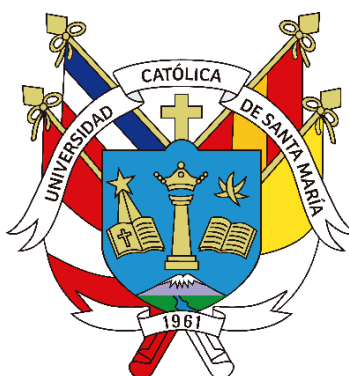


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**Influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sobre el
nivel de dolor en la fase activa del trabajo de parto en nulíparas en el
Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2024**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Agramonte Medina, Marcia Corali

ORCID: 0009-0009-6526-2232

Estrada Barrios, Ilian Lorena

ORCID: 0009-0004-4744-9339

para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Asesor:

Mg. Herrera Cárdenas, Marcos Erveth

ORCID: 0000-0001-5221-7269

Arequipa - Perú

2025

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACION CON TESIS

DICTAMEN APROBACION DE BORRADOR

Arequipa, 18 de Junio del 2025

Dictamen: 013682-C-EPOYP-2025

Visto el bomldor del expediente 013682, presentado por:

2019240032 - AGRAMONTE MEDINA MARCIA CORALI

2020894992 - ESTRADA BARRIOS ILIAN LORENA

Titulado:

INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA DE EMERGENCIA SOBRE EL NIVEL DE
DOLOR EN LA FASE ACTIVADEL TRABAJO DE PARTO EN NULÍPARAS EN EL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Título Profesional/Título de Segunda Especialidad/Grado académico a optar:

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
DICTAMINADOR



29541138 - RODRIGUEZ MEZA GIOVANNA ROCIO
DICTAMINADOR



29630138 - MEZA FLORES FABIOLA CARMEN
DICTAMINADOR



Influencia de la Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sobre el nivel de dolor en la fase activa del trabajo de parto en nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa, 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

27%	29%	8%	19%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	10%
	Trabajo del estudiante	
2	renati.sunedu.gob.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	agenf.org	2%
	Fuente de Internet	
4	repositorio.unc.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
5	tesis.ucsm.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
6	uvadoc.uva.es	1%
	Fuente de Internet	
7	renatiqa.sunedu.gob.pe	1%
	Fuente de Internet	
8	alerta.salud.gob.sv	1%
	Fuente de Internet	
9	cybertesis.unmsm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
10	repositorio.unheval.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
11	repositorio.uwiener.edu.pe	

DEDICATORIA

A Dios porque es el pilar de todo en mi vida

A mis padres, Alvaro y Caroli por su apoyo incondicional durante todo el camino de esta bella carrera.

A mi prima y hermana, Angely y Vania, por acompañarme en los momentos de ocio

A mi amiga Maribel, por su guía durante este proceso.

A Ilian, mi mejor amiga y compañera de tesis, pasamos juntas por este proceso dándonos soporte y aliento, compartimos este logro juntas.

A mi familia, la familia Agramonte, por inspirarme a ser un personal de salud que ama a las personas y quiere dar lo mejor de sí a ellas.

Y a todos los que confiaron en mí dándome ánimos y orando por mí.

Marcia Corali Agramonte Medina

A Dios, que es la base de mi vida, mi roca y salvación.

A mi papá Carlos, eres la luz de mi vida y el soporte de la misma, gracias por tu gran ejemplo de padre y mejor amigo, te amo y te debo todo lo que soy y llegue a ser. Lo logramos viejito lindo, este logro es más tuyo que mío.

A mi hermana Gianellita, todo lo que soñamos de niñas lo estamos cumpliendo.

A mi esposo Daniel, gracias por ser mi cable a tierra, y mi amor eterno, tus consejos sabios, tu apoyo y tu compañía reconfortan mi vida, te amo.

A Alcirita, mi ángel en el cielo, te extraño con toda mi alma, pero sé que te veré al final de esta vida.

A mi abuelito Juan, la felicidad de saber que estuviste conmigo no la comparo con nada.

A Marcia, mi mejor amiga y hermana, no pude coincidir con un alma más pura en esta tierra, gracias por todo lo que hiciste por este trabajo y en mi vida, eres una estrella para mí.

A Tobby, mi mejor amigo de cuatro patitas, a Lebrón mi cachorro, a Marcela y Mantequilla y Buttercup.

A toda mi familia y amigos que día a día me apoyan y reconfortan.

Ilian Lorena Estrada Barrios

AGRADECIMIENTOS

A Dios, porque con su guía llegamos hasta donde estamos en este momento.

A nuestras familias, porque con su apoyo en todas las áreas pudimos culminar el proceso de esta bella carrera.

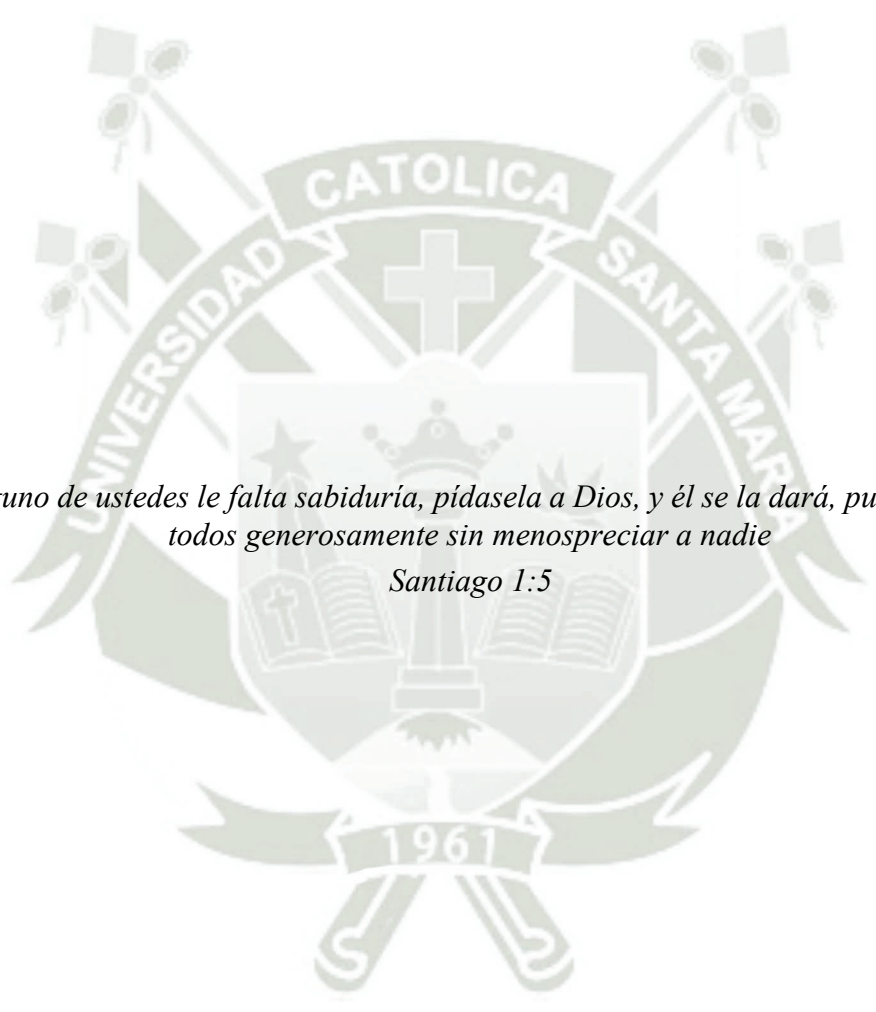
A las obstetras del Hospital Regional Honorio Delgado, por darnos la libertad de realizar esta investigación en su área de trabajo.

A la obstetra Koralí Tejada por su orientación en el momento de la aplicación del instrumento, también por su confianza y palabras de aliento.

Las autoras



EPÍGRAFE



Si a alguno de ustedes le falta sabiduría, pídasela a Dios, y él se la dará, pues Dios da a todos generosamente sin menospreciar a nadie
Santiago 1:5

RESUMEN

OBJETIVOS Determinar la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sobre el nivel de dolor en la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024.

MATERIAL Y MÉTODOS Se realizó un estudio de campo, de tipo cuasiexperimental. Los instrumentos utilizados fueron la escala de EVA, una ficha de actividades y una ficha de recolección de datos. La muestra estuvo conformada por 52 pacientes, divididos equitativamente en dos grupos: al 50% de las pacientes se les aplicaron actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia, mientras que al otro 50% no se les aplicaron dichas técnicas. Los datos obtenidos fueron procesados por el programa SPSS v.25 utilizando la prueba estadística de Levene y la prueba T de Student con un nivel de significancia del 5% además de un análisis ANOVA.

RESULTADOS El promedio del nivel del dolor en gestantes nulíparas antes de la aplicación de técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia fue de 7.2, dolor severo, durante los 4 a 7 cm de dilatación y de 9.4, dolor severo, durante los 7 a 9 cm. En el grupo sin intervención, el dolor promedio fue de 6.7, dolor moderado, en los 4 a 7 cm y los de 9.1, dolor severo, en los 7 a 9 cm.

Posteriormente, en el grupo que recibió la intervención, el promedio de dolor disminuyó a 5.6, dolor moderado, tanto en la fase de 4 a 7 cm como en la de 7 a 9 cm de dilatación.

El análisis estadístico mostró diferencias significativas entre el grupo control y experimental, con valor de T-Student de $t_{93} = -3.914$, $p < 0.001$ indicando una diferencia altamente significativa a favor del grupo que recibió la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia.

CONCLUSIONES La aplicación de técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia reduce significativamente el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas

PALABRAS CLAVE: Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia, dolor, nulíparas.

ABSTRACT

OBJECTIVES To determine the influence of emergency obstetric psychoprophylaxis on the level of pain during the active phase of labor in nulliparous women attended at the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital, Arequipa, 2024.

MATERIAL AND METHODS A field study with a quasi-experimental design was conducted. The instruments used included the Visual Analog Scale (VAS), an activity checklist, and a data collection form. The sample consisted of 52 patients, equally divided into two groups: 50% of the patients received emergency obstetric psychoprophylaxis activities, while the other 50% did not receive these techniques. Data were processed using SPSS v.25 software, applying Levene's test and the Student's t-test with a 5% level of significance, along with an ANOVA analysis.

RESULTS The average pain level in nulliparous women before the application of emergency obstetric psychoprophylaxis techniques was 7.2, severe pain, during the 4 to 7 cm dilation phase and 9.4, severe pain, during the 7 to 9 cm dilation phase. In the non-intervention group, the average pain level was 6.7, moderate pain, during the 4 to 7 cm phase and 9.1, severe pain, during the 7 to 9 cm phase.

Subsequently, in the intervention group, the average pain level decreased to 5.6, moderate pain, during both the 4 to 7 cm and 7 to 9 cm dilation phases.

Statistical analysis showed significant differences between the control and experimental groups, with a T-Student value of $t(93) = -3.914$, $p < 0.001$, indicating a highly significant difference in favor of the group that received emergency obstetric psychoprophylaxis.

CONCLUSIONS The application of emergency obstetric psychoprophylaxis techniques significantly reduces pain levels during the active phase of labor in nulliparous women.

KEYWORDS: Emergency obstetric psychoprophylaxis, pain, nulliparous women.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

EPÍGRAFE

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. ENUNCIADO	3
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
2. OBJETIVOS.....	7
3. MARCO TEÓRICO	8
3.1. MARCO CONCEPTUAL	8
3.1.1 Psicoprofilaxis obstétrica...	8
3.1.1.1 Bases doctrinales de la psicoprofilaxis obstétrica	9
3.1.1.2 Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia...	11
3.1.1.3 Importancia y beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica.....	13
3.1.1.4 Técnicas de psicoprofilaxis	14
3.1.1.5. Métodos alternativos.....	20
3.1.2 Trabajo de parto	28
3.1.2.1. Periodos del Trabajo de Parto...	28
3.1.3 Dolor	29
3.1.3.1 Concepto del dolor	29
3.1.3.2 Historia del dolor	29
3.1.3.3 Historia del dolor en el trabajo de parto.....	31
3.1.3.4 Dolor en el parto.....	31
3.1.4 Escala de EVA	33
3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	35
3.2.1 Antecedentes Internacionales	
3.2.2 Antecedentes Nacionales	
3.2.3 Antecedentes locales	
4. HIPÓTESIS	42

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	43
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	44
1.1. Técnica... ..	45
1.2. Instrumento... ..	45
1.3. Materiales de verificación.....	45
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	45
2.1. Ubicación Espacial	45
2.2. Ubicación temporal	46
2.3. Unidades de Estudio.....	46
2.3.1. Universo	46
2.3.1.1 Criterios de inclusión	46
2.3.1.2 Criterios de exclusión.....	46
2.3.1.3 Universo Cuantitativo	47
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48
3.1. Organización	48
3.2 Recursos.....	49
3.2.1 Recursos humanos	49
3.2.3 Recursos financieros	50
3.3 Validación de instrumento	50
3.4 Consideraciones éticas.....	52
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	52
4.1. Tipo de sistematización.....	52
4.2. Plan de operación.....	52
4.3. Plan de análisis de datos.....	52
CAPÍTULO III RESULTADOS.....	53
DISCUSIÓN... ..	81
CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES.....	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	86
ANEXOS	92
ANEXO 1.....	93
ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR	
ANEXO 2.....	94
FICHA DE ACTIVIDADES	
ANEXO 3.....	95

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO 4.....97

MATRIZ DE REGISTRO

ANEXO 5.....98

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

ANEXO 6.....99

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

ANEXO 7.....100

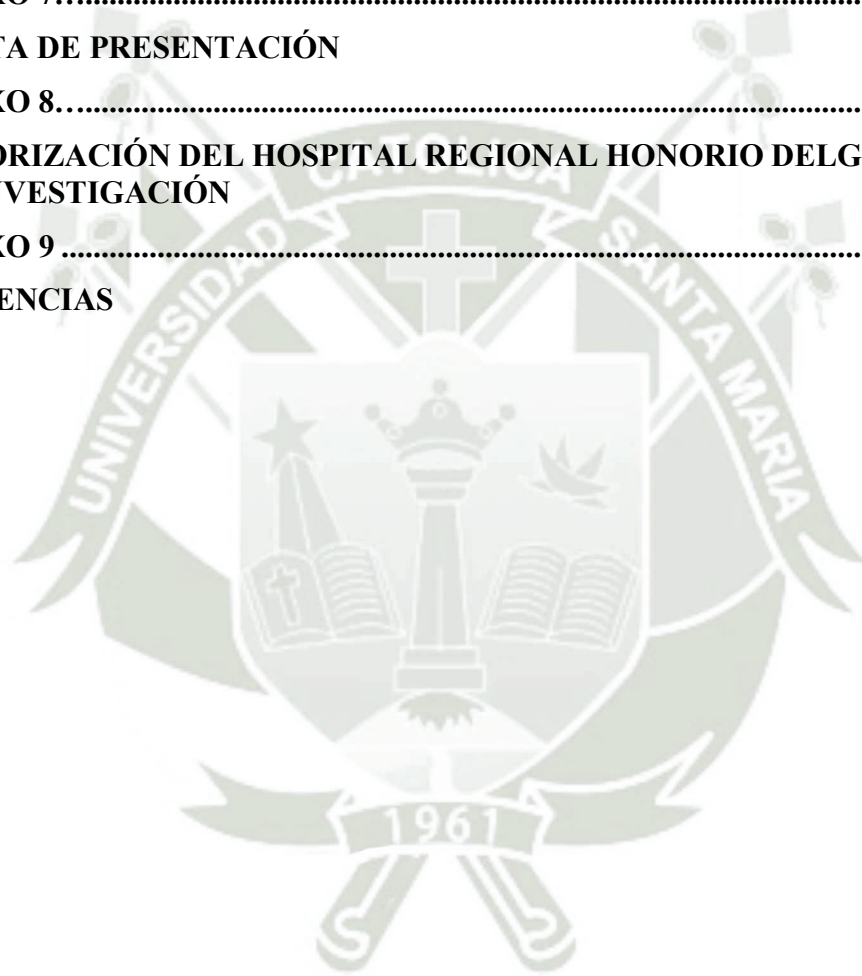
CARTA DE PRESENTACIÓN

ANEXO 8.....101

**AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO PARA
LA INVESTIGACIÓN**

ANEXO 9102

EVIDENCIAS



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1 ...	51
CORRELACIÓN DE COEFICIENTES DE LA ESCLA ANALÓGICA VISUAL DE DOLOR	
TABLA N° 2	54
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES NULÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
TABLA N° 3	55
FACTORES OBSTÉTRICOS DE PACIENTES NULÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
TABLA N° 4	56
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN EL GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL DE PACIENTES NULÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
TABLA N° 5	58
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE ESFERODINAMIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
TABLA N° 6	60
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE MASAJES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
TABLA N° 7	62
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
TABLA N° 8	64
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE MOVIMIENTO Y POSTURAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
TABLA N° 9	66
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL	

TRABAJO DE PARTO DE 4 A 7 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

TABLA N° 10 68

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 7 A 9 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

TABLA N° 11 70

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 4 A 7 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

TABLA N° 12 72

COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 7 A 9 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA – AREQUIPA

TABLA N° 13 74

TABLA ANOVA GRUPO EXPERIMENTAL EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

TABLA N° 14 75

TABLA COMPARATIVA DEL TIPO DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE
EMERGENCIA UTILIZADA - TUKEY TEST GRUPO EXPERIMENTAL EN EL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

TABLA N° 15 77

TABLA DE DATOS ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL GRUPO
EXPERIMENTAL EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, AREQUIPA 2024

TABLA N° 16 78

TEST DE BARTLETT’S Y TEST T-STUDENT PARA MUESTRAS
INDEPENDIENTES EN PACIENTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1.....	51
ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE DOLOR	
FIGURA N° 2.....	57
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN EL GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL DE PACIENTES NULÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 3.....	59
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE ESFERODINAMIA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 4.....	61
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE MASAJES DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 5.....	63
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 6.....	65
NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE MOVIMIENTO Y POSTURAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 7.....	67
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO DE 4 A 7 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES NULÍPARAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	

FIGURA N° 8.....	69
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO DE 7 A 9 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES NULÍPARAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 9.....	71
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO DE 4 A 7 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES NULÍPARAS DEL GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 10.....	73
COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO DE 7 A 9 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES NULÍPARAS DEL GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 11.....	79
FIGURA DE LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA) EN PACIENTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024	
FIGURA N° 12.....	99
DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	
FIGURA N° 13.....	100
CARTA DE PRESENTACIÓN	
FIGURA N° 14.....	101
AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO PARA LA INVESTIGACIÓN	
FIGURA N° 15	102
EVIDENCIAS	

INTRODUCCIÓN

El trabajo de parto es un proceso fisiológico y lleno de dinamismo el cual se caracteriza por la presencia de contracciones uterinas, las cuales son regulares y dolorosas, que van aumentando en frecuencia e intensidad. Es por ello por lo que se considera como un acontecimiento emotivo y lleno de temor de parte de la parturienta, ya sea por falta de conocimiento o por miedo al dolor que pueda sentir la mujer en este periodo.

Al ser este un proceso tan susceptible en la vida de la mujer es que; como profesionales de la salud debemos establecer una relación empática con ellas, brindarles toda la información pertinente al proceso que están experimentando para así poder estar implicadas en la toma de decisiones (1). Al permitir que las mujeres accedan a la psicoprofilaxis obstétrica, sea de manera general o de emergencia, estamos permitiendo que se promueva y se respeten los derechos sexuales de dichas mujeres, tal como lo menciona la OMS estos derechos permiten que las personas puedan determinar el número y el espaciamiento de los hijos, además de recibir toda la información y el asesoramiento relacionado con su bienestar físico y sexual (2).

A lo largo se han desarrollado diferentes técnicas que podemos utilizar para aliviar el dolor. Con el conocimiento adecuado podremos utilizar la esferodinamia, técnicas de respiración y relajación, masajes lumbares, gimnasia obstétrica o musicoterapia. Mismas que serán utilizadas en este estudio de investigación cuyo propósito es identificar qué influencia tiene la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia con respecto al dolor en la fase activa del trabajo de parto que una parturienta pueda sentir.

Durante nuestros meses como internas de Obstetricia tuvimos la oportunidad de observar que muchas de las mujeres ingresaban a la sala de dilatación con temor e incertidumbre, es por ello que al revisar distintas bibliografías nos dimos cuenta de que la Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia era un tema muchas veces olvidado. Es por ello por lo que surgió en nosotras la idea y necesidad de realizar una investigación sobre el efecto que tendría la Psicoprofilaxis de Emergencia con respecto al dolor durante el trabajo de parto.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO

Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sobre el nivel de dolor en la fase activa del trabajo de parto en nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

a) Área de conocimiento

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Obstetricia
- **Línea de investigación:** Psicoprofilaxis obstétrica

b) Análisis y operacionalización de variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Independiente Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia	Sí realiza	Técnica de respiración Masaje Lumbar Esferodinamia Movimiento y posturas
	No realiza	
Dependiente Nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto	Escala Visual Numérica (EVA)	Sin dolor. Dolor leve: 1-3 Dolor moderado: 4-6 Dolor intenso. 7-10
Interviniente Características sociodemográficas	Edad	18-35
	Grado de instrucción	Sin instrucción Primaria Secundaria Superior

c) Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas que realizaron actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia atendidas por parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024?
- ¿Cuál es el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas que no realizaron actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia atendidas por parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024?
- ¿Existe influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sobre el nivel de dolor en la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024?

d) Tipo de investigación

De campo

e) Nivel de Investigación

Este estudio corresponde al nivel Cuasiexperimental

1.3 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La Psicoprofilaxis Obstétrica es una actividad sanitaria educativa y preventiva en reproducción. La cual se considera como una herramienta de prevención en la atención obstétrica y que tiene un impacto positivo en la salud materna (4). Dicha actividad permite que la mujer esté informada sobre lo que va a ocurrir y lo que va a sentir, es por ello que se emplean técnicas de manejo de dolor, lo cual facilita la participación activa de la mujer en el trabajo de parto y a su vez permite que este proceso pueda afrontarse de una mejor manera.

En el estudio de Ávalos (2022) podemos ver que hay un número considerable de pacientes que requieren una sesión o programa de Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia ya que, muchas de ellas llegaban al parto sin tener conocimientos básicos de ello, además que acorta el periodo expulsivo, se reduce la utilización de fármacos y es un factor protector para la mujer (8). Lo cual nos refleja que las pacientes si tienen la

necesidad de poder obtener los conocimientos de Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia. Si bien este estudio no refleja la cantidad exacta de pacientes que debido a la inasistencia a sesiones de Psicoprofilaxis puedan requerir en un futuro la participación de Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia, esto no significa que se deba descuidar esta importante guía que se le brinda a la gestante / parturienta, ya que podemos aliviar miedos, generar confianza y empoderamiento materno.

