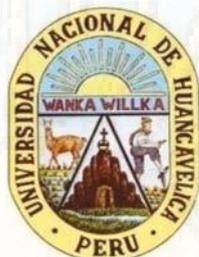


“Año de la lucha contra la corrupción y la impunidad”

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

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TESIS

**CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EN LAS
GESTANTES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA
ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD LA
LIBERTAD, HUANCAYO, ENERO A JUNIO 2019**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD MATERNO PERINATAL Y NEONATAL

PRESENTADO POR:

CUZCANO JULCARIMA, JACKELINE NANCY

PARA OPTAR EL TITULO DE ESPECIALISTA EN:

**PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ESTIMULACIÓN
PRENATAL CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL**

HUANCVELICA – PERÚ

2019

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa a los 16 días del mes de octubre a las 14:00 horas del año 2019 se instaló el Jurado Evaluador de la Sustentación de Tesis del (la) Egresado(a): CUZCANO JULCARIMA JACKEUNE NANCY

Siendo los Jurados Evaluadores:

Presidente : Mg. Tula Susana Guerra Olivares
Secretario : Dra. Jenny Mendoza Vilcahuaman
Vocal : Dra. Rossibel Juana Muñoz De la Torre

Para calificar la Sustentación de la Tesis titulada:

Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud la Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Concluida la sustentación, se procede con las preguntas y/o observaciones por parte de los miembros del jurado, designado bajo Resolución N° 564-2019 concluyendo a las 14:30 horas. Acto seguido, los Jurados deliberan en secreto llegando al calificativo de: Aprobado por unanimidad.

Observaciones:

Ciudad Universitaria de Paturpampa, 16 de 10 2019

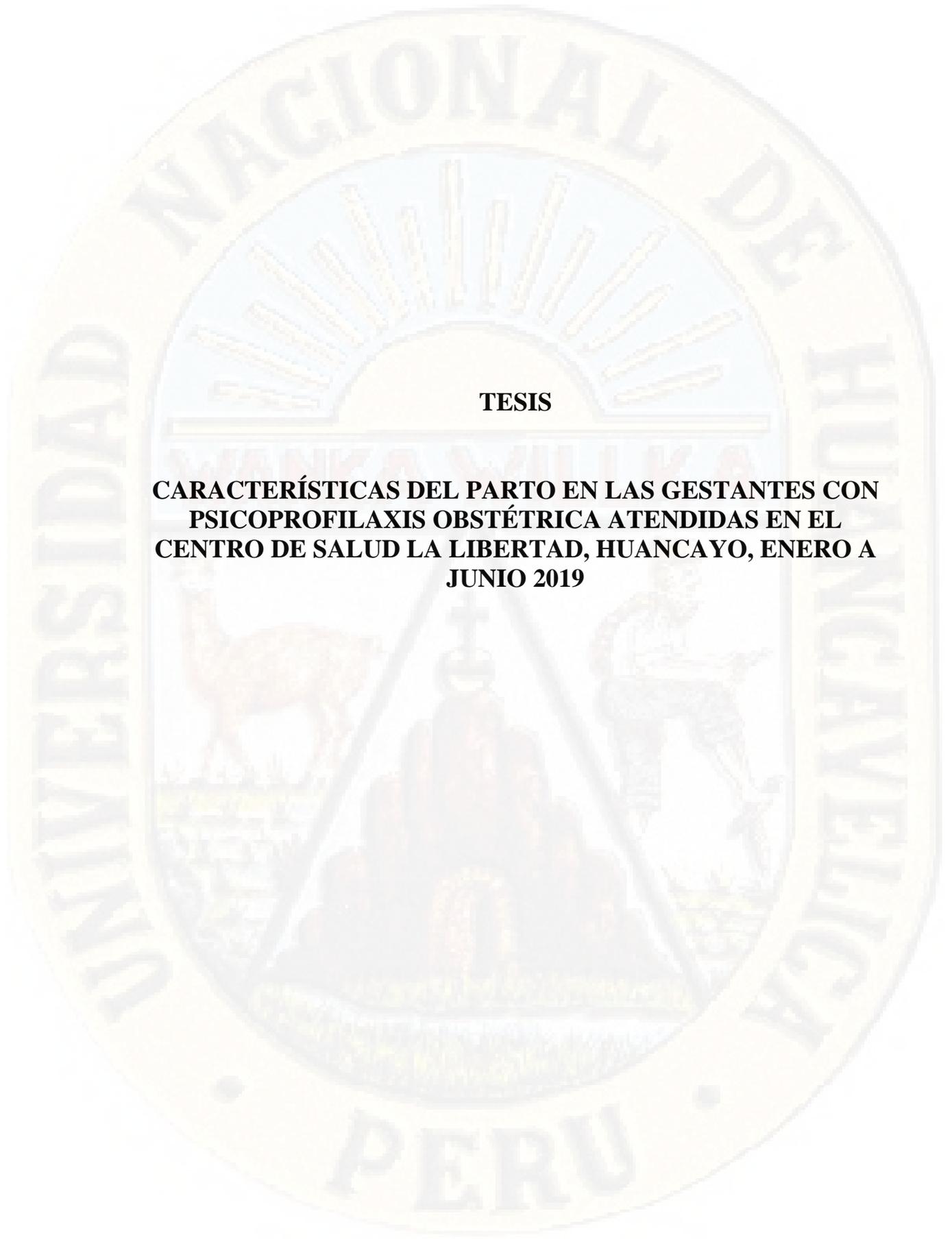
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
[Firma]
Mg. TULA S. GUERRA OLIVARES
PRESIDENTE DOCENTE PRINCIPAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
[Firma]
SECRETARIO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
E. OBSTETRICIA
[Firma]
Mg. ROSSIBEL JUANA MUÑOZ DE LA TORRE
VOCAL

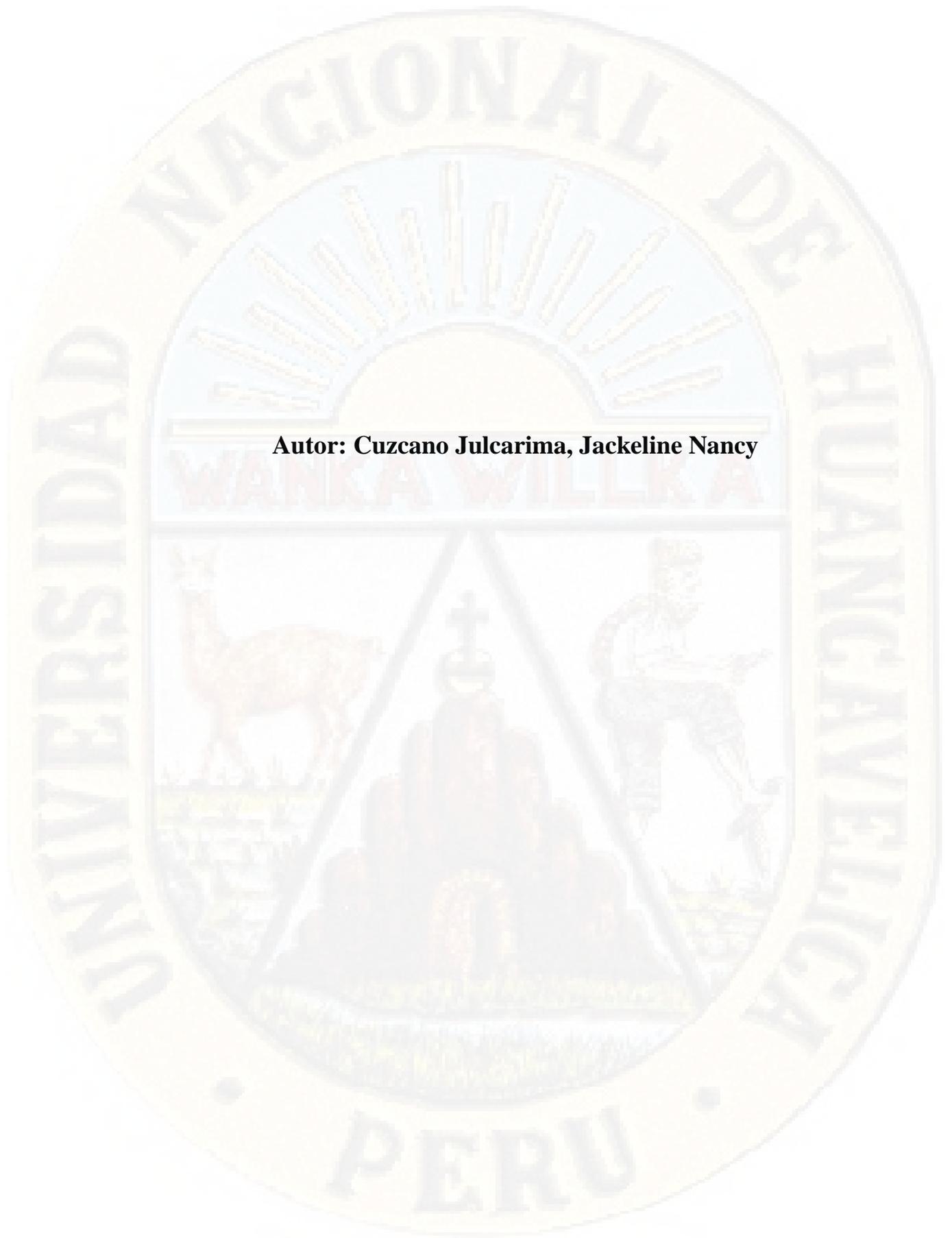
UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DECANATO
[Firma]
Mg. TULA SUSANA GUERRA OLIVARES
VºBº DECANA DECANA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAYELICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SECRETARIA DOCENTE
[Firma]
Kelly Y. Rivas Taurenite
VºBº SECRETARIA DOC

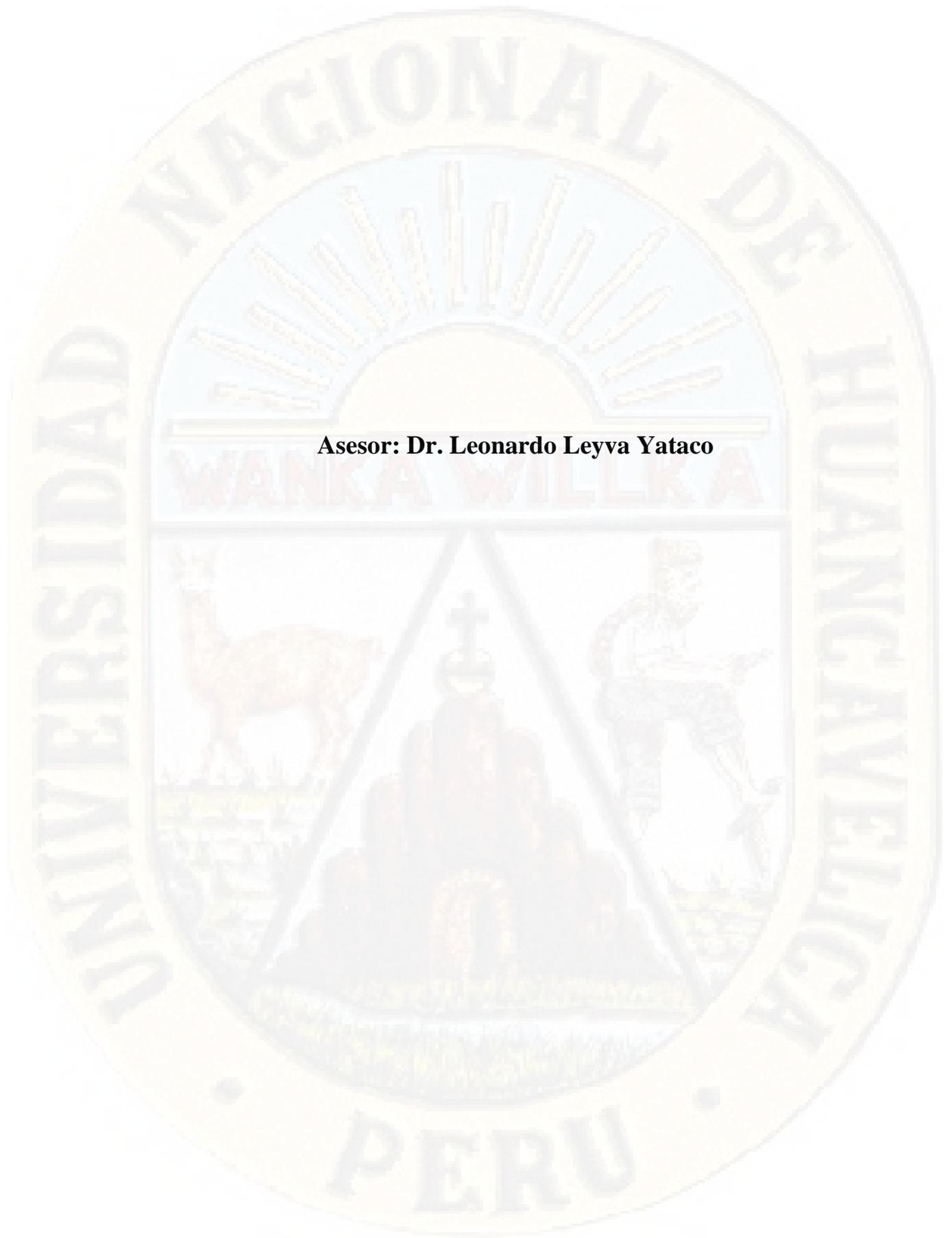


TESIS

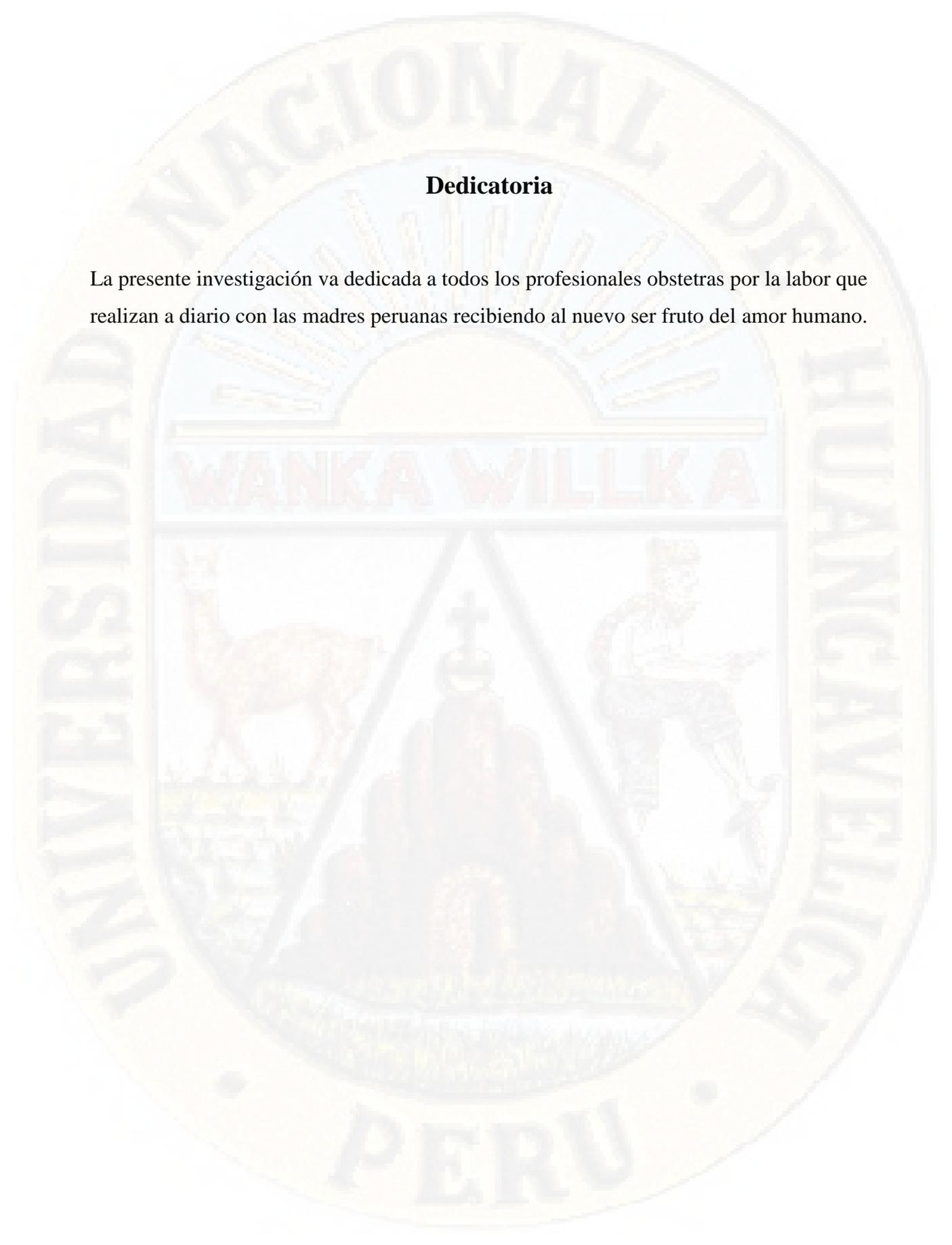
**CARACTERÍSTICAS DEL PARTO EN LAS GESTANTES CON
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA ATENDIDAS EN EL
CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD, HUANCAYO, ENERO A
JUNIO 2019**



