

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



“INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL NIVEL DE
ANSIEDAD DE LA GESTANTE JOVEN, DURANTE EL TRABAJO DE
PARTO EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ –
ZAMÁCOLA AREQUIPA. NOVIEMBRE - DICIEMBRE 2016”

Tesis presentada por las bachilleres:
IBÁRCENA CUARITE MARÍA ISABEL
QUISPE GUERREROS ROS MERY

Para optar el título profesional de:
Licenciada en Obstetricia.

Asesora: Dra. Verónica Oviedo Tejada

AREQUIPA - PERÚ

2017

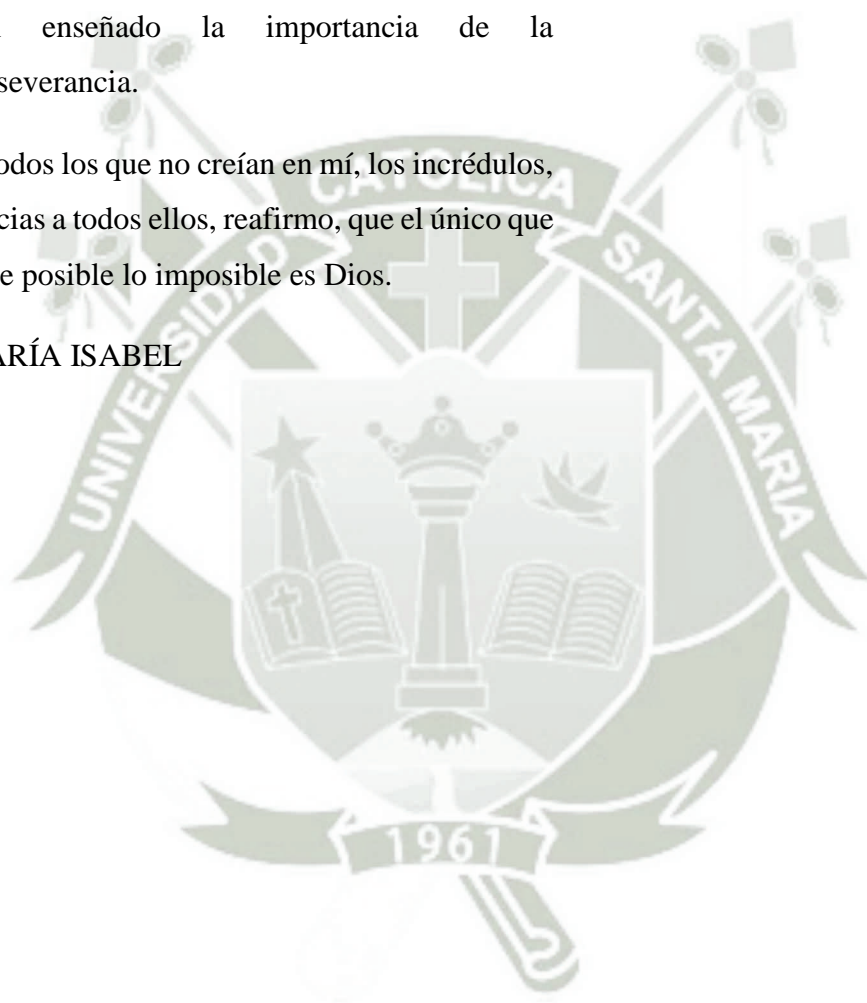
DEDICATORIA

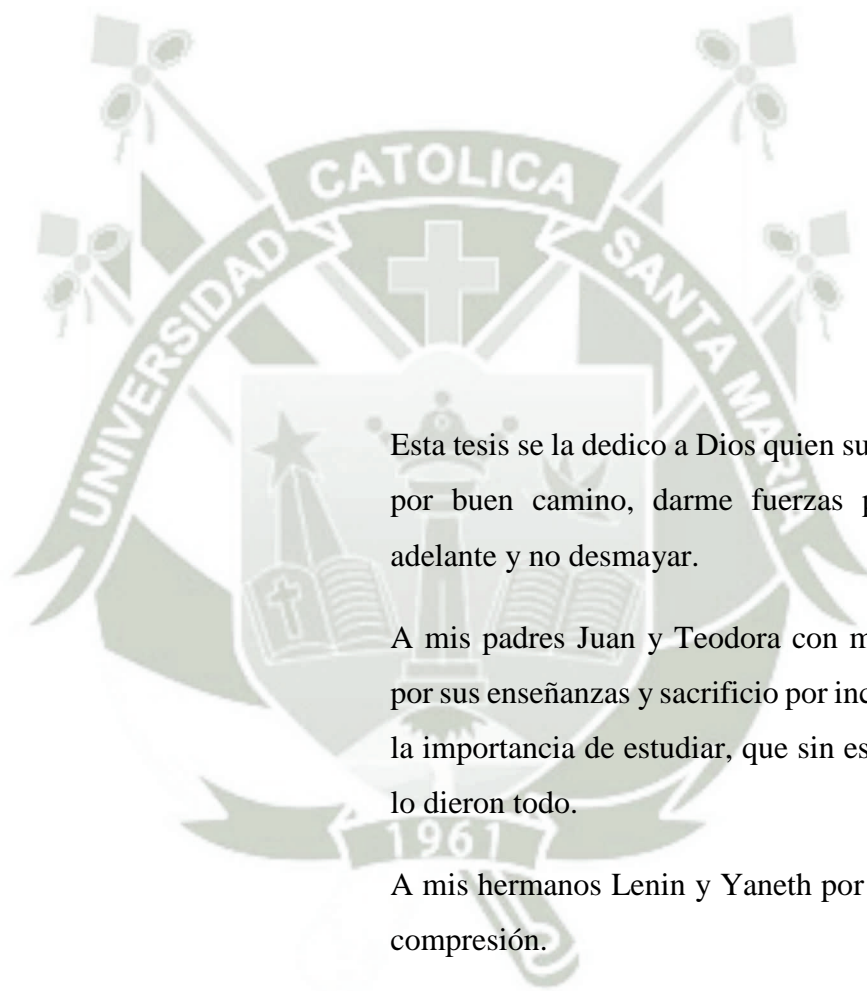
A Dios porque me ha dado la vida, fortaleza, perseverancia y me ha proveído de todo lo que necesitaba para llegar a donde estoy.

A mi familia: padres, hermanos porque a pesar de las dificultades han luchado conmigo, y me han enseñado la importancia de la perseverancia.

A todos los que no creían en mí, los incrédulos, gracias a todos ellos, reafirmo, que el único que hace posible lo imposible es Dios.

MARÍA ISABEL





Esta tesis se la dedico a Dios quien supo guiarme por buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar.

A mis padres Juan y Teodora con mucho amor por sus enseñanzas y sacrificio por inculcar en mi la importancia de estudiar, que sin esperar nada, lo dieron todo.

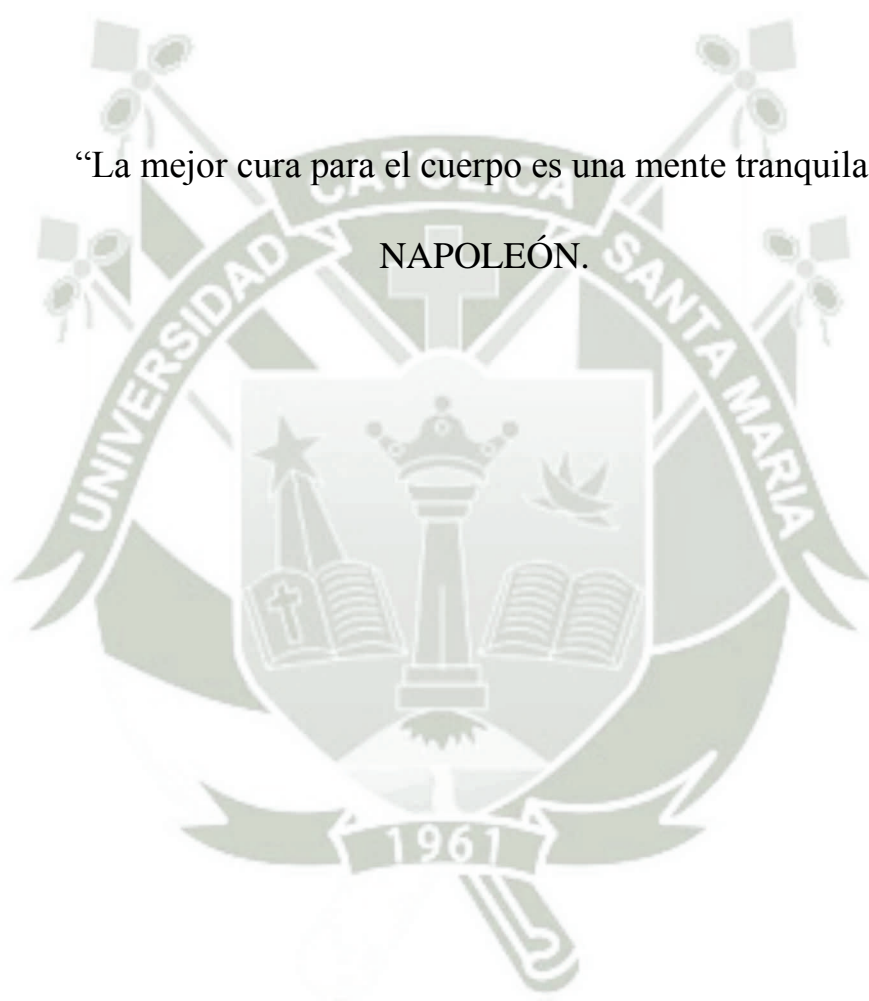
A mis hermanos Lenin y Yaneth por su apoyo y comprensión.

A mi prometido Robert, por tener paciencia y amor suficiente para esperarme, por hacerme cada día inmensamente feliz.

ROS MERY

“La mejor cura para el cuerpo es una mente tranquila.”

NAPOLEÓN.



ÍNDICE

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	9
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1 ENUNCIADO:.....	10
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	13
2. OBJETIVOS	14
3. MARCO TEÓRICO	15
3.1 CONCEPTOS BÁSICOS (MARCO CONCEPTUAL).....	15
3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	58
4. HIPÓTESIS	63
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	64
1.1 TÉCNICAS	65
1.2 INSTRUMENTO.....	65
1.3 MATERIALES	66
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	66
2.1 UBICACIÓN ESPACIAL	66
2.2 UBICACIÓN TEMPORAL.....	66
2.3 UNIDADES DE ESTUDIO.....	66
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	68
3.1 ORGANIZACIÓN	68
3.2 RECURSOS	68
3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO	69
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	69
CAPÍTULO III: RESULTADOS	70
RESULTADOS	71
DISCUSIÓN	78
CONCLUSIONES	80
RECOMENDACIONES	81
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	82
ANEXOS	85
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	86
ANEXO 2: RECOLECCION DE DATOS	87
ANEXO 3: ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ANISIDAD DEL DR. WILLIAM ZUNG.	88
ANEXO 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	90
ANEXO 5: UBICACIÓN ESPACIAL	92

RESUMEN

El objetivo, fue establecer la influencia de psicoprofilaxis obstétrica en el nivel de ansiedad de la gestante joven preparada durante el trabajo de parto, en el cual se aplicó el test de autoevaluación de ansiedad del Dr. William Zung, y la observación directa.

El presente trabajo de investigación se realiza en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola, en el periodo de noviembre a diciembre del año 2016, el tipo de estudio es de campo, explicativo-relacional, de corte transversal.

Se trabajó con una población de 200 y una muestra de 48 gestantes, de las cuales 24 conformaron el grupo de estudio, con psicoprofilaxis obstétrica, y 24 el grupo de control, sin psicoprofilaxis obstétrica.

