

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE OBSTETRICIA

**“RESULTADOS MATERNO PERINATALES DE
LAS PACIENTES QUE PARTICIPARON DEL
PROGRAMA EDUCATIVO DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN EL INMP DURANTE EL AÑO
2013”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Obstetricia

AUTOR

Llave Reducindo, Edmundo Cristian

ASESORA:

MG. Emma Salazar Salvatierra

Lima – Perú

2014

AGRADECIMIENTO

Le doy gracias en primer lugar a Dios porque sin él nada de esto sería posible; a mis padres Rosario y Edmundo por su amor, en especial a ti mamá que siempre has permanecido a mi lado; de igual forma a mis abuelitas Teófila y Zoila, a mis tíos Ricardo y Miguel, a mis tías Esther, Rosa, María y Claudia muchas gracias por su gran cariño incondicional que siempre me han demostrado, por cada palabra de aliento, por cada consejo que me ayudaron a ser mejor persona.

A mis mejores amigos Armando, Marco, Anggela, Amy y Rocío que siempre han estado conmigo en los buenos y malos momentos.

A mi asesora Mg. Emma Salazar por su apoyo constante y permanente.

A las obstetras del Servicio Educativo de Psicoprofilaxis y Estimulación Prenatal de Adultas Clara Buitrón, Silvia Hugar, Flor Valencia, Carmen Espinoza y Luz Zambrano, que siempre me apoyaron brindándome todas las facilidades para poder llevar a cabo mi tesis.

Y por último muchas gracias a todos los docentes que me inculcaron los conocimientos, el amor y la disciplina necesaria para ser un gran profesional y poder desempeñarme exitosamente en esta maravillosa carrera que es la Obstetricia.

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico en primer lugar a Dios quién supo guiarme por el buen camino, permitiéndome haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, dándome siempre fuerzas para seguir adelante y enseñándome a saber afrontar los problemas que se presentaban con valentía y perseverancia.

A mi madre Rosario por su infinito amor que me ha demostrado durante el trayecto de mi vida a través de sus sabios consejos, apoyo y comprensión que han repercutido en mí formándome en un hombre con buenos sentimientos, hábitos y valores.

A mi hermana Arianna Fiorella que es mi gran motivación y felicidad para seguir adelante y buscar en cada momento ser una mejor persona.

Por último a mis familiares y amigos en general que siempre me han demostrado su apoyo incondicional y su enorme cariño contribuyendo de una u otra forma al logro de mis objetivos trazados.

INDICE

| | Pág. |
|---|-------------|
| RESUMEN | 4 |
| ABSTRACT | 5 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 7 |
| 2. MATERIAL Y METODOS | 20 |
| 2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN | 20 |
| 2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN | 20 |
| 2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO | 20 |
| 2.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL | 20 |
| 2.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES | 21 |
| 2.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS | 21 |
| 2.7 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 22 |
| 2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS | 22 |
| 3. RESULTADOS | 23 |
| 4. DISCUSIONES | 30 |
| 5. CONCLUSIONES | 34 |
| 6. RECOMENDACIONES | 35 |
| 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 36 |
| 8. ANEXOS | 38 |

RESUMEN

OBJETIVOS: Comparar los resultados materno-perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el INMP durante el año 2013.

METODOLOGÍA: Estudio de tipo Observacional, descriptivo-comparativo, retrospectivo, de corte transversal. Se trabajó con la población de pacientes que culminó su gestación en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2013, conformado por el grupo de pacientes con 6 sesiones de psicoprofilaxis (n=264) y el grupo de pacientes con menos de 3 sesiones (135 pacientes). Se estimaron las frecuencias absolutas y relativas para variables de cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas. Se utilizó para el análisis bivariado la prueba Chi cuadrado para las variables cualitativas. Toda interpretación estadística se realizó con un nivel de significancia del 95%.

RESULTADOS: La edad promedio de las usuarias fue de 27.29 años, con grado de instrucción secundaria (65.7%). El 66.2% de las participantes asistió a seis sesiones y el 33.8% asistió a menos de tres sesiones de psicoprofilaxis. El 72% de las pacientes que participaron de 6 sesiones de Psicoprofilaxis y el 78.5% con menos de tres sesiones, tuvieron un parto vaginal. La mayor proporción de pacientes con seis y menos de tres sesiones de psicoprofilaxis tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo (70.8% y 64.4% respectivamente). A la mayoría de las participantes de seis sesiones de psicoprofilaxis (58.8%) y menos de tres sesiones (59.2%) se les realizó episiotomía. La analgesia epidural fue aplicada al 25.3% y al 16% de las pacientes (seis sesiones y menos de tres sesiones). La duración promedio del primer periodo del parto en el grupo de pacientes con seis sesiones y con menos de tres sesiones de psicoprofilaxis fue similar. La duración promedio del segundo periodo de parto en aquellas pacientes del primer grupo fue ligeramente mayor (0.24 horas) comparado con el segundo grupo (0.22 horas). La duración promedio del tercer periodo de parto en las participantes con seis sesiones fue menor (0.10 horas) que las participantes con menos de tres sesiones (0.11 horas). El resultado de peso del recién nacido fue similar en ambas participantes entre 2500 gr a 3999 gr (6 sesiones: 92.8% y menos de tres sesiones: 94.1%). Hubo mayor porcentaje de recién nacidos con peso \geq 4000 gr en el grupo de pacientes con menos de tres sesiones (5.9%) en comparación al grupo de pacientes con seis sesiones (4.9%). La talla del recién nacido en ambos grupos se encontró entre 49.6-55 cm (seis sesiones: 65.9% y menos de tres sesiones: 72.6%), con Apgar al minuto de 7 a 10 (96.6% en recién nacidos de pacientes con seis sesiones de psicoprofilaxis y 91.1% en recién nacidos de pacientes con menos de tres sesiones). La mayoría de pacientes con seis sesiones educativas (72.7%) y con menos de tres sesiones (66.7 %) tuvieron contacto piel a piel con los recién nacidos.

CONCLUSIONES: El inicio de trabajo de parto espontáneo, el parto vaginal, la duración del periodo de dilatación y del expulsivo fueron similares en las usuarias que completaron las seis sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y las que participaron en menos de tres sesiones; sin embargo la duración del periodo de alumbramiento fue menor en el grupo que participó de las seis sesiones ($p=0.009$). Los resultados perinatales como el 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 ($p=0.014$).

PALABRAS CLAVES: Resultados maternos, resultados perinatales, psicoprofilaxis obstétrica.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To compare maternal and perinatal outcomes of patients that participated in the educational program in obstetric psychoprophylaxis attended at INMP during 2013

METHODOLOGY: Observational study, descriptive-comparative, retrospective, cross-sectional. It worked with the patient population that culminated her pregnancy at National Materno Perinatal Institute in 2013, formed by the group of patients with 6 sessions of psychoprophylaxis (n = 264) and the group of patients with less than 3 sessions (135 patients). It was estimated absolute and relative frequencies for qualitative variables, and measures of central tendency and dispersion for quantitative variables. It was used for bivariate analysis Chi square test for qualitative variables. All statistical interpretation was performed with a significance level of 95%.

RESULTS: The average age of the users was 27.29 years, with degree of secondary education (65.7%). 66.2% of participants attended six sessions and 33.8% attended less than three sessions of psychoprophylaxis. 72% of the patients that participated in 6 sessions of Psychoprophylaxis and 78.5% with less than three sessions, had vaginal deliveries. The higher proportion of patients with six and less than three sessions of psychoprophylaxis had a start spontaneous labor (70.8% and 64.4% respectively). The majority of participant's psychoprophylaxis six sessions (58.8%) and less than three sessions (59.2%) underwent episiotomy. Epidural analgesia was applied to 25.3% and 16% of patients (six sessions and less than three sessions). The average duration of the first stage of labor in the group of patients with less than six sessions and three sessions of psychoprophylaxis was similar. The average duration of the second period of labor in those patients in the first group was slightly higher (0.24 hours) compared with the second group (0.22 hours). The average duration of the third stage of labor in participants with six sessions was lower (0.10 hours) than participants with less than three sessions (0.11 hours). The result of newborn weight was similar in both participants between 2500 gr to 3999 gr (6 sessions: 92.8% and less than three sessions: 94.1%). There was a higher percentage of newborns with weight \geq 4000 gr in the group of patients with less than three sessions (5.9%) compared to group sessions with six patients (4.9%). The size of newborns in both groups was between 49.6-55 cm (six sessions: 65.9% and less than three sessions: 72.6%), with minute Apgar of 7-10 (96.6% in newborns of patients with six sessions of psychoprophylaxis and 91.1% in newborns of patients with less than three sessions). The majority of patients with six educational sessions (72.7%) and less than three sessions (66.7%) had skin to skin contact with newborns.

CONCLUSIONS: Spontaneous delivery, vaginal delivery, the period duration of dilation and expulsion were similar in the user who completed the six sessions obstetric psychoprophylaxis and participating in less than three sessions; however the duration of delivery was lower in the group who participated in the six sessions ($p=0.009$). The perinatal outcome such as weight, height, Apgar at five minutes and skin to skin contact were similar in the user who completed the six sessions and those who participated in less than three; however, the minute Apgar was significantly higher in the first group ($p=0.014$).

KEYWORDS: Maternal outcomes, perinatal outcomes, obstetric psychoprophylaxis.

I. INTRODUCCIÓN

El embarazo y el parto constituyen episodios normales de la vida reproductiva femenina por lo que podría suponerse que transcurren en la mujer sana, sin mayores molestias o complicaciones; sin embargo, es conocido que las mujeres sufren de intensos dolores durante el trabajo de parto, provocados por sus propios temores, confiriendo una carga emocional negativa, lo cual intensifica estos estímulos dolorosos, repercutiendo de forma negativa para la salud de la madre y del feto¹. Es por ello que la ciencia obstétrica ha diseñado un método denominado “psicoprofilaxis obstétrica”, que es un programa de educación que consta de una serie de sesiones teórico-práctico fundamentales para el nacimiento y que tiene el objetivo de crear una actitud mental positiva en la madre hacia la experiencia del parto, procurando una participación activa y consciente en este evento; además brinda educación sobre aspectos relacionados con el cuidado materno durante la gestación y la etapa del puerperio, además de los cuidados en el recién nacido^{2,3}.

El Ministerio de Salud, en los últimos años, ha llevado a cabo estudios que han revelado que la prevalencia de gestantes preparadas con psicoprofilaxis ha sido del 10% y que por ejemplo en nuestro país la cobertura de psicoprofilaxis alcanzó el 21.6% en el año 2005; sin embargo, sólo culminó el 11.26%¹.

En el servicio de Psicoprofilaxis del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), se ha preparado a un total de 1033 su gestación y se les hizo el seguimiento respectivo en los servicios de hospitalización (A, B, C, D, E). Durante estas entrevistas las puérperas expresaron en gran mayoría su satisfacción sobre el curso, mencionando que el haberlo realizado las había beneficiado mucho, no solo en conocimientos, sino en la actitud que mostraron conforme al desarrollo del trabajo de parto y muchas de ellas mencionaron que el tiempo de trabajo de parto fue más corto del que se imaginaron; sin embargo se observó otro grupo de puérperas que mostraron su inconformidad, puesto que refirieron haber sentido mucho dolor y que no pudieron actuar de manera adecuada. Viendo los diversos puntos de vista de las puérperas, nació, el interés de tener una evidencia veraz y objetiva respecto a esta situación, y con el registro y el análisis de los resultados maternos y perinatales, demostrar los beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica.

Por tal motivo se hizo una selección de las 691 fichas de seguimiento para identificar a aquellas usuarias que habían culminado las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y a aquellas que habían tenido menos de tres sesiones y en ellas comparar los

resultados en la madre y en el neonato. Además, tomando en cuenta que diversos estudios mencionan que estas sesiones ofrecen beneficios y tienden a disminuir el tiempo de dilatación, la cantidad de cesáreas, mejorar el apgar del recién nacido etc., con los resultados de la presente investigación se constatará si efectivamente las complicaciones y las tasas de cesáreas de las pacientes que acudieron a las 6 sesiones de este programa disminuyeron en comparación con las pacientes que asistieron a menos de tres sesiones de psicoprofilaxis.