Esta investigación es relevante e importante en muchos aspectos como son:

- A. **ORIGINALIDAD:** Esta investigación puede tener estudios similares, mas no se abarca la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia durante el trabajo de parto, sino que se utilizan las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica semanas antes del inicio del trabajo de parto, y no en la fase activa del mismo, que muchas veces es el momento en que la parturienta siente más miedo e incertidumbre por lo que ocurre en su cuerpo y en su entorno.
- B. **RELEVANCIA CIENTÍFICA:** La presente investigación tiene relevancia científica ya que, según Cortes, Merino y Bustos en su investigación: Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. El dolor en el trabajo de parto es subjetivo y variable, se incluyen factores psicológicos y clínicos. La psicoprofilaxis de emergencia durante el trabajo de parto influye en la percepción de los niveles de dolor logrando disminuirlo. Es por ello que en la presente investigación se abordan los diferentes ejercicios y formas de respiración que pueden ayudar a la disminución del dolor en la fase activa del trabajo de parto.
- C. **RELEVANCIA SOCIAL:** Este trabajo brindará un nivel de conocimiento a la gestante y esta podrá recomendar y enseñar en su círculo social las distintas técnicas enseñadas, así logrando que las mujeres puedan considerar practicar la psicoprofilaxis obstétrica desde antes de su parto y así puedan tener mayor conocimiento y preparación antes del momento de trabajo de parto. Además que puede brindar un modelo de enseñanza en la fase activa del trabajo de parto.
- D. **FACTIBILIDAD:** Este estudio se puede llevar a cabo ya que se cuenta con los recursos humanos, tiempo y materiales para poder cumplir con los objetivos que se hayan planteado.
- E. **INTERÉS PERSONAL:** Durante nuestro año de internado pudimos darnos

cuenta que el momento de las contracciones llega a ser algo traumático para las gestantes por lo estar con ellas durante el periodo de dilatación fue algo que ellas apreciaron mucho ya que sentían atención y compañía lo que disminuye su temor y preocupación. Así que decidimos aplicar esto en nuestra investigación para que podamos inspirar de alguna manera a futuras generaciones de obstetras a tener mayor conexión con sus pacientes y poderlas acompañar durante este periodo tan duro.

2. OBJETIVOS

- Determinar el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas que realizaron actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia atendidas por parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024
- Determinar el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas que no realizaron actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia atendidas por parto en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024
- Establecer la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sobre el nivel de dolor en la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2024

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1 Psicoprofilaxis obstétrica

La psicoprofilaxis obstétrica es la preparación integral de la gestante, de manera física, teórica, psicológica y social, es decir que se tocan todas las esferas de la vida de la gestante. Dicha preparación brindará las herramientas necesarias a la gestante, pareja y a la familia para poder estar preparados para el parto y puerperio. Además que se brinda información sobre lactancia materna y cambios en la gestación y el post parto. Se incluyen también las actividades preparatorias como la respiración, ejercicios obstétricos y técnicas de relajación (7).

La psicoprofilaxis obstétrica permite la disminución de complicaciones al disminuir el tiempo del parto (5); además de una disminución de la morbilidad materna perinatal; incluyendo además, el empoderamiento de la gestante o parturienta (3).

Para que la psicoprofilaxis obstétrica tenga resultados satisfactorias en la forma del manejo del dolor y la ansiedad es importante que el personal de salud la pueda abordar de manera profunda, identificando necesidades en la paciente, resolviendo dudas, y asistiendo en todo lo necesario a la gestante, a la pareja y a la familia (9).

Según el MINSA la psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante, la cual le permitirá desarrollar hábitos y comportamientos saludables (5). Para que esto se pueda lograr es importante que la mujer pueda asistir de manera regular a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, que se puedan identificar las necesidades que ella tenga, para de este modo enfocar las sesiones de modo que la mujer pueda obtener todo el conocimiento necesario, se puedan resolver sus dudas y se le dé la orientación adecuada.

3.1.1.1 Bases doctrinales de la psicoprofilaxis obstétrica

A. Escuela inglesa “Parto sin temor”

Cuyo representante fue el Dr. Grantly Dick Read, en 1933 afirmó que la razón principal para que las mujeres sientan dolor durante el trabajo de parto es el miedo

(34). El postulado principal fue: “El temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal”. Describiendo el modelo de temor-tensión-dolor, en dicho modelo los elevados niveles de miedo conducen al estrés, lo cual, está directamente relacionado con el aumento del dolor (33).

Dicho autor considera que hay un orden de importancia entre los cuatro elementos, los cuales son: Educación - Respiración - Relajación - Gimnasia (5). El autor fundamenta que el temor origina tensión muscular y psíquica y la tensión produce una disminución del umbral de percepción del dolor. De esta forma, mientras más temor se tenga, se sentirá más dolor y a más dolor habrá mayor temor (9). Actualmente hay evidencia de que al reducir el temor al trabajo de parto, se disminuye el miedo, esto a su vez aumenta el nivel de satisfacción durante el trabajo de parto y se mejoran los resultados (33).

La Dra. Marie Morgan basada en las teorías sobre el dolor del Dr. Grantly Dick Read, desarrolló ideas para reducir el miedo al parto en las mujeres; tales como: masaje táctil ligero o hacer una presión pélvica profunda, la técnica “listen to rainbow”, la cual promueve la visualización para acelerar el proceso del parto y a su vez reducir el dolor, las técnicas de respiración empleadas en los tres periodos del trabajo de parto, cambiar de posiciones y la aromaterapia en el trabajo de parto

(34). Es así que podemos ver que, existe evidencia de que al implementar técnicas para la disminución del dolor, se elimina el miedo, de este modo podemos convertir el círculo de temor-tensión-dolor.

B. Escuela Rusa “Parto sin dolor”

Los representantes de la escuela rusa fueron Platonov, Volvovsky, Nicolaiev, los cuales trabajaban con hipno sugestión comenzaron una

nueva búsqueda, la cual sería llamada psicoprofilaxis obstétrica. El postulado principal fue: “El parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la partición activa de la mujer”. Los autores establecen que el dolor de parto es un reflejo condicionado y por tanto puede desacondicionarse (5). Esta escuela se basa en los controles prenatales de manera frecuente y en que la embarazada pueda tener una nueva actitud con la forma de ver el parto con la ayuda del lenguaje aséptico, relajación, ideas positivas, exaltación de la maternidad e información obstétrica. Dichos conocimientos hoy en día son considerados como base de la doctrina del método psicoprofiláctico (9). Ya que permitieron el rol protagónico a la gestante, creando un método sencillo el cual fue esparcido de manera sencilla por toda Europa.

C. Escuela francesa “Parto indoloro”

Fue representada por el Dr. Fernand Lamaze. El postulado principal fue: “Parto sin dolor por medio psicoprofiláctico en base a la educación neuromuscular”. El autor considera las mismas bases teóricas que la escuela rusa (5). En esta escuela también podemos incluir el papel protagónico del padre y del vínculo formado entre la madre-padre-hijo, con esta escuela ya podemos encontrar la preparación de la gestante en todas las esferas y no únicamente en la preparación o conocimientos sobre el dolor del parto (9).

Posteriormente en 1975 el Dr. Leboyer publica su libro “Nacimiento sin violencia”, populariza las técnicas del Dr. Lazame, incluyendo un apartado en el cual se menciona la inmersión del recién nacido en una pequeña bañera con agua caliente. Es así que se le considera el precursor del parto en agua.

D. Escuela ecléctica “Parto sin dolor - Parto sin violencia”

Los representantes de esta escuela fueron: el Dr. Leboyer, Dr. Gavensky y otros. El postulado fue: Favorecer el momento adecuado para el encuentro padre- madre- hijo. “Parto sin dolor, parto sin violencia”

Dicha escuela escoge lo mejor de cada escuela o teoría dirigiendo su

atención hacia el recién nacido/a (5). En esta escuela también podemos encontrar un empoderamiento hacia la mujer gestante ya que se impulsaba a la que la gestante pueda explorar en sus propios conocimientos. Se inicia además el camino para el parto humanizado, se habla también de la capacitación óptima del personal que trabaja con la madre y con el niño (9).

3.1.1.2 Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia

Es la preparación brindada a la gestante faltando pocos días para la fecha probable de parto, o la que se ofrece a la parturienta durante el trabajo de parto, ya sea en la fase de dilatación o en el mismo periodo expulsivo (5). Es importante identificar las necesidades y prioridades que se tiene con la paciente, para una posterior adaptación de la sesión intensiva. En esencia busca la tranquilidad, colaboración y participación de la gestante/parturienta para un mejor control emocional y un dominio del dolor en el trabajo de parto (3) (7).

Toda mujer tiene derecho, deber y oportunidad de poder recibir psicoprofilaxis obstétrica de emergencia, preparación y apoyo psicoafectivo antes y durante el trabajo de parto. Podemos encontrar que hay distintos factores por los cuales las mujeres gestantes no pueden o no logran acceder a la psicoprofilaxis durante la gestación. Como explica Ávalos y colaboradores (2022) en el manejo de una paciente en una sesión de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia se debe priorizar la tranquilidad, la colaboración y participación de la paciente, además que como sabemos se hará una adaptación del programa de acuerdo a las necesidades de cada paciente (8). Lo cual puede ser contrastado por nosotras en la práctica clínica, al ofrecer la psicoprofilaxis de emergencia no solo estamos cumpliendo con nuestro rol como profesionales de obstetricia, sino que le estamos dando a la mujer la posibilidad de poder gozar de esta experiencia de una manera más concienzuda, validando sus emociones, las sensaciones que pueda tener,

reconociendo y validando sus miedos, además que le estamos brindando toda la comodidad posible. Como se explicó anteriormente, una de las bases doctrinales de la Psicoprofilaxis obstétrica explica que a mayor desconocimiento-temor hay más miedo, es así que surge la necesidad de poder emplear un plan de acción en caso las mujeres necesiten o deseen gozar de la psicoprofilaxis de emergencia. No olvidemos también que en la psicoprofilaxis de emergencia se considera importante el rol del padre. Dichas sesiones serán adaptadas realizando un programa o una sesión intensiva teniendo en cuenta las prioridades y necesidades de cada paciente, todo ello enfocado hacia una respuesta adecuada durante el trabajo de parto (8).

La OMS recomienda el uso de estrategias no farmacológicas para poder aliviar las molestias que se originan por el dolor durante el trabajo de parto, reconociendo que también hay una disminución del estrés, relajación cognitiva y física (38). Dichas técnicas empleadas para la reducción del dolor deben ser implementadas por un profesional con conocimientos adecuados y actualizados. Algunas de las técnicas que podemos utilizar en el momento del trabajo de parto podrían ser (38):

- Técnica de relajación y respiración: la cual aporta oxígeno necesario al cuerpo a su vez ello reduce los estados de ansiedad y estrés.
- Musicoterapia: la cual mejora el estado de salud y bienestar de la parturienta, genera estímulos agradables y ello a su vez reduce el dolor. En un estudio realizado por Levy P. y Wallen M. mostró en sus resultados que las mujeres que escuchaban música suave en el trabajo de parto disminuían significativamente el dolor.
- Aromaterapia: se utiliza en la fase activa del trabajo del parto para disminuir la sensación dolorosa, el temor y la ansiedad, aún se deben hacer más estudios al respecto, pero, actualmente es una técnica utilizada efectiva.
- Hidroterapia: en esta técnica la parturienta se sumerge en una bañera con agua tibia hasta el nivel del pecho, esta técnica mejora la percepción del dolor y disminuye el tiempo del trabajo de parto.

- Movilidad y cambios posturales: el parto vertical y las diferentes posturas son efectivas para permitir el descenso de la cabeza fetal, entre otros beneficios psicológicos al permitir a la parturienta la movilidad deseada.
- Esferodinamia: el trabajo con la pelota Suiza permite que la musculatura del suelo pélvico se relaje y esto a su vez ayuda a disminuir molestias en el piso pélvico

En la actualidad hay estudios que amplían la información sobre métodos no farmacológicos para el manejo del dolor en el trabajo de parto, dichas técnicas no solo cumplen la función de aliviar el dolor, sino también de relajación, aliviar el miedo, acompañamiento y disminución del tiempo del trabajo de parto.

La organización Internacional Lamaze al igual que la OMS implementaron seis prácticas basadas en revisiones sistemáticas buscadas en Cochrane que facilitan el parto psicoprofiláctico y que la paciente debe conocer (7).

1. Dejar que el trabajo de parto inicie por sí mismo.
2. Permitir el movimiento, caminar, los cambios de posición durante el trabajo de parto.
3. Contar con apoyo continuo ya sea de familiar, amigo o doula.
4. Evitar intervenciones médicas que no sean necesarias.
5. Evitar el nacimiento desde una posición horizontal.
6. Mantener el apego del binomio.

3.1.1.3 Importancia y beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica (5):

La psicoprofilaxis obstétrica tiene múltiples beneficios, entre los cuales encontraremos que:

- Ayuda a que haya un menor grado de ansiedad y le permite a la parturienta tener una actitud positiva.
- Permitirá que la parturienta tenga una mejor respuesta a las contracciones uterinas y que pueda utilizar de manera adecuada las técnicas de respiración,

relajación, masajes, etc.

- Obtendremos una menor duración de la segunda fase del trabajo de parto.
- Habrá un menor uso de analgésicos y menor riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
- Permitirá también que la parturienta tenga un empoderamiento mayor, y un mayor conocimiento el cual podrá utilizar de manera adecuada, empleando su fuerza física y mental para que pueda controlar la situación.
- Amplía la posibilidad de que la pareja pueda realizar un acompañamiento de la gestante durante el trabajo de parto.
- Habrá una recuperación más rápida.
- Al tener un conocimiento sobre la lactancia, esta será sin complicaciones o se evitarán las mismas.
- Habrá menos riesgo de sufrir de depresión post parto.

3.1.1.4 Técnicas de psicoprofilaxis (4; 7):

A. **Técnicas de respiración:** son las diferentes maneras de realizar la oxigenación pulmonar, a su vez esta mejora la oxigenación celular de la madre y el bebé, esto logrará una mayor comodidad y tranquilidad de la madre, aliviando molestias

Un control adecuado de la respiración es una de las formas más sencillas de controlar las situaciones de estrés. Adecuar la respiración durante el trabajo de parto facilitará el proceso natural del parto, se aprovecha la energía de la gestante y disminuye el dolor oxigenando ambas partes, a la madre y al feto. Desarrollar una buena técnica de respiración brindará una relajación mental propicia para todo el proceso.

Durante cada fase se utilizarán distintas técnicas de respiración, las cuales son (29):

- **Respiración lenta:** Respiración toracoabdominal. Consiste en tomar poco aire por la nariz y soltarlo poco a poco (expiración prolongada) por la boca como si se estuviera soplando un pitillo. Debe ser realizada a un ritmo de entre diez y quince respiraciones por minuto, tardando más tiempo en

soltarlo que en tomarlo. Se usa durante la primera fase del parto “dilatación”. El objetivo de esta respiración es prolongar la espiración el máximo tiempo posible a lo largo de toda la contracción mediante los siguientes pasos: Realizar una espiración activa y prolongada por la boca, bajando el pecho. Inspiración pasiva hinchando el pecho. Luego hacer una pausa post-inspiratoria la cual busca favorecer el intercambio de gases y la relajación. Finalizar con una espiración activa y bien prolongada, la que generalmente debe ser aproximadamente de 25 segundos.

- **Respiración completa:** o profunda que se recomienda al inicio y final de cada contracción. Esta respiración consiste en tomar aire llenando al máximo los pulmones, y luego llevando el aire primero al abdomen, después a la parte baja de los pulmones y por último a la parte superior; por último se debe exhalar expulsando el aire en sentido inverso. Se debe realizar esta respiración para el cambio entre pautas respiratorias.
- **Respiración soplante rápida:** Consiste en tomar aire y expulsarlo rápidamente por la boca mientras dura una contracción. Esta suele ser muy agotadora sólo se realiza en esos momentos en los que se debe “controlar” la necesidad de pujar. Se parece al jadeo de una persona que acaba de correr
- **Respiración de expulsión:** Para la salida del no nato. Consiste en tomar aire por la nariz llenando al máximo los pulmones, reteniendo un momento y empujándolo con fuerza hacia la vagina.

B. Terapias posturales, deambulación y movimiento: Las mujeres en su trabajo de parto deben ser informadas sobre los beneficios de las posiciones verticales y apoyadas en la libertad del movimiento a no ser que exista una contraindicación, deben ser estimuladas durante el parto para cambiar de posición y escoger la posición que les resulte más cómoda.

La evidencia científica disponible menciona que “la posición supina”, puede tener aspectos fisiológicos adversos, tanto para la mujer como para el no nato, en el trabajo de parto. Sin embargo, se menciona que deambular y hacer uso de posiciones verticales especialmente durante la primera etapa del parto,

reducen la duración de esta fase.

Para una gestante el poder moverse libremente durante esta labor favorece la comodidad, que es fundamental para lograr un mejor control del dolor producido por las contracciones, cuando una mujer gestante se le permite estar en posición vertical, en cuclillas o semi cuclillas, en la primera fase del parto, obtiene menos dolor (29).

Según el estudio “Terapias alternativas a la analgesia epidural para el manejo del dolor durante el parto” menciona que la postura de decúbito lateral es más cómoda para mujeres multíparas con administración de analgesia y la postura de “manos-rodillas” reduce el dolor en mujeres primíparas sin analgesia (35). Se puede concluir entonces que el movimiento y el que la gestante pueda adoptar la postura que desea aliviará el dolor durante este proceso; algunos de los ejercicios que se aplicarán serán:

- Sentadillas: Deben ser movimientos repetidos y bien controlados, Los pies deben estar separados al mismo ancho de los hombros, con las puntas de los pies apuntando hacia afuera, bajar en posición de cuclillas, solo hasta donde se sienta cómoda, mantener la espalda recta. Estos ejercicios se realizarán cuando no hayan contracciones (37).
- Balanceo de un pie a otro: Permite la apertura de los huesos de la pelvis y el descenso de la cabeza fetal, acelera la dilatación y favorece el periodo expulsivo.
- Movimientos laterales de cadera: Al momento de las contracciones la gestante debe dibujar con la cadera líneas hacia adelante y atrás y hacia los lados, esto ayudará a aliviar el dolor (36).

C. **Técnicas de relajación:** Son las diferentes maneras de lograr y estado de reposo tanto físico como mental de la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía y lograr alivio de las tensiones y molestias.

Al realizar este esfuerzo corporal los músculos estarán en reposo, llegar a la relajación debe de realizarse de forma voluntaria y libre con el objetivo de percibir los niveles más altos de calma, paz, felicidad, alegría (25).

Algunas técnicas que se pueden aplicar para llegar a este estado son:

- Técnica de relajación autógena de Schultz: También conocido como entrenamiento autógeno, es un método desarrollado por Johannes Heinrich Schultz en 1930. Propone que la relajación profunda puede llevarse a cabo mediante la autosugestión y concentración en sensaciones internas. Esta técnica ayuda a manejar el estrés, ansiedad, insomnio y otros padecimientos relacionados al sistema nervioso autónomo. Esta técnica consta de seis etapas en las cuales se repetirán afirmaciones induciendo la sensación de pesadez y calor en las distintas partes del cuerpo, estas son:
 1. Pesadez de las extremidades: Concentrar la sensación de pesadez en miembros superiores e inferiores, repetir mentalmente la afirmación “mis brazos y piernas están relajados”.
 2. Calor de las extremidades: Enfocar la sensación de calor en los miembros superiores e inferiores, repitiendo mentalmente la afirmación “mis brazos y piernas están cálidos y relajados”.
 3. Regulación del ritmo cardíaco: Concentrarse en el ritmo cardíaco, repetir mentalmente la afirmación “mi corazón late con calma y regularidad”.
 4. Regulación de la respiración: Enfocarse en la respiración, repetir mentalmente la afirmación “respiro tranquila y profundamente”.
 5. Calor en el abdomen: Concentrar la sensación de calor en la zona del abdomen repitiendo mentalmente la afirmación “mi abdomen está cálido y relajado”.
 6. Frescor en la frente: Enfocar la sensación de frescor en la frente repitiendo mentalmente la afirmación “mi frente está fresca y relajada” (39).
- Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson: En 1920 Edmund Jacobson fundamenta el método de tensión relajación para el

tratamiento del control de la reactividad, esto ayudaría a disminuir el estrés y la ansiedad, creando un estado de tranquilidad mental ya que elimina progresivamente la tensión muscular; relacionando la tensión muscular con el estrés y ansiedad.

- El fundamento principal de esta técnica es potenciar la conciencia del mundo debajo de la piel, donde la tensión del músculo se puede identificar con la práctica de la auto observación (40). Esta técnica consta de tres fases y es necesario el uso de la respiración diafragmática, inspirar lentamente, llevar el aire al vientre y espirar lentamente.

1. Primera fase: Tensión y relajación de distintos músculos durante 10-15 segundos, la tensión y relajación

- a. Rostro: Frente, fruncir el ceño y luego relajarlo. Ojos, cerrarlos de forma apretada y luego aflojar. Labios y mandíbula, apretar labios y dientes y luego relajar, dejar la boca entreabierta dejando la lengua floja.
- b. Cuello y hombros: Bajar la cabeza hacia el pecho tensionando la parte posterior del cuello, relajar volviendo a la posición inicial. Hombros, inclinar la espalda hacia adelante y los codos hacia atrás para tensionar la espalda, para relajar volver a la posición inicial normal, reposar los brazos sobre las piernas. Brazos y manos, con los brazos en reposo sobre las piernas apretar los puños tensando brazos, antebrazos y manos, abrir los puños y descansar los dedos sobre las piernas para relajar.
- c. Abdomen: Tensar los músculos abdominales sumiendo esta zona y luego relajar.
- d. Piernas: Estirar una pierna y llevar los dedos de los pies hacia atrás, tensando toda pierna desde los glúteos hasta el pie. Para relajar mover los dedos hacia adelante y bajar la pierna lentamente hasta colocar la planta del pie en el suelo, hacer este procedimiento en ambas piernas.

2. Segunda fase: Repaso mental de todos los grupos musculares

comprobando si realmente están relajados y si es posible relajarlos aún más

3. Tercera fase: Relajación mental focalizando la atención en estado de calma. Visualizar una escena agradable puede ayudar en esta fase, como paisajes bellos o situaciones placenteras de la vida (41).

D. Técnicas de vinculación prenatal: El vínculo prenatal es la relación cálida, continua y frecuente de la madre con su bebé desde la etapa del embarazo hasta el nacimiento, fortaleciendo los lazos afectivos para toda la vida.

Las técnicas de vinculación prenatal son las acciones que buscan favorecer el lazo afectivo entre la gestante o la pareja con respecto a la próxima llegada de su hijo. Conjunto de procedimientos que favorecen al fortalecimiento del vínculo prenatal descritas en: armonización, trascendencia, afirmación y expresión (5).

- Armonización intrauterina: Técnica que ayudará a los padres a comunicarse con el bebé, estimularlo, tranquilizarlo, consolidando el vínculo y convirtiendo a la gestación en un periodo de afecto y confianza.

Algunas técnicas utilizadas en la armonización intrauterina serán:

- Relajación profunda: Utilizando las técnicas de Schultz o Jacobson
- Visualización: Procedimiento mediante el cual se crean imágenes construidas en base a la motivación. La visualización es una herramienta muy útil para conseguir un mayor control de la mente, de las emociones y del cuerpo así como para efectuar los cambios deseados del comportamiento (43). La actividad mental creativa ayuda en la relajación de las mujeres para controlar el dolor durante el trabajo de parto, el visualizar una escena agradable repercutirá en la sensación física (25).
- Estimulación musical, táctil y verbal: Durante la gestación se estimula al bebé mediante canciones o simplemente el hablarle de forma cotidiana, junto a las distintas actividades musicales o del habla se pueden utilizar los masajes sobre el vientre con las

manos o masajeadores suaves.

