

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POST GRADO



TESIS

Influencia de la Psicoprofilaxis durante la Etapa Prenatal, en la atención del Parto y Puerperio en Madres Primíparas de 17 – 27 años – Servicio de obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma - Enero – Junio del 2016

Para Optar el Grado académico de Maestro en:

Salud Pública Y Comunitaria

MENCION:

Gerencia en Salud

Autor: Obst. Edith María PÉREZ RAMOS

Asesor: Mg. Janeth Rocío AVELINO CASQUERO

Cerro de Pasco – Perú-2018

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN

ESCUELA DE POST GRADO



TESIS

Influencia de la Psicoprofilaxis durante la Etapa Prenatal, en la atención del Parto y Puerperio en Madres Primíparas de 17 – 27 años – Servicio de obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma - Enero – Junio del 2016

Sustentada y aprobada ante la comisión de Jurados:

Mg. Isaías Fausto MEDINA ESPINOZA
PRESIDENTE

Mg. Lilia Mapy HUAYANAY MARTEL
MIEMBRO

Mg. Jheysen Luis BALDEÓN DIEGO
MIEMBRO

DEDICATORIA

A mis padres, mi hija y familiares
por su apoyo desinteresado durante
mi formación como maestra en
salud pública y comunitaria.

RECONOCIMIENTO:

Al mis docentes de la Escuela de Post Grado por su apoyo incondicional durante mi formación profesional.

A los Sres. Miembros del Jurado Calificador: Mg. Isaías Fausto, MEDINA ESPINOZA, Mg. Lilia Mapy, HUAYANAY MARTEL, Mg. Jheysen BALDEÓN DIEGO, por su orientación en el desarrollo del trabajo de investigación.

A mi Asesor Mg. Janeth Rocío, AVELINO CASQUERO, por su apoyo en la elaboración de esta investigación.

RESUMEN

Las Bases del Método Francés. Los principios son los mismos que los de la escuela rusa. Crear un foco cortical potente, capaz de inhibir los estímulos originados en la contracción uterina: Los detalles de la aplicación no son iguales : En lugar de la respiración profunda rápida, se utiliza la respiración acelerada. Se integra al esposo de una manera muy importante, tanto en la preparación teórico-práctico, como su presencia en el momento del parto.

La Escuela ecléctica: Frederick Leboyer, Gavensky, otros Ecléctico Individuo o escuela que profesa el eclecticismo, es decir, que escoge de cada sistema, teoría, método, etc, lo mejor o verdadero. Frederick Leboyer

“Parto sin dolor, parto sin violencia”, dirige su atención hacia el recién nacido, proporcionando las condiciones de un buen nacimiento, desde la óptica del recién nacido, preparación adecuada de la mujer, para el parto. Atención del parto bajo las siguientes condiciones ambientales: Personal entrenado. Lugar de atención del parto adecuado, luz indirecta, fondo musical suave, lenguaje a voz media, evitar ruidos innecesarios del instrumental, ambiente tibio para el R.N. Inmediatamente de la salida del niño antes de cortar el cordón umbilical, introducirlo en un recipiente con

agua tibia. Favorecer el momento adecuado, para el encuentro padre-madre-hijo.¹

Ricardo V. Gavensky . Médico argentino creador de la escuela sudamericana, basado en las escuelas rusa, inglesa y francesa del cual se basó la incorporación de la psicoprofilaxis en el Perú a principios de los 60's. Da a psicoprofilaxis un enfoque más amplio, conectándolo con otras ramas de la medicina. Discrimina el valor de los elementos teóricos y prácticos de los procedimientos. Precisa su metodología. Aporta nociones de psicología, de psicopatología y de hipnosis.

Método ruso: parto-contracción. Creación de reflejos condicionados positivos. Los elementos prácticos están constituidos por la respiración y ciertos ejercicios. La respiración es una copia del ritmo fisiológico (15-18 min.), y es más profunda cuando las contracciones son más intensas. Esto favorece la entrada del oxígeno, mejora el ritmo contráctil y estado fetal, tonifica la corteza cerebral, manteniendo un estado animoso. Los ejercicios son con masajes en forma circular sobre el hipogastrio, y con presiones sobre puntos analgesiantes (crestas iliacas, región lumbosacra) en el pujo se evidencia el acortamiento del período expulsivo. Asigna valor a la gimnasia general porque actúa positivamente sobre el sistema nervioso.²

Método inglés: Temor-Tensión-Dolor . Establece una jerarquía en orden de importancia. Educación-Respiración-Relajación-Ejercicio. Mejoramiento del estado general de la embarazada. Mayor entrada de oxígeno para la

madre y el feto. Reforzamiento de grupos musculares necesarios para el acto expulsivo.

Escuela francesa: respiración jadeante. Respiración a un ritmo de 25 por min. Que se acelera a 35 por min. En el momento del desprendimiento de la cabeza. Utiliza la relajación con concentración mental, para relajar determinados grupos musculares en el parto.

Errores fundamentales en la preparación. Pueden estar en función del personal responsable de la preparación: Personal no calificado. Falta de conocimientos o capacidad para exponer el contenido de las clases. Un estudio poco profundo de la anamnesis, para poder tomar medidas adecuadas. Una preparación insuficiente y metódicamente incorrecta, acelerada o abreviada. Intervalo grande entre la última clase y el parto. Falta de vinculación entre las clases teóricas y prácticas. Ausencia de una preparación suficiente del personal de los consultorios y de la sala de parto. Un conocimiento insuficiente de las bases neurofisiológicas de la psicoprofilaxis obstétrica. Desconfianza en el método por parte de algún integrante del personal.

En función de la gestante: No esperamos nunca que todas las mujeres sean psicológica o físicamente capaces de realizar un proceso natural. Algunas no pueden absorber las instrucciones. Otras no son adecuadamente instruidas. Muchas no tienen paciencia ni dominio sobre sí mismas. La psicoprofilaxis es enseñar a la madre a prepararse ante el

parto y La Estimulación Prenatal es el proceso que promueve el aprendizaje en los bebés aun en el útero, optimizando su desarrollo mental y sensorial.³

El problema que se investigó es: ¿Cómo influye la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años – Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma - Enero – Junio del 2016?

Los problemas específicos son:

¿Cómo es la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?, ¿Cómo es la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?, ¿Cómo es la relación de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?

El objetivo general es: Determinar la influencia de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años – Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma.

Los objetivos específicos son:

Identificar la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio

de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, identificar la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, Identificar la relación de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

La hipótesis general es: “Una psicoprofilaxis adecuada durante la etapa prenatal, influye favorablemente en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma”.

Las hipótesis específicas son:

“La psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, es adecuada”, “La psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, es adecuada”. “Existe relación significativa entre la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal y la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma”

Las conclusiones más importantes son:

1.- De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, por edad, según estado civil, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, la mayoría son casadas con un 52.3 % (45), en segundo lugar se encuentra las que tienen otra condición civil, representado por el 25.6 % (22), en tercer lugar se encuentra las solteras. Con un 22.1% (19).

2.- La mayoría de las primíparas 54.7 % (47) tienen entre 17 a 19 años, en segundo lugar se encuentran las que tienen entre 20 a 22 años, con un 31.4 % (27), en tercer lugar se encuentra las que tienen entre 23 a 27 años con un 13.9 % (12).

3.- De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría proceden de Tarma con un 50 % (43), en segundo lugar se encuentra las que proceden de los distritos de Tarma, representado por el 34.9 % (30), en tercer lugar se encuentra las que proceden de otros lugares con un 15.1 % (13).

4.- La mayoría de las primíparas 57 % (49) tienen ingreso económico medio, en segundo lugar se encuentran las que tienen ingreso económico bajo, con un 31.4 % (27), en tercer lugar se encuentra las que tienen ingreso económico alto, con un 11.6 % (10).

5.- De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría asistió entre 5 a 6 sesiones con un 58.2 % (50), en segundo lugar se encuentra las que asistieron a la psicoprofilaxis entre 3 a 4 sesiones, representado por el 23.2 % (20), en tercer lugar se encuentra las que asistieron entre 1 a 2 sesiones, con un 18.6 % (16).

6.- Las primíparas, la mayoría 60.5 % (52) presentan actitudes completamente de acuerdo, en segundo lugar se encuentran las que tienen actitudes de acuerdo, con un 33.7 % (29), en tercer lugar se encuentra las que tienen actitudes en desacuerdo, con un 5.8 % (5).

7.- De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría estudiaron secundaria completa con un 53.5 % (46), en segundo lugar se encuentra las que tienen secundaria incompleta, representado por el 34.9 % (30), en tercer lugar se encuentra las que estudiaron hasta el nivel primario con un 11.6 % (10).

8.- La mayoría 54.7 % (47) tienen un nivel de conocimiento óptimo, en segundo lugar se encuentran las que tienen nivel de conocimiento medianamente óptimo, con un 38.3 % (33), en tercer lugar se encuentra las que tienen nivel de conocimiento no óptimo, con un 7 % (6).

9.- De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal en la atención de parto de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría fueron atendidos de manera favorable su parto con un 65.1 % (56), en segundo lugar se encuentra la atención de parto medianamente favorable, representado por el 33.7 % (29), en tercer lugar se encuentra la atención de parto desfavorable con un 1.2 % (1).

10.- De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis, en la mayoría 57 % (49) fue adecuada, en segundo lugar la calidad de la psicoprofilaxis fue medianamente adecuada, con un 40.7 % (35), en tercer lugar se encuentra la calidad inadecuada, con un 2.3 % (2).

11.- De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa de puerperio de las madres primíparas de 17 a 27 años, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, la mayoría de las puérperas se vienen recuperándose favorablemente con un 60.5 % (52), en segundo lugar se encuentra la recuperación en el puerperio fue medianamente favorable, representado por el 37.2 % (32), en tercer lugar se encuentra la recuperación de puerperio fue desfavorable con un 2 % (2.3).

Palabras claves:

- Influencia de la psicoprofilaxis
- Parto sin dolor.

ABSTRACT

The Bases of the French Method. The principles are the same as those of the Russian school. Create a powerful cortical focus, capable of inhibiting the stimuli originated in uterine contraction: The details of the application are not the same: Instead of rapid deep breathing, accelerated breathing is used. It integrates the husband in a very important way, both in the theoretical-practical preparation, and his presence at the time of childbirth. The eclectic school: Frederick Leboyer, Gavensky, others Eclectic Individual or school that professes eclecticism, that is to say that chooses of each system, theory, method, etc. The best or true. Frederick Leboyer "Childbirth without pain, childbirth without violence". It directs its attention towards the newborn, providing the conditions of a good birth, from the perspective of the newborn. Proper preparation of the woman, for childbirth. Childbirth care under the following environmental conditions: Trained personnel. Place of attention of the adequate delivery, indirect light, soft musical background, language to average voice, to avoid unnecessary noises of the instrumental, warm environment for the R.N. Immediately from

the child's outlet before cutting the umbilical cord, place it in a container with warm water. Favor the right moment for the father-mother-child encounter.

Ricardo V. Gavensky. Argentine physician creator of the South American school. Based in Russian, English and French schools. On the basis of the incorporation of psychoprophylaxis in Peru in the early 60's. It gives psychoprophylaxis a broader approach, connecting it with other branches of medicine. It discriminates the value of the theoretical and practical elements of the procedures. It specifies its methodology. It provides notions of psychology, psychopathology and hypnosis. Russian method: childbirth-contraction. Creating positive conditioned reflexes. The practical elements are constituted by breathing and certain exercises. Breathing is a copy of the physiological rhythm (15-18 min.), And is deeper when the contractions are more intense. This favors the entry of oxygen, improves the contractile rhythm and fetal state, tones the cerebral cortex, maintaining a state of play. The exercises are with circular massages on the hypogastrium, and with pressures on analgesic points (iliac crests, lumbosacral region) in the pujo is evidenced the shortening of the expulsive period. Assigns value to general gymnastics because it acts positively on the nervous system.

English Method: Fear-Stress-Pain. Sets a hierarchy in order of importance. Education-Revitalization-Relaxation-Exercise. Improvement of the general state of the pregnant woman. Increased oxygen intake for the mother and fetus. Reinforcement of muscle groups necessary for the expulsive act.

French school: panting breath. Breathing at a rate of 25 per min. That speeds up to 35 per min. At the time of the head detachment. Use relaxation with mental concentration, to relax certain muscle groups in childbirth.

Fundamental mistakes in the preparation. They may depend on the personnel responsible for the preparation: Unqualified personnel. Lack of knowledge or ability to expose the content of classes. A shallow study of the anamnesis, to be able to take appropriate measures. An insufficient and methodically incorrect, accelerated or abbreviated preparation. Large interval between the last class and childbirth. Lack of linkage between theoretical and practical classes. Absence of sufficient preparation of the staff of the clinics and the delivery room. Insufficient knowledge of the neurophysiological bases of obstetric psychoprophylaxis. Distrust in the method by some member of staff.

Depending on the pregnant woman: We never expect that all women are psychologically or physically capable of performing a natural process. Some can not absorb the instructions. Others are not properly instructed.

Many have no patience or self-control. Psychoprophylaxis is to teach the mother to prepare for childbirth and Prenatal Stimulation is the process that promotes learning in babies even in the uterus, optimizing their mental and sensory development.³ The problem investigated is: How does psychoprophylaxis influence during the prenatal stage, in the delivery and

puerperium care in primiparous mothers aged 17 - 27 years - Obstetrics Service of the Hospital Felix Mayorca Soto - Tarma - January - June 2016?

Specific problems are: How is the psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the delivery care in primiparous mothers aged 17 - 27 years in the Obstetrics Service of the Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma ?, How is the psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the care Of the puerperium in primiparous mothers aged 17 - 27 years in the Obstetrics Service of the Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma ?, How is the relationship of psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the delivery and puerperium care in primiparous mothers of 17 - 27 years in the Obstetrics Service of the Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma? The general objective is: To determine the influence of psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the delivery and puerperium care in primiparous mothers aged 17 - 27 years - Obstetrics Service of the Hospital Félix Mayorca Soto - Tarma. The specific objectives are: To identify psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the care of the births in primiparous mothers aged 17 - 27 years in the Obstetrics Service of the Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma, identify psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the care of the puerperium in primiparous mothers Of 17 - 27 years of age at the Obstetrics Service of the Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma, ildentify the relation of psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the delivery and puerperium care in primiparous mothers aged 17 - 27 years in the Obstetrics Service of Hospital Félix Mayorca Soto

de Tarma. The general hypothesis is: "Adequate psychoprophylaxis during the prenatal stage has a favorable influence on delivery and puerperium care in primiparous mothers aged 17 - 27 years in the Obstetrics Service of Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma"

The specific hypotheses are:

"Psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the care of births in primiparous mothers aged 17 - 27 years in the Obstetrics Service of the Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma, is adequate", "Psychoprophylaxis during the prenatal stage, in the care of the Puerperium in primiparous mothers aged 17 - 27 years in the Obstetrics Service of Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma, is adequate. "There is a significant relationship between psychoprophylaxis during the prenatal stage and delivery and puerperium care in primiparous mothers aged 17 - 27 years in the Obstetrics Service of the Hospital Felix Mayorca Soto de Tarma"

The most important conclusions are:

1.- Out of a total of 86 (100%) of the primiparous mothers aged 17 to 27, by age, according to marital status, attended at the Hospital Felix Mayorca Soto, most are married with 52.3% (45), second Place are those that have other civil status, represented by 25.6% (22), third is the single. With 22.1% (19).

2.- The majority of primiparous women, 54.7% (47), are between 17 and 19 years old. Secondly, there are those who are between 20 and 22 years old, with 31.4% (27). Between 23 and 27 years old with 13.9% (12).

3.- Out of a total of 86 (100%) of primiparous mothers between the ages of 17 and 27, the majority came from Tarma with 50% (43), followed by those from the districts of Tarma, represented by 34.9% (30), in third place are those coming from other places with 15.1% (13).

4.- The majority of primiparous women 57% (49) have an average income, the second is those with a low income, with 31.4% (27), the third is those with a high income, With 11.6% (10).

5.- Out of a total of 86 (100%) of primiparous mothers aged 17 to 27 years, the majority attended between 5 to 6 sessions with 58.2% (50), secondly were those who attended the psychoprophylaxis between 3 To 4 sessions, represented by 23.2% (20); third, there were those who attended between 1 and 2 sessions, with 18.6% (16).

6.- The primipara, most 60.5% (52) have completely agreed attitudes, secondly are those who have agreed attitudes, with 33.7% (29), third are those who have attitudes to disagree , With 5.8% (5).

7.- Out of a total of 86 (100%) of the primiparous mothers aged 17 to 27, the majority of the children studied were 53.5% (46), followed by those with incomplete secondary education, represented by 34.9% (30); thirdly, those who studied to the primary level were 11.6% (10).

8.- Most 54.7% (47) have an optimal level of knowledge; secondly, there are those with a level of knowledge that is moderately optimal, with 38.3% (33), and thirdly, those with a level of knowledge Not optimal, with 7% (6).

9.- According to the quality of psychoprophylaxis during the prenatal stage in the delivery of primiparous mothers aged 17 to 27 years, the majority were favorably attended with 65.1% (56), secondly The care of a moderately favorable birth, represented by 33.7% (29), is in third place is unfavorable delivery attendance with 1.2% (1).

10.- According to the quality of the psychoprophylaxis, in the majority 57% (49) was adequate; secondly, the quality of psychoprophylaxis was moderately adequate, with 40.7% (35); third is the quality Inadequate, with 2.3% (2).

11.- According to the quality of the psychoprophylaxis during the puerperium stage of primiparous mothers aged 17 to 27, attended at the Felix Mayorca Soto Hospital, the majority of postpartum women are recovering favorably with 60.5% (52) , Second is the recovery in the postpartum was moderately favorable, represented by 37.2% (32); third is the recovery of puerperium was unfavorable with 2% (2.3).