Autor: Cuzcano Julcarima, Jackeline Nancy

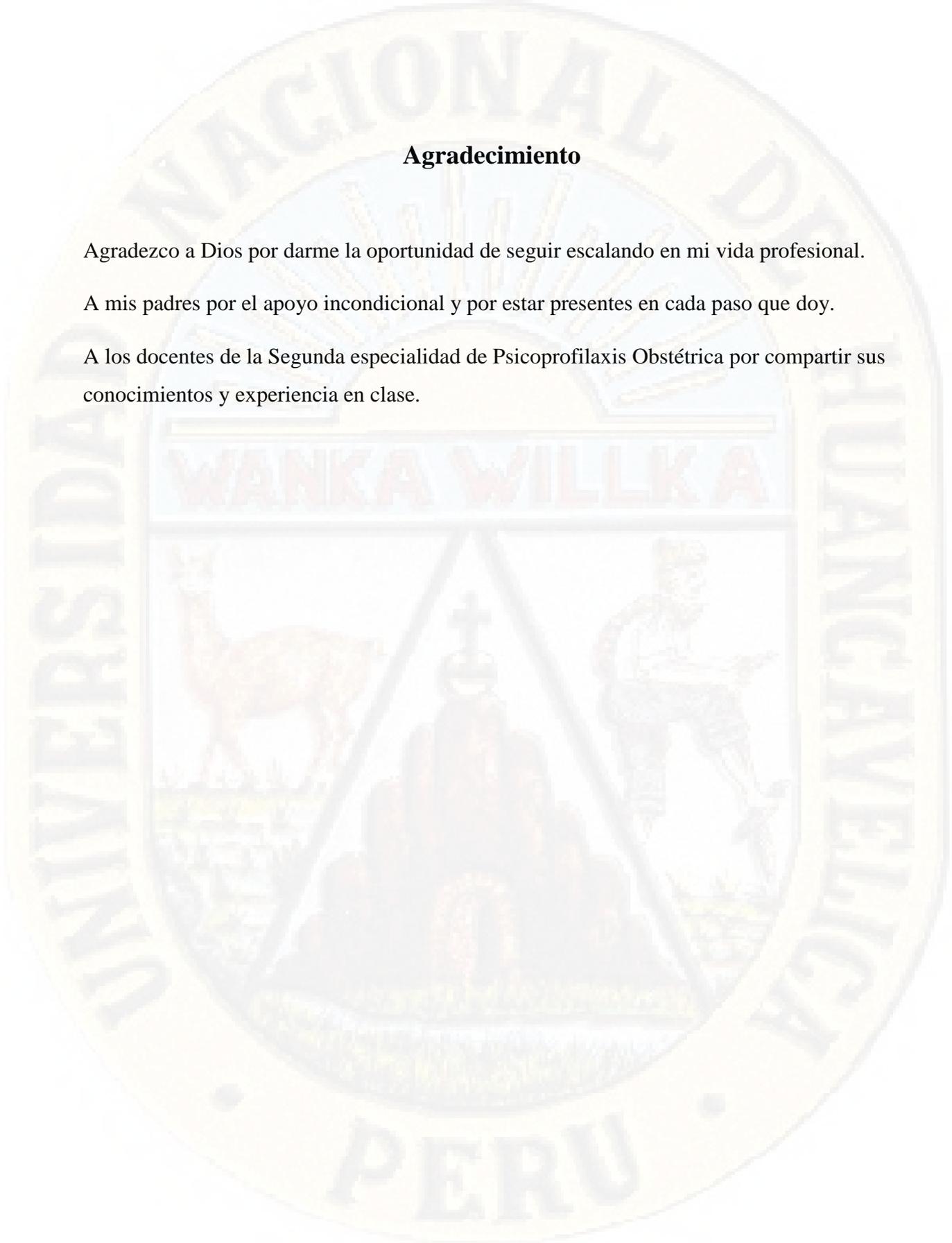


Asesor: Dr. Leonardo Leyva Yataco



Dedicatoria

La presente investigación va dedicada a todos los profesionales obstetras por la labor que realizan a diario con las madres peruanas recibiendo al nuevo ser fruto del amor humano.



Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la oportunidad de seguir escalando en mi vida profesional.

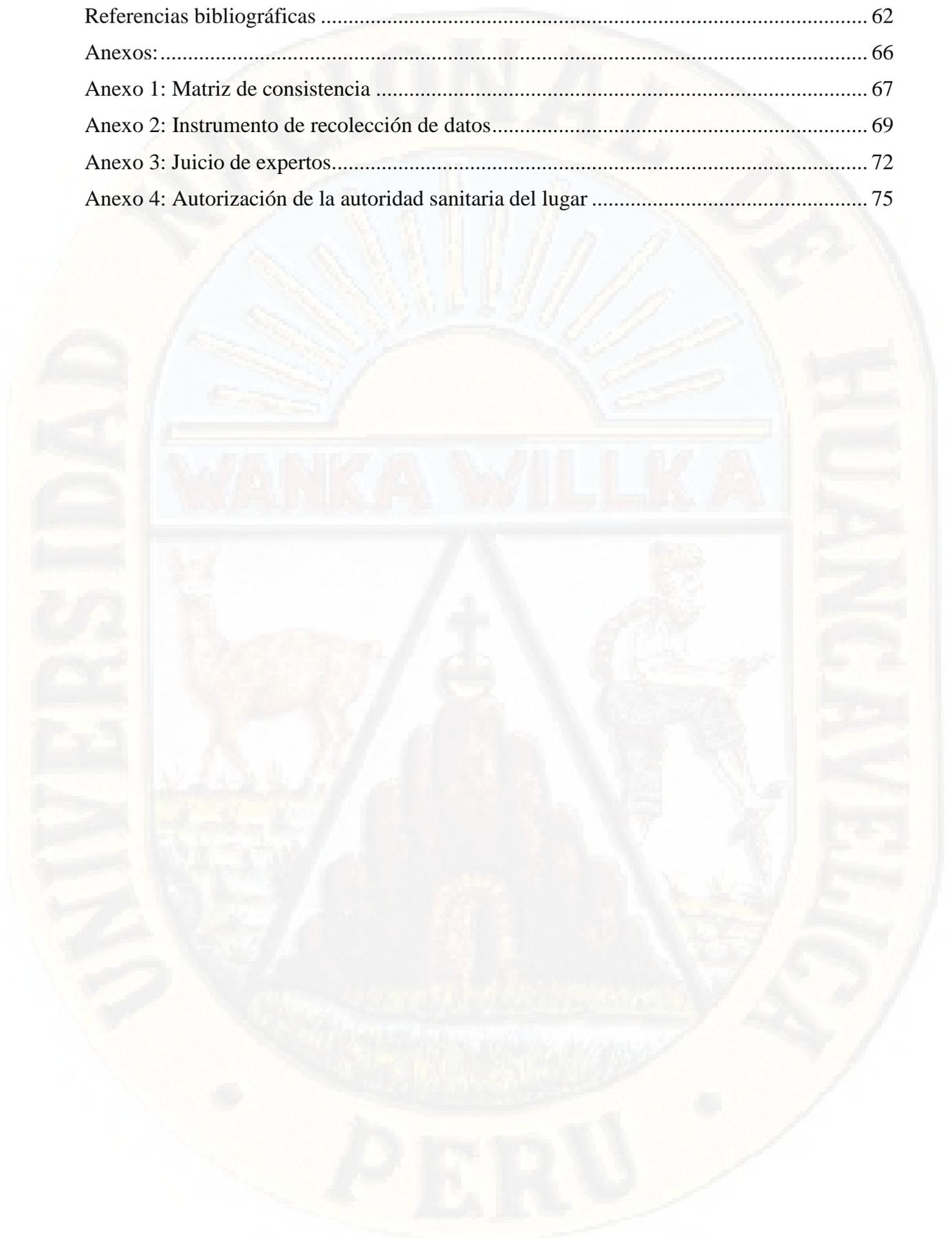
A mis padres por el apoyo incondicional y por estar presentes en cada paso que doy.

A los docentes de la Segunda especialidad de Psicoprofilaxis Obstétrica por compartir sus conocimientos y experiencia en clase.

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.....	17
1.3. Objetivos de la investigación.....	17
1.4. Justificación	18
1.5. Limitaciones	18
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	19
2.2. Bases teóricas	24
2.3. Definición de términos	42
2.4. Variables de estudio.....	43
2.5. Operacionalización de variable	44
CAPÍTULO III	
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	
3.1. Ámbito temporal y espacial.....	45
3.2. Tipo de investigación.....	45
3.3. Nivel de investigación	45
3.4. Métodos de investigación	46
3.5. Diseño de investigación.....	46
3.6. Población, muestra y muestreo.....	46
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.8. Procedimiento de recolección de datos	47
3.9. Técnicas y procesamiento de análisis de datos.....	48
CAPÍTULO IV	
PRESENTACION DE RESULTADOS	
4.1. Presentación e interpretación de datos.....	49
4.2. Discusión de resultados	56
Conclusiones.....	60
Recomendaciones	61

Referencias bibliográficas	62
Anexos:.....	66
Anexo 1: Matriz de consistencia	67
Anexo 2: Instrumento de recolección de datos.....	69
Anexo 3: Juicio de expertos.....	72
Anexo 4: Autorización de la autoridad sanitaria del lugar	75



Índice de tablas

Tabla 1.	Gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.	49
Tabla 2.	Edad materna y edad gestacional en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.	50
Tabla 3.	Características maternas en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.	51
Tabla 4.	Fase activa del trabajo de parto y expulsivo en gestantes nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.	52
Tabla 5.	Características obstétricas del parto en gestantes nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.	53
Tabla 6.	Fase activa del trabajo de parto y expulsivo en gestantes múltiparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.	54
Tabla 7.	Características obstétricas del parto en gestantes múltiparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.	55

Resumen

Objetivo. Determinar las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Método. La investigación fue observacional, transversal de nivel descriptivo. El método fue inductivo, diseño descriptivo simple. La población fueron todas las mujeres de parto institucional con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad del distrito de Huancayo, Junín, de enero a junio 2019; según registros estadísticos fueron un total de 108 mujeres. La muestra fue censal. La técnica fue el análisis documental, el instrumento la ficha de recolección de datos.

Resultados. El 24,1% tuvieron psicoprofilaxis obstétrica y el 75,9% no tuvieron. La edad promedio en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fue de 25,5 y 26,4 años respectivamente; el 95% tuvieron más de 37 semanas y el 5% más de 40 semanas de gestación. Las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron un nivel de instrucción primaria en un 15,4% y 11% respectivamente; la mayoría fueron convivientes en un 57,7% y 76,8% respectivamente; nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en un 42,3% y 25,6% respectivamente; y multíparas en un 57,7% y 74,4% respectivamente. La duración de la fase activa del trabajo de parto en las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 6:33 y 6:23 horas respectivamente y en el 95% tuvieron una duración de la fase activa del trabajo de parto menor a 8:35 y 9:30 horas respectivamente. La duración del periodo expulsivo fue de 14:27 y 14:19 minutos respectivamente. El desgarro perineal en nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 9,1% y 14% respectivamente; la episiotomía fue en un 54,5% y 95,2% respectivamente. La duración de la fase activa del trabajo de parto en las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 5:17 horas. El 95% de las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica la duración de la fase activa del trabajo de parto fue menor a 10:20 y 10:30 horas respectivamente. La duración del periodo expulsivo en el parto fue de 9:07 y 15:05 minutos respectivamente; en el 75% la duración del periodo expulsivo en el parto fue menor a 10 y 20 minutos respectivamente. El desgarro perineal en multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 13,3% y 41 % respectivamente; la episiotomía fue en un 6,7% y 29,5% respectivamente. En las nulíparas y multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica no hubo casos de inducción del parto, parto instrumental o cesárea.

Conclusiones. La duración de la fase activa del trabajo de parto en nulíparas y multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron similares. La duración del periodo expulsivo en nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron similares y en multíparas la duración fue mayor en las que no tuvieron psicoprofilaxis obstétrica. La mayor proporción de desgarro perineal y episiotomías fue en las nulíparas y multíparas sin psicoprofilaxis obstétrica.

Palabras clave: Psicoprofilaxis obstétrica, parto, características del parto, nulíparas, multíparas.

Abstract

Objective. Determine the characteristics of partum in pregnant women with obstetric psychoprophylaxis treated at the La Libertad Health Center, Huancayo, January to June 2019. **Method.** The research was observational, cross-sectional of descriptive level. The method was inductive, simple descriptive design. The population was all women of institutional partum with and without obstetric psychoprophylaxis attended at the La Libertad Health Center in the district of Huancayo, Junín, from January to June 2019; according to statistical records there were a total of 108 women. The sample was census. The technique was the documentary analysis, the instrument the data collection sheet. **Results:** 24.1% had obstetric psychoprophylaxis and 75.9% did not. The average age in mothers with and without obstetric psychoprophylaxis was 25.5 and 26.4 years respectively; 95% had more than 37 weeks and 5% more than 40 weeks gestation. Mothers with and without obstetric psychoprophylaxis had a primary education level of 15.4% and 11% respectively; the majority were 57.7% and 76.8%, respectively; nulliparous with and without obstetric psychoprophylaxis in 42.3% and 25.6% respectively; and multiparous in 57.7% and 74.4% respectively. The duration of the active phase of labor partum in nulliparous mothers with and without obstetric psychoprophylaxis on average was 6:33 and 6:23 hours respectively and in 95% they had a duration of the active phase of labor partum less than 8:35 and 9:30 respectively. The duration of the expulsion period was 14:27 and 14:19 minutes respectively. The perineal tear in nulliparous women with and without obstetric psychoprophylaxis was 9.1% and 14% respectively; the episiotomy was 54.5% and 95.2% respectively. The duration of the active phase of labor partum in multiparous mothers with and without obstetric psychoprophylaxis on average was 5:17 hours. 95% of multiparous mothers with and without obstetric psychoprophylaxis the duration of the active phase of labor partum was less than 10:20 and 10:30 hours respectively. The duration of the expulsion period in childbirth was 9:07 and 15:05 minutes respectively; in 75% the duration of the expulsion period in childbirth was less than 10 and 20 minutes respectively. The perineal tear in multiparous women with and without obstetric psychoprophylaxis was 13.3% and 41% respectively; the episiotomy was 6.7% and 29.5% respectively. In nulliparous and multiparous women with and without obstetric psychoprophylaxis there were no cases of induction of labor, instrumental delivery or caesarean section. **Conclusions:** The duration of the active phase of labor partum in nulliparous and multiparous women with and without obstetric psychoprophylaxis was similar. The duration of the expulsive period in nulliparous women with and without obstetric psychoprophylaxis was similar and in multiparous periods the duration was longer in those without obstetric psychoprophylaxis. The highest proportion of perineal tear and episiotomies was in nulliparous and multiparous without obstetric psychoprophylaxis.