- Respiración rítmica: El controlar la respiración y siendo consciente de cada paso generará una sensación de tranquilidad y esta técnica junto a cualquiera de las otras ya mencionadas lograrán generar cierto vínculo con el bebé.
- Trascendencia: Analizar el ambiente materno, las conductas, relaciones interpersonales, ya que así se podrán manejar situaciones críticas y modificar conductas para que la madre se inunde de emociones positivas y así fortalecer el vínculo con su bebé.
- Afirmación: La madre aceptará de forma positiva cada cambio, físico o psicológico que se presente durante la gestación y esto concluirá en un sentimiento positivo a la espera del ser que está por llegar.
- Expresión: Expresar afectos al bebé y crear un vínculo seguro (42).

E. **Calistenia:** son movimientos suaves, rítmicos y progresivos, esto nos ayudará a que haya un estiramiento natural y una mayor comodidad de la paciente, lo que a su vez nos permite una mayor elasticidad y flexibilidad durante los movimientos en el trabajo de parto. Llamado también “calentamiento”, permite estirar y trabajar todos los músculos antes de una actividad física, con el fin de evitar posibles lesiones en las articulaciones

3.1.1.5. Métodos alternativos (4; 7):

- **Aromaterapia:** Método en el cual se utilizan fragancias de aceites esenciales aromáticos, ello ayudará a promover la salud y el bienestar del cuerpo, la mente y las emociones de la paciente, esto a su vez ayuda al bebé ya que la madre se siente relajada. Esta es una técnica herbolaria basada en aceites esenciales extraídos de arbustos, flores, árboles, matas y semillas; se usan como tratamiento complementario en alteraciones del sistema nervioso, reducción de estrés, y alivio del dolor físico y emocional

El mecanismo de acción de la aromaterapia comienza en el sentido del olfato llegando a las células olfativas sensoriales, el moco acuoso se encarga de transportar los aromas a los cilios; posteriormente las señales aromáticas son transportadas por unas células receptoras hasta el sistema límbico y el

hipotálamo; al poco tiempo, gran parte de la señal olorosa alcanza la corteza cerebral y se genera finalmente conciencia del olor percibido (38).

Esta práctica se puede aplicar mediante las siguientes formas:

- Vía respiratoria, por medio de inhalación por difusión
- Cerca a la persona, colocar gotas de aceite esencial en una almohada
- Masaje con aceite esencial (29)

○ **Tipos de aromaterapia:**

- **Aromaterapia holística:** Uso de aceites esenciales en el cuerpo para su bienestar, se utiliza como tratamiento periódico mediante masajes y difusores.
- **Aromaterapia clínica:** Sólo debe aplicarlo el personal terapeuta utilizando aceites esenciales en conjunto con otras técnicas de medicina convencional.
- **Aromaterapia estética:** Se utiliza para mejorar el aspecto de la piel con el uso de aceites esenciales (26).

○ **Aceites esenciales para el parto:** Debido a la gran neurocepción al olor durante el parto para la mujer, es recomendado utilizar solo un par de aceites esenciales utilizando un difusor de esencias; algunos ejemplos de esencia que se pueden utilizar son:

- Bergamota, rosa, manzanilla o incienso, ayudan a disminuir el miedo y la ansiedad, promueven la relajación en el momento de las contracciones
- Lavanda, logra un sueño reconfortante en los bebés, es útil para el manejo del dolor durante el trabajo de parto
- Manzanilla, mejora los estados de relajación y promueve la calma

Esta técnica puede mejorar el trabajo de parto reduciendo la necesidad del uso de medicamentos. Durante las contracciones se recomienda realizar masajes en la zona lumbar junto con aceites esenciales, esto puede mejorar la tolerancia al dolor (29).

- **Masoterapia:** es un método en el que se manipulan los tejidos blandos del cuerpo ejercida con las manos, ha demostrado efectos positivos durante el embarazo, disminuye los niveles de ansiedad en la madre lo cual reduce a su vez el nivel de cortisol. Realizar masajes en la zona lumbar y pies favorece a la reducción del nivel de dolor, disminuyendo a su vez la ansiedad, el estrés y la tensión muscular generada por las contracciones (31).

Los beneficios de la masoterapia serían que disminuye el nivel de ansiedad, relaja, aumenta el flujo sanguíneo, reduce el estrés y permite un mayor control del parto por parte de la mujer (Souza et al., 2020; Smith et al., 2018; Kamalifard et al., 2012) (30). La masoterapia es una de las terapias más antiguas de la humanidad, se remonta al 1700 a.de n. Fundadora de formas modernas de terapias corporales asiáticas y siendo fuente de muchos masajes de hoy en día (29). Técnicas como:

- Effleurage o rozamiento: También llamado frotación, consiste en deslizar las palmas abiertas de forma rápida sobre la piel. En esta técnica se convierte la energía mecánica en calor para que haya un calentamiento rápido. Se aplica al inicio del masaje.
- Petrissage o rodadura: Conocido como amasamiento, esta técnica requiere mayor fuerza y experticia ya que consiste en aislar una porción de masa e imprimirle un movimiento, las manos no se desplazan de la posición, son los músculos los que se tratan de desplazar. Con esta técnica se profundiza mucho en los tejidos.
- Fricción: Contacto de dos superficies, en este caso son las manos sobre la piel sin modificar la superficie de contacto, provocan un deslizamiento de esta sobre planos más profundos. Es una de las técnicas más conocidas y difundidas por su acción fisiológica variada. Según la dirección del desplazamiento (longitudinal, transversal, circular, etc.) o bien según la zona de la mano con la que se aplica (digital, digital reforzada, nudillar, etc.)
- Tapotement o percusión rítmica: Golpes rítmicos continuos sobre el tejido muscular, se puede realizar con las palmas, dorso y borde medial de las manos, nudillos, yema de los dedos con las manos cerradas o

abiertas. Algunas formas de aplicar esta técnica son:

- Palmoteo
- Cacheteo
- Digiteo
- Golpes con el puño
- Sacudimiento: Consiste en realizar movimientos oscilatorios cortos y rápidos sobre los tejidos. Se aplica usando una o ambas manos para apretar suavemente el músculo hacia su extremo y sacudirlo flojamente de un lado a otro sin demasiada amplitud. El sacudimiento es un buen movimiento de conclusión del masaje dejando una excelente sensación de relajación (26).

Tipos de masaje:

- Masaje relajante: Se utiliza como relajante y descongestionante, indicado para el estrés y ansiedad, alteración del sueño, agitación, agotamiento físico y mental u otras afectaciones al sistema nervioso central.
- Masaje sedante: Indicado para dolores extremos, se aplican toques suaves, se complementa con otras terapias alternativas.
- Masaje tonificante: Fortalecen los músculos, se realizan de forma energética, con ritmo inconstante, de forma superficial y rápida.
- Masaje descontracturante: En músculos tensos , doloridos y contracturados; se realizan maniobras centrífugas, centrípetas y transversas para vaciado y elastificación de los músculos.
- Masaje circulatorio: Con este tipo de masaje se favorece la activación sanguínea y linfática, eliminando toxinas y mejorando el intercambio de gases y nutrientes. Se realizará un masaje hacia el corazón (centrípeta).
- Masaje terapéutico: se utiliza para la mejora y curación de determinadas alteraciones físicas. El objetivo será tonificar o relajar la musculatura. Buscar los acortamientos musculares y las compensaciones que el cuerpo necesita adoptar para mitigar la sensación de dolor (26).

Técnica de masaje lumbar durante el trabajo de parto:

Se aplicarán las 5 técnicas de masaje:

- Rozamiento: Masajes deslizantes de forma larga para calentar el tejido, tienen diferentes grados de presión:
 - Suave: Aplica presión suave con la punta de los dedos para relajar.
 - Superficial: Es el más común, para calentar los músculos y tejidos con las palmas abiertas cambiando los grados de presión para lograr circulación sanguínea.
 - Más profundo: Utiliza más presión en áreas particulares, sobre todo en áreas tensas.
- Amasamiento: Después de calentar los músculos se aplicará la siguiente técnica donde se comprimen los tejidos suaves de un área de forma rítmica, apretando o enrollando.
- Fricción: Se usan los dedos o pulgares comprimiendo de forma circular o en ritmo perpendicular en áreas específicas.
- Vibración: Sacudir rítmicamente una zona para aflojar y relajar se pueden utilizar ambas palmas en zonas grandes o dos dedos en zonas sensibles y pequeñas.
- Percusión: Aplicar movimientos rítmicos a lo largo del cuerpo, estos “golpecitos” estimulan la circulación sanguínea y endorfinas en el cuerpo. Esta técnica es útil para relajar los músculos y el drenaje linfático. Existen distintos enfoques para aplicar esta técnica:
 - Beating: Golpes ligeros con los puños, se aplica sobre zonas grandes
 - Hacking: Golpes suaves con el borde de las manos, se aplica en zonas pequeñas
 - Slapping: Suaves golpes con las palmas de las manos, se aplica para estimular los músculos
 - Tapping: Golpes suaves y rápidos usando la punta de los dedos, se utiliza en pacientes con sensibilidad especial
 - Cupping: Golpes suaves con la mano en forma de copa, se utiliza para aplicar fuerza profunda en zonas grandes (26).

- **Masaje de aromaterapia:** Un masaje de aromaterapia es un método de terapia que incorpora aceites esenciales en el sistema de amasamiento de músculos y tejidos blandos del cuerpo. Ello con la finalidad de ayudar a aliviar las condiciones médicas, lesiones o para preservar el bienestar. Los masajes de aromaterapia son utilizados ya que la piel es permeable a sustancias liposolubles como los aceites esenciales. Las moléculas de aceite esencial son tan minúsculas que cuando se aplican a la piel son capaces de pasar a través de la capa externa de la epidermis, a la dermis, a los capilares y luego al torrente sanguíneo. La piel es capaz de absorber el aceite aún mejor cuando la circulación sanguínea aumenta como en el momento de un masaje. Según el estudio de Cahuana y Valencia titulado: “Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas” nos indica que el nivel del dolor en trabajo de parto se ve disminuido al utilizar aceites esenciales de Lavanda para poder realizar los masajes lumbosacros. Este beneficio de la disminución del dolor se ve principalmente reflejado en los 6 a 8 cm de dilatación cervical, comparada al nivel del dolor que fue similar en el grupo de estudio y el grupo control, en 4 a 5 cm de dilatación cervical (26).
- **Esferodinamia:** es un método de entrenamiento físico en el cual se utiliza una esfera o pelota de plástico, esta ayudará a facilitar el movimiento y posturas que ayuden a aliviar el dolor de la madre y liberar molestias. También llamada bola suiza se usó inicialmente en niños con eficiencia neurológicas en Suiza, esta pelota se considera una plataforma inestable la cual se creó como juguete en los años 60 y posteriormente lo utilizaron en Alemania para fines obstétricos como la corrección de posturas fetales. Esta estrategia se relaciona con la libertad de movimientos, balanceo pélvico y la posición vertical de la madre, disminuye la ansiedad y el dolor durante el trabajo de parto en la fase activa. También activa la musculatura que ejercen en la posición materna, estos músculos al relajarse disminuyen el dolor en la zona lumbar.

Cuando la mujer se sienta sobre la pelota ejerce una fuerza contraria a la gravedad y esto sirve de soporte al suelo pélvico superficial esto ayuda a no

sobrecargar dichos músculos, también favorece al descenso, rotación y encajamiento de la presentación ya que al flexionar las piernas al estar sentada sobre el balón permite mayor abertura en el canal de parto (38).

La utilización de la pelota Suiza o balón de entrenamiento promueve la relajación y mejora la postura de la gestante, además que fortalece la musculatura del suelo pélvico (30), también trae beneficios al nivel del flujo útero placentario, mejora la actividad uterina y por ende un mejor mecanismo del parto con reducción del dolor.

El tamaño de la pelota a usar dependerá de la talla de la gestante:

- Pelotas de 55 cm 1.50M
- Pelotas de 65 cm 1.60M
- Pelotas de 75 cm 1.70M
- Pelotas de 85 cm hasta 1.80M
- Pelotas de 1 M a más (45).

La técnica al utilizar el balón suizo consiste en que una vez sentada la gestante debe realizar movimientos de balanceo y rotación de la pelvis con la columna derecha y los pies apoyados en el suelo. Algunos ejercicios que se pueden aplicar durante el trabajo de parto son:

- Posición sentada con pelvis en anteversión: Dicha posición va a favorecer el descenso y la correcta alineación feto-pélvica. La gestante deberá estar con la espalda erguida y ligeramente curvada hacia adelante. Si se coloca la espalda curvada hacia atrás y la pelvis hacia atrás en retroversión, se perderán los beneficios. En esta posición se relaja toda la musculatura lumbal, dando movilidad a la pelvis
- Decúbito lateral: La gestante debe estar echada sobre una superficie plana y sujetar la pelota entre las piernas. Esta posición favorece el inicio de la fase de expulsión
- Posición cuadrúpeda: Se debe usar en cortos periodos ya que se tornaría agotadora si se usa durante largo tiempo. La mujer debe arrodillarse

sobre una superficie plana y recargar la parte superior de su cuerpo sobre la pelota, esta facilita el movimiento de la pelvis ayudando al encaje y rotación de la cabeza del bebé (38).

- Ejercicios en la pelota: La mujer sentada y con las piernas abiertas, con los pies perfectamente apoyados en el suelo y sujetándose de algo con las manos, se hará el movimiento similar al de una sentadilla, lo cual favorecerá la apertura del diámetro superior de la pelvis, a tiempo que permite a la madre tener control de sus movimientos y permite la disminución del dolor.

Delgado B, Cortez I, Poveda A, Caballero, en mujeres nulíparas de 18 a 35 años de bajo riesgo a término, realizaron una intervención que consistía en la realización de movimientos sentadas sobre pelotas durante el trabajo de parto. En los resultados se obtuvo que a los 4 cm el grupo experimental refirió menos dolor que el grupo control. En relación a la disminución de la sensación de dolor, Gau y colaboradores, encontraron beneficios con el uso de pelotas, logrando una mejor eficacia del trabajo de parto en el primer periodo, menor necesidad del uso de anestesia epidural y un menor número de partos por cesárea (31).

Mirzakhani et al. En 2015, realizaron un estudio en 54 mujeres iraníes en el que evaluaron si la esferodinamia reducía el número de cesáreas en contraste con el parto vaginal. Encontraron una reducción significativa en la tasa de cesáreas en el grupo de intervención. También observaron una diferencia significativa al utilizar esta terapia, al potenciar el descenso y la rotación de la cabeza del feto al inicio de la fase activa y durante la segunda etapa del parto

Mutoharoh et al. en 2020, observaron que la pelota de parto acelera la segunda etapa del trabajo de parto al aumentar el área pélvica en un 30 % y aumentando, a la vez, la elasticidad de los músculos alrededor del pelvis. Además, Henrique et al. en 2016, determinaron en un estudio que la combinación de un baño caliente y la pelota suiza fue más efectiva para la progresión del trabajo de parto, en comparación con el uso aislado de la pelota (44).

3.1.2 Trabajo de parto

Se define como trabajo de parto a un conjunto de fenómenos fisiológicos que tienen como objetivo la salida de un feto viable de los genitales maternos (32).

3.1.2.1. Periodos del Trabajo de Parto:

Según Williams, el trabajo de parto se divide en tres etapas las cuales son:

A. **Primer período. Borramiento y dilatación cervical:** Inicia con la aparición de contracciones uterinas que son caracterizadas por un aumento en la frecuencia, intensidad y duración. Dichas contracciones uterinas generan cambios en la forma del cuerpo uterino, alargándolo en forma ovoide, lo cual ejerce presión en el eje fetal, a su vez ello genera que las fibras musculares longitudinales se tensen y esto origina que el segmento inferior se tire hacia arriba en dirección hacia el polo fetal, lo cual genera la dilatación cervical y el borramiento (10).

A su vez la dilatación cervical se divide en dos fases:

- **Fase latente:** de los 0 cm de dilatación cervical a los 4 cm de dilatación, es de un progreso más lento. Puede durar hasta 20 horas en nulíparas y hasta 14 horas en multíparas (10;11).
- **Fase activa:** será el periodo comprendido de los 4 cm a los 10 cm de dilatación cervical. A su vez la fase activa se divide en: una fase de aceleración (4-8cm) en la que podemos ver que predomina la aceleración. Y una fase de desaceleración (8-10 cm) en esta fase predomina el descenso de la cabeza fetal. Puede tener una duración de 6 horas en nulípara y 4 horas en multíparas (11; 12).

B. Segundo periodo. Dilatación completa y Parto (Expulsivo):

Esta fase inicia a los 10 cm de dilatación cervical. Y que culmina con el parto, cuyos mecanismos son (10):

- Cabeza flotante, antes del encajamiento
- Encajamiento, descenso y flexión.
- Descenso adicional, rotación interna.
- Rotación completa, extensión inicial.

- Extensión completa.
- Restitución (rotación externa).
- Salida del hombro anterior.
- Salida del hombro posterior.

C. Tercer Periodo. Alumbramiento:

Expulsión de la placenta y membranas: Inicia inmediatamente después del parto fetal, implica la expulsión de la placenta y los anexos (10).

3.1.3 Dolor

3.1.3.1 Concepto del dolor

La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), en 1978 define al dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión real o potencial o descritos en término de dicho daño. En el año 2020 el concepto se actualiza, definiendo el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable la cual se asociada o similar a la asociada a una lesión tisular real o potencial (13).

Ya que se define al dolor como una respuesta emocional podemos concluir entonces que el dolor es subjetivo según lo describa cada persona, pero no por eso es menos importante el testimonio del paciente.

3.1.3.2 Historia del dolor (14):

El dolor es tan antiguo como la sociedad misma y la presencia de los primeros humanos en la tierra, se tienen evidencias de que en antiguas civilizaciones los miembros de estas sufrieron distintas enfermedades, fracturas, etc. Por lo que indicaría la presencia de dolor; y aunque en antiguas culturas se creía que este era causado por castigo divino, maldiciones o hechicería, para los cuales se practicaban diferentes rituales, intervenciones y en algunos casos se utilizaban distintas plantas para menguar tal dolor, por ejemplo en el Perú se utilizaba la

ya conocida hoja de coca.

En culturas antiguas, como la Mesopotámica, se consideraba un castigo de los dioses creyendo que la localización del dolor se daba porque un demonio devoraba tal parte.

Mientras que en la cultura egipcia e hindú se creía que el dolor se transmitía desde el corazón y tenía que ser expulsado mediante el vómito, la orina, etc. En la cultura china se menciona el yin yan, que era el equilibrio de fuerzas internas; usaban la acupuntura para restablecer el equilibrio en el cuerpo y por ende aliviar el dolor.

Al buscar el origen del dolor fuera de cualquier creencia, Hipócrates formula la teoría de los cuatro humores, el equilibrio de la bilis amarilla, negra, sangre y flema; cuando esto se encuentra en desequilibrio surgen las enfermedades. En el siglo VI a.C Alcmeón de Crotona postula que el cerebro es el centro de las sensaciones y la razón, pero esta idea es pasada por alto por Aristóteles en el siglo IV

a.C quien creía que el corazón era el centro de las funciones vitales y el alma

Entre los siglos I y II Galeno de Pérgamo retoma la postura de Alcmeón elaborando su teoría de la sensación ubicando el centro de sensibilidad en el cerebro y distingue tres tipos de nervios: motores, sensitivos y los nervios relacionados con el dolor. Él describe al dolor como una sensación molesta captada por todos los sentidos, el cual advierte y ayuda al momento de dar un diagnóstico.

Leonardo Da Vinci durante el siglo XV y XVI postula que el dolor se relaciona con la sensibilidad táctil el cual se transmite por los nervios y la médula espinal hasta el cerebro.

René Descartes explica por primera vez el mecanismo del dolor en su libro El tratado del hombre de 1664, este indica que el dolor depende de una lesión y la intensidad es proporcional a la magnitud de la lesión.

En 1932 Edgar Douglas y Charles Scott destacan que el dolor es parte de un mecanismo el cual incluye al sistema nervioso en conjunto y apuntan también la discordancia de sensación de dolor en pacientes con lesiones graves, la cual era nula a diferencia de pacientes sin lesiones los cuales aseguraban sentir dolor.

En conjunto el psicólogo Ronald Melzack y el neurocientífico Patrick Wall postulan la relación de la percepción del olor y la influencia de la mente, la Teoría compuesta, esta teoría explica la disminución del dolor cuando el cerebro está distraído.

3.1.3.3 Historia del dolor en el trabajo de parto (15):

Así como el dolor es tan antiguo como la existencia de la humanidad podemos saber que el dolor del parto está íntimamente ligado con la existencia de la mujer, lo que ha evolucionado con el tiempo, la cultura y creencias es la visión de la maternidad y lo que significa el parto. En un inicio se tenía al parto con un hecho natural y se manejaba por el instinto.

Antes se creía que el dolor era castigo, por ejemplo la religión católica refiere al parto como castigo por el pecado original así que este tenía que ser un proceso doloroso y que no se debían de realizar acciones para disminuir el dolor ya que esto también era pecado Durante la edad media y Renacimiento se considera al dolor como una emoción y a la mujer como histérica por tener dolor imaginario durante el parto. Así llegamos al siglo XIX donde se aborda el parto mediante procesos médicos pero en clases sociales altas, esto ayuda a identificar las causas del dolor. Llegamos a las últimas épocas donde se promueve la orientación y desarrollo individual, también se consideran los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

3.1.3.4 Dolor en el parto

El dolor de parto afectará a la mujer de forma física y emocional; este fenómeno se relaciona con factores fisiológicos, contracciones uterinas, dilatación de cuello uterino, y presión del bebé sobre la pelvis, a nivel psicológico la percepción del dolor puede incrementarse por el miedo y la ansiedad (16).

Se sabe que el dolor que experimenta una mujer durante el trabajo de parto es uno de los dolores más intensos y significativos en su vida, pero es necesario considerar que la percepción del dolor en cada persona es diferente por lo cual es subjetivo y variable, dependiendo este de distintos factores, generacionales,

psicológicos, clínicos, etc (17).

El dolor que la mujer siente durante el trabajo de parto debe ser abordado de manera individual ya que la intensidad de este y la respuesta a las molestias son distintas en cada persona (18).

- **Fisiología del dolor en el trabajo de parto (18):**

El dolor y la incomodidad del parto tienen dos orígenes: visceral y somático. La dilatación y borramiento cervical será causado por las ya conocidas contracciones uterinas y durante estas las arterias que irrigan al miometrio serán comprimidas produciendo una disminución de flujo sanguíneo y así la disminución de oxígeno en la zona.

Durante la dilatación los impulsos de dolor se transmiten por los nervios espinales T10 a T12 y L1 y los nervios simpáticos torácicos inferior y lumbar superior accesorios, nervios originados en el cuerpo y cuello del útero.

La distensión del segmento uterino, la dilatación y borramiento, la presión sobre estructuras cercanas y nervios y la isquemia uterina son los causantes del dolor visceral; el cual se define como el dolor causado por la distensión de las capas que rodean un órgano visceral. Este dolor se origina en el útero y se irradia a la pared abdominal, área lumbosacra en la espalda, área ilíaca, glútea y de los muslos.

Mientras las contracciones aumentan en intensidad, duración y se vuelven más rítmicas, la gestante se fatiga y empieza a desanimarse, afrontando con dificultad cada contracción

Durante el periodo expulsivo el dolor que siente la mujer es somático, que se define como dolor bien localizado y descrito como agudo (19).