Dando como resultado, que del grupo de estudio predominó: El 50% en edades entre 23 y 27 años, mientras que el rango de edad del grupo de control, osciló entre los 18 a 22 años en un 62.5%. La prevalencia en estado civil, mostró, que el 79.2% del grupo de estudio son convivientes y el 70.8 % del grupo de control son convivientes. En los resultados del test, de la escala de autoevaluación de ansiedad del Dr. William Zung, el 79.2% del grupo de estudio no presentaron ansiedad durante el trabajo de parto, sin embargo el 16.7% presentaron un nivel de ansiedad mínima a moderada, el grupo de control presentó el 4.1% ansiedad en grado máximo, el 66.7% ansiedad severa, mientras que, el 29.2% ansiedad moderada.

Se demostró que la psicoprofilaxis obstétrica disminuye los niveles de ansiedad de la gestante joven durante el trabajo de parto, en el grupo de estudio, ya que hay una educación previa a la misma. Mientras, el grupo de control, demostró que en su totalidad tenían ansiedad.

Palabras claves: Psicoprofilaxis, joven, gestante, ansiedad.

ABSTRACT

The objective was to establish the influence of obstetric psicoprofilaxis on the level of anxiety of the young pregnant woman prepared during labor, in which the test of anxiety self-evaluation of Dr. William Zung was applied and direct observation.

The current research work was carried out at the Maritza Campos Diaz - Zamácola Health Center, from November to December, 2016. This is a field, explanatory-relational, cross-sectional research.

From a population of 200 women, a sample of 48 pregnant women were observed, 24 of them were part of the trial group, with obstetric psicoprofilaxis, and 24 were part of the control group, without obstetric psicoprofilaxis.

As a result, from the trial group predominated: 50% aged between 23 and 27 years old, while the age range of the control group, was from 18 to 22 years old in 62.5%. The prevalence in civil status showed that 79.2% of the trial group are cohabiting and 70.8% of the control group are cohabiting. In the results of Dr. William Zung's anxiety self-evaluation scale test, 79.2% of the trial group didn't suffer from anxiety during labor, however, 16.7% had a mild to moderate level of anxiety, the control group presented the 4.2 % Anxiety in the highest degree, 66.7% severe anxiety, while 29.2% moderate anxiety.

In response to the data obtained, it was demonstrated that obstetric psicoprofilaxis reduces the anxiety levels of the pregnant woman during labor in the trial group, since there is a previous training. Meanwhile, the control group showed that they suffered from anxiety in a high percentage.

Key Words: Psicoprofilaxis, young, pregnant woman, anxiety.

INTRODUCCIÓN

En la edad antigua, nada o muy poco se encuentra escrito sobre los cuidados en el trabajo de parto. Entre los documentos más antiguos relacionados con estos cuidados, están los escritos chinos, que recomienda a la embarazada, evitar comida abundante y ejercicio excesivo y en la India, la recomendación de tener compañía de personas alegres, siendo así que las costumbres y prácticas de la edad antigua, tienen como finalidad un embarazo sin contratiempos y que el alumbramiento finalice exitosamente.

La ansiedad forma parte de la condición humana y sirve para afrontar situaciones de peligro o riesgo, en ocasiones sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Por lo que puede afectar el aspecto físico del cuerpo. (1)

Según las bases psicológicas de la psicoprofilaxis Obstétrica, el parto es además de un proceso físico un hecho psicosomático, vivido por la mujer en cuerpo y mente, esto influye en el aspecto psicológico; produciendo la triada de READ de temor - tensión - dolor. Para vencer estos obstáculos y llevarla a través de una experiencia agradable en la que consiga su relajación y buena respiración en beneficio de ella misma y de su bebe, es necesario la educación y entrenamiento de la gestante en psicoprofilaxis obstétrica. (2) (3)

La revisión bibliográfica consultada se encontró, que la ansiedad es frecuente en las gestantes. En otros estudios se señaló que durante el trabajo de parto también experimentaron ansiedad. La intención de nuestro trabajo fue resolver, el porqué, durante nuestras prácticas pre profesionales evidenciamos que las gestantes preparadas en psicoprofilaxis obstétrica adoptaban posturas antálgicas, respiración adecuada, caminatas y colaboraban activamente con las obstetras. Las gestantes que no fueron preparadas les impartíamos una preparación psicoprofiláctica de emergencia sin embargo no colaboraban activamente durante el parto. Por lo tanto decidimos investigar cuál es la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en los niveles de ansiedad en la gestante joven durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola.



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 ENUNCIADO:

“INFLUENCIA DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LA GESTANTE JOVEN, DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ–ZAMÁCOLA AREQUIPA. NOVIEMBRE – DICIEMBRE 2016”

1.2 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

A.ÁREA DEL CONOCIMIENTO:

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud

ÁREA ESPECÍFICA: Obstetricia y Puericultura

CAMPO O ESPECIALIDAD: Psicoprofilaxis obstétrica

B. ANÁLISIS Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	ITEMS
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA. (Variable Independiente)	Sesiones de psicoprofilaxis	Preparada	≥ de 6 sesiones
		No preparada	< de 6 sesiones
NIVEL DE ANSIEDAD EN LA GESTANTE JOVEN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO. (Variable Dependiente)	Escala de autoevaluación de ansiedad “William Zung”	MÍNIMA A MODERADA	45 – 59 puntos (índice EAA)
		SEVERA	60 – 74 puntos (índice EAA)
		GRADO MÁXIMO	75 – 100 puntos (índice EAA)

C. INTERROGANTES BÁSICAS:

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en la gestante joven preparada en psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre - Diciembre 2016?
- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en la gestante joven no preparada en psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016?
- ¿Cuál es la influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en el nivel de ansiedad de la gestante joven preparada durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola Arequipa. Noviembre - Diciembre Arequipa 2016?

**D. TIPO DE INVESTIGACIÓN:
DE CAMPO**

**E. NIVEL DE INVESTIGATIVO
EXPLICATIVO – COMPARATIVO Y PROSPECTIVO.**

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo de investigación se justifica en la importancia de demostrar la utilidad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en la gestante joven durante el trabajo de parto normal, en un trabajo de parto sin temor

ORIGINALIDAD: El presente trabajo de investigación, tiene estudios similares a nivel nacional, pero no en el medio local.

RELEVANCIA CIENTÍFICA: Existen diferentes escuelas tradicionales sobre las técnicas modernas de la psicoprofilaxis obstétrica y test sobre la ansiedad donde se evidencian signos y síntomas de la gestante. Ambos estudios apoyan al desarrollo clínico físico y psicosocial de la paciente.

MOTIVACIÓN PERSONAL: Se tiene conocimiento sobre el beneficio que aporta la psicoprofilaxis obstétrica en la gestación y parto. Pero al ser una preparación integral posiblemente actúe sobre el estado de ánimo de la gestante, por lo tanto nos interesa establecer dicha influencia sobre la ansiedad.

FACTIBILIDAD: Sí, se puede llevar a cabo ésta investigación, ya que existen los recursos necesarios para ejecutarlo.

RELEVANCIA SOCIAL: Nuestro estudio aportará a la afluencia de las gestantes al centro de salud u hospitales donde se realice las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, dado a los resultados finales de nuestra investigación para la propagación del conocimiento de psicoprofilaxis en relación a la ansiedad, al beneficio de la gestante para la ejecución de las sesiones. En cada sesión la obstetra incentiva a las gestantes asistir con su pareja o familiar, así no sólo la gestante es educada si no también su entorno familiar para así en el proceso del trabajo de parto la colaboración sea de ambos con el personal de salud.

CONVENIENCIA: La investigación conviene por que cubre varias áreas como: Social, con una orientación y motivación adecuada ayudarán a la madre a sentirse más segura. Teórica, por los conocimientos básicos de anatomía y fisiología en el embarazo y parto, enseñan a reconocer y comprender los cambios en el organismo durante éstas etapas. Física, porque el cuerpo como en cualquier deporte, necesita un buen entrenamiento para responder a las demandas gestacionales de forma más eficaz.

2. OBJETIVOS

- Determinar el nivel de ansiedad en la gestante joven preparada en psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz– Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016.
- Determinar el nivel de ansiedad en la gestante joven no preparada en psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016.
- Establecer la influencia de psicoprofilaxis obstétrica en el nivel de ansiedad de la gestante joven preparada durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre - Diciembre 2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 CONCEPTOS BÁSICOS (MARCO CONCEPTUAL)

3.1.1 PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Es la preparación integral o conjunto de actividades, métodos y técnicas, que se brindan a la gestante, durante el proceso de embarazo, parto y puerperio, con participación del padre y la familia, forjándoles una experiencia satisfactoria y feliz. Los procesos teóricos - prácticos de la psicoprofilaxis obstétrica y de la estimulación prenatal, deben brindarse a la gestante, pareja y familia a partir de las 20 semanas de gestación, siendo así, una gestante preparada la que ha recibido 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo.(4)

Profilaxis deriva de la palabra “prevención” que viene: (5)

LATÍN: praevenire, que quiere decir “adelantarse”

GRIEGO: prophylátto, que significa “yo tomo precauciones”.

Es un curso de preparación psicofísica para el gran momento: El parto. Generalmente se inicia a las 32 semanas de embarazo y se prolonga hasta el nacimiento, se ha ido transformando en una profilaxis global para evitar los factores de riesgo del embarazo, el parto y puerperio; así como evitar riesgos en el feto y recién nacido. (6)

Desde que el ilustre profesor, Doctor Roberto Caldeyro Barcia (Montevideo, 1921–1996), médico perinatólogo, impulsor y Director del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP - OPS/OMS), Montevideo, Uruguay, demostró y difundió su valor, desde la década de los 70, no hay dudas sobre los importantes beneficios maternos y perinatales que ofrece la psicoprofilaxis obstétrica y que igualmente beneficia al equipo de salud. (7)

3.1.1.1 OBJETIVOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA:

La psicoprofilaxis obstétrica debe ejercerse con criterio clínico, enfoque de riesgo y de forma personalizada, humanística y ética.

- Proporcionar educación sobre hábitos saludables para ella.
- Brindar conocimiento acerca de los cambios físicos y psíquicos que se producen en la gestación.
- Fortalecer el trinomio madre-padre-bebe.
- Contribuir al mejoramiento de la comunicación de los padres, como soporte de las buenas relaciones familiares, realzando la importancia de la familia.
- Identificar preocupaciones que puedan surgir después del parto y proporcionar los conocimientos necesarios para actuar con responsabilidad
- Fomentar en la gestante, la pareja y la familia una actitud positiva ante el embarazo. Así surgió la idea de la participación consciente y protagónica de la pareja, en un proceso orgánico, psíquico y social.
- Informar sobre tipos de tratamientos para el dolor.
- Brindar las herramientas necesarias a la gestante para canalizar el estrés materno y el dolor a través de las técnicas de respiración y relajación con visualización.
- Preparar física y emocionalmente para el parto: donde la embarazada aprende a ensayar su parto, aprende a buscar y utilizar las posiciones corporales que sean más placenteras, o movimientos corporales que durante cada contracción ayuden a la ubicación del bebé y a la mejor progresión del trabajo de parto (dilatación del cuello del útero, descenso de la presentación).
- Realizar medidas de prevención para evitar molestias físicas propias del embarazo o exacerbación de molestias crónicas como las várices, las hemorroides, el estreñimiento.
- Brindar preparación integral para la lactancia materna y cuidados del recién nacido. (5) (7)

3.1.1.2 FUNDAMENTOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA:

Se trabaja sobre tres pilares:

FUNDAMENTO COGNITIVO: Los conocimientos básicos sobre anatomía y fisiología del embarazo, parto y post-parto permiten comprender los cambios en el organismo durante las etapas de los mismos, detectando riesgos y actuando oportunamente; así sabrá cómo evoluciona el bebé y permitirá darle el mejor cuidado, atención y estimulación, incorporando en este proceso al padre y al entorno familiar.

FUNDAMENTO PSICOLÓGICO: La adecuada motivación y orientación ayudará a la gestante a sentirse más contenta, tranquila y segura, durante esta etapa, permitiéndole disfrutarla al máximo, venciendo las ideas negativas y tensiones preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor. Entendiendo los cambios de estado de ánimo, emociones y sentimientos.