Keywords: Obstetric psychoprophylaxis, childbirth, partum characteristics, nulliparous, multiparous.

Introducción

El parto es un fenómeno complejo y es preciso insistir en que debe hacerse todo lo necesario para que tanto la madre como el recién nacido reciban la atención más segura posible (1, 2). La atención del parto es un proceso complejo que involucra diversos pasos necesarios, en ocasiones difíciles, en otras ocasiones complicados, para conseguir que tanto la madre como el recién nacido reciban la mejor atención posible (3).

El parto es un proceso fisiológico normal que se lleva a cabo sin complicaciones en la mayoría de los casos; sin embargo, los estudios muestran que una gran parte de las mujeres embarazadas sanas son sometidas al menos a una intervención clínica durante el parto, que en muchas ocasiones son “innecesarias y potencialmente dañinas” (4).

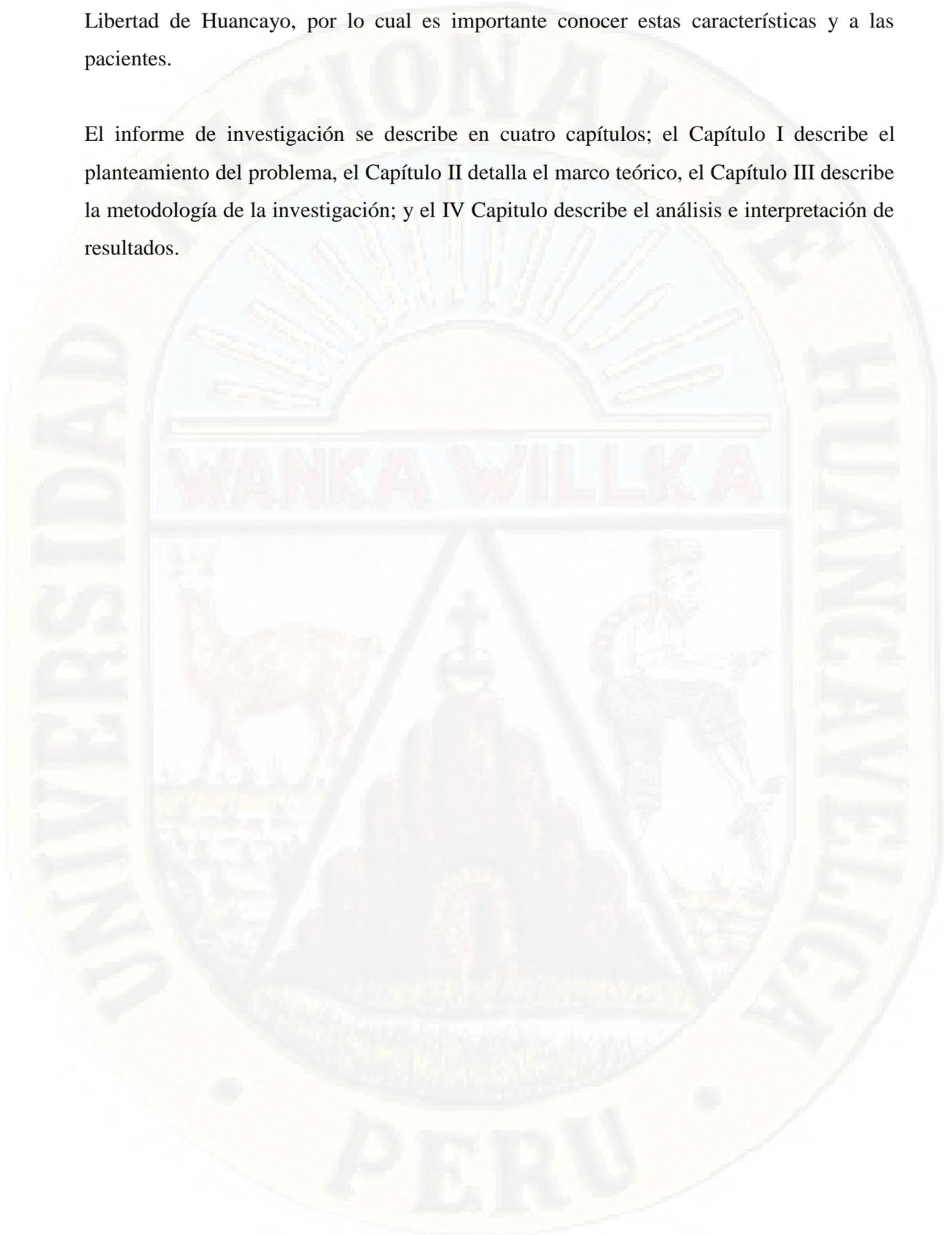
La Organización Mundial de la Salud, considera que una vez que el cuello uterino ha dilatado unos 5 centímetros, el trabajo de parto “normalmente” no debería prolongarse más de 12 horas en un primer nacimiento y 10 en un segundo (4).

Las escuelas obstétricas han planteado que la educación de la madre durante la gestación, respecto a los fenómenos fisiológicos del embarazo, del parto, de las situaciones clínicas y procedimientos a que sería sometida durante el parto, constituye una forma positiva de ayudar a la madre a enfrentar este evento fisiológico (9); a ser más colaborativa, disminuir el dolor que lo acompaña; así como mejorar las condiciones del trabajo de parto y parto. Sobre esto un estudio realizado en la Maternidad del Hospital Paillaco - Chile, se determinó que las mujeres que tuvieron psicoprofilaxis obstétrica mostraron un mayor avance de la dilatación cervical (10).

Existe escasa información sobre las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica. En la región Junín específicamente en el Centro de Salud La

Libertad de Huancayo, por lo cual es importante conocer estas características y a las pacientes.

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

El parto es un fenómeno complejo y es preciso insistir en que debe hacerse todo lo necesario para que tanto la madre como el recién nacido reciban la atención más segura posible (1, 2). La atención del parto es un proceso complejo que involucra diversos pasos necesarios, en ocasiones difíciles, en otras ocasiones complicados, para conseguir que tanto la madre como el recién nacido reciban la mejor atención posible (3).

Cada año, 140 millones de mujeres dan a luz. La mayoría de estos partos ocurren sin complicaciones; sin embargo, en los últimos 20 años los partos se han tratado más como un problema médico, que como un proceso natural (4). El parto es un proceso fisiológico normal que se lleva a cabo sin complicaciones en la mayoría de los casos; sin embargo, los estudios muestran que una gran parte de las mujeres embarazadas sanas son sometidas al menos a una intervención clínica durante el parto; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), esas intervenciones en muchas ocasiones son “innecesarias y potencialmente dañinas” (4). La OMS considera que una vez el cuello del útero ha dilatado unos 5 centímetros, el trabajo de parto “normalmente” no debería prolongarse más de 12 horas en un primer nacimiento y 10 en un segundo; durante ese tiempo, los expertos recomiendan monitorizar de cerca tanto a la madre como al bebé (4). La concepción moderna y el enfoque actual de la salud reproductiva, conceden alta prioridad a las actividades destinadas al cuidado de la salud materna (5).

En el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en el año 2017, la proporción de partos institucionales fue de 93,0%;

porcentaje en aumento con el pasar de los años. Por área de residencia, el área urbana (97,7%) presenta mayor porcentaje que el promedio nacional; el área rural pasó de 57,6% en el 2009 a 79,1% en el 2017 (6).

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 (7). 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 (8).

Escuelas obstétricas han planteado que la educación de la madre durante la gestación, respecto a los fenómenos fisiológicos del embarazo, del parto, de las situaciones clínicas y procedimientos a que sería sometida durante el parto, constituye una forma positiva de ayudar a la madre a enfrentar este evento fisiológico (9); a ser más colaborativa, disminuir el dolor que lo acompaña; así como mejorar las condiciones del trabajo de parto y parto.

En estudios realizados en la Maternidad del Hospital Paillaco - Chile, se determinó que las mujeres que tuvieron psicoprofilaxis obstétrica mostraron un mayor avance de la dilatación cervical (10).

Existe escasa información sobre las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica. En la región Junín específicamente en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo, no hay estudios que caractericen el parto; por lo cual es importante conocer estas características y a las pacientes desde el punto de vista de salud familiar relacionada a los aspectos ginecoobstétricos del parto en el contexto en el cual vive la madre, la calidad de la atención, entre otros; para una intervención sanitaria integral con un manejo adecuado.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características maternas de las parturientas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019?
- ¿Cuáles son las características del parto en las gestantes nulíparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019?
- ¿Cuáles son las características del parto en las gestantes multíparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características maternas de las parturientas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019
- Identificar las características del parto en las gestantes nulíparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.
- Identificar las características del parto en las gestantes multíparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

1.4. Justificación

La mayoría de los partos se desarrollan sin problemas; sin embargo, hay complicaciones que pueden presentarse al momento del parto (4); por lo cual es muy importante conocer las características del parto que regularmente se presentan en el proceso de atención en el establecimiento de salud para mejorar las habilidades y destrezas en el manejo o procedimiento de la atención del parto, orientar a las gestantes para la colaboración en el mismo, disminuir los posibles riesgos y prevenir complicaciones.

Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características del parto en nulíparas y multíparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención del parto, en los programas de preparación a la gestante. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias que contribuyan a fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una maternidad saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a una maternidad saludable.

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 jurisdicción andina con predominancia urbana; pero los resultados son muy aplicables para conocer como la psicoprofilaxis obstétrica contribuye a culminar el embarazo de manera normal sin complicaciones y que esto es aceptado por la madre.

Es importante realizar estudios adicionales en otros contextos para tener una visión más integral de las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

A nivel internacional.

Méndez (11); realizo un estudio sobre Psicoprofilaxis y complicaciones en el trabajo de parto realizado en el Centro de Preparación Psicoprofiláctica de Aída Castillo de Mazariegos de la Cabecera de Quetzaltenango - Guatemala, con el objetivo de demostrar como este método ayuda a reducir la probabilidad de sufrir algún tipo de complicación durante el trabajo de parto; se estudiaron a 32 mujeres; sus resultados fueron: el 72% de las mujeres del estudio tienen entre 21 a 34 años, el 90% de las mujeres del estudio fueron casadas, la mayoría de mujeres son amas de casa y estudiantes; el 37 % de mujeres fueron primigestas, el 75% de las mujeres no presentó ningún antecedente médico, el 12,5% tuvieron sobrepeso, el 3,13% tuvieron preclamsia, un 3,13% hipertensión, el 100% tuvieron 6 o más controles prenatales, el 45% de las mujeres tuvieron 9 controles prenatales, el 75% de mujeres tuvo su parto entre las 37 a 41 semanas de gestación; los tiempos de duración de los trabajos de parto variaron bastante un 20% duro 20 horas, un 16% duro 6 horas, El parto fue normal en un 75% de las mujeres y el otro 25% terminó en cesárea, el 47% de los bebés pesó 7 libras, el 36,67% de los bebés midió 50 centímetros; en lo relativo al estado emocional de las mujeres al inicio del embarazo un 96,67 % sintió alegría al saber que estaba embarazada, un 68,97% planificó con tiempo su embarazo, un 20,69% experimentó angustia y un 13,79% sintió temor.

Recio (12); realizo un análisis sobre La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema; El parto es el motivo número uno de ingreso hospitalario en España, después de parir, no es fácil salir ilesa del hospital, en el

sentido de no haber sido sometida a una operación quirúrgica (cesárea), a un corte en la vagina (episiotomía), o a otras intervenciones invasivas; el objetivo de este artículo es cuestionar el modo en que la evidencia científica se integra en las decisiones médicas en torno al parto; para ello, el artículo describe y analiza la variabilidad de la atención perinatal existente en España, que demuestra que el resultado de un parto depende mucho más de factores como la zona geográfica o de si el centro hospitalario es público o privado, que del propio proceso de parto de la mujer; además, analiza la adecuación de las intervenciones a los estándares fijados por organismos como la Organización Mundial de la Salud o el Ministerio de Sanidad; en España el 25,3% de las mujeres es sometida a una operación cesárea durante el parto, en el 2012, la tasa de partos instrumentales en la Comunidad Valencia para hospitales públicos fue de 17,8% y en los hospitales privados fue de 37,4%; la tasa de episiotomías llegó a casi el 58% en la sanidad pública y al 72% en la privada; la tasa de partos inducidos fue del 25,1% en la sanidad pública y del 32,8% en la privada.

Soto et al (13); Investigaron sobre la educación prenatal y su relación con el tipo de parto: una vía hacia el parto natural; su objetivo fue: Aplicar una intervención educativa durante la gestación y observar los efectos sobre el embarazo, parto y recién nacido; Método: Se realizó un estudio con diseño semi experimental de serie de casos con 40 primíparas normales, desde las 20 semanas de gestación en dos Centros de Salud Municipales de Concepción, Chile, desde 2001 a 2004; se aplicó la intervención educativa en 8 sesiones a las gestantes con su pareja y doula; los resultados se compararon con un grupo de referencia de 55 primíparas normales; Resultados: La tasa de cesárea fue de 7,5% en el grupo estudio y 27,3% en el grupo de referencia ($p < 0,01$); hubo patología del embarazo en 17,5% versus 47,3% ($p < 0,05$); uso de oxitocina en 40% versus 78,2% ($p < 0,01$); episiotomía en 64,9% versus 100% ($p < 0,01$); El Apgar < 7 al primer minuto fue 5% grupo estudio y 5,4% grupo referencia, diferencia no significativa; Conclusiones: La educación en el control prenatal utilizando protocolos, reduce el número de intervenciones rutinarias e innecesarias durante el embarazo y parto.

A nivel nacional.