A causa de la distensión y tracción del peritoneo, presión contra la vejiga y recto, distensión de tejidos perineales y suelo pélvico, permitiendo el paso del feto y posibles laceraciones en tejidos blandos. Los impulsos dolorosos durante el periodo expulsivo se transmiten por el nervio pudendo a través de los segmentos de los nervios espinales S2 a S4 y el sistema parasimpático

El dolor durante el trabajo de parto puede ayudar de cierta manera, ya que con este la mujer y el personal de salud pueden reconocer el

comienzo del trabajo de parto; nos preguntamos entonces porqué la mujer debe sentir tanto dolor durante este proceso. Para contestar esta pregunta podemos centrarnos en la explicación de Velvoski, Platinov y Nikolaiev, quienes fueron discípulos de Pavlov, ellos relacionan el dolor de parto como un reflejo condicionado por estímulos fisiológicos y religioso-culturales, proponen el descondicionar el miedo mediante lenguaje aséptico, relajación de Schultze, que consiste en la relajación concentrativa de seis zonas diferentes del cuerpo junto a respiraciones mentales, músculos, vasos sanguíneos, corazón, respiración, órganos abdominales y cabeza (20). Darle a la gestante ideas positivas hará que ella tome un papel activo, realizando los distintos ejercicios.

Podemos entender entonces que el dolor como tal es percibido en diferente intensidad en cada persona y por ende el dolor de parto de la misma forma será subjetivo en cada paciente; y para poder evaluar el nivel de dolor de cada individuo podemos utilizar distintas escalas que ayudarán a dar una referencia de intensidad de dolor.

Al individualizar la sensación de dolor de parto en cada gestante nos dará la oportunidad de desarrollar y aplicar distintas estrategias que permitan aliviar el dolor de manera efectiva y así mejorar la experiencia del trabajo de parto.

3.1.4 Escala de EVA

Esta escala se utilizó inicialmente para evaluar el estado de ánimo en pacientes de un estudio psicológico. En 1974 es introducida por Bond y Lader por su alta sensibilidad y validez de medición ya que evalúa el dolor de leve a severo con mayor precisión, también se recalca su simpleza ya que no depende del lenguaje (21).

Permite medir la intensidad del dolor con la máxima reproducibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo

se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros (22).

La valoración será (23):

- Dolor leve, persistente, no interfiere con las actividades
 - 1 Dolor leve, apenas perceptible
 - 2 Dolor menor, molesto
 - 3 El dolor se nota y distrae, se puede acostumbrar
- Dolor moderado, interfiere con las actividades
 - 4 Dolor moderado, se puede ignorar si se está muy concentrado en una actividad pero distrae
 - 5 Dolor moderadamente fuerte, no se puede ignorar, con esfuerzo se pueden realizar actividades
 - 6 Dolor fuerte Interfiere con las actividades, difícil concentración
- Dolor severo, incapacita la realización de actividades
 - 7 Dolor severo, domina los sentidos, limita la capacidad de realizar actividades, socializar e interfiere con el sueño
 - 8 Dolor intenso, actividad física limitada, conversar requiere esfuerzo
 - 9 Dolor insoportable, incapaz de conversar, llanto incontrolable
 - 10 Dolor indecible, delirando, muy pocos experimentan este dolor (24)

3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

- **TÍTULO:** Cambios en el dolor durante el trabajo de parto.

AUTOR: Luz Angela Reyes Londoño, Jhovanna Edelmira Olmos Botero, Diana Maria Gaitan González, Andrés Felipe Salazar Salazar.

PUBLICADO EN: Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica, Volumen 38, número 4. 2019. Hospital San Vicente de Paul Palmira, Colombia

RESUMEN

Objetivos: Determinar cambios en la sensación del dolor después de técnicas de relajación en parturientas.

Materiales y métodos: Estudio cuasi experimental, en un hospital en el año 2013, muestra 35 mujeres. Variables: sociodemográficas, clínicas; conocimiento del dolor y sensación con la Escala Análoga Visual (EVA) antes y después de la intervención (posicionamiento, ejercicios respiratorios, masaje sacrolumbar y técnica de Jacobson).

Resultados: La posición preferida decúbito lateral 45,7% y supino 42,9%. Con ejercicios respiratorios el dolor fue 68,6% severo al inicio y al final moderado. Con el masaje terapéutico el dolor en el 57,1% fue moderado y al final leve; y en el 31,4% desapareció. Con Jacobson el 68,6% refirió dolor severo inicialmente, pasando a moderado en el 60,0%.

Conclusiones: Se lograron cambios en la sensación de dolor tras la aplicación de las técnicas durante el trabajo de parto (24).

- **TÍTULO:** Terapia de balón para manejo del dolor y sus efectos en el parto
AUTOR: Efraín Eleazar Sanabria Martínez, Maricarmen Ortiz Serrano, Nelson Edgardo Chávez Barrios, Gianluca Paggi Gordon, Fabiola Sofía Ventura Cornejo, Zayra Geraldine García.

PUBLICADO EN: Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud Vol. 5 Num 1. 2022. El Salvador.

RESUMEN

Objetivos: El objetivo de la revisión es describir su aplicación como medida no farmacológica para el manejo del dolor y sus efectos en la evolución del trabajo de parto.

Materiales y métodos: Para alcanzar esto, se realizó una revisión bibliográfica basándose en artículos científicos publicados en los últimos cinco años. Esta técnica no farmacológica ha demostrado beneficios en el manejo del dolor y la ansiedad materna.

Resultados: Durante el embarazo y el trabajo de parto, esta terapia promueve la corrección postural, la relajación y el estiramiento de los músculos del piso pélvico. Además, ayuda en el descenso y rotación de la cabeza fetal y aumenta la dilatación del cuello uterino, facilitando el parto natural. La terapia de balón reduce el tiempo de trabajo de parto y es una medida eficaz no farmacológica para el manejo del dolor. Así mismo, ayuda a corregir la presentación fetal y evita procedimientos obstétricos.

Conclusiones: La terapia de balón es una medida no farmacológica eficaz para el manejo del dolor y ansiedad durante el trabajo de parto. A través del estiramiento y la relajación de músculos pélvicos, esta terapia reduce el tiempo del parto y ayuda a corregir la presentación fetal, evitando así, procedimientos obstétricos tales como la cesárea y la episiotomía (44).

- **TÍTULO:** Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto:
revisión bibliográfica

AUTOR: Eva Aranda Omeñaca.

PUBLICADO EN: Repositorio Documental de la Universidad de Valladolid, España 2020. España.

RESUMEN

Objetivos: Analizar mediante una revisión bibliográfica los métodos no farmacológicos para el control del dolor en el parto, que puede aplicar enfermería.

Materiales y métodos: Revisión bibliográfica narrativa desarrollada entre diciembre de 2019 y abril de 2020, realizada en las bases de datos PubMed, Cuiden Plus, Scielo, Encuentra y Dialnet. Para la búsqueda de los artículos se utilizaron DeCS y términos MeSH, relacionados con los operadores lógicos booleanos AND y OR. Se seleccionaron 34 documentos.

Resultados: Las GPC consultadas incluyen diferentes métodos entre sus recomendaciones para el alivio del dolor. Se dividen en: métodos de relajación (control de la respiración, yoga, musicoterapia, aromaterapia y mindfulness), de aplicación manual (termoterapia, crioterapia, masaje e inyecciones de agua estéril) y otros (cambio de posición, esferoterapia, hidroterapia y Sofropedagogía obstétrica).

Conclusiones: Los métodos con una menor recomendación son las técnicas de respiración, el mindfulness, la termoterapia / crioterapia y las inyecciones de agua estéril. Las técnicas de relajación como el yoga, la aromaterapia y la musicoterapia; las manuales como el masaje o el cambio de posición; y, la esferoterapia o la hidroterapia, se presentan efectivas en alivio del dolor en el parto (46).

3.2.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- **TÍTULO:** Psicoprofilaxis de emergencia en primigestas en trabajo de parto. hospital materno infantil carlos showing ferrari, amarilis-Huánuco. julio a diciembre, 2019.

AUTOR: García Ruiz Kendra Janseny, Nuñez Orihuela Katerine Katiuska, Vera Masgo Mishell Roxxette.

PUBLICADO EN: Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego, Huánuco.

RESUMEN:

Objetivos: Determinar la efectividad de la psicoprofilaxis de emergencia en el trabajo de parto de las primigestas del Hospital Materno Infantil “Carlos Showing Ferrari” de julio a diciembre del 2019.

Materiales y métodos: La muestra estuvo constituida por 60 gestantes, 30 de ellas corresponden al grupo de estudio y 30 al grupo control, seleccionadas según criterios de inclusión y exclusión. La técnica empleada fue la observación no participante, pero de una forma sistemática, estructurada y el instrumento fue una ficha de chequeo u observación, presentando fuerte fiabilidad con un coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,807.

Resultados: La edad promedio es de 21 años, el 63,3% son convivientes, el 73,3% han alcanzado el nivel secundario, el 73,3% son ama de casa y el 65,0% proceden de zona urbana. Los beneficios maternos durante el periodo expulsivo y alumbramiento son: El 100% de gestantes del grupo de estudio presentaron una duración adecuada en ambos periodos, mientras que del 100% de gestantes del grupo control, el 53,3% presentaron una duración inadecuada. Respecto a la relajación y respiración en las primigestas en trabajo de parto con y sin psicoprofilaxis de emergencia: El 43,3% realizaron siempre una respiración lenta y profunda durante el expulsivo, el 48,3% realizaron siempre respiración jadeante en el alumbramiento.

Conclusiones: Según la prueba de hipótesis, con un valor $p \leq$ de 0,000 se concluye que la psicoprofilaxis de emergencia en el trabajo de parto de las primigestas es efectiva, en el periodo de dilatación se evidenció la tranquilidad, seguridad y satisfacción de las pacientes además que se

incorporaron actividades en este periodo como relajación, respiración y autocontrol (25).

- **TÍTULO:** Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia y dolor durante el trabajo de parto. San Marcos, Cajamarca – 2024.

AUTOR: Chugnas Chuquilín, Dévora Nathaly

PUBLICADO EN: Repositorio Universidad Nacional de Cajamarca.

RESUMEN:

Objetivos: Determinar la influencia entre la POE y la percepción del dolor durante el trabajo de parto en gestantes que recibieron y no POE.

Material y métodos: Estudio Cuantitativo, observacional y diseño cuasi experimental. La muestra incluyó a 64 gestantes, divididas en dos grupos: preparadas y no preparadas con POE.

Resultados: la edad promedio fue de 26 y 35 años, convivientes, secundaria incompleta, zona rural, amas de casa; multigestas, mayor a 6 AP y edad gestacional a término. La actitud de las gestantes preparadas, en los tres periodos del parto se manifestó como POE positiva. La percepción del dolor en el periodo de dilatación fue de muy severo a severo en gestantes con POE, y muy severo en gestantes sin POE. Al inicio del período expulsivo, la percepción del dolor fue moderado en ambos grupos. La percepción del dolor durante el periodo de alumbramiento es leve en gestantes con POE; y moderado a severo en gestantes sin POE.

Conclusiones: Existe asociación significativa entre la actitud negativa de la fase activa del trabajo de parto, el dolor y el suministro de POE (Sig.=0.001 menor a 0.05). Existe relación entre la actitud y la percepción del dolor durante el trabajo de parto en la fase activa (sig=0,001). Durante el periodo expulsivo existe una relación significativa entre la actitud y la percepción del dolor durante el trabajo de parto (sig=0,001). Se concluye que la POE si tiene influencia en la percepción del dolor durante el trabajo de parto.

PALABRAS CLAVES: actitud, percepción, dolor, trabajo de parto (47).

3.2.3 ANTECEDENTES LOCALES

- **TÍTULO:** Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de salud Maritza Campos Díaz. junio-julio. 2021. Arequipa

AUTORES: Cahuana Huacasi, Anabel Yuleysi; Valencia Ramirez, Karina Lizbeth.

PUBLICADO EN: Repositorio de la Universidad Católica de Santa María, Arequipa.

RESUMEN:

Objetivo: Comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto en primigestas a quienes se les aplicó y no se les aplicó masaje lumbar con aceite de lavanda en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Junio - Julio del 2021.

Materiales y métodos: Se realizó un trabajo de investigación cuantitativo, de nivel experimental, explicativo, prospectivo, longitudinal y comparativo. La población del estudio comprendió a 20 primigestas que fueron atendidas en el Centro de Salud antes mencionado que cumplieron con los criterios de selección. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de t de student con un nivel de significancia del 5%.

Resultados: El nivel de dolor promedio en las primigestas del Centro de salud Maritza Campos Díaz a quienes se les aplicó el masaje lumbar con aceite de lavanda fue de 4.3 durante el trabajo de parto a los 4 a 5 cm de dilatación, mientras que el dolor promedio durante el trabajo de parto a los 6 a 8 cm de dilatación fue de 6.1. En cuanto al nivel de dolor promedio en las primigestas del Centro de Salud Maritza Campos Díaz a las que no se les aplicó el masaje fue de 4.7 durante el trabajo de parto a los 4 a 5 cm de dilatación, mientras que las primigestas tuvieron nivel de dolor promedio de 8.00 durante el trabajo de parto a los 6 a 8 cm de dilatación. El nivel de dolor durante el trabajo de parto en primigestas a quienes se les aplicó y no aplicó el masaje lumbar con aceite de lavanda a los 6 a 8 cm de dilatación presentó diferencia estadística significativa ($P < 0.05$).

Conclusiones: Se comprobó que la aplicación de masaje lumbar con aceite de lavanda tuvo efecto en la disminución del nivel del dolor lumbar durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas (26).

- **TÍTULO:** Factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020.

AUTOR: Hernández Ortega, Ana Carolina.

PUBLICADO EN: Repositorio Universidad Católica de Santa María. Arequipa

RESUMEN:

Objetivos: Conocer los factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto de gestantes atendidas en un hospital.

Métodos y materiales: Se siguió el diseño de casos – controles en una muestra representativa de 140 gestantes en trabajo de parto activo, donde los casos fueron gestantes con intensidad alta de dolor, medido con el test numérico visual del dolor en el trabajo de parto y se aplicó una encuesta semiestructurada para identificar los factores de riesgo.

Resultados: La edad de la gestante no está relacionado con la intensidad del dolor durante el trabajo de parto y, no proceder de la provincia de Arequipa, es un factor débil para presentar intensidad alta de dolor ($OR = 1.237$). Los factores: afectación a la salud durante la gestación ($OR = 2.4$), tener antecedentes patológicos anteriores a la gestación ($OR = 2.641$), el estado civil soltera o separada ($OR = 5.15$), la relación de pareja insatisfactoria ($OR = 1.269$), la actitud negativa de la familia hacia la gestación ($OR = 1.924$), la gestación no deseada ($OR = 1.924$), el control prenatal inadecuado ($OR = 1.237$) y la no empatía del personal de salud ($OR = 2.288$), son factores de riesgo para presentar dolor de intensidad alta durante el trabajo de parto

Conclusiones: Según el análisis multivariado, sólo el antecedente patológico anterior a la gestación es un factor de riesgo ($P = 0.029$). El número de parto, la edad gestacional, el grado de instrucción y la actividad laboral remunerada, no son factores de riesgo. El antecedente patológico anterior a la gestación, es un factor de riesgo para presentar intensidad alta de dolor durante el trabajo de parto.

Palabras clave: dolor por contracciones uterinas, trabajo de parto (48).

1. HIPÓTESIS

Dado que, el programa completo de seis sesiones de psicoprofilaxis tiene la finalidad de preparar física y psicológicamente a la paciente controlando la triada temor, tensión, dolor en la fase activa del trabajo de parto y de esta manera reducir los riesgos materno-perinatales.

Es probable que, aplicar técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia a gestantes que no llevaron el programa completo de psicoprofilaxis, disminuya el dolor en la fase activa del trabajo de parto en mujeres nulíparas.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Psicoprofilaxis Obstétrica de emergencia	SÍ realiza	Observación experimental	Ficha de recolección de datos y ficha de actividades (Anexo N° 2 y 3)
	NO realiza		
Dolor durante la fase activa del trabajo de parto	Escala Visual Numérica (EVA)	Entrevista	Escala de EVA (Anexo N° 1)
Características sociodemográficas	Edad	Entrevista	Ficha de recolección de datos (Anexo N° 2)
	Grado de instrucción		

1.1. Técnica

Observación experimental y entrevista.

1.2. Instrumento

- Escala de EVA (Anexo 1)
- Ficha de recolección de datos (Anexo 3)
- Ficha de actividades (Anexo 2)

1.3. Materiales

- Escala de EVA
- Pelota de pilates
- Aceite de lavanda
- Material de escritorio
- Cuestionario

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial:

2.1.1. Precisión del lugar:

- País: Perú
- Departamento: Arequipa
- Provincia: Arequipa
- Distrito: Jose Luis Bustamante y Rivero
- Dirección: Avenida Daniel Alcides Carrión 505
- Ámbito específico: Hospital III -1 Regional Honorio Delgado Espinoza

2.1.2. Caracterización del lugar:

El Hospital III-1 Regional Honorio Delgado Espinoza, pertenece al Ministerio de Salud, se atienden especialidades de alta complejidad y casos no solo de la población Arequipeña, sino que también se atienden casos de la Región Sur.

2.1.3. Delimitación geográfica: Ver ANEXO 6

2.2. Ubicación temporal

2.2.1. Cronología:

El presente estudio se realizó en el mes de octubre-diciembre del año 2024.

2.2.2. Visión Temporal:

Prospectivo

2.2.3. Corte Temporal:

Transversal

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Universo

2.3.1.1 Criterios de inclusión

- a. Mujeres nulíparas
- b. Mujeres de 18 a 35 años.
- c. Gestaciones a término (entre 37 a 41 semanas).
- d. Parturientas que se encontraran en la fase activa del trabajo de parto.
- e. Gestaciones sin patologías paralelas.
- f. No recibió sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo.
- g. Mujeres en trabajo de parto con feto único vivo en presentación cefálica.

2.3.1.2 Criterios de exclusión:

- a. Mujeres menores de 18 años.
- b. Mujeres mayores de 35 años.
- c. Dilatación estacionaria.
- d. Pacientes programadas para cesárea.
- e. Pacientes que se encuentren en la sala de dilatación para control estricto de latidos.
- f. Pacientes que no cumplan con los criterios de inclusión.

2.3.1.3 Universo Cuantitativo

El universo de esta investigación fue de 52 pacientes nulíparas, las cuales fueron atendidas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Muestra

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra estuvo conformado por 26 pacientes nulíparas. Para determinar el número de repeticiones, se utilizó la siguiente fórmula:

$$r \geq 2 (z_{\{\alpha/2\}} + z_{\{\beta\}})^2 (\{\sigma\}/\{\delta\})^2$$

$$r \geq 2 [1.96 + 0.84]^2 (1.3 / 1)^2$$

$$r \geq 26$$

$Z_{\alpha/2}$: Asociado con el error tipo I

Z_{β} : Asociado con el error tipo II

σ : Se obtiene de experimentos previos, se usó la desviación del trabajo de investigación de Cahuana A., Valencia K. Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de Salud Maritza Campos Diaz. junio- julio. 2021(26). la cual fue 1.3

δ : La verdadera diferencia que se detectará

Grupos

- Grupo de estudio: 26 nulíparas, a las cuales se les enseñó y aplicó técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia
- Grupo control: 26 nulíparas, a las cuales no se les enseñó ni aplicó técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia

Tipo de muestreo:

Muestreo deliberado, crítico o por juicio.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

Se realizó una solicitud al Dr. Carlos Medina Linares, quien es director General del Hospital Honorio Delgado (ANEXO 7)

Preparación de las unidades de estudio

En el área de Centro obstétrico se identificaba a la unidad de estudio y se le explicaba el procedimiento que se llevaría a cabo y los posibles beneficios; ellas firmaban el consentimiento informado (ANEXO 5).

Al empezar se le pedía a la gestante que calificara su dolor con la escala analógica visual. El primer grupo de estudio de nulíparas ($n=26$) realizó las actividades mencionadas en la ficha de actividades (ANEXO 2) y este dato se anotaba en la ficha de recolección de datos (ANEXO 3)

Primero se les explicó las técnicas de respiración, sobre todo la respiración profunda durante las contracciones, la cual mediante la práctica y el acompañamiento a las gestantes se pudo realizar esta técnica durante el dolor. Cuando la dilatación estaba en 8-9 cm se les explicaba la respiración jadeante para que pudiera aminorar el dolor y las ganas de pujar.

SEGUNDO se le pedía a la gestante colocarse en posición decúbito lateral izquierdo para realizarle la técnica de masaje lumbar con aceite de lavanda, se usaron 5-8 gotas de aceite esencial de lavanda en cada masaje. Se realizaban 20 minutos de masajes usando las maniobras de Effleurage -manipulación deslizante desde regiones proximales hasta distales con presión ligera en la zona lumbar- y fricción profunda -comprimir la palma de la mano a las fibras de la zona lumbar en toda su extensión y profundidad-

TERCERO se le daba libertad a la gestante para que pudiera caminar y moverse como deseara fuera del dolor y al momento de la contracción se le pedía colocarse de pie frente a su cama, que servía como soporte, abrir las piernas a nivel de los hombros y balancear las caderas a los costados, y después de varias repeticiones se combinaba con sentadillas, también se realizaron varias repeticiones de estas.

CUARTO se realizaron ejercicios de esferodinamia como movimientos

circulares y sentadillas sobre la pelota.

Cada una de estas actividades tuvo una duración de 20 minutos y se realizó en 2 etapas según la dilatación, de 4-7 cm y de 7-9 cm. Al terminar cada una de las actividades se le pedía a la gestante autocalificar su nivel del dolor usando la escala visual analógica del dolor.

Al finalizar la primera etapa con todas las actividades cumplidas se le daba elección a la gestante para elegir la técnica más cómoda y que disminuyera más su dolor.

Cabe recalcar que algunas de estas técnicas fueron usadas en la totalidad o casi totalidad del trabajo de parto en fase activa, como por ejemplo la respiración la cual se enseñó y repaso durante todo el proceso y el masaje lumbar que en algunas ocasiones fue realizado hasta casi el término del trabajo de parto.

De igual manera el segundo grupo de nulíparas ($n=26$), las cuales solo estuvieron en observación, se les pidió autocalificar su nivel del dolor en ambas etapas usando la escala analógica del dolor.

Para verificar la dilatación se realizó el seguimiento de las gestantes mediante el partograma, tanto del grupo de estudio como el de control.

3.2 RECURSOS

3.2.1 Recursos humanos

- Asesor de investigación:
 - Mg. Marcos Herrera Cárdenas.
- Investigadoras:
 - Agramonte Medina Marcia Corali.
 - Estrada Barrios Ilian Lorena.

3.2.2. Recursos físicos

Instalaciones del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

3.2.3 Recursos financieros

Recursos propios de las investigadoras (Autofinanciado).

3.3 Validación del instrumento

Para esta investigación fueron usadas las técnicas de observación experimental y una ficha de recolección de datos.

Para la medición del dolor en las gestantes nulíparas durante el trabajo de parto en fase activa se utilizó la escala analógica visual (EVA).