Lo mencionado anteriormente se sustenta en los estudios realizados por:

Reyes en el año 2004 efectuó un estudio titulado “Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero-Diciembre 2002” donde encontró que las primigestas con preparación psicoprofiláctica tienen mayor asistencia al control prenatal y puerperal, ingresando, la mayoría, al hospital con el diagnóstico confirmado de trabajo de parto y culminando en parto vaginal. En cuanto al recién nacido, estos no presentaron signos de sufrimiento fetal y no hubo dificultades para una lactancia materna exclusiva, por lo tanto, la Psicoprofilaxis Obstétrica brinda beneficios estadísticamente significativos a la madre y a su recién nacido.

Oyuela y cols., en el año 2010, en su investigación titulada “Psicoprofilaxis e índice de cesáreas”, observaron que las mujeres que asistieron al programa de parto psicoprofiláctico tuvieron menos cesáreas, complicaciones y días de estancia hospitalaria⁵.

Valle y cols., en el año 2006 realizaron un estudio titulado “Programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante en la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Diciembre 2005 a Febrero del 2006”, donde encontraron que la actitud de las pacientes en los periodos de dilatación, expulsivo, alumbramiento fue buena, resaltando que el periodo expulsivo fue corto (94.12%) y que la mayoría de los recién nacidos tuvieron un peso de 3000-3500 gr. (52.94%) y un Apgar de 7 a 10 puntos (94.12%)⁶.

Abbul et al. en el año 2004 realizaron una investigación titulada “Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el parto en indicadores materno infantiles en Manati en el 2004”, observaron que las pacientes que asistieron a la preparación psicoprofiláctica tuvieron una duración del trabajo de parto normal, partos eutócicos,

no necesitaron del uso de medicación y los recién nacidos tuvieron un puntaje de Apgar superior, por lo concluyeron en que la preparación psicoprofiláctica es un método eficaz, que garantiza la calidad en los indicadores materno-infantiles⁷.

Martínez J. en el año 2012 efectuó un estudio titulado “Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el recién nacido”, donde encontró que no hubo asociación entre la educación materna con el tipo de parto, la duración del trabajo de parto y la presencia de lesión perineal asociada al parto; así mismo, hubo una asociación positiva con recién nacidos que no tenían bajo peso al nacer y la aparición de problemas de salud durante los 2 primeros meses; sin embargo no se asoció con recién nacidos pequeños para la edad gestacional, con el Apgar al minuto y a los cinco minutos.

Por estos motivos sería importante conocer los resultados materno – perinatales en las pacientes que acuden a menos de tres sesiones y a seis sesiones del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, pues al comparar los resultados durante el parto para la madre y el feto en estos grupos, se sabrá es beneficioso la aplicación de este programa y se podría aumentar la cantidad de gestantes que acudan al mismo, mejorando la cobertura de la institución, dado que existen problemas de deserción o no participación a las sesiones, muchas veces por desconocimiento de la gestante o del mismo familiar.

Antiguamente en obstetricia predominó la tendencia a considerar el parto como un fenómeno simplemente mecánico. Se hablaba de los mecanismos del parto, estudiándolos en sus periodos y movimientos, como expresiones de funciones puramente físicas y orgánicas, olvidándose completamente de que en realidad la mujer participa en todo momento en este proceso en forma íntegra.

Actualmente se tiene la concepción que no se trata simplemente de fenómenos anatómicos y fisiológicos en los que interviene la fuerza, el canal y el móvil, sino de un complejo polifacético en el que el síquismo es un factor básico de importante significación desde el embarazo, para prolongarse hacia el parto y el puerperio dados los profundos cambios síquicos que la maternidad condiciona en la mujer.

La preparación psico-física para el parto consiste en la preparación física y mental de la mujer embarazada para el momento del parto, cuya finalidad es la protección de la

madre y del niño; ésta preparación se realiza mediante la educación de la gestante, estableciendo el aprendizaje y la adaptación a una nueva situación intelectual, afectiva y corporal, mediante técnicas apropiadas que modifican la facultad de recepción de la corteza cerebral, estableciendo en ésta el control normal y estimulando la actividad voluntaria, borrando las emociones nocivas y destruyendo las relaciones de angustia y tensión. A esta metodología en general se le denomina Psicoprofilaxis Obstétrica⁹.

El MINSA dentro de su guía técnica actual define a la psicoprofilaxis como un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permite desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, al parto, al puerperio, al producto de la concepción y al recién nacido convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar; además contribuye a la disminución de las complicaciones obstétricas pre y posnatales, al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor y favorece a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto¹⁰. (Ver Anexo IV).

Bases Doctrinarias de la Psicoprofilaxis: Desde sus orígenes, la psicoprofilaxis Obstétrica fue utilizada para eliminar los dolores del parto, cuyo método encierra un precursor: la hipnosis. Ésta se utilizó en diferentes épocas, durante las cuales la forma de aplicación ha ido modificándose a través del tiempo, hasta que se utilizó en forma científica para la analgesia del parto.

Las técnicas empleadas para la práctica de la preparación para el parto corresponden al método de Read, con mérito de iniciador; al método ruso, con bases científicas y al método de Lamaze, basado en el anterior¹¹.

En el **Método de Read-Escuela Inglesa (“Parto natural” o “Parto sin dolor”)**, Grantly Dick Read, publicó en 1933 sus observaciones sobre el parto natural que después denominó parto sin dolor, basado en sus observaciones en aborígenes de África. Sus trabajos, donde niega los fundamentos físicos del dolor, despertaron gran interés, iniciando una etapa importante para la preparación psicofísica del parto.

- Postulado: el temor es el principal agente del dolor en el parto.
- Bases teóricas: Considera los aspectos educativos fundamentales en la preparación de la gestante, complementa su teoría con tipos de respiración que contribuyen a la relajación del cuello del útero, considera importante el

ambiente armónico y apoyo emocional en el momento del parto, existe una secuencia que crea un círculo vicioso, en el cual el temor es el factor desencadenante, estableciéndose un síndrome de temor, tensión, dolor^{1,3}.

- Metodología: El método de Read o del parto natural tiene por objetivo superar el temor y eliminar la tensión mediante la relajación física y mental. La conducta a seguir se basa en la preparación psicológica para destruir el temor mediante la enseñanza de aspectos de la reproducción y del embarazo, causa del dolor en el parto, y a la abolición de éste por medio de la anunciación del temor. Otorga gran importancia a la preparación física, en ciertos aspectos estableciendo como base el método de relajación progresiva y los ejercicios respiratorios mediante la respiración superficial o jadeante y la apnea prolongada. Durante el parto el éxito se consigue rodeando a la parturienta del ambiente favorable para que pueda desarrollar la relajación necesaria, el control de la respiración indolorizante y el apoyo necesario que libre del temor y la tensión¹.

En el **Método Ruso - Escuela Soviética (“Psicoprofilaxis de los dolores del parto”)**, desde 1923, utilizaron la analgesia hipnosugestiva para los dolores del parto, sobre la base de postulados enunciados desde antes por autores soviéticos, considerando que los dolores del parto no son congénitos y que por lo tanto se les puede hacer desaparecer. El método perfectamente reglado y demostrado sobre las bases científicas fue dado a conocer en 1951⁹.

- Postulado: considera al parto como un proceso fisiológico y al dolor como un fenómeno de masas, no de tipo congénito, utilizando la palabra como estímulo condicionante.
- Bases teóricas: La palabra es un estímulo condicionante y por tanto puede utilizarse como un medio fisiológico y terapéutico ya que actúa sobre la gestante desacondicionando sus temores sobre el parto y condicionándolas para que respondan a las contracciones del parto, como estímulos útiles y no dolorosos; recomienda la participación activa de la mujer en el trabajo de parto, priorizando los ejercicios de respiración, masajes superficiales y puntos analgésicos; considera importante los controles obstétricos como parte del método; el ambiente de las instituciones obstétricas y la conducta del personal no debe provocar excitaciones, temores, ni intranquilidades, por lo tanto no deben alterar las correlaciones normales de los procesos córticos, subcorticales e intracorticales^{9,11,12}.

- Metodología: El método usado en la Unión Soviética se denominó *Psicoprofilaxis*, entendiéndose por psicoprofilaxis de los dolores del parto el sistema de medidas preventivas contra la aparición y desarrollo de aquellos, lo que se consigue mediante acciones, para desacondicionar la idea del dolor, actuando sobre los sectores superiores del sistema nervioso central. La forma de conseguirlo es mediante la educación y el aprendizaje, luchando contra la pasividad de la mujer e invitándola a una actividad razonable, para que al conocer el proceso, ella misma dirija y se conduzca adecuadamente en el curso del mismo. Enseña que los dolores del parto no son obligatorios, no son congénitos y por lo tanto se les puede hacer desaparecer, asociando el trabajo de parto a una idea feliz en el cual la mujer es la creadora del éxito. La práctica del método incluye fundamentalmente la enseñanza de la respiración rítmica, masaje superficial del abdomen y algunas maniobras de presión en las espinas iliacas anteriores⁹.

En el Método de Lamaze-Escuela Francesa (“Parto indoloro”), Fernando Lamaze introdujo el método soviético en Francia, como técnica del parto indoloro, haciendo gran divulgación de él con modificaciones sobre todo en la metodología respiratoria. Lo enseñó en su clínica particular con gran éxito. El desarrollo del curso se hace en 8 sesiones, enseñando la formación de los reflejos condicionados negativos. El método enseña ejercicios de respiración y relajación, estableciendo la respiración jadeante para aliviar el periodo expulsivo⁹.

La metodología mencionada por el MINSA, es el método fisiológico en el que los agentes son *la palabra y la educación*. Se considera a la gestante en su complejidad psicofísicosocial, brindando medidas de carácter obstétrico e higiene mental, con normalización de la actividad nerviosa superior. El método psicoprofiláctico enseña a utilizar correctamente los centros nerviosos superiores en la cual la gestante debe conocer: autocontrol, identificar las contracciones del trabajo de parto, efectuar la relajación físico-mental, respirar en las diversas fases del trabajo de parto, cómo y cuándo realizar el relajamiento muscular, cómo administrar sus energías, cómo utilizar racionalmente sus fuerzas, cómo evitar la fatiga, cómo participar activamente durante el parto y cómo relajarse para un adecuado alumbramiento¹¹.

Las **ventajas de la psicoprofilaxis obstétrica** fueron puestas en debates y controversias en todos estos años; sin embargo, muchos autores empezaron a realizar investigaciones para comprobar su eficacia, como por ejemplo James Scott, que en el

año 1974 realizó un estudio para saber los efectos de la psicoprofilaxis en el trabajo de parto de primíparas del cual obtuvo resultados poco concluyentes con respecto al beneficio en la disminución del tiempo en el periodo expulsivo, pero si obtuvo resultados positivos en relacionados al hecho que las mujeres que recibieron las sesiones de psicoprofilaxis manejaron mucho mejor el dolor en el trabajo de parto y no necesitaron ser anestesiadas a diferencia de las que no llevaron estas sesiones¹⁷. Otros autores investigaron también al respecto, pero fue en el mes de octubre del año 1979 que el médico obstetra Roberto Caldeyro Barcia dejó establecida las diversas ventajas materno-fetales de la atención del parto en madres preparadas con psicoprofilaxis obstétrica, quedando de esta manera comprobado científicamente todos sus beneficios a tal punto que la OMS la recomendó por sus efectos positivos y provechosos, dentro de los cuales se menciona los siguientes:

Ventajas de la PPO en la madre: El menor grado de ansiedad en la madre, le permite adquirir y manifestar una actitud positiva y de tranquilidad, una adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando apropiadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás métodos de autoayuda, una mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en franco trabajo de parto, con una dilatación más avanzada, evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto, una menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal, una menor duración de la fase expulsiva, una menor duración del tiempo total del trabajo de parto, un esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención en el objetivo y significado de su labor, un menor uso de fármacos en general, un menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas. También permite menor incomodidad y/o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración, con miras a controlar las molestias, teniendo amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo, aprendiendo a disfrutar mejor de su gestación y de su parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso, ampliando las posibilidades de gozar de la jornada con participación de su pareja incluso durante todo el trabajo de parto, mejorando el vínculo afectivo con el bebe, pudiendo disfrutar de manera natural y positiva, con criterios reales y efectivos, sin perjuicio de la criatura, ni especulando en el uso de técnicas no probadas o no convenientes, disminuyendo la posibilidad de un parto por cesárea, reduciendo el riesgo de un parto instrumentado, posibilitando una recuperación más rápida y cómoda, favoreciendo una aptitud en pro de una lactancia natural, y teniendo menor riesgo a padecer depresión postparto¹³.