FUNDAMENTO FÍSICO: El cuerpo necesita un buen entrenamiento para responder con el mínimo esfuerzo el Día del Parto, para lo cual debe realizar gimnasia obstétrica pre-natal. (5)

3.1.1.3 BASES DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

La fisiología del parto y la fisiopatología del dolor han sido motivo de múltiples investigaciones para determinar las causas del dolor en el parto. Para que haya dolor es necesario que concurren 3 circunstancias: (4)

- **Terminaciones Nerviosas Libres Y Específicas (Corpúsculos De Pacini y Vaten).**- Son receptores de rápida adaptación que responden únicamente al inicio y final de la desviación mecánica, y a las vibraciones de alta frecuencia. Los corpúsculos de Pacini se encuentran por ejemplo, en el tejido conectivo subcutáneo y en la dermis reticular y son especialmente numerosos en la mano y el pie. Además se encuentran en el páncreas y los órganos sexuales. Envían información acerca del movimiento de las articulaciones.

Filippo Pacini presentó en 1835 en la "Società médico-física" de Florencia su descubrimiento de los corpúsculos que ahora llevan su nombre. (19)

- **Estímulo Suficiente (Físicos y Psíquicos: Reflejo Condicionado).**- Es cualquier factor que puede desencadenar un cambio físico o de la conducta. Los estímulos pueden ser externos o internos. Un ejemplo de estímulo externo es: Su cuerpo reaccionando favorablemente a un medicamento. Un ejemplo de estímulo interno es: Sus signos vitales cambian debido a un cambio en el cuerpo. Los estímulos abarcan: Irritantes, vistas, olores, sonidos, cambios de temperatura. (20)
- **Umbral De Percepción Del Dolor Adecuado.**- El umbral del dolor es la intensidad mínima de un estímulo que despierta la sensación de dolor. Afirman que todos los seres humanos tenemos, en mayor o menor medida, un umbral del dolor. De este modo, cuando decimos que alguien tiene el umbral del dolor alto, quiere decir que tiene una capacidad mayor de tolerar la sensación de dolor que otra con el umbral del dolor más bajo. Dependiendo del contexto, las circunstancias y el estado físico y psicológico de la persona, la sensación de dolor puede variar de mayor a menor grado. Es probable que al tratarse de una situación extrema, el dolor por otras cosas disminuya o desaparezca. Por tanto, podemos afirmar que la tolerancia al dolor también se trata de algo psicológico. Se ha estudiado que con el paso de la edad, el umbral del dolor disminuye, en las personas mayores teniendo una tolerancia menor al dolor que las personas jóvenes. Como posible tratamiento para tolerar el dolor, los mejores aliados son las endorfinas. Las endorfinas, esas pequeñas moléculas de la felicidad, actúan como neurotransmisores de placer y hacen que nos sintamos animados y de buen humor. La forma más efectiva de liberar endorfinas es hacer ejercicio, pero también ayuda relacionarse con otras personas, reírse y hacer cosas que nos gustan, bailar y relajarnos, estar en contacto con la naturaleza, entre otras muchas formas. (21)

Las técnicas modernas empleadas para la práctica de la preparación para el parto se basan en las Escuelas Tradicionales:

ESCUELA INGLESA: Grantly Dick Read

ESCUELA RUSA: Platonov, Velvovsky y Nicolaiev

ESCUELA FRANCESA: Fernand Lamaze

ESCUELA ECLÉCTICA: Frederick Levoyer, Gavensky y otros.

ESCUELA INGLESA (PARTO SIN TEMOR):

Granthy Dick Read, publicó en 1933 sus observaciones sobre el parto natural, que después denominó Parto sin Temor.

POSTULADO: “El temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal.” Dick Read describió dos tipos de dolor durante el parto, cada uno de ellos de origen diferente y con particular forma de tratamiento:

El primero, producto de las anormalidades dinámicas del parto, es el dolor primario o verdadero; el segundo, relativamente común, consecuencia del miedo que ocasiona tensión y, ésta, dolor, el cual puede ser evitado.

Dick Read describió, de esta manera, su síndrome temor-tensión-dolor. El temor origina tensión muscular y psíquica, la tensión produce disminución del umbral de percepción del dolor haciendo que los estímulos no dolorígenos se identifiquen como dolorosos y que los estímulos dolorígenos se hagan más evidentes. De esta manera la sensación dolorosa se magnifica, el dolor magnificado causa mayor temor y consecuentemente mayor tensión, cerrándose así una espiral o círculo vicioso, con intensidad dolorosa cada vez mayor. (5)

BASES TEÓRICAS:

- Origen del dolor
- Tensión de las fibras musculares uterinas
- Estado emocional
- Síndrome Temor- Tensión- Dolor

FUNDAMENTOS DEL MÉTODO DE READ:

La experiencia nos dice: Que el parto evoluciona con mayor facilidad, rápidamente y con menor riesgo de complicaciones cuando la mujeres en forma instintiva o aprendida viven el hecho como un suceso natural, reaccionando en forma controlada en las diferentes etapas del proceso.

¿A qué control nos referimos? Al equilibrio que debe haber entre el cuerpo y la mente. No hay temor → fenómeno nuevo → acto positivo. (5)

Método de Read:

El organismo reacciona de diferentes maneras ante los fenómenos que pueden implicar peligro, y una de ellas es el aumento de la tensión, tanto física como psíquica.

El método Inglés (temor – tensión – dolor):

En síntesis trata de invertir éste círculo vicioso.

- Estableciendo un orden de importancia en los 4 elementos de su técnica de preparación: Educación - Respiración - Relajación - Gimnasia.
- Mejorando el estado general de la embarazada.
- Favoreciendo la entrada de oxígeno para la madre y el feto.
- Reforzando grupos musculares necesarios para el acto expulsivo.
- Exigiendo una correspondencia por parte del personal que asiste a la gestante y de un adecuado ambiente en que se va a desarrollar el parto.

Beneficios del método de Read:

- Disminución del temor y la ansiedad.
- Consecuencias de un mayor o menor alivio del dolor.
- Uso de menos medicamentos, sin descarte de su uso.
- Menos intervenciones operatorias.
- Trabajo de parto más corto.
- Menor pérdida sanguínea en el alumbramiento.

La tensión mantenida en un músculo, puede llegar a ser dolorosa (un calambre). Si además esa tensión es involuntaria, no controlable, y se sospecha su continuidad, es probable que el temor que ya existía vaya aumentando poco a poco. De esta manera Read explica los cambios que ocurren en la mujer al comienzo del parto y basándose en ellos intenta anular las influencias negativas de esos tres componentes.

El temor al parto:

- Sigue siendo una constante en las embarazadas.
- Teme al dolor, a las hemorragias, a la posibilidad de tener un hijo con lesiones o malformado.
- Read asegura que este componente puede ser anulado por medio de la educación, de la comprensión del proceso de la gestación como la del parto.

La tensión: La relajación mental puede conseguir el control de la musculatura voluntaria. Por tanto una buena relajación junto al conocimiento del fenómeno del parto, pueden conseguir que las contracciones uterinas concebidas como dolorosas, sean reconocidas como simple trabajo muscular y en definitiva como un trabajo eficaz que culminará con un parto feliz. Read afirma: “mujer tensa: cuello del útero tenso” “mujer relajada: cuello del útero relajado” (5)

ESCUELA RUSA (PARTO SIN DOLOR):

Nació en la Unión Soviética y se basa en los principios de la fisiología de Pavlov y en la teoría de los Reflejos Condicionados. En 1947, el neuropsiquiatra ruso Velvoski y el obstetra Nicolaiev emplearon por primera vez una técnica de atención del parto a la que denominaron "Método psicoterapéutico de analgesia en el parto". Comprende cuatro partes:

- Contiene una introducción en la que expone las ideas generales de los reflejos condicionados.
- Descripción de la técnica de preparación propiamente dicha.
- Se circunscribe a la organización de los servicios y preparación del personal.

- El método propone evaluación de resultados.

POSTULADO: El parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación activa de la mujer. Establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede descondicionarse.

LOS REFLEJOS: Partimos del concepto que existen dos tipos de reflejos. (4) (5)

Reflejos incondicionados:

- Este reflejo tiene como característica ser innato; es de decir, la persona nace con él.
- Es de transmisión filogenética.
- Es inconsciente, no requiere de aprendizaje.
- No desaparece espontáneamente.

Reflejo condicionado:

- Automáticos, adquiridos.
- Requieren de aprendizaje.
- Adquiridos en el ejercicio diario de la vida.
- Es consciente y necesita estar integrado.

En 1951 este método fue dado a conocer perfectamente reglado y demostrado sobre bases científicas “Intervención de los Reflejos”. Pavlov, padre de la Reflexología y Premio Nobel de fisiología, realizó dos grandes experimentos:

Primera experiencia: Explicación de los reflejos condicionados. “Primer sistema de señales” son los estímulos condicionados externos e internos, comunes en hombres y animales. “Segundo sistema de señales” que está representado por la palabra: para los animales: es un sonido más, para el hombre el lenguaje hablado o escrito tiene un contenido semántico, una representación en imágenes y conceptos suficientes para generar reflejos condicionados o para evocarlos.

Segunda experiencia: Transformación de un reflejo incondicionado preexistente en un reflejo condicionado de carácter contradictorio: el trozo de carne ha condicionado en el perro la reacción de carácter positivo frente al electrodo. (7)

TÉCNICA DEL MÉTODO PSICOPROFILÁCTICO:

- Controles pre-natales frecuentes de 12 a 16 controles prenatales.
- Creación de una nueva actitud de la embarazada hacia el parto, como: emociones positivas, alegría y satisfacción de la maternidad.
- Se deben disipar los temores relacionados con el parto, reforzando el reflejo condicionado parto = contracción.

El Método ruso (parto – contracción):

- Los elementos prácticos están constituidos por la respiración y ciertos ejercicios.
- La respiración es una copia del ritmo fisiológico (15 - 18), y es más profunda cuando las contracciones son menos intensas. Esto favorece la entrada del oxígeno, mejora el ritmo contráctil y el estado fetal, tonifica la corteza cerebral, manteniendo un estado animoso.
- Ejercicios son con masajes en forma circular sobre el hipogastrio y con presiones sobre puntos analgesiantes (crestas ilíacas, región lumbosacra) en el pujo se evidencia el 18 acortamiento del período expulsivo.
- Asigna valor a la gimnasia general porque actúa positivamente sobre el sistema nervioso. (5)

ESCUELA FRANCESA (PARTO SIN DOLOR POR EL METODO PSICOPROFILACTICO):

En 1952 el francés Fernand Lamaze con el Dr. Pierre Vellay publica su primera obra titulada “Parto sin dolor por el Método Psicoprofiláctico”. Este sagaz obstetra, después de estudiar las teorías de Read y de Velvovsky, Nicolaiev y Platonov concluyó que estas escuelas no eran incompatibles.

POSTULADO: "Parto sin dolor por el medio psicoprofiláctico en base a la educación neuromuscular".

- Propuso el método “parto indoloro”, y no realizó ningún aporte doctrinario.
- Desarrolla una metodología de 08 sesiones considerando una con la pareja
- El método enseña ejercicios de relajación y respiración, estableciendo la respiración jadeante para el periodo expulsivo.

Sus bases teóricas son las mismas que las de la escuela Rusa. (4) (5)

ESCUELA ECLÉCTICA (PARTO SIN DOLOR SIN VIOLENCIA):

Representada por el Dr. Leboyer. Dr. Gavensky y otros. Dirige su atención hacia el recién nacido, proporcionando las condiciones de un buen nacimiento, desde la óptica del recién nacido. (2)

POSTULADO: Favorece el momento adecuado para el encuentro padre – madre – hijo "Parto sin dolor, parto sin violencia".