El instrumento de la Escala analógica del dolor (EVA) fue validado en el año 2001 por Polly E. Bijur, Wendy Silver y E. John Gallagher en la investigación "Fiabilidad y validez de una escala visual analógica para el dolor abdominal agudo en urgencias" donde se evaluó la fiabilidad de la escala analógica visual (EVA) para la medición del dolor agudo, se pidió a los pacientes que calificarán la intensidad del dolor colocando una marca en un EVA de 100 milímetros. El EVA fue colocado horizontalmente con los extremos etiquetados "menos dolor posible" y "peor dolor posible", minutos después, se pidió a los pacientes que calificaran la severidad del dolor de nuevo en un EVA nuevo sin referencia a la primera medida. Se eligió un minuto como intervalo de tiempo entre clasificaciones emparejadas bajo la suposición de que la mayor parte del dolor no cambiaría dentro de un período de 1 minuto. Este procedimiento se repitió en tiempos 0 y 1 minuto, 30 y 31 minutos, 60 y 61 minutos, 90 y 91 minutos y 120 y 121 minutos durante un máximo de dos horas o hasta que el paciente abandone el servicio de urgencias, el análisis de datos, una muestra prospectiva de conveniencia de adultos con dolor agudo, se utilizó un análisis de Bland-Altman que consiste en cálculos, la diferencia entre las puntuaciones de dolor emparejadas 1 un minuto de diferencia. Concluyendo que la confiabilidad de la EVA para la medición del dolor agudo según la evaluación del coeficiente de correlación intraclase (ICC) parece ser alta. El 90% de las calificaciones de dolor fueron reproducibles dentro de 9 mm. Estos datos sugieren que la EVA es lo suficientemente confiable y válido

como para ser utilizada para evaluar el dolor agudo (27).

Así también en el año 2005 Williamson A. y Hoggart B. en su estudio “Dolor: Una revisión de tres escalas de calificación del dolor comúnmente utilizadas”, ponen a prueba distintas escalas para medir el dolor incluyendo al EVA, VRS y NRS. Encontrando que las tres herramientas son de carácter fiable y válido (28).

FIGURA N°1

ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE DOLOR (EVA)

<i>Visual analogue scale</i>											
No pain						Worst pain imaginable					
											
<i>Numerical rating scale</i>											
No pain						Worst imaginable pain					
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<i>Verbal ratingscale</i>											
0	No pain										
1	Mild pain										
2	Moderate pain										
3	Severe pain										

***Elaboración: Williamson A. y Hoggart B.**

TABLA N° 1

CORRELACIÓN DE COEFICIENTES DE LA ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE DOLOR

Coefficiente de correlación intraclase	Intervalo de confianza	Referencias
0-99	95%, 0.989-0.992	Bijur y Al. (2001)
0-97	95%, 0.96-0.98	Gallagher y Al. (2002)

***Elaboración: Williamson A. y Hoggart B.**

3.4. Consideraciones éticas

Se cumplieron los principios éticos de la investigación científica.

Se solicitó el permiso al centro hospitalario para ejecutar esta investigación.

Se utilizó el formato de consentimiento informado previa explicación a la gestante participante del área de centro obstétrico del servicio de obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza acordes con los criterios de inclusión y exclusión del presente estudio. La información fue de carácter confidencial respetando la autonomía de la paciente (ANEXO 5).

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1. A nivel de sistematización de datos:

Se optó por el tipo de sistematización electrónico y manual.

4.2. Plan de operación:

- **Plan de clasificación:**

Se realizó una matriz de ordenamiento de registro y control.

- **Plan de codificación:**

Se empleó la codificación de los datos basado en dígitos con respuestas cerradas.

- **Plan de recuento:**

Se utilizó el tipo de recuento computarizado.

- **Plan de tabulación:**

Se realizaron cuadros numéricos y de doble entrada.

- **Plan de graficación:**

Se realizaron cuadros estadísticos en barra.

4.3. Plan de análisis de los datos:

El tipo de análisis por el número de variables es bivariado y por su naturaleza cualitativo-cuantitativo.

Los cálculos estadísticos fueron realizados con el programa informático estadístico para ciencias sociales (por sus siglas en inglés SPSS) versión 25. Se utilizó la prueba estadística T de Student - Bartlett con nivel de significancia del 5% y Anova.

**CAPÍTULO III
RESULTADOS**

PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

TABLA N° 2

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PACIENTES NULÍPARAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

Sociodemográficos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	N°	%	N°	%
Edad				
18 - 23	17	65.4%	13	50.0%
24 - 29	8	30.8%	10	38.5%
30 - 35	1	3.8%	3	11.5%
Grado de Instrucción				
Primaria	1	3.8%	0	0.0%
Secundaria	13	50.0%	11	42.3%
Superior	12	46.2%	15	57.7%
TOTAL	26	100.0%	26	100.0%

*Elaboración propia

La Tabla N° 2 muestra que la edad promedio del grupo experimental oscila entre 18-23 años en el 50.0% de las nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, mientras que el 65.4% de las pacientes del grupo control tiene una edad entre 18-23 años, el 57.7% de las pacientes nulíparas que se les aplicó técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia posee grado de instrucción superior, mientras que el 50% de las pacientes nulíparas que no se les aplicó técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia poseen un grado de instrucción secundario.

TABLA N° 3

**FACTORES OBSTÉTRICOS DE PACIENTES NULÍPARAS DEL HOSPITAL
REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

F. Obstétricos	Grupo Control		Grupo Experimental	
	N°	%	N°	%
Edad Gestacional				
37 - 41 Semanas	26	100.0%	26	100.0%
Frec. contracciones 4-7 cm				
2 en 10	2	7.7%	9	34.6%
3 en 10	21	80.8%	13	50.0%
4 en 10	2	7.7%	4	15.4%
5 en 10	1	3.8%	0	0.0%
Frec. contracciones 7-9 cm				
2 en 10	0	0.0%	1	3.8%
3 en 10	1	3.8%	11	42.3%
4 en 10	19	73.1%	12	46.2%
5 en 10	6	23.1%	2	7.7%
TOTAL	26	100.0%	26	100.0%

***Elaboración propia**

La Tabla N° 3 muestra que el 100% de las pacientes nulíparas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del grupo control y del grupo experimental tienen entre 37-41 semanas de edad gestacional.

El 80.8% de las pacientes del grupo control durante los 4-7 cm de dilatación tuvieron una dinámica uterina de 3 contracciones en 10 minutos, el 50.0% de pacientes de las pacientes del grupo control durante los 4-7 cm de dilatación tuvieron una dinámica uterina de 3 contracciones en 10 minutos. Mientras que el 73.1% de las pacientes del grupo control durante los 7-9 cm de dilatación tuvieron una dinámica uterina de 4 contracciones en 10 minutos, el 46.2% de las pacientes del grupo control durante los 7-9 cm de dilatación tuvieron una dinámica uterina de 4 contracciones en 10 minutos.

TABLA N°4

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
EL GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL DE PACIENTES NULÍPARAS
DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

EVA	Grupo Control		Grupo Experimental	
	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm
Media	6.7	9.1	7.2	9.4
Desviación	1.9	1.4	1.2	0.9
Máximo	10	10	10	10
Mínimo	4	5	5	7
Tamaño	26	26	26	26

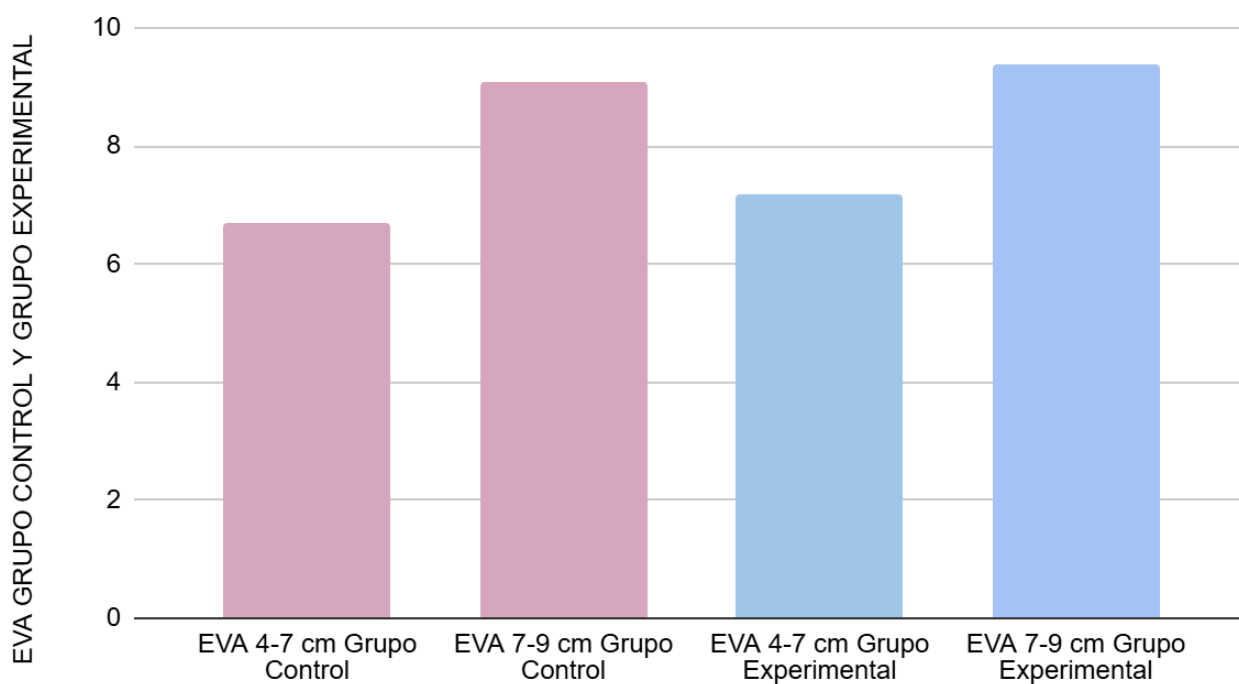
***Elaboración propia**

La Tabla N° 4 muestra que el nivel de dolor promedio de las pacientes nulíparas del grupo control en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de 4 a 7 cm de dilatación es de 6.7, dolor moderado, mientras que el promedio del nivel del dolor de 7a 9 cm en el mismo grupo es de 9.1, dolor severo.

Además que, el nivel de dolor promedio de las nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza a las que se les aplicó técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia de 4 a 7 cm de dilatación es de 7.2, dolor severo, mientras que el promedio del nivel del dolor de 7 a 9 cm en el mismo grupo es de 9.4, dolor severo.

FIGURA N° 2

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
EL GRUPO CONTROL Y GRUPO EXPERIMENTAL DE PACIENTES NULÍPARAS
DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA**



EVA

***Elaboración propia**

TABLA N° 5

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE ESFERODINAMIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

EVA	EVA Grupo Control		EVA Grupo Experimental Esferodinamia	
	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm
Media	6.7	9.1	5.8	7.7
Desviación	1.9	1.4	1.4	1.7
Máximo	10	10	8	10
Mínimo	4	5	3	4
Tamaño	26	26	26	26

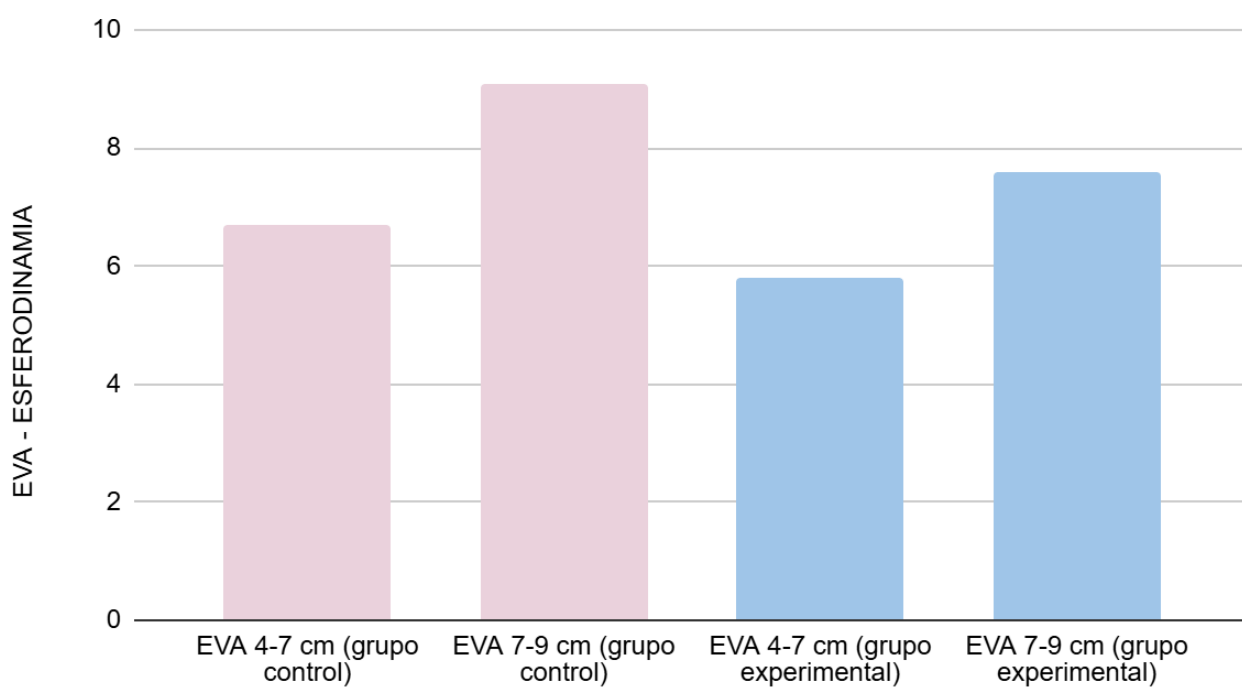
***Elaboración propia**

La Tabla N° 5 muestra que el nivel de dolor promedio de las pacientes nulíparas del grupo control en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de 4 a 7 cm de dilatación es de 6.7, dolor moderado, mientras que el promedio del nivel de dolor de 7a 9 cm en el mismo grupo es de 9.1, dolor severo.

Además, muestra que el promedio de dolor en la fase activa del trabajo de parto en pacientes nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es de 5.8, dolor moderado, aplicando técnicas de esferodinamia de 4 a 7 cm de dilatación, el promedio del nivel de dolor de 7 a 9 cm de dilatación es de 7.7, dolor severo.

FIGURA N° 3

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE ESFERODINAMIA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**



EVA

***Elaboración propia**

TABLA N° 6

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE MASAJES DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

EVA	Grupo Control		Grupo Experimental Masajes	
	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm
Media	6.7	9.1	5	6.6
Desviación	1.9	1.4	1.6	1.9
Máximo	10	10	8	9
Mínimo	4	5	2	1.0
Tamaño	26	26	26	26

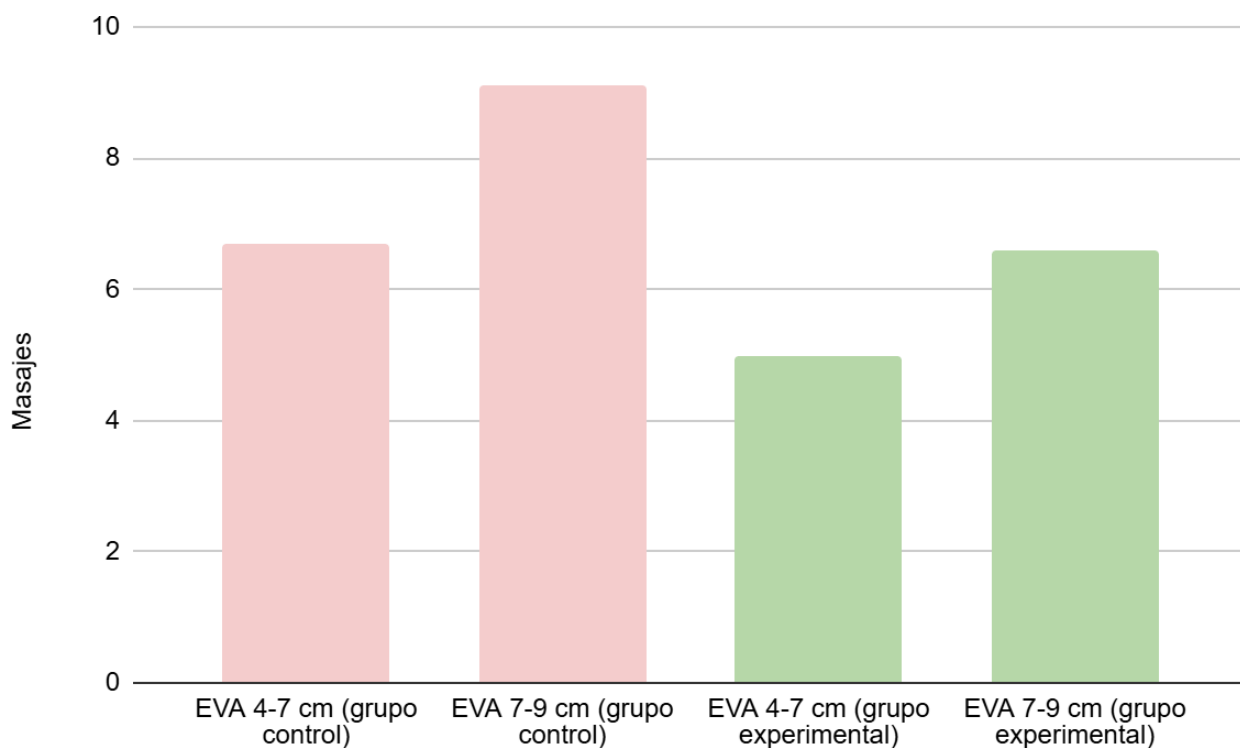
***Elaboración propia**

La Tabla N° 6 muestra que el nivel de dolor promedio de las pacientes nulíparas del grupo control en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de 4 a 7 cm de dilatación es de 6.7, dolor moderado, mientras que el promedio del nivel de dolor de 7a 9 cm en el mismo grupo es de 9.1, dolor severo.

Además, muestra que el promedio de dolor en la fase activa del trabajo de parto en pacientes nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es de 5.0, dolor moderado, aplicando técnicas de masajes de 4 a 7 cm de dilatación, el promedio del nivel de dolor de 7 a 9 cm de dilatación es de 6.6, dolor moderado.

FIGURA N° 4

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE MASAJES DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**



***Elaboración propia**

TABLA N° 7

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

EVA	EVA - Grupo Control		EVA - Grupo Experimental Respiración	
	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm
Media	6.7	9.1	6.3	8.5
Desviación	1.9	1.4	1.6	2.1
Máximo	10	10	8	10
Mínimo	4	5	4	5
Tamaño	26	26	26	26

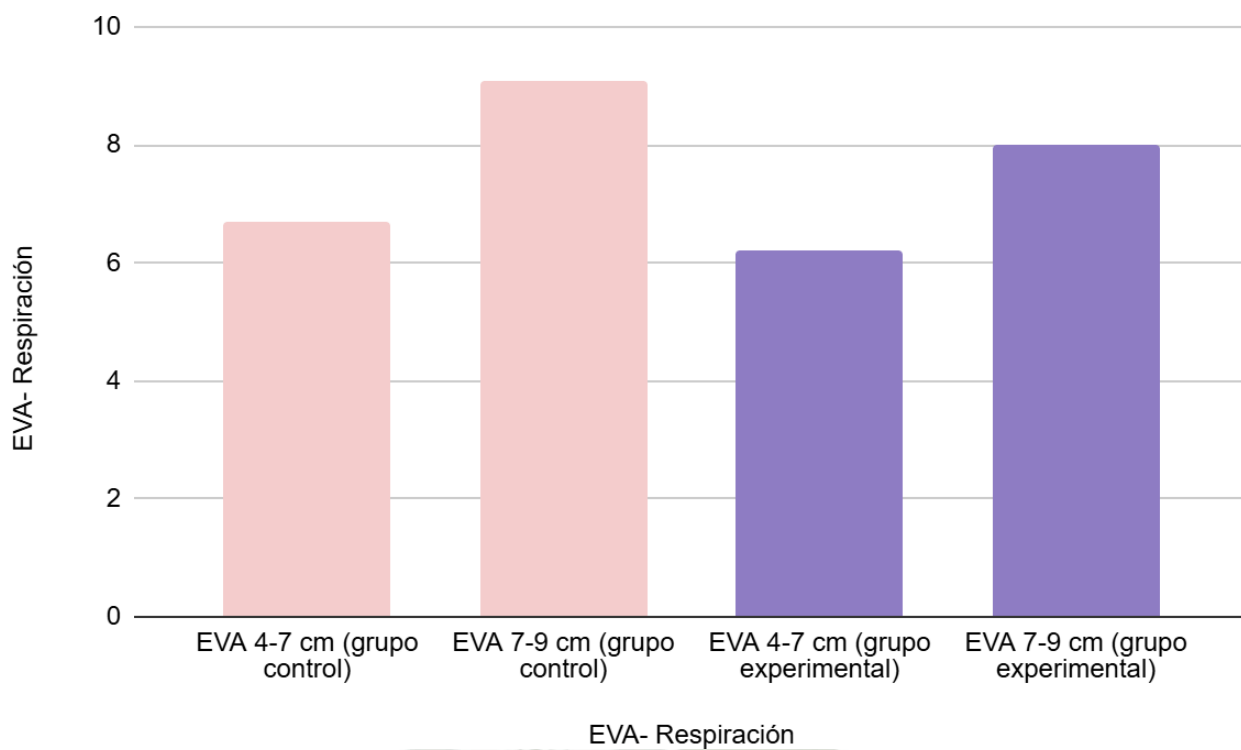
*** Elaboración propia**

La Tabla N° 7 muestra que el nivel de dolor promedio de las pacientes nulíparas del grupo control en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de 4 a 7 cm de dilatación es de 6.7, dolor moderado, mientras que el promedio del nivel de dolor de 7 a 9 cm en el mismo grupo es de 9.1, dolor severo.

Además, muestra que el promedio de dolor en la fase activa del trabajo de parto en pacientes nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es de 6.3, dolor moderado, aplicando técnicas de respiración de 4 a 7 cm de dilatación, el promedio del nivel de dolor de 7 a 9 cm de dilatación es de 8.5, dolor severo.