Ventajas perinatales de la PPO en la prevención prenatal de discapacidades: Los principales trastornos del neurodesarrollo, sus nefastas secuelas en el desarrollo psicomotor de los niños que los padecen y que posteriormente determinarán sus necesidades educativas especiales (NEE); son principalmente de origen pre y perinatal.

Crece así la necesidad de educar para la salud y en búsqueda de mejorar la calidad de vida. Preparar física y psicológicamente a la embarazada para que forme parte activa y consciente de la necesidad de estimular a su hijo cuando todavía permanece en su útero, entrenarla durante el embarazo para que afronte el parto como un fenómeno fisiológico; sin complicaciones que engrosen la lista de daños perinatales; instruir a la pareja, convencerlos de que la salud de su hijo no dependerá de ellos únicamente cuando lo tengan entre sus brazos, sino que viene instaurándose desde que lo concibieron y en todo el proceso de su desarrollo¹⁴.

Varias investigaciones han demostrado que el entorno y, especialmente, las emociones de la madre se transmiten fisiológicamente al feto a través de las reacciones bioquímicas; otros estudios demuestran que las madres sometidas a tensión extrema y constante, tienen más probabilidades de tener hijos prematuros, con pesos inferiores al normal, hiperactivos, irritables y con predisposición a cólicos. Por tal motivo, el estrés y el temor son importantes factores de riesgo en perinatología, siendo principales componentes en casi todos los síndromes patológicos; sin embargo, la psicoprofilaxis obstétrica cumple un rol preventivo primordial, ya que suprime el miedo en la gestante, devolviéndole el equilibrio emocional adecuado en tan importante momento de la vida y brindándole las herramientas para que tenga los mejores cuidados y calidad de vida, disminuyendo o evitando de esta manera los siguientes riesgos perinatales: prematuridad, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal agudo, Apgar bajo, complicaciones neonatales tempranas, síndrome de distrés respiratorio, Apnea, mayor uso de incubadora, lactancia materna inadecuada, tendencia a los cólicos, hiperactividad y trastornos emocionales.

Por lo anterior se concluyó que la PPO tiene las siguientes ventajas perinatales: mejor curva de crecimiento intrauterino, mejor vínculo prenatal (EPN), enfoque adecuado sobre la estimulación intrauterina (lo inocuo vs lo dudoso), menor índice de sufrimiento fetal, menor índice de complicaciones perinatales, menor índice de prematuridad,

mejor peso al nacer, mejor estado (Apgar), mayor éxito con la lactancia materna, mejor crecimiento y desarrollo¹³.

El dolor del parto como reflejo condicionado: La asociación permanente y repetida de dos palabras: parto-dolor, dolor-parto, crean en la mujer una representación condicionada de estos dos elementos, representación que es reforzada constantemente por numerosos hechos: la maldición bíblica, el concepto de que «el premio de los dolores del parto es la felicidad por la presencia del hijo», el convencimiento de que el dolor del parto es algo normal, etc.

El empleo por parte del personal de salud de la palabra dolor; el recuerdo de partos anteriores; el relato del parto de otras mujeres; todo ello hace que, apenas las contracciones uterinas comienzan y la mujer toma conciencia de que «está en labor de parto», dichas contracciones despiertan automáticamente el reflejo condicionado del dolor. Comprueban estas afirmaciones los siguientes hechos: 1) Las mujeres con dilatación avanzada, que no sienten dolores mientras el médico no les asegure que «están en labor de parto». 2) La diversidad de caracteres de los dolores de parto de una mujer a otra y de un parto a otro en la misma mujer.

Sin embargo, es indispensable recordar que el reflejo condicionado no es la única causa del dolor del parto normal y que en su aparición actúan otros fenómenos, para cuyo análisis debemos recordar que para que haya dolor, es imprescindible que concurren ciertas circunstancias: 1) Terminaciones nerviosas libres y específicas (corpúsculos de Pacini y Vaten; 2) Estímulo suficiente; 3) Umbral de percepción del dolor adecuado.

Antes de entrar a analizar si en el parto concurren estas condiciones, recordemos algunas premisas fisiológicas sobre el dolor. Llamamos Umbral de percepción del dolor al estímulo mínimo capaz de despertar la sensación dolorosa. Sabemos que este umbral es variable y que ciertos hechos como el cansancio, la emoción, el temor, bajan este umbral a sus límites extremos (hiperalgesia) y en cambio, la actividad cerebral eleva fuertemente este umbral.

Otra premisa que debe recordarse es la diversidad de los estímulos dolorosos; que pueden ser psíquicos (reflejo condicionado) o físicos (presión, pinchazos, quemadura, anoxia tisular, etc.).

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

Fuera de esto, existe en general una interacción entre estas circunstancias que las amplifican, adquiriendo a veces las características del círculo vicioso. Veamos brevemente lo que ocurre a una mujer de parto: en ella ya ha sido creado en forma suficiente el reflejo condicionado del dolor en la forma descrita anteriormente, es prevenida por el tocólogo durante su embarazo, que su parto se iniciará con dolores, quedando así predispuesta para que muchas de las contracciones del último mes sean estímulos psíquicos del dolor.

Cuando la embarazada llega al hospital en trabajo de parto, hasta el portero le pregunta por sus dolores; luego, el médico, para consolarla, le dice que lo que tiene son sólo los dolores del comienzo y que quedan muchos más y más fuertes antes que nazca su niño. Todas éstas son señales que refuerzan y reacondicionan el reflejo condicionado del dolor. Sumemos a esto a los quejidos de otras mujeres, la vista de paños llenos de sangre, la separación de su marido o familiares, el ambiente desconocido y hostil, la ignorancia de lo que le está pasando y le va a pasar, la incertidumbre del porvenir de su hijo, las horas largas que pasan sin que ella perciba avance en los acontecimientos, etc., y tendremos los factores de emoción, temor, cansancio, suficientes para bajar al máximo el umbral de percepción del dolor.

Como respuesta, la mujer reacciona con tensión muscular y contracción uterina, descargando una mayor presión sobre el cuello; cuando esta presión se exagera, además de reaccionar con dolor, el cuello reacciona con espasmo y por lo tanto, el útero se contrae con mayor fuerza para vencerlo; con lo que se agrega la mayor anoxia por el cierre más hermético de los vasos parietales de la matriz.

Se ha conseguido, entonces, que al reflejo condicionado y al bajo umbral de percepción dolorosa se sumen el aumento de intensidad de los estímulos dolorosos. Cuando a pesar de todo esto, el cuello logra dilatarse completamente, los estímulos se descargan íntegros sobre el canal blando y el periné, los cuales, al igual que el cuello,

responden con la contracción y el espasmo y se reproduce la cadena dolorosa de la dilatación¹⁵.

Debido a lo mencionado anteriormente Niels C. Beck, en una revisión crítica sobre “Preparación para el parto y la investigación contemporánea sobre la reducción del dolor, la ansiedad y el estrés”, menciona acerca que la aplicación de la psicoprofilaxis en la reducción del dolor y la ansiedad a la preparación del trabajo es válido y que el empleo de este conocimiento ayudará a desarrollar métodos más eficaces de tratamiento para el dolor, la ansiedad y el estrés¹⁶.

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Programa de Salud Materno Perinatal, introdujo una serie de intervenciones, entre las cuales tenemos “*Diez pasos para un parto seguro*”, en la que se incluyó a la psicoprofilaxis obstétrica. El MINSA, a partir del año 1995, considera dentro de sus lineamientos normativos a la preparación psicoprofiláctica para el parto como una actividad obligatoria en la atención a las gestantes de nuestro país¹.

No obstante, pese a la institucionalización de la psicoprofilaxis obstétrica por el MINSA y a su comprobada eficacia señalada por las investigaciones, aún existe una escasa cobertura a nivel nacional, ya que según las estadísticas del MINSA entre el año 2005-2008 las gestantes preparadas con Psicoprofilaxis han sido una constante del 10% en promedio teniendo en cuenta a las mujeres controladas; es decir que de las mujeres controladas en estos años solo el 10% han terminado el programa de Psicoprofilaxis¹⁷.

A este problema se suma también la inadecuada implementación de este servicio en los hospitales y centros maternos así como el ejercicio de la misma con procedimientos que carece de competencia profesional en psicoprofilaxis.

En la actualidad la Psicoprofilaxis obstétrica se ha convertido en un valioso método, mediante el cual los profesionales de Obstetricia educan e informan a la gestante sobre las diferentes etapas del trabajo de parto, asimismo enseñan diversos ejercicios que son prácticos para un parto satisfactorio y seguro. Del mismo modo diversas investigaciones nacionales e internacionales han demostrado su efectividad y su importante contribución en la disminución de la morbimortalidad materno-perinatal.

En el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica del INMP hay carencia de estudios científicos que demuestren los beneficios que se obtienen mediante estos talleres de Psicoprofilaxis obstétrica, por lo cual se ha visto conveniente el desarrollo de esta investigación puesto que nos permitirá conocer los resultados materno-perinatales de las pacientes que participaron del programa de psicoprofilaxis obstétrica, con la finalidad de aportar conocimientos relevantes y propios que servirán de sustento a los profesionales que trabajan en el Instituto, logrando, de esta manera, que se puedan sustentar o modificar, si fuera el caso, algunos aspectos de las sesiones educativas.

Asimismo, será fundamental conocer las conclusiones y las recomendaciones de este estudio pues servirán como antecedente científico para la elaboración de otras investigaciones dentro del servicio, los cuales en conjunto logren el mejoramiento y validación de una guía de psicoprofilaxis obstétrica, para la realidad poblacional de la institución.

Ante lo expuesto nos formulamos la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los resultados materno - perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en el INMP durante el año 2013?

Definición de términos:

Psicoprofilaxis Obstétrica: Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido/a, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar. Ministerio de Salud¹⁸.

Resultados Materno Perinatales: Consecuencias o efectos en la madre o del feto/recién nacido al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor, orientados a acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto¹⁸.

Objetivos:

Objetivo General.

- Comparar los resultados materno-perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el INMP durante el año 2013.

Objetivos Específicos.

- Identificar el tipo de inicio y el tipo de parto en las pacientes que participaron en seis y menos de tres sesiones del programa de psicoprofilaxis.
- Determinar las características del parto y la duración de los periodos en las pacientes de parto vaginal que participaron en seis y menos de tres sesiones del programa de psicoprofilaxis.
- Comparar las características del parto y la duración de los periodos en las pacientes de parto vaginal que participaron en seis y menos de tres sesiones del programa de psicoprofilaxis.
- Identificar los resultados perinatales de las pacientes que participaron en seis y menos de tres sesiones del programa de psicoprofilaxis.
- Comparar los resultados perinatales de las pacientes que participaron en seis y menos de tres sesiones del programa de psicoprofilaxis.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El estudio es de tipo observacional.

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño es descriptivo - comparativo, retrospectivo de corte transversal.

2.3 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por:

Puérperas que durante su gestación participó de las sesiones del Programa de Psicoprofilaxis en el INMP durante el año 2013.

2.4 MUESTRA DE ESTUDIO O TAMAÑO MUESTRAL

- ❖ **Unidad de Análisis:** Puérpera que durante su gestación participó de las sesiones del Programa de Psicoprofilaxis, culminó su gestación y se le hizo seguimiento en el servicio de hospitalización del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2013.
- ❖ **Tamaño Muestral:** Estuvo conformado por 399 puérperas, población que fue dividida en dos grupos: 264 que participaron de 6 sesiones de psicoprofilaxis y 135 que participaron en menos de 3 sesiones.
- ❖ **Tipo de muestreo:** Para la selección del grupo de estudio se aplicó un muestreo no probabilístico por conveniencia, ya que para su selección tomo en cuenta los criterios de inclusión del estudio.
- ❖ **Criterios de inclusión**
 - Ficha de seguimiento de la puérpera que participó en 6 sesiones educativas del Programa de Psicoprofilaxis en el INMP durante el año 2013.
 - Ficha de seguimiento de puérpera con una edad mayor a 18 años
 - Ficha de seguimiento de la puérpera que participó en menos de 3 sesiones educativas del Programa de Psicoprofilaxis en el INMP durante el año 2013.
 - Ficha de seguimiento de puérpera de parto vaginal o cesárea.
 - Ficha de seguimiento con información completa.