Vargas (14); investigo sobre impacto del programa educativo pre natal de psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2017; con el objetivo de determinar el impacto del Programa educativo pre natal de Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Material y métodos: La metodología de investigación fue de tipo observacional, transversal, descriptivo y prospectivo; Con un tamaño muestral de 90 gestantes, quienes asistieron a las sesiones del programa educativo; el análisis de los datos se realizó con el programa SPSS version 23, se calcularon medidas de tendencia central, frecuencias absolutas y relativas; Resultados: Las participantes tuvieron una edad media de 27 años y la mayoría tuvo entre 20-34 años, su nivel de instrucción fue la secundaria, eran convivientes, no trabajaban, estaban gestando por primera vez, tuvieron un adecuado control pre natal, las principales complicaciones durante el embarazo la infección del tracto urinario (29,5%) y la anemia (20,5%); En cuanto al proceso del trabajo de parto aproximadamente la mitad de las gestantes aplicaron las diferentes técnicas de respiración durante el periodo de dilatación y expulsivo; la misma proporción tuvo un buen control de la ansiedad y relajación; el 42% de las embarazadas iniciaron un trabajo de parto espontaneo y la duración del trabajo de parto y expulsivo en nulíparas y multíparas en la mayoría de los casos estuvo dentro de lo normal; Los parámetros de salud del recién nacido mostraron que el 96,7% de ellos nacieron sin asfixia, el 87,8% tuvo pesos adecuados, un 53,3% tuvo contacto piel a piel al nacimiento y finalmente todas las participantes tuvo algún grado de satisfacción con el programa educativo de psicoprofilaxis; Conclusiones: La mayoría de participantes evidencio dominio del control de la respiración en los periodos del trabajo de parto, además del control de la ansiedad y expresiones de confianza y empeño en la ejecución de las técnicas; la mayoría de las embarazadas iniciaron el trabajo de parto de forma espontánea y la duración de los periodos de dilatación y expulsivo estuvieron dentro de los parámetros normales; La salud del recién nacido fue en la mayoría de los casos óptimo y finalmente el nivel de satisfacción de las participantes del programa fue muy alto.

Zorrilla (15); investigo sobre los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el

Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores, junio – agosto 2015; Su objetivo fue determinar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido; Material y métodos: Universo: Constituido por 200 gestantes atendidas y controladas; muestra fue de 53 gestantes que recibieron y no recibieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica; Muestreo No probabilístico por conveniencia; Se usó χ^2 ; Resultados: La dilatación en primíparas con preparación en psicoprofilaxis fue < 8 horas (82,4%) vs las que no llevaron preparación psicoprofiláctica (62,4%), que fue en un promedio de 8 a 12 horas; La duración en multíparas fue < 6 horas 89,5% vs a las multíparas sin preparación 42,9%; La duración del período expulsivo en primíparas fue < 50 min (88,2%), vs las no preparadas 13,6%, en las multíparas fue < 20 min 94,7% vs 38,1 en las no preparadas; El 100% de los recién nacidos de las primíparas con preparación en psicoprofilaxis tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto minuto de vida vs 62,5% de los recién nacidos de las primíparas sin preparación; El 100% de los recién nacidos de las multíparas con preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 8 a 10 al primer y quinto minuto vs 61,9% de los recién nacidos de las sin preparación tuvieron una valoración del test de Apgar de 7; Conclusiones: Según la prueba de análisis de χ^2 la preparación psicoprofiláctica a las gestantes beneficia positivamente durante el proceso de trabajo de parto y al recién nacido a diferencia de las no preparadas.

Ccanto (16); investigo sobre los beneficios de psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en las primigestas atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016; con el objetivo de determinar los beneficios de Psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en las primigestas; Método: La investigación fue un estudio observacional y transversal, de nivel exploratorio; Utilizó el diseño descriptivo, prospectivo y de corte transversal; El estudio fue censal; La población estuvo constituida por 40 gestantes atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia Huancavelica; Resultados: El 95% de las primigestas que cumplieron la preparación psicoprofiláctica tienen una duración normal, el 100% de las primigestas tuvieron un periodo expulsivo dentro de 2 horas valores normales, el 97,5% de los recién nacidos tienen un apgar dentro de los valores normales (7 a 10 puntuaciones); El 95% de casos la frecuencia cardiaca fetal o del recién nacido tuvo

valores normales, el 92,5% de las primigestas tuvieron un parto sin desgarro perineal y el 87,5% de recién nacidos tuvieron líquido amniótico claro; Conclusiones: El Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia, durante el año 2016 tuvo 40 primigestas dentro de las gestantes preparadas, el promedio de la edad es de 23 años; el 57,5% (23) convivientes, el 40% (16) son solteras y el 87,5% tienen en nivel de educación superior incompleta o superior completa. Los beneficios identificados en las primigestas: 100% tuvieron un periodo expulsivo menor o igual a 2 horas, el 97,5% tienen un apgar en recién nacidos dentro de los valores normales (7 a 10 puntuaciones), el 95% tienen una duración normal de trabajo de parto fase activa hasta las 6 horas, el 95% tienen la frecuencia cardíaca fetal dentro de los valores normales, el 92,5% presentó un parto sin desgarro perineal y por último se observó que en 87,5% de los recién nacidos tuvieron líquido amniótico claro el restante 12,5% líquido amniótico verde fluido en el Hospital Zacarías Correa Valdivia.

Gardeña (17); investigo sobre la Psicoprofilaxis Obstétrica: Su influencia durante la labor de parto en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, ESSALUD, Villa el Salvador, noviembre - diciembre 2009; con el objetivo de determinar la influencia de la preparación psicoprofiláctica obstétrica en las gestantes en labor de parto del Hospital Uldarico Rocca Fernández-EsSalud, de Villa El Salvador entre noviembre y diciembre de 2010; Material y método: La investigación fue de naturaleza observacional, comparativa, de casos y controles, prospectiva, en parturientas atendidas en sala de partos del hospital Uldarico Rocca Fernández - EsSalud, Se evaluaron gestantes con y sin preparación psicoprofiláctica, 24 usuarias por grupo; Resultados: Se observó en las gestantes con preparación que el tiempo de duración de la dilatación fue de 5 a 8 horas en el 72,9% de los casos; el tiempo de expulsivo de 1 a 15 minutos en el 91,7%; y el Apgar del recién nacido de 9 a 10 en el 83,3%, resultados mejores que en las gestantes sin preparación; Iguales resultados positivos se hallaron en las gestantes con preparación sobre la valoración obtenida durante la relajación: bueno (45,8%); respiración profunda y lenta: muy bueno (54,1%); respiración de jadeo: muy bueno (62,5%); y durante la técnica de pujo: muy bueno (45,8%); La actitud y colaboración obtenida en gestantes con preparación fue muy buena (75%) en comparación con las no preparadas; Conclusiones: La

psicoprofilaxis obstétrica influye en los resultados de las gestantes preparadas durante la labor de parto.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Gestación o embarazo

El embarazo (gestación) es el proceso fisiológico en el que un feto se desarrolla dentro del cuerpo de la madre (18).

La edad gestacional del embarazo se calcula en 280 días o 40 semanas completas. Se puede subdividir en los periodos embrionario y fetal; el periodo embrionario inicia al momento de la fertilización (edad del desarrollo) o desde la segunda hasta la décima semana de gestación (18). El periodo embrionario es la etapa en la que ocurre la génesis de los órganos, en esta etapa el embrión es más sensible a los teratógenos; el final del periodo embrionario y el inicio del fetal ocurre ocho semanas después de la fertilización (edad del desarrollo) o 10 semanas después del inicio de la última menstruación (18).

2.2.2. Atención prenatal

La atención prenatal es la asistencia prestada por profesionales de salud capacitados a las embarazadas, con el objeto de garantizar las mejores condiciones de salud para la madre y del bebé durante el embarazo; los componentes de la atención prenatal son los siguientes: el reconocimiento de los riesgos; la prevención y el tratamiento de las enfermedades relacionadas con el embarazo o concurrentes; y la promoción de la educación en salud y de la salud (4). La atención prenatal disminuye la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, tanto de manera directa mediante la detección y el tratamiento de las complicaciones relacionadas con el embarazo como indirectamente, con el reconocimiento de las mujeres y las niñas en mayor riesgo de presentar complicaciones durante el trabajo de parto y el parto, con lo cual se procura la derivación hacia un nivel apropiado de atención (4).

La asistencia perinatal es la atención médica y psicosocial que se presta a la mujer, a su hijo y a su familia, y que comienza antes del embarazo, se extiende durante la gestación y finaliza un año después del nacimiento. (19)

Los tres componentes básicos de la atención prenatal son 1) valoración temprana y continua del riesgo; 2) promoción de la salud, y 3) intervenciones y seguimiento médico y psicológico.

La valoración del riesgo incluye un interrogatorio completo; exploración física; pruebas de laboratorio, y valoración del crecimiento y bienestar fetal; la promoción de la salud consiste en brindar información sobre la atención propuesta, mejorar el conocimiento general sobre el embarazo y la maternidad (y paternidad), además de promover y apoyar los comportamientos saludables; las intervenciones incluyen tratamiento de cualquier enfermedad existente; provisión de recursos sociales y financieros, y referencia o consulta con otros médicos especialistas (20).

La atención prenatal (21), comprende todas las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria que se llevan a cabo antes de la gestación, durante ésta y en el puerperio; sus principales objetivos son:

- Aumentar el nivel de salud de las gestantes y puérperas.
- Identificar los factores de riesgo
- Determinar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Disminuir la morbimortalidad materna y perinatal.
- Garantizar la atención sanitaria durante la gestación y el puerperio.
- Ofertar el diagnóstico prenatal.
- Detectar y tratar precozmente trastornos originados o agudizados durante la gestación.
- Identificar los embarazos de riesgo para realizar un control más exhaustivo.
- Educación materna.
- Información y apoyo en la lactancia materna.

2.2.3. 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 (19). 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 (19).

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 (22). 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 (22).

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 (19). 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 (19).

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 (22). 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 (22).

2.2.3.1. Preparación fisiológica para el trabajo de parto

Antes del inicio del trabajo de parto verdadero, es común que se presenten diversos cambios fisiológicos preparatorios (22). El asentamiento de la cabeza del feto en el borde de la pelvis, conocido como aligeramiento, por lo general sucede dos o más semanas antes del trabajo de parto en el primer embarazo; en mujeres que ya han tenido hijos, es frecuente que el aligeramiento no suceda sino hasta el inicio del trabajo de parto; desde el punto de vista clínico, es posible que la madre note un aplanamiento de la parte superior del abdomen y una creciente presión sobre la pelvis; este descenso del feto con frecuencia se acompaña de una disminución de los malestares asociada con el amontonamiento de los órganos por debajo del diafragma (por ejemplo acidez y falta de aire), y de un aumento en la incomodidad pélvica y en la frecuencia de la micción (22).

Durante las últimas 4 a 8 semanas de embarazo se presentan contracciones uterinas indoloras de frecuencia cada vez mayor; estas contracciones, conocidas como contracciones de Braxton Hicks, pueden ocurrir con mayor frecuencia, a veces cada 10 a 20 min, y con mayor intensidad, durante las últimas semanas del embarazo (22).

Durante el curso de varios días a varias semanas antes del inicio del trabajo de parto verdadero, el cuello uterino empieza a ablandarse, borrar y dilatarse; en muchos casos, cuando se inicia el trabajo de parto, el cuello uterino ya tiene una dilatación de 1 a 3 cm de diámetro; por lo general, esto es más pronunciado en la paciente multípara, ya que el cuello uterino tiende a encontrarse relativamente más firme y cerrado en las mujeres nulíparas; con el borramiento cervical, se puede expulsar el tapón mucoso del canal cervical (22).

2.2.3.2. 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 (23).

2.2.3.3. Mecanismo del trabajo de parto

El mecanismo del trabajo de parto en presentación de vértice consiste en el encajamiento de la parte de presentación, flexión, descenso, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión (22). El progreso del trabajo de parto se encuentra dictado por las dimensiones y configuración de la pelvis, el tamaño del feto y la fuerza de las contracciones; en esencia, el trabajo de parto procede por la vía de menor resistencia; es decir, por la adaptación de los

diámetros más pequeños posibles de la parte de presentación a las dimensiones y contornos más favorables de las vías de parto (22).

La secuencia de eventos en la presentación de vértice es la siguiente:

A. Encajamiento

Normalmente sucede a finales del embarazo en la primigesta, durante las últimas dos semanas; en el caso de pacientes multíparas, el encajamiento suele suceder al inicio del trabajo de parto; en 70% de las mujeres con una pelvis ginecoide, la cabeza ingresa al estrecho superior en posición occipito transversa (22).

B. Flexión

En la mayoría de los casos, la flexión es esencial tanto para el encajamiento como para el descenso; por supuesto, variará si la cabeza es pequeña en relación con la pelvis o si la pelvis es inusualmente grande; cuando el encajamiento de la cabeza es inadecuado o si existe una reducción significativa del estrecho de la pelvis (como en el caso de la pelvis de tipo platipeloide) puede haber cierto grado de deflexión, si no es que una extensión propiamente dicha; esto sucede en los casos de presentación de frente (deflexión) o de cara (extensión) (22).

C. Descenso

Por lo general, el descenso es progresivo y se ve afectado por las fuerzas del trabajo de parto y por el adelgazamiento del segmento uterino inferior; también hay otros factores que desempeñan una función (por ejemplo, configuración pélvica, tamaño y posición de la parte de presentación); mientras mayor sea la resistencia pélvica o más débiles las contracciones, más lento será el descenso, mismo que continúa de manera progresiva hasta el parto del feto; los demás movimientos se superponen al mismo (22).

D. Rotación interna

Cuando la cabeza desciende hasta el estrecho medio, se presenta la rotación, de modo que la sutura sagital ocupa el diámetro anteroposterior de la pelvis; la rotación interna empieza cuando la parte de presentación llega al nivel de las espinas ciáticas; los músculos elevadores del ano forman una honda en forma de V que tiende a girar al vértice en dirección anterior; en casos de vértice en posición occipito anterior, la cabeza necesita girar 45° , pero necesita 135° en vértice occipito posterior para pasar por debajo del arco púbico (22).

E. Extensión

Debido a que el estrecho inferior está dirigido hacia arriba y adelante, la extensión debe suceder antes de que la cabeza pase a través del mismo; a medida que la cabeza continúa su descenso, hay un abultamiento del perineo, seguido del coronamiento, el cual tiene lugar cuando el diámetro mayor de la cabeza fetal se ve rodeado por el anillo vulvar; en este momento, el parto espontáneo es inminente (22).

F. Rotación externa

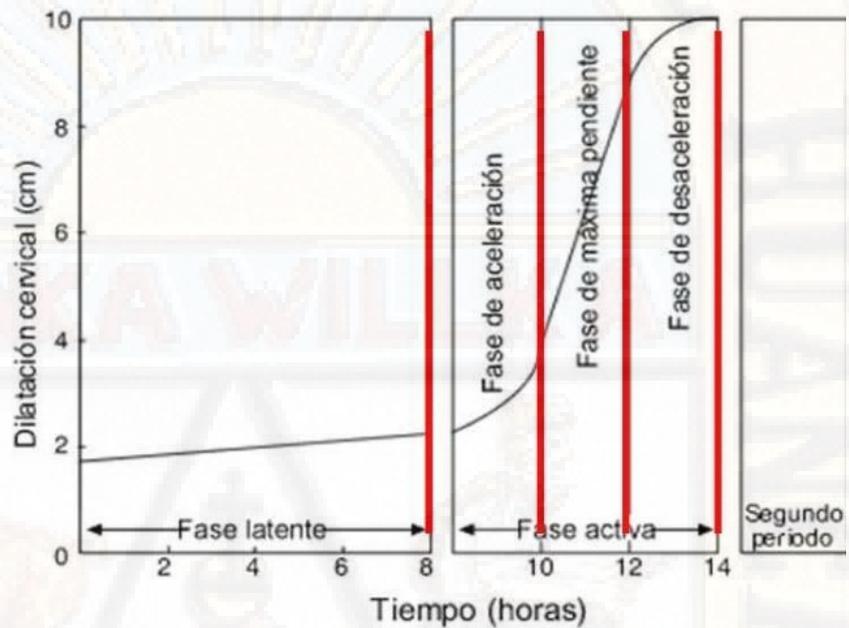
La rotación externa (restitución) sucede después del parto de la cabeza cuando gira a la posición que ocupó durante el encajamiento; después de esto, los hombros descienden por una vía similar a aquella que siguió la cabeza; el hombro anterior gira de manera interna cerca de 45° para pasar por debajo del arco púbico para su expulsión; a medida que esto sucede, la cabeza regresa a la posición que ocupó al momento del parto (22).

