar este proceso, sin embargo en algunas situaciones la mujer se siente inútil, en su forma de pensar y en su forma de actuar y puede interferir seriamente en las actividades diarias de la vida, ser incapaz de enfrentar el embarazo y el cuidado de su persona, lo que puede tener repercusiones tanto en la salud física y mental de ella como de su bebe (10). La ansiedad puede ocasionar abortos, partos prematuros, mayor riesgo de cesárea, alteraciones en el desarrollo fetal entre otros (11-13).

La maternidad es un proceso de transición psicológica cargada con gran cantidad de variables, de progreso y resistencia, si la futura madre no se adaptó para el término de su embarazo, puede manifestar pérdida de control sobre sus emociones y presentar ansiedad, cuando se enfrenta a la inminente llegada del infante que puede ser incrementada por imposiciones y expectativas sociales (14).

El embarazo, a nivel fisiológico y emocional, es percibido de forma diferente por cada mujer según la personalidad y/o contexto asistencial en que se encuentre. Algunas gestantes ante la inminencia del parto, podrían presentar estados de ansiedad y miedos, que algunos autores relacionan con resultados obstétricos y neonatales desfavorables (15).

A pesar de que la mayoría de mujeres experimentan el embarazo como una vivencia fascinante a nivel general, tanto los cambios físicos como los cambios vitales que se producirán pueden llegar a originar estados de ansiedad en la mujer embarazada. Es habitual que, a lo largo de todo el proceso de embarazo, comiencen a aparecer dudas, temores y ciertas necesidades que, en muchos casos, den paso a pensamientos recurrentes y preocupaciones. Los cuales, si no son manejados correctamente, pueden acabar en cuadros de ansiedad (16).

En el contexto andino de Ayacucho se ha percibido en las gestantes una serie de creencias y actitudes relacionadas con el embarazo, el parto y las consecuencias o resultados que pueden traer para la madre y el recién nacido. Entre los temores que se suelen mencionar frente a este procedimiento está la sensación de que existan complicaciones, de que se desgarren, que él bebe tenga problemas, que pierdan su figura entre otros; lo cual puede generar altos niveles de ansiedad por falta de información y por la cercanía del parto. Estas alteraciones en el estado de ánimo pueden tener un efecto negativo en el trabajo de parto.

Por esta razón surge la motivación de investigar el nivel de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétricas en madres de la ciudad de Ayacucho; ya que en el ámbito no existen estudios que permitan saber si la psicoprofilaxis obstétrica, permite un mejor control de la ansiedad en el parto; así mismo los resultados de este estudio, servirán como evidencia científica para otras investigaciones, que aporte información necesaria para mejorar e incentivar la participación de las gestantes a los programas de Psicoprofilaxis Obstétrica. Los resultados también servirán como antecedentes científicos para la ayuda de otros trabajos de investigación relacionados.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la diferencia entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019?
- ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la diferencia entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.
- Determinar los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

1.4. Justificación

El embarazo es un proceso complejo, en el que se llevan a cabo cambios importantes en la mujer, a nivel fisiológico, psicológico y social, entre los fisiológicos se encuentran los cambios hormonales que propician diversos síntomas entre ellos, la náusea, vómito, cloasma facial, entre otros. Estos cambios hormonales no solo afectan la fisiología de la mujer, sino que propician cambios a nivel emocional, entre

ellos al estado de ánimo, la mujer puede sentirse ambivalente hacia su embarazo, ya que, por un lado, siente alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final del embarazo. En lo social, la mujer advierte el cambio de rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidarse y ser buena madre (17, 18).

La psicoprofilaxis obstétrica tiene como aspectos fundamentales una preparación teórica encaminada a proporcionar la información necesaria que rompa los lazos que ligan al embarazo y parto, con ideas preconcebidas negativas y en la mayoría de los casos, falsos. Un entrenamiento físico que es el conjunto de ejercicios suaves y seguros que capacitan a la gestante a manejar su postura, movimiento, respiración, relajación y dominio de puntos analgésicos. Su objetivo principal es obtener de la gestante, una mejor participación durante el trabajo de parto y sobre todo en el periodo expulsivo. Y una preparación psicológica, integrada paralelamente a las anteriores, que en conclusión, desarrollará la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva (19).

El estudio obedeció a la necesidad de conocer si la psicoprofilaxis obstétrica contribuye a controlar o disminuir la ansiedad en el trabajo de parto; por eso se realizó una comparación entre dos grupos de gestantes en trabajo de parto, uno con preparación de psicoprofilaxis obstétrica y otro sin preparación.

La mayoría de las gestantes desarrollan su embarazo y parto sin problemas; pero es pertinente seguir brindando el apoyo y las condiciones necesarias para que la mujer tenga una buena salud materna y perinatal.

Es por esta situación que se considera importante conocer si la psicoprofilaxis obstétrica contribuye a controlar la ansiedad en el contexto en el cual viven las gestantes; para una mejor salud materna y seguir brindando una psicoprofilaxis obstétrica completa de calidad; integrada a la atención prenatal continua que no solo permitan prevenir riesgos y promocionar la salud; sino también que permitan mantener una buena salud mental controlando y disminuyendo la ansiedad que está presente en el trabajo de parto.

Esta información permitirá reorientar las intervenciones sanitarias, orientadas a seguir fortaleciendo la atención integral y la psicoprofilaxis obstétrica; así mismo fortalecer las competencias en el profesional de salud obstetra que permitan brindar una psicoprofilaxis obstétrica en buenas condiciones adecuada al contexto. Los resultados también permitirán incentivar en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a la psicoprofilaxis obstétrica para una maternidad saludable. Así mismo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.

1.5. Limitaciones

Los resultados encontrados no pueden ser completamente representativos en todos los contextos o realidades, debido a que la investigación solo abarco una población de la provincia de La Mar, Ayacucho; pero los resultados son muy importantes para conocer los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica para controlar o disminuir la ansiedad en el trabajo de parto.

Es importante realizar estudios adicionales en otros contextos para tener una visión más integral del beneficio de la psicoprofilaxis obstétrica para controlar o disminuir la ansiedad.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

De Molina et al (15), investigaron sobre la ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto y la importancia de su detección; con el objetivo de conocer el nivel de ansiedad y miedos de un grupo de gestantes ante el parto y relacionarlo con la forma de finalizar el parto, el Apgar, el peso de los niños al nacer y la percepción del dolor. Estudiaron a 78 gestantes, en relación al Apgar, peso del neonato, la percepción del dolor de parto, la forma de finalizar el mismo y valorar diferentes instrumentos de detección. Se midió la variable ansiedad con el Cuestionario Ansiedad-Estado de Spielberg y con una Escala Visual Analógica, con la que se midió también la percepción del dolor y su alivio. Para medir los miedos se confeccionó un cuestionario ad hoc. Los resultados mostraron que un 30% de las mujeres presentaron un nivel de ansiedad alto, aun así, esto no condicionó la forma de finalizar el parto (p-valor: 0.983) y el Apgar al nacer (p-valor: 0.869); pero si se relacionó significativamente la ansiedad con mayor miedo al dolor de parto (p-valor: 0.041) y una peor valoración del tratamiento para su alivio. Una detección adecuada y sistemática de la ansiedad con una Escala Visual Analógica, sencilla y fácil de aplicar, permitiría a matronas y enfermeras identificar a las mujeres susceptibles de cuidados específicos dirigidos a disminuir la ansiedad y el miedo y así mejorar su experiencia ante el parto.

Sainz et al (20), investigaron sobre la Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas; con el objetivo de estimar la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes embarazadas de diferentes grupos etarios. Métodos: estudio descriptivo. Se

evaluó ansiedad y depresión (Goldberg) y factores sociodemográficos en pacientes embarazadas de 12 a 44 años de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no. 51 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de manera aleatoria. Se aplicó estadística descriptiva y χ^2 para buscar diferencias entre proporciones. Resultados: se estudiaron 103 embarazadas, con un promedio de edad de 27.7 años (DE 5.53); la escolaridad que predominó fue secundaria con 36.9%, casadas 75.7 %, empleadas 62.1%. De forma global se encontró ansiedad en 50.5% y depresión en 67%. Por grupos etarios, la ansiedad se presentó como sigue: en el grupo de 12 a 19 años, en 41%; en el de 20 a 29 años, en 46%; en el de 30 a 34 años, en 76%; y en el de 35 a 39 años, en 46%; respecto a la depresión, en el grupo de 12 a 19 años se observó en 75%; en el de 20 a 29 años, en 74%; en el de 30 a 34 años, en 65%; y en el de 35 a 39 años, en 31%. Se realizó un sub análisis en el cual se comparó el grupo más afectado contra el resto de los grupos, para ansiedad fue el de 30-34 años ($p=0.11$) y para depresión el de 12-19 años con significancia estadística ($p=0.006$). Conclusiones: se encontró una alta prevalencia de ansiedad y depresión, con una mayor prevalencia de depresión en el grupo de 12 a 19 años en comparación con los otros grupos etarios.

Lee et al (21), investigaron sobre la prevalencia, curso y factores de riesgo para la ansiedad y la depresión prenatales; con el objetivo de estimar la prevalencia y el curso de la ansiedad y la depresión prenatales en las diferentes etapas del embarazo, los factores de riesgo en cada etapa y la relación entre la ansiedad y la depresión prenatales y la depresión posparto. Métodos: Una muestra consecutiva de 357 mujeres embarazadas en una clínica prenatal en un hospital regional se evaluó longitudinalmente en cuatro etapas del embarazo: primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre y 6 semanas después del parto. El cuestionario prenatal evaluó la ansiedad y la depresión (utilizando la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria) y los factores de riesgo demográficos y psicosociales. El cuestionario posparto evaluó la depresión posparto con la Escala de depresión postnatal de Edimburgo. Resultados: Más de la mitad (54%) y más de un tercio (37,1%) de las mujeres tenían ansiedad prenatal y síntomas depresivos, respectivamente, en al menos una evaluación prenatal. La ansiedad fue más frecuente que la depresión en todas las etapas. Un modelo de efectos mixtos mostró que ambas condiciones tenían

un curso de cambio no lineal ($P < .05$ para ambas), siendo ambas más prevalentes y severas en el primer y tercer trimestre. Los factores de riesgo fueron ligeramente diferentes en las diferentes etapas. Tanto la ansiedad prenatal (odds ratio ajustado [OR] 2.66, $P = .004$ en el primer trimestre; OR ajustado 3.65, $P < .001$ en el segundo trimestre; OR ajustado 3.84, $P < .001$ en el tercer trimestre) y depresión (OR ajustado 4.16, $P < .001$ en el primer trimestre; OR ajustado 3.35, $P = .001$ en el segundo trimestre; OR ajustado 2.67, $P = .009$ en el tercer trimestre) aumentó el riesgo de depresión posparto. Conclusión: La ansiedad y la depresión prenatales son problemas frecuentes y graves con el cambio de curso. Se justifica la evaluación continua durante el embarazo. Identificar y tratar estos problemas es importante para prevenir la depresión posparto.

A nivel nacional.

Barrientos y Chapoñan (22); investigaron sobre la relación de las gestantes que acuden al programa de psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de ansiedad en el Hospital Sagaro en el 2017. El estudio tuvo como objetivo establecer la relación de las gestantes que acudieron al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y el nivel de Ansiedad en el Hospital SAGARO II-1, febrero 2017. La investigación fue cuantitativa – correlacional; de corte longitudinal con diseño preexperimental y la población la conformaron 30 gestantes que participaron del programa. Se utilizó el método de la entrevista y como instrumento la EAA del Dr. William Zung, aplicado como Pretest y Postest. Los resultados reportaron que al inicio del programa el 47% presentó Ansiedad leve, el 43% se encontró dentro de los límites normales y el 10% Ansiedad moderada; además el 47% fueron gestantes preparadas Psicoprofilácticamente, mientras que el 53% gestantes no preparadas. Así mismo después del programa de Psicoprofilaxis, el 90% se encontraron dentro de los límites normales y sólo el 10% obtuvo Ansiedad leve, considerando entonces que el Programa de Psicoprofilaxis es efectivo para disminuir el nivel de ansiedad en las gestantes, demostrado estadísticamente por el valor de la Prueba T Studen obtenido de 0.0000285.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Parto

El parto es un proceso fisiológico propio de los mamíferos, mediante el cual se expulsa el feto desde el interior de la cavidad uterina hacia el exterior del organismo materno. El concepto de parto es de fácil entendimiento, pero en el momento actual aún no se conoce con exactitud el momento puntual en que se inicia, ni tampoco sus causas. Sin embargo, sí se sabe que el parto se produce gracias a la aparición de las contracciones uterinas que de forma progresiva van aumentando en intensidad, frecuencia y duración hasta conseguir unas modificaciones en el cuello uterino que permitan el paso del feto desde la cavidad uterina y a través del canal del parto su expulsión al exterior (23).