❖ **Criterios de exclusión**

- Ficha de seguimiento de la puérpera que participó en 3, 4 y 5 sesiones educativas del Programa de Psicoprofilaxis en el INMP durante el año 2013.
- Ficha de seguimiento de puérpera con una edad menor a 18 años.
- Ficha de seguimiento de puérperas que hayan tenido embarazo múltiple.
- Ficha de seguimiento de puérperas con Incompatibilidad céfalo pélvica.
- Ficha de seguimiento de puérpera que haya tenido alguna patología obstétrica durante el embarazo (placenta previa, preeclampsia, entre otras).

2.5 DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Listado de variables:

Resultados Maternos

- Tipo de parto.
- Inicio de parto.
- Uso de algesia epidural.
- Duración del periodo de dilatación.
- Duración del periodo expulsivo.
- Duración del periodo de alumbramiento.
- Lesión perineal.
- Complicaciones durante el trabajo de parto.

Resultados Perinatales

- Talla.
- Peso.
- Puntuación de Apgar.
- Contacto piel a piel.

2.6 TECNICAS E INSTRUMENTOS

La técnica utilizada fue documental y el instrumento ha sido una ficha de recolección de datos (Ver Anexo N° I), el cual estuvo estructurado tomando como base la ficha de seguimiento utilizado por el Servicio de Psicoprofilaxis del INMP (Ver Anexo N° II). Esta ficha estuvo dividida en 5 partes, la primera parte brinda información sobre características sociodemográficas de la puérpera, la segunda sobre las características obstétricas, la tercera sobre los datos de la participación al Programa de Psicoprofilaxis, la cuarta sobre los resultados maternos y la quinta parte sobre los resultados perinatales.

2.7 PLAN DE PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

- ❖ La recolección de los datos se inició luego de la aprobación del protocolo de investigación por la Facultad de Medicina San Fernando, mediante resolución emitida por el decanato. Esto sucedió luego de haber sido revisado exhaustivamente por parte del asesor designado por la EAP de Obstetricia y después de la evaluación del comité de ética e investigación de esta institución.
- ❖ Seguidamente se procedió a solicitar los permisos correspondientes en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica del INMP, los cuales permitieron el acceso a las fichas de seguimiento realizadas a todas las puérperas durante el año 2013.
- ❖ Posteriormente se inició a transcribir todos los datos en la ficha de recolección elaborada para el presente estudio, los cuales me permitieron cumplir con los objetivos planteados.
- ❖ Finalmente se folió cada ficha de recolección para ser ingresados en una base de datos.

Para el análisis y procesamiento de los datos, cada ficha fue registrada en una base de datos, para lo cual se usó el paquete estadístico IBM Statistics SPSS versión 20.0. Se analizó cada variable según sus características, para las variables cuantitativas se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión. Para las variables cualitativas se determinaron frecuencias absolutas y porcentajes.

Para poder identificar si hubo alguna diferencia entre los resultados de las gestantes que acudieron de una a tres sesiones entre las que acudieron a las 6 sesiones se estimó el valor de significancia (χ^2).

Además los resultados fueron presentados en tablas simples y de doble entrada para su mejor comprensión y análisis estadístico.

2.8 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio por ser observacional, de tipo descriptivo no tuvo consecuencias en las gestantes, pues no hubo contacto directo con ellas, ya que la información fue recolectada de las fichas de seguimiento realizadas por el Servicio de Psicoprofilaxis durante el año 2013. Además en todo momento se guardó la confidencialidad de la ficha del participante, por lo que no se registraron nombres y apellidos de cada una de las pacientes, sino que se asignó un número ID (código de confidencialidad).

III. RESULTADOS

La presente investigación tiene como finalidad comparar los resultados materno-perinatales de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica atendidas en el INMP durante el año 2013, para lo cual se tomó a dos grupos: pacientes que participaron de seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (n=264) y pacientes que participaron menos de tres sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (n=135). Antes de mostrar los resultados, se iniciará con la descripción de las características generales a las pacientes, para luego comparar los resultados materno - perinatales de cada grupo de estudio.

Tabla N°1: Perfil sociodemográfico del total de las pacientes que participaron del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el Año 2013.

| Perfil sociodemográfico | Promedio \pm DS (Mín. - Máx.) | |
|--------------------------------------|---------------------------------|-------------|
| Edad | 27.29 \pm 5.62 (19 - 46) | |
| | N | % |
| < 35 años | 356 | 89.2% |
| >= 35 años | 43 | 10.8% |
| Estado Civil | | |
| Soltera | 60 | 15.0% |
| Conviviente | 267 | 66.9% |
| Casada | 72 | 18% |
| Lugar de Procedencia | | |
| San Juan de Lurigancho | 139 | 34.8% |
| La Victoria | 34 | 8.5% |
| El agustino | 25 | 6.3% |
| Otros | 201 | 50.4% |
| Grado de Instrucción | | |
| Primaria | 2 | 0.5% |
| Secundaria | 262 | 65.7% |
| Superior Técnico | 105 | 26.3% |
| Superior Universitario | 30 | 7.5% |
| Número de Sesiones Educativas | | |
| < 3 Sesiones | 135 | 33.8% |
| 6 Sesiones | 264 | 66.2% |
| Total | 399 | 100% |

El perfil sociodemográfico de las pacientes que participaron del programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica fue de edad promedio 27.29 años, siendo el 89.2% pacientes menores de 35 años. La mayoría procede de San Juan de Lurigancho (34.8%) y de La Victoria en un 8.5%. El 66.9% de las pacientes es conviviente y el 18%, presenta la

soltería como estado civil. Respecto al grado de instrucción, el 65.7% de las participantes tuvo grado de instrucción secundaria y el 26.3% superior técnico. Al respecto del número de sesiones, el 66.2% de las participantes asistió a seis sesiones y el 33.8% asistió a menos de tres sesiones de psicoprofilaxis (Ver Tabla N°1).

Tabla N°2: Comparación del perfil sociodemográfico de las pacientes que participaron de las seis sesiones y menos de tres sesiones del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el Año 2013.

| Perfil sociodemográfico | Participación al programa de Psicoprofilaxis | | | |
|-----------------------------|--|-------------|---------------------------------|-------------|
| | 6 Sesiones | | < 3 Sesiones | |
| | Promedio \pm DS (Mín. - Máx.) | | Promedio \pm DS (Mín. - Máx.) | |
| Edad | 27.21 \pm 5.62 (19 - 46) | | 27.45 \pm 5.62 (20 - 39) | |
| | N | % | N | % |
| < 35 años | 234 | 88.6% | 122 | 90.4% |
| \geq 35 años | 30 | 11.4% | 13 | 9.6% |
| Estado Civil | | | | |
| Soltera | 39 | 14.8% | 21 | 15.6% |
| Conviviente | 174 | 65.9% | 93 | 68.8% |
| Casada | 51 | 19.3% | 21 | 15.6% |
| Lugar de Procedencia | | | | |
| San Juan de Lurigancho | 101 | 38.3% | 38 | 28.1% |
| La Victoria | 17 | 6.4% | 17 | 12.6% |
| El Agustino | 17 | 6.4% | 8 | 5.9% |
| Otros | 129 | 48.9% | 72 | 53.3% |
| Grado de Instrucción | | | | |
| Primaria | 2 | 0.8% | 0 | 0% |
| Secundaria | 166 | 62.9% | 96 | 72.1% |
| Superior Técnico | 79 | 29.9% | 26 | 20.3% |
| Superior Universitario | 17 | 6.4% | 12 | 7.6% |
| Total | 264 | 100% | 135 | 100% |

En la tabla N°2 se compara el perfil sociodemográfico de las pacientes que han tenido seis sesiones de psicoprofilaxis y las pacientes que han tenido menos de tres sesiones observándose lo siguiente: La edad promedio de las pacientes con seis sesiones de psicoprofilaxis fue 27.21 ± 5.62 años similar a la edad promedio de las pacientes con menos de tres sesiones 27.45 ± 5.62 años. El 88.6% de las participantes del grupo con 6 sesiones educativas tuvo menos de 35 años de edad al igual que el 90.4% de las participantes con menos de 3 sesiones. La mayoría de las pacientes que participaron de 6 sesiones y menos de 3 sesiones fue conviviente (65.9% y 68.8% respectivamente). En cuanto al grado de instrucción, el 62.9% de las pacientes que

participaron de seis sesiones alcanzó un nivel secundario y el 29.9% superior técnico comparado con las pacientes que participaron en menos de tres sesiones, donde el 72.1% alcanzó un nivel secundario y el 20.3% superior técnico. El lugar de procedencia con mayor porcentaje en las pacientes con seis y menos de tres sesiones de psicoprofilaxis fue San Juan de Lurigancho (38.3% y 28.1% respectivamente).

Tabla N°3: Comparación de las características obstétricas de las pacientes que participaron de las seis y menos de tres sesiones del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el Año 2013.

| Características Obstétricas | Participación al programa de Psicoprofilaxis | | | | p |
|-----------------------------|--|-------------|--------------|------------|-------|
| | 6 Sesiones | | < 3 Sesiones | | |
| | N | % | N | % | |
| Paridad | | | | | |
| Primípara | 165 | 62.5% | 87 | 64.4% | 0.907 |
| Segundíparas | 81 | 30.7% | 40 | 29.7% | |
| Múltipara | 18 | 6.8% | 8 | 5.9% | |
| Número de CPN | | | | | |
| < 6 Controles | 73 | 27.7% | 59 | 43.7% | 0.001 |
| >= 6 Controles | 191 | 72.3% | 76 | 56.3% | |
| Riesgo Obstétrico | | | | | |
| Bajo | 179 | 67.8% | 91 | 67.4% | 0.936 |
| Alto | 85 | 32.2% | 44 | 32.6% | |
| Edad Gestacional | | | | | |
| < 37 semanas | 7 | 2.7% | 8 | 5.9% | 0.020 |
| 37-41 semanas | 232 | 87.9% | 123 | 91.1% | |
| >= 42 semanas | 25 | 9.5% | 4 | 3% | |
| Total | 264 | 100% | 135 | 100 | |

Las pacientes que participaron de 6 sesiones de psicoprofilaxis fueron primíparas en un 62.5% y segundíparas en un 30.7%, similar a las pacientes con menos de 3 sesiones, en el cual las primíparas fueron en un 64.4% y las segundíparas en un 29.7%. El número de controles prenatales a los que asistieron las pacientes con 6 sesiones de psicoprofilaxis, fueron de 6 a más controles en un 72.3% y un 27.7% asistió a menos de 6 controles, mientras que en las pacientes con menos de 3 sesiones, el 56.3% asistió a más de 6 controles y el 43.7% a menos de 6 controles. En las pacientes con seis sesiones de psicoprofilaxis, el 67.8% fue "Bajo" riesgo obstétrico al igual que el 67.4% de las pacientes con menos de tres sesiones. El 87.9% de las pacientes que participaron de 6 sesiones de psicoprofilaxis tuvieron una edad gestacional al momento del parto de 37 a 41 semanas similar a aquellas que solo participaron en menos de 3 sesiones donde fue el 91.1%. (Ver Tabla N°3).

Tabla N°4: Comparación de las características del parto de las pacientes que participaron de las seis y menos de tres sesiones del programa educativo de psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el Año 2013.

| Características del Parto | Participación al programa de psicoprofilaxis | | | | p |
|-----------------------------------|--|-------------|--------------|------------|-------|
| | 6 Sesiones | | < 3 Sesiones | | |
| | N | % | N | % | |
| Tipo de parto | | | | | |
| Vaginal | 190 | 72% | 106 | 78.5% | 0.157 |
| Cesárea | 74 | 28% | 29 | 21.5% | |
| Inicio de Trabajo de Parto | | | | | |
| Espontaneo | 187 | 70.8% | 87 | 64.4% | 0.611 |
| Acentuado | 22 | 8.3% | 15 | 11.2% | |
| Inducido | 14 | 5.3% | 8 | 5.9% | |
| Programación de Cesárea | 41 | 15,5% | 25 | 18.5% | |
| Total | 264 | 100% | 135 | 100 | |

Al respecto de las características del parto: El 72.0% de las pacientes que participaron de seis sesiones de psicoprofilaxis y el 78.5% con menos de tres sesiones, tuvieron un parto vaginal, mientras que en el 28% de las pacientes con 6 sesiones y el 21.5% de las pacientes con menos de tres sesiones, su parto culminó por cesárea. La mayor proporción de pacientes con seis y menos de tres sesiones de psicoprofilaxis tuvieron un inicio de trabajo de parto espontáneo (70.8% y 64.4% respectivamente), seguido por el acentuado (8.3% con 6 sesiones y 11.2% con menos de 3 sesiones). (Ver Tabla N°4).