- Preparación adecuada de la mujer, para el parto
- Para la buena atención del parto es necesario condiciones ambientales como: personal entrenado y lugar de atención del parto adecuado, luz indirecta, fondo musical suave, lenguaje a media voz, evitar ruidos innecesarios del instrumental, ambiente tibio para el R.N.
- Inmediatamente de la salida del niño, antes de cortar el cordón umbilical, introducirlo en un recipiente con agua tibia.
- Favorecer el momento adecuado, para el encuentro padre - madre - hijo.

Ricardo V. Gavensky: médico argentino creador de la escuela sudamericana. Basado en las escuelas rusas, inglesa y francesa. Del cual se basó la incorporación de la psicoprofilaxis en el Perú.

- Da a la psicoprofilaxis un enfoque más amplio, conectándolo con otras ramas de la medicina.

- Discrimina el valor de los elementos teóricos y prácticos de los procedimientos.
- Precisa su metodología.
- Aporta nociones de psicología, de psicopatología y de hipnosis. (5) (7)

3.1.1.4 BASES PSICOLÓGICAS

El parto además de un proceso físico, es un hecho psicosomático vivido por la mujer en cuerpo y mente, influye al aspecto psicológico.

Una mujer que no está preparada, llegará al parto con una serie de temores, creencias y prejuicios, además de la influencia de familiares, amigos y conocidos, que condicionarán en ella el temor por lo desconocido o conocimientos errados, generando dolor y sufrimiento. Así se produce la triada de Read de Temor Tensión Dolor, antes mencionado. (2)

Aunque cierto nivel de tensión durante el embarazo es normal, los estudios demuestran que las madres sometidas a tensión extrema y constante, tienen más probabilidades de tener hijos prematuros, con pesos inferiores al normal, hiperactivos, irritables y con predisposición a cólicos.

Para contrarrestar ésta situación es necesario la educación y entrenamiento de la mujer, para vencer estos obstáculos que se presentan y llevarla a través de una experiencia agradable en la que consiga su relajación y buena respiración en beneficio de ella misma y de su bebé.

La preparación psíquica consiste en enseñar a manejar las ansiedades y los miedos, para lo cual existen distintas técnicas. La terapia de grupo, por ejemplo, es una técnica en la cual todas las mujeres pueden expresar sus inquietudes y ser contestadas por otras mamás ya experimentadas o por los coordinadores, o bien la relajación, la respiración y la meditación que ayudan a disminuir las tensiones y controlar el dolor. (3) (8)

3.1.1.5 SESIONES PSICOPROFILÁCTICAS

I SESIÓN

OBJETIVOS:

- Desacondicar a las gestantes de sus temores de la gestación para parto y postparto.
- Conocer la importancia y beneficios de la psicoprofilaxis.
- Conocer el proceso de la reproducción humana fecundación y desarrollo fetal.
- Entender la importancia de la gimnasia obstétrica.

PROCEDIMIENTOS:

Recepción y bienvenida de las gestantes participantes

Importancia y beneficio del parto sin temor. Las madres que completan las sesiones de psicoprofilaxis, logran reconocer los signos de alarma de diversas emergencias obstétricas que atentan contra la salud de sus bebés.

Motivar la participación activa de la gestante en el momento del parto. Adquisición de conocimientos que repercuten en:

- Manejo del dolor gracias a la disminución del estrés provocado por la falta de información que tenemos respecto al proceso.
- El incremento de control, dados los conocimientos adquiridos.
- Capacidad de toma de decisiones con seguridad y serenidad basada en conocimientos bien fundamentados.
- Incremento del gozo de ser padres
- Integración y fortificación de la relación de pareja

Cronograma de asistencia y contenido de las sesiones: Las seis clases de psicoprofilaxis, o proceso de preparación de la futura madre y de su bebé en el útero, se otorga gratuitamente en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA), logran disminuir las emergencias durante el parto, como las hemorragias,

desprendimiento de placenta, inadecuada ubicación del bebé en el útero, infecciones y los abortos. (4)

TEORÍA:

- El programa de psicoprofilaxis obstétrica, objetivos, fundamentos y ventajas.
- Reproducción humana.
- Anatomía y Fisiología del aparato genital masculino y femenino.
- Fecundación y desarrollo del feto.

PREPARACIÓN FÍSICA:

Cambios posturales, incluir posición de relajación.

EJERCICIOS POSTURALES:

Lateralización de la cabeza:

- **Posición inicial:** de pie o sentada, mirando al frente
- Inspirar
- Mientras expulsas el aire, acerca la oreja derecha al hombro derecho
- Inspirar
- Volver a la posición inicial expulsando el aire
- Repetir el ejercicio hacia el lado izquierdo
- Realizar el ejercicio completo cinco veces

Rotación de la cabeza:

- **Posición inicial:** de pie o sentada
- Inspirar
- Expulsa el aire mientras giras la cabeza hacia la derecha, manteniendo la posición unos segundos
- Inspirar
- Volver a la posición inicial expulsando el aire
- Repetir el ejercicio hacia el lado izquierdo
- Realizar el ejercicio completo cuatro veces

Flexión y extensión de la cabeza:

- **Posición inicial:** de pie o sentada
- Mirando al frente, inspirar a la vez que se bajan los hombros
- Expulsa el aire mientras llevas la barbilla hacia el tórax
- Respirar varias veces, expulsando el aire despacio
- Inspirar
- Espirar mientras se vuelve a la posición inicial
- Inspirar
- Durante la espiración levantar despacio la cabeza
- Inspirar
- Expulsar el aire mientras se vuelve a la posición inicial
- Realizar el ejercicio completo cuatro veces

Rotación de los hombros:

- **Posición inicial:** de pie o sentada
- Con los codos hacia afuera, apoya la punta de los dedos sobre los hombros
- Inspira
- Mientras expulsas el aire, traza amplios círculos con los codos hacia atrás
- Repite el ejercicio cuatro veces
- Realiza el ejercicio en sentido opuesto
- Puedes realizarlo también apoyando las manos en la cintura o con los brazos en cruz

Ejercicios para la pelvis:

- **Posición inicial:** de pie, piernas en línea con la pelvis
- Coge el aire a la vez que apoyas la espalda y la cabeza contra la pared
- Espira mientras contraes los músculos del abdomen, llevando la pelvis hacia delante y manteniendo toda la columna pegada contra la pared, poniendo especial atención en la zona lumbar con el fin de disminuir la curvatura de la columna en esa zona
- Repite el ejercicio cuatro veces

- Este ejercicio se puede realizar también sentada o echada boca arriba con las piernas flexionadas

POSTURAS DE RELAJACIÓN:

Dorso lateral izquierdo:

- Echada sobre el lado izquierdo, con la pierna izquierda flexionada y la derecha estirada. La cabeza y los hombros apoyados sobre un almohadón

Posición de relajación en dorsal:

- Echada boca arriba, apoyando la cabeza y los hombros sobre una almohada con las piernas ligeramente flexionadas, apoyadas sobre un almohadón a nivel de la flexión. De esta manera se reduce la curvatura de la columna a nivel lumbar, relajando la tensión de esa zona

Posición de sastre o de campesina:

- Posición sentada en el suelo
- Piernas entrelazadas en el suelo cruzadas de derecha a izquierda
- Respiración normal y completa
- Ojos cerrados

II SESIÓN

OBJETIVOS:

- Promocionar medidas de auto cuidado en las gestantes
- Identificar signos de alarmas

TEORÍA

Importancia del control prenatal. Control prenatal es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico

y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal. Con la educación de la gente podemos perfectamente lograr los objetivos generales del control prenatal son:

- Identificar factores de riesgo
- Diagnosticar la edad gestacional
- Diagnosticar la condición fetal
- Diagnosticar la condición materna
- Educar a la madre

CUIDADOS ESPECIALES DURANTE LA GESTACIÓN: dieta, ropa, higiene, actividad sexual.

SIGNOS DE ALARMA: Es importante que toda mujer en embarazo asista periódicamente a sus controles prenatales, como mínimo deben realizarse un control por mes, con el fin de identificar riesgos y prevenir complicaciones obstétricas futuras que puedan presentarse. A continuación describiremos los signos de alarma que toda mujer embarazada debe conocer, con el fin de que cuando presente alguno de ellos asista inmediatamente donde su médico de cabecera.

Primer trimestre:

- Sangrado vaginal
- Dolor abdominal
- Náuseas y vómito incontrolable

Segundo trimestre:

- Sangrado vaginal
- Salida de líquido por la vagina como cuando hay orina
- Cambios en el aspecto del flujo vaginal
- Ardor al orinar
- Contraindicaciones uterinas

Tercer trimestre:

- Ausencia de movimientos fetales por más de dos horas
- Dolor abdominal
- Cambios en el aspecto del flujo vaginal
- Ardor al orinar
- Hinchazón de pies, manos y/o cara
- Dolor d cabeza
- Sangrado vaginal
- Salida de líquido por la vagina como cuando hay orina antes de la semana 37
- Contracciones uterinas antes de la semana 37
- Relajación y Respiración

GIMNASIA PRENATAL:

- Ejercicios posturales (descritos anteriormente)
- Ejercicios básicos de estimulación y rutina. Estimulación prenatal
- **Estiramiento de columna:**

Ejercicio 1:

- **Posición inicial:** sentada con las piernas flexionadas, apoyada sobre los puños, con los brazos hacia atrás.
- Inspira mientras elevas las cosillas, enderezando la espalda y sin levantar los hombros.
- Espira volviendo a la posición inicial
- Repite el ejercicio cuatro veces

Ejercicio 2:

- **Posición inicial:** sentada con las piernas flexionadas con la columna y la cabeza apoyada contra la pared y las manos sujetando los tobillos.
- Inspirar.
- Al expulsar el aire, llevar la pelvis hacia adelante apoyando toda la espalda contra la pared.

- Repetir el ejercicio cuatro veces

EJERCICIOS CIRCULATORIOS:

Flexión y extensión de los dedos del pie:

- **Posición inicial:** sentada
- Estira las piernas dejando apoyados los talones en el suelo
- Estira los dedos al máximo, elevándolos
- Flexiona los dedos
- Repite el ejercicio cuatro veces
- Este ejercicio se puede realizar echada boca arriba con los pies apoyados en un rodillo

Flexo – extensión de los pies:

- Posición inicial: sentada o de pie
- Inspirar sacando los codos hacia afuera, cerrar una mano y encerrarla con la otra, colocándolas a la altura del pecho
- Mientras expulsas el aire, aprieta una mano contra la otra
- Repite el ejercicio con las manos a la altura de los ojos y de la cintura
- Cambia el orden de las manos y repite la serie
- Repetir el ejercicio completo cuatro veces

EJERCICIOS PARA MÚSCULOS DEL PECHO:

Ejercicio 1:

- Posición inicial: sentada o de pie
- Inspirar sacando codos hacia afuera, cerrar una mano y encerrarla con la otra, colocándolas a la altura del pecho
- Mientras expulsa el aire, apriete una mano contra la otra
- Repetir el ejercicio con las manos a la altura de los ojos y de la cintura
- Cambia el orden de las manos y repite la serie
- Repita el ejercicio completo cuatro veces

Ejercicio 2:

- Posición inicial: de pie
- Coge aire uniendo las manos en la espalda, con los dedos entrelazados y los brazos estirados
- Mientras expulsa el aire, intente unir los codos aproximando los omóplatos entre sí
- Repita el ejercicio completo cuatro veces

Ejercicio 3:

- Posición Inicial: de pie
- Inspirar uniendo las manos por delante, con los dedos entrelazados y las palmas de las manos hacia afuera, a la altura de los hombros.
- Mientras expulsa el aire, estire los brazos hacia el frente
- Repita el ejercicio completo cuatro veces

III SESIÓN:

OBJETIVOS

- Condicionar a la gestante a una actitud positiva frente al parto.
- Conocer la fisiología del parto

TEORÍA

CARACTERÍSTICAS DEL INICIO DE PARTO: El trabajo de parto se divide en tres fases:

Fase 1 ó latente: Es llamado así al periodo que sirve para la preparación uterina del parto, ocurre al final del embarazo y va hasta el inicio de las contracciones del trabajo de parto. Los aspectos a destacar en este lapso es el reblandecimiento cervical, el aumento importante en el número de receptores para oxitocina a nivel de las células endometriales, un aumento sustancial en los puentes de unión y el

número de conexiones a nivel miometrial y por consiguiente una mayor sensibilidad a los agentes uterotónicos.