El trabajo de parto y el parto constituyen un proceso fisiológico normal que la mayoría de las mujeres experimenta sin complicación alguna. El objetivo del manejo de este proceso es fomentar un parto seguro tanto para la madre como para el neonato. Además, el obstetra debe esforzarse por hacer que la paciente y quienes la apoyan se sientan bienvenidos, cómodos e informados a lo largo del proceso del trabajo de parto y el nacimiento. Debe alentarse el contacto físico entre el neonato y sus progenitores; hacer el máximo esfuerzo por fomentar la interacción familiar y apoyar el deseo de unión de la familia. La función del obstetra o la partera y del equipo asistente es anticipar y manejar las complicaciones que pudieran surgir, sin dañar a la madre o al feto (24).

El proceso del parto viene preparándose desde el inicio de la gestación, con las modificaciones morfológicas, estructurales y principalmente bioquímicas de la fibra uterina. Estos cambios se hacen más evidentes en la segunda mitad del embarazo y principalmente en la última fase del mismo, formándose el denominado segmento inferior a nivel del istmo uterino, para facilitar la acomodación de la presentación y la maduración del cuello uterino, paso previo a la dilatación cervical. Es imprescindible que, además de estas modificaciones, se inicien las contracciones uterinas. Sin esta

actividad uterina el parto no se produciría; por eso, y desde el punto de vista clínico, se acepta que el parto se inicia cuando existe una actividad uterina rítmica, progresiva y de cierta intensidad, con un mínimo de dos contracciones uterinas perceptibles por la molestia que producen (intensidad superior a 30 mm Hg), cada 10 minutos y con un cuello borrado en más del 50% de su trayecto y con 2 cm de dilatación en la nulípara y 3 cm en la multípara (23).

Cuando se observa el coronamiento de la cabeza fetal, el parto es inminente. El manejo cuidadoso por parte del médico y el esfuerzo controlado por parte de la madre minimizarán el traumatismo perineal. La episiotomía de rutina es innecesaria y se asocia con un aumento en pérdidas de sangre materna, aumento del riesgo de daño al esfínter anal (extensión de tercer grado) y de la mucosa rectal (extensión de cuarto grado), con la consecuente demora en la reanudación de la actividad sexual de la paciente. Una extensión adicional se sigue de la extrusión de la cabeza del introito. Una vez fuera, deben limpiarse las vías respiratorias de sangre y líquido amniótico mediante una perilla de succión. Primero debe limpiarse la cavidad bucal, seguida de la limpieza de las narinas (24).

2.2.1.1. Fisiología del Parto

Características fisiológicas de las contracciones uterinas y de las modificaciones cervicales durante el trabajo de parto. El proceso implica fenómenos mecánicos activos y pasivos que permiten la expulsión del feto y la placenta. Los fenómenos mecánicos activos son las contracciones uterinas y el pujo materno (Valsalva). Los fenómenos pasivos se manifiestan en el útero y el cuello uterino como consecuencia de las contracciones uterinas (25).

Contracciones uterinas. El principal fenómeno activo corresponde a las contracciones uterinas; ellas deben ser monitoreadas clínicamente durante el trabajo de parto. Las características fisiológicas de las contracciones uterinas se describen en la siguiente tabla (25):

Tono basal 8-10 mm Hg	Tono basal 8-10 mm Hg
Intensidad 50-70 mm Hg	Intensidad 50-70 mm Hg
Frecuencia 4-5 en 10 min	Frecuencia 4-5 en 10 min
Duración 2-3 min	Duración 2-3 min

Onda Contráctil Uterina. La onda contráctil uterina debe ser de tipo “peristáltico”, para lograr la expulsión del feto y la placenta desde la cavidad uterina. La onda contráctil se inicia en un marcapaso funcional, ubicado en la unión de la trompa de Falopio con el útero (generalmente al lado izquierdo). El marcapaso es funcional, no es anatómico, es decir no hay un sitio con fibras especiales (ej. nerviosas como el corazón) que sea responsable de iniciar la contracción. La onda contráctil uterina se inicia en el marcapaso funcional y se propaga siguiendo la “triple gradiente descendente” (25). Se entiende por triple gradiente descendente a la característica fisiológica de la onda contráctil uterina, caracterizada por:

- Inicio en el fondo uterino
- Mayor intensidad en el fondo uterino
- Mayor duración en el fondo uterino

Fenómenos pasivos. A consecuencia de las contracciones uterinas, se producen los fenómenos pasivos, durante el trabajo de parto (25).

- 1 Ampliación del segmento inferior: la región ístmica del útero se convierte durante el embarazo en el segmento inferior. Este segmento inferior, durante el trabajo de parto,

se amplia y se adelgaza. En el segmento inferior se efectúa la histerotomía para la operación cesárea (25).

- 2 Borramiento y dilatación del cuello uterino: el borramiento es el acortamiento del cuello uterino. El borramiento y la dilatación se produce de modo pasivo a medida que el feto es propulsado a través del cuello. Un paso previo a la dilatación y borramiento es la “maduración” del cuello uterino, la cual es mediada por hormonas como se verá más adelante (25).
- 3 Expulsión del tapón mucoso: se trata de una mucosidad que cubre el cuello uterino. Cuando el cuello se modifica, este tapón mucoso puede expulsarse al exterior y ser visible como una mucosidad en los genitales (25).
- 4 Formación de la bolsa de las aguas: producto de las contracciones uterinas, las membranas fetales y el líquido amniótico que contienen, son propulsados en forma de cuña hacia el cuello, esto es la “formación de la bolsa de las aguas” (25).
- 5 Encajamiento, descenso y expulsión del feto
- 6 Alumbramiento (salida de la placenta)

Maduración Cervical. El cuello uterino es prácticamente un órgano distinto al cuerpo uterino. El cuello debe modificarse durante el embarazo y parto para permitir la salida del feto. El proceso se inicia por modificaciones bioquímicas del cuello y continúa con modificaciones mecánicas pasivas (25).

- **Modificaciones bioquímicas del cuello:** bajo la acción de diferentes hormonas, el cuello uterino sufre modificaciones en sus características biológicas, a lo largo del embarazo (25).
 - **Quiescencia miometrial:** cuello duro, bajo la acción preferente de la progesterona (25).

- **Activación miometrial:** cuello blando, es lo que se conoce como: “maduración cervical” (25).
- **Estimulación miometrial:** durante la estimulación miometrial (trabajo de parto clínico), se produce el fenómeno mecánico pasivo de borramiento y dilatación cervical (25).

Se estima que la maduración cervical bioquímica es mediada por:

- Prostaglandinas
- Estrógenos
- Disminución de la progesterona
- Óxido nítrico
- Relaxina
- **Modificaciones mecánicas (pasivas) del cuello uterino:** ocurren a medida que el polo fetal es propulsado hacia el cuello, por las contracciones uterinas. En esencia el cuello se acorta (borramiento) y se dilata. El cuello uterino tiene una porción intra-vaginal y una porción supra-vaginal. La porción intra-vaginal mide 2 cm. Si en el tacto vaginal se detecta que la porción intravaginal mide 1 cm, se dirá que el cuello está 50% borrado, los procesos de borramiento y dilatación ocurren de modo diferente en la mujer que nunca ha tenido un parto vaginal (nulípara), comparado con aquella que ha tenido uno (primípara) o más partos vaginales (múltipara). En la nulípara, el borramiento del cuello ocurre primero, de modo que la dilatación se inicia cuando el cuello uterino está 100% borrado. En la múltipara, borramiento y dilatación ocurren de modo simultáneo, lo usual es detectar 100% de borramiento, cuando la dilatación ya se encuentra en 4 cm (25).

2.2.1.2. Trabajo de Parto

Corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles y termina con la expulsión de la placenta. Respecto del modelo de fisiología de las contracciones uterinas, el Trabajo de Parto corresponde a la fase de estimulación miometrial (25).

Fases Clínicas del Trabajo de Parto. Las fases clínicas del trabajo de parto fueron establecidas en el trabajo del Dr. Emanuel A. Friedman en el año 1954, quien presentó una representación gráfica de la progresión del trabajo de parto: Partograma. En el partograma se dibuja el progreso de la dilatación y el descenso de la presentación fetal, en función del tiempo. El trabajo de parto se divide en tres etapas (25):

- 1 **Primera etapa: dilatación.** Se compone de dos fases:
 - **Fase latente:** entre el inicio de las primeras contracciones perceptibles, hasta el inicio de la fase activa. En promedio la duración de la fase latente se describió en: 4,8 horas en la nulípara y 6,4 horas en la multípara. Se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en multípara (25).
 - **Fase activa:** se inicia en presencia de un cuello 100% borrado y con 3 cm de dilatación; y termina con la “dilatación completa” (10 cm). Friedman describió que la fase activa se compone de tres etapas: aceleración, máxima pendiente y desaceleración; dando a la curva de partograma un aspecto sigmoideo. La velocidad de progresión, respecto de la dilatación cervical, es dependiente de la paridad, clásicamente se ha establecido que la velocidad de progresión es en promedio: 1.2 cm/h en nulípara y 1.6 cm/h en multípara. Hoy en día sabemos, que en muchas mujeres

que finalmente tienen un parto vaginal, la velocidad de progresión es más lenta que lo que Friedman describió. Adicionalmente, se ha observado que la dilatación del cuello es más rápida a medida que la dilatación progresa, es decir, no tiene la forma sigmoidea (con desaceleración) final como se pensó. En la fase activa, asociado a la dilatación del cuello uterino, se produce el descenso de la presentación fetal a través del canal de parto (25).

2 Segunda etapa: expulsivo.

Se inicia cuando la dilatación es completa (10cm) y termina con la salida del bebé. Dura máximo 2 h en nulípara sin anestesia y 1 h en multípara sin anestesia. Se ha demostrado que la anestesia peridural, prolonga la fase de expulsivo en una hora (3 h nulípara – 2 h multípara). Durante esta etapa se completa el descenso de la presentación fetal (25).

3 Tercera etapa: alumbramiento.

Corresponde al período desde la salida del bebé, hasta la salida de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulípara y 30 minutos en multípara (25).

2.2.2. Psicoprofilaxis obstétrica

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre. La PPO debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética. La PPO disminuye las complicaciones y brinda una mejor posibilidad de una rápida recuperación, contribuyendo a la reducción de la morbilidad y mortalidad maternal perinatal (1, 26, 27)

La Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) como herramienta fundamental en la atención integral, con certeza tiene un impacto relevante en la salud de las madres y bebés. Desde que el ilustre Profesor Doctor Roberto Caldeyro Barcia (Montevideo, 1921–1996), médico perinatólogo, impulsor y Director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP-OPS/OMS), Montevideo, Uruguay, demostró y difundió su valor, desde la década de los 70, no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos y perinatales que ofrece la PPO y que igualmente, beneficia al equipo de salud (28).

Con el desarrollo de la PPO en los últimos años, se han incorporado nuevos conceptos que han permitido desarrollar una PPO con mayor criterio técnico y calidad, como en el caso de algunas situaciones clínicas, que requieren que el profesional a cargo, con su capacidad discrecional, ofrezca en cada sesión un contenido de acuerdo a las condiciones de cada usuaria, como sería el caso de una gestante con placenta previa, gestación múltiple, enfermedad hipertensiva, en edad extrema u otros), la cual se ha denominado PPO en situaciones especiales (28).

El concepto actual de la PPO implica que siempre será positivo que la gestante reciba la preparación aún al final de su gestación, ya que recibirá consejos y entrenamiento que le permitirán responder de mejor manera y colaborar en el momento de su parto, concepto que ha sido definido como PPO de emergencia. La PPO al ser una preparación integral que contempla personalización en la atención de cada gestante, debe ser con criterio clínico, enfoque de riesgo, ética y humanización (28).

2.2.2.1. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica (26, 27)

- Menor grado de ansiedad en la madre permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes.

- Mayor posibilidad de ingresar al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto, evitando innecesarias y repetidas evaluaciones previas.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva.
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos en general
- Menor riesgos a presentar complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto
- Ampliará las posibilidades de gozar de la participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto.
- Menor incidencia de partos por cesárea y partos instrumentados
- Recuperación más rápida y cómoda
- Mejora la lactancia sin complicaciones
- Menor incidencia de depresiones post parto

2.2.2.2. Bases Doctrinarias de la psicoprofilaxis obstétrica

Escuela Inglesa. Representada por el Dr. Grantly Dick Read.- postulado "el temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal". Establece un orden de importancia entre los 4 elementos: educación, respiración, relajación, gimnasia (27, 29).

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 (27, 29).

Escuela francesa. Representada por el Dr. Fernand Lamaze Postulado: "parto sin dolor por el medio Psicoprofiláctico en

base a la educación neuromuscular. Sus bases teóricas son las mismas que las de la escuela rusa (27, 29).

2.2.2.3. Tipo de Psicoprofilaxis

PPO Prenatal (PPO-PN).

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación. El mejor momento para iniciarla es entre el quinto y sexto mes prenatal; Sin embargo, hay que tener presente que nunca es tarde para realizarla (28).

PPO Intranatal (PPO-IN).