Tabla N°5: Comparación de las características del parto vaginal las pacientes que participaron de las seis y menos de tres sesiones del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el Año 2013

| Características del parto Vaginal | Participación al programa de Psicoprofilaxis | | | | P |
|-----------------------------------|--|-------------|--------------|-------------|--------|
| | 6 Sesiones | | < 3 Sesiones | | |
| | N | % | N | % | |
| Parto con Acompañante | | | | | |
| Sí | 144 | 75.8% | 33 | 31.1% | <0.001 |
| No | 46 | 24.2% | 73 | 68.9% | |
| Episiotomía o desgarro | | | | | |
| No | 33 | 19.7% | 23 | 19.2% | 0.449 |
| Episiotomía | 112 | 58.5% | 62 | 58.9 % | |
| Desgarro | 31 | 14.4% | 16 | 17.2% | |
| Episiotomía + desgarro | 14 | 7.4% | 5 | 4.7% | |
| Aplicó analgesia | | | | | |
| Si | 48 | 25.3% | 17 | 16% | 0.066 |
| No | 142 | 74.7% | 89 | 84% | |
| Total | 190 | 100% | 106 | 100% | |

Tomando en cuenta solo a las pacientes que tuvieron parto vaginal, el 75.8% de las pacientes que participaron de las seis sesiones de psicoprofilaxis “Si” ha presentado parto con acompañante, en cambio el 68.9% de las pacientes con menos de tres sesiones “No” ha presentado parto con acompañante. La mayoría de las participantes de seis sesiones de psicoprofilaxis (58.9%) y menos de tres sesiones (58.5%) se les realizó episiotomía; el 14.4% de pacientes del grupo de seis sesiones y el 17.2% de pacientes del grupo de menos de tres sesiones presentaron desgarro vaginal; al 7.4% de las pacientes con seis sesiones y al 4.7% de las pacientes con menos de tres sesiones, se les realizó episiotomía y además presentaron desgarro. Por otro lado, la analgesia epidural fue aplicada al 25.3% y 16% de las pacientes que participaron de seis sesiones y menos de tres sesiones respectivamente (Ver Tabla N° 5).

Tabla N°6: Comparación de duración de los periodos del trabajo de parto de las pacientes que participaron de las seis y menos de tres sesiones del programa educativo de psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el Año 2013

| Duración de los periodos del trabajo de parto. | Grupo de estudio | | P |
|--|-----------------------------|-----------------------------|-------|
| | 6 Sesiones | < 3 Sesiones | |
| | Promedio ± DS (Mín. - Máx.) | Promedio ± DS (Mín. - Máx.) | |
| Duración del periodo de dilatación | 8.21 ± 3.38 (2.08 - 15.4) | 8.53 ± 4.00 (2.08 - 15.4) | 0.485 |
| Duración del periodo del expulsivo | 0.24 ± 0.19 (0.03 - 1.03) | 0.22 ± 0.10 (0.12 - 0.52) | 0.286 |
| Duración del periodo de alumbramiento | 0.10 ± 0.43 (0.06 - 0.25) | 0.11 ± 0.05 (0.08 - 0.25) | 0.009 |
| Duración total del parto | 8.75 ± 3.74 (3.25 - 29.12) | 8.5 ± 3.32 (2.03 - 15.65) | 0.570 |

La duración promedio del primer periodo del parto en el grupo de pacientes con 6 sesiones de psicoprofilaxis fue 8.21 ± 3.38 horas similar a la del grupo de pacientes con menos de 3 sesiones 8.53 ± 4.0 horas. La duración promedio del segundo periodo de parto en aquellas pacientes que participaron de 6 sesiones de psicoprofilaxis fue relativamente mayor (0.24 ± 0.19 horas) comparado con el grupo de menos de 3 sesiones (0.22 ± 0.10 horas). La duración promedio del tercer periodo de parto en las participantes con 6 sesiones fue menor (0.10 ± 0.43 horas) que las participantes con menos de 3 sesiones (0.11 ± 0.05 horas). En general, la duración del parto promedio en las pacientes que tuvieron seis sesiones de psicoprofilaxis (8.75 ± 3.74 horas) fue similar a aquellas que asistieron a menos de tres sesiones (8.5 ± 3.32 horas). (Ver Tabla N°6)

Tabla N°7: Comparación de los resultados del recién nacido en las pacientes que participaron de las seis y menos de tres sesiones del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el Año 2013

| Resultados del recién nacido | Participación al programa de Psicoprofilaxis | | | | p |
|--|--|-------------|--------------|-------------|-------|
| | 6 Sesiones | | < 3 Sesiones | | |
| | N | % | N | % | |
| Peso | | | | | |
| < 2500 gr | 6 | 2.3% | 0 | 0% | 0.197 |
| 2500 gr a 3999 | 245 | 92.8% | 127 | 94.1% | |
| ≥ 4000 gr | 13 | 4.9% | 8 | 5.9% | |
| Talla | | | | | |
| < 45 cm | 3 | 1.1% | 0 | 0% | 0.223 |
| 45-49.5 cm | 87 | 33% | 37 | 27.4% | |
| 49.6-55 cm | 174 | 65.9% | 98 | 72.6% | |
| Apgar al minuto del recién nacido | | | | | |
| 0-3 | 2 | 0.8% | 0 | 0% | 0.014 |
| 4-6 | 7 | 2.7% | 12 | 8.9% | |
| 7-10 | 255 | 96.6% | 123 | 91.1% | |
| Apgar a los cinco minutos del recién nacido | | | | | |
| 0-3 | 0 | 0% | 0 | 0% | 0.474 |
| 4-6 | 2 | 0.8% | 1 | 0.7% | |
| 7-10 | 262 | 99.2% | 134 | 99.3% | |
| Contacto piel a piel del recién nacido | | | | | |
| Sí | 192 | 72.7% | 90 | 66.7% | 0.200 |
| No | 72 | 27.3% | 45 | 33.3% | |
| Total | 264 | 100% | 135 | 100% | |

El resultado de peso del recién nacido fue similar en ambas participantes entre 2500 gr. a 3999 gr. (seis sesiones: 92.8% y menos de tres sesiones: 94.1%). El peso del recién nacido ≥ 4000 gr. se observó ligeramente disminuido en el grupo de pacientes

con seis sesiones (4.9%) respecto al grupo de pacientes con menos de 3 sesiones (5.9%). La talla del recién nacido en ambos grupos se encontró entre 49.6-55 cm (6 sesiones: 65.9cm y menos de tres sesiones: 72.6%). El Apgar al minuto tuvo un puntaje de 7 a 10 en el 96.6% de los recién nacidos de pacientes que participaron de las 6 sesiones de psicoprofilaxis y en el 91.1% de los recién nacidos en aquellas que tuvieron menos de 3 sesiones; no obstante el 2.7% de los recién nacidos de pacientes con 6 sesiones y el 8.9% de los recién nacidos de pacientes con menos de 3 sesiones en psicoprofilaxis tuvieron un Apgar de 4 a 6. El mayor porcentaje de pacientes con 6 sesiones educativas (72.7 %) y con menos de 3 sesiones (66.7%) tuvo contacto piel a piel con los recién nacidos, sin embargo el 27.3% y 33.3% del primer y segundo grupo respectivamente no tuvo contacto piel a piel (Ver Tabla N°7).

Tabla N°8: Comparación de los resultados del recién nacido promedio en las pacientes que participaron de las seis y menos de tres sesiones del programa educativo de Psicoprofilaxis Obstétrica en el INMP durante el Año 2013

| Resultados Perinatales | Grupo de estudio | | p |
|---|------------------------------|------------------------------|-------|
| | 6 Sesiones | < 3 Sesiones | |
| | Promedio ± DS (Mín. - Máx.) | Promedio ± DS (Mín. - Máx.) | |
| Peso del recién nacido | 3395.1 ± 397.5 (2158 - 4466) | 3436.9 ± 349.1 (2538 - 4208) | 0.302 |
| Talla del recién nacido | 49.9 ± 2.02 (40 - 56.6) | 50.1 ± 1.4 (46 - 53) | 0.405 |
| Apgar al minuto del recién nacido | 8.23 ± 0.88 (2 - 9) | 8.24 ± 1.06 (4 - 9) | 0.923 |
| Apgar a los cinco minutos del recién nacido | 8.91 ± 0.39 (5 -10) | 8.8 ± 0.32 (8 - 10) | 0.426 |

El peso promedio de los recién nacidos de las pacientes que asistieron a seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica fue 3395.1 ± 397.5 gramos similar al peso promedio de los recién nacidos de aquellas pacientes que asistieron a menos de tres sesiones (3436.9 ± 349.1) gramos. La talla promedio de los recién nacidos del grupo de pacientes con seis sesiones fue (49.9 ± 1.93 cm) similar a la talla promedio de los recién nacido del grupo de pacientes con menos de tres sesiones (50.1 ± 1.4 cm) (Ver Tabla N°8).

IV. DISCUSIONES

Antes de discutir los resultados materno perinatales del estudio, se caracterizará a la población estudiada y se comparará algunos de sus aspectos sociodemográficos y obstétricos con los observados por otros autores en estudios similares al nuestro.

Respecto a la edad, en el presente trabajo, el 89.2% de las pacientes que participaron del programa de psicoprofilaxis obstétrica tenía menos de 35 años, además la edad promedio de las gestantes que participaron en las 6 sesiones fue 27.21 años, edad similar a las que participaron en menos de 3 sesiones (27.45 años); esta población tiene una edad promedio poco mayor a lo encontrado en el estudio de Reyes⁴, donde el promedio de edad de las gestantes que acudieron a Psicoprofilaxis obstétrica fue 23 años; sin embargo en el estudio de Martínez⁸, se puede observar una población más adulta, incluso mayor a la observada en el presente estudio, pues la edad media de las mujeres que asistieron al programa de educación materna fue 30.71 años.

Cotidianamente se puede observar que las personas con un nivel de instrucción mayor son las que pueden discernir mejor ante ciertas circunstancias. En este estudio se pudo evidenciar que las pacientes que completaron las sesiones de psicoprofilaxis (6 sesiones) tenían un mayor grado de instrucción superior 36.4% (técnico y universitario) comparado con las que asistieron a menos de 3 sesiones (técnico y universitario: 27.9%). Dichos resultados son similares a lo encontrado por Reyes⁴, donde el 20% de las gestantes con Psicoprofilaxis tenían educación superior completa, mientras que en el grupo de las que no participaron, solo un 11% de gestantes tenían educación superior, por lo que se puede observar que existe un mayor porcentaje de pacientes con mayor grado de instrucción en aquellas que participan de todas las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

Respecto a la paridad, las pacientes que participaron de las seis sesiones del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica eran primíparas en su mayoría (62.5%) y eran multíparas solo en una menor cantidad (6.8%); porcentajes similares se encontraron en el grupo de gestantes que participaron en menos de 3 sesiones, donde eran primíparas en un 64.4% y multíparas en un 5.9%, por tanto no hubo diferencias en cuanto a las paridad en ambos grupos y hasta podría referirse que no es una peculiaridad para determinar si asisten o no al programa de psicoprofilaxis. Estos resultados concuerdan con lo hallado por Valle⁶ en su estudio, donde las pacientes nulíparas eran el 76,47%, las primíparas eran el 17,65% y multíparas solo el 5,88%.

En cuanto al número de atenciones prenatales se encontró que la mayoría de las pacientes que participaron de las seis sesiones del programa de psicoprofilaxis obstétrica, asistieron a más de 6 controles prenatales (72.3%), mientras que solo un 56.3% de las que participaron en menos de tres sesiones tuvo más de 6 controles prenatales siendo estos porcentajes significativos ($p=0.001$). Dichos resultados se asemejan a lo encontrado por Valle⁶ quien menciona que el 100% de las gestantes que participaron de psicoprofilaxis obstétrica tenía más de 6 controles prenatales, así como Reyes⁴ quien nos dice que existe 3 veces más posibilidades de que la gestante acuda de ocho a más controles prenatales cuando lleva psicoprofilaxis obstétrica, que cuando no lo lleva.