FIGURA N° 5

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE RESPIRACIÓN DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**



***Elaboración propia**

TABLA N° 8

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE MOVIMIENTO Y
POSTURAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2024**

EVA	Grupo Control		Grupo Experimental Movimiento	
	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm	EVA 4-7 cm	EVA 7-9 cm
Media	6.7	9.1	4.8	7
Desviación	1.9	1.4	1.4	1.4
Máximo	10	10	7	9
Mínimo	4	5	3	5
Tamaño	26	26	26	26

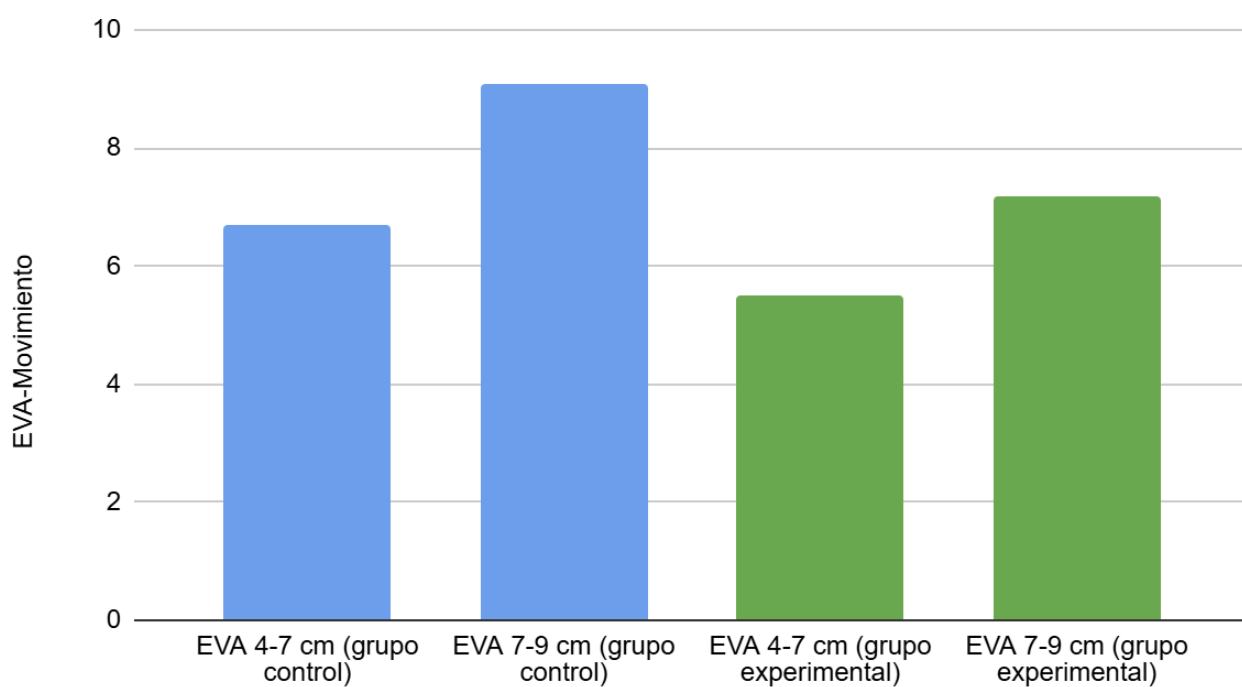
***Elaboración propia**

La Tabla N° 8 muestra que el nivel de dolor promedio de las pacientes nulíparas del grupo control en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de 4 a 7 cm de dilatación es de 6.7, dolor moderado, mientras que el promedio del nivel de dolor de 7 a 9 cm en el mismo grupo es de 9.1, dolor severo.

Además, muestra que el promedio de dolor en la fase activa del trabajo de parto en pacientes nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es de 4.8, dolor moderado, aplicando técnicas de masajes de 4 a 7 cm de dilatación, el promedio del nivel de dolor de 7 a 9 cm de dilatación es de 7.0, dolor severo.

FIGURA N° 6

**NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN
PACIENTES NULÍPARAS MEDIANTE LA TÉCNICA DE MOVIMIENTO Y
POSTURAS DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA,
AREQUIPA 2024**



EVA-Movimiento

***Elaboración propia**



TABLA N° 9

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 4 A 7 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

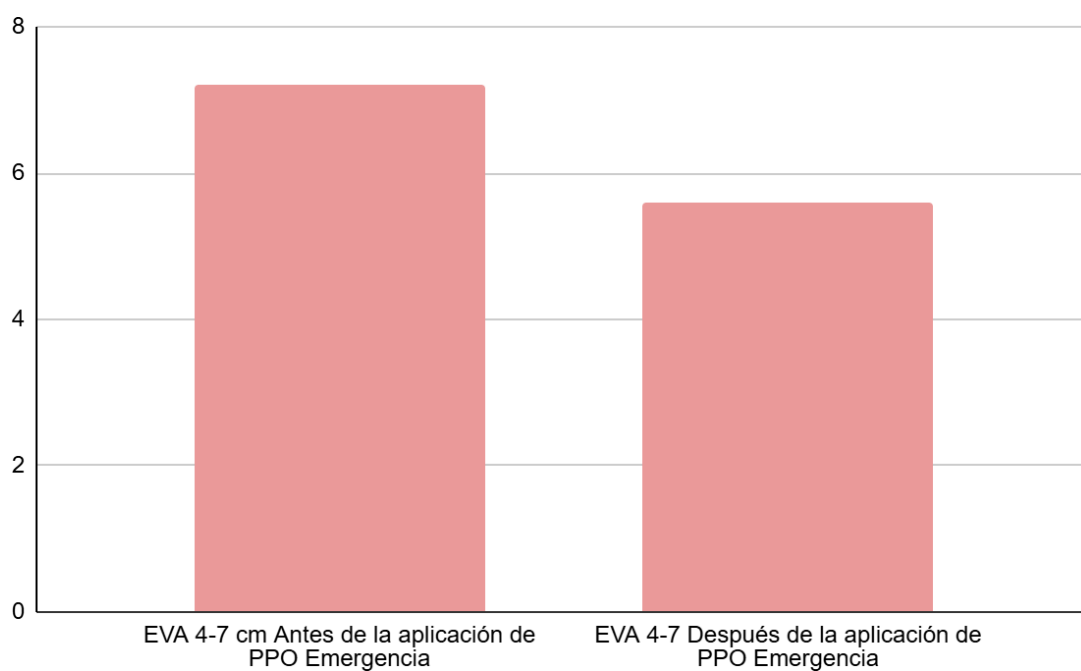
	EXPERIMENTAL	
	EVA 4-7 cm Antes de la aplicación de PPO Emergencia	EVA 4-7 Después de la aplicación de PPO Emergencia
Media	7,2	5,6
Desviación	1,2	1,2
Máximo	10	8,4
Mínimo	5	3,5
Tamaño	26	26

***Elaboración propia**

La Tabla N° 9 muestra que el nivel de dolor de 4 a 7 cm de dilatación en el grupo experimental ANTES de realizar actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es de 7.2, dolor severo, en la escala de EVA, y que el nivel de dolor de 4 a 7 cm de dilatación en el grupo experimental DESPUÉS de realizar actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es de 5.6, dolor moderado, en la escala de EVA.

FIGURA N° 7

**COMPARACIÓN DE NIVEL DEL DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 4 A 7 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**



***Elaboración propia**

TABLA N° 10

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 7 A 9 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

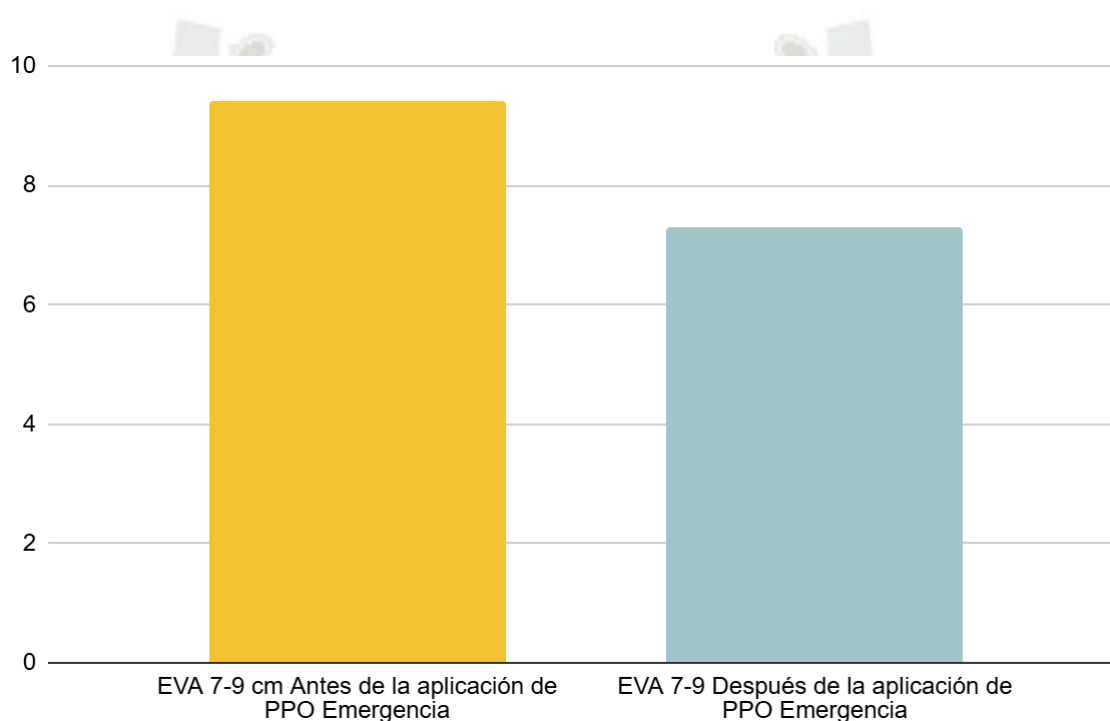
	EXPERIMENTAL	
	EVA 7-9 cm Antes de la aplicación de PPO Emergencia	EVA 7-9 Después de la aplicación de PPO Emergencia
Media	9,4	7,3
Desviación	0,9	1,3
Máximo	10	9,1
Mínimo	7	4,1
Tamaño	26	26

***Elaboración propia**

La Tabla N° 10 muestra que el nivel de dolor de 7 a 9 cm de dilatación en el grupo experimental ANTES de realizar actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es de 9.4, dolor severo, en la escala de EVA, y que el nivel de dolor de 7 a 9 cm de dilatación en el grupo experimental DESPUÉS de realizar actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es de 7.3, dolor severo, en la escala de EVA.

FIGURA N° 8

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 7 A 9 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO EXPERIMENTAL DEL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**



***Elaboración propia**

TABLA N° 11

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 4 A 7 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

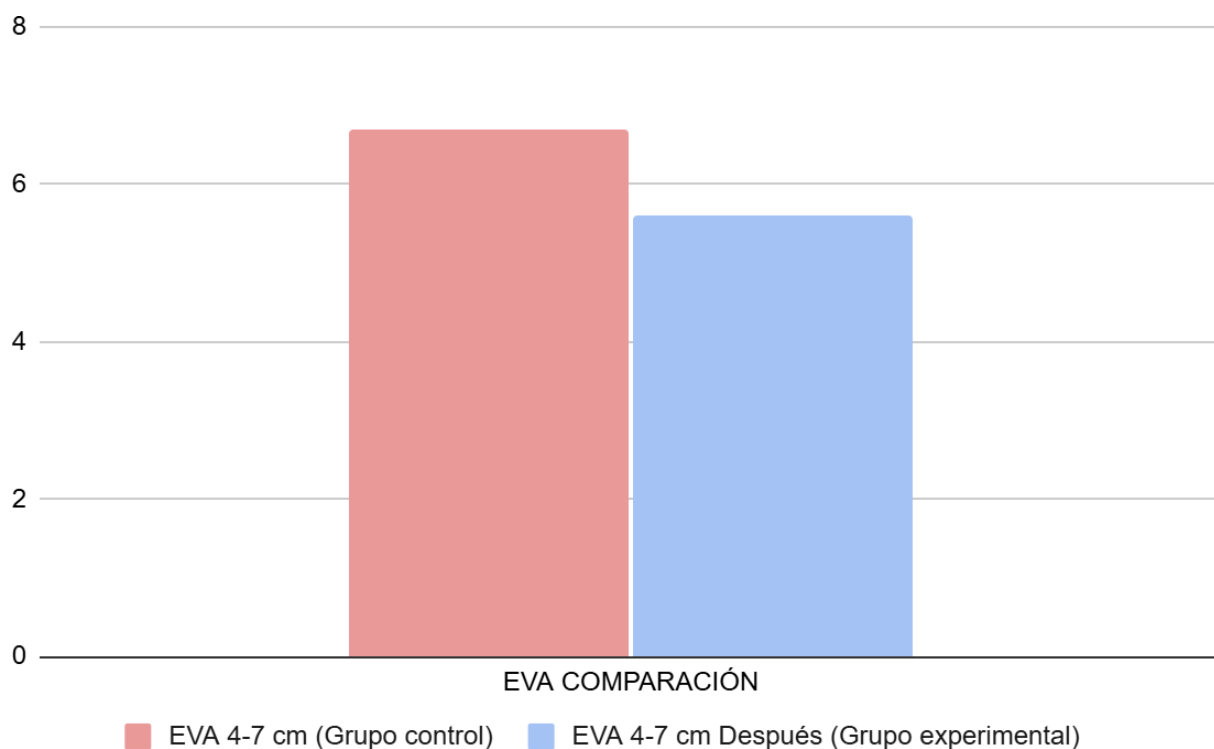
	CONTROL	EXPERIMENTAL
	EVA 4-7 cm	EVA 4-7 cm Después
Media	6,7	5,6
Desviación	1,9	1,2
Máximo	10	8,4
Mínimo	4	3,5
Tamaño	26	26

***Elaboración propia**

La Tabla N° 11 muestra que el nivel de dolor de 4 a 7 cm de dilatación en el grupo CONTROL es de 6.7, dolor moderado, en la escala de EVA, y que el nivel de dolor de 4 a 7 cm de dilatación en el grupo experimental DESPUÉS de realizar actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es de 5.6, dolor moderado, en la escala de EVA.

FIGURA N° 9

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 4 A 7 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**



***Elaboración propia**

TABLA N° 12

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 7 A 9 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

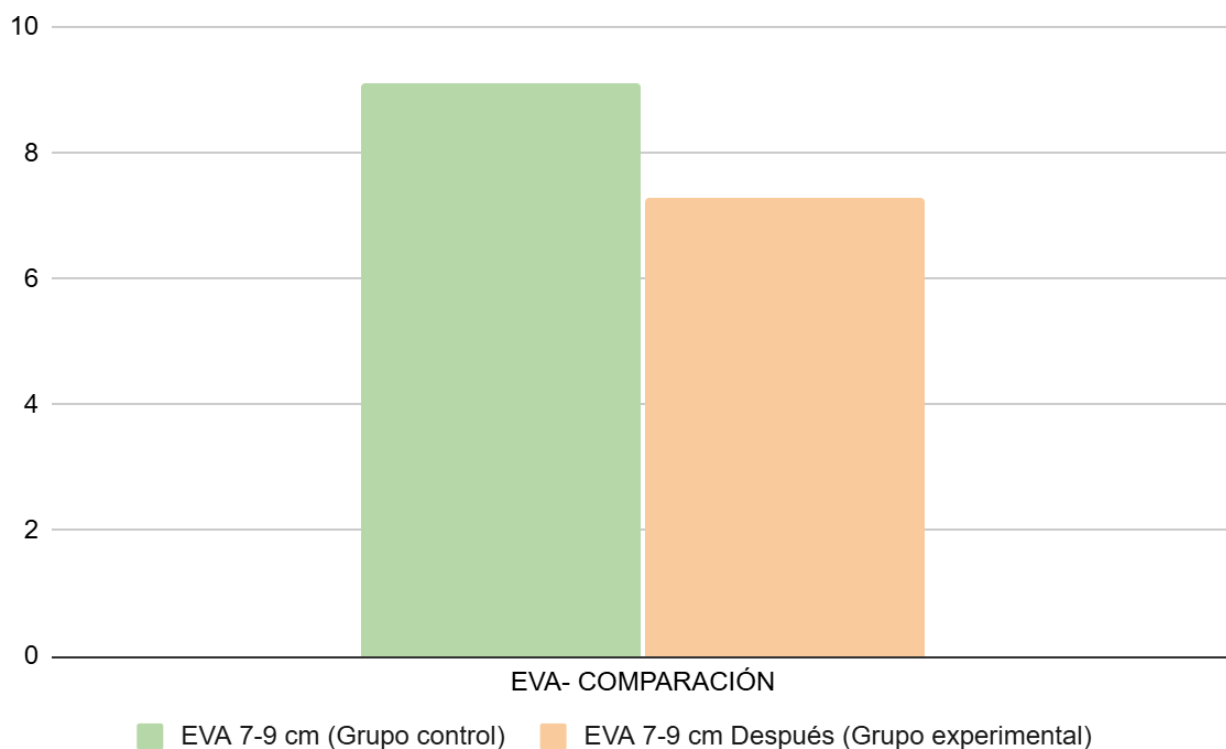
	CONTROL	EXPERIMENTAL
	EVA 7-9 cm	EVA 7-9 cm Después
Media	9,1	7,3
Desviación	1,4	1,3
Máximo	10	9,1
Mínimo	5	4,1
Tamaño	26	26

***Elaboración propia**

La Tabla N° 12 muestra que el nivel de dolor de 7 a 9 cm de dilatación en el grupo CONTROL es de 9.1, dolor severo, en la escala de EVA, y que el nivel de dolor de 7 a 9 cm de dilatación en el grupo experimental DESPUÉS de realizar actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia es de 7.3, dolor severo, en la escala de EVA.

FIGURA N° 10

**COMPARACIÓN DEL NIVEL DE DOLOR DURANTE LA FASE ACTIVA DEL
TRABAJO DE PARTO DE 7 A 9 CM DE DILATACIÓN EN PACIENTES
NULÍPARAS DEL GRUPO CONTROL VS. GRUPO EXPERIMENTAL DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**



***Elaboración propia**

ANÁLISIS ANOVA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE TRATAMIENTOS SIGNIFICATIVOS

Ahora presentamos los resultados del ANOVA para los tipos de psicoprofilaxis obstétrica, para determinar cuál de ellas presentan diferencias, para ello hacemos uso del análisis de varianza, tal como se ve en el siguiente cuadro

TABLA N° 13

TABLA ANOVA GRUPO EXPERIMENTAL EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

	Df	Suma Sq	Significancia Sq	Valor F	Pr(>F)
Tipo psicoprofilaxis obstétrica	7	208.6	29.795	11.811	1.49e-12 ***
Grado Instrucción	1	16.7	16.724	6.629	0.0108 *
Residuals	199	502	2.523		

*Elaboración propia

La Tabla N° 13 muestra que existen diferencias estadísticas entre los tipos de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia como son *Respiración, masajes, esferodinamia y movimiento*, aplicadas a pacientes nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, así como diferencias estadísticas entre el grado de instrucción de las pacientes nulíparas.

De ambos datos, el dato con más diferencia significativa estadística es el tipo de psicoprofilaxis obstétrica utilizada en esta investigación.

TABLA N° 14

TABLA COMPARATIVA DEL TIPO DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA UTILIZADA - TUKEY TEST GRUPO EXPERIMENTAL EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024

Tipo psicoprofilaxis obstétrica	Tipo psicoprofilaxis obstétrica	Diff	p-value
EVA 4-7 masajes	EVA 4-7 esferodinamia	-0.769	0.657
EVA 4-7 movimiento	EVA 4-7 esferodinamia	-0.292	0.998
EVA 4-7 movimiento	EVA 4-7 masajes	0.477	0.960
EVA 4-7 respiración	EVA 4-7 esferodinamia	0.462	0.966
EVA 4-7 respiración	EVA 4-7 masajes	1.231	0.102
EVA 4-7 respiración	EVA 4-7 movimiento	0.754	0.680
EVA 7-9 esferodinamia	EVA 4-7 esferodinamia	1.827	0.001
EVA 7-9 esferodinamia	EVA 4-7 masajes	2.596	0.000
EVA 7-9 esferodinamia	EVA 4-7 movimiento	2.119	0.000
EVA 7-9 esferodinamia	EVA 4-7 respiración	1.365	0.045
EVA 7-9 masajes	EVA 4-7 masajes	1.577	0.010
EVA 7-9 movimiento	EVA 4-7 esferodinamia	1.477	0.021
EVA 7-9 movimiento	EVA 4-7 masajes	2.246	0.000
EVA 7-9 movimiento	EVA 4-7 movimiento	1.769	0.002
EVA 7-9 respiración	EVA 4-7 esferodinamia	2.265	0.000
EVA 7-9 respiración	EVA 4-7 masajes	3.035	0.000
EVA 7-9 respiración	EVA 4-7 movimiento	2.558	0.000
EVA 7-9 respiración	EVA 4-7 respiración	1.804	0.002
EVA 7-9 respiración	EVA 7-9 masajes	1.458	0.024

***Elaboración propia**

La Tabla N° 14 muestra los resultados de la comparativa entre las diferencias con los tipos de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia aplicada a pacientes nulíparas del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza - Arequipa. Que el nivel del dolor se reduce en 1.231 al utilizar respiración vs. masajes de 4 a 7 cm de dilatación, que el dolor se reduce en 0.754 al utilizar respiración vs. movimiento de 4 a 7 cm de dilatación; sin embargo, notamos que al comparar movimiento vs. esferodinamia el nivel de dolor aumenta en 0.292 de 4 a 7 cm de dilatación, y que al comparar masajes vs. esferodinamia el nivel de dolor aumenta en 0.769 de 4 a 7 cm de dilatación.

A su vez la Tabla N° 14 muestra que al comparar técnicas en dos momentos diferentes de la dilatación uterina obtenemos diferencias estadísticas relevantes, que el dolor disminuye en

3.035 al utilizar las técnicas de respiración de 7 a 9 cm de dilatación vs masajes de 4 a 7 cm de dilatación, que el dolor disminuye en 2.596 al utilizar las técnicas de esferodinamia de 7 a 9 cm de dilatación vs masajes de 4 a 7 cm de dilatación, que el dolor disminuye en 1.458 al utilizar las técnicas de respiración de 7 a 9 cm de dilatación vs masajes de 4 a 7 cm de dilatación cervical, que el dolor disminuye en 1.365 al utilizar las técnicas de esferodinamia de 7 a 9 cm de dilatación vs respiración de 4 a 7 cm de dilatación.



TABLA N° 15

**TABLA DE DATOS ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DEL GRUPO
EXPERIMENTAL EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

Estadísticos descriptivos	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Edad gestacional	37	41	38.9	1.1
EVA 4-7 cm	4	10	7.0	1.6
DU	2	5	2.9	0.6
EVA 7-9 cm	5	10	9.3	1.2
DU	2	5	3.9	0.7
EVA después 4-7 respiración	0	8.6	3.1	3.3
EVA después 4-7 esferodinamia	0	8	2.9	3.1
EVA después 4-7 masajes	0	8	2.5	2.8
EVA después 4-7 movimiento	0	9.3	2.7	3.0
EVA después 7-9 respiración	0	10	4.0	4.2
EVA después 7-9 esferodinamia	0	10	3.8	4.0
EVA después 7-9 masajes	0	9	3.3	3.6
EVA después 7-9 movimiento	0	9.3	3.6	3.8

***Elaboración propia**

La Tabla N°15 muestra los resultados de datos estadísticos descriptivos de pacientes pertenecientes al grupo experimental de este estudio, en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, que la media de la edad gestacional es de 38.9 semanas, que la media del nivel del dolor valorado según EVA de 4 a 7 cm de dilatación uterina es de 7.0, además que la dinámica uterina de 4 a 7 cm de dilatación uterina es de 2.9 contracciones en 10 minutos.

Además, la Tabla N° 15 muestra que la media del nivel del dolor valorado según EVA de 7 a 9 cm de dilatación uterina es de 9.3, que la dinámica uterina de 7 a 9 cm de dilatación uterina es de 3.9 contracciones en 10 minutos.

El resto de datos de la Tabla N° 15 presentan una alta variación en los datos del EVA de 4 a 7 cm de dilatación y de 7 a 9 cm de dilatación uterina.