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante el trabajo de parto. Por el período en que se realiza, priorizará la información técnica de ayuda a la madre y persona que le brinde el acompañamiento, enfocado hacia una respuesta adecuada durante la labor. También es denominada PPO de emergencia (28).

PPO Postnatal (PPO-PTN).

Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda después del parto. Por lo general se da durante el período de puerperio mediato, pudiendo ampliarse hasta los primeros meses del período de lactancia exclusiva. Su finalidad es lograr la recuperación y reincorporación óptima de la madre promoviendo cuidados en su salud sexual y reproductiva (28).

Psicoprofilaxis de emergencia (PPO-EM).

Es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta durante su labor de parto. Es importante la adaptación de un programa o sesión intensiva teniendo en cuenta las prioridades. Busca esencialmente la tranquilidad, colaboración y participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional. La principal herramienta de la psicoprofilaxis de emergencia proviene de la escuela soviética ya que busca el “automatismo de la respuesta condicionada” para facilitar una

mejor actitud, rol activo y experiencia obstétrica en la madre (28).

Psicoprofilaxis Obstétrica en situaciones especiales (PPO-SE).

Preparación prenatal integral que se da a las gestantes cuya gestación no reúne las condiciones normales y/o ideales, por lo que de acuerdo con cada situación especial (SE), requerirá una atención basada en las necesidades específicas de cada madre. Por su origen, la SE puede ser de tipo personal, médica o sociocultural (28).

Preparación física (PF).

Entrenamiento que se brinda a la gestante de acuerdo con sus condiciones generales y obstétricas para que obtenga beneficios corporales y mentales. La prepara para lograr una gestación, parto y recuperación en mejores condiciones. Ésta puede ser a través de ejercicios gestacionales, técnicas de actividad respiratoria, técnicas de relajación neuromuscular, posiciones antálgicas y/o masajes localizados, entre otros (28).

Preparación psicoafectiva (P-PA).

Apoyo emocional que se brinda a la gestante/pareja gestante, permitiéndole disfrutar la llegada del bebé sin temores o ideas negativas, logrando en ellos tranquilidad, seguridad y bienestar permanentes. Ayuda también en el proceso de desligar el fenómeno de temor – tensión – dolor. La preparación psicoafectiva circunscribe la Estimulación Prenatal (28).

Preparación teórica (PT).

Información real y oportuna que se brinda a la gestante para que conozca y entienda aspectos relacionados con su jornada obstétrica, lo cual la ayuda a tener tranquilidad y seguridad, empoderándola respecto de los cuidados de salud y generando en ella una cultura de prevención (28).

2.2.2.4. Sesiones de la Psicoprofilaxis Obstétrica según el Ministerio de Salud del Perú

La psicoprofilaxis consta de seis sesiones.

La primera sesión:

Cambios durante el embarazo y signos de alarma. Tiene como objetivo enseñar a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que experimenta durante el embarazo, enseñar a reconocer de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, entrenar en gimnasia de ablandamiento (27).

La segunda sesión:

Atención prenatal y autocuidado. Tiene como objetivo resaltar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación activa de la familia y comunidad, educar a la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma (retroalimentación en cada sesión) y su manejo oportuno en el establecimiento de salud, identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y el niño/a por nacer (27).

La tercera sesión:

Fisiología del parto. Tiene como objetivo dar a conocer las causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto, reconocer los signos y señales del inicio de labor de parto, informar sobre la importancia del contacto precoz piel a piel de la madre y el recién nacido y el rol de la pareja y la familia ejercitar las técnicas y/o estrategias para disminuir el dolor en el parto (27).

La cuarta sesión:

Atención del parto y contacto precoz. Tiene como objetivo enseñar a las gestantes sobre el parto y sus períodos, brindar información acerca de los tipos y posturas del parto con adecuación, intercultural y atención humanizada, preparar a las gestantes para el parto y sus períodos mediante técnicas de relajación y respiración (27).

La quinta sesión:

Puerperio y recién nacido. Tiene como objetivo enseñar a la gestante, su pareja y familia como reconocer los signos y síntomas de alarma y sobre los cuidados durante el puerperio, educar a la gestante, pareja y familia sobre el 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 una lactancia materna exclusiva y exitosa, planificación familiar (27).

La sexta sesión:

Reconocimiento de los ambientes. Tiene como objetivo 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, Clausura del programa (27).

2.2.2.5. Requerimientos básicos para la psicoprofilaxis obstétrica en el Perú

Recursos Humanos

Las actividades de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal son realizadas por profesional de la salud obstetra (27).

En algunos establecimientos se considera al mismo profesional obstetra que realiza las actividades de salud materna y prenatal. En los establecimientos FONB se requiere de profesionales obstetras a dedicación exclusiva para las actividades de Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, brindando atención diferenciada a las adolescentes. En los establecimientos FONB y FONI se requiere de profesionales obstetras a dedicación exclusiva para cada una de las 2 áreas (27):

Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, las que a su vez brindaran atención diferenciada para adolescentes. Cada área debe elaborar su guía técnica adecuada al nivel de atención (27).

Infraestructura

Los establecimientos FONP pueden adecuar los espacios con los que cuenta de acuerdo a la infraestructura, asegurando la comodidad y privacidad a las usuarias y sus familiares en las sesiones de Psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal (27).

2.2.3. Ansiedad

La ansiedad es una experiencia emocional universal a la que todos hemos estado sometidos en múltiples ocasiones. Las experimentamos cuando surgen cambios o se ve modificada nuestra vida cotidiana, nuestras circunstancias personales, familiares o laborales, cuando nos presentamos a un examen, a una entrevista de trabajo, ante una cita importante, etc. En general surgen ante cualquier situación que evaluamos como amenazante, que nos genera incertidumbre o que pensamos puede desbordar nuestros recursos para resolverla eficazmente. Es decir, la ansiedad se refiere a una respuesta a un peligro indefinido, confuso o imaginario. De manera similar, el estrés es la respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo (evento, objeto o persona) que interpretamos como amenazante o

que pone en peligro, de algún modo, nuestra integridad tanto física, como psicológica o social. Ante estas situaciones todos experimentamos los síntomas característicos de la respuesta de ansiedad o estrés: preocupación, temor, aprensión, taquicardia, manos sudorosas, aceleración de la respiración, rigidez muscular, inquietud, etc. Todas ellas son respuestas fisiológicas, cognitivas y emocionales que no nos son ajenas (30).

2.2.3.1. Ansiedad adaptativa y patológica

Esta reacción de activación que forma parte de la ansiedad y el estrés puede ser una respuesta adaptativa cuando cumple la función para la que, a lo largo del desarrollo filogenético, se ha venido desarrollando hasta formar parte de nuestro repertorio psicofisiológico y conductual. Esta función no es otra que la de actuar como mecanismo de atención, alerta, preparación y protección frente al peligro. Es decir, se trata de una reacción que prepara o activa al organismo para dar respuesta y solución a las demandas de la situación que evaluamos como potencialmente peligrosa. En este sentido destacamos que la ansiedad (su componente de activación), por sí misma, no es una reacción negativa o necesariamente patológica, sino más bien todo lo contrario: cumpliría una función esencial para la supervivencia del individuo, como mecanismo clave de alerta y preparación ante posibles peligros, amenazas o exigencias ambientales, facilitando una serie de recursos excepcionales para un afrontamiento rápido, ajustado y eficaz en situaciones límite (30).

Pero la ansiedad puede llegar a convertirse en una respuesta desadaptativa, y constituirse en un trastorno psicológico altamente incapacitante. Debemos hablar entonces de la vertiente patológica de una reacción natural. Para que esto se produzca, la respuesta de ansiedad mostrará las siguientes características (30):

- Será desproporcionada y/o injustificada ante estímulos o situaciones ambientales cotidianas,
- Escapará del control voluntario de la persona afectada,
- Tendrá un carácter intenso y recurrente,
- Generará disforia, es decir, incomodidad y malestar significativos,
- Interferirá negativamente en la vida de la persona en múltiples ámbitos.

Como se puede observar, esta reacción de ansiedad en lugar de cumplir su función primigenia (activar al organismo para dar respuesta a las demandas de la situación), pasará a interferir, más que a facilitar, la solución de las demandas ambientales. De este modo, la respuesta de activación perdería su valor adaptativo, convirtiendo a los eventos cotidianos que la desencadenan en fuentes potenciales de terror y pánico, e incluso se trasladaría a otras situaciones que en principio no estaban relacionadas con dicha respuesta (30).

Además, si no se interviene a este nivel, con el paso del tiempo, es probable que esta situación evolucione, impulsando a la persona que la sufre a adoptar toda una serie de comportamientos desadaptativos como respuestas de evitación y/o huida a fin de mantenerse al margen de las fuentes de peligro percibido (p.e: evitar salir de casa, rehuir cualquier tipo de contacto social, etc.). Este tipo de medidas afectarán intensamente al bienestar personal y a la calidad de vida de la persona afectada, tanto a nivel personal como familiar, social o laboral (30).

2.2.3.2. Como se produce la ansiedad

La reacción de ansiedad o estrés se desarrolla, básicamente, en tres fases:

- (1) Evaluación o interpretación de la situación: Cada individuo evalúa de forma diferente el peligro o el riesgo ante situaciones similares. Generalmente se considera amenazante aquella situación que implica cambios en el estilo cotidiano de vida, interrupciones o pérdidas, conflictos interpersonales o alteraciones de la salud, tanto propia como de personas significativas. Además, estas situaciones son interpretadas como desbordantes de nuestros recursos para afrontarlas (30).
- (2) Anticipación del riesgo: Si el sujeto evalúa la situación como potencialmente peligrosa, anticipará, previamente a que se den, una serie de riesgos, su probabilidad de ocurrencia y cómo podría prevenirlos o afrontarlos. Es decir, se dedica un tiempo a pensar qué puede suceder en esa situación y qué podemos hacer si sucede lo que imaginamos, casi siempre algo negativo (30).
- (3) Activación psicofisiológica: Ante las situaciones que son interpretadas como de riesgo o amenaza, el organismo se prepara para actuar, huir o luchar. Se dan, entonces, una serie de cambios fisiológicos que ayudarán a responder rápidamente a las demandas situacionales. De este modo, el organismo modifica su funcionamiento para proveerse de una serie de recursos excepcionales que facilitarán su actuación ante el peligro (30).

2.2.3.3. Síntomas físicos provoca la ansiedad

Debemos tener presente que siempre que una situación, real o imaginaria, sea evaluada como amenazante y desbordante de nuestros recursos, automáticamente nuestro organismo reaccionará incrementando su nivel de activación psicofisiológica. Debido a esto podremos observar la aparición de una serie de síntomas físicos desagradables o molestos. De hecho, muchos rasgos relacionados con la ansiedad o el estrés no son más, ni menos, que reflejo de la intensa actividad interna

con la que nuestro organismo se prepara para actuar ante situaciones percibidas como peligrosas. En este sentido, un amplio abanico de síntomas físicos son consecuencia directa de una activación psicofisiológica intensa y/o sostenida que puede acabar por modificar o alterar el funcionamiento de diversos sistemas u órganos. Así, podemos señalar sus efectos negativos a nivel del (30):

- Sistema nervioso: dolor de cabeza (cefaleas y migrañas), mareos, vértigo, alteraciones visuales, dificultades en la concentración o memoria y alteraciones del sueño.
- Sistema autónomo simpático: sofoco, sensación de calor, sudoración excesiva, sequedad de boca, rubor facial, escalofríos.
- Sistema cardiovascular: taquicardia, palpitaciones, hipertensión arterial, opresión torácica y dolor en el pecho.
- Sistema respiratorio: dificultades para respirar (disnea), respiración acelerada y superficial (hiperventilación), dificultades para hablar.
- Sistema digestivo: dificultades para tragar (disfagia), dolor abdominal, digestiones pesadas, gases (aerofagia), náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento.
- Aparato locomotor: tensión muscular (que cristaliza en dolor de espalda, articular o contractural), temblores, hormigueo, sensación de adormecimiento, dificultades de coordinación, fatiga o debilidad muscular.
- Sistema dermatológico: sensación de picor, dermatitis o eccemas y caída del cabello.
- Sistema genitourinario: necesidad imperiosa y recurrente de orinar (disuria), alteraciones del ciclo menstrual (amenorrea o dismenorrea), dolor a la hora de realizar el coito (dispareunia), impotencia (disfunción eréctil), eyaculación precoz o retardada y disminución del deseo sexual.

2.2.3.4. Otros síntomas de la ansiedad

Además de los síntomas físicos que acabamos de enumerar, la activación se ve acompañada por un conjunto de emociones y pensamientos desagradables (como temor, intranquilidad, sobresalto, sensación inminente de catástrofe, sensación de distanciamiento o irrealidad, sentimientos de pérdida del control y de inadecuación e ineficacia, etc.) y una serie de comportamientos poco adaptativos (como irritabilidad, inquietud, tartamudeo y dificultades en la comunicación verbal, conductas sistemáticas y planificadas de evitación, retraimiento social, rituales compulsivos y conductas poco saludables como abuso de tabaco, alcohol u otras drogas o fármacos, atracones de comida etc.) (30).