En este estudio se pudo observar que la duración del periodo de dilatación fue similar tanto en las pacientes que participaron de 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y en menos de 3 (8.21 y 8.53 horas respectivamente), lo cual contrasta con los hallazgos de Reyes⁴, quien menciona, que el tiempo de dilatación promedio en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica fue en promedio de 6 horas 50 minutos y en las gestantes sin preparación psicoprofiláctica fue de 7 horas 38 minutos; así también difiere con Molina y col¹⁹, quienes encontraron que en el grupo con educación materna, el periodo de dilatación fue menor que en el grupo sin educación.

La duración del periodo expulsivo en aquellas pacientes que participaron de las 6 sesiones de psicoprofilaxis, fue mayor (0.24 horas) comparado con las pacientes que participaron en menos de 3 sesiones de dicho programa educativo (0.22 horas), esto difiere con los estudios realizados por Reyes⁴ y Valle⁶ quienes encontraron que el tiempo de expulsivo promedio en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica fue menor que en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica. Nuestros resultados podrían estar relacionados con el uso de la analgesia epidural, ya que de las pacientes que llevaron 6 sesiones de psicoprofilaxis fueron aplicadas al 25.3% y de las pacientes que llevaron menos de 3 sesiones solo al 16% le fueron aplicados; sabiendo que el uso de analgesia epidural puede prolongar el periodo expulsivo. En cuanto al periodo de alumbramiento o tercer periodo del parto, en esta investigación las participantes que asistieron a las seis sesiones de psicoprofilaxis (0.10 horas) tuvieron una duración promedio del periodo de alumbramiento menor al de las participantes que asistieron a menos de 3 sesiones (0.11 horas), mientras que en el estudio de Valle⁶, el 58,8% de pacientes preparadas psicoprofilácticamente tuvo un periodo de alumbramiento de 6 a 15 minutos y el 29,41% menor a 5 minutos.

En general nuestro estudio muestra que la duración promedio del trabajo de parto en el grupo con seis sesiones (8.75 horas) fue similar a la duración promedio del grupo con menos de tres sesiones (8.5 horas), muy parecido a lo encontrado por Chable²⁰, cuyo tiempo de trabajo de parto promedio en las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica fue 11.49 horas y en las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica fue 10.19 horas, no existiendo una diferencia estadísticamente significativa en la duración del trabajo de parto, en cambio en la investigación de Abbul⁷, el 94.6% de las gestantes que asistieron a la preparación psicoprofiláctica tuvieron una duración normal (12 horas) y la proporción de la duración en las pacientes que no tuvieron preparación fue significativamente superior ($p < 0.05$).

En este estudio se observó que a la mayoría de las usuarias de ambos grupos se les realizó episiotomía, esto puede deberse a que la mayoría de gestantes fueron primigestas y en el INMP está protocolizado el uso de episiotomía en dichas pacientes; sin embargo, en las participantes con 6 sesiones de psicoprofilaxis se presentaron menores casos de episiotomía (58.5%) que en las pacientes con menos de 3 sesiones (58.9%). Además respecto a los desgarros vaginales, hubo mayores casos en quienes tuvieron menos de 3 sesiones comparadas con las que concluyeron sus 6 sesiones de psicoprofilaxis (17.2% y 14.4% respectivamente), sin embargo estas diferencias no fueron significativas ($p = 0.449$), lo cual es semejante a lo encontrado por Martínez⁸ quien evidenció que no hubo una asociación entre la presencia de lesión perineal asociada al parto en pacientes que llevaron o no la psicoprofilaxis obstétrica.

La psicoprofilaxis obstétrica presenta una serie de ventajas para la madre, tales como disminuir el riesgo de un parto por cesárea y parto instrumentado. Sin embargo en la presente investigación, el 72% de las pacientes que completaron las sesiones de psicoprofilaxis (seis sesiones) y el 78.5% de las pacientes que participaron en menos de tres sesiones tuvieron un parto vaginal, mientras que las cesáreas se presentaron en el 28% de las pacientes del grupo con seis sesiones y en el 21.5% de las pacientes con menos de tres sesiones, pudiendo observar, que la participación en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica no estuvieron relacionadas al tipo de parto, porque en ambos grupos se encontraron porcentajes similares de partos vaginales y por cesárea; estos resultados coinciden con algunos estudios como el de Chable²⁰ y Martínez⁸, donde no hubo una asociación estadísticamente significativa entre la realización de educación materna con el tipo de parto, es decir no se puede afirmar una asociación entre haber recibido el curso y una menor frecuencia de cesáreas, lo cual difiere a la investigación de Abbul⁷, quien observó que casi el total de las gestantes que

participaron de psicoprofilaxis tuvieron parto vaginal (91.9%), mientras que solo el 78.2% del grupo que no participaron tuvo un parto vaginal, considerando que existe asociación entre el tipo de parto y la participación en psicoprofilaxis ($p < 0.05$); resultados similares fueron obtenidos en el estudio de Oyuela ⁵, donde el parto normal se presentó en el 65% y 50.5% de las participantes y no participantes del programa de psicoprofilaxis respectivamente ($p < 0.02$).

Por otra parte, la psicoprofilaxis obstétrica ayuda a evitar riesgos perinatales como sufrimiento fetal, síndrome de distrés respiratorio, apnea y apgar disminuido, en este último, se ha visto que una de las ventajas que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica es un mejor puntaje de apgar en el recién nacido. La mayoría de neonatos de las pacientes con seis (96.6%) y con menos de tres sesiones de psicoprofilaxis (91.1%) tuvieron un puntaje de apgar al minuto de 7 a 10, no obstante el 2.7% de los recién nacidos del primer grupo y el 8.9% del segundo tuvieron un apgar de 4 a 6, siendo estos valores estadísticamente significativos. En el apgar a los cinco minutos, los porcentajes fueron similares tanto para el primer grupo (99.2%) como para el segundo (99.3%), alcanzando un puntaje de 7 a 10. En la investigación de Abbul ⁷, el 97.3% de los casos tuvieron un puntaje de Apgar superior y en los controles (sin psicoprofilaxis) alcanzó solo el 91.3%, por lo que estos resultados no fueron significativos, al igual que lo encontrado por Reyes⁴, ya que observó que no existe asociación entre la puntuación del apgar y la psicoprofilaxis obstétrica.

Dentro de los resultados perinatales, el peso promedio de los recién nacidos en las pacientes que llevaron 6 sesiones de psicoprofilaxis fue 3395.1 gramos similar al peso promedio de quienes participaron en menos de 3 sesiones (3436.9 gramos) ($p = 0.302$). En las sesiones de psicoprofilaxis se desarrollan temas de nutrición, con el objetivo de promover estilos de vida saludables para evitar la excesiva y baja ganancia de peso durante la gestación y por consiguiente en el feto. Los resultados observados coinciden con los señalado por Valle ⁶ quien encontró que los recién nacidos de las pacientes con psicoprofilaxis tuvieron de 3000 a 3500 gramos en un 52,94% y 3600 a 4000 gramos en un 41,18%; además Martínez⁸ evidenció una relación positiva entre la preparación psicoprofiláctica con el peso del recién nacido.

V. CONCLUSIONES

- 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 ($p=0.014$).

VI. RECOMENDACIONES

- Las conclusiones se podrían utilizar como base para futuras investigaciones, permitiendo la realización de estudios cuasi experimentales enfocados en la relación significativa hallada entre las variables estudiadas y la participación de las pacientes en las sesiones educativas del servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Se podría mejorar la ficha de seguimiento de las participantes en las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, incluyendo una escala que cuantifique la percepción del dolor por parte de las gestantes durante el trabajo de parto, como por ejemplo la escala análoga visual del dolor.
- Sería conveniente realizar el seguimiento a las gestantes que participaron de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto para obtener datos más exactos y verídicos sobre el tiempo de duración de cada una de las etapas y si la instrucción recibida en las sesiones de psicoprofilaxis sirvió para el desenvolvimiento de la gestante.
- Para poder cumplir con la recomendación anterior, se sugiere capacitar al personal de obstetricia que labora en centro obstétrico (obstetricas e internos de obstetricia) para el llenado correcto de la ficha con el fin de evitar algún tipo de sesgo en el llenado de éstas.
- Se podría dar mayor importancia al desarrollo de Psicoprofilaxis Obstétrica de Emergencia orientada hacia las pacientes que no llevaron el programa, que no cumplieron con el total de sesiones o para reforzar los conocimientos de aquellas pacientes que sí culminaron el programa.
- Se recomienda mejorar las clases prácticas de gimnasia obstétrica con una metodología didáctica, de manera que las participantes logren una adecuada comprensión.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Villar R. Factores asociados al uso de psicoprofilaxis obstétrica en puérperas en el cono sur de lima – 2005. Rev. Per Obst. Enf. 2007; 3(2).
2. Aguayo C, Angulo A. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del Hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008. Año 2008.
3. Merino V., Jiménez F., Sánchez G. Efectividad de la psicoprofilaxis obstétrica: Una experiencia en la provincia y ciudad de Zamora. Año 1992.
4. Reyes L. Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero-Diciembre 2002. Año 2004.
5. Oyuela J, Hernández R. Psicoprofilaxis e índice de cesáreas. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Soc 2010; 48 (4): 439-442.
6. Valle V, Saravia D, Calderón D. Programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante. Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Tacna Diciembre 2005 a Febrero del 2006 [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. Facultad de Obstetricia; 2006.
7. Abull A, Páez G, Barcaz E. Impacto de la preparación psicoprofiláctica para el parto en indicadores materno infantiles en Manatí en el 2004. Revista de Ciencias 2005.
8. Martínez J. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el recién nacido [Tesis]. España: Universidad de Granada. Facultad de Medicina; 2012.
9. Tratado de Obstetricia normal y patológica. Autor: Andrés Mongrut Steane. Quinta Edición.
10. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal-MINSA 2013.
11. Vidal P, Santiago A. Factores asociados a la participación activa en sala de partos de la parturienta con psicoprofilaxis obstétrica. [Tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina; 2004.
12. Psicoprofilaxis Obstétrica, módulos de captación. Ministerio de Salud.
13. Solis H, Morales S. Obstetric Psychoprophylaxis impact on reducing morbidity and mortality maternal and perinatal. Rev. Horiz Med. 2012 Abril - Junio; 12 (2): 49-52.
14. Fernández Y. Preparación psicofísica de la embarazada como prevención de los trastornos del neurodesarrollo y las necesidades educativas especiales: una

- urgencia del siglo XXI. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales Número 26. 2007 Mayo; 7 (2): 75-90.
15. Farai E. Método Psicoprofiláctico del Parto sin Dolor.
 16. Beck N, Siegel L. Preparation for Childbirth and Contemporary Research on Pain, Anxiety, and Stress Reduction: A Review and Critique. Psychosom Med. 1980 Jul; 42 (4):429-47.
 17. Ministerio de Salud. Atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de salud 2005-2008. Perú: Minsa, 2008.
 18. Guía Técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Año 2011. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>.
 19. Molina M, Martínez A, Martínez F, Gutiérrez E, Sáez R, Escribano P. Impacto de la educación maternal: vivencia subjetiva materna y evolución del parto. España. 1995.
 20. Chable G. García K. Ventajas de la psicoprofilaxis perinatal. Rev Sanid Milit Mex. May 2013; 67(3): 106-114.
 21. OMS. ODM 4: reducir la mortalidad infantil. Visitada en Enero del 2012. Disponible:http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html.
 22. Ministerio de salud. Definiciones operacionales y criterios de programación de los programas estratégicos: articulado nutricional y salud materna neonatal correspondiente a la estrategia sanitaria nacional de salud sexual y reproductiva. Visitada en Enero del 2012. Disponible: http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_normatividad.asp#
 23. Scott J, Rose N. Effect of psychoprophylaxis (Lamaze preparation) on labor and delivery in primíparas. N Engl J Med. 1976 May 27; 294(22): 1205-7.