TABLA N° 16

**TEST DE BARTLETT'S Y TEST T-STUDENT PARA MUESTRAS
INDEPENDIENTES EN PACIENTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024**

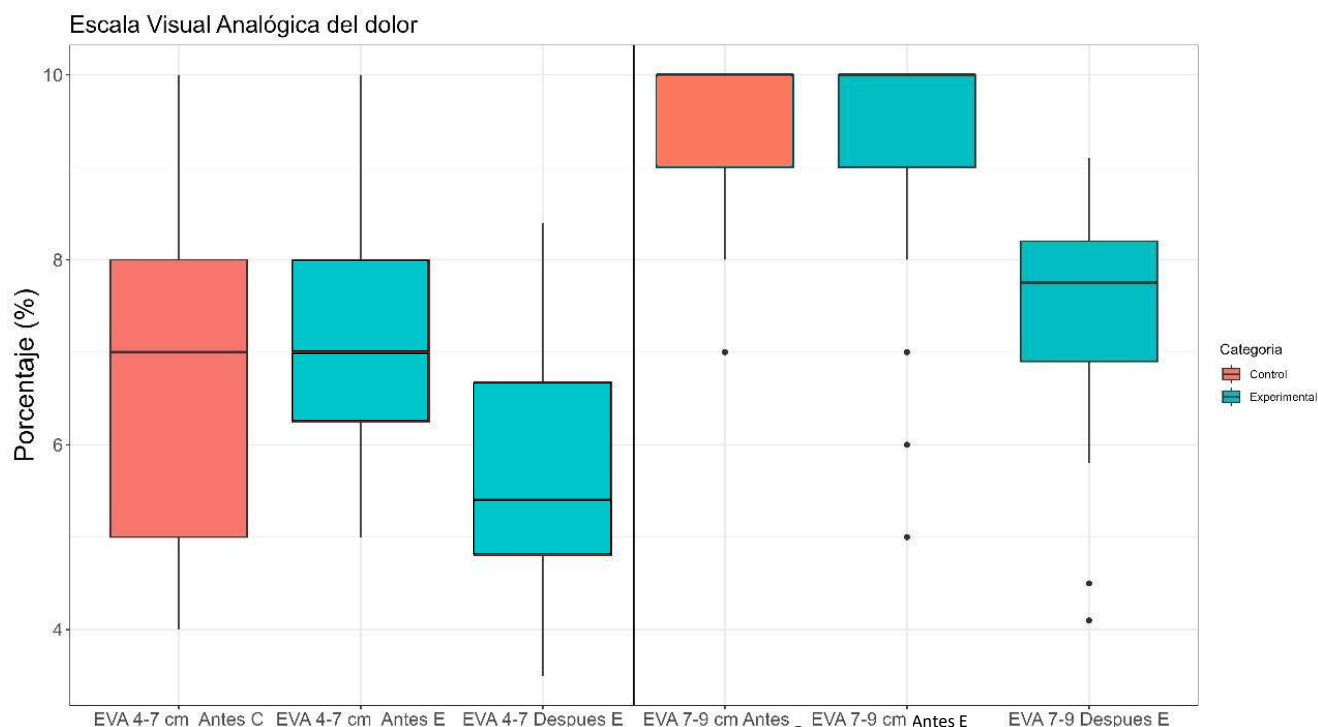
Prueba de muestras independientes	Prueba de Bartlett de igualdad de varianzas		Prueba t para la igualdad de medias		
	Bartlett's K-squared	p-value	t	gl	p-value
Escala Visual Analógica del dolor (EVA)	4.995	0.025	-3.914	93	0.000**

***Elaboración propia**

La Tabla N° 16 muestra que las varianzas no son homogéneas, sino diferentes, por lo tanto, el valor del estadístico T-Student para la valoración del dolor valorado según EVA del grupo control con el EVA del grupo experimental, muestran diferencias significativas con un valor de T-student de ($t_{93} = -3.914, p < 0.001$) lo que indica que si hay diferencias entre el Grupo Control con el Grupo Experimental y que esta es altamente significativa.

FIGURA N° 11

**FIGURA DE LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA) EN
PACIENTES NULÍPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO
ESPINOZA, AREQUIPA 2024**



***Elaboración propia**

La figura N° 11 muestra que el grupo control muestra diferencias con el grupo experimental, siendo que en el GRUPO CONTROL de 4 a 7 cm de dilatación uterina el nivel de dolor valorado según EVA es de 5 a 8 en la escala de EVA, que el GRUPO EXPERIMENTAL antes de aplicar técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia de 4 a 7 cm de dilatación uterina el nivel de dolor valorado según EVA es de 6.2 a 8, dolor moderado-severo, en la escala de EVA y que el GRUPO EXPERIMENTAL DESPUÉS de aplicar técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia de 4 a 7 cm de dilatación uterina el nivel de dolor valorado según EVA es de 4.8 a 6.8, dolor moderado, en la escala de EVA.

Al igual que comparando el grupo control con el grupo experimental de 7 a 9 cm de dilatación uterina se muestran diferencias, siendo que en el GRUPO CONTROL de 7 a 9 cm de dilatación uterina el nivel de dolor valorado según EVA es de 9 a 10, dolor severo, en la escala de EVA, que el GRUPO EXPERIMENTAL antes de aplicar técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de

emergencia de 4 a 7 cm de dilatación uterina el nivel de dolor valorado según EVA es de 9 a 10, dolor severo, en la escala de EVA y que el GRUPO EXPERIMENTAL DESPUÉS de aplicar técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia de 7 a 9 cm de dilatación uterina el nivel de dolor valorado según EVA es de 6.9 a 8.2, dolor moderado-severo, en la escala de EVA. Se puede evidenciar que el nivel de dolor valorado según EVA disminuye cuando se aplican técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia.



DISCUSIÓN

El presente estudio se realizó con el objetivo de establecer la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sobre el nivel de dolor en la fase activa del trabajo de parto en gestantes nulíparas en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, octubre-diciembre Arequipa 2024. Nuestra investigación se inspira en investigaciones previas las cuales utilizando una o varias técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia logran disminuir el dolor de las contracciones que toda gestante debe de sufrir durante su trabajo de parto. Esperando que al generar nuevos conocimientos se puedan realizar estudios posteriores.

En cuanto a las características sociodemográficas el 50% de las gestantes del grupo experimental y el 65.4% de las gestantes del grupo control tienen una edad entre 18-23 años; el 50% de gestantes del grupo control tiene un grado de instrucción de secundaria, mientras que el 57,7% de las gestantes del grupo experimental tienen un grado de instrucción superior. En comparación con el estudio de García K. y colaboradores “Psicoprofilaxis de emergencia en primigestas en trabajo de parto. Hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco. julio a diciembre de 2019” donde la edad promedio es de 21 años y las edades más frecuentes son 19 y 23. El grado de instrucción de las gestantes que sí tuvieron psicoprofilaxis obstétrica de emergencia fue de 66,7% en nivel secundario y las gestantes que no tuvieron psicoprofilaxis obstétrica de emergencia tuvieron un 80% en nivel secundario (25).

El 100% de la edad gestacional de las pacientes nulíparas fue de 37 a 41 semanas al igual que en la investigación de Cahuana A y Valencia K “Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de salud Maritza Campos Diaz. junio julio. 2021” (26).

En la investigación de Hernández A. Factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020 se concluye la edad, la edad gestacional, el grado de instrucción, no son factores de riesgo para presentar intensidad alta de dolor durante el trabajo de parto (48).

La frecuencia de las contracciones de 4-7 cm de dilatación fue de 3 en 10 minutos en el grupo control con 80.8% y de 50% en el grupo experimental y la frecuencia de las contracciones de 7-9 cm de dilatación fue de 4 en 10 minutos, en el grupo control 73.1% y en el grupo experimental 46.2%. con hallazgos similares con la investigación de Cahuana A y Valencia K “Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de salud Maritza Campos Diaz. junio julio. 2021” donde la frecuencia de contracciones uterinas en gestantes sin masaje y con masaje lumbar fue

de 3 en 10 minutos, 90% en ambos casos durante los 4-5 cm de dilatación y de 6-8 cm de dilatación las gestantes que no tuvieron masaje lumbar fue de 3 en 10 minutos, 70%, las gestantes que si tuvieron masaje lumbar fue de 60% (26).

El nivel del dolor del grupo experimental de pacientes nulíparas durante los 4-7 cm de dilatación tuvo un promedio de 7.2 y durante los 7-9 cm de dilatación tuvo un promedio de 9.4 antes de realizar las actividades de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia, hallazgos similares en la investigación de Cahuana A y Valencia K "Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de salud Maritza Campos Diaz. junio julio. 2021" donde el promedio de dolor durante los 4-5 cm de dilatación fue de 6.2 y durante los 6-8 cm de dilatación fue de 8.3 (26).

El nivel del dolor del grupo control de pacientes nulíparas durante los 4-7 cm de dilatación tuvo un promedio de 6,7 y durante los 7-9 cm de dilatación tuvo un promedio de 9.1, el momento de tomar estos datos fue durante la etapa de puerperio inmediato. Hallazgos similares en el trabajo de investigación de Chungas D. Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia y dolor durante el trabajo de parto. San Marcos, Cajamarca – 2024 se demuestra que el 14.3% de gestantes CON psicoprofilaxis obstétrica de emergencia tuvo una percepción de dolor muy severa, así mismo que el 69.8% de gestantes SIN psicoprofilaxis obstétrica de emergencia sintió dolor muy severo (47).

El nivel de dolor en el grupo experimental de pacientes nulíparas al aplicar la técnica de esferodinamia durante los 4-7 cm de dilatación el promedio de dolor fue de 5.8 y durante los 7-9 cm de dilatación fue de 7.7 Hallazgos similares fueron encontrados en el estudio de Kurniawati A."Effectiveness of birth ball exercises on decreasing labor pain stage I active phase in primigravida.", describieron diferencias significativas en la intensidad de dolor en la fase activa de la primera etapa del trabajo de parto, entre primigrávidas que practicaron el ejercicio con pelota de parto y las que no. La intensidad promedio del dolor de parto en el grupo intervenido fue de <4,5 y en el grupo control de 5,4 ($p=0,01$). Suryani L. en su estudio "The effectiveness of birthing ball therapy on the duration of the first stage of labor and the intensity of labor pain in primigravid mothers giving births", determinaron un efecto positivo en la intensidad de dolor en primigrávidas al usar la bola de parto (OR =7,57; IC 95 %; 1,53 a 37,3; $p=0,013$), el cual fue estadísticamente significativo. Demostraron que el uso de una bola de parto es eficaz para acortar la primera etapa del trabajo de parto y reducir la intensidad de dolor (44)

Al aplicar la técnica de masaje lumbar con aceite de lavanda se puede observar que el promedio

de dolor del grupo experimental de nulíparas de 4-7 cm de dilatación fue de 5 y durante los 7-9 cm de dilatación fue de 6.6. Hallazgos similares fueron encontrados en la investigación de Cahuana A y Valencia K "Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de salud Maritza Campos Diaz. junio julio. 2021" donde el promedio de dolor durante los 4-5 cm de dilatación fue de 4.3 y durante los 6-8 cm de dilatación fue de 6.1 (25).

El nivel de dolor después de aplicar la técnica de movimiento y posturas durante los 4-7 cm de dilatación fue de 4.8 y durante los 7-9 cm de dilatación fue de 7.

Después de aplicar la técnica de respiración el promedio del nivel del dolor del grupo experimental de nulíparas fue de 6.3 durante los 4-7 cm de dilatación y durante los 7-9 cm de dilatación fue de 8.5. Hallazgos diferentes fueron encontrados en el estudio de Boavigem A. y colaboradores "The effectiveness of breathing patterns to control maternal anxiety during the first period of labor: A randomized controlled clinical trial. Complementary Therapies in Clinical Practice", con una muestra de 140 embarazadas, los resultados no muestran efectividad de las técnicas de respiración para el control de la ansiedad y el dolor en la primera etapa del parto. Destacan que, además de un incremento del dolor, sus participantes experimentaron un incremento de la ansiedad. Explican una relación intrínseca entre el dolor y la ansiedad: el aumento de la ansiedad da lugar a espasmos de los músculos pélvicos, lo que intensifica el dolor en esta fase. (46)

Al comparar el promedio del nivel de dolor en el grupo experimental podemos observar que durante los 4 a 7 cm de dilatación fue de 7.2 antes de aplicar las técnicas y después de aplicarlas fue de 5.6 obteniendo una desviación de 1.2. De igual forma al comparar el promedio del nivel de dolor durante los 7 a 9 cm de dilatación antes de aplicar las técnicas fue de 9.4 y después de aplicar las técnicas fue de 7.3 obteniendo una desviación de 1.3. García K y colaboradores concluyen en el estudio "Psicoprofilaxis de emergencia en primigestas en trabajo de parto. Hospital materno infantil Carlos Showing Ferrari, Amarilis-Huánuco. Julio a diciembre de 2019" que del 100% de pacientes que recibieron Psicoprofilaxis (30) en su totalidad percibieron dolor leve; mientras que del 100% que no recibieron (30) un 60,0% (18) percibieron dolor moderado, el 33,3% (10) dolor severo y el 6,7% (2) dolor leve (25).

CONCLUSIONES

PRIMERA: El promedio del nivel de dolor en las nulíparas a quienes se les aplicaron técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia durante los 4 a 7 cm de dilatación uterina fue de 5.6, dolor moderado, y durante los 7 a 9 cm de dilatación fue de 7.3, dolor severo, en la escala de EVA.

SEGUNDA: El promedio del nivel de dolor en las nulíparas a quienes no se les aplicaron técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia durante los 4 a 7 cm de dilatación uterina fue de 6.7, dolor moderado, y durante los 7 a 9 cm de dilatación fue de 9.1, dolor severo, en la escala de EVA.

TERCERA: Aplicar técnicas de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia si tiene influencia sobre el dolor en la fase activa del trabajo de parto en mujeres nulíparas, siendo más significativo durante los 7 a 9 cm de dilatación.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda realizar una investigación en la cual se inicie la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia específicamente durante la fase de dilatación de 7 a 9 cm de dilatación en pacientes nulíparas en trabajo de parto en fase activa. Ya que esta etapa se caracteriza por un aumento significativo en la percepción del dolor debido a la intensidad de las contracciones y a la proximidad del periodo expulsivo. Evaluar la eficacia de las técnicas en este punto crítico permitirá conocer su verdadero impacto sobre el umbral del dolor en momentos de mayor exigencia física y emocional.
2. Se recomienda, en el grupo control, aplicar el cuestionario durante la fase activa del trabajo de parto y no durante la etapa de puerperio inmediato, para evitar sesgos.
3. Se sugiere desarrollar estudios enfocados en una sola de las técnicas alternativas del manejo del dolor, para obtener resultados más precisos y controlados respecto a su eficacia individual. Esta delimitación metodológica permitirá reducir sesgos, identificar con claridad los beneficios específicos de cada intervención y facilitar su replicabilidad en diferentes contextos clínicos.
4. Se recomienda a las obstetras e internas de obstetricia la aplicación activa de técnicas alternativas de manejo del dolor en la fase activa del trabajo de parto. Las técnicas utilizadas en esta investigación, junto con otras estrategias no farmacológicas, han demostrado contribuir a una mejor experiencia de parto, reduciendo la ansiedad, dolor percibido y favoreciendo el vínculo materno fetal.
5. Se alienta al personal de salud, practicantes y estudiantes, continuar con la línea investigativa del manejo alternativo del dolor en mujeres que se encuentran en la fase activa de trabajo de parto. Es importante profundizar en el acompañamiento emocional y físico, dada la evidencia creciente sobre sus beneficios en la reducción del estrés, la mejora de los resultados obstétricos y la satisfacción materna con el proceso de parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Choez Cabala J., Cardenas Heredia F. Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica. Redilat [Internet] 2023 [Consultado 13 Ago 2024] vol.IV n° 2 p5059. DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v4i2.956>
2. WAS. Declaración de los derechos sexuales [Internet] 2021 [Consultado el 24 Abr 2024] Disponible en: https://worldsexualhealth.net/wp-content/uploads/2021/09/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014_b.pdf
3. Sánchez Conde J. Psicoprofilaxis obstétrica para matronas. NPunto. [Internet] 2020 [Consultado 13 Ago 2024] Vol. III Núm 24. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/24/psicoprofilaxis-obstetrica-para-matronas>
4. Basilio M. Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. Peruvian Journal of Health Care and Global Health [Internet] 2020 [Consultado 13 Ago 2024]. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/579/5792494003/5792494003.pdf>
5. MINSA Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal [Internet] 2012 [Consultado 14 Abr 2024] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4172.pdf>
6. Zambrano K., Tórres M., Brito A., Pazmiño Y. Psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios para la gestante. Recimundo [Internet] 2018 [consultado 13 Nov 2023] 2 (3). DOI: 10.26820/recimundo/2.(3).julio.2018.242-259
7. Martinez A., Karchmer S. Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. Acta Med Grupo Angeles. 2021; [Consultado el 18 Agos 2024] 19 (3): 361-367. <https://dx.doi.org/10.35366/101728>
8. Ávalos C., Ávalos M., Castro S., Yagual N. Paradigmas de la psicoprofilaxis obstétrica de emergencia. Rev. de Producción, Ciencias e Investigación [Internet] 2022, 46(3) [Consultado el 19 Agos 2024] Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/626/663>
9. Borges L., Sánchez Ro., Peñalver A., Gonzáles A., Sixto A. Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba. Rev. Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet] 2020; 46 (3) [Consultado 24 Abr 2024] Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubobsgin/cog-2020/cog203i.pdf>

10. Cunningham, Leveno, Bloom, Dashe, Hoffman, Casey, Spong. Williams Obstetricia 25 Edición, 2019, páginas 411-414; 447-450 [Consultado 26 Abr 2024]
11. Dorairajan G. Manejo del trabajo de parto de alto riesgo (2024) AMOLCA, [Consultado 19 Agost 2024] Disponible en: https://campus.com.pe/wp-content/uploads/2023/10/DEMO_Manejo-del-trabajo-de-parto-de-alto-riesgo.pdf
12. Bajo JM, Melchor JC, Mercé LT. Fundamentos de obstetricia (SEGO) 2007, Parte II, Cap 42 [Consultado 26 Abr 2024]
13. Vidal J. Versión actualizada de la definición de dolor en la IASP: un paso adelante o un paso atrás. Rev d l Soc Esp d Dol [Internet].2020 [consultado el 27 de may 2024]; pág 232. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v27n4/1134-8046-dolor-27-04-00232.pdf>
14. Herrera A. Una historia del dolor. La Vang [Internet]; 2020 [consultado 16 ago 2024]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/historiayvida/prehistoria/20200212/473419905037/dolor-historia-descartes-cerebro.html>
15. Mallén L, Juvé ME, Roé MT, Domènech À. Dolor de parto: análisis del concepto. Mat Prof[Internet]. 2015 [consultado el 27 de mayo de 2024]; 16(2) pág 62. Disponible en: <https://s3-eu-south-2.ionoscloud.com/assetsedmayo/articles/Gk8o1qtXQIa9vBSitmydEZBmeZHEzUj9pi8LHc4E.pdf>
16. Caibe MB, Charco F. Terapias alternativas y complementarias de enfermería en el dolor de parto [Internet]. UNACH: Riobamba. Universidad Nacional de Chimborazo. 2024 [consultado 20 Ago 2024]; pág 11. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/13672>
17. Cortés F, Merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados. Rev Ch d Anes [Internet]. 2019 [consultado 27 de may 2024]. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n05-05/>
18. Elsevier. Dolor durante el trabajo de parto y el alumbramiento [Internet]. Elsevier; 2022 [consultado el 27 de mayo de 2024]; 12ª ed. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/dolor-durante-el-trabajo-de-parto-y-el-alumbramiento>

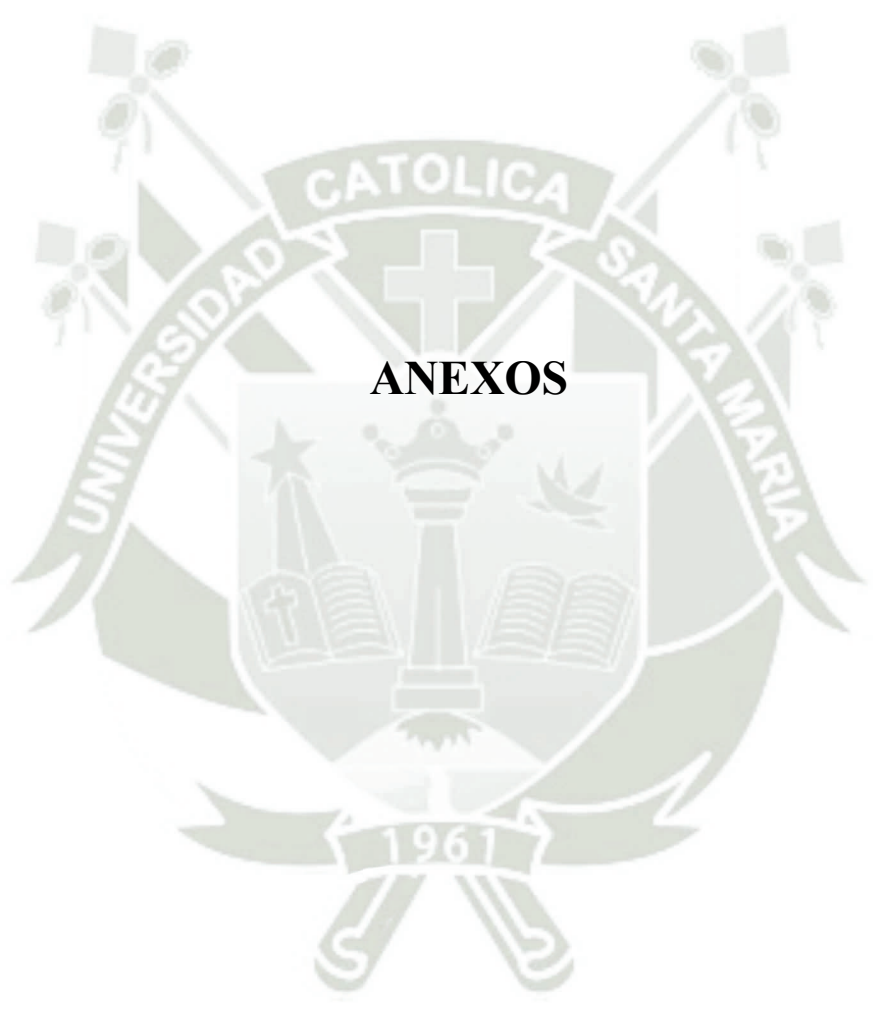
19. Varela N. Dolor. Clí Uni d Nav [Internet]. 2024 [consultado 27 may 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades- tratamientos/enfermedades/dolor>
20. Ramírez, G. TECNICA DE RELAJACION SCHULTZ (ENTRENAMIENTO AUTÓGENO SCHULTZ) [Internet]. Slideplayer.es. 2019 [consultado 26 abr 2024]. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/14204773/>
21. Gonzalez AC, Jimenez A, Rojas EM, Velasco LR, Chavez MA, Coronado SA. Correlación entre las escalas unidimensionales utilizadas en la medición de dolor postoperatorio. Rev Mex d Anest [Internet]. 2018 [consultado 27 may 2024]; Vol 41 N°1 pág 9 . Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77264>
22. Vicente MT, Delgado S, Bandrés F, Ramírez MV, Capdevilla L. Valoración del dolor. Revisión comparativa de escalas y cuestionarios. Rev. Soc. Esp. Dolor [Internet]. 2018 [consultado 27 May 2024]; 25(4): 228-236. Disponible en: https://gestoreditorial.resed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI_3632.pdf
23. uDocz. Escala EVA [Internet]. uDocz. Nursing apuntes. 2023 [consultado 27 may 2024]; Disponible en: <https://www.udocz.com/apuntes/479636/eva>
24. Reyes Londoño LA, Olmos Botero JE, Gaitan Gonzalez DM, Salazar Salazar AF. Cambios en el dolor durante el trabajo de parto. Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica. [Internet]. 2019 [consultado 25 abr 2024]; vol 38 pág 442. Disponible en: <https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A4%3A14955012/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A141763161&crl=c>
25. García Ruíz, K J, Nuñez Orihuela, K K, Vera Masgo, M R. Psicoprofilaxis de emergencia en primigestas en trabajo de parto Hospital Materno Infantil "Carlos Showing Ferrari", Amarilis - Huánuco. julio a diciembre, 2019. ALICIA [Internet] 2019 [consultado el 25 abril 2024] https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_efac7b59c597242703d1cfae93219d50/Details
26. Cahuana A., Valencia K. Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de Salud Maritza Campos Diaz. junio-julio. 2021. Grado de licenciatura. [Internet] Universidad Católica de Santa María [Consultado el 26 Abr2024]Disponible en:<https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5cc72db2-53f1-4258->