KEYWORDS:

- Influence of psycho-prophylaxis
- Painless Childbirth

INTRODUCCION

La psicoprofilaxis nos permite prepara e informa sobre los cambios que ocurren en nuestro cuerpo a lo largo del embarazo. No se trata sólo de una preparación física sino también emocionalmente para afrontar mejor el momento del parto. ¿Por qué es importante? porque una mamá informada es una mamá colaboradora y tiende a estar más calmada durante el trabajo de parto.

Entre los aprendizajes de la psicoprofilaxis destaca su ayuda para relajar nuestros músculos y respirar mejor, herramientas que contribuyen a una mejor experiencia de parto.¹

Instintivamente todas las mujeres son capaces de ser madres, , sin embargo por cuestiones culturales han hecho creer que el cuerpo no será capaz de tener un parto, de dar lactancia o incluso que no seremos buenas en el cuidado de nuestro recién nacido.

Muchas veces estas trabas culturales han sido tan arraigadas en las madres que necesitamos alguien o algo que nos recuerde todo lo que podemos lograr y nos de herramientas para vencer los miedos, prejuicios y preocupaciones que pudiéramos tener respecto a nuestro embarazo, parto y post-parto.

Aquí entran los cursos psicoprofilácticos como una herramienta educativa útil en esta etapa de la vida de la mujer. No importa si es el

primero, el tercero o el décimo, siempre se puede aprender algo nuevo o perfeccionar las habilidades aprendidas en los embarazos anteriores.

Por medio de estos se obtendrán las herramientas necesarias para participar de una manera más activa en el proceso de gestación y en el momento del parto, así como en la lactancia eliminando los mitos más comunes y resolviendo las dudas más frecuentes. Así mismo podrá conocer sus opciones para tener el parto que desea, con armonía y respeto, obteniendo las técnicas y herramientas para aliviar la tensión mental y corporal durante el embarazo y postparto. La asistencia del padre a estas sesiones lo ayudará a sensibilizarse y a comprender el complejo, pero normal, proceso de dar vida. De esta manera, papá puede involucrarse íntimamente con el desarrollo de su bebé y brindar a mamá el sostén que necesita.

Aunque los cursos psicoprofilácticos no son indispensables, se vuelven deseables al momento en que la mujer decide participar activamente en su embarazo, más aun si tiene el firme deseo de hacer de su parto una experiencia más placentera.².

El problema que se investigó es: ¿Cómo influye la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años – Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma - Enero – Junio del 2016?

Los problemas específicos son:

¿Cómo es la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?, ¿Cómo es la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?, ¿Cómo es la relación de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?

El objetivo general es: Determinar la influencia de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años – Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma.

Los objetivos específicos son:

Identificar la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, identificar la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, identificar la relación de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

La hipótesis general es: “Una psicoprofilaxis adecuada durante la etapa prenatal, influye favorablemente en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma”.

Las hipótesis específicas son:

“La psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, es adecuada”, “La psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, es adecuada”. “Existe relación significativa entre la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal y la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma”

El informe de investigación consta de las siguientes partes: CAPITULO I, PROBLEMA DE INVESTIGACION, Identificación y determinación del problema, Delimitación dela investigación, Formulación del problema, Formulación de objetivos, Justificación de la investigación, Limitaciones dela investigación. EL CAPITULO II, MARCO TEORICO incluye: Antecedentes del estudio, Bases teóricas – científicas, Definición de términos básicos, Formulación dela hipótesis, Identificación de variables, Definición operacional de variables e indicadores. EL CAPITULO III, METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION incluye: Tipo de

investigación, Métodos de investigación, Diseño de investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Técnicas de procesamiento y análisis de datos, Tratamiento estadístico, Selección y validación de instrumentos de investigación. EL CAPITULO IV, RESULTADOS Y DISCUSION incluye: Descripción del trabajo de campo, Presentación, análisis e interpretación de resultados, Prueba de hipótesis, Discusión de resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía, y anexos.

INDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCION	
ÍNDICE	
CAPITULO I	
PROBLEMA DE INVESTIGACION	
1.1. Identificación y determinación del problema	26
1.2. Delimitación de la investigación	28
1.3. Formulación del problema	29
1.4. Formulación de objetivos	29
1.5. Justificación de la investigación	30
1.6. Limitaciones de la investigación	31
CAPITULO II	
MARCO TEORICO	
2.1. Antecedentes del estudio	32
2.2. Bases teóricas – científicas	35
2.3. Definición de términos básicos	57
2.4. Formulación de la hipótesis	57
2.5. Identificación de variables	60
2.6. Definición operacional de variables e indicadores	62
CAPITULO III	
METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION	
3.1. Tipo de investigación	88
3.2. Métodos de investigación	88
3.3. Diseño de investigación	89
3.4. Población y muestra	90
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	91
3.6. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	91
3.7. Tratamiento estadístico	92
3.8. Selección y validación de instrumentos de investigación	92
CAPITULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSION	
4.1. Descripción del trabajo de campo	93
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados	94
4.3. Prueba de hipótesis	94
4.4. Discusión de resultados	95
CONCLUSIONES	142
RECOMENDACIONES	145
BIBLIOGRAFIA	147
ANEXOS	

CAPITULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. IDENTIFICACION Y DETERMINACION DEL PROBLEMA

Según Goñi (1997). Embarazo es el término que comprende el periodo de gestación que comprende el periodo de gestación del ciclo reproductivo humano. El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de la mujer, y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero. Como el embarazo altera los esquemas hormonales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual. Otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor y aumento de peso, ciertas mujeres también experimentan deseos de sustancias poco usuales, como hielo, arcilla, etc., esta situación llamada pica, puede ser indicativa de una insuficiencia de hierro u otros nutrientes. Antes de la duodécima semana del embarazo es

posible que algunos de estos síntomas remitan, pero aparecen otros; por ejemplo, los senos aumentan de tamaño y se oscurecen los pezones.

Al primer mes aparecen rudimentos de los sistemas nervioso y circulatorio; después los esbozos de los ojos, orejas, nariz y boca. A los tres meses se ha desarrollado la placenta y al embrión se le llama feto. Con un análisis del líquido amniótico se puede saber el sexo del feto, así como algunas enfermedades congénitas.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman el cerebro, los brazos, las piernas y los órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar algún tipo de medicación, sino es aconsejada por un médico que conozca su estado. También deberá evitar los rayos X y el consumo de alcohol y tabaco.

Los Signos presuntivos: Falta de menstruación, amenorrea. Cambios en el tamaño de las mamas, cambios en el color, hay dolor y pigmentación de la areola. Aumento de la micción (polaquiuria) por presión del útero sobre la vejiga. Cloasma gravídico, hiperpigmentación de los pómulos y estrías que aparecen en los senos y en el abdomen, línea media alba, etc. Signos de probabilidad: Aumento de la circunferencia abdominal. Aumento del tamaño del útero. Ablandamiento del cuello uterino. Aumento del flujo vaginal. Prueba biológica de embarazo positiva. Signos de certeza:

Percepción y movimientos de los ruidos cardíacos fetales. Movimientos activos y pasivos del feto. Imagen geográfica del feto. Palpación del feto.³

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.

Es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida.

Por ello, me lleva a formular el siguiente problema: ¿Cómo influye la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años – Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma - Enero – Junio del 2016?

1.2. DELIMITACION DE LA INVESTIGACION

El trabajo de investigación se aplicará en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de la Provincia de Tarma, durante los meses de Enero a Mayo del 2016 a todas las madres primíparas de 17 a 27 años que acuden para la atención del parto y puerperio.

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL.-

¿ Cómo influye la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años – servicio de obstetricia del Hospital Félix Mayorca soto – Tarma - Enero – Agosto del 2016?.

1.3.2. PROBLEMAS ESPECIFICOS.-

- a. ¿Cómo es la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?
- b. ¿Cómo es la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?.
- c. ¿Cómo es la relación de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma?

1.4. FORMULACION DE OBJETIVOS.-

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la influencia de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años – Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto – Tarma.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a. Identificar la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- b. Identificar la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.
- c. Identificar la relación de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

1.5. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION.-

La psicoprofilaxis nos permite prepara e informa sobre los cambios que ocurren en nuestro cuerpo a lo largo del embarazo. No se trata sólo de una preparación física sino también

emocionalmente para afrontar mejor el momento del parto. ¿Por qué es importante? porque una mamá informada es una mamá colaboradora y tiende a estar más calmada durante el trabajo de parto.

1.6. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION.-

Ninguna

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antecedentes del Estudio:

a. Según las Bachilleres CUBAS PÉREZ Madeleyne y VÁSQUEZ DAZA, Jessica Karen en el trabajo de investigación: “Influencia de la preparación psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto. Hospital Santa Gema – Yurimaguas. Mayo a Diciembre 2010” concluye que: La preparación psicoprofiláctica de la gestante influye significativamente disminuyendo los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto. Los niveles de ansiedad de las gestantes del grupo de estudio nos arrojo que el que el 88,89% no presentaron ansiedad, y el 11,11% presentaron ansiedad de tipo moderada, mientras que

del grupo control, el 20,83% no presentaron ansiedad, el 75% presentaron ansiedad de tipo moderada y el 4,17% presentaron ansiedad severa. De las 36 gestantes que fueron preparadas psicoprofilacticamente predominan: las edades de 19 a 34 años (75%); estado civil, conviviente (50%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (36,11%); procedencia, urbana (77,78%); paridad, primípara (50%), multíparas (50%). De las 24 gestantes que conformaron el grupo control predominan, las edades de 19 a 34 años (54,17%); estado civil, conviviente (83,33%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (41,67%); procedencia, urbanas (62,50%); paridad, multíparas (87,50%).⁴

b. Según, LLAVE REDUCINDO, Edmundo Cristian, en el trabajo de investigación: “Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP durante el año 2013”. Concluye que: En cuanto a las características del parto, el inicio fue espontáneo en la mayoría de pacientes que asistieron de las seis sesiones (70.8%) y en las que participaron en menos de tres sesiones (64.4%), el tipo de parto en ambos grupos (6 sesiones: 72% y < 3 Sesiones: 78.5%) fue vaginal. — Las episiotomías (58.5%) y desgarros (14.4%) fueron menores en las usuarias que acudieron a las seis sesiones de psicoprofilaxis, en comparación a las que acudieron a menos de 3 sesiones (episiotomías: 58.9% y desgarros: 17.2%). La analgesia fue solicitada

con mayor frecuencia en las usuarias que acudieron a las seis sesiones de psicoprofilaxis en comparación con las que acudieron a menos de tres sesiones. — La duración del periodo de dilatación en las pacientes que acudieron a las seis sesiones de psicoprofilaxis fue en promedio de 8.21 horas y en las que participaron en menos de tres sesiones fue 8.53 horas. La duración del expulsivo en el primer grupo fue de 0.24 horas y las del segundo grupo fue de 0.22 horas. La duración promedio del alumbramiento en las participantes a seis sesiones fue menor (0.10 horas) al de las participantes con menos de 3 sesiones (0.11 horas). — El parto espontáneo, el parto vaginal; la duración del periodo de dilatación y del expulsivo fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y las que participaron en menos de tres sesiones, sin embargo la duración del periodo de alumbramiento fue menor en el grupo que participó de las seis sesiones ($p=0.009$). — El peso del recién nacido de las gestantes que asistieron a las seis (92.8%) y menos de tres sesiones (94.1%) de psicoprofilaxis fue de 2500 a 4000 gr; la talla predominante en ambos grupos de recién nacidos fue entre 49.6-55 cm (seis sesiones: 65.9% y menos de tres sesiones: 72.6%); el Apgar al minuto fue 7-10 al minuto en el primer grupo (96.6%) similar al segundo grupo (91.1%). El contacto piel a piel se realizó en la mayoría de partos de ambos grupos (seis sesiones: 72.7% y menos de tres sesiones: 66.7%) — Los resultados perinatales como el peso,

la talla, el apgar a los cinco minutos y el contacto piel a piel fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones y en las que participaron en menos de tres; sin embargo, el apgar al minuto fue significativamente mayor en el primer grupo ($p=0.014$).⁵

c. Según, la bachiller ZURITA MUÑOZ, Milagros Elena, en el trabajo de investigación; “Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el hospital vitarte, 2015”. concluye que: No se obtuvo beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido, debido a que el estudio se realizó con características limitadas a la normalidad, pero se obtuvo los siguientes resultados: adecuado tiempo de duración del período de dilatación en el 90% de las nulíparas y en el 55.8% de las multíparas. No uso de medicamentos analgésicos y anestésicos en el 100% de las gestantes. Adecuado tiempo de duración del período expulsivo en el 100% de nulíparas y en el 96.1% de las multíparas. Mas partos eutócicos en el 73.2% de las gestantes. Menor índice de sufrimiento fetal en el 93.91% de los casos. Mejor apgar al minuto en el 95.1% de los casos. Mejor apgar a los cinco minutos en el 98.78% de los casos. Mejor peso al nacer en el 98.78% de los casos.⁶

2.2. BASES TEORICAS

I. EMBARAZO

1.1. CONCEPTO DE EMBARAZO.

1.2. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO

1.3. CONTROL PRENATAL

II. PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

2.1. CONCEPTO DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

2.2. OBJETIVOS DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

2.3. FUNDAMENTOS DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

2.4. BASES DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA.

2.4.1. BASES GENERALES

2.4.2. BASES ANATÓMICAS

2.4.3. BASES FISIOLÓGICAS

2.4.4. BASES PSICOLÓGICAS

2.5. DOLOR EN OBSTETRICIA

2.6. BASES DOCTRINARIAS DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA

2.6.1. ESCUELA SOVIÉTICA

2.6.2. ESCUELA INGLESA

2.6.3. ESCUELA FRANCESA

2.7. METÓDICA Y PROCEDIMIENTO DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

2.8. VENTAJAS

2.8.1. A LA MADRE

2.8.2. PERINATOLOGICAS

III. TRABAJO DE PARTO

3.1. CONCEPTO 4.6. BORRAMIENTO

3.2. FASES:

3.2.1. FASE LATENTE:

3.2.2. FASE ACTIVA:

3.3. PARTO GRAMA:

3.4. CONTRACCIÓN UTERINA:

3.4.1. FISILOGIA:

3.4.2. CARACTERISTICAS:

3.4.3. ORIGEN DE LA ONDA CONTRÁCTIL:

3.4.4. PROPAGACION:

3.4.5. TRIPLE GRADIENTE DESCENDENTE:

3.5. BORRAMIENTO

3.6. DILATACIÓN

3.7. EXPULSIÓN DEL TAPÓN MUCOSO

3.8. FORMACIÓN DE LA BOLSA DE LAS AGUAS

3.9. COMPLICACIONES

IV. PUERPERIO INMEDIATO

- 4.1. CONCEPTO.
- 4.2. DURACIÓN.
- 4.3. CAMBIOS ANATÓMICOS
- 4.5. CAMBIOS FISIOLÓGICOS.
- 4.6. COMPLICACIONES

**V. RESPUESTA A LA MUJER FRENTE AL TRABAJO DE PARTO Y
PUERPERIO INMEDIATO:**

- 5.1. CONCEPTO
- 5.2. ANSIEDAD
 - 5.2.1. CONCEPTO
 - 5.2.2. INFLUENCIA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO
INMEDIATO
 - 6.2.3. ESCALA DE ZUNG “EAA”
- 5.3. DEPRESIÓN
 - 5.3.1. CONCEPTO
 - 5.3.2. INFLUENCIA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO
INMEDIATO
 - 5.3.3. ESCALA DE ZUNG “EAD”

I. EMBARAZO

1.1. CONCEPTO:

Según Goñi (1997). Embarazo es el término que comprende el periodo de gestación que comprende el periodo de gestación del ciclo reproductivo humano. El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de la mujer, y este óvulo fecundado se implanta en la pared del útero. Como el embarazo altera los esquemas hormonales de una mujer, uno de los primeros síntomas del embarazo es la pérdida del periodo menstrual. Otros síntomas son: aumento de la sensibilidad de las mamas, cansancio, náuseas, sensibilidad a los olores, mayor frecuencia en la micción, cambios de humor y aumento de peso, ciertas mujeres también experimentan deseos de sustancias poco usuales, como hielo, arcilla, etc., esta situación llamada pica, puede ser indicativa de una insuficiencia de hierro u otros nutrientes. Antes de la duodécima semana del embarazo es posible que algunos de estos síntomas remitan, pero aparecen otros; por ejemplo, los senos aumentan de tamaño y se oscurecen los pezones.

Al primer mes aparecen rudimentos de los sistemas nervioso y circulatorio; después los esbozos de los ojos, orejas, nariz y boca. A los tres meses se ha desarrollado la placenta y al embrión se le llama feto. Con un análisis del líquido amniótico se puede saber el sexo del feto, así como algunas enfermedades congénitas.

Los primeros meses del embarazo son los más críticos para el niño en desarrollo, ya que durante este periodo se forman el cerebro, los brazos,

las piernas y los órganos internos. Es por esta razón que una mujer embarazada debería tener especial cuidado antes de tomar algún tipo de medicación, sino es aconsejada por un médico que conozca su estado. También deberá evitar los rayos X y el consumo de alcohol y tabaco.

Signos y síntomas

Signos presuntivos: Falta de menstruación, amenorrea. Cambios en el tamaño de las mamas, cambios en el color, hay dolor y pigmentación de la areola. Aumento de la micción (polaquiuria) por presión del útero sobre la vejiga. Cloasma gravídico, hiperpigmentación de los pómulos y estrías que aparecen en los senos y en el abdomen, línea media alba, etc. Signos de probabilidad: Aumento de la circunferencia abdominal. Aumento del tamaño del útero. Ablandamiento del cuello uterino. Aumento del flujo vaginal. Prueba biológica de embarazo positiva. Signos de certeza: Percepción y movimientos de los ruidos cardíacos fetales. Movimientos activos y pasivos del feto. Imagen geográfica del feto. Palpación del feto.