2.2.3.4. Fases clínicas del trabajo de parto

Las fases clínicas del trabajo de parto fueron establecidas en el trabajo de 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; si bien los conceptos clásicos que él describió deben ser conocidos, han cambiado algo en el último tiempo (23).

El trabajo de parto se divide en tres etapas:



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 múltipara; se estableció, además, que la duración máxima de la fase latente es de 20 h en nulípara y 14 h en múltipara (23).
- 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 (23).

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 (23).

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 (23).

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 (23).

2.2.4. Puerperio

El puerperio es el periodo después del parto hasta aproximadamente las seis semanas posparto; el periodo posparto inmediato (dentro de la primera hora después al nacimiento) es un momento crítico para la adaptación fisiológica y emocional tanto para la madre como para el neonato (22). Durante esa hora se deben monitorear con atención la presión arterial, pulso y hemorragia uterina de la madre; es durante este momento que se presentan la mayoría de las hemorragias posparto, en gran medida como resultado de la relajación uterina, a causa de la retención de fragmentos de la placenta o por

laceraciones que no fueron reparadas; las hemorragias ocultas (por ejemplo, formación de hematomas de la pared vaginal) pueden manifestarse mediante un aumento de dolor pélvico; al mismo tiempo, el vínculo de la madre con el neonato se encuentra en evolución y, de preferencia, se inicia el amamantamiento (22).

El inicio temprano del amamantamiento es benéfico para la salud tanto de la madre como del lactante; ambos se benefician porque los bebés se encuentran alertas y programados para afianzarse a la mama durante este periodo; para la madre, el amamantamiento acelera la involución del útero, con lo que se reducen las pérdidas de sangre al aumentar las contracciones uterinas (22). Para el recién nacido, hay diversos anticuerpos en la leche materna que le proporcionan una inmunidad pasiva en contra de ciertas infecciones; así también, la inmunoglobulina (Ig) A, secretora presente en cantidades significativas en la leche materna, protege los intestinos del bebé al evitar que bacterias dañinas entren a las células de la superficie de la mucosa intestinal; también se cree que los linfocitos maternos pasan a través de la pared intestinal del neonato e inician procesos inmunológicos que aún no se comprenden del todo; además de los beneficios inmunológicos, la leche materna es la fuente nutricional ideal para el recién nacido, es económica y abundante; dadas todas estas ventajas (la anterior es sólo una lista parcial de sus beneficios), alentar el amamantamiento exitoso es una importante meta de salud (22).

2.2.5. 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 (7, 24, 25)

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 (26).

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 (26).

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 (26).

2.2.5.1. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica (24, 25)

- 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

2.2.5.2. 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 (25, 27).

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 desacondicionarse (25, 27).

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 (25, 27).

2.2.5.3. 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 (26).

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 (26).

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 mediano, 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 (26).

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 (26).

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 (26).

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 (26).

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 (26).

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 (26).

2.2.5.4. 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 (25).

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 (25).

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 (25).

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 (25).

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 (25).

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 (25).

2.2.5.5. 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 (25).

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 (25):

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 (25).

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 (25).

2.2.6. Características Obstétricas

2.2.6.1. Paridad

El antecedente del número de partos previos es usado para establecer el riesgo obstétrico; según varios investigadores la primiparidad o el primer embarazo tienen una alta correlación con el aborto y mortalidad materna; esta se potencia cuando interactúa con embarazo en la adolescencia o en mujeres mayores de 30 años; por otro lado, la multiparidad también ha sido asociada a resultados adversos explicados principalmente por complicaciones obstétricas o patologías maternas (28).

2.2.7. 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 (29). 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 (29).

2.2.7.1. 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.

2.2.7.2. 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 (30).

2.2.7.3. 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 (31).

Estado civil es esencialmente un atributo de la persona, una cualidad que lleva consigo que le permite diferenciarse y distinguirse legalmente de los demás (32).

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 (33).

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.

Características. Una característica es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al aspecto social, medico, personal biológico, económico, físico entre otros.

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. 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 (26).

2.4. Variables de estudio

Variable: Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad.

Dimensión: Características maternas

Gestante con Psicoprofilaxis Obstétrica

Edad materna en años

Edad gestacional en el parto

Nivel de Instrucción de la puérpera

Estado civil de la puérpera

Paridad de la mujer antes del parto actual

Dimensión: Características del parto

Duración de la fase activa del trabajo de parto

Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto

Desgarro perineal en el parto vaginal

Episiotomía en el parto vaginal

Inducción del parto

Parto instrumental

Culminación del parto por cesárea

2.5. Operacionalización de variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicador (es)	Ítem	Valor
Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad.	Son rasgos o singularidades de naturaleza social y obstétrica, que presenta una gestante con psicoprofilaxis obstétrica, que sirven para describir a la madre.	Análisis documental de las historias clínicas de las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica y registro en la ficha de recolección de datos.	Características maternas	Gestante con Psicoprofilaxis Obstétrica	Gestante con Psicoprofilaxis Obstétrica	Si (1) / No (2)
				Edad materna en años	Edad materna en años cumplidos	Numérico
				Edad gestacional en el parto	Edad gestacional en el parto en semanas.	Numérico
				Nivel de Instrucción de la puérpera	Nivel de Instrucción de la puérpera	Sin instrucción (1)
						Primaria (2)
						Secundaria (3)
						Superior (4)
			Estado civil de la puérpera	Estado civil de la puérpera	Soltera (1)	
					Conviviente (2)	
					Casada (3)	
					Viuda (4)	
					Divorciada (5)	
			Paridad de la mujer antes del parto actual	Paridad de la mujer antes del parto actual	Nulípara (1)	
					Múltipara (2)	
			Características del parto	Duración de la fase activa del trabajo de parto	Duración de la fase activa del trabajo de parto en horas y minutos	Numérico
Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto	Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto en minutos	Numérico				
Desgarro perineal en el parto vaginal	Presencia de desgarro perineal en el parto vaginal	Si(1) / No(2)				
Episiotomía en el parto vaginal	Presencia de episiotomía en el parto vaginal	Si(1) / No(2)				
Inducción del parto	Registra inducción del parto	Si(1) / No(2)				
Parto instrumental	Registra parto instrumental	Si(1) / No(2)				
Culminación del parto por cesárea	Registra culminación del parto por cesárea	Si(1) / No(2)				

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Ámbito temporal y espacial

La investigación sobre las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad; se realizó en el distrito de Huancayo, en el periodo de enero a junio del 2019.

El distrito de Huancayo es uno de los veintiocho que conforman la Provincia de Huancayo, ubicada en el Departamento de Junín, bajo la administración del Gobierno Regional de Junín. Huancayo tiene un clima templado y frío, con poca presencia de humedad. Limita por el norte con el Distrito de El Tambo; por el este con el Distrito de Pariahuanca; por el sur con los distritos de Chilca y Sapallanga, así como con el Departamento de Huancavelica; y, por el oeste la provincia de Chupaca. Tiene un área de 237,55 kilómetros cuadrados, tiene una población aproximada de 116,953 habitantes.

3.2. Tipo de investigación

El estudio fue una investigación observacional, descriptiva, de corte transversal, retrospectiva. Observacional porque no existió intervención del investigador, los datos reflejaron la evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador, transversal porque todas las mediciones se hicieron en una sola ocasión, por lo que no existió períodos de seguimiento, descriptivo porque sus datos fueron utilizados con finalidades puramente descriptivas; su propósito fue describir la variable y analizarla en un momento dado (34-36).

3.3. Nivel de investigación

El nivel de investigación fue descriptivo (DANKHE 1986); Su propósito fue describir (medir) el comportamiento de la variable o variables en forma independiente; es decir, busco especificar las propiedades de la variable, la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer

su estructura o comportamiento; es decir, pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren (34, 37-39).

3.4. Métodos de investigación

3.4.1. Método general:

Se utilizó el método inductivo. Según Martínez (40) este método parte de la observación directa y utiliza el razonamiento; para luego hacer una serie de generalizaciones respecto a los fenómenos observados, lo que permite llegar a conclusiones concretas o la formulación de leyes generales; este método permite inferir que lo determinado en ciertas circunstancias se cumplirá siempre que se presenten las mismas condiciones.

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 (41).

3.5. Diseño de investigación

Según Hernández el diseño es el plan o estrategia concebida para obtener la información que se desea; el estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno (36, 38, 39).

Donde:

M O

M: Gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo.

O: Características maternas y del parto

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Fueron todas las mujeres de parto institucional con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad del distrito de

Huancayo, región Junín, de enero a junio 2019; según registros estadísticos fueron un total de 108 mujeres.

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 (36, 38, 42, 43).

3.6.2. Muestra:

El estudio fue censal; por lo que no fue necesario una muestra (36, 38, 42, 43).

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 vulneraron los derechos humanos, se respetó la dignidad de todos los seres humanos más allá de las condiciones de desarrollo humano.

La técnica utilizada fue el **análisis documental**; Esta técnica permitió el análisis documental de las Historias Clínicas, registros de seguimiento, de los usuarios atendidos en el establecimiento de salud. La información fue recolectada por los investigadores de campo previamente capacitados y estandarizados para tal fin.

Fuentes Secundarias

- Historia Clínica, registro de seguimiento de los usuarios.

El instrumento fue la **ficha de recolección de datos** conteniendo la variable y subvariables a estudiar; la cual fue elaborada en base al planteamiento del problema, propósito, objetivos, variables de estudio entre otros. 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 validó el instrumento de recolección de datos por juicio de expertos; buscando que el instrumento mida o capture los datos que realmente sirvan para el

propósito para el cual fue construido. La valoración de los expertos fue cualitativa. 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 Centro de Salud. El permiso o autorización fue importante para el acceso a los registros de atención, libro de seguimiento entre otros. 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 revisión de los registros de atención, libro de seguimiento y posteriormente se aplicó la ficha de recolección de datos. 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, clasificación y codificación 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 ingreso de datos lo realizo 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 y medidas de tendencia central. Se inició el análisis con la parte descriptiva cuantificando y caracterizando a la población estudiada.

CAPÍTULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1. Presentación e interpretación de datos

En el presente estudio, se investigaron las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Tabla 1. Gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Psicoprofilaxis Obstétrica	Frecuencia	Porcentaje
Madres con psicoprofilaxis obstétrica	26	24,1
Madres sin psicoprofilaxis obstétrica	82	75,9
Total	108	100,0

Fuente: ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

En la tabla 1. Del total de púerperas atendidas en el centro de salud La Libertad. El 24,1% (26) tuvieron psicoprofilaxis obstétrica y el 75,9% (82) no tuvieron psicoprofilaxis obstétrica.

Tabla 2. Edad materna y edad gestacional en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Estadísticos	Madre con psicoprofilaxis		Madre sin psicoprofilaxis	
	Edad materna en años	Edad gestacional	Edad materna en años	Edad gestacional
Cantidad de madres	26	26	82	82
Media	25,54	39,00	26,43	39,21
Mediana	26,50	39,00	25,00	39,00
Percentil 05	16,70	37,00	18,00	37,15
Percentil 10	18,00	37,00	19,30	38,00
Percentil 25	21,00	38,00	21,00	39,00
Percentil 90	32,60	40,00	34,70	40,00
Percentil 95	34,65	40,65	39,70	40,00

Fuente: ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Tabla 2. Del total de púerperas atendidas en el centro de salud La Libertad. La edad promedio en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron 25,5 y 26,4 años respectivamente. El 95% de las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 16,7 y 18 años respectivamente. El 5% de las madres con psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 34,65 años, el 10% de las madres sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 34,7 años. La edad gestacional promedio en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron 39 y 39,21 semanas respectivamente. El 95% de las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 37 y 37,15 semanas de gestación respectivamente. El 5% de las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más 40,6 y 40 semanas de gestación respectivamente.

Tabla 3. Características maternas en gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Características maternas	Madre con psicoprofilaxis		Madre sin psicoprofilaxis	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Nivel de instrucción	26	100,0	82	100,0
Sin instrucción	0	0,0	2	2,4
Primaria	4	15,4	9	11,0
Secundaria	13	50,0	49	59,8
Superior	9	34,6	22	26,8
Estado Civil	26	100,0	82	100,0
Conviviente	15	57,7	63	76,8
Soltera	7	26,9	13	15,9
Casada	4	15,4	6	7,3
Paridad	26	100,0	82	100,0
Nulípara	11	42,3	21	25,6
Múltipara	15	57,7	61	74,4

Fuente: ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Tabla 3. Del total de puérperas atendidas en el centro de salud La Libertad. El nivel de instrucción primaria en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 15,4% y 11% respectivamente; el nivel de instrucción secundario en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 50% y 59,8% respectivamente; el nivel de instrucción superior en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 34,6% y 26,8% respectivamente.

La mayoría de las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron convivientes en un 57,7% y 76,8% respectivamente; el estado civil soltera en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 26,9% y 15,9% respectivamente; el estado civil casada en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 15,4% y 7,3% respectivamente.

Las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron nulíparas en un 42,3% y 25,6% respectivamente y múltiparas en un 57,7% y 74,4% respectivamente.

Tabla 4. Fase activa del trabajo de parto y expulsivo en gestantes nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Estadísticos	Madre nulíparas			
	Madre con psicoprofilaxis		Madre sin psicoprofilaxis	
	Duración fase activa del trabajo de parto (hh:mm)	Duración del expulsivo en el parto (minutos)	Duración fase activa del trabajo de parto (hh:mm)	Duración del expulsivo en el parto (minutos)
Media	6:33	14:27	6:23	14:19
Mediana	6:10	10:00	5:30	12:00
Moda	3:00 ^b	10:00	4:00 ^b	10:00
Percentil 05	3:00	6:00	2:30	8:00
Percentil 25	4:15	8:00	4:15	10:00
Percentil 75	7:45	15:00	8:00	15:00
Percentil 95	8:35	47:00	9:30	24:00

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

Fuente: ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Tabla 4. Del total de púerperas atendidas en el centro de salud La Libertad. La duración de la fase activa del trabajo de parto en las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 6:33 y 6:23 horas respectivamente. El 50% de las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración de la fase activa del trabajo de parto mayor a 6:10 y 5:30 horas respectivamente. El 95% de las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración de la fase activa del trabajo de parto menor a 8:35 y 9:30 horas respectivamente.

La duración del periodo expulsivo en el parto en las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 14:27 y 14:19 minutos respectivamente. El 50% de las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto mayor a 10:00 y 12:00 minutos respectivamente. El 75% de las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 15 minutos. El 95% de las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron

una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 47 y 24 minutos respectivamente.