VIII. ANEXOS

INDICE

| | | |
|------|---|----|
| I. | FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS..... | 39 |
| II. | FICHA DE SEGUIMIENTO DE PSICOPROFILAXIS DEL INMP..... | 40 |
| III. | OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES..... | 41 |
| IV. | SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA..... | 44 |

ANEXO I:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

“RESULTADOS MATERNO PERINATALES DE LAS PACIENTES QUE PARTICIPARON DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL INMP DURANTE EL AÑO 2013”

ID: _____

FECHA: ___/___/___

HORA: ___/___

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad: _____ años HCL: _____
2. Grado de instrucción: Sin instrucción Primaria Secundaria Superior Técnico
Universitario
3. Estado Civil: Soltera Casada Conviviente Divorciada/ Separada
Viuda
4. Lugar de Nacimiento: _____
5. Lugar de procedencia: _____

II. CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS

6. Fórmula Obstétrica: _____
7. Número CPN: _____
8. Edad gestacional al momento del parto: _____
9. Número de Controles Prenatales: _____
10. Riesgo Obstétrico: Alto (0) Bajo (1)

III. DATOS DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS

11. Lugar de Psicoprofilaxis: _____
12. N° de Sesiones: _____
13. Parto con acompañante: No (0) Si (1)
14. Que fue lo que más le agrado del Curso: _____

IV. RESULTADOS MATERNOS

15. Forma de ingreso al hospital: Estable (0) Inestable (1)
16. Fecha de parto: _____
17. Semana gestacional al momento del parto: _____ semanas
18. Tipo de parto: Vaginal (0) Cesárea (1)
19. Inicio de parto. Espontáneo (0) Acentuado (1) Inducido (0) Cesárea (1)
*Si fue Cesárea, Motivo de Cesárea: _____
20. Ha requerido analgesia epidural: No (0) Sí (1)
21. Duración periodo de dilatación: _____ minutos
22. Duración periodo de expulsivo: _____ minutos
23. Duración periodo de alumbramiento: _____ minutos
24. Complicaciones durante el trabajo de parto: _____
25. Lesión perineal, vaginal o de cérvix: No (0) Si (1)
26. Tipo de lesión perineal, vaginal o cervical: Episiotomía (0) Desgarro (1) Episiotomía + desgarro (2)

V. RESULTADOS PERINATALES

27. Sexo del Recién Nacido: Masculino (0) Femenino (1)
28. Peso del Recién Nacido: _____
29. Talla del recién nacido: _____
30. Puntuación del Apgar: _____
31. Contacto piel a piel: No (0) Si (1)



ANEXO II:
SERVICIO EDUCATIVO EN SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA
ÁREA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA-ADULTAS

FICHA DE SEGUIMIENTO

Fecha: _____ Servicio: _____
Obst. Responsable: _____ Cama: _____
HC.: _____
Código: _____

FILIACIÓN:

Nombre: _____ Edad: _____
Lugar de Nacimiento: _____ Grado de Instrucción: _____
Estado Civil: _____ Distrito: _____
Dirección: _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

Menarquia: _____ años. R.C. _____ IRS _____ N° PS _____ FUR _____
FPP _____ EG _____ semanas G_ P _____ FUP _____
P: _____ Riesgo Obstétrico: Bajo _____ Alto _____

EMBARAZO ACTUAL:

Evolución del embarazo _____ Normal N° CPN _____ Lugar _____
Complicaciones
I Trimestre _____ II Trimestre _____ III Trimestre _____
N° de sesiones educativas _____ Lugar _____
Parto con acompañante

TRABAJO DE PARTO:

Fecha de ingreso al hospital: _____ Hora: _____ Imp DX: _____
Emerg: _____ CE: _____
Forma Espontánea: _____ Inducido _____ Acentuado _____
Apoyo Psicoproflaxis Obstétrica Fecha _____ Hora de Inicio _____
Hora de Término _____ Nombre de la Obstetrix: _____

DURACIÓN:

1° Periodo _____ Horas _____ Minutos Complicaciones: _____

2° Periodo _____ Horas _____ Minutos Complicaciones: _____

3° Periodo _____ Horas _____ Minutos Complicaciones: _____

Duración Total: _____ Horas _____ Minutos Episiorrrafia: _____ Sutura: _____

Tipo de Parto: Eutócico _____ Distócico _____

Imp. Dx. _____

Posición: _____

DATOS DEL RECIÉN NACIDO:

Fecha de Nac: _____ Hora _____ Sexo _____ Peso _____

Talla _____ Apgar _____

Contacto piel a piel: Si: _____ No: _____

Lactancia precoz _____

Clampaje oportuno _____

EVALUACIÓN:

PARTO:

Adecuado Si: _____ No: _____ Colaboró la gestante: Si: _____ No: _____

Recién Nacido: Buen Apgar: Si _____ No _____

Analgesia: Si: _____ No: _____

OPINIÓN ACERCA DEL CURSO DE PSICOPROFILAXI OBSTÉTRICA:

Teoría: _____ Instructor: _____

Gimnasia: _____ Ambiente: _____

Que fue lo que más le agrado del Curso: _____

SUGERENCIAS:

ANEXO III: OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

| Variable | Definición operacional | Dimensiones | Tipo de Variable | Escala de Medición | Indicadores | Fuente de verificación |
|--|--|------------------------------------|------------------|--------------------|--------------------------|-------------------------------|
| CARÁCTERÍSTICAS MATERNAS | Son aquellas características y efectos del embarazo de las pacientes que participaron y no participaron del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica | Tipo de Parto | Cualitativa | Nominal | Parto Vaginal Cesárea | Ficha de Recolección de Datos |
| | | Inicio de parto | Cualitativa | Nominal | Espontaneo | |
| | | | | | Acentuado | |
| | | | | | Inducido | |
| | | | | | Cesárea | |
| | | Analgesia Epidural | Cualitativa | Nominal | Sí No | |
| | | Duración del periodo de dilatación | Cuantitativa | Razón | < de 8 horas | |
| | | | | | 8 - 14 horas | |
| | | | | | ≥ 15 horas | |
| | | Duración del periodo expulsivo | Cuantitativa | Razón | < de 15 minutos | |
| 15 - 30 minutos | | | | | | |
| > 30 minutos | | | | | | |
| Duración del periodo de alumbramiento | Cuantitativa | Razón | < 15 minutos | | | |
| | | | 15 - 30 minutos | | | |
| | | | > 30 minutos | | | |
| Lesión perineal | Cualitativa | Nominal | Sí No | | | |
| Complicaciones durante el trabajo de parto | Cualitativa | Nominal | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------|--------------|-------|----------------|-------------------------------|
| CARACTERÍSTICAS PERINATALES | Son aquellas características de los recién nacidos de las pacientes que participaron y no participaron del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica | Peso | Cuantitativa | Razón | < 2500 gr. | Ficha de Recolección de Datos |
| | | | | | 2500 - 3999 gr | |
| | | | | | > 4000 gr. | |
| | | Talla | Cuantitativa | Razón | | |
| | | Puntuación de Apgar | Cuantitativa | Razón | De 0 a 3 | |
| | | | | | De 4 a 6 | |
| | | | | | De 7 a 10 | |
| Contacto piel a piel | Cualitativa | Nominal | Sí No | | | |

ANEXO IV SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Sesión 1: CAMBIOS DURANTE EL EMBARAZO Y SIGNOS DE ALARMA (Duración: 1 hora)

Objetivos:

- Enseñar a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que experimentan durante el embarazo.
- Enseñar a reconocer los signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- Entrenar en gimnasia de ablandamiento.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recepción y bienvenida

- Presentación del responsable del programa.
- Presentación del programa.
- Integración del grupo y motivación.

Técnicas – Métodos

- Fondo musical de la zona.
- Expositiva.
- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Identificadores.
- Pizarra y accesorios.
- Plumones.
- Equipo de sonido.
- CD.
- Cuaderno de registro.
- Tarjeta de asistencia.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Conceptos básicos

- Anatomía y fisiología del aparato reproductor.
- Menstruación, ovulación, fecundación, nidación, placentación y desarrollo fetal.
- Cambios fisiológicos y emocionales en el embarazo.
- Importancia y beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica.
- Signos y síntomas de alarma.

Técnicas – Métodos

- Lluvia de ideas.
- Audiovisual.

- Exposición dialogada.

Materiales

- Kit educativo (rotafolio, videos, CD, laminarios, maquetas, folletería).
- Equipo de sonido.
- CD (música local).
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Gimnasia Obstétrica

- Ejercicios de calentamiento y estiramiento muscular en posición de pie.
- Ejercicios de flexibilidad.
- Posturas adecuadas durante el embarazo.

Técnicas – Métodos

- Caminata.
- Marcha.
- Danza.
- Rotación de la cabeza, tronco y extremidades.
- Cambios posturales en las actividades diarias.

Materiales

- Equipo de sonido.
- CD (música de la zona).
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 10 minutos)

Relajación

- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).

Técnicas – Métodos

- Técnicas de relajación de pe con acompañante, sentada en esfera o silla en decúbito lateral izquierdo.

Materiales

- Colchoneta.
- Sillas.
- Esferas.
- Cojines.

- Almohadas.
- Equipo de sonido.
- CD.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recomendaciones y tareas

Reforzar las siguientes ideas.

1. Es importante la participación del acompañante en el proceso de embarazo y su ayuda para practicar ejercicios.
2. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión.
3. Felicitar por su participación y trabajo.
4. Fijar el día y hora de la próxima sesión.

Técnicas – Métodos

- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Ficha de seguimiento.
- Tarjeta de asistencia.
- Cuaderno.

Sesión 2: ATENCION PRENATAL Y AUTOCUIDADO (Duración: 1 hora)

Objetivos:

- Resaltar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación activa de la familia y comunidad
- Educar a la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma (retroalimentación en cada sesión) y su manejo oportuno en el establecimiento de salud
- Identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y el niño/a por nacer.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recepción

- Integración del grupo y motivación
- Retroalimentación

Técnicas – Métodos

- Fondo musical de la zona.
- Expositiva.
- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Identificadores.
- Pizarra y accesorios.
- Plumones.
- Equipo de sonido.

- CD.
- Cuaderno de registro.
- Tarjeta de asistencia.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Conceptos básicos

- Atención Prenatal: importancia (periodicidad, ex auxiliares, etc.).
- Plan de parto con enfoque intercultural.
- Derechos y responsabilidades compartidas.
- Violencia basada en género (VBG).
- Nutrición y alimentación: suplementación de hierro y ácido fólico, revalorar alimentos locales. No drogas, alcohol, tabaco.
- Cuidados durante el embarazo (preparación de pezones, higiene, recreación y descanso, RS, Mitos – creencias - costumbres).

Técnicas – Métodos

- Lluvia de ideas
- Audiovisual
- Exposición dialogada

Materiales

- Kit educativo (rotafolio, videos, CD, laminarios, maquetas, folletería).
- Equipo de sonido.
- CD.
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Gimnasia Obstétrica

- Ejercicios de calentamiento.
- Ejercicios de fortalecimiento de la columna vertebral.
- Ejercicio de fortalecimiento del suelo pélvico.

Técnicas – Métodos

- Estiramiento de tórax: este movimiento ayuda a abrir el tórax y a estirar los músculos pectorales.
- Círculos con los brazos: movilizar los hombros alineados y no desplazarlos hacia atrás mientras describes los círculos.
- Soldadito de plomo: mantener un alineamiento neutro durante el ejercicio, lento y controlado.
- Rotación lateral: el movimiento debe ser continuado y fluido, relajar los brazos y seguir la línea del cuerpo a girar.
- Técnicas de relajación de pie con acompañante, sentada en esfera o silla en decúbito lateral izquierdo.

Estiramiento de la columna vertebral

DE PIE

Para fortalecer la cara interna de los músculos y músculos de la pelvis

- Con las piernas abiertas y de puntillas, flexione las rodillas suavemente, dejando los brazos relajados a lo largo del cuerpo. Repita este ejercicio entre ocho a diez veces.

SENTADA

Para tonificar los músculos de la pelvis

- Sentada, con las rodillas dobladas y las plantas de los pies cerca al cuerpo, coloque las manos en la parte interior de los muslos.
- Acerque suavemente los muslos, al tiempo que resiste este movimiento con las manos. Repita ocho veces.

Para dar elasticidad a la pelvis y a las caderas

- Sentada con las piernas abiertas y estiradas, balancee la pelvis adelante y atrás. Repita diez veces.