Fase 2 ó activa: Es el lapso que representa el trabajo de parto activo, y se acepta que se inicie cuando existen 3 cm de dilatación y las contracciones uterinas son aptas para producir un avance en el trabajo de parto; se divide en tres periodos.

- **Primer periodo:** Se inicia cuando las contracciones uterinas alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficientes para causar borramiento y dilatación del cuello uterino, y finaliza cuando éste se encuentra en completa dilatación. El lapso de tiempo que dura es variable, pero se acepta como normal hasta diez horas en primigrávidas y ocho horas en multigrávidas, pero independientemente de eso, se debe considerar como adecuado si el borramiento y la dilatación cervical son progresivos e ininterrumpidos.
- **Segundo periodo:** Se inicia con una dilatación cervical completa y termina con la expulsión del feto, tiene una duración variable, pero se acepta como normal una hora en pacientes primíparas y 30 min en múltiparas; y tiene como características que debe ser progresivo e ininterrumpido.
- **Tercer periodo:** Este comienza inmediatamente finalizada la expulsión fetal y termina con la expulsión total de la placenta y las membranas corioamnióticas; a este periodo se le conoce también como de alumbramiento y es el más corto de los periodos del parto, como norma general se acepta que no debe extenderse más allá de 10 minutos. Existen algunos autores que incluyen un cuarto periodo dentro del trabajo de parto, el cual abarca aproximadamente la hora posterior al alumbramiento, y comprende el lapso de tiempo cuando ocurre la contracción y retracción de las fibras miometriales, así como la trombosis de los vasos adyacentes, lo cual es un efectivo control de la hemorragia del sitio de implantación de la placenta.

Fase 3: Este periodo es el que representa el regreso de la mujer a su estado previo al embarazo, y se caracteriza por la involución uterina, la eyección láctea y por último la restauración de la fertilidad; existen estudios que involucran en esta fase a la endotelina-1 y a la oxitocina como sustancias responsables de estos cambios postparto.

PARTICIPACIÓN DE LA GESTANTE DURANTE LA ETAPA DE DILATACIÓN

IDENTIFICACIÓN, EVALUACIÓN Y RESPUESTAS A LA CONTRACCIÓN UTERINA: Para poder hablar de un trabajo de parto normal, las cuatro fuerzas que intervienen en esta deben interactuar sincrónica y adecuadamente, estos factores son el conducto (pasaje), dado por partes blandas y óseas de la pelvis materna; el feto (pasajero), la placenta y las fuerzas que expulsan el contenido uterino (contracciones). El trabajo de parto ha sido dividido en diferentes etapas, a las cuales se les han denominado fases y de las que nos ocuparemos a continuación.

GIMNASIA PRE NATAL:

- Ejercicios posturales: explicados en la primera sesión.
- Ejercicios de la segunda sesión
- Respiración habitual y respiración uno.
- Técnicas de relajación: Explicadas anteriormente
- Sesión de estimulación uterina
- **Ejercicios Respiratorios:**

Posición del sastre:

- Sentarse sobre una colchoneta con la espalda erguida y las piernas cruzadas (posición del sastre).
- Colocar las manos a ambos lados del ombligo encarando los dedos.
- Cerrar los ojos y dejar que la calma invada. Inspirar lenta y profundamente por la nariz, mientras nota como las manos avanzan conforme el vientre se hincha.
- Espirar despacio con la boca entreabierta. Realizar el ejercicio 5 veces.

Posición Dorsal:

- Cerrar los ojos y dejar que la calma invada.
- Inspirar lenta y profundamente por la nariz, mientras note como las manos avanzan conforme el vientre se hincha.
- Espirar lentamente con la boca entreabierta.

- Realizar el ejercicio 5 veces. Tras una breve pausa repetir de 3 a 5 veces.

Respiración Abdominal de costado:

- Adoptar la posición: Inspirar lenta y profundamente por la nariz, notando como las manos avanzan conforme el abdomen se hincha
- Espirar poco a poco con la boca entreabierta.
- Realizar este ejercicio 5 veces. Luego repetir el ejercicio de 3 a 5 veces

Respiración Abdominal de pie:

- Ponerse de pie con las piernas un poco separadas.
- Situar las manos a ambos lados del ombligo, encarando los dedos.
- Cerrar en forma progresiva los ojos y dejar que la calma invada.
- Inspirar lenta y profundamente por la nariz, notando como las manos avanzan conforme el abdomen se hincha.
- Espirar lentamente con la boca entreabierta. Realice este ejercicio 5 veces.

IV SESIÓN:

OBJETIVO:

- Lograr una participación positiva y activa de la gestante en el periodo expulsivo

TEORÍA:

PERIODO EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO:

Periodo expulsivo: Es el instante más esperado de todo el trabajo de parto porque se produce la salida del bebé por los genitales, ayudado por los pujos de la mamá durante cada contracción. En esta etapa, el obstetra decide la necesidad de realizar la episiotomía. Una vez que se exterioriza el polo fetal (cabeza o cola) el obstetra realiza una serie de maniobras para ayudar a que el resto del cuerpo atraviese el canal del parto. Una vez que el bebé ha nacido, se procede al clampeo y corte del cordón umbilical, porque a partir de este momento se produce el cambio de

circulación fetal y el bebé se oxigenará a partir del aire que ingresa a su propio pulmón. A partir de ese momento el bebé será un ser totalmente autónomo.

El Alumbramiento: Es la expulsión de la placenta y las membranas ovulares (bolsa que alberga al bebé) secundaria a potentes contracciones uterinas. Se produce habitualmente antes de transcurridos 30 minutos del nacimiento. El alumbramiento va acompañado por una hemorragia de mediana cantidad que cede en las primeras horas del postparto y continúa en mucha menor cantidad por un periodo de 20 a 50 días, denominado comúnmente cuarentena. Esta hemorragia se origina en la herida que deja la placenta sobre el útero al desprenderse.

Episiotomía y episiorrafia: La episiotomía consiste en una incisión quirúrgica realizada en el periné para agrandar la apertura vaginal justo en el momento que nace el bebé. Se realiza en el primer parto en el 80 – 90% de los nacimientos y a partir del segundo parto en el 50% de los casos. Es un procedimiento quirúrgico menor, que está en medio de una calurosa discusión desde hace ya muchos años y que comenzó a utilizarse en forma masiva en los años 50. En algunos cursos de preparación para el parto dicen que la episiotomía no es necesaria y los médicos obstetras piensan que es ridícula tal aseveración. ¿Quién tiene la razón? ¿Parto con episiotomía o parto sin episiotomía? Es una discusión constante entre el personal de salud y preparadoras para el parto, que sostienen que los inconvenientes de desgarro del periné son menores que los de una episiotomía.

Contacto piel a piel estimulación del vínculo madre-hijo: Si se inicia contacto piel con piel (CPP) en el recién nacido a término, el bebé repta hasta el pecho de su madre y hace una succión correcta, hecho que se ha relacionado con una mayor duración de la lactancia materna. Por ello, la iniciativa Hospital Amigo de los Niños (IHAN) recomienda que “el contacto piel con piel empiece dentro de la primera media hora y continúe durante al menos 30 minutos”.

Alojamiento Conjunto: Es la permanencia de la madre junto a su bebé en la misma habitación durante los días que permanezcan en el establecimiento de salud. No hay razón para separar a la madre y su bebé después del nacimiento, si ambos están sanos. La cercanía entre madre y bebé facilita el amamantamiento frecuente del recién nacido y el éxito de la lactancia materna.

GIMNASIA PRENATAL:

- Ejercicios de la sesión 1
- Ejercicios de la sesión 2
- Ejercicios de pelvis, abdominales y piernas
- Respiración 2(jadeo) y respiración progresiva
- **Ejercicios de la pelvis, Abdominales y piernas:** Evitan la aparición de molestias musculares y articulares, favorecen el entorno sanguíneo y la elasticidad muscular y contribuyen a facilitar el parto y la adecuada recuperación puerperal.

Ejercicio 1:

- **Posición inicial:** Echada boca arriba con una almohada bajo la cabeza y los hombros, piernas flexionadas separadas en línea con las caderas y pies apoyados en el suelo.
- Inspirar
- Mientras expira, coge la rodilla derecha con la mano derecha acercándola al pecho, gira hacia la derecha y extiende la pierna, estirando los dedos del pie.
- Inspirar
- Mientras expulsa el aire, realice el ejercicio en sentido inverso, volviendo a la posición inicial
- Repetir el ejercicio 2 veces. Repetir la serie con la pierna izquierda.

Ejercicio 2:

- **Posición inicial:** Echada boca arriba, con una almohada bajo la cabeza y los hombros, Piernas flexionadas y separadas, en línea con las caderas y pies apoyados en el suelo. Brazos estirados a lo largo del cuerpo con las palmas hacia arriba, apoyando toda la espalda contra el suelo.
- Inspirar
- Mientras expulsa el aire contrae los glúteos, periné y abdominales, elevando la columna hasta formar una línea recta entre las rodillas y los hombros. Manteniendo la tensión sin arquear la espalda.

- Inspirar mientras descende, relajando los músculos abdominales, perineales y glúteos, hasta conseguir apoyar toda la columna contra el suelo.
- Repetir el ejercicio 4 veces.

Ejercicio 3:

- **Posición inicial:** De rodillas con las palmas de las manos apoyadas en el suelo a la altura de los hombros y las piernas separadas en línea con las caderas. Cabeza y cuello en línea recta con la espalda.
- Inspirar
- Mientras expulsa el aire, flexiona la cabeza acercando la barbilla al pecho y arquea la columna hacia arriba, tensando los músculos abdominales, perineales.
- Repetir el ejercicio 4 veces

EJERCICIOS PARA FORTALECER MÚSCULOS ABDOMINALES:

Ejercicio 1:

- **Posición inicial:** Echada boca arriba con la almohada bajo la cabeza y los hombros. Piernas flexionadas y separadas, en línea con la pelvis y pies apoyados en el suelo.
- Inspirar cruzando los brazos sobre el abdomen, colocando la mano derecha sobre el lado izquierdo y la mano izquierda sobre el lado derecho.
- Mientras expulsa el aire, alzar la cabeza y los hombros a la vez que intente aproximar con las manos ambos lados del abdomen.
- Inspirar mientras baje la cabeza y los hombros.
- Repetir el ejercicio 4 veces.

Ejercicio 2:

Posición inicial: Echada boca arriba con una almohada debajo de la cabeza y los hombros. Piernas flexionadas y separadas en línea con las caderas y pies apoyados en el suelo.

- A la vez que expulsas el aire, dirige las rodillas hacia el lado izquierdo, sin despegar la espalda del suelo, contrayendo los músculos abdominales y perineales.
- Inspirar volviendo a la posición inicial.
- Repetir el ejercicio 4 veces

ENTRENAMIENTO DE CUÁDRICEPS:

- Posición inicial: De puntillas, con los pies juntos, apoyar las puntas de los dedos de las manos en una pared.
- Inspirar
- Mientras expulsa el aire, contraer los glúteos, llevar la pelvis hacia delante y flexiona las rodillas manteniéndolas separadas, sin despegar los pies del suelo.
- Inspirar volviendo a la posición inicial.
- Repetir el ejercicio cinco veces

ENTRENAMIENTO DE LOS MÚSCULOS GEMELOS:

- Posición inicial: De pie, con los pies juntos erguidos sobre los dedos, apoyar la punta de los dedos de las manos en una pared.
- Inspirar
- Mientras expulsa el aire, descender los talones, pero sin llegar hasta el suelo.
- Repetir el ejercicio cinco veces.