En resumen, unos niveles moderados de ansiedad son beneficiosos para afrontar situaciones de riesgo. Sin embargo, por encima de estos niveles o cuando esta reacción persiste más allá de la situación que la desencadena, la ansiedad se convierte en una reacción que interfiere, dificulta o bloquea un afrontamiento eficaz. Además, esta reacción se experimenta como una sensación desagradable, tanto a nivel físico como emocional. Pero, si entre nuestros recursos para afrontar situaciones de dificultad, disponemos de una estrategia para controlar o reducir la activación, seguramente nuestra ejecución será más eficaz y, por tanto, el resultado será más adecuado. En consecuencia, aprender a controlar y reducir esta sobre activación nos dará un mayor sentimiento de competencia para afrontar dificultades, y repercutirá positivamente en nuestro bienestar personal (30).

2.2.4. Características sociales

Las características sociales son una vía de explicación multilateral de la complejidad de una realidad concreta o sistema social, gracias al análisis de las múltiples conexiones que como parte de ese sistema y de otros se establecen a través suyo, permitiendo obtener una visión parcial de la totalidad de la misma (31). Estas características en cualquier realidad concreta están constituidos por las interacciones que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación de lo social, como son: las estructuras sociales, las instituciones sociales como la familia, la escuela, el Estado, la religión, la cultura, etcétera, las cuales al mismo tiempo que son constituidas gracias a su mediación por los actores sociales colectivos e individuales a través de la realidad concreta, inciden en la realidad concreta como un todo, en la misma medida que ella influye también en ellos (31).

2.2.4.1. Edad

Tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento. La edad también representa cada una de las etapas del desarrollo físico y los periodos en que se divide la vida humana, como la infancia, adolescencia, juventud, madurez y vejez.

La edad es un antecedente biodemográfico que permite identificar factores de riesgo a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia el período llamado edad fértil. El embarazo, si bien es una situación fisiológica, expone a la mujer, al feto y recién nacido, a la probabilidad de enfermar o morir.

2.2.4.2. Educación de la gestante

La educación en la gestante ha mostrado una relación inversamente proporcional con la morbilidad materna perinatal. Según algunos investigadores esto se explicaría porque las madres de un mejor nivel educacional posponen la maternidad o la edad de matrimonio y además optan por cuidados médicos para el control del embarazo y parto, por lo cual esta variable está íntimamente

relacionada con actitudes y prácticas de las madres. Mosley menciona que en países subdesarrollados la educación paterna puede ser tan importante como la materna, ya que un padre mejor educado es quien decide en última instancia por una adecuada atención médica o cuidados de sus hijos (32).

2.2.4.3. Estado civil

Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto. Conjunto de las circunstancias personales que determinan los derechos y obligaciones de las personas (33).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás. Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, separado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos: Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona (34).

Se distinguen 06 tipos (soltero, casado, viudo, divorciado, conviviente). Para aspectos de estudio consideraremos:

Soltero: Es la persona que no tiene unión legal con otra persona.

Casado: Persona que legalmente está unida a otra persona atribuyéndoseles derechos y obligaciones de la otra.

Conviviente: es la persona que legalmente no está unida, pero que desarrolla una vida de convivencia con otra atribuyéndosele algunas obligaciones y responsabilidades.

Divorciado: Es la persona que legalmente por trámite judicial culmina el matrimonio, pudiendo desarrollar de forma libre acciones personales y/o familiares (35).

2.3. Definición de términos

El embarazo o gravidez (de grávido, y este del latín gravidus) es el período que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto.

Gestante. Estado de embarazo o gestación. Estado fisiológico de la mujer que se inicia con la fecundación y termina con el parto.

Ansiedad. La ansiedad es una experiencia emocional, es una respuesta fisiológica y psicológica del organismo ante un estímulo (evento, objeto o persona) que interpretamos como amenazante o que pone en peligro, de algún modo, nuestra integridad tanto física, como psicológica o social (30).

Parto. El parto es el conjunto de fenómenos fisiológicos que determinan y acompañan la expulsión del feto y los anexos ovulares.

Psicoprofilaxis obstétrica (PPO). Es la preparación integral, teórica, física y psicoafectiva, que se brinda durante la gestación, parto y/o postparto para alcanzar una jornada obstétrica en las mejores condiciones saludables y positivas en la madre y su bebé(s), forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz; también fortalece la participación y rol activo del padre (28).

Trabajo de parto. Corresponde al proceso fisiológico, mediado por las contracciones uterinas, que conduce al parto. Comienza con las primeras contracciones uterinas perceptibles y termina con la expulsión de la placenta (25).

2.4. Hipótesis

Hipótesis Nula (Ho): No existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Hipótesis Alterna (Ha): Existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

2.5. Variables de estudio

2.5.1. Variables propias del estudio:

Variable 1: Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Variable 2: Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

2.5.2. Variable general de caracterización del grupo de estudio:

Características de las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica

Subvariables:

Edad de la gestante en años

Lugar de procedencia de la gestante

Nivel de instrucción de la gestante

Estado civil de la gestante

Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica completa

2.6. Operacionalización de variable

2.6.1. Variable general de caracterización del grupo de estudio

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características de las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica	Son rasgos o singularidades de naturaleza social, biológica u otra que identifica a alguien o a un grupo de personas en su embarazo.	Aplicación del cuestionario para la evaluación del nivel de ansiedad en el trabajo de parto a las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica.	Edad de la gestante en años	¿Cuántos años de edad tiene Ud.?	Numérico
			Lugar de procedencia de la gestante	¿Cuál es su lugar de procedencia?	Rural (1) Urbano (2) Urbano marginal (3)
			Nivel de instrucción de la gestante	¿Cuál es su nivel de Instrucción?	Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior técnico (4) Superior universitario (5)
			Estado civil de la gestante	¿Cuál es su estado civil?	Soltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5)
			Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica completa	¿Cumplió usted con todas sus sesiones de psicoprofilaxis obstétrica?	Si (1) No (2)

2.6.2. Variables propias del estudio

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Ítems	Valor
Variable 1: Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.	Reacción o respuesta emocional mínima a máxima que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas.	Aplicación del cuestionario para la evaluación del nivel de ansiedad en el trabajo de parto a las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica.	Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica	Preguntas del Cuestionario para valoración de la ansiedad Adaptado de la escala de William W.K. Zung (ver en anexos)	Dentro de límites normales (1) Presencia de ansiedad mínima (2) Presencia de ansiedad marcada o severa (3) Presencia de ansiedad en grado máximo (4)
Variable 2: Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.	Reacción o respuesta emocional mínima a máxima que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas.	Aplicación del cuestionario para la evaluación del nivel de ansiedad en el trabajo de parto a las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica.	Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica	Preguntas del Cuestionario para valoración de la ansiedad Adaptado de la escala de William W.K. Zung (ver en anexos)	Dentro de límites normales (1) Presencia de ansiedad mínima (2) Presencia de ansiedad marcada o severa (3) Presencia de ansiedad en grado máximo (4)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

La investigación sobre nivel de ansiedad en el trabajo de parto en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, se realizó en el distrito de San Miguel de la provincia de La Mar, región Ayacucho.

San Miguel es uno de los nueve distritos que conforman la provincia de La Mar en el departamento de Ayacucho. San Miguel está ubicado en la parte norestes de la región Ayacucho, a 2661 m.s.n.m. a 13° 00' 32" de latitud sur y 73° 58' 45" de longitud oeste; cuenta con una superficie de 902.98 km² constituye el 7.63% del territorio de la provincia de La Mar. Tiene una población de 10,326 habitantes, su densidad poblacional es de 11,44 habitantes/ km². El relieve de su suelo es poco accidentado y agreste en su vertiente andina y ceja de selva. La zona de mayores altitudes es de topografía irregular.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación prospectiva, observacional, analítica. Observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos en el caso de la psicoprofilaxis obstétrica y la ansiedad, prospectiva porque el inicio del estudio es anterior a los hechos estudiados y los datos se recogen a medida que se van sucediendo (36-38).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue correlacional (Dankhe 1986); este tipo de estudio tiene como finalidad conocer la relación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto en particular; también permite comparar diferencias entre grupos. En el estudio se pudo comparar el nivel de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétricas. Es decir se buscó determinar si existen diferencias en las variables de los grupos estudiados (36, 39-41).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

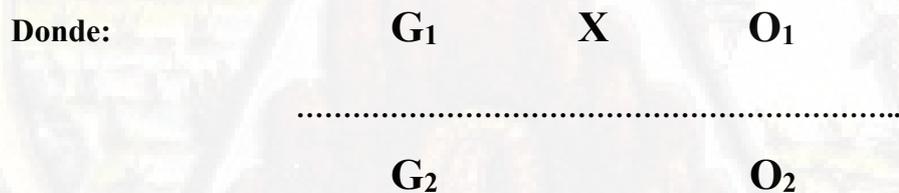
Se utilizó el método inductivo. Según Pimienta (42) es aquel que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares. Se trata del método científico más usual, en el que pueden distinguirse cuatro pasos esenciales: la observación de los hechos y su registro; la clasificación y el estudio de estos hechos; la derivación inductiva que parte de los hechos y permite llegar a una generalización; y la contrastación. Es un método científico que elabora conclusiones generales a partir de enunciados observacionales particulares y parte de lo particular a lo general.

3.4.2. Método Básico

Se utilizó el método descriptivo porque describe las características de la población de estudio en su forma natural, basada en la observación (42).

3.5. Diseño de investigación

El diseño de la investigación es cuasi experimental. El principal rasgo de este diseño es que los participantes no son asignados aleatoriamente. Es un método de observación sistemática en el que los participantes son clasificados de acuerdo a ciertas características para este caso son gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica. En este diseño no se habla de grupo control, se habla de grupos de comparación (37, 39, 43).



G₁ y G₂: Gestantes atendidas en el hospital de apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho.

X: preparación con psicoprofilaxis obstétrica.

O₁ y O₂: Niveles de ansiedad en el trabajo de parto.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las gestantes a término en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar de la región Ayacucho en el periodo de enero a junio del 2019; según registros estadísticos fueron un total de 43 gestantes (20 gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica y 23 gestantes a término).

Según Hernández una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, es la totalidad del fenómeno a estudiar, donde las entidades de la población poseen una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación (38, 40, 44, 45).

3.6.2. Muestra:

El estudio tuvo dos muestras, la primera muestra fueron todas las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto que fueron 20 gestantes. La segunda muestra fueron 20 gestantes sin sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto (muestra no aleatoria).

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se tomó en cuenta los aspectos éticos, ya que toda información recolectada fue de absoluta reserva, no se vulneró los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue la **encuesta**; esta técnica utilizó un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recogió y analizó una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio, del que se pretendió explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características (46).

El instrumento fue el **cuestionario** para evaluar la ansiedad, según la Escala de Auto-Evaluación de Ansiedad (EAA) de Zung, que puede ser administrada de manera individual y colectiva. La escala consiste en un cuestionario de 20 frases, cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la ansiedad como síntoma o signo. Se ofrecen cuatro alternativas de respuesta en escalas tipo Likert, que comprenden: “Muy pocas veces”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y

“Casi siempre”. Para obtener el grado de ansiedad se comparó la Escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de 1, 2, 3, 4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo. Luego se suman todos los valores parciales y se convierte la puntuación total en un índice basado en 100. Un puntaje de 25 a 40 indica que no hay ansiedad presente, de 41 a 60 indica que hay ansiedad mínima o moderada, de 61 a 70 que hay una ansiedad marcada o severa, y de 71 a 100, que hay ansiedad en grado máximo (47).

Los datos recogidos fueron ordenados, codificados e ingresados a una tabla en Excel y luego para el análisis fue transportada al software SPSS 23, paquete estadístico intuitivo y versátil que posibilita en análisis de datos de investigaciones con enfoque cuantitativo.

3.8. Procedimiento de recolección de datos

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta lo siguiente:

Primero: Se realizó el trámite administrativo en el programa de segunda especialidad de la Facultad de Ciencias de la Salud, para el proceso de investigación.

Segundo: Se adecuo el instrumento de evaluación de ansiedad de Zung al contexto; buscando que el instrumento mida en nivel de ansiedad.

En el instrumento de investigación, el contenido o ítems utilizados para las mediciones y sus resultantes fueron consideradas pertinentes para la investigación.

Tercero: Luego se solicitaron los permisos respectivos para la realización de la investigación al director del Hospital de Apoyo San Miguel. El permiso o autorización fue importante para el acceso a las instalaciones del servicio de obstetricia para la aplicación del cuestionario.

Cuarto: Se capacitaron a los investigadores de campo para la recolección de los datos de investigación y aplicación del cuestionario de investigación.

Quinto: Con la debida autorización del director del Centro de Salud, se tuvo una reunión con el responsable de la jefatura de los servicios de salud de obstetricia y la Oficina de Estadística e Informática, para las coordinaciones previa a la recolección de información. Luego se procedió a la aplicación del instrumento a las gestantes en trabajo de parto con y sin psicoprofilaxis obstétrica.