Para favorecer la circulación

- En la posición anterior, realice giros con las manos, pies y tobillos en un sentido y en el otro alternativamente.
- Repita ocho veces.
- Hacer ejercicios de comprensión y relajación de las manos con pelotitas de goma anti estrés.

Materiales

- Equipo de sonido.
- CD.
- DVD.
- TV.
- Sillas.
- Esferas.
- Colchonetas.

Actividad (Duración: 10 minutos)

Relajación

- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).

Técnicas – Métodos

Posición ideal de relajación (PIR)

Taller de relajación.

- Armonización musical

Materiales

- Colchoneta.

- Cojines.
- Almohadas.
- Equipo de sonido.
- CD.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recomendaciones y tareas

Reforzar las siguientes ideas:

1. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión.
2. Felicitar por su participación y trabajo, además fijar el día y hora de la próxima sesión.

Técnicas – Métodos

- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Ficha de seguimiento.
- Tarjeta de asistencia.
- Cuaderno de registro.

Sesión 3: FISIOLÓGÍA DEL PARTO (Duración: 1 hora)

Objetivos:

- Dar a conocer las causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto
- Reconocer los signos y señales del inicio de labor de parto
- Informar sobre la importancia del contacto precoz piel a piel de la madre y el/la recién nacido/a y el rol de la pareja y la familia
- Ejercitar las técnicas y/o estrategias para disminuir el dolor en el parto

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recepción

- Integración del grupo y motivación.
- Retroalimentación.

Técnicas – Métodos

- Fondo musical de la zona
- Expositiva
- Participativa
- Dinámica

Materiales

- Identificadores.
- Pizarra y accesorios.
- Plumones.
- Equipo de sonido.
- CD.

- Cuaderno de registro.
- Tarjeta de asistencia.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Conceptos básicos

- Contracción uterina. Relajación temor – dolor.
- Inicio de labor de parto y signos de alarma.
- Métodos naturales de control del dolor.
- Rol de la gestante, pareja y familia.
- Mitos, creencias y costumbres.
- Hidroterapia: Baño o ducha tibia, uso de agua fría / caliente en compresas o bolsas.
- Visualización: La actividad mental creativa invita a la relajación y ayuda a controlar el dolor.
- Infusiones, según manual parto vertical
- Derechos y responsabilidades.

Técnicas - Métodos

- Lluvia de ideas.
- Audiovisual.
- Exposición dialogada.

Materiales

- Kit educativo (rotafolio, videos, CD, laminarios, maquetas, folletería).
- Equipo de sonido.
- CD (música local).
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Gimnasia Obstétrica.

- Ejercicios de calentamiento.
- Reconocimiento de la contracción uterina y control horario.
- Técnicas de respiración en contracción uterina.
- Posturas antálgicas.
- Masajes integrales y localizados.

Técnicas – Métodos

- Técnicas: Ejercicios de calentamiento.
- Elongación de brazos y de cintura.
- Rotación de cuello.
- Oposición de descanso.
- Extensión de músculos dorsales.
- Elongación de músculos internos, pectorales.
- Elongación de músculos dorsales.
- Respiración abdominal.

- Reforzamiento de los músculos abdominales
- Respiración.
 - Profunda (suave, lenta y profunda).
 - Jadeante.
 - Superficial y sostenida o de bloqueo.

Materiales

- Equipo de sonido.
- CD.
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 10 minutos)

Relajación

- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).

Técnicas – Métodos

Posiciones útiles durante la primera etapa del parto (fase de dilatación).

- Deambulación.
- Inclinarsse sobre la cama y/o banco.
- Sentarse en una silla, pelota, banco, sillón, etc.
- Posición de cuatro puntos de apoyo o perrito.
- Posición de rodillas.
- Posición semi horizontal de costado.

Materiales

- Colchoneta.
- Sillas.
- Esferas.
- Cojines.
- Almohadas.
- Equipo de sonido.
- CD.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recomendaciones y tareas

Reforzar las siguientes ideas:

1. Es importante la participación del acompañante en el proceso de embarazo, y su ayuda para practicar los ejercicios.
2. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión.
3. Felicitar por su participación y trabajo.
4. Fijar el día y la hora de la próxima sesión.

Técnicas – Métodos

- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Ficha de seguimiento.
- Tarjeta de asistencia.
- Cuaderno de registro.

Sesión 4: ATENCIÓN DEL PARTO Y CONTACTO PRECOZ (Duración: 1 hora)

Objetivos:

- Enseñar a las gestantes sobre el parto y sus periodos.
- Brindar información acerca de los tipos y posturas del parto con adecuación intercultural y atención humanizada.
- Preparar a las gestantes para el parto y sus periodos mediante técnicas de relajación y respiración.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recepción

- Integración del grupo y motivación.
- Retroalimentación.

Técnicas – Métodos

- Fondo musical de la zona.
- Expositiva
- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Identificaciones.
- Pizarra y accesorios.
- Plumones.
- Equipo de sonido.
- CD.
- Cuaderno de registro.
- Tarjeta de asistencia.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Conceptos básicos

Tipos de parto:

- Fisiológico Horizontal y vertical.
- Cesárea.

Posturas para el parto:

- Posición horizontal
- Posición vertical y sus variedades.
- Posición instintiva.

Importancia y tipos de la relajación y la respiración.

- Relajación: Activo, pasiva, imaginación/visualización.
- Respiración: Superficial, profunda jadeo, durante la dilatación y el expulsivo.

Técnicas – Métodos:

- Lluvia de ideas.
- Audiovisual.
- Exposición dialogada.

Materiales

- Kit educativo (rotafolio, videos, CD, laminarios maquetas, folletería).
- Equipo de sonido.
- CD (música local).
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Gimnasia Obstétrica

Reforzar ciertos grupos musculares y prepararlos para el esfuerzo del parto.

- Dar mayor flexibilidad y elasticidad a los tejidos y articulaciones que intervienen en el parto.
- Mejorar el estado general mediante el estímulo de la respiración.
- Alivio de síntomas molestos en el embarazo.
- Técnicas de pujo.
- Prensa abdominal.
- Simulacro de pujo con técnicas de respiración superficial.

Técnicas – Métodos

Técnicas: Ejercicios de calentamiento.

- Elongación de brazos y de cintura.
- Rotación de cuello.
- Oposición de descanso.
- Extensión de músculos dorsales.
- Elongación de músculos internos, pectorales.
- Elongación de músculos dorsales.
- Respiración abdominal.
- Reforzamiento de los músculos abdominales.

Posturas para el parto.

Técnicas de respiración y relajación.

Posturas para el periodo expulsivo.

Materiales

- Equipo de sonido.
- CD (música de la zona).
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 10 minutos)

- Relajación
- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).
- Taller.

Técnicas – Métodos

- PIR.
- Relajación, masajes, respiración, musicalización, hidroterapia, visualización, infusiones.
- Musicoterapia, cromoterapia, aromaterapia.

Materiales

- Colchoneta.
- Sillas.
- Esferas.
- Cojines.
- Almohadas.
- Equipo de sonido.
- CD.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recomendaciones y tareas

Reforzar las siguientes ideas:

1. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión.
2. Felicitar por su participación y trabajo.
3. Fijar el día y hora de la próxima sesión.

Técnicas – Métodos

- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Ficha de seguimiento.
- Tarjeta de asistencia.
- Cuaderno de registro.

Sesión 5: PUERPERIO Y RECIÉN NACIDO (Duración: 1 hora)

Objetivos:

- Enseñar a la gestante, su pareja y familia cómo reconocer los signos y síntomas de alarma y sobre los cuidados durante el puerperio.
- Educar a la gestante, pareja y familia sobre el recién nacido y signos de alarma.
- Instruir a la pareja y la familia sobre su rol para el soporte emocional de la puérpera.

- Educar a la gestante y su pareja para una salud sexual y reproductiva en el puerperio.
- Capacitar a la gestante y su pareja para una lactancia materna exclusiva y exitosa.
- Planificación Familiar.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recepción y bienvenida

- Integración del grupo y motivación.
- Retroalimentación.

Técnicas – Métodos

- Fondo musical de la zona.
- Expositiva.
- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Identificadores.
- Pizarra y accesorios.
- Plumones.
- Equipo de sonido.
- CD.
- Cuaderno de registro.
- Tarjeta de asistencia.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Conceptos básicos

- Cuidados en el puerperio (Normal y pos cesárea).
- Signos de alarma durante el puerperio.
- Signos de alarma en el recién nacido.
- El baño y masajes en el recién nacido.
- Rol de la pareja y la familia como soporte emocional durante el puerperio y en la atención del recién nacido.
- Sexualidad en el puerperio.
- Maternidad y paternidad responsable, planificación familiar.
- Lactancia materna (técnicas, beneficios).
- Cambios psicológicos.

Técnicas – Métodos

- Lluvia de ideas.
- Audiovisual.
- Exposición dialogada.

Materiales

- Kit educativo (rotafolio, videos, CD, laminarios maquetas, folletería).

- Equipo de sonido.
- CD (música local).
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Gimnasia Obstétrica

- Ejercicios de calentamiento.
- Ejercicios de control neuromuscular: miembros superiores, pectorales, circulatorios, perineales (ADORACION, GATO).
- Técnica y postura de amamantamiento.
- Respiración sostenida.
- Relajación progresiva profunda (Jacobson).
- Rutina de gimnasia pos parto: demostraciones.
 - Estiramiento: a nivel del tronco.
 - Ejercicios pos parto: periné, pectorales, abdominal.

Técnicas – Métodos

Técnicas: Ejercicios de calentamiento

- Elongación de brazo y de cintura.
- Rotación de cuello.
- Oposición de descanso.
- Extensión de músculos dorsales.
- Elongación de músculos internos, pectorales.
- Elongación de músculos dorsales.
- Respiración abdominal.
- Reforzamiento de los músculos abdominales.

Materiales

- Equipo de sonido.
- CD (música de la zona).
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 10 minutos)

Relajación

- Posiciones de relajación.
- Posición ideal de relajación (PIR).
- Taller.

Técnicas – Métodos

- PIR.
- Musicoterapia, cromoterapia, aromaterapia.

Materiales

- Colchoneta.
- Sillas.
- Esferas.
- Cojines.
- Almohadas.
- Equipo de sonido.
- CD.

Actividad (Duración 5 minutos)

Recomendaciones y tareas

Reforzar las siguientes ideas:

1. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión.
2. Felicitar por su participación y trabajo.
3. Fijar el día y la hora de la próxima sesión.

Técnicas – Métodos

- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Ficha de seguimiento.
- Tarjeta de asistencia.
- Cuaderno de registro.

Sesión 6: RECONOCIMIENTO DE LOS AMBIENTES (Duración: 30 minutos)

Objetivos:

- Familiarizar a la gestante con los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud, según corresponda.
- Evaluar el proceso de aprendizaje de las sesiones (elementos de fijación).
- Preparar el maletín básico para llevar en el momento del parto.
- Clausura del programa.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recepción

- Integración del grupo y motivación.
- Retroalimentación.

Técnicas – Métodos

- Fondo musical de la zona.
- Expositiva.
- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Identificadores.
- Pizarra y accesorios.
- Plumones.
- Equipo de sonido.
- CD.
- Cuaderno de registro.
- Tarjeta de asistencia.

Actividad (Duración: 20 minutos)

Conceptos básicos:

- Visita guiada: Recorrido del área física integrando el proceso del parto vaginal o por cesárea, incluir exteriores de sala de operaciones y sala del recién nacido.
Alternativa, Visualización de video: Responder preguntas y orientación de referencia.
- Retroalimentación y satisfacción del usuario.
- Repaso de las rutinas anteriores.

Técnicas – Métodos

- Reconocimiento de ambientes.

Materiales

- Kit educativo (rotafolio, videos, CD, laminarios maquetas, folletería).
- Equipo de sonido.
- CD (música local).
- DVD.
- TV.

Actividad (Duración: 5 minutos)

Recomendaciones y tareas

Reforzar las siguientes ideas:

1. Indicar que deben practicar en casa las técnicas aprendidas en la sesión.
2. Felicitar por su participación y trabajo.
3. Fijar el día y la hora de la próxima sesión.

Técnicas – Métodos

- Participativa.
- Dinámica.

Materiales

- Ficha de seguimiento.
- Tarjeta de asistencia.
- Cuaderno de registro.