EJERCICIOS DE ELASTICIDAD:

Ejercicio 1:

- Posición inicial: En cuclillas, espalda recta apoyada contra la pared, con los pies apoyados en el suelo repartiendo el peso del cuerpo entre los talones y los dedos de los pies. Apoyar los codos en la cara interna de las rodillas manteniendo las manos unidas.
- Inspirar
- Mientras expulsa el aire, hacer presión con los codos hacia fuera, separando los muslos.

- Inspirar disminuyendo la tensión
- Repetir el ejercicio cinco veces

Ejercicio 2:

- Posición inicial: Sentada con piernas flexionadas, juntando las plantas de los pies, sujetando los tobillos con las manos.
- Inspirar
- Mientras expulsa el aire, acercar los talones hacia la pelvis, manteniendo la posición unos segundos.
- Repetir el ejercicio cinco veces (Este ejercicio también se puede realizar echada boca arriba, con los brazos a lo largo del cuerpo)

RESPIRACIÓN 2(JADEO): Para controlar las ganas de pujar en las fases de dilatación y de la expulsión:

Tomar aire y expulsar de forma sucesiva, en forma de jadeo o soplo. Por lo general, ésta técnica suele ser necesaria en los partos sin epidural para no distender demasiado los músculos de la zona del periné. Cuando a la mujer se le administra anestesia epidural, la mayoría de las veces no siente deseos de pujar. Existen varias formas de jadear:

- Con la boca ligeramente abierta. Respiraciones abiertas y superficiales.
- Respirar en forma rápida colocando la punta de la lengua por delante del paladar
- Jadear con los dientes cerrados y la lengua por detrás.
- Jadear combinando dientes cerrados y soplos.

RESPIRACIÓN PARA LA FASE DE ALUMBRAMIENTO: Inspirar de 2 a 3 veces de forma profunda y corta, entonces aguantarla mientras contraemos todos los músculos del abdomen y hacemos fuerza durante unos segundos. Acto seguido parar y relajar la musculatura.

V SESIÓN:

OBJETIVO:

- Desarrollar medidas de autocuidado en el postparto

TEORÍA:

CONCEPTO, CARACTERÍSTICAS Y CUIDADOS ESPECIALES DURANTE EL PUERPERIO.

- Tratamiento y cuidados específicos si precisara
- Equipo sanitario de referencia.
- Controles y revisiones a realizar.
- Modificaciones psicológicas del puerperio.
- Conceptos básicos de educación sanitaria.
- Hábitos generales: Alimentación, higiene, vestimenta, gimnasia paulatina.
- Entorno familiar (problemas)
- Sexualidad
- Planificación familiar
- Lactancia
- Cuidados neonatales

Lactancia Materna: Es la alimentación con la leche de la madre. Es un alimento único que permite transmitir defensas de la madre al niño a la vez que fortalece el vínculo materno-filial. La OMS recomienda como imprescindible la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de nacido. La Academia Americana de pediatría (AAP) recomienda mantener la lactancia al menos durante el primer año. Según la OMS, debería mantenerse la lactancia materna al menos en los dos primeros años de nacido, y continuarse a partir de esa edad, hasta que el niño o la madre decidan, sin que exista un límite del tiempo.

Cambios psicológicos: Los cambios en el humor son muy frecuentes durante el puerperio. Después de la euforia del nacimiento, provocada por unas hormonas llamadas endorfinas, puede sobrevenir un periodo de cansancio físico que podría

provocar momentos de depresión. Todas las actividades cotidianas resultarán un desafío y muchas veces descubrirán que el llanto es lo único que alivia.

Métodos de planificación familiar Postparto: Brindar consejería a las gestantes sobre los métodos, a los que ellas pueden acceder después del parto.

GIMNASIA PRENATAL:

- Ejercicios localizados de las sesiones I, II, III y IV.
- Respiración sostenida (sesión II)
- Relajación progresiva y profunda (sesión I)

VI SESIÓN:

OBJETIVOS:

- Familiarizar a la gestante con los diferentes ambientes del servicio
- Integrar a la pareja y/o la familia a la participación en la preparación prenatal para el parto sin temor.

TEORÍA:

- Preparación de la bolsa de útiles necesarios para la gestante y el recién nacido.
- Preparación de documentos adicionales.
- Carnet de control prenatal.
- Carnet de psicoprofilaxis.
- Documentos personales (D.N.I)
- Autorización firmada de Ligadura de Trompas Bilateral (caso lo requiera)
- Llevar en una hoja los datos personales del padre del recién nacido.

PRÁCTICA:

- Visita de reconocimiento por los diferentes ambientes del servicio.
- Sesión de atención y cuidados del recién nacido.

- Sesión de participación en pareja o acompañante en las técnicas de Psicoprofilaxis Obstétrica.

3.1.1.6 CONCLUSIONES Y/O RECOMENDACIONES DEL MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para fines académicos, de investigación y de información estadística, es importante considerar las actividades de monitoreo y evaluación de la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, las cuales deben ser periódicas, continuas y sostenidas. El monitoreo se realiza durante el programa de cada sesión de acuerdo a la metodología de la actividad.

La evaluación se realiza en dos momentos:

- Al final del curso (en la última sesión aplicando el anexo N°8)
- En el momento que la gestante preparada acude a la atención del parto, teniendo en cuenta su comportamiento, durante el proceso de atención del parto (psicoprofilaxis obstétrica).

Los parámetros que se utilizarán en la evaluación deben ser conocidos por las gestantes.

La calificación podrá ser excelente, muy buena, buena, regular y mala. Se otorga el calificativo de excelente cuando durante el trabajo de parte no se ha puesto en evidencia ningún signo de ansiedad, el autocontrol fue sostenido durante todo el proceso y la parturienta requirió la presencia de él o la obstetra sólo en momentos puntuales, como al término de la dilatación o en el expulsivo sin perder el control. Muy bueno, cuando en algún momento se presentó un signo o síntoma de angustia, una ligera intranquilidad en el periodo de dilatación o en el expulsivo o requirió en algún momento la presencia de él o la obstetra pero conservó el autocontrol. Bueno, se otorga a la mujer que exteriorizó en una o varias oportunidades manifestaciones de angustia, llamó a personal y al tomarle la mano recuperó plenamente el control. Regular, cuando en el 50% de trabajo de parto la mujer expresa angustia y tiene dificultad para controlarse, requiriendo permanente ayuda, trata de no desprenderse

de la mano del personal. Malo, cuando se comportó igual o ligeramente mejor, que una mujer no preparada. (4)

3.1.2 GESTANTES JÓVENES

GESTACIÓN

En teoría, la gestación es del feto y el embarazo es de la mujer, aunque en la práctica profesionales de salud utiliza ambos términos como sinónimo. El embarazo o gravidez (del latín gravidus). Es el periodo que transcurre entre la implantación del cigoto en el útero, hasta el momento del parto, en cuanto a los significativos cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto; como la interrupción de los ciclos menstruales o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia. (9) (10)

JUVENTUD.

La Juventud es la quinta etapa del desarrollo humano y de la vida del ser humano y viene después de la adolescencia o pubertad y precede a la adultez.

La juventud constituye un conjunto social de carácter heterogéneo donde cada subgrupo desea diferenciarse del resto y de los adultos. Los jóvenes buscan desarrollar un sentido de pertenencia y, por eso, se agrupan con sus pares.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso en el año 2000 una escala de edades para la estratificación de la adolescencia y la juventud, considerándose desde los 18 a 32 años - Jóvenes adultos. UNESCO, al igual que Estados Unidos de Norteamérica, consideran los 14 o más años de la adolescencia con los primeros años de la madurez en la categoría "Jóvenes", denominándolos "Jóvenes" a todos los seres humanos desde los 18 a los 24 años. Según otros estudios ponen como normativa general establecer el inicio de la juventud de 18 - 20 hasta los 25 años de edad.

La característica principal de la juventud son las primeras relaciones de pareja y experiencias diversas de su sexualidad. También será la época donde su formación académica y laboral jugará un papel importante. En general en esta etapa de juventud el individuo es capaz de captar la realidad tal y como es. (11) (12)

3.1.3 TRABAJO DE PARTO NORMAL

El parto normal es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre las 37 y las 42 semanas cumplidas). Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500g. En la mayoría de los centros asistenciales el parto vaginal ocurre en una posición ginecológica, con la gestante en posición decúbito dorsal, es decir, acostada sobre su espalda y sus pies sostenidos a la altura de los glúteos con el objetivo de favorecer la comodidad del personal médico.

El trabajo de parto se divide en tres periodos: El primero corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo a la expulsión del feto, y el tercer periodo consiste en la salida de los anexos fetales (membranas y placenta). Las contracciones del músculo uterino suministran la fuerza y presión que borra y dilata el cuello y expulsa al feto y la placenta. Las contracciones de los músculos toracoabdominales (esfuerzos de pujo) cooperan en la expulsión del feto. (8) (13)

FENÓMENOS ACTIVOS DEL TRABAJO DE PARTO

Se denomina “fenómenos activos” del trabajo de parto a las contracciones uterinas y a los pujos.

MÉTODOS DE REGISTRO:

Contracciones uterinas.- En la mayoría de los partos, se controlan clínicamente por palpación abdominal y la frecuencia cardíaca fetal por auscultación de transmisión directa con estetoscopio obstétrico. En los partos inducidos y algunos partos asociados con factores que aumentan el riesgo maternoperinatal, si se dispone de un monitor electrónico maternofetal, para un seguimiento más objetivo

y exacto se puede obtener registro gráfico y simultáneo de las contracciones uterinas y de frecuencia cardiaca fetal. Para ello existen dos tipos de métodos:

- **Registro de la presión intrauterina:** Es el único método que permite medir exactamente la intensidad de las contracciones uterinas, el tono uterino y la amplitud de los pujos.
- **Tomografía externa:** Registra los cambios en la dureza del miometrio por medio de un dinamómetro aplicado sobre la pared abdominal en contacto con el útero.

El trazado de presión amniótica permite observar en una contracción ideal, una fase de contracción rápida de aproximadamente 50 segundos y una fase de relajación (rápida de 50seg. y lenta de 100seg.). Como el comienzo y el final no se perciben por palpación abdominal, la duración clínica (hasta 60seg.) es más corta que la duración total. La duración útil, es el tiempo que dura con una intensidad superior a 15 mmHg y se hace dolorosa. El tono es la presión más baja registrada entre dos contracciones y la intensidad (amplitud) es el aumento en la presión intrauterina causada por la contracción que en el parto oscila entre 30 y 50 mmHg. La frecuencia se expresa por el número de contracciones producida en 10 minutos. La actividad uterina ha sido definida como el producto de la intensidad por la frecuencia y se expresa en unidades Montevideo (UM). Un parto normal progresa con una actividad uterina entre 120 y 150 UM.

Contractilidad durante el embarazo y el parto.-En las primeras 30 semanas de gestación se observan dos tipos de contracciones:

- **Contracciones de Álvarez:** muy pequeñas y de gran frecuencia que quedan localizadas en una pequeña área del útero.
- **Braxton Hicks:** de baja frecuencia (una contracción por hora) y de 10 a 15 mm Hg que se propagan a una gran zona del útero. Después de la semana 30 la altura uterina progresa a expensas del aumento de frecuencia de éstas contracciones.

En el parto aumenta la intensidad y duración para pasar a la contractilidad del parto. Aparecen contracciones de 30 mmHg, con una frecuencia de 3 a 4 por minuto que alcanzan una máxima intensidad en el periodo expulsivo.

Origen y propagación de las ondas contráctiles.- Las ondas se propagan a partir de los marcapasos uterinos, derecho e izquierdo, ubicados cerca de la implantación de las trompas. Se propagan a una velocidad de 2 cm por segundo con “una triple gradiente descendente” (Propagación en sentido descendente, con mayor intensidad y duración en el fondo que en el segmento inferior).