1.2. CAMBIOS ANATÓMICOS Y FISIOLÓGICOS DEL EMBARAZO

A partir del momento en que el óvulo es fecundado por un espermatozoide, comienzan a producirse, en el cuerpo de la mujer, una serie de cambios físicos y psíquicos importantes destinados a adaptarse a la nueva situación, y que continuarán durante los nueve meses siguientes. Esto es lo que conocemos como un embarazo.³

Es necesario que la mujer acepte y sepa llevar lo mejor posible estas transformaciones, porque de ello depende que este período vital se convierta en una experiencia irrepetible e inmensa, cuyo fruto es la creación de una nueva vida. A continuación se conocerán los nueve meses del embarazo, por trimestres y cada trimestre detalladamente mes a mes:

PRIMER TRIMESTRE:

Durante el primer mes de gestación apenas se producen cambios. Es el período en el que se produce la organogénesis del nuevo ser, que en su primera época se llama embrión y a partir del tercer mes, feto. En este primer mes es recomendable que la mujer deje de fumar, o que al menos reduzca su número de cigarrillos a un máximo de cuatro o cinco al día. Además, no debe abusar de las bebidas alcohólicas, ni tomar medicamentos, sin consultar previamente con su médico. Se evitará, en la medida de lo posible las vacunas y la exposición a cualquier tipo de radiaciones. Durante el segundo mes de gestación comienzan a aparecer los primeros cambios hormonales. Se producen síntomas propios de este período como los trastornos del aparato digestivo.

Se pierde la coordinación entre los dos sistemas nerviosos, el vago y el simpático, y se presentan los primeros vómitos y náuseas. Esta situación suele ir acompañada de abundantes salivaciones (ptialismo) y, a veces, de ligeros desvanecimientos. Puede ocurrir que los vómitos sean excesivos llegándose a crear un estado de desnutrición. Si los vómitos y

las sensaciones de náuseas son frecuentes, es recomendable que la ingestión de alimentos sea más frecuente y en pequeñas cantidades. Los alimentos sólidos o espesos reducen estos trastornos más que los líquidos. Se aconseja tomarlos fríos o a una temperatura ambiental, nunca calientes.

La mucosa bucal y las encías sufren modificaciones desde el inicio de la gestación. Las encías, debido a la acción hormonal se inflaman. Esto puede favorecer la aparición de caries o el empeoramiento de las ya existentes. Para eliminar posibles infecciones es imprescindible una cuidadosa higiene buco-dental y visitar, de vez en cuando, al odontólogo. Las palpitaciones, un ligero aumento de la frecuencia respiratoria y hasta mareos, son frecuentes en este período. En este mes, la glándula mamaria sufre precoces modificaciones: los pechos aumentan de tamaño, y al palpar se notan pequeños nódulos, la areola del pezón se hace más oscura y aumenta la sensibilidad mamaria. También, a causa de la acción hormonal, la glándula tiroides puede aumentar su tamaño y provocar un ligero ensanchamiento de la base del cuello. ³

Durante el tercer mes de gestación las probabilidades de abortar son mayores, con lo que es importante tomar ciertas precauciones. La embarazada debe evitar llevar cargas pesadas, fatigarse o beber alcohol. Además, no emprenderá largos viajes en coche. Los viajes en avión sólo serán peligrosos en los casos en que se viaje a grandes alturas, ya que una disminución del oxígeno (hipoxia), puede provocar malformaciones

congénitas. Las relaciones sexuales deben espaciarse durante todo el primer trimestre.

En el caso de que aparezcan dolores parecidos a una menstruación o hay hemorragia, por leves que sean, se deben extremar las precauciones. Quedan entonces prohibidas las relaciones sexuales y los viajes durante todo este período y se aconseja acudir al tocólogo ante cualquier síntoma, además de guardar reposo en cama. Con estas precauciones y los preparados hormonales que ahora existen se consigue, en la mayoría de los casos, salvar el embarazo.

MES 1:

La pared uterina aumenta su espesor y vascularización. La placenta y cordón comienzan a formarse. Se segrega gonadotrofina coriónica, la cual es detectada en la orina confirmando el embarazo. El útero tiene el tamaño de una pelota de ping-pong.

MES 2:

El cordón umbilical tiene su forma definitiva. El líquido amniótico protege al feto, manteniendo constante la temperatura y facilitando sus movimientos. El útero tiene el tamaño de una pelota de tenis.

MES 3 :

La cavidad uterina esta llena de líquido amniótico que se renueva constantemente. La placenta es pequeña pero cumple su función de intercambio de nutrientes y productos de desecho y secreción de estrógenos y progesterona. El útero tiene el tamaño de un pomelo. La embarazada podrá sentir mareos y vómitos, cansancio, molestias en la pelvis, necesidad de orinar más frecuentemente. Notará un aumento de tamaño en sus pechos acompañado de cambio de color en la areola. Su atención se centrara en los cambios físicos. Es frecuente que tenga cambios bruscos de humor y sentimientos contradictorios acerca de la maternidad.

SEGUNDO TRIMESTRE:

El segundo trimestre de la gestación es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan, aunque existen casos, muy raros, en los que persisten durante toda la gestación.

En el cuarto mes se produce un aumento del peso de la madre, el cual hay que controlar. Durante este mes el aumento no debe superar los 300 gramos semanales. El peso se debe controlar por lo menos una vez al mes, procurando hacerlo siempre en la misma báscula. En este mes, debido al ensanchamiento de la cintura, comienza la necesidad de vestirse con ropa pre-mamá, holgada y cómoda. Pueden aparecer trastornos en la digestión a causa de una hormona llamada progesterona; ésta se hace más

perezosa y provoca con frecuencia estreñimiento. Para combatirlo, es conveniente consultar al tocólogo, quién indicará el laxante más apropiado. En ocasiones un vaso de agua tibia en ayunas y una dieta adecuada es suficiente. Si el estreñimiento vaya acompañado de hemorroides, dilataciones venosas alrededor del ano, tendrá que evitarse necesariamente. Para ello se aplicará una pomada específica.

Durante este período se pueden practicar deportes que no supongan demasiado esfuerzo. Es recomendable practicar una gimnasia que favorezca la circulación periférica. Es muy recomendable la natación, en aguas templadas y sin demasiado oleaje, para que el esfuerzo sea menor.

A partir del quinto mes, cuando ya son evidentes los movimientos fetales, el control del peso se hace imprescindible, ya que su aumento comienza a ser considerable. En este segundo trimestre se suele aumentar unos 4 Kg. Para que la variación de peso se mantenga dentro de los límites normales, es fundamental conocer algunos aspectos sobre la dieta y una correcta alimentación. La embarazada debe comer para dos y no por dos. Hay que cuidar tanto la cantidad como la cualidad de los alimentos.

Los requerimientos en proteínas aumentan, siendo necesarios alimentos como la carne (mejor de vaca, ternera o pollo), el pescado blanco, los huevos, la leche y sus derivados como el yogur, etc. Las grasas deben reducirse de la dieta, pero no suprimirse. La aportación de minerales debe ser más alta, sobre todo la del hierro. Por eso resulta muy beneficioso tomar

un comprimido diario de hierro junto con las comidas, aunque eso lo decidirá el tocólogo. Las necesidades de calcio también aumentan, por lo que deberá llevarse una dieta rica en productos lácteos como la leche y derivados. Los hidratos de carbono se deben tomar con moderación, y no abusar de los alimentos ricos en féculas, como legumbres, pan y dulces.

Resulta conveniente que la dieta sea abundante en frutas y verduras, porque junto con su riqueza en vitaminas favorecen la digestión y regulan el tránsito intestinal que ayuda a evitar el frecuente estreñimiento. En el sexto mes es frecuente encontrar anemia en la embarazada. Los tipos de anemia que pueden aparecer durante la gestación son: la anemia ferropénica y la anemia megaloblástica. La anemia ferropénica es la más frecuente, debida a una deficiencia de hierro. Por eso, como se ha dicho antes, es necesario un aumento de este mineral sobre todo a partir del quinto o sexto mes de gestación. La anemia megaloblástica es menos frecuente, pero sus consecuencias son más peligrosas para la madre y para el feto. Son causadas por la disminución del ácido fólico.

Esta deficiencia se puede evitar con una dieta rica en verduras frescas y proteínas animales, que son las principales fuentes del ácido fólico. Se seguirá controlando el peso, teniendo en cuenta que el aumento ha de ser de 400 gr. semanales aproximadamente. Las glándulas mamarias continúan aumentando de tamaño, por lo que deben cuidarse y prepararse para la posterior lactancia para evitar cierto tipo de grietas. En este mes es

recomendable asistir a los cursos del denominado parto psico-profiláctico o parto sin dolor. La finalidad de estos cursos es la de preparar a la futura madre tanto física como psíquicamente para el parto, y hacerle ver que el parto es algo natural, y que puede evitarse el dolor durante éste.

MES 4:

El fondo del útero alcanza el hueso del pubis. La placenta cumple sus funciones de nutrición, respiración y secreción hormonal. El líquido amniótico aumenta. El útero tiene el tamaño de un coco.

MES 5:

El útero alcanza el nivel del ombligo, teniendo el tamaño de un melón.

MES 6:

El útero supera el nivel del ombligo, teniendo el tamaño de una sandía. Han desaparecido las náuseas y los vómitos. Se pueden sentir los movimientos del feto. A veces se sienten pequeñas molestias como ardor de estómago, constipación, congestión nasal. Puede engordar de 250 a 500 grs. a la semana. Se puede acrecentar el interés por el bebé, soñando con el día y noche. Los cambios físicos motivan sentimientos contradictorios. Sientes que el tiempo pasa rápidamente.

TERCER TRIMESTRE:

En el séptimo mes, las clases del denominado parto psico-profiláctico no deben suspenderse ni un solo día. El organismo, en esta etapa, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremanera el tamaño del útero, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada para el descanso. En este sentido, es muy útil la práctica de algunos ejercicios de gimnasia que ayudan a corregir eficazmente las modificaciones (ortostáticas).

Durante este mes la piel de la embarazada sufre cambios, debidos a cambios hormonales. Empiezan a aparecer manchas de color del café con leche en la frente y en las mejillas. También hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Ninguno de estos cambios es motivo de preocupación, ya que desaparecen por sí solos después del parto. Únicamente debe evitarse una exposición prolongada al sol. Dada la frecuencia de hiper-pigmentaciones y cloasma, son recomendables las cremas protectoras.

A estas alturas del embarazo el sistema urinario se ve especialmente alterado. En este caso, algunos médicos insisten en la necesidad de administrar antibióticos para evitar en la piel la nefritis aguda, aunque otros dicen que estas anomalías desaparecen entre la cuarta y sexta semanas después del parto. Ante la toxemia gravídica es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edemas, aunque la única forma de luchar contra ella radica en el esmerado control de las

gestantes, es decir, en la profilaxis. También deben tenerse en cuenta los aumentos rápidos de peso y los análisis que indiquen la presencia de albúmina en la orina.

De manera específica podemos decir que tanto la madre como el bebe sufren los siguientes cambios:

MES 7 :

El útero aumenta notoriamente su tamaño. Disminuye la cantidad de líquido amniótico.

MES 8:

La parte superior del útero se palpa a unos 8 cm. del ombligo. La musculatura uterina comienza a contraerse.

MES 9:

El lanugo se ha caído casi completamente. Logra oír sonidos exteriores disfrutando de la buena música. Sus pulmones están preparados para funcionar en el exterior. Mide 50cm. y pesa entre 3300 y 3500 grs.

La altura del útero puede llegar a unos 33cm. Hay aumento en las contracciones uterinas. Pueden aparecer dolor de espalda, ardor de estómago, dificultad para respirar, hemorroides, tobillos hinchados y frecuentes ganas de orinar. La atención se centra en el parto. Hay una

mayor necesidad de afecto, atención y cuidados. El tiempo parece detenerse.³

1.3. CONTROL PRENATAL

Es el control de la embarazada, realizada en forma periódica por el obstetra u obstetrix, con el fin de evaluar su normalidad y detectar los factores de riesgo para su referencia oportuna.

Características del control prenatal:

- a. El ingreso al control prenatal es ideal que se efectúe en forma precoz es decir antes de las 14 semanas de gestación.
- b. El control maternal es gratuito de no ser así, debe reembolsárseles a sus beneficiarios el valor del control que hayan cancelado.
- c. El control prenatal le permite el acceso al programa de alimentación complementaria.
- d. El control de la gestante, es más frecuente a medida que avanza la edad de embarazo.

Anamnesis:

La anamnesis de la gestante se realiza de acuerdo a los datos que están consignados en la tarjeta de control maternal y que son:

Nombre, domicilio, previsión, edad, escolaridad, estado civil, antecedentes familiares y personales de enfermedades, características de gestaciones anteriores, hábitos.

Examen físico:

Considera los siguientes aspectos: Peso, talla, presión arterial.

Examen Obstétrico:

Es la evaluación de la altura uterina auscultación de latidos cardíacos fetales, palpación y detección de la presentación fetal.

Registros:

El registro del control prenatal se consigna en el carné de control que es de propiedad de la madre, y en la tarjeta de control que se maneja en el consultorio.

Referencias:

La embarazada puede ser referida a evaluación y control con la nutricionista, odontólogo y medicina general según corresponda. También puede ser enviada a Servicio Social para evaluación de su situación socioeconómica y seguimiento de los casos con riesgo social.

Control del puerperio y Recién Nacido:

Una vez ocurrido el parto la madre efectúa un control en el consultorio lo más precoz posible junto con su hijo.

Este control es para evaluar la condición de la madre posparto en relación a la involución Uterina, a la detección de alteraciones del proceso de cicatrización, infecciones, fomento de la lactancia materna y referir a control de planificación familiar.

En forma conjunta se evalúa al Recién Nacido, efectuándose examen físico segmentario, control de peso, talla, medición de perímetro craneal y características de la lactancia del hijo.

OBJETIVOS:

- a. Vigilar el desarrollo y evolución del embarazo normal.
- b. Identificar el riesgo obstétrico, para la derivación oportuna.
- c. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones del embarazo.
- d. Preparación física y mental para el parto
- e. Promoción de la lactancia materna y la crianza del recién nacido (RN).
- f. Prevención del tétanos neonatal (vacuna antitetánica), cáncer del cérvix uterino (Papanicolaou) y prevención de la patología mamaria.
- g. Promoción de salud reproductiva y planificación familiar.

- h. Promoción de la nutrición.

La frecuencia con la que se debe realizar los controles

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible, debiendo ser periódico, continuo e integral:

- a. El primer control debería empezar en el primer trimestre, con una frecuencia mensual hasta el séptimo mes (32 semanas), cada 2 semanas entre el séptimo y el octavo mes (33 a 36 semanas) y semanal del octavo al noveno mes (37 a 40 semanas, eventualmente hasta las 42). En aquellos casos en que la gestante llegue en el tercer trimestre antes del parto, se aconseja realizar una buena detección de riesgos obstétricos, con miras a reducir las complicaciones durante el parto y el puerperio.
- b. El Ministerio de Salud está promoviendo el esquema mínimo de control prenatal, en base a la propuesta del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

ESQUEMA MÍNIMO DE CONTROL PRENATAL

Actividad	Menos de 20 o primera consulta *	22 a 24	27 a 29	33 a 35	38 a 40
Anamnesis	+	+	+	+	+
Medición del peso	+	+	+	+	+
Medición de la talla	+				
Determinación de la presión arterial	+	+	+	+	+

Confirmación del embarazo	+				
Estimación de la edad gestacional	+	+	+	+	+
Descartar embarazo múltiple	+	+	+	+	+
Medir la altura uterina		+	+	+	+
Auscultar los latidos fetales**			+	+	+
Evaluación clínica de la pelvis				+	+
Diagnóstico y situación de la presentación fetal			+	+	+
Evaluación del líquido amniótico		+	+	+	
Evaluación del crecimiento fetal	+	+	+	+	
Determinación de la hemoglobina	+			+	
Determinación del grupo sanguíneo-factor Rh	+				
Detección de diabetes gestacional	+		+		
Examen de orina	+	+		+	+
Detección de sífilis	+			+	+
Prueba de ELISA-VIH (con autorización de la usuaria)	+			+	
Evaluación ecográfica (***)					
Detección de factores de riesgo obstétrico	+	+	+	+	+
Examen odontológico (****)	+	+			
Toma de Papanicolaou	+				
Vacunación antitetánica (*****)	+				
Administración de hierro y ácido fólico suplementarios (*****)	+	+	+	+	+
Información sobre planificación familiar y salud reproductiva	+	+	+	+	+
Movimientos fetales	+	+	+	+	+

Examen de las mamas y pezones	+				
Estado nutricional	+	+	+	+	+

II. PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA:

En Obstetricia a predominado la tendencia a considerar el parto como un fenómeno simplemente mecánico; olvidándonos que la mujer participa en el acontecer obstétrico en forma integral y síquicamente, ya que el parto es un proceso sicosomático que la madre vive con el cuerpo y la mente.

El parto es un fenómeno polifacético en el que el psiquismo es un factor básico de importancia significativa desde el Embarazo, para prolongarse hacia el parto y el puerperio dados los profundos cambios síquicos que la maternidad condiciona en la mujer.

La psicoprofilaxis en su concepción semántica, y no histórica, engloba una serie de métodos que surgen de filosofías, de religiones, de ciencias, de arte cuyo objeto es aprovechar el momento privilegiado del embarazo y del parto para lograr un estado de armonía entre la mujer, su bebe y su entorno familiar.

2.1. CONCEPTO:

Es un acontecer obstétrico que trata a la mujer gestante en una forma integral y psicológica borrando las emociones nocivas y destruyendo las relaciones de angustia y tensión que provocan el

dolor, logrando en las gestantes, mediante las charlas educativas una actitud y pensamiento libre de tensión frente al parto.