Sexto: Se codifico y tabulo los datos obtenidos en una hoja de cálculo del aplicativo Microsoft Office Excel; para el análisis estadístico se exporto la base de datos del Excel al programa “Statistical Package for the Social Sciences” (SPSS).

3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos

Primero se realizó un ordenamiento y clasificación de los datos recolectados en el trabajo de campo. Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo en Microsoft Excel 2016; esto se realizó por el fácil uso y familiaridad con el aplicativo ofimático. Para el análisis estadístico se importó la base de datos del Excel al programa SPSS 23 para Windows, con la finalidad de realizar el análisis estadístico descriptivo según la naturaleza del estudio, el análisis comparativo con la prueba de hipótesis utilizando la U de Mann-Whitney.

El ingreso de datos lo realizó una persona con experiencia en el manejo de equipos de cómputo hojas de cálculo Excel y software SPSS.

Los datos fueron presentados en tablas de frecuencias absolutas, relativas, medidas de tendencia central y tablas de doble entrada con prueba de hipótesis. Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada y para determinar las diferencias entre grupos, se aplicó una prueba de Mann-Whitney.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigó la diferencia entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Tabla 1. Edad de la gestante a término con y sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Estadísticos	Edad de la gestante en trabajo de parto con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica	Edad de la gestante en trabajo de parto sin sesiones de psicoprofilaxis obstétrica
Cantidad de gestantes a termino	20	20
Media	23.95	29.50
Mediana	24.00	31.00
Moda	26	31 ^b
Mínimo	16	15
Máximo	33	39
Percentil 25	20.00	23.00
Percentil 50	24.00	31.00
Percentil 75	28.25	36.00

b. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Fuente: Cuestionario sobre niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

En la tabla 1. Del total de gestante a término en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel. La edad promedio en las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica fue de 23.95 años, la edad promedio en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica fue de 29.50 años, la edad mínima en las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica fue de 16 años y la

edad máxima de 33 años, la edad mínima en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica fue de 15 años y la edad máxima de 39 años, el 50% de las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 24 años, el 50% de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 31 años, el 75% de las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron menos de 28.25 años, el 75% de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron menos de 36 años.

Tabla 2. Lugar de procedencia de la gestante a término con y sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Lugar de procedencia	Con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica		Sin sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Rural	9	45.0%	8	40.0%
Urbano	6	30.0%	9	45.0%
Urbano marginal	5	25.0%	3	15.0%
Total	20	100.0%	20	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Tabla 2. Del total de gestante a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel (20 gestantes). El 45%(9) fueron de procedencia rural, el 30%(6) fueron de procedencia urbana y el 25%(5) fueron de procedencia urbano marginal.

Del total de gestante a término sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel (20 gestantes). El 40%(8) fueron de procedencia rural, el 45%(9) fueron de procedencia urbana y el 15%(3) fueron de procedencia urbano marginal.

Tabla 3. Nivel de instrucción de la gestante a término con y sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Nivel de Instrucción	Con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica		Sin sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Sin Instrucción	0	0.0%	0	0.0%
Primaria	3	15.0%	10	50.0%
Secundaria	17	85.0%	9	45.0%
Superior Técnico	0	0.0%	0	0.0%
Superior Universitario	0	0.0%	1	5.0%
Total	20	100.0%	20	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Tabla 3. Del 100% (20) de gestante a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel. El 15% (3) tuvieron primaria, el 85%(17) tuvieron secundaria.

Del 100% (20) de gestante a término sin psicoprofilaxis obstétrica, en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel. El 50% (10) tuvieron primaria, el 45%(9) tuvieron secundaria y el 5%(1) tuvieron superior universitario.

Encontrando una mayor proporción de nivel educativo secundario (casi el doble) en el grupo de gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica.

Tabla 4. Estado civil de la gestante a término con y sin psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Estado Civil	Con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica		Sin sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Conviviente	13	65.0%	14	70.0%
Soltera	5	25.0%	1	5.0%
Casada	2	10.0%	5	25.0%
Viuda	0	0.0%	0	0.0%
Divorciada	0	0.0%	0	0.0%
Total	20	100.0%	20	100.0%

Fuente: Cuestionario sobre niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Tabla 4. Del 100% (20) de gestante a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel. El 65%(13) fueron convivientes, el 25%(5) fueron solteras y el 10%(2) fueron casadas.

Del 100% (20) de gestante a término sin psicoprofilaxis obstétrica, en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel. El 70%(14) fueron convivientes, el 5%(1) fueron solteras y el 25%(5) fueron casadas.

Tabla 5. Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Nivel de ansiedad	Recuento	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dentro de límites normales.	7	35.0%	35.0%
Presencia de ansiedad mínima.	9	45.0%	80.0%
Presencia de ansiedad marcada o severa.	4	20.0%	100.0%
Presencia de ansiedad en grado máximo.	0	0.0%	100.0%
Total	20	100.0%	

Fuente: Cuestionario sobre niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Tabla 5. Del 100% (20) de gestante a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel. El 35%(7) tuvieron niveles de ansiedad dentro de límites normales, el 45%(9) tuvieron niveles de ansiedad mínima y el 20%(4) tuvieron niveles de ansiedad marcada o severa.

Tabla 6. Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Nivel de ansiedad	Recuento	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Dentro de límites normales.	0	0.0%	0.0%
Presencia de ansiedad mínima.	3	15.0%	15.0%
Presencia de ansiedad marcada o severa.	14	70.0%	85.0%
Presencia de ansiedad en grado máximo.	3	15.0%	100.0%
Total	20	100.0%	

Fuente: Cuestionario sobre niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Tabla 6. Del 100% (20) de gestante a término sin psicoprofilaxis obstétrica, en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel. El 15%(3) tuvieron niveles de ansiedad mínima, el 70%(14) tuvieron niveles de ansiedad marcada o severa y el 15%(3) tuvieron niveles de ansiedad en grado máximo.

Tabla 7. Comparación de los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019. Prueba U de Mann-Whitney

Nivel de ansiedad	Con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica		Sin sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica		Total	
	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje	Recuento	Porcentaje
Dentro de límites normales.	7	35.0%	0	0.0%	7	17.5%
Presencia de ansiedad mínima.	9	45.0%	3	15.0%	12	30.0%
Presencia de ansiedad marcada o severa.	4	20.0%	14	70.0%	18	45.0%
Presencia de ansiedad en grado máximo.	0	0.0%	3	15.0%	3	7.5%
Total	20	100.0%	20	100.0%	40	100.0%

Estadísticos de prueba ^a	Tipo
U de Mann-Whitney	53.500
Z	-4.232
Sig. asintótica(bilateral)	0.000023
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	0.000025 ^b

a. Variable de agrupación: Sesiones completas de psicoprofilaxis

b. No corregido para empates.

Fuente: Cuestionario sobre niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Tabla 7. Del 100% (40) de gestantes a término en trabajo de parto con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019. Se observa mayores proporciones de ansiedad marcada o severa (45%) y ansiedad grado máximo (7.5%) en el grupo de gestantes a término en trabajo de parto sin psicoprofilaxis obstétrica; en comparación a las gestantes a término en trabajo de parto con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, que presentaron proporciones de ansiedad marcada o severa en un 20% y ansiedad grado máximo 0%.

Con la aplicación de prueba estadística no paramétrica se encontró una U de Mann Whitney de 53.5 y una significancia estadística o p valor de 0.000023; lo que indica que existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad en los grupos de comparación de gestantes a término en trabajo de parto con y sin psicoprofilaxis obstétrica.

Interpretando estos resultados con las proporciones encontradas se puede decir que los niveles de ansiedad son menores en el grupo que tuvo sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica.

4.2. Prueba de hipótesis

4.2.1. Las hipótesis planteadas en el estudio fueron:

Hipótesis Nula (H₀): Hipótesis de no diferencia, es planteada en forma opuesta a la pregunta de investigación de interés, definida para ser rechazada:

“No existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019”.

Hipótesis Alterna (H_a): Es la pregunta científica de interés. “Existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019”.

Aceptaremos que **H_a** como verdadera si los datos sugieren que **H₀** es falsa:

Para el proceso de prueba de hipótesis con un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia del 5%; se utilizó la prueba U de Mann Whitney, para comprobar la heterogeneidad de dos muestras ordinales.

Consideremos dos muestras independientes: Y₁, de tamaño n₁, e Y₂, de tamaño n₂, extraídas de la misma población o de dos poblaciones idénticas. Si mezclamos las n₁+n₂ = n observaciones y, como si se tratara de una sola

muestra, asignamos rangos R_i a las n puntuaciones (un 1 a la más pequeña, un 2 a la más pequeña de las restantes, ..., un n a la más grande; resolviendo los empates asignando el rango promedio), tendremos n_1 rangos R_{i1} (los n_1 rangos correspondientes a las observaciones de la muestra Y_1) y n_2 rangos R_{i2} (los n_2 rangos correspondientes a las observaciones de la muestra Y_2).

Consideremos ahora, entre los múltiples estadísticos que podríamos definir en una situación como ésta, los estadísticos $S_1 =$ “suma de los rangos asignados a la muestra 1” y $S_2 =$ “suma de los rangos asignados a la muestra 2”. El estadístico U adopta la siguiente forma en cada grupo:

$$U_1 = n_1 n_2 + \frac{n_1 (n_1 + 1)}{2} - S_1 \quad \text{y} \quad U_2 = n_1 n_2 + \frac{n_2 (n_2 + 1)}{2} - S_2$$

Puesto que suponemos que las dos muestras se han extraído de dos poblaciones idénticas, cabe esperar que U_1 y U_2 sean aproximadamente iguales (excepto en la cantidad atribuible a las fluctuaciones propias del azar muestral). Si U_1 y U_2 son muy distintos, existirá cierta evidencia de que las muestras proceden de poblaciones distintas. Por tanto, la hipótesis nula de que ambos promedios poblacionales son iguales podría rechazarse si U_1 (o U_2) es demasiado grande o demasiado pequeño.

Para determinar esto último, podemos basar nuestra decisión en la probabilidad concreta asociada al estadístico U :

$$U = U_1 \quad \text{si} \quad U_1 < n_1 n_2 / 2$$

$$U = U_2 \quad \text{si} \quad U_1 > n_1 n_2 / 2$$

Se rechaza H_0 con $p < 0.05$.

El valor P ó significancia estadística es una medida (cuantitativa) de la fuerza de la evidencia en contra de la hipótesis nula.

Estadísticos de prueba ^a	Tipo
U de Mann-Whitney	53.500
Z	-4.232
Sig. asintótica(bilateral)	0.000023
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	0.000025 ^b

a. Variable de agrupación: Sesiones completas de psicoprofilaxis

b. No corregido para empates.

Decisión.

A la probabilidad del valor U de Mann-Whitney, calculado anteriormente, corresponde 0.000023, el cual es más pequeño que el nivel de significancia 0.05 (5%); por lo tanto, se rechaza H_0 y se acepta H_a .

Concluyendo que existe diferencia estadísticamente significativa entre los niveles de ansiedad de las gestantes a término en trabajo de parto con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.

Interpretación.

Entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019; existe una diferencia estadísticamente significativa a un nivel de probabilidad de error menor que 0.000023; encontrándose menor nivel de ansiedad en las gestantes a término en trabajo de parto con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica.

4.3. Discusión de resultados

La edad promedio en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica fue de 23.95 años y 29.50 años respectivamente, el 50% de las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 24 años, el 50% de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 31 años. El promedio de edad de las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica concuerda con lo hallado por Sainz et al (20), no existen investigaciones similares de grupos de estudio comparativos con estas características para un análisis más profundo. De estos resultados se puede decir que las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica son más jóvenes en promedio que las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica; esto probablemente por el interés de la gente joven en este contexto sobre su salud y la de su hijo; entre otros factores.

En las gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, el 45% fueron de procedencia rural, el 30% fueron de procedencia urbana y el 25% fueron de procedencia urbano marginal. En las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica el 40% fueron de procedencia rural, el 45% fueron de procedencia urbana y el 15% fueron de procedencia urbano marginal. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Sobre estos resultados se puede decir el grupo de gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica proceden en mayor proporción de la zona urbana o urbano marginal.

El 15% de las gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron primaria y el 85% tuvieron secundaria. El 50% de las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron primaria, el 45% tuvieron secundaria y el 5% tuvieron superior universitario. Encontrando una mayor proporción de nivel educativo secundario casi el doble en el grupo de gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica. El 65% de las gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica fueron convivientes, el 25% fueron solteras y el 10% fueron casadas. El 70% de las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica fueron convivientes, el 5% fueron solteras y el 25% fueron casadas.

No existen investigaciones similares de grupos de estudio comparativos con estas características para un análisis más profundo. De estos resultados se puede decir que las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron un mayor

nivel educativo en comparación a las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica; un mayor nivel educativo permite una mejor comprensión del cuidado de la salud materno perinatal.