Tabla 5. Características obstétricas del parto en gestantes nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Características obstétricas del parto	Madre nulíparas			
	Madre con psicoprofilaxis		Madre sin psicoprofilaxis	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desgarro perineal en el parto	1	9,1%	3	14,3%
Episiotomía en el parto	6	54,5%	20	95,2%
Sin inducción del parto	11	100,0%	21	100,0%
Sin parto instrumental	11	100,0%	21	100,0%
Sin cesárea	11	100,0%	21	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Tabla 5. Del total de púerperas atendidas en el centro de salud La Libertad. El desgarro perineal en nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 9,1% y 14% respectivamente; la episiotomía en el parto de nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 54,5% y 95,2% respectivamente.

En las nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica no hubo casos de inducción del parto, parto instrumental o cesárea.

Tabla 6. Fase activa del trabajo de parto y expulsivo en gestantes multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Estadísticos	Madre multíparas			
	Madre con psicoprofilaxis		Madre sin psicoprofilaxis	
	Duración fase activa del trabajo de parto (hh:mm)	Duración del expulsivo en el parto (minutos)	Duración fase activa del trabajo de parto (hh:mm)	Duración del expulsivo en el parto (minutos)
Media	5:17	9:07	5:17	15:05
Mediana	4:40	9:00	5:15	10:00
Moda	2:30 ^b	5:00 ^b	4:30 ^b	10:00
Percentil 05	2:10	2:00	1:30	5:00
Percentil 25	2:45	5:00	4:00	10:00
Percentil 75	6:30	10:00	6:12	20:00
Percentil 95	10:20	19:00	10:30	31:00

b. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño
Fuente: ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Tabla 6. Del total de puérperas atendidas en el centro de salud La Libertad. La duración de la fase activa del trabajo de parto en las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 5:17 horas. El 50% de las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración de la fase activa del trabajo de parto mayor a 4:40 y 5:15 horas respectivamente. El 95% de las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración de la fase activa del trabajo de parto menor a 10:20 y 10:30 horas respectivamente.

La duración del periodo expulsivo en el parto en las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 9:07 y 15:05 minutos respectivamente. El 50% de las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto mayor a 9:00 y 10:00 minutos respectivamente. El 75% de las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 10 y 20 minutos respectivamente. El 95% de las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica

tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 19 y 31 minutos respectivamente.

Tabla 7. Características obstétricas del parto en gestantes multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Estadísticos	Madre multíparas			
	Madre con psicoprofilaxis		Madre sin psicoprofilaxis	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desgarro perineal en el parto	2	13,3%	25	41,0%
Episiotomía en el parto	1	6,7%	18	29,5%
Sin inducción del parto	15	100,0%	61	100,0%
Sin parto instrumental	15	100,0%	61	100,0%
Sin cesárea	15	100,0%	61	100,0%

Fuente: ficha de recolección de datos sobre características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el centro de salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Tabla 7. Del total de púerperas atendidas en el centro de salud La Libertad. El desgarro perineal en multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 13,3% y 41 % respectivamente; la episiotomía en el parto de multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 6,7% y 29,5% respectivamente.

En las multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica no hubieron casos de inducción del parto, parto instrumental o cesárea.

4.2. Discusión de resultados

Del total de puérperas atendidas en el centro de salud La Libertad. El 24,1% (26) tuvieron psicoprofilaxis obstétrica y el 75,9% (82) no tuvieron psicoprofilaxis obstétrica; no se encontró estudios similares para contrastar este resultado. La baja cobertura a la psicoprofilaxis obstétrica hallada en este estudio, muestra que aún existe un limitado acceso a este servicio, por diversas situaciones que deben ser identificadas para la implementación de estrategias, que permitan un mejor acceso a los servicios de psicoprofilaxis obstétrica.

La edad promedio en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron 25,5 y 26,4 años respectivamente. El 5% de las madres con psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 34,65 años, el 10% de las madres sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 34,7 años; los grupos de edad son similares a lo hallado por Vargas (14). Estos resultados muestran que la mayoría de madres son jóvenes, en la madre joven los riesgos en el embarazo son menores, por otra parte, las madres jóvenes son una oportunidad para las intervenciones sanitarias sobre todo en la parte preventiva y promocional; ya que estas madres muestran una mayor predisposición de aprender los cuidados en su salud y adaptarse a los cambios.

La edad gestacional promedio en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron 39 y 39,21 semanas respectivamente. El 95% de las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 37 semanas de gestación. El 5% de las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 40 semanas de gestación. No se encontró estudios similares para contrastar estos resultados. Por otra parte, la gran mayoría de las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron un parto a término.

Las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron un nivel de instrucción primaria en un 15,4% y 11% respectivamente; el nivel de instrucción secundario en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 50% y 59,8% respectivamente y el nivel de instrucción superior en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 34,6% y 26,8% respectivamente. Los resultados concuerdan con lo hallado por Vargas (14), quien también encontró una mayor proporción de madres con nivel

de instrucción secundario. A pesar de haber encontrado en las madres que la mayoría tiene instrucción secundaria y superior; podemos decir que aún existe limitaciones en el acceso a la educación que requiere ser evaluada por el sector educación. Un mayor nivel educativo en las madres les permitirá una mejor comprensión de la información que se brinda en los servicios de salud en los tres niveles de prevención y sobre todo en los cuidados y preparación en psicoprofilaxis obstétrica; que debe recibir toda mujer embarazada.

La mayoría de las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron convivientes en un 57,7% y 76,8% respectivamente; el estado civil soltera en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 26,9% y 15,9% respectivamente; y casadas en un 15,4% y 7,3% respectivamente; los resultados concuerdan con lo hallado por Vargas (14) y Ccanto (16), quienes encontraron una mayor proporción de madres convivientes y difieren de lo hallado por Méndez (11); quien halló una mayor proporción de mujeres casadas. En el contexto del estudio la mayor proporción de madres convivientes probablemente se deba a que son parejas jóvenes, o al contexto socio cultural.

Las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron nulíparas en un 42,3% y 25,6% respectivamente y multíparas en un 57,7% y 74,4% respectivamente. Difieren de lo hallado por Méndez (11); quien encontró una mayor proporción de primigestas. La mayor proporción de madres con psicoprofilaxis obstétrica fue en nulíparas; probablemente por ser su primer embarazo o por ser una nueva experiencia; en la que desean que todo culmine bien.

La duración de la fase activa del trabajo de parto en las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 6:33 y 6:23 horas respectivamente. El 95% de las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración de la fase activa del trabajo de parto menor a 8:35 y 9:30 horas respectivamente; los resultados fueron algo parecidos a lo hallado por Zorrilla (15) y Gardeña (17). La duración del periodo expulsivo en el parto en las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 14:27 y 14:19 minutos respectivamente. El 50% de las madres nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 10:00 y 12:00

minutos respectivamente; los resultados fueron algo parecidos a lo hallado por Zorrilla (15) y Gardeña (17). La duración de la fase activa del trabajo de parto y duración del periodo expulsivo en nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron similares; esto concuerda con los parámetros que mencionan diversos autores en el área obstétrica.

El desgarro perineal en nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 9,1% y 14% respectivamente; la episiotomía en el parto de nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 54,5% y 95,2% respectivamente. En cuanto a los desgarros los resultados concuerdan con Ccanto (16), quien encontró una menor proporción de desgarros en las mujeres con psicoprofilaxis obstétrica. La mayor proporción de desgarro perineal y episiotomías fue en las nulíparas sin psicoprofilaxis obstétrica. Probablemente esto se deba a la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica, que permite en la madre una mayor tranquilidad por tener conocimiento de todo el proceso y por su colaboración en el trabajo de parto.

La duración de la fase activa del trabajo de parto en las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 5:17 horas. El 95% de las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración de la fase activa del trabajo de parto menor a 10:20 y 10:30 horas respectivamente; los resultados concuerdan con Gardeña (17) y diferentes a lo hallado por Zorrilla (15), quien encontró un menor tiempo, lo cual difiere con la literatura obstétrica. La duración de la fase activa del trabajo de parto en multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron similares; esto concuerda con la literatura obstétrica en cuanto al parto en multíparas.

La duración del periodo expulsivo en el parto en las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica en promedio fue de 9:07 y 15:05 minutos respectivamente. El 75% de las madres multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 10 y 20 minutos respectivamente y el 95% tuvieron una duración del periodo expulsivo en el parto menor a 19 y 31 minutos respectivamente; los resultados fueron diferentes a lo hallado por Zorrilla (15), quien encontró un mayor tiempo. La duración del periodo expulsivo en multíparas fue mayor en las que no tuvieron psicoprofilaxis obstétrica. Los resultados

indican que probablemente la psicoprofilaxis obstétrica influye en la multípara disminuyendo la ansiedad, permitiendo su colaboración y un control de la madre en el trabajo de parto lo cual permite un tiempo adecuado en el expulsivo.

El desgarro perineal en multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 13,3% y 41 % respectivamente; la episiotomía en el parto de multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica, fue de 6,7% y 29,5% respectivamente. En cuanto a los desgarros los resultados concuerdan con Ccanto (16), quien encontró una menor proporción de desgarros en las mujeres con psicoprofilaxis obstétrica. La mayor proporción de desgarro perineal y episiotomías fue en las multíparas sin psicoprofilaxis obstétrica. Probablemente esto se deba a la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica, que permite en la madre una mayor tranquilidad por tener conocimiento de todo el proceso y por su colaboración en el trabajo de parto.

En las nulíparas y multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica no hubieron casos de inducción del parto, parto instrumental o cesárea; los resultados difieren de lo hallado por Recio (12), quien encontró en su estudio partos instrumentados e inducidos y de Soto et al (13); quienes encontraron una menor proporción de cesáreas en las madres con educación prenatal en comparación a las que no tuvieron educación prenatal.

Conclusiones

- Primero. Uno de cada cuatro madres atendidas en el centro de salud La Libertad, tuvo psicoprofilaxis obstétrica; lo cual muestra que aún existe un limitado acceso a este servicio.
- Segundo. La edad promedio en las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron 25,5 y 26,4 años respectivamente; siendo madres jóvenes en su mayoría.
- Tercero. El 95% de las madres con y sin psicoprofilaxis obstétrica tuvieron más de 37 semanas de gestación.
- Cuarto. La mayoría de las madres estudiadas en los dos grupos tuvieron nivel de instrucción secundaria o superior.
- Quinto. En el contexto de estudio la mayor proporción de madres en ambos grupos fueron convivientes.
- Sexto. La mayor proporción de madres con psicoprofilaxis obstétrica fueron nulíparas.
- Séptimo. La duración de la fase activa del trabajo de parto y duración del periodo expulsivo en nulíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron similares.
- Octavo. La mayor proporción de desgarro perineal y episiotomías fueron en las nulíparas y multíparas sin psicoprofilaxis obstétrica.
- Noveno. La duración de la fase activa del trabajo de parto en multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica fueron similares.
- Décimo. La duración del periodo expulsivo en multíparas fue mayor en las que no tuvieron psicoprofilaxis obstétrica.
- Undécimo. En las nulíparas y multíparas con y sin psicoprofilaxis obstétrica no hubo casos de inducción del parto, parto instrumental o cesárea.

Recomendaciones

Al gobierno regional, implementar e impulsar el desarrollo de políticas sectoriales integrales; así como estrategias que permitan un mejor acceso a los servicios educativos y de salud; una población con un mayor nivel educativo tendrá una mejor comprensión de la información que le brinda el sistema de salud sobre el cuidado de su salud, la salud materna, estilos de vida saludable, promoción de la salud entre otros.

Al sector salud reorientar las intervenciones sanitarias según el contexto, con estrategias integrales que permitan que las madres gestantes, accedan a los servicios de psicoprofilaxis obstétrica, con personal profesional capacitado y con una actitud positiva hacia la salud materna.

Fortalecer las competencias en psicoprofilaxis obstétrica en los profesionales obstetras a fin de brindar el servicio con calidad y con un mejor acceso a las madres gestantes.

Brindar una atención materno infantil integral y de calidad contribuirá a disminuir las complicaciones en el trabajo de parto.

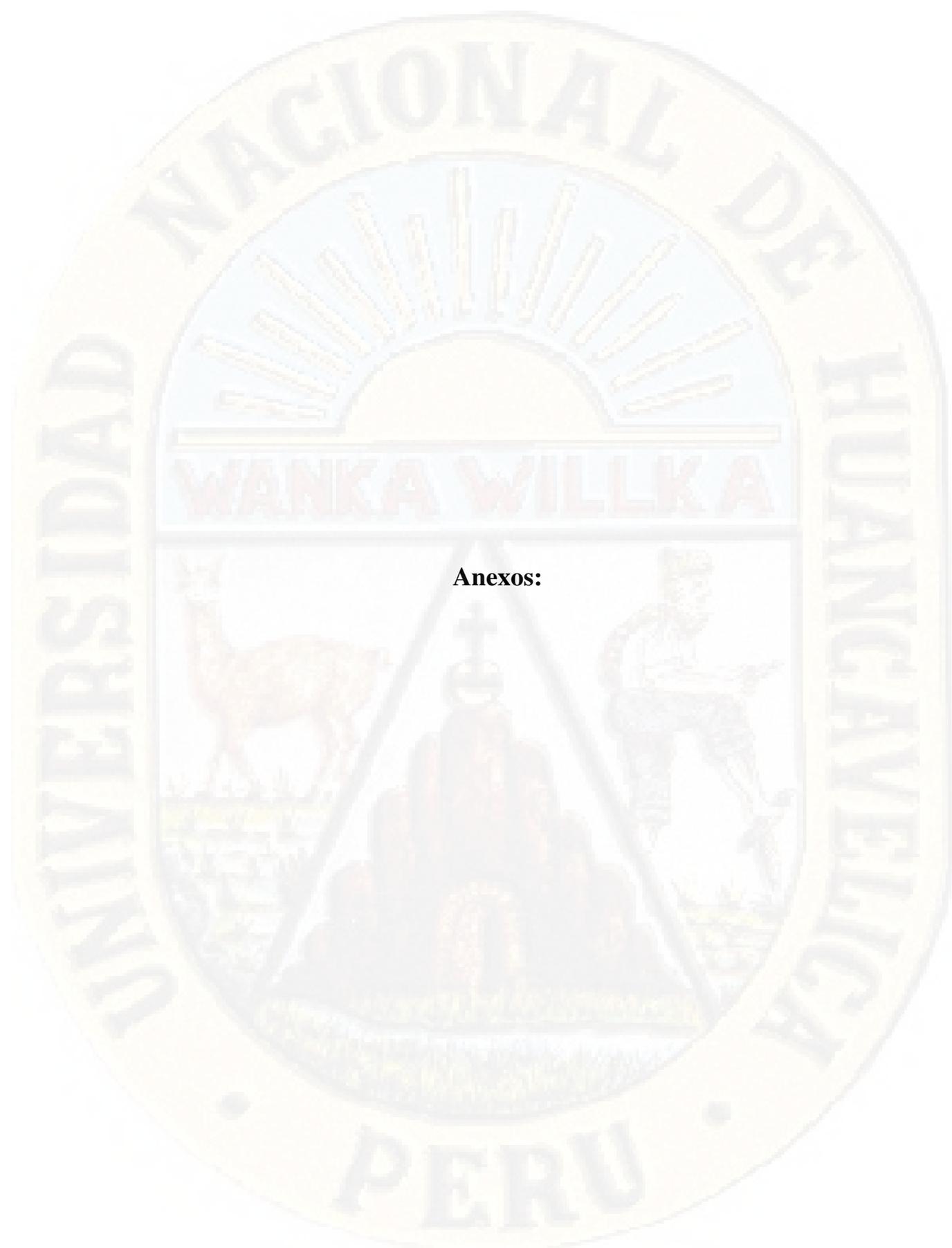
Referencias bibliográficas

1. Spector JM, Agrawal P, Kodkany B, Lipsitz S, Lashoher A, Dziekan G, et al. Improving quality of care for maternal and newborn health: prospective pilot study of the WHO safe childbirth checklist program. *PloS one*. 2012;7(5):e35151.
2. World Health Organization. Media Center, Maternal Mortality. Fact sheet. 2016(348).
3. Rosen D. The Checklist Manifesto: How to Get Things Right. *Jama: The Journal of the American Medical Association*. 2010;303(7):671-2.
4. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2018 [cited 2019 enero 03]. Available from: <http://www.clap.ops-oms.org/publicaciones/9789275320334esp.pdf>.
5. Ferrer Arreola L, Alvarado de Luzuriaga E, Valdés Huevo B, Valenzuela Soto G, Santiago Cruz RM, Gómez Morales J. Guía para la atención prenatal en medicina familiar. Unidad de atención primaria a la salud. Coordinación de atención integral a la salud en el primer nivel. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2016. 26 p.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 - Nacional y Regional. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018. 398 p.
7. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. Lima: ASPPO, Perú; 2010.
8. Sapién J, Córdoba D, Salquero M. Cuidado psicoprofiláctico del embarazo: experiencia de mujeres y hombres. *Psicol Sociedad*. 2008;20(3):434-43.
9. Morales Alvarado SI. Ventajas de la Psicoprofilaxis en el manejo de la gestante en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Particular de San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 1989.
10. Aguayo C, Angulo A. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco-Chile. *Revista Medica Chilena*. 2009;12(3).
11. Méndez García Salas MDR. Psicoprofilaxis y Complicaciones en el Trabajo de Parto. Estudio realizado con mujeres que asistieron al Centro de Preparación