Los Pujos.- Los esfuerzos de pujo son fuertes contracciones de los músculos espiratorios de las paredes: torácica y abdominal (rectos anteriores, oblicuos y transversos); pueden ser espontáneos duran pocos segundos, durante cada contracción uterina o dirigidos por el profesional de salud que atenderá el parto. (8) (13)

FENÓMENOS PASIVOS DEL TRABAJO DE PARTO.

Son los efectos de los fenómenos activos que tienen sobre el canal del parto y el feto.

Desarrollo del Segmento Inferior.- Completa su formación durante el trabajo de parto. El cuerpo uterino, verdadero motor, trata de expulsar al feto al contraerse, mientras que el segmento se deja distender. El anillo de Bandl, límite superior del segmento se encuentra al encajarse la presentación, al nivel del estrecho superior de la pelvis. El segmento inferior mide aproximadamente de 7 a 10 cm hasta el límite inferior, que es el OCI. Cuando la dilatación es completa su longitud es de aproximadamente 12 cm, y el anillo de Bandl asciende hasta la línea equidistante entre la cicatriz umbilical (ombligo) y el pubis.

Borramiento y dilatación del cuello.- Se los interpreta como la continuación natural de la formación del segmento inferior. El borramiento es una disminución gradual de su espesor, precede en la nulípara a la dilatación; sin embargo en la multípara el borramiento suele producirse simultáneamente con el proceso de dilatación.

Dilatación de la inserción cervical de la vagina.- Con el proceso de la dilatación el anillo vaginal se va ensanchando, adquiriendo un diámetro de 10 cm., previamente a la dilatación completa del cérvix, permitiendo el descenso de la presentación.

Expulsión de los limos.- Es la expulsión del tapón mucoso que ocupaba el cérvix que con el inicio de la dilatación se desprende. En la nulípara se le considera como un signo del inicio de trabajo de parto.

Formación de la bolsa de las Aguas.- Las contracciones actúan sobre el polo inferior del huevo, despegándolo y construyendo la bolsa de las aguas; compuesta por dentro de amnios y corion por fuera.

Actúa como dilatadora del cuello uterino, protegiendo la cavidad ovular del ascenso de los gérmenes y al feto contra el moldeado excesivo que ocasiona el parto. Generalmente se rompe al final del periodo de dilatación. La Rotura es precoz, antes de la dilatación; Completa y oportuna (o tempestiva) cuando se realiza con la dilatación completa. Puede ser Espontánea, cuando se hace por sí sola o artificial.

Ampliación del canal Blando.- La vagina la vulva y el perineo se distienden progresivamente como consecuencia del descenso de presentación. También ceden los elevadores del ano, isquiocoxígeos y se retropulsa el cóccix. (8) (13)

MECANISMOS DEL PARTO EN GENERAL:

Es el conjunto de movimientos que realiza el feto pasivamente durante su progresión, presentando 4 tiempos intrapelvianos:

Acomodación al estrecho superior.-La presentación reduce sus diámetros por moldeado y por flexión de la cabeza. A su vez por un movimiento de rotación acomoda su forma ovoide a la forma del estrecho superior, con predominio de los diámetros oblicuos, especialmente el oblicuo izquierdo.

Encaje y descenso.- Corresponde al momento en que la presentación franquea el estrecho superior para su penetración.

Rotación interna o acomodación al estrecho inferior.- La presentación desciende en el interior del canal del parto en el oblicuo que había adoptado en el estrecho superior. Al llegar al estrecho inferior rotará hasta el diámetro Antero Posterior del estrecho inferior. La rotación será más o menos grande de acuerdo a la variedad de posición, para colocar el occipital debajo del pubis (punto de apoyo o hipomocion) el punto mayor de flexibilidad o faciliun de flexión (nuca fetal).

Desprendimiento.- Tomando el occipital como punto de apoyo en la sínfisis pubiana, realiza un movimiento de extensión (deflexión). Desprendida la presentación, se observa que ésta ejecuta un movimiento de rotación (rotación externa) al punto de orientación que presentaba durante el encajamiento.

Acomodación de los hombros al estrecho inferior.- Los hombros, que se hallan en la excavación en el diámetro oblicuo, se colocan por rotación en el anteroposterior.

Desprendimiento de los hombros.- Aparece bajo el pubis el hombro anterior y se desprende hasta el deltoides, luego por flexión hacia arriba se desprende el hombro posterior. La cabeza cae de nuevo y se completa el desprendimiento del hombro anterior. El resto del feto sale rápidamente, casi sin un mecanismo determinado.

FENÓMENOS PLÁSTICOS

Son deformaciones que sufre la presentación durante su pasaje por el canal del parto. Cambios de forma en la cabeza (moldeado) y TSS (tumor serosanguíneo), que es la infiltración edematosa de la piel y del tejido celular subcutáneo de la región de la presentación que ocupa el área del orificio cervical. (14)

3.1.4 ANSIEDAD

La ansiedad sigue siendo un tema de gran importancia para la Psicología; su incorporación es tardía, siendo tratado sólo desde 1920, abordándose desde distintas perspectivas. Según el Diccionario de la Real Academia Española (vigésima primera edición), el término ansiedad proviene del latín *anxiatus*, refiriendo un

estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, y suponiendo una de las sensaciones más frecuentes del ser humano, siendo ésta una emoción complicada y displacentera que se manifiesta mediante una tensión emocional.

La ansiedad es el estrés que continúa después de que el factor estresante ha desaparecido. Una ansiedad moderada puede ayudar a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. En concreto, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible, es decir, el sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. (1) (14)

Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles. Durante la década de los años cincuenta y posteriormente en los sesenta, la investigación psicológica estaba centrada en el trastorno mental de la esquizofrenia, mientras que en los años setenta el interés se dirigió a la evaluación de los estados de ánimo, especialmente la depresión. Sin embargo, en 1985 dos psicólogos norteamericanos, Husain y Jack Maser, afirman que la década de los años ochenta pasaría a la historia como la década de la ansiedad, y es a partir de entonces cuando la misma pasa a ocupar un lugar preferente que perdura hasta nuestros días.

En esta época, las neurosis de ansiedad se caracterizan por una preocupación ansiosa exagerada que llega hasta el pánico y va acompañada a menudo por síntomas somáticos.

El predominio de síntomas psíquicos y la sensación de catástrofe o de peligro inminente, la combinación entre síntomas cognitivos y fisiológicos, manifiestan una reacción de sobresalto, donde el individuo trata de buscar una solución al peligro, por lo que el fenómeno es percibido con total nitidez. (1) (27)

ANSIEDAD EN LA SALUD DE LA GESTANTE

La ansiedad, a pesar de las preocupaciones de la mente, también afecta el aspecto físico del cuerpo. Algunos de los síntomas de la ansiedad importantes observados son las palpitaciones, la dificultad para respirar, el dolor de cabeza repentino, el dolor del estómago y el dolor en el pecho. Hay un aumento de la presión arterial y en algunas personas la sudoración y el temblor son síntomas significativos. Esto se debe a que hay muchos factores relacionados con las condiciones de salud física y mental.

Algunas de las razones más comunes y palpables de los ataques de ansiedad se pueden atribuir a los cambios hormonales en su cuerpo (la alteración en las hormonas siempre trae los cambios en la condición física y mental de una persona), como la alteración en los niveles de la serotonina (que es responsable de producir las emociones como el miedo o la preocupación), debido a un desequilibrio, lo cual puede desencadenar los cambios del humor, los ataques del pánico y la depresión.
(2) (15)

AFECCIÓN EN EL RECIEN NACIDO A CAUSA DE LAS EMOCIONES MATERNALES

Si la madre sufre ansiedad o depresión (tristeza) durante el embarazo esto influye negativamente en el bebé, teniendo más riesgo de que sus hijos nazcan con bajo peso, lo que predispone a una mayor mortalidad. Incluso, según un reciente estudio la salud mental de la madre influye más que su estado nutricional o socioeconómico. El trabajo ha sido publicado en la revista "BCM PublicHealth" centrándose en datos obtenidos en Bangladesh, donde el bajo peso al nacer es un verdadero problema sanitario por su elevada incidencia.

La investigación es fruto de la colaboración entre el Instituto Karolinska de Suecia y el Comité para el Avance Rural de Bangladesh. Éste analizó la salud mental de 720 mujeres en el tercer trimestre de embarazo y el peso de sus hijos al nacer. De ellas, el 18% sufría síntomas depresivos y el 26% ansiedad, revelando que estas mujeres tenían una mayor probabilidad de tener hijos con bajo peso al nacer, y

según los autores esta asociación es aislada de los efectos de la pobreza, el estado nutricional de la madre y la asistencia recibida durante el embarazo.

De este modo se pone la atención en la salud mental de las embarazadas, teniendo en cuenta que el estrés se relaciona con el bajo peso al nacer y al asma infantil, porque el factor psicológico es fundamental para la salud de la madre y el hijo tanto como la parte física, consiguiendo así reducir la mortalidad neonatal. (2) (17)

NIVELES DE ANSIEDAD

Cada nivel de ansiedad afecta de manera diferente y evidentemente, varía de persona a persona, sin embargo, también está comprobado que algunas sensaciones van surgiendo conforme se acumule ansiedad.

RELAJACIÓN:

Es cuando la persona siente calma y paz. No hay preocupaciones ni sensaciones corporales incómodas.

ANSIEDAD LEVE:

Son las sensaciones de ansiedad pasajeras y algunos nervios. Es normal tener un poco de ansiedad debido a la presión y de hecho no es del todo malo. En este punto los sentidos y percepción están más alertas, esto nos puede impulsar, motivar e incluso incrementar la creatividad, estas reacciones hace que nos sea más fácil concentrarnos, aprender, resolver problemas y ponernos a salvo, entre otras cosas.

ANSIEDAD MODERADA:

Cuando hay ansiedad moderada, se puede reconocer algunas molestias corporales, como palpitations ligeramente aceleradas y sudoración. En este punto cuesta mucho prestar atención a los detalles y la concentración comienza a cerrarse, haciendo que nos centremos en la causa de nuestra ansiedad. Un nivel moderado de

ansiedad se considera normal, sin embargo nuestro campo de percepción deja de ser tan amplio dificultando un poco más la concentración.

ANSIEDAD SEVERA:

En éste nivel de ansiedad, es muy probable que no se logre pensar en otra cosa más que en la angustia. Sentimos que algo malo va a pasar y nos cuesta quitarnos esa idea de la cabeza. Los síntomas incluyen palpitaciones fuertes y aceleradas, dificultad para respirar, mareos y temor.

NIVEL DE ANSIEDAD MÁXIMO:

Se caracteriza por una percepción distorsionada de la realidad, con incapacidad para comunicarse o actuar. En este nivel de ansiedad la persona es incapaz de concentrarse o aprender por sí misma, y las manifestaciones fisiológicas provocan fuertes alteraciones en el equilibrio orgánico, en este nivel de ansiedad la persona pierde el control sobre sí misma, necesitando ayuda profesional. (22)

ATAQUE DE PÁNICO:

En este punto la ansiedad alcanza su nivel más alto, asociado con un terror profundo. Todas las hormonas relacionadas con la ansiedad, particularmente la adrenalina y noradrenalina, han sido liberadas y el cuerpo se prepara para luchar o huir. Las sensaciones corporales se exageran y se suma el temor de que algo muy malo esté pasando dentro del cuerpo. Todas estas sensaciones causan síntomas de incapacidad de función o concentración.