En las gestantes a término con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica en el trabajo de parto, el 35% tuvieron niveles de ansiedad dentro de límites normales, el 45% tuvieron niveles de ansiedad mínima y el 20% tuvieron niveles de ansiedad marcada o severa. No existen investigaciones similares de grupos de estudio de gestantes a término en trabajo de parto con psicoprofilaxis obstétrica para un análisis más profundo.

En las gestantes a término sin psicoprofilaxis obstétrica, en trabajo de parto, el 15% tuvieron niveles de ansiedad mínima, el 70% tuvieron niveles de ansiedad marcada o severa y el 15% tuvieron niveles de ansiedad en grado máximo. Estos resultados son concuerdan con lo hallado por De Molina et al (15), Sainz et al (20), Lee et al (21), quienes encontraron una mayor proporción de gestantes con ansiedad o valores de ansiedad altos en las gestantes ante el parto.

Se encontró mayores proporciones de ansiedad marcada o severa (45%) y ansiedad grado máximo (7.5%) en el grupo de gestantes a término en trabajo de parto sin psicoprofilaxis obstétrica; en comparación a las gestantes a término en trabajo de parto con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, que presentaron proporciones de ansiedad marcada o severa en un 20% y ansiedad grado máximo 0%.

Analizando los niveles de ansiedad en ambos grupos se observó que los nivel de ansiedad fueron menores en las gestantes a termino con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica; lo cual tiene cierta similitud en cuanto a la medición de ansiedad en el estudio realizado por Barrientos y Chapañan (22); quienes encontraron menores niveles de ansiedad en las gestantes con preparación de psicoprofilaxis obstétrica. Con la prueba estadística U de Mann Whitney se encontró que existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad en los grupos de comparación. Los niveles de ansiedad son menores en el grupo que tuvo sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica.

Conclusiones

- Primero. Las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica son más jóvenes en comparación a las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica; esto probablemente por el interés de las gestantes jóvenes en este contexto de participar en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica para el cuidado de su salud y la de su hijo; entre otros factores.
- Segundo. Las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron un mayor nivel educativo en comparación a las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica; un mayor nivel educativo permite una mejor comprensión del cuidado de la salud materno perinatal.
- Tercero. En ocho de cada diez gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, presentaron en el trabajo de parto niveles de ansiedad mínimos o normales.
- Cuarto. En dos de cada diez gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica, presentaron en el trabajo de parto niveles de ansiedad severos.
- Quinto. El 85% de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica, presentaron en el trabajo de parto niveles de ansiedad severa o en grado máximo y el 15% restante niveles de ansiedad mínimos.
- Sexto. Existe diferencia estadísticamente significativa en los niveles de ansiedad en el trabajo de parto, en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica.
- Séptimo. Los niveles de ansiedad en el trabajo de parto son menores en el grupo de gestantes que tuvo sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica.

Recomendaciones

Al sector salud, implementar e impulsar el desarrollo de políticas sanitarias que incorporen la promoción de la salud, el acceso a los servicios y la psicoprofilaxis obstétrica; para una buena salud materna neonatal. Seguir fortaleciendo las competencias profesionales en el área de psicoprofilaxis obstétrica a los obstetras y garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios para que se brinde este servicio en los establecimientos de salud con calidad y mejorando el acceso. Brindar un buen servicio de psicoprofilaxis obstétrica en los establecimientos de salud, permitirá controlar y/o disminuir los niveles de ansiedad en la gestante.

Una evaluación adecuada de la ansiedad durante el embarazo, permitiría identificar a las mujeres con valores de ansiedad fuera de lo normal; a fin de poder ofrecerles cuidados dirigidos a disminuir su ansiedad de manera preventiva o manejarla; como lo puede hacer una psicoprofilaxis obstétrica completa de calidad, la musicoterapia, la biodanza, una terapia cognitivo conductual, el apoyo continuado del obstetra u otras intervenciones en salud mental.

A la universidad nacional de Huancavelica seguir profundizando esta línea de investigación, con la finalidad de fortalecer los aspectos de la psicoprofilaxis que permiten controlar o disminuir la ansiedad en las gestantes.

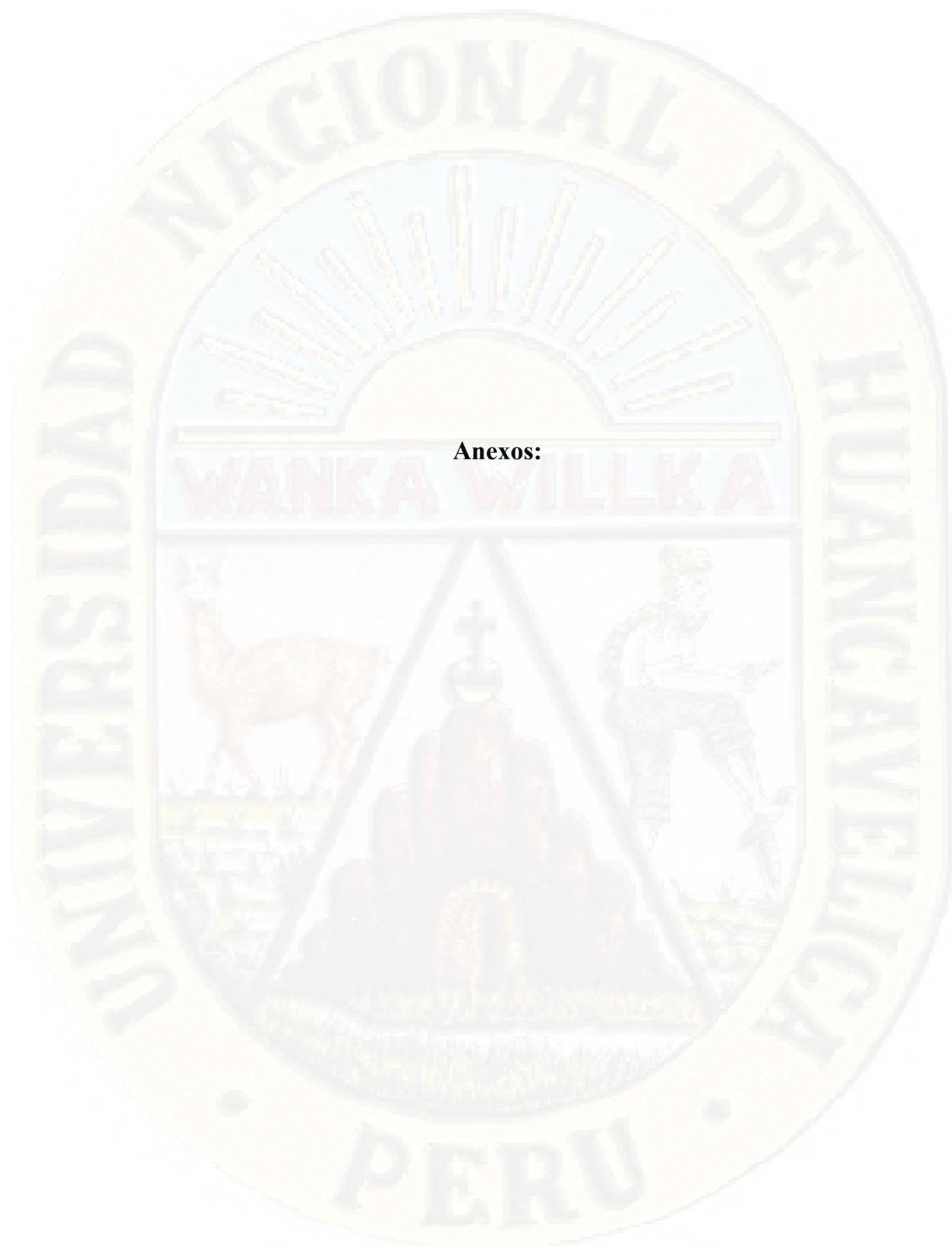
Referencias bibliográficas

1. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. Lima: ASPPO, Perú; 2010.
2. Sapién J, Córdoba D, Salquero M. Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencia de mujeres y hombres. . *Psicol Sociedad*. 2008;20(3):434-43.
3. World Health Organization. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza. Traducción ACPAM. *Lancet*. 1985;2:436-7.
4. Kjærgaard H, Wijma K, Dykes AK, Alehagen S. Fear of childbirth in obstetrically low-risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of reproductive and infant psychology*. 2008;26(4):340-50.
5. Armayones M, Horta E, Jarne A, Requena E, Talam A. *Psicopatología*. Barcelona: editorial UOC. 2006.
6. Felipe L, González E, Álvarez A, Hernández Y. *Psicología Clínica Trastornos neurológicos, hormonales y psicológicos*. Editorial Universidad de Guanajuato. 2010;62.
7. National Collaborating Centre for Mental Health. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance: Updated edition: British Psychological Society; 2014.
8. García Rodríguez MJ. Eficacia de un plan de parto para mejorar la ansiedad en mujeres durante el parto. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*. 2011;3(3).
9. Hurtado Murillo F, Donat F, Escrivá P, Poveda C, Ull N. La Mujer ante la Experiencia del Parto y las Estrategias de Afrontamiento. *Revista Sexología y Sociedad*. 2014;15(39).
10. Torres Gutiérrez M. Impacto emocional del embarazo de alto riesgo. *Revista colombiana de psiquiatría*. 2004;33(3):285-97.
11. Dole N, Savitz DA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buekens P. Maternal stress and preterm birth. *American journal of epidemiology*. 2003;157(1):14-24.
12. Relier JP. Influence of maternal stress on fetal behavior and brain development. *Biology of the Neonate*. 2001;79(3):168-71.

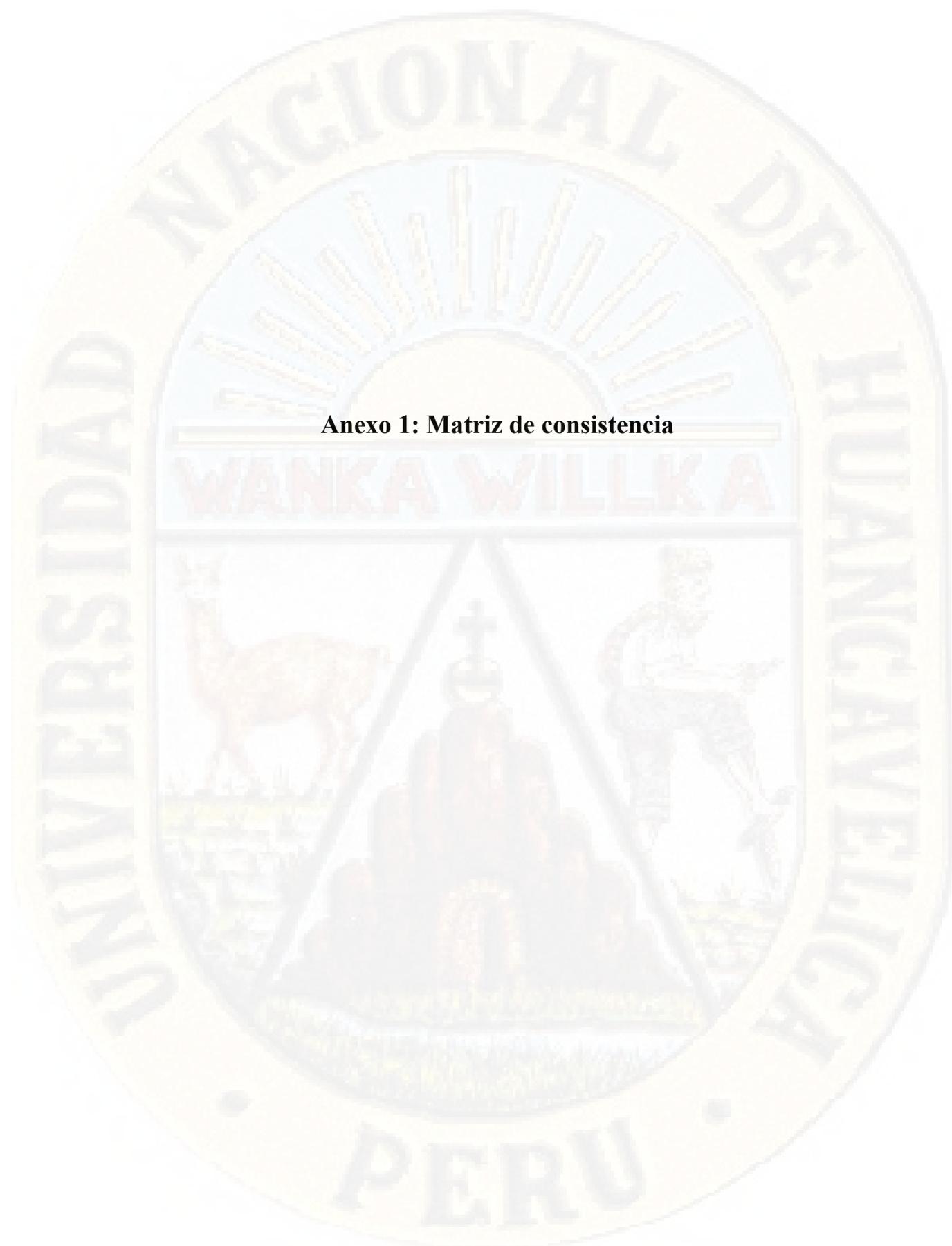
13. Wadhwa PD, Dunkel-Schetter C, Chicz-DeMet A, Porto M, Sandman CA. Prenatal psychosocial factors and the neuroendocrine axis in human pregnancy. *Psychosomatic medicine*. 1996;58(5):432-46.
14. Ontiveros-Pérez M, López-España JT. Adaptación psicosocial y niveles de ansiedad en embarazadas primigestas de bajo riesgo obstétrico. *Boletín Clínico Hospital Infantil del Estado de Sonora*. 2010;27(2):92-8.
15. De Molina Fernández I, Rubio Rico L, Roca Biosca A, Jimenez Herrera M, De la Flor Lopez M, Sirgo A. Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: la importancia de su detección. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [Internet]. 2015;13:17-24.
16. Rovira Salvador I. Ansiedad durante el embarazo: causas, síntomas y cómo gestionarla. Un problema de salud mental que puede afectar a bastantes pre-mamás Barcelona: *Psicología y mente. Psicología clínica*; 2019 [cited 2019 09 de agosto]. Available from: <https://psicologiaymente.com/clinica/ansiedad-durante-el-embarazo>.
17. REEDER SJ. *Enfermería Materno Infantil 17a edición*. México: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 2001.
18. Burroughs A, Leifer G. *Enfermería Materno Infantil*. México: Editorial Mc Graw–Hill Interamericana. ; 1999.
19. X Congreso extraordinario de Obstetricia y Ginecología. *Memorias: Museo de la Nación*. 26 – 31 de Octubre 1997. Lima-Perú: Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; 1998.
20. Sainz Aceves KG, Chávez Ureña BE, Díaz Contreras ME, Sandoval Magaña MA, Robles Romero MA. Ansiedad y depresión en pacientes embarazadas. *Atención Familiar*. 2013;20(1):25-7.
21. Lee AM, Lam SK, Sze Mun Lau SM, Chong CSY, Chui HW, Fong DYT. Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology*. 2007;110(5):1102-12.
22. Barrientos Saldarriaga SL, Chapoñan Correa CC. *Relación de las gestantes que acuden al programa de psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de ansiedad en el Hospital Sagaro - 2017 [Tesis de grado]*. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes, Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
23. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.

24. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014. p. 1049.
25. Carvajal J, Ralph C. Obstetrica y Ginecologia. 6 ed. Chile: Pontificia Universidad Catolica de Chile, Facultad de Medicina; 2015.
26. Morales S. Psicoprofilaxis obstétrica con ciencia y calidad. . Boletín Científico ASPPO 2012;13(39): 4-5.
27. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. Resolución Ministerial N° 361-2011-MINSA 2011. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>.
28. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horizonte Médico (Lima). 2014;14:53-7.
29. Morales S. Psicoprofilaxis Obstétrica – Guía práctica. Lima: ASPPO; 2012.
30. Rodríguez Correa P. Ansiedad y sobreactivacion: Guía práctica de entrenamiento en control respiratorio. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer; 2009.
31. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
32. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
33. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
34. Inga Castillo G. Factores asociados a aborto en mujeres jóvenes de 19 a 29 años de edad del hospital Militar Central en el año 2016. [Tesis]. Lima: Universidad Ricardo Palma. Facultad de Medicina Huamana; 2017.
35. Sánchez Vidal KJ. Nivel de participación de las personas en la decisión del aborto provocado-Hospital Nacional Sergio Bernales, 2004. [Tesis]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2005.
36. Artiles Visbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la investigación para las ciencias de la salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009. 65-78 p.
37. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.

38. Martínez Montaña MdL, Briones Rojas R, Cortes Riveroll R. Metodología de la investigación para el área de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 47-62 p.
39. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
40. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MdP. Metodología de la investigación. 6 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 600 p.
41. Hernández Sampieri R, Zapata Salazar NE, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación para bachillerato. Enfoque por competencias. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2013. 202 p.
42. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
43. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5ta ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2010.
44. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
45. García García JA, López Alvarenga JC, Jiménez Ponce F, Ramírez Tapia Y, Lino Pérez L, Reding Bernal A. Metodología de la investigación bioestadística y bioinformática en ciencias médicas y de la salud. 2 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A. de C.V.; 2014. 447 p.
46. García Ferrando M, Ibáñez J, Alvira F. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Universidad Textos; 1993. 141-70 p.
47. Hernández-Pozo M, Macías D, Calleja N, Cerezo S, del Valle Chauvet C. Propiedades psicométricas del inventario Zung del estado de ansiedad con mexicanos. *Psychologia Avances de la disciplina*. 2008;2(2):19-46.



Anexos:

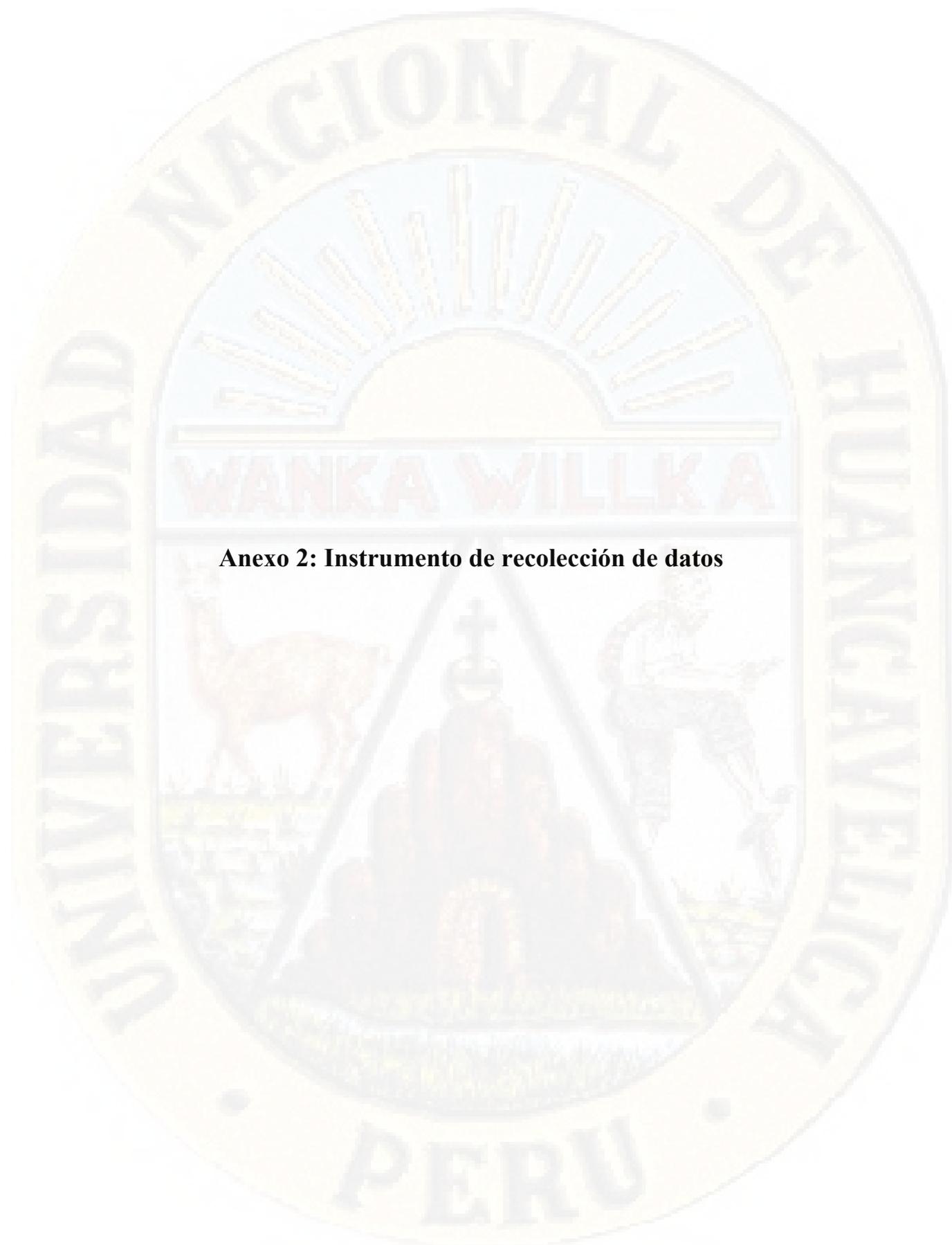


Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: NIVEL DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES CON Y SIN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO SAN MIGUEL, AYACUCHO 2019

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuál es la diferencia entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019?</p>	<p>Objetivo general Determinar la diferencia entre los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.</p> <p>Objetivos específicos Determinar los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.</p> <p>Determinar los niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.</p>	<p>La mujer puede sentirse ambivalente hacia su embarazo, ya que, por un lado, siente alegría de ser madre y por otro miedo por el desconocimiento del desenlace final del embarazo. En lo social, la mujer advierte el cambio de rol que tendrá, como madre y esposa, sobre todo cuando es el primer hijo, porque empieza a preguntarse si es capaz de cuidarse y ser buena madre (17, 18). El objetivo de la psicoprofilaxis obstétrica es obtener de la gestante, una mejor participación durante el trabajo de parto y sobre todo en el periodo expulsivo; una preparación psicológica, integrada paralelamente a las anteriores, que, en conclusión, desarrollará la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva (19). El estudio obedeció a la necesidad de conocer si la psicoprofilaxis obstétrica contribuye a controlar o disminuir la ansiedad en el trabajo de parto; por eso se realizó una comparación entre dos grupos de gestantes en trabajo de parto, uno con preparación de psicoprofilaxis obstétrica y otro sin preparación. Esta información permitirá reorientar las intervenciones sanitarias, orientadas a seguir fortaleciendo la atención integral y la psicoprofilaxis obstétrica; así mismo fortalecer las competencias en el profesional de salud obstetra que permitan brindar una psicoprofilaxis obstétrica en buenas condiciones adecuada al contexto. Los resultados también permitirán incentivar en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a la psicoprofilaxis obstétrica para una maternidad saludable. Así mismo este estudio servirá como base para futuras investigaciones, sobre el tema.</p>	<p>Variable de caracterización: Características de las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica.</p>	<p>Edad de la gestante en años Lugar de procedencia de la gestante Nivel de instrucción de la gestante Estado civil de la gestante</p>	<p>¿Cuántos años de edad tiene Ud.? ¿Cuál es su lugar de procedencia? ¿Cuál es su nivel de Instrucción? ¿Cuál es su estado civil?</p>	<p>Número Rural (1) Urbano (2) Urbano marginal (3) Sin estudios (1) Primaria (2) Secundaria (3) Superior técnico (4) Superior universitario (5) Saltera (1) Conviviente (2) Casada (3) Viuda (4) Divorciada (5) Sí (1) No (2)</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación fue correlacional (DANKHE 1986). Tipo de investigación Prospectiva, observacional, analítica. Diseño de Investigación Cuasi experimental. Los participantes no son asignados aleatoriamente. Es un método de observación sistemática en el que los participantes son clasificados de acuerdo a ciertas características para este caso son gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica. Esquema: $\begin{array}{ccc} G_1 & X & O_1 \\ \hline G_2 & & O_2 \end{array}$ G1 y G2: Gestantes atendidas en el hospital de apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho. X: preparación con psicoprofilaxis obstétrica. O1 y O2: Niveles de ansiedad en el trabajo de parto. Población, muestra, muestreo La población: Todas las gestantes a término en trabajo de parto atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, en el periodo de enero a junio del 2019; según registros fueron 43 gestantes. Muestra: El estudio tuvo dos muestras, la primera fueron todas las gestantes con sesiones completas de psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto (20 gestantes). La segunda muestra fueron 20 gestantes sin sesiones de psicoprofilaxis obstétrica en trabajo de parto.</p>
			<p>Variable 1: Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.</p>	<p>Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica</p>	<p>Preguntas del Cuestionario para valoración de la ansiedad Adaptado de la escala de William W.K. Zung (ver en anexos)</p>	<p>Dentro de límites normales (1) Presencia de ansiedad mínima (2) Presencia de ansiedad marcada o severa (3) Presencia de ansiedad en grado máximo (4)</p>	
			<p>Variable 2: Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, de la provincia de La Mar, Ayacucho 2019.</p>	<p>Niveles de ansiedad en el trabajo de parto en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica</p>	<p>Preguntas del Cuestionario para valoración de la ansiedad Adaptado de la escala de William W.K. Zung (ver en anexos)</p>	<p>Dentro de límites normales (1) Presencia de ansiedad mínima (2) Presencia de ansiedad marcada o severa (3) Presencia de ansiedad en grado máximo (4)</p>	



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIDAD PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y ESTIMULACION PRENATAL
CON ADECUACION INTERCULTURAL**

FORMATO N° 01

**CUESTIONARIO PARA EVALUACION DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO DE
PARTO
POR W. W. K. ZUNG**

Investigación: Nivel de ansiedad en el trabajo de parto en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Hospital de Apoyo San Miguel, Ayacucho 2019.