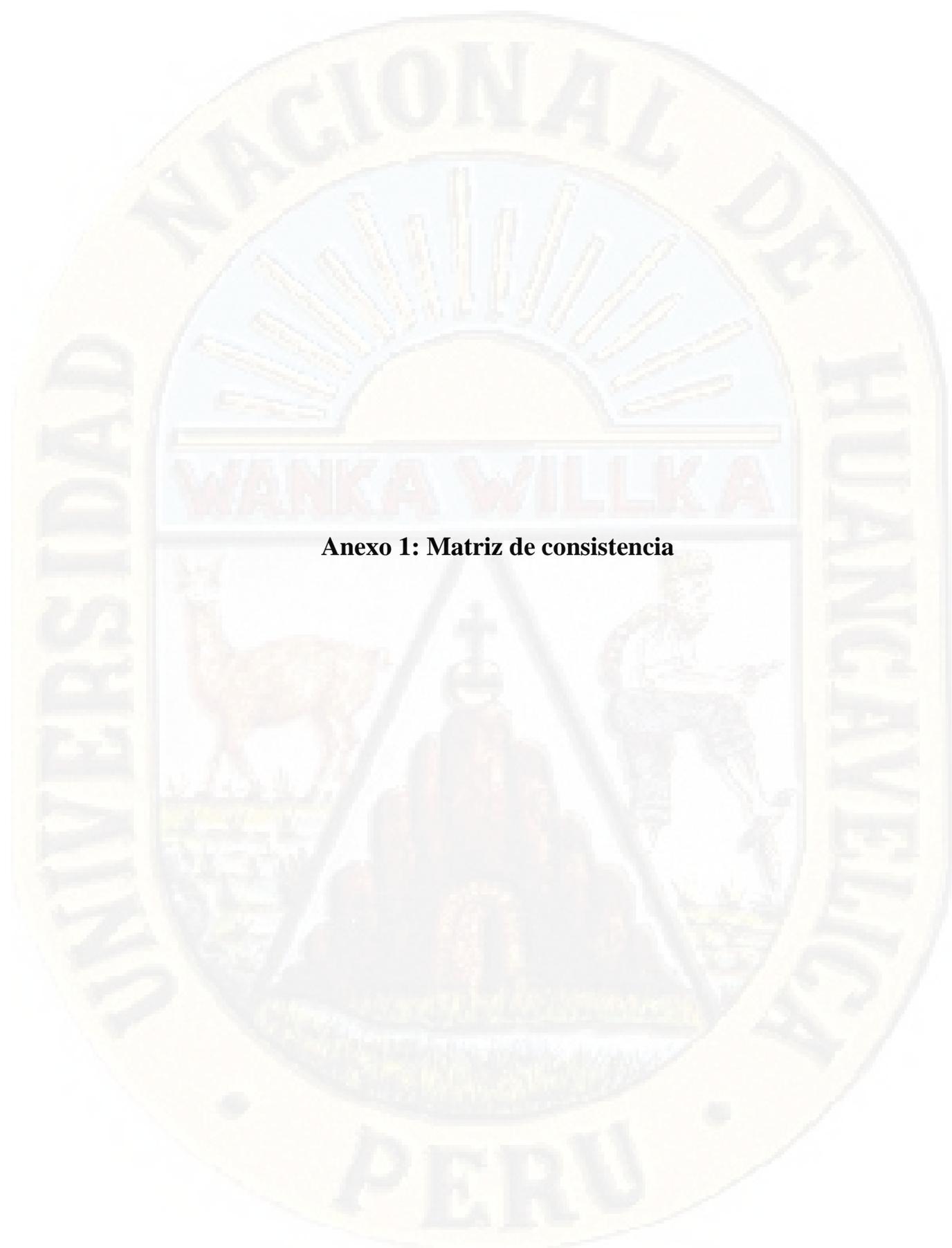
- Psicoprofiláctica de Aída Castillo de Mazariegos de la Cabecera de Quetzaltenango [Tesis de grado]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar, Facultad de Humanidades; 2015.
12. Recio Alcaide A. La atención al parto en España: Cifras para reflexionar sobre un problema. *Dilemata*. 2015(18):13-26.
 13. Soto C, Teuber H, Cabrera C, Marín M, Cabrera J, Da Costa M, et al. Educación prenatal y su relación con el tipo de parto: Una vía hacia el parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2006;71:98-103.
 14. Vargas Laura SR. Impacto del programa educativo pre natal de psicoprofilaxis obstetrica en gestantes atendidas en el Hospital Nacional Hipolito Unanue, 2017 [Tesis de Maestria]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal, Escuela Universitaria de Posgrado; 2019.
 15. Zorrilla Mechato GK. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro de Salud Materno Infantil Manuel Barreto de San Juan de Miraflores. Junio–agosto 2015 [Tesis de grado]. Lima: Universidad de San Martin de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2016.
 16. Ccanto Moran M. Beneficios de psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en las primigestas atendidas en el Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia de Huancavelica, 2016 [Tesis de especialidad]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica, Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
 17. Gardeña-Torres S. Psicoprofilaxis obstétrica: su influencia durante la labor de parto en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, EsSalud, Villa el Salvador, noviembre-diciembre 2009. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*. 2011;7(2).
 18. De Cherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. *Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos*. 11a ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014.
 19. González Merlo J, Laílla Vicens JM, Fabre González E, González Bosquet E. *Obstetricia*. 6 ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2013. 752 p.
 20. Hacker NF, Gambone J, Hobel CJ. *Ginecología y obstetricia de Hacker y Moore*. 5 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2011.
 21. Pellicer Martínez A, Hidalgo Mora JJ, Perales Marín A, Díaz García C. *Obstetricia y ginecología: guía de actuación*. Madrid: Médica Panamericana; 2014. 759 p.

22. DeCherney AH, Nathan L, Laufer N, Roman AS. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. 11 ed. México: McGRAW-HILL Interamericana Editores S.A.; 2014. p. 1049.
23. Carvajal J, Ralph C. Obstetrica y Ginecologia. 6 ed. Chile: Pontificia Universidad Catolica de Chile, Facultad de Medicina; 2015.
24. Morales S. Psicoprofilaxis obstétrica con ciencia y calidad. . Boletín Científico ASPPO 2012;13(39): 4-5.
25. 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>.
26. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horizonte Médico (Lima). 2014;14:53-7.
27. Morales S. Psicoprofilaxis Obstétrica – Guía práctica. Lima: ASPPO; 2012.
28. Rodríguez EC, Roura LC, Staff V, Martínez LA, Obstetricia SEDGy. Segó: Tratado de Ginecología, Obstetricia y Medicina de la Reproduccion, 2 Tomos + Cd-Rom: Panamericana Editorial; 2003.
29. Guzmán-Miranda CO, Caballero-Rodríguez CT. La definición de factores sociales en el marco de las investigaciones actuales. Santiago. 2015(128):336-50.
30. Mejía H. Factores de riesgo para muerte neonatal. Revisión sistemática de la literatura. Rev Soc Bol Ped. 2000;39(3):1-22.
31. Rasch V. Cigarette, alcohol, and caffeine consumption: risk factors for spontaneous abortion. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2003;82(2):182-8.
32. 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.
33. 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.
34. Artilés 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.
35. Londoño Fernández JL. Metodología de la investigación epidemiológica. 5 ed. México: Editorial Manual Moderno; 2014. 368 p.

36. 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.
37. Arias Odón FG. El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. 6 ed. Caracas: Editorial Episteme C.A.; 2012. 146 p.
38. 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.
39. 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.
40. Martínez Ruiz H. Metodología de la investigación. México: Cengage Learning Editores, S.A.; 2012. 282 p.
41. Pimienta Prieto JH, De la Orden Hoz A. Metodología de la investigación. 3 ed. México: Pearson Educación; 2017. 216 p.
42. Celis de la Rosa AdJ, Labrada Martagón V. Bioestadística. 3 ed. México: Editorial El Manual Moderno; 2014. 338 p.
43. 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.



Anexos:

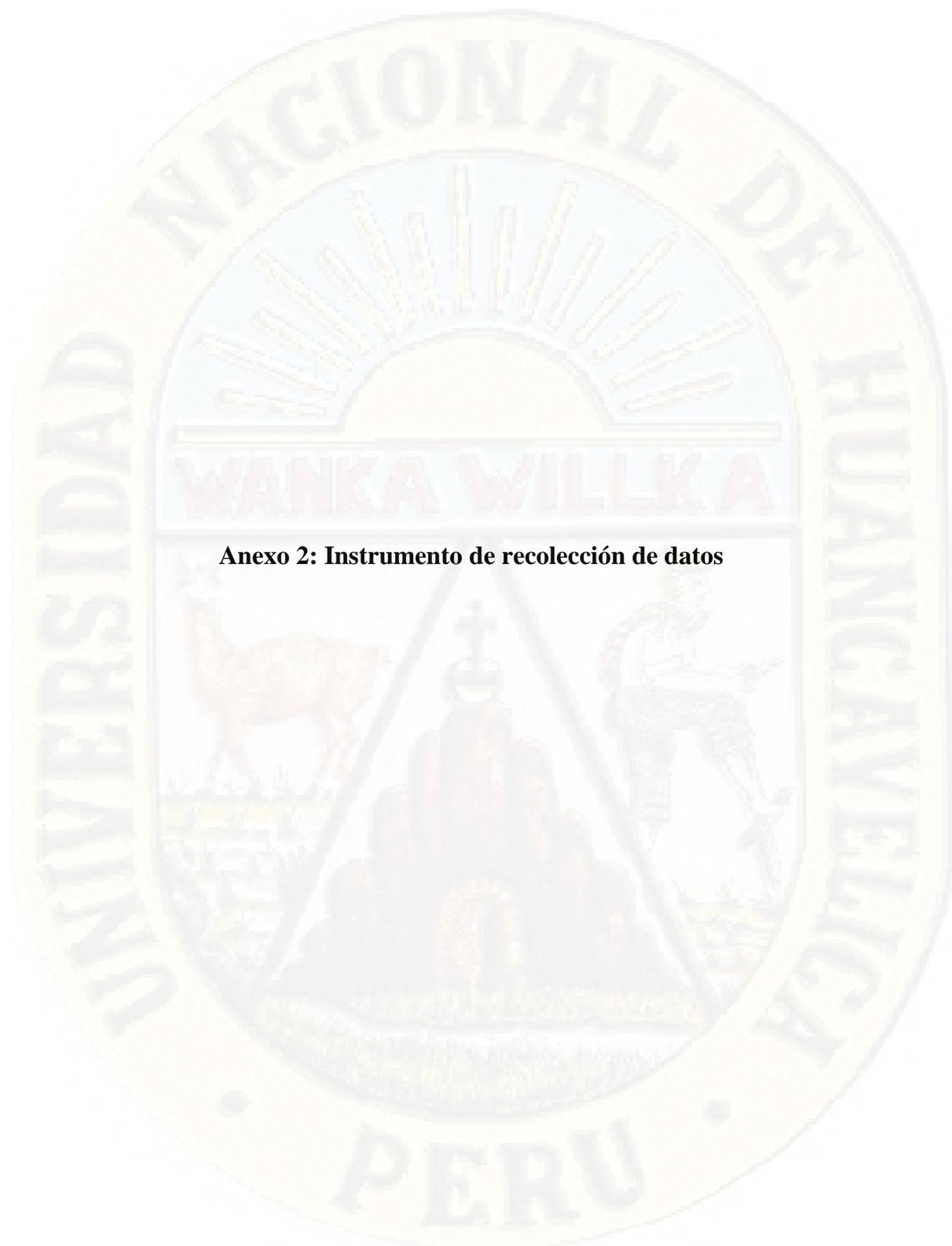


Anexo 1: Matriz de consistencia

MATRIZ DE CONSISTENCIA

INVESTIGACIÓN: Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

PROBLEMA	OBJETIVOS	JUSTIFICACIÓN	VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	ITEM	VALOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general ¿Cuáles son las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019?</p> <p>Problemas específicos ¿Cuáles son las características maternas de las parturientas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019?</p> <p>¿Cuáles son las características del parto en las gestantes nulíparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019?</p> <p>¿Cuáles son las características del parto en las gestantes multiparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019?</p>	<p>Objetivo general Determinar las características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.</p> <p>Objetivos específicos Identificar las características maternas de las parturientas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.</p> <p>Identificar las características del parto en las gestantes nulíparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.</p> <p>Identificar las características del parto en las gestantes multiparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.</p>	<p>La mayoría de los partos se desarrollan sin problemas; sin embargo, hay complicaciones que pueden presentarse al momento del parto; por lo cual es muy importante conocer las características del parto que regularmente se presentan en el establecimiento de salud para mejorar las habilidades y destrezas en el manejo o procedimiento de la atención del parto, orientar a las gestantes para la colaboración en el mismo, disminuir los posibles riesgos y prevenir complicaciones.</p> <p>Con los resultados de la investigación se podrá conocer a detalle las características del parto en nulíparas y multiparas con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo; a partir del cual se podrá implementar mejoras en las actividades de atención del parto, en los programas de preparación a la gestante. Así mismo los resultados de esta investigación nos permitirá implementar estrategias que contribuyan a fortalecer las acciones de educación para la salud, orientados hacia la promoción una maternidad saludable y la prevención de la enfermedad, fortaleciendo en los profesionales de la salud una actitud positiva en cuanto a una maternidad saludable.</p>	<p>Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad.</p>	<p>Características maternas</p> <p>Características del parto</p>	<p>Gestante con Psicoprofilaxis Obstétrica</p> <p>Edad materna en años</p> <p>Edad gestacional en el parto</p> <p>Nivel de Instrucción de la puérpera</p> <p>Estado civil de la puérpera</p> <p>Paridad de la mujer antes del parto actual</p> <p>Duración de la fase activa del trabajo de parto</p> <p>Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto</p> <p>Desgarro perineal en el parto vaginal</p> <p>Episiotomía en el parto vaginal</p> <p>Inducción del parto</p> <p>Parto instrumental</p> <p>Culminación del parto por cesárea</p>	<p>Gestante con Psicoprofilaxis Obstétrica</p> <p>Edad materna en años cumplidos</p> <p>Edad gestacional en el parto en semanas.</p> <p>Nivel de Instrucción de la puérpera</p> <p>Estado civil de la puérpera</p> <p>Paridad de la mujer antes del parto actual</p> <p>Duración de la fase activa del trabajo de parto en horas y minutos</p> <p>Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto en minutos</p> <p>Presencia de desgarro perineal en el parto vaginal</p> <p>Presencia de episiotomía en el parto vaginal</p> <p>Registra inducción del parto</p> <p>Registra parto instrumental</p> <p>Registra culminación del parto por cesárea</p>	<p>Si (1) / No (2)</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Sin instrucción (1)</p> <p>Primaria (2)</p> <p>Secundaria (3)</p> <p>Superior (4)</p> <p>Saltera (1)</p> <p>Conviviente (2)</p> <p>Casada (3)</p> <p>Viuda (4)</p> <p>Divorciada (5)</p> <p>Nulípara (1)</p> <p>Multipara (2)</p> <p>Numérico</p> <p>Numérico</p> <p>Si(1)/No(2)</p> <p>Si(1)/No(2)</p> <p>Si(1)/No(2)</p> <p>Si(1)/No(2)</p>	<p>Nivel de investigación El nivel de investigación es descriptivo (DANKHE 1986).</p> <p>Tipo de investigación investigación observacional, retrospectivo, de corte transversal, descriptivo.</p> <p>Diseño de Investigación El estudio correspondió a un diseño descriptivo simple; porque se trabajó sobre realidades del hecho y su característica fundamental fue la de realizar una interpretación correcta del fenómeno</p> <p>Esquema: M O</p> <p>M: Gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad de Huancayo.</p> <p>O: Características maternas y del parto</p> <p>Población, muestra, muestreo La población: Fueron todas las mujeres de parto institucional con y sin psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad del distrito de Huancayo, región Junín, de enero a junio 2019; según registros estadísticos fueron un total de 108 mujeres</p> <p>Muestra: El estudio fue censal; por lo que no fue necesario una muestra.</p>



Anexo 2: Instrumento de recolección de datos

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

FORMATO N° 01

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERISTICAS DEL PARTO

Investigación: Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

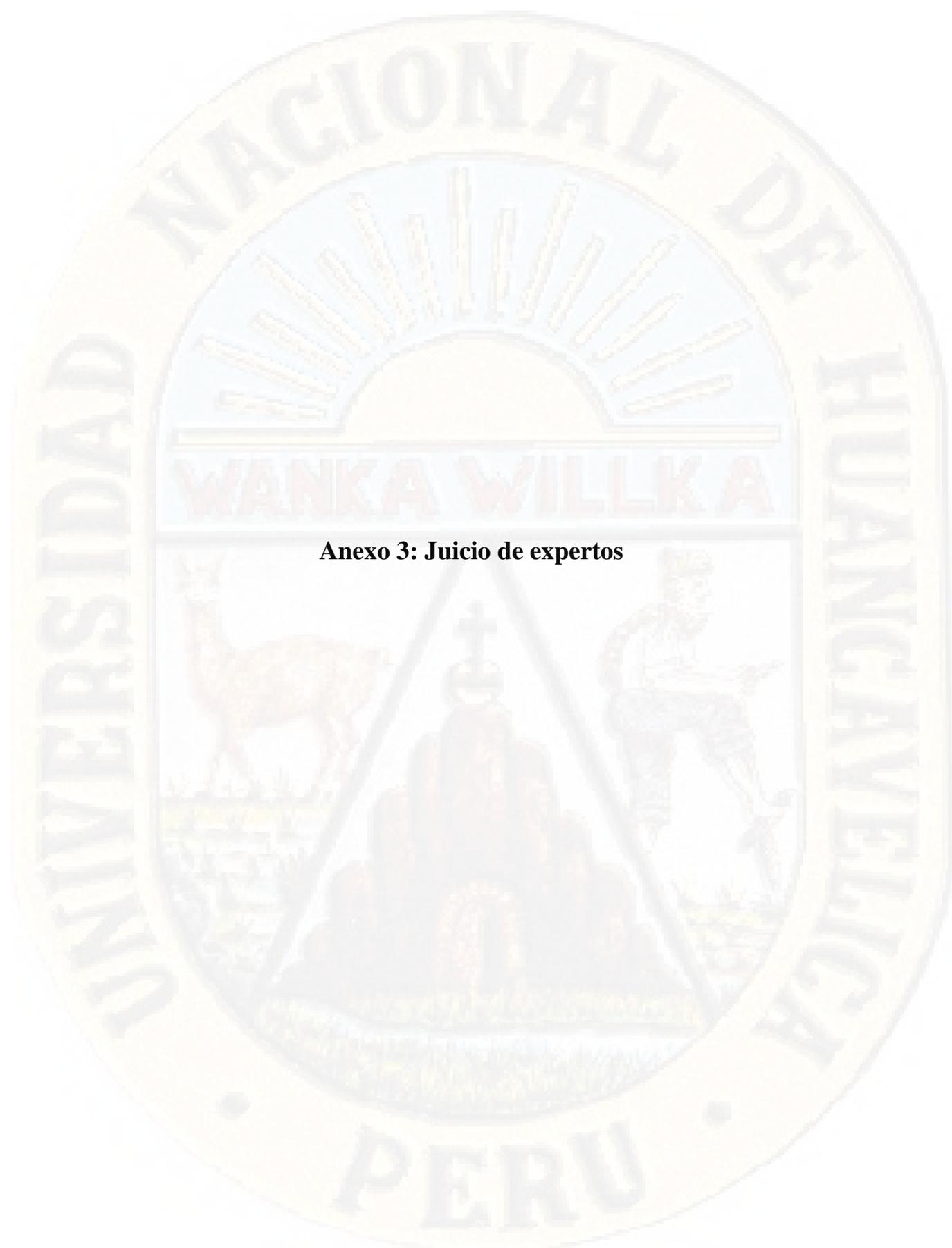
INSTRUCCIONES: El llenado de las fichas de recolección de datos será en base a los registros que se encuentran en las historias clínicas, registros de atención e informes de visita domiciliaria; el llenado debe ser correcto tal como se encuentra en ella, no se permite borrar, tampoco cambiar o modificar los datos. Cada ficha de recolección de datos tiene un número y un espacio para las observaciones en las que se deberá anotar con claridad si ocurriera los siguientes casos: falta un dato(s) será considerado como mal llenado; no existe físicamente la historia clínica; existe la historia clínica, pero está incompleta; historia clínica judicializada.

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. Ficha N° _____
- 1.2. Responsable del llenado: _____
- 1.3. Fecha del llenado: ____/____/201_. Hora del llenado: ____:____ horas
- 1.4. Región: _____
- 1.5. Provincia: _____
- 1.6. Distrito: _____
- 1.7. N° de historia clínica: _____
- 1.8. Gestante con Psicoprofilaxis Obstétrica: Si (1) No (2)
- 1.9. Edad materna en años cumplidos: _____
- 1.10. Edad gestacional en el parto: _____ semanas.
- 1.11. Nivel de Instrucción de la puérpera:
 - 1.11.1. Sin instrucción (1)
 - 1.11.2. Primaria (2)
 - 1.11.3. Secundaria (3)
 - 1.11.4. Superior (4)
- 1.12. Estado Civil de la puérpera:
 - 1.12.1. Soltera (1)
 - 1.12.2. Conviviente (2)
 - 1.12.3. Casada (3)
 - 1.12.4. Viuda (4)
 - 1.12.5. Divorciada (5)
- 1.13. Paridad de la mujer antes del parto actual: Nulípara (1) Multípara (2)

II. CARACTERISTICAS DEL PARTO (marque con una "X" o registrar los datos según corresponda)

- 2.1. Duración de la fase activa del trabajo de parto: _____ horas _____ minutos
- 2.2. Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto: _____ minutos
- 2.3. Presencia de desgarro perineal en el parto vaginal: Si (1) No (2)
- 2.4. Presencia de episiotomía en el parto Vaginal: Si (1) No (2)
- 2.5. Registra inducción del parto: Si (1) No (2)
- 2.6. Registra parto instrumental: Si (1) No (2)
- 2.7. Registra culminación del parto por cesárea: Si (1) No (2)



Anexo 3: Juicio de expertos

Juicio de Experto

INVESTIGACIÓN: Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019.

Investigador: Obsta. Jackeline Cuzcano Julcarima

Indicación: Señor especialista se le pide su colaboración para que luego de un riguroso análisis de los ítems de la “FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DEL PARTO” que le mostramos, marque con un aspa el casillero que cree conveniente de acuerdo a su criterio y experiencia profesional, denotando si cuenta o no cuenta con los requisitos mínimos de formulación para su posterior aplicación.

NOTA: Para cada ítem se considera la escala de 1 a 5 donde:

1.-Muy deficiente	2.- Deficiente	3.- Regular	4.- Buena	5.- Muy buena
-------------------	----------------	-------------	-----------	---------------

INFORMACION PROPIA DEL ESTUDIO

Variables: Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad.		1	2	3	4	5
Dimensión: Características maternas						
1	Gestante con Psicoprofilaxis Obstétrica					
2	Edad materna en años cumplidos					
3	Edad gestacional en el parto en semanas					
4	Nivel de Instrucción de la puérpera					
5	Estado civil de la puérpera					
6	Paridad de la mujer antes del parto actual					
Dimensión: Características del parto						
9	Duración de la fase activa del trabajo de parto en horas y minutos					
10	Duración del periodo expulsivo en el trabajo de parto en minutos					
11	Presencia de desgarro perineal en el parto vaginal					
12	Presencia de episiotomía en el parto vaginal					
13	Registra inducción del parto					
14	Registra parto instrumental					
15	Registra culminación del parto por cesárea					

Recomendaciones:

.....
.....

OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

- a) Muy deficiente b) Deficiente c) Regular d) Buena, para mejorar e) Muy buena, para aplicar

Nombres y Apellidos:	DNI N°	
Dirección:	Teléfono/Celular:	
Título Profesional:		
Grado Académico:		
Mención:		

Firma

Lugar y Fecha

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

Instrumento: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE CARACTERÍSTICAS DEL PARTO
Investigación: Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 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 = $\frac{2 \quad 2 \quad 2 + 2 \quad 2 \quad 2 + 2 \quad 2 \quad 2 + 2 \quad 2 \quad 2}{+ 2 \quad 2 \quad 2} = \text{-----}$

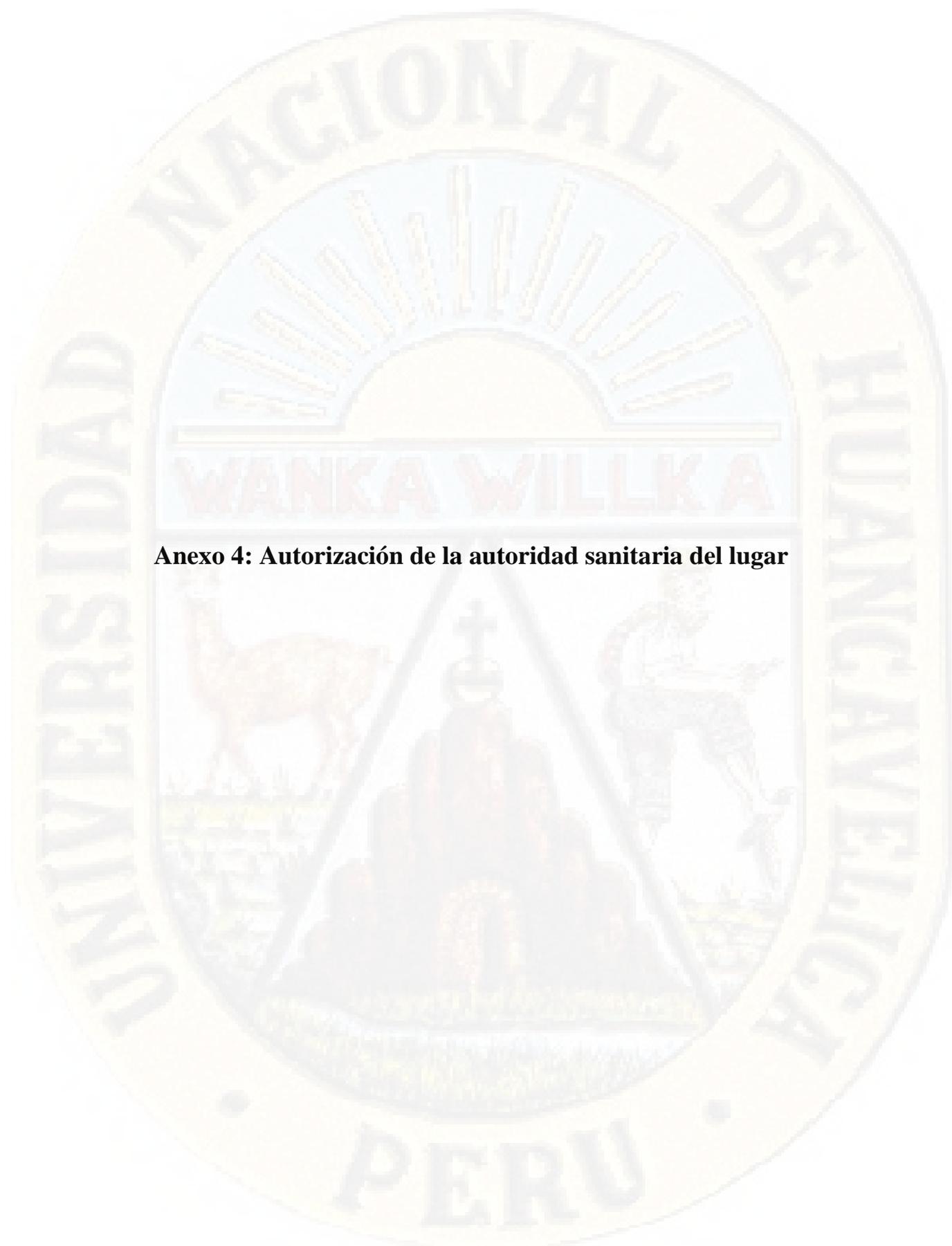
3. OPINIÓN DE APLICABILIDAD (Ubique el coeficiente de validez obtenido en el intervalo respectivo y marque con un aspa en el círculo asociado).

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
CENTRO DE SALUD LA LIBERTAD, HUANCAYO - JUNIN

SD.

Yo, Jackeline Nancy Cuzcano Julcarima identificada con D.N.I. N° 40967735, Obstetra de profesión, egresada de la 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 las “Características del parto en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el Centro de Salud La Libertad, Huancayo, enero a junio 2019”.

Por lo cual solicito me brinde la autorización pertinente para poder tener acceso a la información de fuentes secundarias (Historias clínicas, registros de atención entre otros); por otra parte, es importante mencionar que la información recabada será confidencial y solo será analizada de manera conjunta o grupal; adjunto instrumento y matriz de consistencia del estudio; 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, 15 de Julio del 2019.

Firma del Interesado