“Preparación física y mental para el momento del parto”

2.2. OBJETIVOS:

- a.** Educar a la mujer gestante mediante el aprendizaje la adaptación a su nueva situación intelectual, afectiva y corporal, siguiendo técnicas apropiadas que mitifica la facultad de recepción en la corteza cerebral, estableciendo el control normal y estimulación de la actividad voluntaria. Borrando las emociones nocivas y destruyendo las relaciones de angustia y temor.
- b.** Anular los reflejos condicionados de la mujer que ha venido arrastrando a través de la historia, la mitología, los escritos, la tradición y las referencias familiares, que como reflejos negativos vincular al parto al dolor y el sufrimiento. Los reemplaza por otros reflejos positivos condicionales de tranquilidad, tolerancia e indolorabilidad.
- c.** Destruir la idea del dolor, descondicionando por medio de la educación y el aprendizaje las vinculaciones entre parto y sufrimiento, establecidos por la generalización de las características del proceso patológico doloroso.
- d.** Capacitar a la mujer gestante físicamente propendiendo a la práctica y al entrenamiento para el evento obstétrico.

- e. Proteger a la madre y al niño, desarrollando en su metodología especiales procedimientos que contribuyan a favorecer el estado de salud de la madre, así como del feto durante el embarazo y el parto.

2.3. FUNDAMENTOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA:

- a. No existe dolor fisiológico del parto como un fenómeno inherente e ineludible del proceso.
- b. El parto normal se acompaña de sensaciones y molestias que no alcanzan el umbral para el dolor.
- c. El parto significa esfuerzo físico y síquico que equivale al esfuerzo extra.
- d. La preparación física y mental, de acuerdo a metodología apropiada, condicionada, capacitación, tolerancia e indolorabilidad en el parto normal.

2.4. BASES DE LA PRAPARACION PSICOPROFILACTICO:

- 2.4.1. Bases generales:** El parto es un fenómeno polifacético, en el intervienen causas musculares, hormonales y nerviosas, factores determinados por el canal, la fuerza, el móvil y el tiempo, así como fenómenos activos, pasivos y mecánicas, a lo que se suman elementos psíquicos y características de raza, cultura, estado social económico, personalidad, ambiente, calidad de atención, etc.

- En el parto hay desplazamiento constante de los impulsos entre los componentes anatómicos y psicológicos que intervienen desde el fondo del útero hasta la vulva.
- Intervienen la presencia de una dotación diversa de corpúsculos sensoriales y vías diferentes, dependiente de su mayor parte del sistema nervioso vegetativo del gran simpático y solo en el tercio inferior de la vagina por el sistema nervioso espinal de la vida de relación.
- El estado previo o actual interviene en forma importante, modificando, adaptando o deformando el proceso

2.4.2. BASES ANATÓMICAS.

- El útero es un órgano en actividad contráctil permanente, desde el nacimiento hasta la senectud. su actividad es efectiva en casi toda la vida de la mujer, aunque en forma imperceptible normalmente, la actividad uterina aumenta durante el embarazo y en especial durante el parto, alcanzando frecuente inusitado, así como intensidad y duración indispensable para el proceso del trabajo de parto.
- La innervación del aparato genital femenino se realiza por fibras sensitivas de origen simpático correspondientes al sistema nervioso de la vida vegetativa y en menor preparación por fibras sensitivas de origen modular.

- El ovario, las trompas, el útero, los fondos de saco y los dos tercios superiores de la vagina están inervados por el sistema nervioso de la vida vegetativa; mientras que solo el tercio inferior de la vagina y los genitales están inervados por los nervios de la medula espinal, o sea del sistema nervioso de la vida de relación.
- Los estímulos sensitivos del útero, cuello y dos tercios superiores de la vagina son transmitidas por fibras diferentes que pasan por el plexo pelviano, el plexo hipogástrico y llega a la medula espinal, mientras que los impulsos del tercio inferior de la vagina y de la vulva son recogidos por ramas de los nervios pudendos y siguen las vías sensitivas de los nervios sacros segundo, tercero y cuarto.

2.4.3. BASES FISIOLÓGICAS.

- Se refiere al que origina el estímulo y el curso de la sensibilidad durante el trabajo de parto son diferentes en cada uno de los periodos del parto; desde los factores desencadenantes del parto; hasta los cuatro periodos del parto (dilatación, expulsivo, alumbramiento y puerperio) estudiándose “sensibilidad durante el parto”.

2.4.4. BASES PSICOLÓGICAS.

- El parto no solo es un proceso físico, sino un hecho psicosomático que la mujer vive en cuerpo y mente y que por lo tanto significa también la participación de factores psíquicos en su desarrollo y culminación.
- La maternidad está influenciada por la cultura, el estado socioeconómico, la personalidad, el ambiente y por estos factores que puedan influir sobre el estado psíquico y emocional de la gestante creando reflejos.
- Ante el parto inminente, la mujer no preparada no llega a él como una serie de prejuicios y temores. “No sale nada de la fisiología del parto y esa la ocasiona temor”.
- Por la influencia de familiares y la cultura; así como su propia percepción del proceso llega al parto con la idea de dolor y sufrimiento.
- Los temores, angustias, estados depresivos originados en el proceso obstétrico. En otras causas son factores negativos con efecto desfavorable para enfrentar el parto.

2.5. EL DOLOR EN OBSTETRICIA:

El dolor del parto y su intensidad está condicionado por factores culturales: como creencias y tradiciones; factores psicológicos: angustia y temor; y factores biológicos dependientes de la fisiología de la contracción uterina y de la inervación e irrigación del aparato genital femenino.¹¹

El dolor y el parto han sido culturalmente asociados y el frecuente comprobar que profesionalmente de la salud se refiere a las contracciones uterinas utilizando la palabra dolor para instruir a la embarazada. Medios de comunicación que han perpetuado este concepto, usando escenas de gran dramatismo para referirse al parto como un evento doloroso.

En el parto normal, en el cual se cumple perfectamente todos los requisitos para la marcha de la psicología obstétrica y del curso eutócico sin perturbaciones en los elementos que participan en su desarrollo, sin interurrencias ni complicaciones, debe transcurrir y culminar con sensaciones que puedan significar esfuerzos y trabajo extra, pero sin dolor. Si a esto se agrega la participación sico-física de acuerdo a sus fundamentos y objetivos, el resultado es realmente de una actividad fisiológica.

Pero indiscutiblemente el dolor puede existir en obstetricia, como en toda función fisiológica, cuando el parto se aleja también de sus interrelaciones de normalidad. El dolor está presente en gran número de complicaciones del trabajo de parto posiblemente en más del 20% de todos los partos en cuyo caso se acompaña de dolor en grado variable como un síntoma de distócico a veces ignorada. Lamentablemente este sufrimiento en el parto complicado o distócico es el que ha sido objetivado, condicionado, transferido y transmitido.

A través de la herencia cultural y de la historia obstétrica y consecuentemente generalizado vinculando el parto a la idea de dolor y sufrimiento.

El dolor es una reacción de defensa del organismo y siempre su significación es un síntoma de alarma – su origen se encuentra como expresión de una alteración anatómica o funcional o de ambas. El obstétrico, durante el curso del trabajo del parto, la sensibilidad aumentada y el dolor exagerado también significa perturbaciones del curso del parto y con frecuencia corresponden a procesos distócicos que están alterando la marcha normal del mecanismo fisiológico.

2.6. Métodos o bases doctrinarias de la psicoprofilaxis obstétrica

2.6.1. Escuela soviética: "Psicoprofilaxis De Los Dolores Del Parto"

Reflejos condicionados positivos. El método considera que el parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y que pueden desaparecer como un fenómeno de masa con la participación activa de la mujer. Las investigaciones clásicas de Pavlov establecieron la importancia de la corteza cerebral en la elaboración de la sensación dolorosa y de existencia de los reflejos condicionados. Los reflejos condicionados constituyen una vinculación temporal entre un factor externo y una respuesta del organismo, la cual es elaborada a nivel cortical, a diferencia de los reflejos incondicionados, que

son vinculaciones permanentes entre estímulo preciso y una reacción determinada del organismo que es elaborada a nivel de la médula, del bulbo o en otros centros subcorticales.

El lenguaje es un potente instrumento a través del cual, se puede modificar la actividad neuronal interrogadora superior, lo que permite crear en el ser humano un reflejo condicionado independiente de la experiencia personal.

En este método se enseña que los dolores del parto no son obligatorios no son congénitos y por lo tanto se le puede hacer desaparecer, asociando el trabajo de parto a una idea feliz en la cual la mujer es la creadora del éxito.¹¹

2.6.2. Escuela inglesa_“Parto natural, parto sin dolor”

El parto no debe ser doloroso ya que ninguna ley natural lo justifica porque no existe función fisiológica humana que causa dolor producto de la influencia cultural y del habitual desconocimiento de la mujer sobre el proceso reproductivo, se va generando un estado de temor, angustia y tensión que la lleva a considerar el parto como un evento doloroso.

Existe una secuencia que crea un círculo nervioso, en el cual el temor es el factor desencadenante, estableciéndose un síndrome de temor, tensión, dolor,

esto se corrige con la técnica adecuada: educación, correcta respiración, relajación, gimnasia obstetricia.

El método "Read" tiene por objetivo superar el temor y eliminar la tensión mediante la relajación física y mental.

2.6.3. Escuela francesa: "Parto Indoloro"

La educación de la gestante en relación con el parto constituye el aspecto fundamental del procedimiento.

Lamaze introdujo el método soviético en Francés como técnica del parto indoloro haciendo una gran divulgación de el; con modificaciones sobre todo en la metodología respiratoria.

2.7. METÓDICA Y PROCEDIMIENTOS :

La preparación psico- físico para el parto depende del servicio de control prenatal, del cual no debe desvincularse de ninguna manera, a fin de no interferir en el manejo y dirección.

La preparación se programa a partir de las 28 a 32 semanas de control prenatal, del cual no debe desvincularse de ninguna manera, a fin de no interferir en el manejo y dirección.

Deben establecerse ambientes especiales con los elementos necesarios para el desarrollo de las lecciones, conversatorios y para la practica de los ejercicios (colchonetas, materiales didácticos a base de

pelvis, muñecos, laminas murales, maquetas, diapositivas, material audiovisual, etc.

Los grupos de trabajo deben ser pequeños, no mas de seis personas en la formación de los grupos se tendrán en cuenta algunas características de las personas que permiten unificar en ciertos aspectos su agrupación, se tendrá en cuenta paridad, grado de instrucción, antecedentes, edad, cultura, etc.

Programa de enseñanza se cumple de 6 a 8 lecciones, cada una de las cuales comprende enseñanza teórico practica.

- La preparación teórica pretende la educación y el aprendizaje de la gestante, mediante sesiones conversatorias, en forma objetiva, sencilla y precisa para suscitar en ellas nuevas vivencias sobre el trabajo de parto.
- La enseñanza para comprende ejercicios físicos apropiados que la entrenan para el esfuerzo del parto.

Las lecciones deben crear vivencias nuevas que condicionen en la gestante el conocimiento del parto como un proceso fisiológico.

Los ejercicios deben ser fisiológicos, no agobiantes para evitar la fatiga condicionante de hiparía.

Es importante enseñar ejercicios respiratorios y el mejor aprovechamiento de la respiración durante la practica de los ejercicios, debe enseñarse a la gestante a respirar bien, pero esto dentro de la normalidad respiratoria y sincronización de sus movimientos.

La gestante alumna debe tener participación activa en la lección conversatoria y abidamente en la preparación física, brindan confianza, cariño pero no ofrecer resultados mágicos.

2.8. Ventajas de la preparación psicoprofiláctica :

2.8.1. A la madre:

- Menor grado de ansiedad.
- Menor duración del trabajo de parto y parto
- Menos riesgo de presentar complicaciones en el trabajo de parto.
- Aprenderá a disfrutar mejor de su embarazo y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso.
- Mejor comunicación con el bebe, pudiendo iniciar un proceso de estimulación intrauterina.
- Adecuada respuesta durante las contradicciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás
- Menos incidencia de partos por cesarea
- Actitud total para una lactancia natural.

2.8.2 PERINATOLOGICAS:

Disminuir el riesgo de que el recién nacido sufra de:
Prematuridad, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal agudo,

Apgar Bajo, lactancia materna inadecuada, hiperactividad y trastornos emocionales.

III. TRABAJO DE PARTO

3.1. CONCEPTO: Se denomina trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen por objeto la salida de un feto viable de los genitales maternos.

3.2. FASES:

3.2.1. FASE LATENTE: Es cuando cuya duración es mayor en primerizas en que multíparas.

Después se objetiva una etapa rápida que constituye la fase activa.

3.2.2. FASE ACTIVA: Es el periodo de dilatación. En estas FASE activa se puede diferenciar una etapa rápida o fase de aceleración, que es seguida por una de mayor rapidez en la dilatación cervical y que se denomina fase de máxima execración con la cual se repleta casi la dilatación por lo que en el registro se establece la fase siguiente de desaceleración, con la que culmina la dilatación del cuello. El registro de los centímetros que va alcanzando progresivamente la dilatación en relación al tiempo, permiten objetivar el trazo representativo que sigue al periodo la dilatación, en forma de una S abierta ,

denominada curva de dilatación (friedman) queda registrada perfectamente en el parto grama, con variaciones lógicas según se trate de primerizas y multíparas. En caso de perturbaciones en el proceso de dilatación sus registros son diferentes, alargándose o acortándose según el caso, conforme se puede descubrir gráficamente, se lleva el control y registro en el parto grama.

En conclusión, en periodo de dilatación se puede descomponer reacuero a su registro grafico en relación al tiempo, en la primera fase latente, a la que sigue la segunda fase f activa que a su ves se descompone en una fase acelerada, continuara por la fase de máxima aceleración o de dilatación rápida para finalmente, culminar la dilatación entrar en la fase de desaceleración.

3.3. PARTO GRAMA:

Es un documento médico legal. Que sirve para el controla del trabajo de parto una vez iniciado este, clásicamente se acepta que este se encuentra detenido cuando luego de una hora en las multíparas y de tres horas en las nulíparas, con contractilidad normal y sin desproporción céfalo pélvica, la cabeza fetal no ha descendido ni rotado la dilatación cervical permanecio estacionaria.

El partograma es un instrumento útil para monitorear el progreso del trabajo de parto. Es conveniente usarlo para evitar intervenciones innecesarias que aumentarían la morbilidad materno neonatal sin ninguna necesidad, así como para intervenir oportunamente a fin de evitar la mortalidad o morbilidad materno neonatal y asegurar el monitoreo minucioso de la parturienta.

La línea de alerta, el inicio de la fase activa del trabajo de parto (4 cm), indica que se espera que la paciente llegue a dilatarse completamente a razón de 1cm/hora. La línea de acción, es decir 4 horas después de iniciada la línea de alerta, es una indicación para el proveedor de que debe tomar acción si la paciente no está siguiendo el curso esperado durante el trabajo de parto.

3.4. CONTRACCIÓN UTERINA:

La contracción uterina, representa la fuerza el motor que impulsa al feto a través de la vía del parto en el tiempo normal necesario para el desembrazo, la actividad gestación de hiperplasia primero por acción hermanal y luego se hipertrofia por estímulos distensivos para llevar al útero a grandes modificaciones que hemos estudiado dentro de los cambios locales en el organismo materno durante el embarazo.

3.4.1. FISIOLÓGÍA: La fibra muscular uterina tiene todas las propiedades del músculo, o sea la contractibilidad, la

elasticidad. Sensibilidad y la tonicidad, todas las cuales tienen importancia dentro del rol que desempeña el útero. La contractibilidad, o sea la propiedad de acostarse momentáneamente para recobrar luego su tamaño primitivo, convirtiendo la energía química en energía mecánica, es una propiedad que tiene gran importancia en obstetricia.

3.4.2. CARACTERÍSTICAS: la onda de contracción uterina se caracteriza por el tono basal o de reposo como punto de partida para ir aumentando progresivamente en amplitud e intensidad, hasta alcanzar su carne, de cuyo punto máximo comienza a decrecer relajándose en forma mas lenta; por la frecuencia con que se produce y la pausa o periodo ínter contráctil entre una y otra contracción , a lo que debe sumarse la velocidad de programación y la dirección de la onda en el cuerpo uterino.

3.4.3. ORIGEN DE LA ONDA CONTRÁCTIL: La onda contráctil originada por los marcapasos se propaga en el fondo uterino y se irradia en dirección descendente hacia la parte media, el segmento y el cuello en forma coordinada elevándose sus valores hasta alcanzar su acmé simultáneamente en todas las partes del útero,

seguidamente se inicia la relajación simultánea de todo el útero la coordinación se realiza de acuerdo a las características que imprime al triple gradiente descendente a la contracción uterina, o sea que si bien el acmé se alcanza simultáneamente y la relajación se inicia simultáneamente también, debido a la propagación descendente, la duración y la intensidad son mayores de fondo a cuello porque la contracción de inicia primero a las partes altas.

3.4.4. PROPAGACIÓN:

La difusión de la onda contráctil ha sido estudiada mediante registros de la presión intramiometrial

3.4.5. TRIPLE GRADIENTE DESCENDENTE

Existe predominio de la contracción uterina a nivel del fondo, del cual desciende hacia el cuello originando como consecuencia la denominada triple gradiente descendente (T.G.D) que comprenda la propagación descendente, la duración descenderá de fondo a cuello y la intensidad disminuida de fondo a cuello.

- a.** La contracción de origina en el fondo y desciende hacia el cuello, o sea que las partes superiores del útero se contraen primero, acortándose y

ejerciendo tracción sobre las partes inferiores, especialmente sobre el cuello.

- b.** La duración de la contracción, por iniciarse primero en las partes altas dura mas ha nivel del fondo y desminuye en sentido descendente conforme se propaga la contracción hacia en cuello en el cual consecuentemente dura menos, porque se inicia mas tarde.

3.5. BORRAMIENTO:

Consiste en el acortamiento y en la desaparición del cuello del útero, proceso que es mas notorio en las primíparas comprobándose al examen q a medida q las contracciones cobran en intensidad, duración y frecuencia va borrándose hasta desaparecer por completo, en las múltiparas por lo general, el cuello ya esta acortado al iniciarse el parto, a expensas del orificio interno y se produce entonces el borramiento casi simultáneamente con el inicio de la dilatación.¹²

3.6. DILATACIÓN:

Cortado y borrado el cuello debe luego abrirse para el paso del móvil fetal, constituyendo esta etapa clínica la dilatación propiamente dicha, que se consigue paulatinamente por la tracción por las fibras del cuerpo en su disposición en espiral, y la presión hidrostática de

la bolsa de las aguas que se introduce en el cuello en cada contracción.