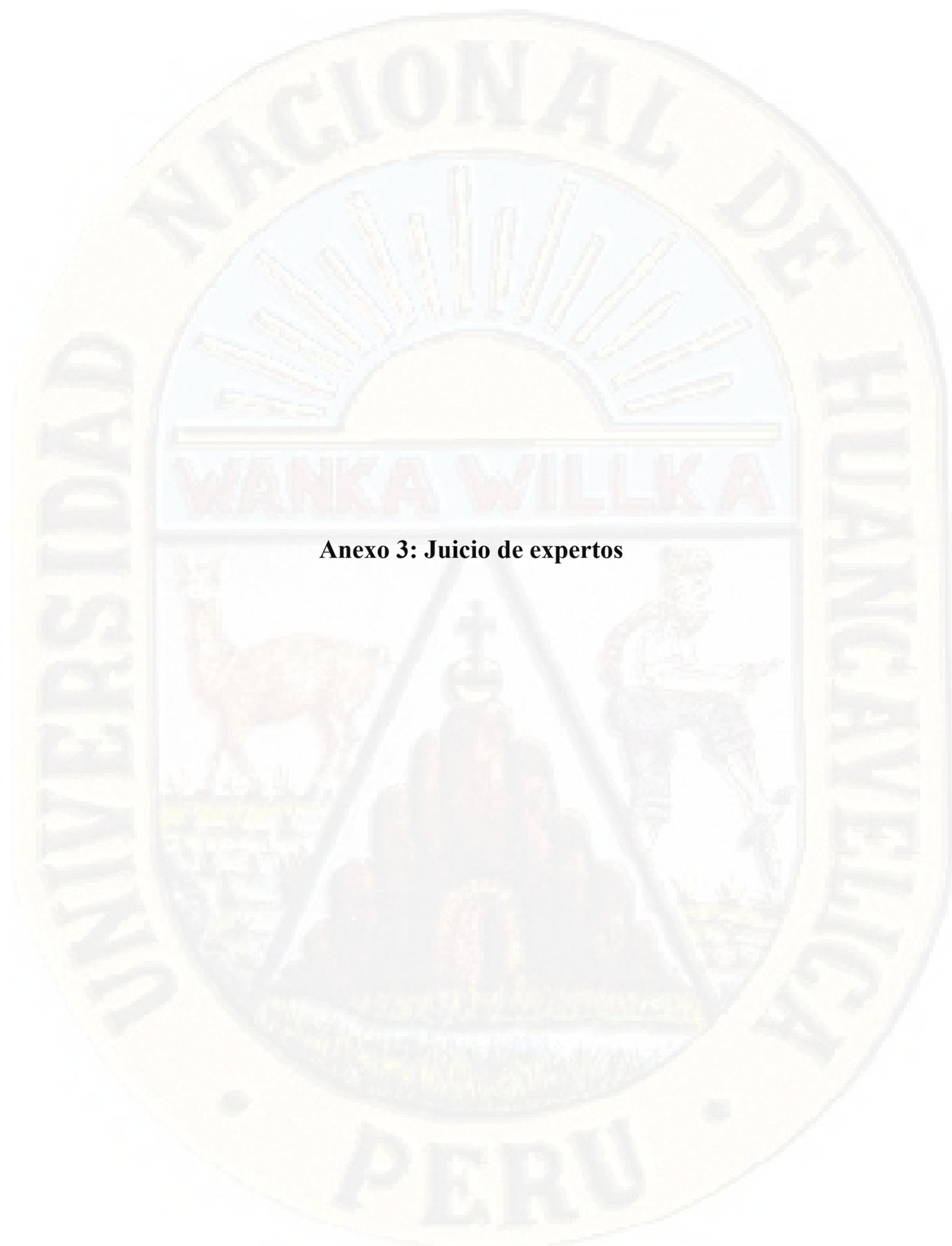
INSTRUCCIONES: Estimado Sr(a) tenga Ud. Muy buenos (días, tardes), soy egresada de la especialidad en psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal con adecuación intercultural; de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Huancavelica, me encuentro desarrollando una investigación sobre "Nivel de ansiedad en el trabajo de parto en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica"; por lo cual solicito su participación en la presente investigación, la información que nos brinde será de carácter CONFIDENCIAL Y ANONIMO. Le agradecemos anticipadamente por su valiosa colaboración.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Fecha del llenado: ____/____/201___. Hora del llenado: ____:____ horas
- 1.2. Región: _____ Provincia: _____ Distrito: _____
- 1.3. ¿Cuántos años de edad tiene Ud?: _____
- 1.4. ¿Cuál es su lugar de procedencia?:
Rural (1) Urbano (2) Urbano marginal (3)
- 1.5. ¿Cuál es su nivel de Instrucción?:
- 1.5.1. Sin instrucción (1)
 - 1.5.2. Primaria (2)
 - 1.5.3. Secundaria (3)
 - 1.5.4. Superior técnico (4)
 - 1.5.5. Superior universitario (5)
- 1.6. ¿Cuál es su estado civil?:
- 1.6.1. Soltera (1)
 - 1.6.2. Conviviente (2)
 - 1.6.3. Casada (3)
 - 1.6.4. Viuda (4)
 - 1.6.5. Divorciada (5)
- 1.7. ¿Cumplió usted con todas sus sesiones de psicoprofilaxis obstétrica?:
Si (1) No (2)

II. Cuestionario para valoración de la ansiedad Adaptado de la escala de William W.K. Zung Ansiedad. (marque con una "X" en la columna que mejor describa como se ha sentido de manera frecuente o comportado así durante los últimos días)

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Siento molestia por dolores en el cuello, de cabeza y en la espalda.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquila y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					
14	Siento entumecimiento y hormigueo en los dedos de las manos y de los pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.					
18	Mi cara se calienta y se sonroja.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					



Anexo 3: Juicio de expertos

Ficha de evaluación del instrumento de investigación por el criterio de experto o Juez

Instrumento: CUESTIONARIO PARA EVALUACION DEL NIVEL DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO DE PARTO – CUESTIONARIO DE W. W. K. ZUNG

Investigación: NIVEL DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES CON Y SIN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO SAN MIGUEL, AYACUCHO 2019.

1. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y nombres del Juez : _____
 1.2. Grado académico : _____
 1.3. Mención : _____
 1.4. DNI/ Celular : _____
 1.5. Cargo e institución donde labora : _____
 1.6. Lugar y fecha : _____

2. ASPECTOS DE LA EVALUACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
		1	2	3	4	5
1. CLARIDAD	Está formulado con lenguaje apropiado y comprensible.					
2. OBJETIVIDAD	Permite medir hechos observables.					
3. ACTUALIDAD	Adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.					
4. ORGANIZACIÓN	Presentación ordenada.					
5. SUFICIENCIA	Comprende aspectos de las variables en cantidad y calidad suficiente.					
6. PERTINENCIA	Permite conseguir datos de acuerdo a los objetivos planteados.					
7. CONSISTENCIA	Pretende conseguir datos basado en teorías o modelos teóricos.					
8. COHERENCIA	Entre variables, dimensiones, indicadores e ítems.					
9. METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación.					
10. APLICACIÓN	Los datos permiten un tratamiento estadístico pertinente.					

CONTEO TOTAL DE MARCAS (realice el conteo en cada una de las categorías de la escala)	↓ A	↓ B	↓ C	↓ D	↓ E

CALIFICACIÓN GLOBAL: Coeficiente de validez = $\frac{1x A + 2x B + 3x C + 4x D + 5x E}{50} = \text{-----}$

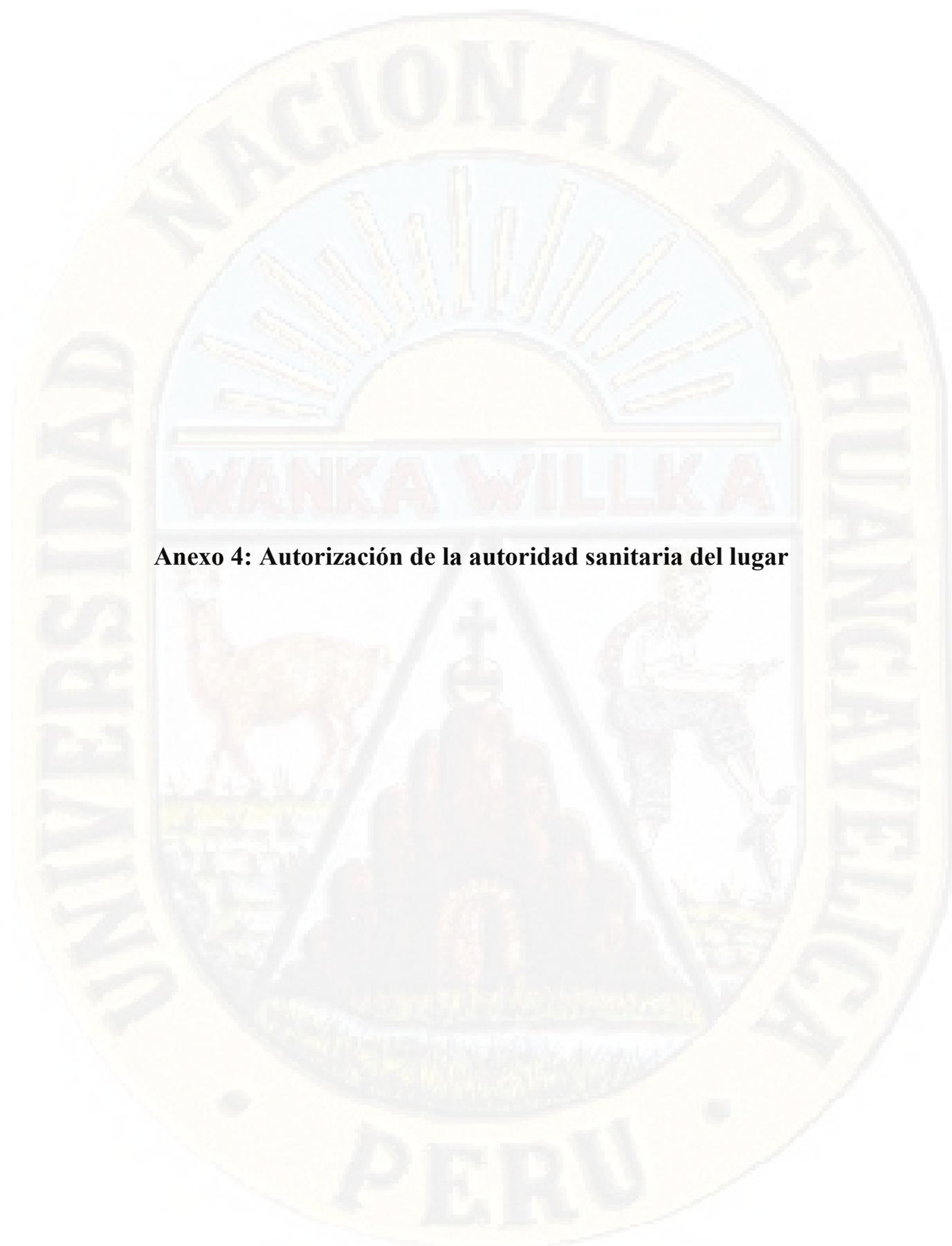
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

CATEGORÍA		INTERVALO
No válido, reformular	<input type="radio"/>	[0,20 – 0,40]
No válido, modificar	<input type="radio"/>	<0,41 – 0,60]
Válido, mejorar	<input type="radio"/>	<0,61 – 0,80]
Válido, aplicar	<input type="radio"/>	<0,81 – 1,00]

4. RECOMENDACIONES:

.....

.....
 Firma del Juez



Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creado por Ley N° 25265)
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD

SOLICITO: Autorización para poder realizar estudio de Investigación.

SEÑOR

.....
DIRECTOR

Hospital de Apoyo San Miguel
Provincia de La Mar – Ayacucho

SD.

Yo, Obsta. Giuliana Yoshi Pocomucha Poma, identificado (a) con D.N.I. N° _____, Obstetra de profesión, egresada de la especialidad en ESPECIALIDAD EN PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA Y ESTIMULACION PRENATAL CON ADECUACION INTERCULTURAL de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional de Huancavelica, ante usted con todo respeto me presento y digo.

Que, deseo realizar una investigación sobre NIVEL DE ANSIEDAD EN EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES CON Y SIN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE APOYO SAN MIGUEL, AYACUCHO 2019.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes primarias; por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; por lo mencionado solicito se me expida la autorización y se me brinde las facilidades, para realizar la investigación.

Por lo expuesto, pido a Ud., acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Concepción, 07 de enero del 2019.

Firma del Interesado