[94e5-1120757f8c6f/content](#)

27. Bijur PE, Silver W, E. John Gallagher. Reliability of the Visual Analog Scale for Measurement of Acute Pain. Academic emergency medicine [Internet]. 1 dic 2001[consultado el 26 abr 2024];8(12):1153–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11733293/>
28. Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. Journal of clinical nursing [Internet]. 30 jun 2005[consultado el 26 abr 2024];14(7):798–804.
Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16000093/>
29. Guarnizo Tole M, Díaz Zuleta A. Terapias alternativas no invasivas realizadas por el profesional de enfermería en el manejo del dolor durante el trabajo de parto. Rev.salud.hist.sanidon-line [Internet]. 15 de agosto de 2019 [consultado 27 may 2024];14(1):51-6. Disponible en: <https://agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/306>
30. Correa M., Salgado K., Moreno J. Efectividad de los métodos no farmacológicos en el manejo del dolor en el trabajo de parto . J. health med. sci., 9(1):65-70, [Internet] 2023 [Consultado 19 Agost 2014] Disponible en: <https://revistas.uta.cl/pdf/1358/10-correa%20rev.9.1.pdf>
31. Prieto B, Gil J, Madrid D. Terapias complementarias durante la gestación y parto. Revisión integrativa. Rev Cuid [Internet]. 2020 Aug [consultado 16 ago 2024] ; 11(2): e1056. Disponible en: <https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/1056>
32. Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. Trabajo de Parto. Obstetricia. Onceava ed. Buenos Aires: EL Ateneo; 2020
33. Papoutsis. D. Antonakou. A. Hypnobirthing as a way to give natural birth What is the current evidence. Short Commucation [Internet] 2024 [Consultado 21 Agost 2024] 41(2):279-281
Disponible en: <http://mail.mednet.gr/archives/2024-2/pdf/279.pdf>
34. Thavamalar P., Umapathi M., Chan Ch. Perspective of Primigravida Mother's Experience in Their Birthing Process Utilising HypnoBirthing. Malaysian Journal

- of Medicine and Health Sciences [Internet] 2023 [Consultado 21 Agost 2024]
eISSN 2636-934
35. Ruiz Tamayo B. Terapias alternativas a la analgesia epidural para el manejo del dolor durante el parto [Internet]. Universidad de Valladolid; 2019 [consultado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/41068>
 36. Ejercicios y trucos para conseguir dilatar más rápido a la hora del parton[Internet]. Clínica Santa Isabel. Fisioterapia Santa Isabel; 2023 [consultado 31 agob 2024]. Disponible en: <https://fisioterapiasantaisabel.com/ejercicios-y-trucos-para-conseguir-dilatar-mas-rapido-a-la-hora-del-parto/>
 37. Ejercicios para el parto. Kaiserpermanente.org. 2022 [consultado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://espanol.kaiserpermanente.org/es/health-wellness/healtharticle.exercises-for-childbirt>
 38. Castro N., Mora K., Villarreal L. Terapias convencionales y terapias complementarias o alternativas para el manejo del dolor en el trabajo d parto: estado del conocimiento actual. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. [Internet] 2020 [Consultado 26 Agost 2024] Disponible en: https://repositorio.juanncorpas.edu.co/bitstream/handle/001/108/NicolAndreaCastroHuertas_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=yhttps://repositorio.juanncorpas.edu.co/bitstream/handle/001/108/NicolAndreaCastroHuertas_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 39. ¿Qué son las Técnicas de Relajación de Schultz? Diccionario Médico. Clínica U. Navarra [Internet]. cun.es. 2024 [consultado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/tecnicas-de-relajacion-de-schultz>
 40. Pucha Pacurucu EA, Vásquez Gavilanes MG. Eficacia de las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson presente a restructuración cognitiva de Beck, en pacientes que presentan ansiedad en centeravid [Internet]. Universidad del Azuay. 2019 [consultado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8838/1/14468.pdf>
 41. La técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson paso a paso [Internet].

- Fpmaragall.org. 2021 [consultado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/relajacion-progresiva-jacobson>
42. Conde Quispe M. Vinculo prenatal [Internet]. SlideShare. 2019 [consultado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://es.slideshare.net/slideshow/vinculo-prenatal/27945443>
43. Técnicas de visualización o imaginación guiada [Internet]. Educrea. Educrea Capacitación; 2019 [consultado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://educra.cl/tecnicas-de-visualizacion-o-imaginacion-guiada/>
44. Sanabria Martínez EE, Ortiz Serrano M, Chávez Barrios NE, Paggi Gordon G, Ventura Cornejo FS, García ZG. Vista de Terapia de balón para manejo del dolor y sus efectos en el parto [Internet]. Central American Journals Online. 2022 [consultado 31 ago 2024]. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/alerta/article/view/11223/15438>
45. Reyes Garriazo ZM. Beneficios de la esferodinamia durante el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital de apoyo Felipe Huaman Poma de Ayala de Puquio, 2020 [Internet]. Universidad Nacional San Luis Gonzaga. 2021 [citado el 31 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/server/api/core/bitstreams/05b5cfcc-2d0e-45ce-bce5-134172a83edb/content>
46. Aranca Omeñaca E. Métodos no farmacológicos para el alivio del dolor en el parto, 2024 [Internet]. Uvadoc [citado el 22 de enero del 2025]; Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/51867>
47. Chuquilín Chugnas ND. Psicoprofilaxis obstétrica de emergencia y dolor durante el trabajo de parto. San Marcos, Cajamarca - 2024 [Internet]. Universidad Nacional de Cajamarca; 2024 [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7023>
48. Hernández Ortega AC. Factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020 [Internet]. Universidad Católica de Santa María. 2020 [citado el 18 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/ff098543-9f5a-467f-94fc-4f60a1c730bb>



ANEXOS

ANEXO 1

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR

La escala visual analógica consiste en una línea de 10 centímetros. El paciente elegirá un valor entre 1 y 10 para describir el dolor que siente, a continuación se podrá realizar la valoración e interpretación

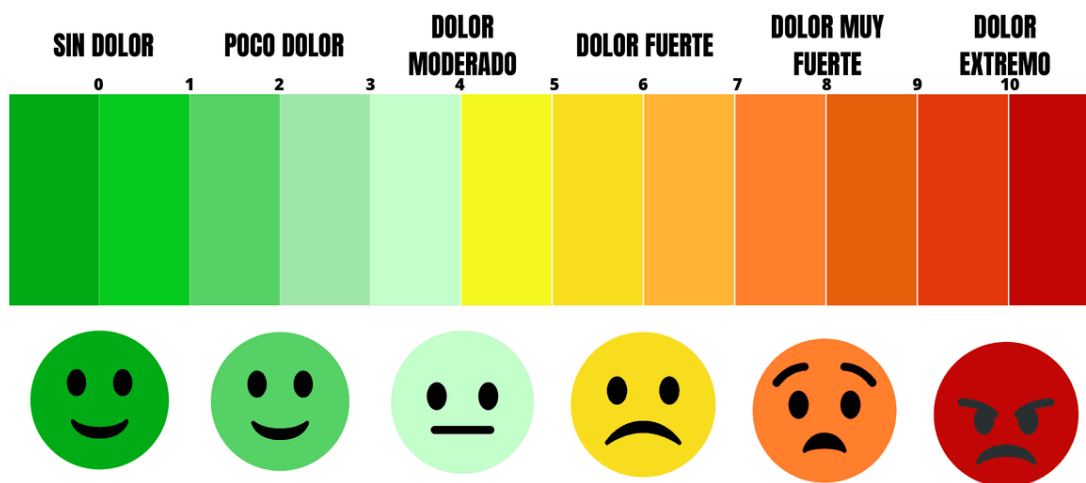


FIGURA N° 1 Escala visual analógica del dolor

INTERPRETACIÓN

- Sin dolor: 0
- Dolor leve: Puntuación 1 a 3
- Dolor moderado: Puntuación de 4 a 6
- Dolor severo: Puntuación de 7 a 10

Fuente Bijur, Polly; Silver, Wendy; Gallagher, John (27)

ANEXO 2

FICHA DE ACTIVIDADES

SESIÓN DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA

ACTIVIDAD	TÉCNICA-MÉTODO	MATERIAL
RESPIRACIÓN Se explican y realizan técnicas de respiración y relajación con la paciente, explicando los momentos de uso de cada una de ellas	• Respiración superficial • Respiración profunda • Respiración jadeante	
ESFERODINAMIA Se realizan ejercicios con el uso de pelota de pilates. Explicando las posturas, ejercicios y beneficios	• Movimientos circulares con la pelvis • Ejercicios de sentadilla sobre pelota	Pelota de pilates
MASAJE LUMBAR Se realiza masaje lumbar con aceite esencial de lavanda durante las contracciones	• Masaje con aceite esencial de lavanda	Aceite esencial de lavanda
MOVIMIENTO Y POSTURAS Se dejará a la gestante deambular y al momento de las contracciones se realizarán ejercicios o posturas para disminuir el dolor	• Deambulación • Sentadillas • Balanceo de caderas de pie	

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El presente proyecto de investigación lleva como título: **“INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA SOBRE EL NIVEL DE DOLOR EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN NULÍPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024”**, de la

Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, de Arequipa. Los datos obtenidos serán para el uso respetando la confidencialidad de la persona.

1. DATOS GENERALES:

- NOMBRE:
- EDAD:
- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

2. CARACTERÍSTICA OBSTÉTRICA

- EDAD GESTACIONAL:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÉCNICA	ACTIVIDAD	REALIZA ACTIVIDAD		ANTES				DESPUÉS			
		SÍ	NO	EVA (4-7)	D.U	EVA (7-9)	D.U	EVA (4-7)	D.U	EVA (7-9)	D.U
T. RESPIRACIÓN	• Respiración superficial										
	• Respiración profunda										
	• Respiración jadeante										
ESFERODINAMIA	• Movimientos circulares con la pelvis										
	• Ejercicios de sentadilla sobre pelota										
MASAJES	• Masaje con aceite esencial de lavanda										
MOVIMIENTO Y POSTURAS	• Deambulación										
	• Sentadillas										
	• Balanceo de caderas de pie										

ANEXO 4

MATRIZ DE REGISTRO

ID	Grupo	Edad	Grado de Instrucción	Uso gestacion al	EVA 4-7 cm ANTES	DU	EVA 7-9 cm ANTES	DU	EVA después 4-7 respiración	EVA después 4-7 esferodinamia	EVA después 4-7 masajes	EVA después 4-7 movimiento	EVA después 7-9 respiración	EVA después 7-9 esferodinamia	EVA después 7-9 masajes	EVA después 7-9 movimiento
1	Control	23	Secundaria	39	4	3	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0
2	Control	18	Secundaria	40	5	3	10	3	0	0	0	0	0	0	0	0
3	Control	19	Secundaria	37	6	3	6	4	0	0	0	0	0	0	0	0
4	Control	25	Secundaria	38	7	3	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
5	Control	19	Secundaria	39	7	3	9	5	0	0	0	0	0	0	0	0
6	Control	24	Superior	39	5	3	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0
7	Control	20	Secundaria	39	5	3	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0
8	Control	24	Primaria	39	8	3	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0
9	Control	28	Superior	40	8	3	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
10	Control	25	Superior	37	4	3	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0
11	Control	22	Superior	40	6	3	9	4	0	0	0	0	0	0	0	0
12	Control	30	Superior	39	8	4	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
13	Control	21	Secundaria	40	8	2	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0
14	Control	25	Superior	38	4	3	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0
15	Control	26	Superior	39	7	4	7	4	0	0	0	0	0	0	0	0
16	Control	23	Superior	39	4	3	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
17	Control	20	Superior	38	10	3	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
18	Control	23	Superior	39	7	3	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
19	Control	22	Secundaria	40	8	3	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
#	Control	25	Superior	40	9	3	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
21	Control	18	Secundaria	37	9	3	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
#	Control	22	Secundaria	39	10	5	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0
#	Control	23	Superior	37	8	3	8	4	0	0	0	0	0	0	0	0
#	Control	19	Secundaria	37	8	3	10	5	0	0	0	0	0	0	0	0
#	Control	20	Secundaria	41	4	3	5	4	0	0	0	0	0	0	0	0
#	Control	23	Secundaria	40	5	2	10	4	0	0	0	0	0	0	0	0
#	Experimenta	27	Superior	39	8	3	10	4	8	7	6	6.6	9.3	9	6	8.3
#	Experimenta	27	Superior	38	8	4	10	5	7.6	7	6	6	9.3	9	8	8.3
#	Experimenta	23	Superior	37	6	3	9	4	5	8	3	3.3	6.6	9	3	5
#	Experimenta	26	Secundaria	38	8	3	10	3	6.6	4	4	4.6	9.3	6	9	5.6
31	Experimenta	20	Superior	40	7	2	10	3	7	8	2	5.6	9.3	10	5	8
#	Experimenta	30	Superior	38	9	4	10	5	5.3	4	7	4	6.6	4	1	4.6
#	Experimenta	20	Superior	39	6	3	10	4	3.6	4	7	6.3	9	7	7	8
#	Experimenta	19	Secundaria	39	7	2	9	3	4.6	5.5	4	4.6	8.6	9	8	7.6
#	Experimenta	26	Secundaria	38	6	4	7	4	4	3.5	2	4.6	5	3.5	4	5.6
#	Experimenta	18	Secundaria	39	8	2	10	3	7.6	7	5	7.3	8.3	10	6	8.3
#	Experimenta	27	Superior	38	10	2	10	3	8.6	7.5	8	9.3	7.3	8	7	8.3
#	Experimenta	22	Secundaria	38	6	2	9	3	4.6	5	5	3	7.6	6	8	5.6
#	Experimenta	26	Superior	39	8	2	10	2	8	7	7	7	9.6	8.5	8	7.3
#	Experimenta	28	Superior	41	7	3	9	4	6.3	6	4	4.3	6.6	8	5	5.6
41	Experimenta	19	Superior	41	5	3	10	4	4.3	3	4	3.6	5.6	8	9	9.3
#	Experimenta	25	Superior	39	7	3	10	3	6.3	4.5	5	5.3	5.6	9	9	5.6
#	Experimenta	18	Secundaria	40	7	2	8	3	6.6	4	4	5	6.6	6	5	6.6
#	Experimenta	30	Superior	39	8	4	8	4	7.6	7	7	7.3	7.6	7	7	7.3
#	Experimenta	23	Superior	40	8	3	9	4	7.3	7.5	4	7.6	8.3	7.5	7	8.3
#	Experimenta	18	Secundaria	40	9	3	10	4	7	5	7	5.6	10	5	8	7
#	Experimenta	20	Secundaria	37	5	3	7	4	4	5	4	3	6.3	7	5	5
#	Experimenta	30	Secundaria	37	8	3	10	4	7.6	7	5	7.6	9.3	9	7	9
#	Experimenta	20	Superior	40	7	3	10	4	5.3	6.5	6	4	10	9	8	9.3
#	Experimenta	18	Secundaria	38	6	2	10	3	5.6	5	4	4.3	9.3	8	7	8.6
51	Experimenta	26	Secundaria	40	7	2	9	3	7	6	6	6	8.6	6	7	7
#	Experimenta	28	Superior	39	7	3	10	3	6.6	6	4	6.6	9.3	9	7	9.3

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN

Consentimiento informado para la participación en el estudio “INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA SOBRE EL NIVEL DE DOLOR EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN NULÍPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA 2024”

MARCIA CORALÍ AGRAMONTE MEDINA e ILIAN LORENA ESTRADA BARRIOS, en calidad de bachilleres en Obstetricia y Puericultura, se dirigen a usted, porque se le ha considerado candidata a la participación en este estudio que tiene como propósito evaluar el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto y comparar los resultados en parturientas a quienes se les enseñó técnicas de psicoprofilaxis y a quienes no se les enseñó.

Durante el periodo que dure el estudio usted tendrá a su disposición a las investigadoras del estudio para consultar cualquier duda que se le presente durante el mismo.

Los datos obtenidos del estudio serán utilizados únicamente para el mismo y de modo confidencial, no publicándose los resultados individualmente sino de forma global.

Todos los datos serán tratados de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Yo, _____ deseo participar en el estudio anteriormente citado y declaro que se me han explicado los posibles riesgos y beneficios de la participación en el estudio.

Firma participante

Firma investigadora

Firma investigadora

ANEXO 6

DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

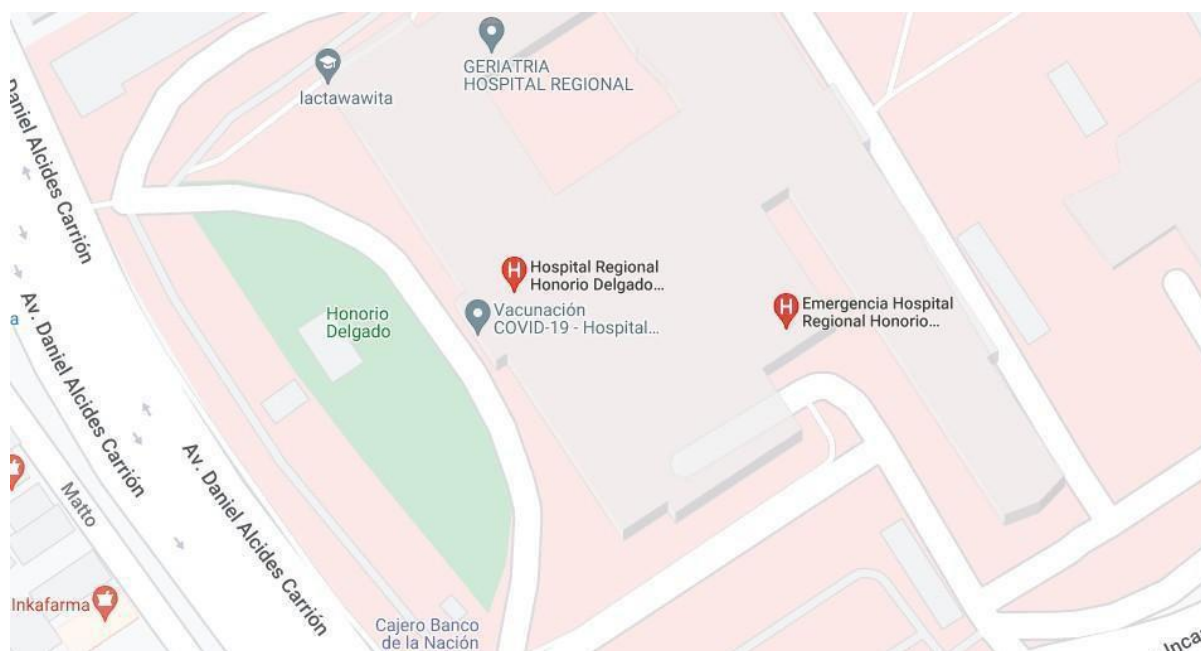


FIGURA N° 12 Delimitación geográfica

Fuente: Google Maps

ANEXO 7

CARTA DE PRESENTACIÓN

64



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA - PERU

(5154)382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

"IN SCIENTIA ET FIDE ES IT FORTITUDO NOSTRA"
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, 19 de setiembre del 2024

Sr. Dr.
CARLOS SEGUNDO MEDINA LINARES
Director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.
Ciudad. -

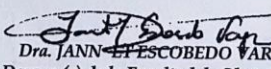
Asunto: Aplicación de Instrumento de
Tesis - FOyP.

Tengo a bien dirigirme a Usted, para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestras egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, y para lo cual las señoritas estudiantes AGRAMONTE MEDINA, MARCIA CORALÍ, Identificada con DNI 4629185 y ESTRADA BARRIOS, ILIAN LORENA Identificada con DNI 76509040, quienes están realizando el trabajo de investigación titulado: " INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DE EMERGENCIA SOBRE EL NIVEL DE DOLOR EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN NULÍPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2024", y como entenderá el mismo deberán obtener información mediante la realizarán ejercicios de psicoprofilaxis obstétrica de emergencia y se hará una encuesta a cada gestante utilizando la escala analógica visual para identificar los cambios en el nivel de dolor durante la fase activa del trabajo de parto, el cual, se aplicará en gestantes nulíparas, a término, de 18-35 años, sin patologías paralelas que necesiten control permanente, que se encuentren en la fase activa de trabajo de parto.

Asimismo, dicha información se obtendrá en el periodo de setiembre y octubre 2024.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



Dra. JANN ESCOBEDO VARGAS
Decana (e) de la Facultad de Obstetricia
y Puericultura de la UCSM

HOSPITAL REGIONAL "HONORIO DELGADO"
TRAMITE DOCUMENTARIO

20 SEP. 2024

Nº Reg. Doc.: 7407731 Folio: 63
Nº Reg. Exp.: 4890750 Hora: 10:30

FIGURA N° 13 Carta de presentación

ANEXO 8

AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO PARA LA INVESTIGACIÓN



"Año del Bicentenario, de la Consolidación de Nuestra Independencia y
de la Conmemoración de las Batallas Heroicas de Junín y Ayacucho"



Arequipa, 24 de octubre del 2024

OFICIO N° 820 - 2024-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-OCDI

Señoritas:
MARCIA CORALI AGRAMONTE MEDINA
 D.N.I. 74629185
ILIAN LORENA ESTRADA BARRIOS
 D.N.I. 76509040
PRESENTE.-

ASUNTO: AUTORIZACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
REFERENCIA: EXPEDIENTE 4590750
 OFICIO N°263-2024-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DGO-SO
 OFICIO N°953-2024-GRA/GRS/GR-HRHD/DG-DGO

Es grato dirigirme a usted para saludarla y a la vez; hacer de su conocimiento que vista su solicitud con la opinión favorable del Departamento de Ginecología y Obstetricia y del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Regional Honorio Delgado, esta Dirección autoriza que realice el Proyecto de Investigación, como se indica a continuación:

N° EXPEDIENTE	N° DOCUMENTO	SOLICITANTE	TÍTULO DEL PROYECTO	GRADO A OBTENER	AREA/UNIDAD DE APLICACIÓN	UNIVERSIDAD	FACULTAD
4590750	7430801	MARCIA CORALI AGRAMONTE MEDINA Y ILIAN LORENA ESTRADA BARRIOS	"INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA DE EMERGENCIA SOBRE EL NIVEL DE DOLOR EN LA FASE ACTIVA DEL TRABAJO DE PARTO EN NULÍPARAS EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA, AREQUIPA, 2024"	TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA	CENTRO OBSTETRICO DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA	UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA	OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Asimismo, debe cumplir con las medidas de bioseguridad establecidas en el Hospital, y uso correcto de EPPs.

Además, al término de su proyecto debe entregar al Hospital - Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación un ejemplar del informe final del trabajo de investigación (físico y virtual).

Sin otro particular, me despido de usted.

Atentamente,

CML/AMM/rbh

C.c. Archivo.

Expediente

Documento



4590750

7536035

FIGURA N° 14: Autorización del Hospital Regional Honorio Delgado

ANEXO 9

EVIDENCIAS



FIGURA N° 15: Evidencias