3.7. EXPULSIÓN DEL TAPÓN MUCOSO:

Es la eliminación de los limos por el orificio cervical conjuntamente con alguna pequeña cantidad de sangre proveniente de erosiones en el conducto cervical.

3.8. FORMACIÓN DE LA BOLSA DE LAS AGUAS:

Con el periodo de dilatación se forma la bolsa de las aguas, constituidas por las membranas ovulares situadas delante de la presentación, desempeñando el papel de protectoras del feto contra las contracciones uterinas y por supuesto de la infección microbiana ascendente de la vagina.

3.9. COMPLICACIONES:

- Trabajo de parto prolongado
- Trabajo de parto precipitado

IV. PUERPERIO INMEDIATO

4.1. CONCEPTO:

El puerperio es la etapa post partum que se extiende desde el nacimiento del niño y el alumbramiento placentario. Cubre así un periodo de rehabilitación que abarca la recuperación médica, social y psíquica. La recuperación médica comprende cambios involutivos anatomofisiológicas que se completan en seis semanas, mientras que el punto de vista social la madre debe seguir el proceso de adaptación

para que pueda reintegrarse a sus labores en el trabajo o a los propios quehaceres de su vida dentro de un ambiente evidentemente modificado por el recién nacido a lo que se agrega los profundos cambios síquicos que la maternidad condiciona en la mujer.

4.2. DURACIÓN:

El puerperio inmediato tiene una duración de dos horas después del periodo expulsivo.

4.3. CAMBIOS ANATÓMICOS:

Las modificaciones del aparato genital femenino, mayormente de carácter involutivo, corresponde a los cambios anatómicos del puerperio en el organismo de la mujer.

Cambios en el aparato respiratorio:

Los procesos respiratorios se realizan con mayor comodidad, pues desaparece la amplexación originada durante la gestación. La mucosa nasal y faríngea se adelgaza librando a la paciente de las molestias a este nivel.

El diafragma recupera su orientación disminuyendo la elevación que le produjo el embarazo, con lo que en conjunto se mejoran los cambios respiratorios y que se favorecen aun con la gimnasia obstétrica a la que debe someterse a la puérpera.¹²

Cambios en el aparato respiratorio.

El desplazamiento del corazón hacia la izquierda y arriba producido por el embarazo, desaparece recuperando su situación normal, con lo

que desaparecen las molestias que ello ocasionaba inclusive los soplos. Mejora la dinámica circulatoria y desaparece la dilatación vascular propia del embarazo.

Cambios hematológicos:

El volumen sanguíneo aumenta por reabsorción de líquidos por lo que los valores de hemoglobina en sangre disminuyen relativamente conjuntamente con las cifras de glóbulos rojos, a lo que se agrega las pérdidas producidas por la hemorragia del parto.

4.4. CAMBIOS FISIOLÓGICOS.

Cambios en la temperatura:

La temperatura por lo general se encuentra ligeramente elevada hasta 37.5° C, aunque es normal encontrar inmediatamente después del parto previo escalofrío, que se eleva transitoriamente hasta 38° C debido probablemente al pasaje de detritos de la zona de inserción placentaria a la circulación general, temperatura con sudoración copiosa, debido al pasaje de toxinas a la circulación general que tienen como punto de partida los mecanismos de defensa a nivel del útero contra los procesos infecciosos, se debe ser cauto en la interpretación de estas alzas febriles y de su duración, ya que pueden ser signos de procesos infecciosos que pasan desapercibidos.

4.5. COMPLICACIONES:

- Hemorragia pos parto
- Hipotonía uterina
- Fiebre pos parto
- Depresión pos parto.
- Ansiedad pos parto

V. RESPUESTA DE LA MUJER FRENTE AL TRABAJO DE PARTO Y PUERPERIO INMEDIATO:

5.1. ANSIEDAD:

5.1.1. CONCEPTO:

La ansiedad debe entenderse como una emoción básica del organismo que constituye una reacción adaptativa ante una situación de tensión, peligro o amenaza. Se manifiesta como una actividad predominante del sistema nervioso simpático que permite afrontar al sujeto situaciones de riesgo. Sin embargo, cuando la reacción es excesiva carece de eficacia adaptativa y es necesario pensar en la presencia de patología. La ansiedad patológica se presenta en diferentes trastornos psiquiátricos (afectivos, psicóticos, tóxicos) y médicos, siendo imprescindible un buen diagnóstico diferencial basado en la historia, exploración y pruebas

complementarias. Cuando la ansiedad se transforma en el centro del cuadro podemos hablar de síndromes o trastornos ansiosos específicos: trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de angustia o ataques de pánico.

5.2.2. INFLUENCIA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO:

La ansiedad producida es distinta en los tres trimestres de la gestación: en general es menor en el segundo trimestre en comparación con el primero y el tercero. La presencia de ansiedad materna durante el embarazo, se asociaría al aumento del índice de resistencia de la arteria uterina, y al eventual desarrollo de la patología en la descendencia.

La ansiedad, la tristeza, el cansancio y la irascibilidad son síntomas que rompen el vínculo materno-filial y que el bebé puede percibir, afectando de forma negativa a su crecimiento. Aunque algunas mujeres son más vulnerables, cualquiera puede padecer una depresión post parto sin causa aparente. Para evitarla es esencial la labor del médico, así como ofrecer una completa información durante el embarazo sobre los cambios y problemas que la madre deberá afrontar tras el parto.

5.2.3. ESCALA DE ZUNG “EAA”:

La escala de Auto Evaluación de la ansiedad comprende un cuestionario de 20 informes o de relatos, cada uno referido a manifestaciones características de la ansiedad, como síntoma o signo. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales. La escala está estructurada en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad, y un índice elevado, ansiedad clínicamente significativo. El índice de la escala de auto evaluación de la ansiedad orienta sobre el grado de ansiedad del paciente en términos de una definición operacional, expresada en porcentaje. Por ejemplo: Un índice EAA de 60 debe interpretarse en un promedio de 60% de ansiedad mensurable por medio de la escala.

Índice EAA. Impresión global de equivalencia clínica:

Dentro de límites normales → Debajo de 45

Presencia de ansiedad mínima → 45 – 59

Presencia de ansiedad marcada → 60 – 74

Presencia de ansiedad máximo → 75 o más.

5.3. DEPRESIÓN:

5.3.1. CONCEPTO:

La tristeza y la melancolía son dos sentimientos presentes en algún momento de la vida de todas las personas, al igual que la alegría y el placer. Los dos primeros no son en sí patológicos, pero en algunas ocasiones pueden llegar a serlo para ciertas personas. Cuando el estado de ánimo de un individuo en un determinado momento de su vida sufre sentimientos severos y prolongados de tristeza o síntomas relacionados que afectan a su capacidad para relacionarse con otros, trabajar o afrontar el día, la tristeza se convierte en una enfermedad, que se conoce como depresión. Luego del parto es normal que la mujer experimente cambios en su estado de ánimo. Del 60 al 80% de las mamás pueden adquirir una leve forma de depresión que comienza a los pocos días de haber nacido el bebé, pero que no dura más de dos semanas. En esta etapa la mujer puede sentirse sensible, ansiosa, irritable e incluso experimentar problemas para dormir. Con el transcurso de los días y cuando ya haya descansado lo suficiente y se adapte al cuidado del bebé, esta leve forma de depresión desaparece. Sin embargo, si esta etapa se extiende más allá de las dos semanas puede ser un indicio de depresión posparto. Alrededor de 20% de las mamás

pueden experimentar este estado clínico de depresión que puede durar hasta un año.

5.3.2. INFLUENCIA EN EL EMBARAZO Y PUERPERIO INMEDIATO:

Cada trimestre de la gestación tiene sus propias características psicosociales: El primero, es el trimestre de la concientización de sus sentimientos latentes de origen infantil y la adopción de conductas de control, y se reactivan las relaciones con la madre

Es posible que durante el parto ocurran cambios hormonales súbitos que afecten sus emociones. Por tal razón, es normal que las madres experimenten cierta depresión en las primeras semanas después del parto. Otro factor que contribuye a la ansiedad o depresión es la nueva responsabilidad de tener que cuidar el recién nacido. Esto representa un ajuste psicológico y de estilo de vida para la mayoría de las mujeres, aunque no se trate de tu primer hijo. El esfuerzo físico y emocional resulta en falta de descanso, por lo que es normal sentir fatiga y depresión.

El riesgo de depresión post-parto aumenta con el estrés, la falta de sueño, una mala nutrición, falta de apoyo del compañero, la familia y los amigos, neurosis o psicosis preexistentes. Los síntomas pueden incluir los siguientes:

- Sentimientos de tristeza, desaliento o melancolía
- Pérdida de apetito y peso
- Dificultad para dormir o sueños inquietantes
- Falta de energía
- Fatiga o agotamiento físico
- Lentitud mental y en el habla
- Dolores de cabeza frecuentes y otras molestias fisiológicas
- Estado de incertidumbre sobre su capacidad para sentirse mejor

Puede resultarte difícil reconocer que te sientes deprimida, sobre todo si no tienes razones para sentirte así. Por tal razón, debes aprender a identificar tus sentimientos y expresarlos libremente. Es importante que tus pensamientos sean positivos y de energía positiva.

La depresión post-parto no puede prevenirse pero puede aliviarse con descanso, una dieta adecuada y una red de apoyo emocional firme y consistente. Los síntomas,

generalmente, desaparecen con el apoyo de familiares y amigos. ¡Exige cariño de las personas que te rodean!

Pueden ser muchos los factores que la provocan, entre ellos los hormonales, bioquímicos, genéticos, psicológicos y ambientales. El descenso repentino de las hormonas luego del parto puede ser una de las causas. También las responsabilidades que aparecen con respecto al cuidado del bebé derriban el estado de ansiedad y felicidad que traía asociado el embarazo. Además el cuidado de un recién nacido no es gratificante para todas las madres, ya que al principio las cosas pueden salir mal, generando profundos sentimientos de frustración

5.3.3. ESCALA DE ZUNG “EAD”:

- La escala del Dr. WEK. ZUNG para la auto evaluación de la depresión, ideada como un medio para medir la sintomatología depresiva, ha demostrado ser una práctica ayuda para descubrir la depresión.

Para entender y usar correctamente la escala, es importante tener en cuenta lo siguiente:

- La mitad de las expresiones están expresadas en sentido positivo y la otra mitad en sentido negativo respecto a la depresión.

- El propio paciente indica el grado en que presenta cada uno de los síntomas. Al calificar su intensidad de acuerdo con la frecuencia con que aparecen, puede valorarse adecuadamente la mayoría de ellos.¹²
- **Índice EAD Impresión Global de Equivalencia Clínica:**
 - Dentro de límites normales → menos de 50
 - Depresión leve moderada → 50 – 59
 - Depresión moderada a intensa → 60 – 69
 - Depresión intensa → 70 a más.

2.3. DEFINICION DE TERMINOS BASICOS

2.3.1. PSICOPROFILAXIS ADECUADA.- Conjunto de actividades de preparación física y psíquica para el momento del parto, con 7 - 8 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

2.3.2. PSICOPROFILAXIS MEDIANAMENTE ADECUADA.- Conjunto de actividades de preparación física y psíquica para el momento del parto, con 4 - 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

2.3.3. PSICOPROFILAXIS INADECUADA.- Conjunto de actividades de preparación física y psíquica para el

momento del parto, menor a 3 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

2.3.4. ATENCIÓN PRENATAL.- Es el conjunto de actividades sanitarias que reciben las embarazadas durante la gestación. La atención médica para la mujer embarazada es importante para asegurar un embarazo saludable e incluye controles regulares y análisis prenatales.

2.3.5. PARTO.- Es la culminación del embarazo humano, hasta el periodo de salida del bebé del útero. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.⁷

2.3.6. PUERPERIO.- Período de tiempo que dura la recuperación completa del aparato reproductor después del parto, que suele durar entre cinco y seis semanas.

2.3.7. MADRES PRIMIPARAS.- Madres de familia que por primera vez presentan el trabajo de parto.

2.4 FORMULACION DE HIPOTESIS

2.4.1. HIPOTESIS CENTRAL

“Una psicoprofilaxis adecuada durante la etapa prenatal, influye favorablemente en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma”.

1.4.2. HIPOTESIS ESPECIFICAS

- a) “La psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, es adecuada”
- b) “La psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, es adecuada”.
- c) “Existe relación significativa entre la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal y la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma”

1.4.3. HIPOTESIS NULA

“Una psicoprofilaxis adecuada durante la etapa prenatal, no influye favorablemente en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma”

2.5. IDENTIFICACION DE VARIABLES.-

Variable independiente: PSICOPROFILAXIS DURANTE LA ETAPA
PRENATAL

Variable dependiente: ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO EN
MADRES PRIMÍPARAS DE 17 – 27 AÑOS

2.6. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES E INDICADORES

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ESCALAS DE MEDICION
Variable independiente PSICOPROFILAXIS DURANTE LA ETAPA PRENATAL	ADECUADA MEDIANAMENTE ADECUADA INADECUADA		Nominal
Variable dependiente ATENCIÓN DEL PARTO Y PUERPERIO EN MADRES PRIMÍPARAS DE 17 – 27 AÑOS	FAVORABLE MEDIANAMENTE FAVORABLE DESFAVORABLE		Nominal
GRADO DE INSTRUCCION	ALTO MEDIANO BAJO	SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA SECUNDARIA COMPLETA SECUNDARIA COMPLETA SECUNDARIA INCOMPLETA PRIMARIA COMPLETA PRIMARIA INCOMPLETA	Ordinal

CAPITULO III

METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION

3.1. TIPO DE INVESTIGACION

El presente estudio es una investigación de tipo sustantiva de nivel descriptivo, así mismo, esta investigación estuvo orientada a describir explicar, predecir, la realidad, con la cual se va a la búsqueda de principios y leyes generales que nos permita organizar una teoría científica.

3.2. METODO DE INVESTIGACION.-

Para realizar el estudio de la investigación se utilizó el método Descriptivo porque se describió los hechos tal y conforme suceden en la realidad, de la influencia de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal,

en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años – Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma

Del mismo modo, para ajustar los resultados utilicé la prueba no paramétrica del chi cuadrado y de esta manera presentar datos más confiables.

3.3. DISEÑO DE INVESTIGACION.-

DISEÑO DESCRIPTIVO CORRELACIONAL

	VARIABLES			
GRUPO	V1	V2	V3	Vn
G1	E1	E1	E1	E1

ABREVIATURAS

G1 : GRUPO1

Gn : GRUPO número siguiente

V1 : VARIABLE 1

T1 : TIEMPO 1

E1 : EVALUACIÓN 1

3.4. POBLACION Y MUESTRA.-

- a. Población objetiva.- Estuvo integrado por todas las gestantes que acuden al Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma para su atención durante el año 2016

- b. Población muestral.- Estuvo integrado por todas las gestantes que acudieron al Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma para su atención durante los meses de enero a agosto del 2,016.
- c. Muestra: Estuvo integrado por todas las primigestas y madres primíparas que acudieron al Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma para su atención durante la etapa prenatal, parto y puerperio durante los meses de enero a agosto del 2,016 y que d fueron un total de: 86

3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

3.5.1. TÉCNICAS.

- a) A través de la Observación directa se realizó un registro visual de las características sobre la influencia de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de obstetricia del Hospital Félix Mayorca soto de Tarma.
- b) A través de la entrevista participativa se recolectó información de: las madres primíparas de 17 – 27 años sobre edad, grado de instrucción, ingreso económico, nivel de conocimiento sobre atención durante la etapa prenatal , parto y puerperio, que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca soto de Tarma.

3.5.2. INSTRUMENTOS.-

- a. Cuestionario
- b. Guía de observación.-

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados serán procesados mediante programas estadísticos como el SPSS el cual nos permitirá la organización, clasificación y presentación de los datos de acuerdo a los objetivos del presente estudio, así mismo, para la asociación estadística inferencial me permitiré el uso de la estadística paramétricos y no paramétricos el cual me permitirá observar la asociación estadística según sea los casos indicados.

3.6 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS:

El procesamiento de los datos se realizará mediante la prueba no paramétrica de la Chi-cuadrada porque las variables son cualitativas, esta prueba es una de las más utilizadas en investigaciones de conducta y nos ayudará a adoptar la decisión más adecuada con respecto a nuestra hipótesis de estudio.

Los datos hallados se organizarán para su mejor comprensión en cuadros de doble entrada, los que posteriormente serán representados en gráficos estadísticos los cuales serán los diagramas de barras simples.

La representación y análisis de los datos se realizarán mediante el programa informático EXCEL.

3.7 SELECCIÓN Y VALIDACION DE LOS INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.-

Los instrumentos estudiados, Cuestionario, guía de observación, fueron validados por Profesionales Expertos en Investigación con grado de Maestría Enfermeros y Médicos que laboran en el Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1 DESCRIPCION DEL TRABAJO DE CAMPO.-

Los instrumentos fueron elaborados gracias al apoyo de la Sr. A Asesor, los cuales fueron sometidos al análisis correspondiente dando lugar a los instrumentos confiables y validados, los cuales fueron aplicados a las unidades de análisis. Los datos recolectados sirvieron para ser representado en cuadros de dos entradas y gráficos estadísticos, los cuales fueron comentados por la investigadora a través del análisis estadístico, cuyos resultados se presentan a continuación:

4.2 PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS OBTENIDOS EN EL TRABAJO DE CAMP

**CUADRO N° 01
MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS, POR EDAD, SEGÚN ESTADO CIVIL – SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016**

ESTADO CIVIL	EDAD (AÑOS)						TOTAL	
	17 - 19		20 - 22		23 - 27			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
MADRE SOLTERA	9	10.5	7	8.1	3	3.5	19	22.1
CASADA	25	29.1	14	16.3	6	6.9	45	52.3
OTRA CONDICION	13	15.1	6	7	3	3.5	22	25.6
TOTAL	47	54.7	27	31.4	12	13.9	86	100

Fuente : Cuestionario

$X^2_c = 0.6301619 < X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$

Por lo tanto: $H_a = \text{Se rechaza}$ $H_o = \text{Se acepta}$

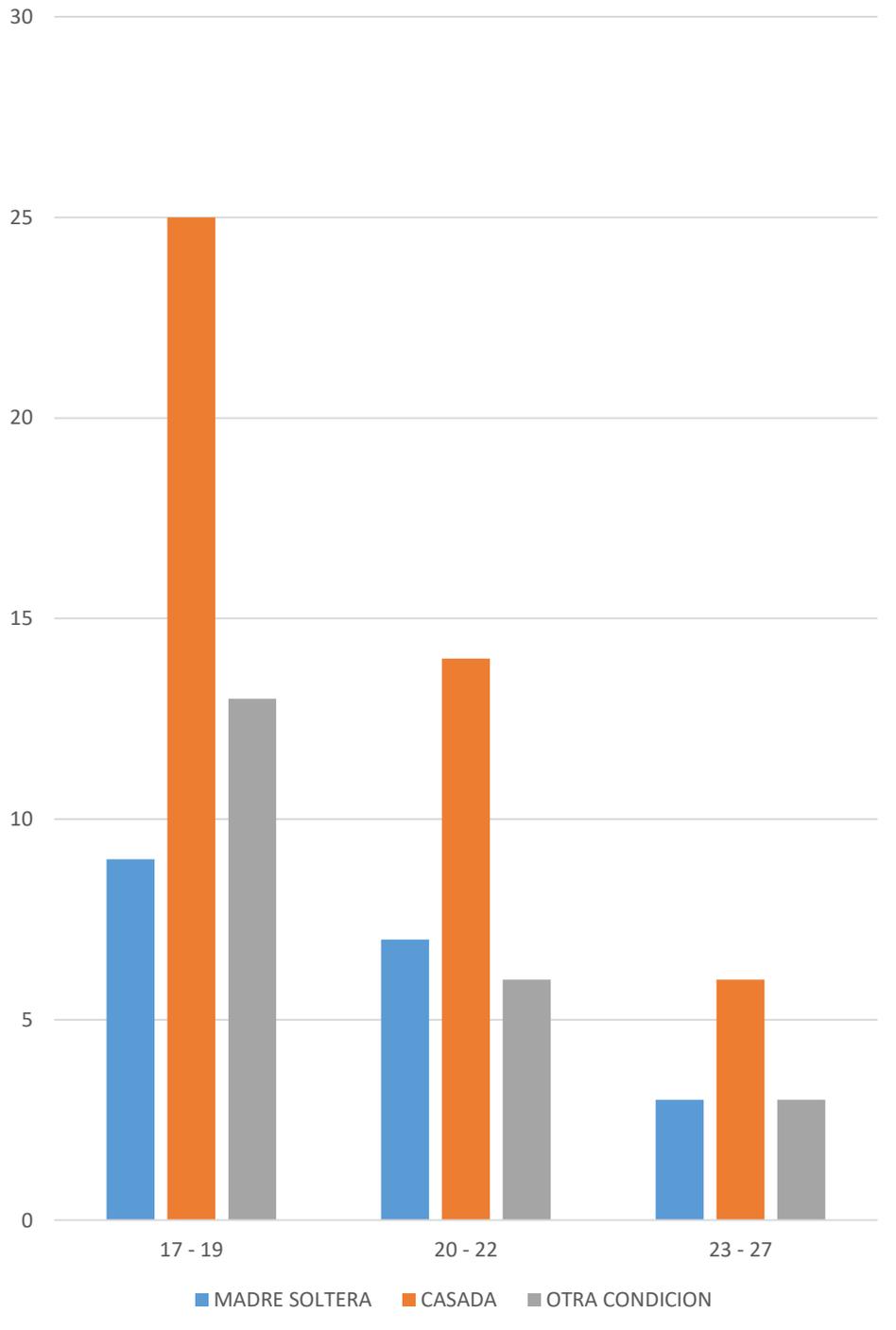
COMENTARIO DEL CUADRO N° 01

El presente cuadro nos muestra a las madres primíparas de 17 a 27 años, por edad, según estado civil, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, en donde de un total 86 (100%), la mayoría son casadas con un 52.3 % (45) de los cuales el 29.1 % (25) tienen entre 17 – 19 años, en segundo lugar se encuentra las que tienen otra condición civil, representado por el 25.6 % (22), en tercer lugar se encuentra las solteras. Con un 22.1% (19).

Comparando los resultados de acuerdo al grupo etareo, la mayoría de las primíparas 54.7 % (47) tienen entre 17 a 19 años, en segundo lugar se encuentran las que tienen entre 20 a 22 años, con un 31.4 % (27), en tercer lugar se encuentra las que tienen entre 23 a 27 años con un 13.9 % (12).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 0.6301619 < X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto no hay relación significativa entre ambas variables.

GRÁFICO N° 01
MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS, POR EDAD, SEGÚN ESTADO CIVIL – SERVICIO
DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL
2016



CUADRO N° 02
MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS, POR INGRESO
ECONOMICO, SEGÚN PROCEDENCIA – SERVICIO DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO
DEL 2016

PROCEDENCIA	INGRESO ECONOMICO						TOTAL	
	BAJO		MEDIO		ALTO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
TARMA	12	13.9	25	29.1	6	7	43	50
DISTRITOS DE TARMA	10	11.6	17	19.8	3	3.5	30	34.9
OTRO LUGAR	5	5.8	7	8.1	1	1.2	13	15.1
TOTAL	27	31.4	49	57	10	11.6	86	100

Fuente : Cuestionario

$X^2_c = 0.883917 < X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$

Por lo tanto: $H_a =$ Se rechaza $H_o =$ Se acepta

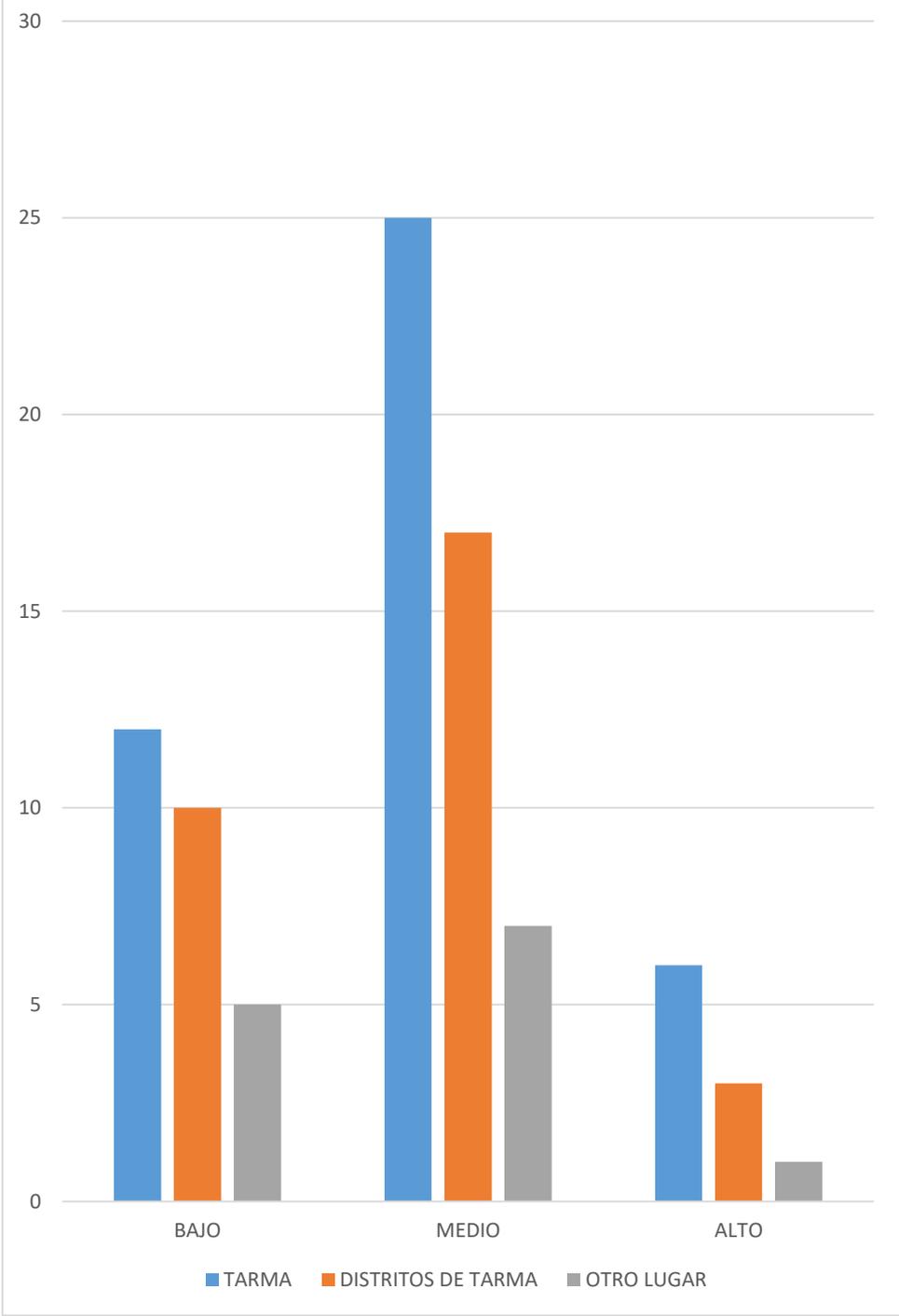
COMENTARIO DEL CUADRO N° 02

El presente cuadro nos muestra a las madres primíparas de 17 a 27 años, por ingreso económico, según procedencia, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, en donde de un total 86 (100%), la mayoría proceden de Tarma con un 50 % (43) de los cuales el 29.1 % (25) tienen ingreso económico medio, en segundo lugar se encuentra las que proceden de los distritos de Tarma, representado por el 34.9 % (30), en tercer lugar se encuentra las que proceden de otros lugares con un 15.1 % (13).

Comparando los resultados de acuerdo al ingreso económico, la mayoría de las primíparas 57 % (49) tienen ingreso económico medio, en segundo lugar se encuentran las que tienen ingreso económico bajo, con un 31.4 % (27), en tercer lugar se encuentra las que tienen ingreso económico alto, con un 11.6 % (10).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 0.883917 < X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto no hay relación significativa entre ambas variables.

GRAFICO N° 02
MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS, POR INGRESO ECONOMICO, SEGÚN
PROCEDENCIA – SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO –
TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016



CUADRO N° 03
 ACTITUDES DE LAS MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS,
 DURANTE LAS SESIONES DE PSICOPROFILAXIS – SERVICIO DE
 OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA -
 ENERO – JUNIO DEL 2016

SESIONES DE PSICOPROFILAXIS	ACTITUDES DE LAS MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS						TOTAL	
	COMPLETA MENTE DE ACUERDO		DE ACUERDO		EN DESACUERD O			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 – 2	9	10.5	7	8.1	0	0	16	18.6
3 -- 4	12	13.9	6	7	2	2.3	20	23.2
5 -- 6	31	36.1	16	18.6	3	3.5	50	58.2
TOTAL	52	60.5	29	33.7	5	5.6	86	100

Fuente : Cuestionario y guía de observación

$X^2_c = 2.206487 < X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$

Por lo tanto: Ha = Se rechaza Ho = Se acepta

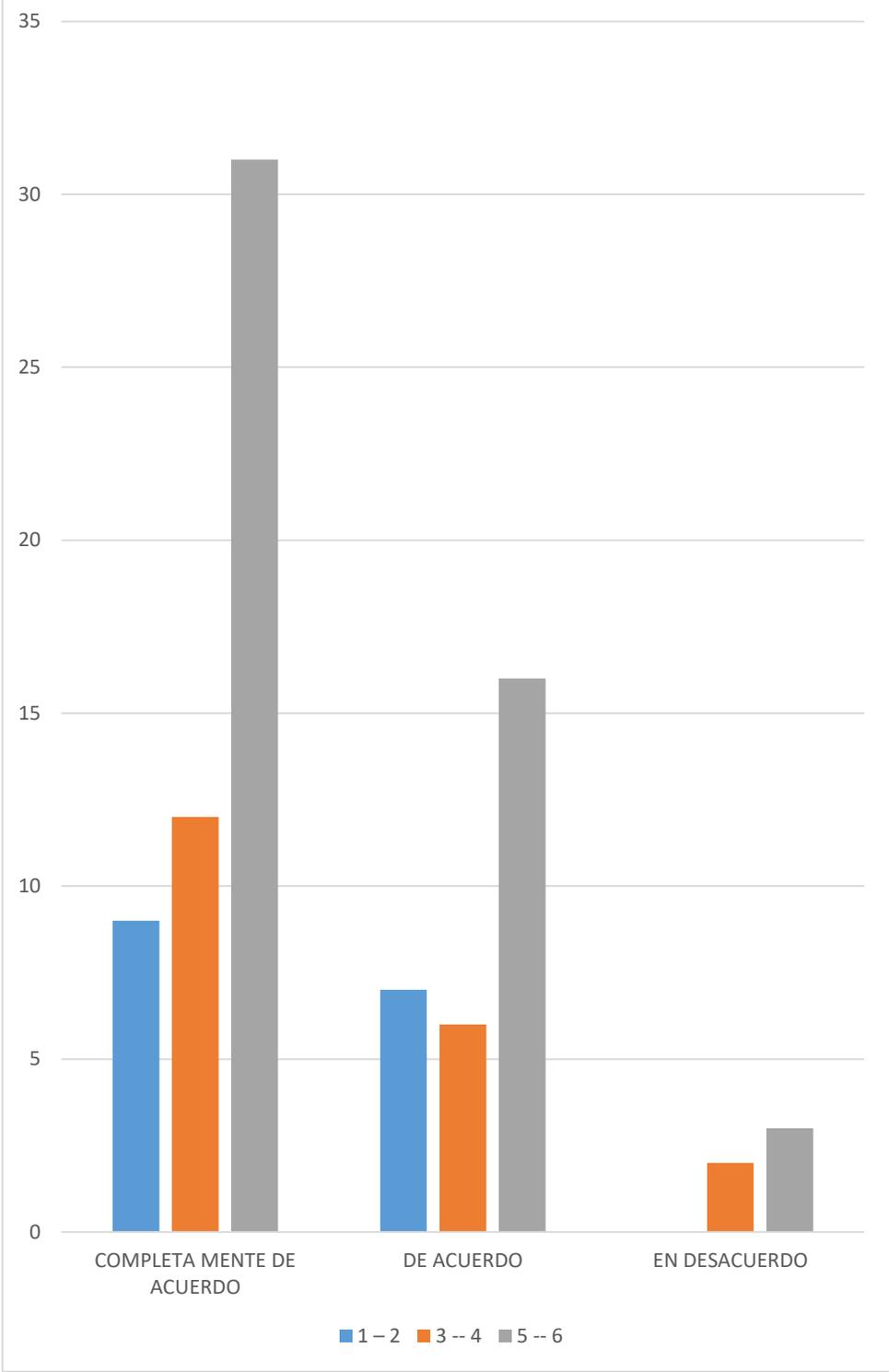
COMENTARIO DEL CUADRO N° 03

El presente cuadro nos muestra las actitudes de las madres primíparas de 17 a 27 años, durante las sesiones de psicoprofilaxis, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, en donde de un total 86 (100%), la mayoría asistió entre 5 a 6 sesiones con un 58.2 % (50) de los cuales el 36.1 % (31) presentan actitud completamente de acuerdo, en segundo lugar se encuentra las que asistieron a la psicoprofilaxis entre 3 a 4 sesiones, representado por el 23.2 % (20), en tercer lugar se encuentra las que asistieron entre 1 a 2 sesiones, con un 18.6 % (16).

Comparando los resultados de acuerdo a las actitudes de las primíparas, la mayoría 60.5 % (52) presentan actitudes completamente de acuerdo, en segundo lugar se encuentran las que tienen actitudes de acuerdo, con un 33.7 % (29), en tercer lugar se encuentra las que tienen actitudes en desacuerdo, con un 5.8 % (5).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 2.506487 < X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto no hay relación significativa entre ambas variables.

GRÁFICO N° 03
 ACTITUDES DE LAS MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS, DURANTE LAS SESIONES
 DE PSICOPROFILAXIS – SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA
 SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016



CUADRO N° 04
MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS, POR NIVEL DE
CONOCIMIENTO SOBRE PSICOPROFILAXIS, SEGÚN GRADO DE
INSTRUCCIÓN- SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX
MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PSICOPROFILAXIS						TOTAL	
	OPTIMO		MED. OPTIMO		NO ÓPTIMO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
PRIMARIA	0	0	4	4.6	6	6	10	11.6
SECUNDARIA INCOMPLETA	18	21	12	13.9	0	0	30	34.9
SECUNDARIA COMPLETA	29	33.7	17	19.8	0	0	46	53.5
TOTAL	47	54.7	33	38.3	6	7	86	100

Fuente : Cuestionario

$X^2_c = 51.86663 > X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$

Por lo tanto: $H_a = \text{Se acepta}$ $H_o = \text{Se rechaza}$

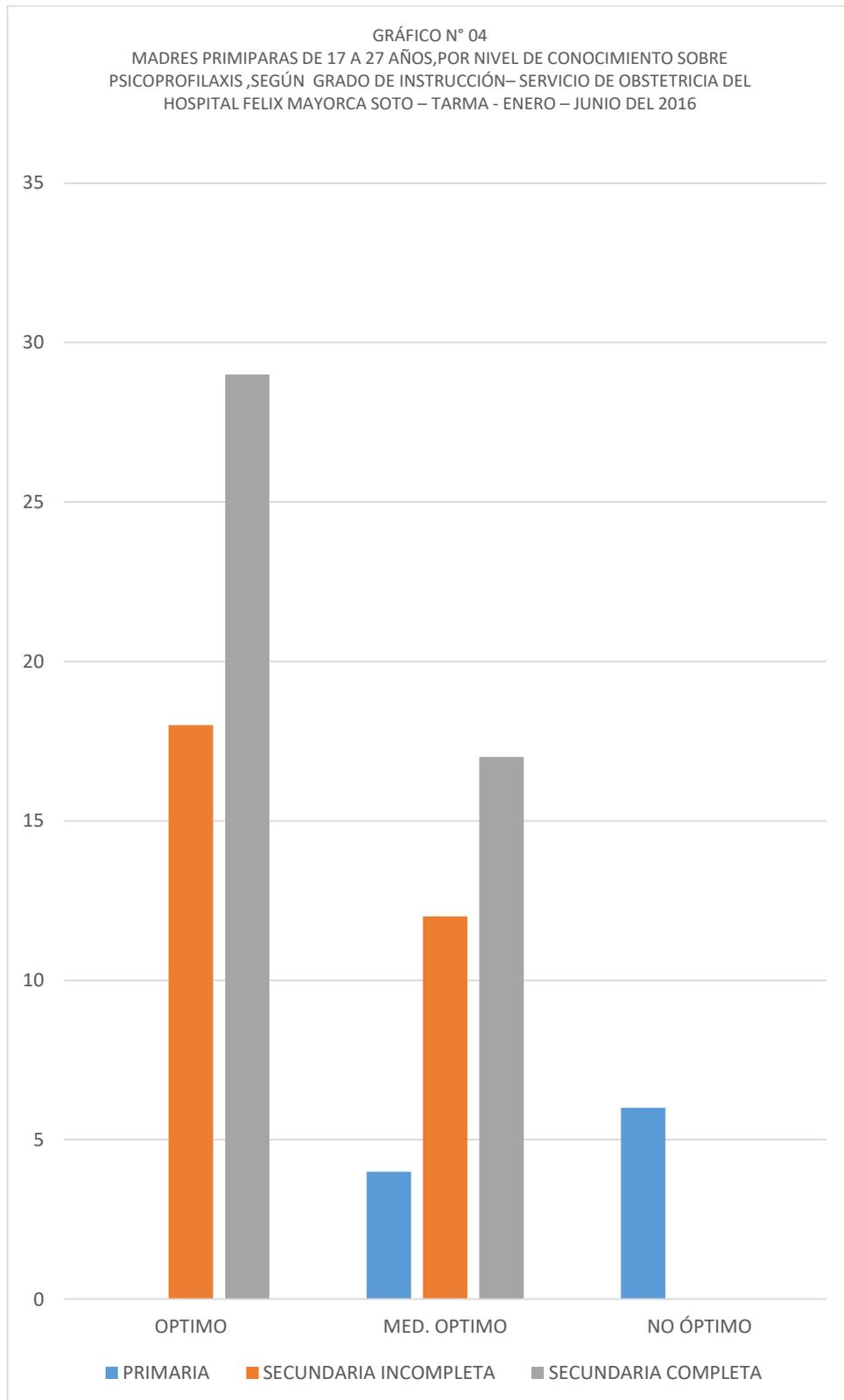
COMENTARIO DEL CUADRO N° 04

El presente cuadro nos muestra a las madres primíparas de 17 a 27 años, por nivel de conocimiento sobre psicoprofilaxis, según grado de instrucción, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, en donde de un total 86 (100%), la mayoría estudiaron secundaria completa con un 53.5 % (46) de los cuales el 33.7 % (29) tienen un nivel de conocimiento óptimo, en segundo lugar se encuentra las que tienen secundaria incompleta, representado por el 34.9 % (30), en tercer lugar se encuentra las que estudiaron hasta el nivel primario con un 11.6 % (10).

Comparando los resultados de acuerdo al nivel de conocimiento sobre profilaxis, la mayoría 54.7 % (47) tienen un nivel de conocimiento óptimo, en segundo lugar se encuentran las que tienen nivel de conocimiento medianamente óptimo, con un 38.3 % (33), en tercer lugar se encuentra las que tienen nivel de conocimiento no óptimo, con un 7 % (6).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 51.86663 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre ambas variables.

GRÁFICO N° 04
MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS, POR NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
PSICOPROFILAXIS, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN- SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016



CUADRO N° 05
 CALIDAD DE PSICOPROFILAXIS DURANTE LA ETAPA PRENATAL, EN
 LA ATENCIÓN DE PARTO DE MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27
 AÑOS – SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX
 MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016

ATENCIÓN DE PARTO DE MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS	CALIDAD DE PSICOPROFILAXIS DURANTE LA ETAPA PRENATAL						TOTAL	
	ADECUADA		MED. ADECUADA		INADECUADA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAVORABLE	32	37.2	24	27.9	0	0	56	65.1
MED. FAVORABLE	17	19.8	11	12.8	1	1.1	29	33.7
DESFAVORABLE	0	0	0	0	1	1.2	1	1.2
TOTAL	49	57	35	40.7	2	2.3	86	100

Fuente : Cuestionario y guía de observación

$X^2_c = 43.59224 > X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$

Por lo tanto: $H_a = \text{Se acepta}$ $H_o = \text{Se rechaza}$

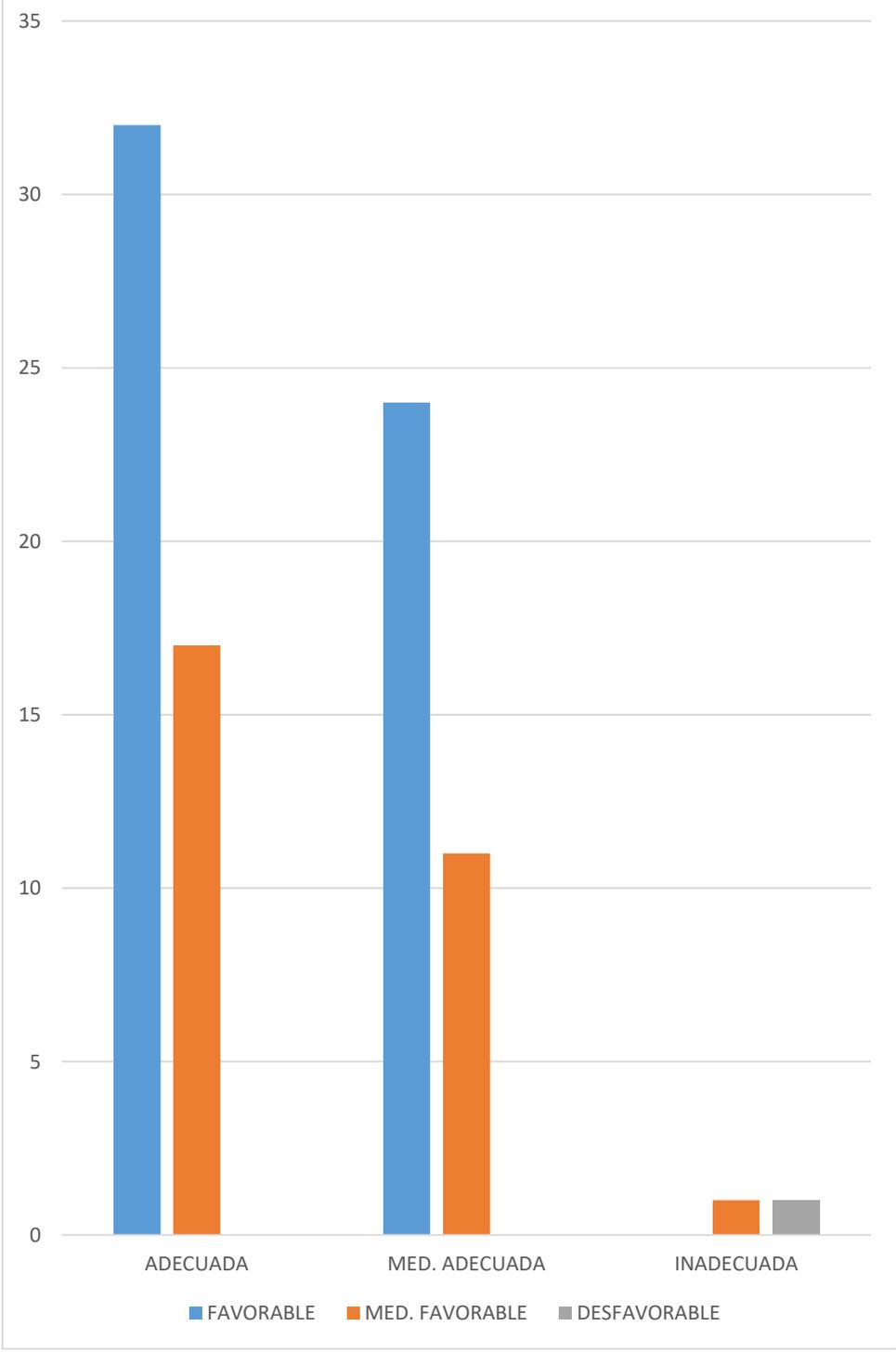
COMENTARIO DEL CUADRO N° 05

El presente cuadro nos muestra la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal en la atención de parto de las madres primíparas de 17 a 27 años, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, en donde de un total 86 (100%), la mayoría fueron atendidos de manera favorable su parto con un 65.1 % (56) de los cuales el 37.2 % (32) indicaron que la calidad de la psicoprofilaxis fue adecuada, en segundo lugar se encuentra la atención de parto medianamente favorable, representado por el 33.7 % (29), en tercer lugar se encuentra la atención de parto desfavorable con un 1.2 % (1).

Comparando los resultados de acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis, en la mayoría 57 % (49) fue adecuada, en segundo lugar la calidad de la psicoprofilaxis fue medianamente adecuada, con un 40.7 % (35), en tercer lugar se encuentra la calidad inadecuada, con un 2.3 % (2).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 43.59224 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre ambas variables.

GRÁFICO N° 05
 CALIDAD DE PSICOPROFILAXIS DURANTE LA ETAPA PRENATAL, EN LA ATENCIÓN DE PARTO DE MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS – SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016



CUADRO N° 06
 CALIDAD DE PSICOPROFILAXIS DURANTE LA ETAPA PRENATAL, EN
 LA ATENCIÓN DE PUERPERIO DE MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27
 AÑOS – SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL FELIX
 MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016

ATENCIÓN DE PUERPERIO DE MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS	CALIDAD DE PSICOPROFILAXIS DURANTE LA ETAPA PRENATAL						TOTAL	
	ADECUADA		MED. ADECUADA		INADECUADA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FAVORABLE	30	34.9	22	25.6	0	0	52	60.5
MED. FAVORABLE	19	22.1	13	15.1	0	0	32	37.2
DESFAVORABLE	0	0	0	0	2	2.3	2	2.3
TOTAL	49	57	35	40.7	2	2.3	86	100

Fuente : Cuestionario y guía de observación

$X^2_c = 86.02363 > X^2_t = (5\% \alpha 4 \text{ gl}) = 9.488$

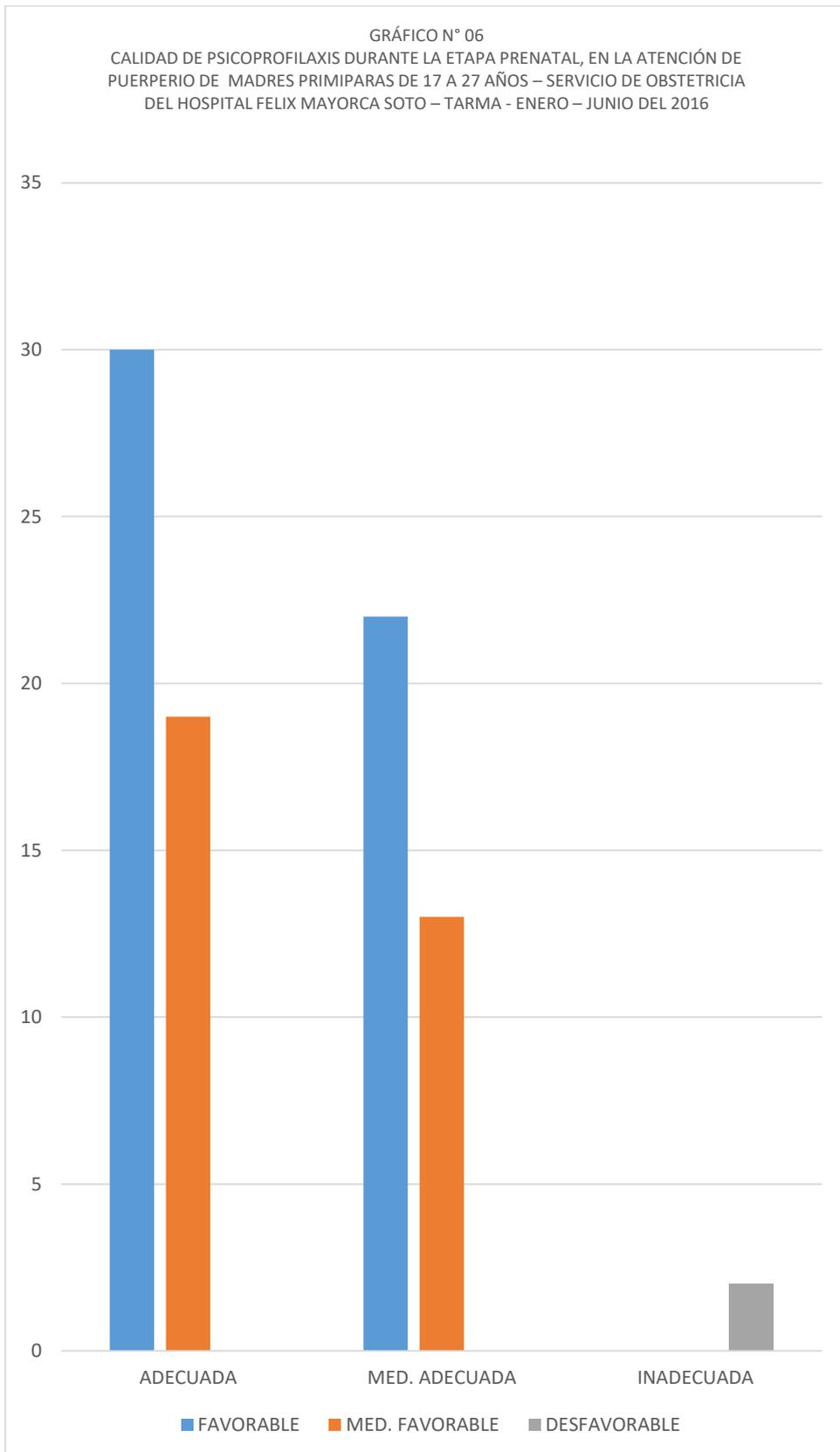
Por lo tanto: Ha = Se acepta Ho = Se rechaza

COMENTARIO DEL CUADRO N° 06

El presente cuadro nos muestra la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa de puerperio de las madres primíparas de 17 a 27 años, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, en donde de un total 86 (100%), la mayoría de las puérperas se vienen recuperándose favorablemente con un 60.5 % (52) de los cuales el 34.9 % (30) indicaron que la calidad de la psicoprofilaxis fue adecuada, en segundo lugar se encuentra la recuperación en el puerperio fue medianamente favorable, representado por el 37.2 % (32), en tercer lugar se encuentra la recuperación de puerperio fue desfavorable con un 2 % (2.3).

Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 86.02363 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre ambas variables.

GRÁFICO N° 06
 CALIDAD DE PSICOPROFILAXIS DURANTE LA ETAPA PRENATAL, EN LA ATENCIÓN DE
 PUERPERIO DE MADRES PRIMIPARAS DE 17 A 27 AÑOS – SERVICIO DE OBSTETRICIA
 DEL HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO – TARMA - ENERO – JUNIO DEL 2016



4.3 PRUEBA DE HIPOTESIS

En el cuadro N° 04 Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 51.86663 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre nivel de conocimiento sobre psicoprofilaxis y el grado de instrucción de las primíparas 17 a 27 años.

$$X^2_c = 51.86663 > X^2_t (5 \% \alpha \ 4 \text{ gl}) = 9.488$$

Por lo tanto: $H_a =$ Se acepta $H_o =$ Se rechaza

En el cuadro N° 05 Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 43.59224 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto se afirma que existe relación significativa entre la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal con la atención de parto de las madres primíparas de 17 a 27 años.

$$X^2_c = 43.59224 > X^2_t (5 \% \alpha \ 4 \text{ gl}) = 9.488$$

Por lo tanto: $H_a =$ Se acepta $H_o =$ Se rechaza

En el cuadro N° 06 Realizando una comparación con la prueba no paramétrica del Chi cuadrado podemos afirmar que: $X^2_c = 86.02363 > X^2_t = 9.488$ (5 % α 4 gl), por lo tanto si hay relación significativa entre la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa de puerperio de las madres primíparas de 17 a 27 años.

$$X^2_c = 86.02363 > X^2_t (5 \% \alpha 4 gl) = 9.488$$

Por lo tanto: Ha = Se acepta Ho = Se rechaza

4.4 DISCUSION DE RESULTADOS

En Obstetricia a predominado la tendencia a considerar el parto como un fenómeno simplemente mecánico; olvidándonos que la mujer participa en el acontecer obstétrico en forma íntegra y síquicamente, ya que el parto es un proceso sicosomático que la madre vive con el cuerpo y la mente.

El parto es un fenómeno polifacético en el que el psiquismo es un factor básico de importancia significativa desde el Embarazo, para prolongarse hacia el parto y el puerperio dados los profundos cambios síquicos que la maternidad condiciona en la mujer.

La psicoprofilaxis en su concepción semántica, y no histórica, engloba una serie de métodos que surgen de filosofías, de religiones, de ciencias, de arte cuyo objeto es aprovechar el momento privilegiado del embarazo y del parto para lograr un estado de armonía entre la mujer, su bebe y su entorno familiar.

Es un acontecer obstétrico que trata a la mujer gestante en una forma íntegra y psicológica borrando las emociones nocivas y destruyendo las relaciones de angustia y tensión que provocan el dolor, logrando en las gestantes, mediante las charlas educativas una actitud y pensamiento libre de tensión frente al parto.

“Preparación física y mental para el momento del parto”

Los objetivos son, educar a la mujer gestante mediante el aprendizaje la adaptación a su nueva situación intelectual, afectiva y corporal, siguiendo técnicas apropiadas que mitifica la facultad de recepción en la corteza cerebral, estableciendo el control normal y estimulación de la actividad voluntaria. Borrando las emociones nocivas y destruyendo las relaciones de angustia y temor, anular los reflejos condicionados de la mujer que ha venido arrastrando a través de la historia, la mitología, los escritos, la tradición y las referencias familiares, que como reflejos negativos vincular al parto al dolor y el sufrimiento. Los reemplaza por otros reflejos positivos condicionales de tranquilidad, tolerancia e indolorabilidad, destruir la idea del dolor, descondicionando por medio de la educación y el aprendizaje las vinculaciones entre parto y sufrimiento, establecidos por la generalización de las características del proceso patológico doloroso, capacitar a la mujer gestante físicamente propendiendo a la práctica y al entrenamiento para el evento obstétrico, proteger a la madre y al niño, desarrollando en su metodología especiales procedimientos que contribuyan a favorecer el estado de salud de la madre, así como del feto durante el embarazo y el parto.

Los fundamentos de la psicoprofilaxis obstétrica, son : No existe dolor fisiológico del parto como un fenómeno inherente e ineludible del proceso, el parto normal se acompaña de sensaciones y molestias que no alcanzan el lumbral para el dolor, el parto significa esfuerzo físico y síquico

que equivale al esfuerzo extra, la preparación física y mental, de acuerdo a metodología apropiada, condicionada, capacitación, tolerancia e indolorabilidad en el parto normal.

El parto es un fenómeno polifacético, en el intervienen causas musculares, hormonales y nerviosas, factores determinados por el canal, la fuerza, el móvil y el tiempo, así como fenómenos activos, pasivos y mecánicas, a lo que se suman elementos psíquicos y características de raza, cultura, estado social económico, personalidad, ambiente, calidad de atención, etc.

En el parto hay desplazamiento constante de los impulsos entre los componentes anatómicos y psicológicos que intervienen desde el fondo del útero hasta la vulva. Intervienen la presencia de una dotación diversa de corpúsculos sensoriales y vías diferentes, dependiente de su mayor parte del sistema nervioso vegetativo del gran simpático y solo en el tercio interior de la vagina por el sistema nervioso espinal de la vida de relación.

El estado previo o actual interviene en forma importante, modificando, adaptando o deformando el proceso. El dolor del parto y su intensidad está condicionado por factores culturales: como creencias y tradiciones; factores psicológicos: angustia y temor; y factores biológicos dependientes de la fisiología de la contracción uterina y de la inervación e irrigación del aparato genital femenino.

El dolor y el parto han sido culturalmente asociados y el frecuente comprobar que profesionalmente de la salud se refiere a las contracciones

uterinas utilizando la palabra dolor para instruir a la embarazada. Medios de comunicación que han perpetuado este concepto, usando escenas de gran dramatismo para referirse al parto como un evento doloroso.

En el parto normal, en el cual se cumple perfectamente todas los requisitos para la marcha de la psicología obstétrica y del curso eutócico sin perturbaciones en los elementos que participan en su desarrollo, sin interurrencias ni complicaciones, debe transcurrir y culminar con sensaciones que puedan significar esfuerzos y trabajo extra, pero sin dolor. Si a esto se agrega la participación psicofísica de acuerdo a sus fundamentos y objetivos, el resultado es realmente de una actividad fisiológica.

Pero indiscutiblemente el dolor puede existir en obstetricia, como en toda función fisiológica, cuando el parto se aleja también de sus interrelaciones de normalidad. El dolor esta presente en gran numero de complicaciones del trabajo de parto posiblemente en más del 20% de todos los partos en cuyo caso se acompaña de dolor en grado variable como un síntoma de distócico a veces ignorada. Lamentablemente este sufrimiento en el parto complicado o distócico es el que ha sido objetivado, condicionado, transferido y transmitido.

A través de la herencia cultural y de la historia obstétrica y consecuentemente generalizado vinculando el parto a la idea de dolor y sufrimiento.

El dolor es una reacción de defensa del organismo y siempre su significación es un síntoma de alarma – su origen se encuentra como expresión de una alteración anatómica o funcional o de ambas. El obstétrico, durante el curso del trabajo del parto, la sensibilidad aumentada y el dolor exagerado también significa perturbaciones del curso del parto y con frecuencia corresponden a procesos distócicos que están alterando la marcha normal del mecanismo fisiológico.

En el trabajo de investigación se encontró que:

De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría asistió entre 5 a 6 sesiones con un 58.2 % (50), en segundo lugar se encuentra las que asistieron a la psicoprofilaxis entre 3 a 4 sesiones, representado por el 23.2 % (20), en tercer lugar se encuentra las que asistieron entre 1 a 2 sesiones, con un 18.6 % (16).

Las primíparas, la mayoría 60.5 % (52) presentan actitudes completamente de acuerdo, en segundo lugar se encuentran las que tienen actitudes de acuerdo, con un 33.7 % (29), en tercer lugar se encuentra las que tienen actitudes en desacuerdo, con un 5.8 % (5).

De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría estudiaron secundaria completa con un 53.5 % (46), en segundo lugar se encuentra las que tienen secundaria incompleta, representado por el 34.9 % (30), en tercer lugar se encuentra las que estudiaron hasta el nivel primario con un 11.6 % (10).

La mayoría 54.7 % (47) tienen un nivel de conocimiento óptimo, en segundo lugar se encuentran las que tienen nivel de conocimiento medianamente óptimo, con un 38.3 % (33), en tercer lugar se encuentra las que tienen nivel de conocimiento no óptimo, con un 7 % (6).

De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal en la atención de parto de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría fueron atendidos de manera favorable su parto con un 65.1 % (56), en segundo lugar se encuentra la atención de parto medianamente favorable, representado por el 33.7 % (29), en tercer lugar se encuentra la atención de parto desfavorable con un 1.2 % (1).

De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis, en la mayoría 57 % (49) fue adecuada, en segundo lugar la calidad de la psicoprofilaxis fue medianamente adecuada, con un 40.7 % (35), en tercer lugar se encuentra la calidad inadecuada, con un 2.3 % (2).

Según, Llave Reducindo, Edmundo Cristian, en la Tesis “Resultados Materno Perinatales de las pacientes que participaron del Programa Educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el año 2013” concluye que: La duración del periodo de dilatación en las pacientes que acudieron a las seis sesiones de psicoprofilaxis fue en promedio de 8.21 horas y en las que participaron en menos de tres sesiones fue 8.53 horas. La duración del expulsivo en el primer grupo fue de 0.24 horas y las del segundo grupo fue de 0.22 horas. La duración promedio del alumbramiento en las participantes a seis sesiones fue menor (0.10 horas)

al de las participantes con menos de 3 sesiones (0.11 horas). El parto espontáneo, el parto vaginal; la duración del periodo de dilatación y del expulsivo fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y las que participaron en menos de tres sesiones, sin embargo la duración del periodo de alumbramiento fue menor en el grupo que participó de las seis sesiones ($p=0.009$). El peso del recién nacido de las gestantes que asistieron a las seis (92.8%) y menos de tres sesiones (94.1%) de psicoprofilaxis fue de 2500 a 4000 gr; la talla predominante en ambos grupos de recién nacidos fue entre 49.6-55 cm (seis sesiones: 65.9% y menos de tres sesiones: 72.6%); el Apgar al minuto fue 7-10 al minuto en el primer grupo (96.6%) similar al segundo grupo (91.1%). El contacto piel a piel se realizó en la mayoría de partos de ambos grupos (seis sesiones: 72.7% y menos de tres sesiones: 66.7%) Los resultados perinatales como el peso, la talla, el apgar a los cinco minutos y el contacto piel a piel fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones y en las que participaron en menos de tres; sin embargo, el APGAR al minuto fue significativamente mayor en el primer grupo ($p=0.014$).

De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa de puerperio de las madres primíparas de 17 a 27 años, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, la mayoría de las puérperas se vienen recuperándose favorablemente con un 60.5 % (52), en segundo lugar se

encuentra la recuperación en el puerperio fue medianamente favorable, representado por el 37.2 % (32), en tercer lugar se encuentra la recuperación de puerperio fue desfavorable con un 2 % (2.3).

Según, ZORRILLA MECHATO, Gladys Katherine en la Tesis : “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” concluye que: La mayoría de las participantes fueron adultas con ocupación estudiante para las preparadas, no preparadas ama de casa y estado civil conviviente en ambos casos, la duración de la dilatación (fase activa) se asociò significativamente a las gestantes con preparación psicoprofiláctica en comparación con las no preparadas, la duración del período expulsivo se asociò significativamente a las gestantes con preparación psicoprofiláctica en comparación con las no preparadas, el àpgar al minuto y quinto minuto del recién nacido se asociò significativamente a las gestantes con preparación psicoprofiláctica en comparación con las gestantes sin preparación.

CONCLUSIONES

1.- De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, por edad, según estado civil, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, la mayoría son casadas con un 52.3 % (45), en segundo lugar se encuentra las que tienen otra condición civil, representado por el 25.6 % (22), en tercer lugar se encuentra las solteras. Con un 22.1% (19).

2.- La mayoría de las primíparas 54.7 % (47) tienen entre 17 a 19 años, en segundo lugar se encuentran las que tienen entre 20 a 22 años, con un 31.4 % (27), en tercer lugar se encuentra las que tienen entre 23 a 27 años con un 13.9 % (12).

3.- De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría proceden de Tarma con un 50 % (43), en segundo lugar se encuentra las que proceden de los distritos de Tarma, representado por el 34.9 % (30), en tercer lugar se encuentra las que proceden de otros lugares con un 15.1 % (13).

4.- La mayoría de las primíparas 57 % (49) tienen ingreso económico medio, en segundo lugar se encuentran las que tienen ingreso económico bajo, con un 31.4 % (27), en tercer lugar se encuentra las que tienen ingreso económico alto, con un 11.6 % (10).

5.- De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría asistió entre 5 a 6 sesiones con un 58.2 % (50), en segundo lugar se encuentra las que asistieron a la psicoprofilaxis entre 3 a 4 sesiones, representado por el 23.2 % (20), en tercer lugar se encuentra las que asistieron entre 1 a 2 sesiones, con un 18.6 % (16).

6.- Las primíparas, la mayoría 60.5 % (52) presentan actitudes completamente de acuerdo, en segundo lugar se encuentran las que tienen actitudes de acuerdo, con un 33.7 % (29), en tercer lugar se encuentra las que tienen actitudes en desacuerdo, con un 5.8 % (5).

7.- De un total 86 (100%) de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría estudiaron secundaria completa con un 53.5 % (46), en segundo lugar se encuentra las que tienen secundaria incompleta, representado por el 34.9 % (30), en tercer lugar se encuentra las que estudiaron hasta el nivel primario con un 11.6 % (10).

8.- La mayoría 54.7 % (47) tienen un nivel de conocimiento óptimo, en segundo lugar se encuentran las que tienen nivel de conocimiento medianamente óptimo, con un 38.3 % (33), en tercer lugar se encuentra las que tienen nivel de conocimiento no óptimo, con un 7 % (6).

9.- De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal en la atención de parto de las madres primíparas de 17 a 27 años, la mayoría fueron atendidos de manera favorable su parto con un 65.1 % (56), en segundo lugar se encuentra la atención de parto medianamente favorable, representado por el 33.7 % (29), en tercer lugar se encuentra la atención de parto desfavorable con un 1.2 % (1).

10.- De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis, en la mayoría 57 % (49) fue adecuada, en segundo lugar la calidad de la psicoprofilaxis fue medianamente adecuada, con un 40.7 % (35), en tercer lugar se encuentra la calidad inadecuada, con un 2.3 % (2).

11.- De acuerdo a la calidad de la psicoprofilaxis durante la etapa de puerperio de las madres primíparas de 17 a 27 años, atendidos en el Hospital Félix Mayorca Soto, la mayoría de las puérperas se vienen recuperándose favorablemente con un 60.5 % (52), en segundo lugar se encuentra la recuperación en el puerperio fue medianamente favorable, representado por el 37.2 % (32), en tercer lugar se encuentra la recuperación de puerperio fue desfavorable con un 2 % (2.3).

RECOMENDACIONES

1.- Sugerir a las autoridades del Hospital Félix Mayorca soto a organizar cursos de capacitación sobre el uso de Psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio, dirigidos a todo el personal de Salud que labora en dicha Institución con la finalidad de mejorar la calidad de atención a las mujeres en edad fértil que acuden a los establecimientos de Salud.

2.- Sugerir al personal de Obstetricia que labora en el Hospital Félix Mayorca soto, los Centros y Puestos de Salud y a realizar visitas domiciliarias con la finalidad de identificar en forma temprana algunas enfermedades y/o alteraciones que puede presentarse durante la etapa prenatal y de esta manera mejorar el estado de salud de la población materno infantil susceptibles de morbimortalidad.

3.- Sensibilizar y motivar a las gestantes que son beneficiadas con la preparación psicoprofiláctica obstétrica, a cumplir estrictamente con las

recomendaciones dadas durante las jornadas programadas durante la etapa prenatal y natal.

4.- Sugerir a los estudiantes de maestría y Doctorado en Salud a investigar temas que contribuyan a mejorar el estado de Salud de la población materno infantil.

5.- Difundir los resultados de este trabajo de investigación utilizando todos los medios de difusión disponibles.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dra. Claudia Assayag. 2015. Ginecología Obstretricia – Clínica Montefiori. Importancia del Psicoprofilaxis.
- 2.- Dra Fátima Guzman. 2014 Guadalajara. La importancia de la psicoprofilaxis en el parto. Jalisco. México.
- 3.- BOTERO U, Jaime; Júbiz H, Alfonso; Henao, BulliDormo. Ginecología y Obstetricia 2000: edición. Editorial de la Universidad de Antioquia
4. Madeleyne Cubas Pérez y Jessica Karen Vásquez Daza. 2012. “Influencia de la preparación psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto -Hospital Santa Gema – Yurimaguas - Mayo a Diciembre 2010” Universidad Nacional de San Martín.
- 5.- Llave Reducindo, Edmundo Cristian. 2014. “Resultados materno perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP durante el año 2013”

- 6.- Milagros Elena Zurita Muñoz. 2015. “Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto y el recién nacido en el Hospital Vitarte, 2015”. LIMA.
- 7.- Centro Nacional de Información sobre la Salud de la Mujer (julio de 2007).
- 8.- CANALES, Francisco y Otros. (1990). “Metodología de la Investigación” México.
- 9.- PÓLIT, Dense y Otros. (2002) “Investigación Científica en Ciencia de la Salud” México.
- 10.- TAFUR, R. (1995). “La tesis Universitaria” Edit. Mantaro. Lima – Perú.
- 11.- COACLA C. Alcides y COTACALLAPA C. Edgar . 2,001. “Perlas de Obstetricia y Ginecología” Universidad Andina Nestor Cáceres Velásquez. Facultad de Ciencias de la Salud- Juliaca –Puno-Perú.
- 12.- BOTERO U, Jaime; Júbiz H, Alfonso; Henao, BulliDormo. Ginecología y Obstetricia 2000: edición. Editorial de la Universidad de Antioquia
- 13.- HERNANDEZ SAMPIERI, Roberto (2003) “Metodología de la investigación”. Tercera edición. Editorial McGraw Hill Interamericana .México. D.F.
- 14.- Ministerio de Salud. Atención de Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de salud 2009. Peru: Minsa; 2012

- 15.- Salas F. Aplicar la psicoprofilaxis obstetrica a primigestas añosas.
Universidad de Guayaquil, Obstetricia; 2012-2013.
- 16.- Oyuela J. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas en el Hospital de Gineco
– Obstetricia de Monterrey- Mexico 2010.. Rev Med Inst Mex Seg Soc.
2010

Páginas de internet

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/2275/3/zorrilla_g.pdf

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

ESCUELA DE POS GRADO

CUESTIONARIO

Objetivo.- Identificar las características y el nivel de conocimiento de las madres primíparas de 17 – 27 años sobre atención durante la etapa prenatal, parto y puerperio y que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca soto de Tarma.

1.- Nombre y apellidos

.....

2.- Edad:

3.- Grado de instrucción:

a) Primaria

b) Secundaria

c) Superior

4.- Ingreso económico mensual:

.....

5.- Cual es su opinión sobre la atención durante la etapa prenatal en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca soto de Tarma.

.....

.....

.....

6.- Cual es su opinión sobre la atención durante la etapa del parto en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca soto de Tarma.

.....
.....
.....

7.- Cual es su opinión sobre la atención durante la etapa del puerperio en el Servicio de Obstetricia del Hospital Félix Mayorca soto de Tarma.

.....
.....
.....

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRION

ESCUELA DE POS GRADO

GUIA DE OBSERVACION

Objetivo.- Determinar la influencia de la psicoprofilaxis durante la etapa prenatal, en la atención del parto y puerperio en madres primíparas de 17 – 27 años en el Servicio de obstetricia del Hospital Félix Mayorca soto de Tarma.

Item	Proposiciones	SI	NO
01	Cumplió con las sesiones educativas programadas de la psicoprofilaxis?		
02	Cumplió con la preparación física programadas de la psicoprofilaxis?		
03	Cumplió con las técnicas de respiración, relajación, masoterapia entre otros programadas de la psicoprofilaxis?		
04	Cumplió con el tiempo programadas para cada actividad de la psicoprofilaxis?		
05	Le sirvió haber participado en la Psicoprofilaxis para tener un parto satisfactorio?		
06	Le sirvió haber participado en la Psicoprofilaxis para tener un puerperio satisfactorio?		