TRASTORNO DE ANSIEDAD:

Es cuando los niveles altos de ansiedad se convierten en algo crónico y los ataques de pánico se hacen muy comunes (se llama trastorno de pánico). Ya en este punto la ansiedad no depende de los estresores para exacerbarse, simplemente permanece ahí, latente. Los trastornos de ansiedad están asociados con temores irracionales - fobias, necesidad de desarrollar mecanismos de control y una gran intolerancia hacia la incertidumbre. (1) (14)

3.1.5 Escala de autoevaluación de William Zung.

William Zung, año de 1965, siendo su objetivo: Identificar los niveles de ansiedad, buscar un estimado de la ansiedad como un trastorno emocional y medir cuantitativamente la intensidad al margen de la causa. La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) comprende un cuestionario de 20 informes o relatos, cada uno referido a manifestaciones características de la ansiedad, como síntomas o signos. El conjunto abarca una amplia variedad de síntomas de ansiedad como expresión de trastornos emocionales. Las palabras utilizadas en el cuestionario de la escala han sido escogidas para hacerlas más accesibles a la mayoría de las personas, empleando su propio lenguaje. En algunos casos, la persona puede hacer preguntas relacionadas con el criterio a que se debe sujetar el procedimiento de marcar determinada información.

Las preguntas generalmente indican el deseo de cooperación con el profesional de la salud (médico, psicólogo) y deben ser respondidas de tal manera que induzcan a la persona a dar las respuestas más acordes a su realidad personal. En el formato del cuestionario, hay 4 columnas en blanco encabezadas por ‘Nunca o casi nunca’, ‘A veces’, ‘Con bastante frecuencia’ y ‘Siempre o casi siempre’. Se le da a la persona la lista de frases y se le pide que escoja la opción que considere más aplicable a su caso, de acuerdo a cómo se ha sentido.

De la puntuación total, posteriormente se anota el valor individual de cada información en el margen derecho de la tabla, sumándose dichos valores para obtener un total, el cual es convertido en un “índice de ansiedad” en base a la siguiente ecuación:

Total

----- X 100 = Índice de ansiedad

Promedio máximo de 80

La escala, es estructurada, en tal forma que un índice bajo indica la inexistencia de ansiedad y un índice elevado ansiedad clínicamente significativa. El índice de la escala orienta sobre “cuál es el grado de ansiedad de la persona”, en términos de una definición operacional, expresada en porcentajes. Mediante la combinación de los resultados obtenidos en numerosos estudios, el índice de la EAA ha sido interpretado tal y como se puede apreciar en el cuadro. (22)

Índice EAA	Índice EAA Equivalencia Clínica
Menos de 45	Dentro de límites normales. No hay ansiedad presente.
45 – 59	Presencia de ansiedad mínima moderada.
60 – 74	Presencia de ansiedad marcada a severa.
75 - 100	Presencia de ansiedad en grado máximo.

ÍNDICE DE LA ESCALA DE AUTOEVALUCIÓN DE ANSIEDAD (EAA) SEGÚN NIVELES.

DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES NO HAY ANSIEDAD PRESENTE

TOTAL	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35
Índice EAA	25	26	28	29	30	31	33	34	35	36	38	39	40	41	43	44

PRESENCIA DE ANSIEDAD MÍNIMA A MODERADA

TOTAL	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
Índice EAA	45	46	48	49	50	51	53	54	55	56	58	59

PRESENCIA DE ANSIEDAD MARCADA A SEVERA

TOTAL	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59
Índice EAA	60	61	63	64	65	66	68	69	70	71	73	74

PRESENCIA DE ANSIEDAD EN GRADO MÁXIMO

TOTAL	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75
Índice EAA	75	76	78	79	80	81	83	84	85	86	88	89	90	91	92	94
TOTAL	76	77	78	79	80											
Índice EAA	95	96	98	99	100											



3.2 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Antecedentes Internacionales:

LA ANSIEDAD MATERNA Y SUS EFECTOS PREVIA A LA LABOR DE PARTO DE MADRES PRIMIGESTAS DEL ÁREA DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL IEES DE LA CIUDAD DE AMBATO, ECUADOR – 2011.

AUTORA: CUBERO MOREJÓN, TAMARA GABRIELA.

RESUMEN:

El proyecto realizado fue un estudio investigativo, el cual tuvo como objetivo Investigar los efectos de la Ansiedad Materna previa a la labor de parto de madres primigestas del área de Ginecología del Hospital IEES de la Ciudad de Ambato. La investigación se efectuó en el Hospital IEES de la ciudad de Ambato durante los meses de Enero del 2011 hasta Junio del 2011. Las personas que forman parte de la investigación son 40 madres primigestas que ingresaron a hospitalización en el servicio de Ginecología. La información obtenida se la recolecto a través de la Historia Clínica Psicológica, el Inventario de Ansiedad de Beck para valorar los síntomas de ansiedad y discriminar entre Ansiedad y Depresión, y el Cuestionario Semiestructurado que ayudó a conocer el nivel de comprensión y conocimiento de la madre sobre el proceso desarrollo de esta etapa, los resultados fueron tabulados y están explicados en el capítulo cuatro. Por razón de la investigación realizada se pudo comprobar la presencia de ansiedad materna previa a la labor de parto, y por otra parte desconocimiento de este proceso, es así como lo respaldan los datos estadísticos logrados a través de los instrumentos aplicados a las pacientes, teniendo como objetivo de propuesta de solución eficaz el desarrollo del método Psicoprofiláctico Cognitivo Conductual, que ayudara la madre neófita al mejor conocimiento de su etapa y un correcto manejo que abarquen las esferas tanto físicas como Psicológicas. (23)

ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN GESTANTES EN LABOR DE PARTO. HOSPITAL RAÚL MALDONADO, ECUADOR – 2016.

AUTORA: ALDAS PUENTESTAR, YESENIA FERNANDA.

RESUMEN:

Este trabajo de investigación fue ejecutado en el hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe en el periodo de diciembre 2015 a marzo 2016, que tiene por objetivo implementar estrategias de prevención para la disminución de los niveles de ansiedad en gestantes en labor de parto. Se realizó un estudio descriptivo, cuali-cuantitativo y de campo utilizando como técnicas de estudio la encuesta, la entrevista a expertos, la aplicación del test de Hamilton y test de Apgar para determinar los niveles de ansiedad en las gestantes en labor de parto, su línea de investigación fue gestión en salud y prevención de enfermedades.

Al ejecutar la investigación se pudo evidenciar que el 54% de las mujeres en labor de parto presentaron ansiedad leve y el 20% ansiedad grave, los factores que contribuyen a aumentar la ansiedad son el nivel de escolaridad ya que el 56% solo han cursado la primaria, el 28% son madres solteras, el 12% presentaron antecedentes de abortos, el 10% permanecieron más de 12 horas en labor de parto, generando problemas en el recién nacido ya que el 12% de ellos presentaron complicaciones a nivel cardiorrespiratorio. Ante estos resultados se diseñan e implementan estrategias preventivas en base a la educación a las madres gestantes que acuden al hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe con el fin de disminuir los factores de riesgos asociados a la ansiedad logrando el fortalecimiento de conocimientos sobre la problemática que se investigó.(24)

Antecedentes Nacionales:**INFLUENCIA DE LA PREPARACIÓN PSICOPROFILÁCTICA EN
LOS NIVELES DE ANSIEDAD DE LA GESTANTE DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO.HOSPITAL SANTA GEMA-YURIMAGUAS,
TARAPOTO – 2012.**

AUTORAS: CUBAS PÉREZ, MADELEYNE Y VÁSQUEZ DAZA,
JESSICA KAREN

RESUMEN:

Este trabajo de investigación fue ejecutado en el hospital Santa Gema – Yurimaguas en el periodo de mayo a diciembre del 2010, su tipo de estudio es cuantitativo, analítico, retro prospectivo, de corte transversal. Con una población de 712 gestantes y una muestra de 60, de las cuales 36 conformaron el grupo de estudio, que recibieron preparación psicoprofiláctica, y 24 el grupo control que no recibieron, el objetivo fue determinar el nivel de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto, demostrando que la preparación psicoprofiláctica contribuye a disminuir los niveles de ansiedad de la gestante durante el mismo.

Durante el trabajo de parto se aplicó el test de ansiedad del Dr. Zung, y la observación directa. Resultando que las 36 gestantes del grupo de estudio predominan: las edades de 19 a 34 años (75%); estado civil, conviviente (50%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (36,11%); procedencia, urbana (77,78%); paridad, primípara (50%), multíparas (50%). Los niveles de ansiedad del grupo de estudio nos arrojó que el (88,89%) no presentaron ansiedad, y el (11,11%) presentaron ansiedad moderada.

De las 24 gestantes que conformaron el grupo control, predominan, las edades de 19 a 34 años (54,17%); estado civil, conviviente (83,33%); grado de instrucción, estudios secundarios incompletos (41,67%); procedencia, urbanas (62,50%); paridad, multíparas (87,50%). Los niveles de ansiedad de las

gestantes del grupo control nos arrojó que el (20,83%) no presentaron ansiedad, el (75%) presentaron ansiedad moderada y el (4,17%) presentaron ansiedad severa. Concluimos que la preparación psicoprofiláctica de la gestante demuestra que influye significativamente disminuyendo los niveles de ansiedad durante el trabajo de parto, siendo preparada física psicológica y emocionalmente. (18)

PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS Y ACTITUD DE LA GESTANTE, UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN, TACNA – 2005.

AUTORAS: VALLE COHAILA, VANESSA VARLETH; SARAVIA CORONEL, DELIA MERCEDES Y CALDERON CALISAYA, DINA ROCIO.

RESUMEN:

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, prospectivo y transversal. Con un universo de 30 gestantes y una muestra de 17 gestantes que recibieron la preparación psicoprofiláctica para el parto, en el gabinete de Psicoprofilaxis de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann de Tacna.

Se trata de determinar la influencia del programa de psicoprofilaxis en la actitud de la gestante, durante el trabajo de parto, pretendiendo demostrar que este programa contribuye a alcanzar una buena actitud de la gestante. Para la recopilación de datos se aplicó un pre-test y post-test, además de la observación directa para evaluar la actitud frente al trabajo de parto utilizando una guía de observación. Se obtuvieron como resultados que las gestantes en estudio se encuentran entre las edades de 20-24 años, siendo este el 58.82%, y un 17.66% entre los 15 -19 años; predominando el estado civil de conviviente con un 64.71%, en segundo lugar casada con 29.41%, y un 5.88% son solteras; teniendo un grado de instrucción de secundaria completa en un 41.18%,

seguido de 29.41% con superior no universitario. Las gestantes en estudio, antes de iniciar las sesiones de psicoprofilaxis tenían un nivel de conocimientos previos malos el 58.82%, conocimientos regulares el 35.29% y el 5.88% conocimientos buenos. Después que nuestras gestantes recibieron las 6 sesiones de preparación para el parto, obtuvieron conocimientos teóricos y prácticos que arrojaron los siguientes resultados: bueno un 88.24%, regular 11.76%. En cuanto a la actitud el resultado fue bueno en los periodos de dilatación, expulsivo, alumbramiento, resaltamos que el periodo expulsivo fue corto (menos de 15 minutos) en un 94,12% de ellas. Por lo anterior se concluye que las gestantes que se prepararon para el parto son adultos jóvenes y adultos con una educación adecuada, lo que facilitó la captación de los temas que se impartieron en las sesiones de psicoprofilaxis. Además las gestantes al iniciar el curso de preparación psicoprofiláctica mostraron poca respuesta a las preguntas básicas, después de las sesiones las gestantes tuvieron un buen aprendizaje con un 88,24% con lo que podemos decir que las sesiones teórico practicas tuvieron resultados óptimos para el objetivo planteado. Y en cuanto a la actitud se concluye que el resultado fue bueno en los periodos de dilatación, expulsivo, alumbramiento, donde se evidencia la aplicación de las técnicas aprendidas, no presentándose ningún tipo de desgarro perineal cumpliéndose así una de las finalidades de la preparación psicoprofiláctica. (11)

4. HIPÓTESIS

Dado que la ansiedad es un componente de la condición humana y ella nos permite afrontar situaciones de peligro o riesgo y en algunos casos puede condicionar situaciones de inestabilidad emocional en la gestante joven durante el trabajo de parto.

Es probable que la psicoprofilaxis obstétrica disminuya el nivel de ansiedad en la gestante joven durante las diferentes etapas del parto.





CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

1.1 TÉCNICAS:

Se aplicó la técnica de encuesta a la población en estudio y la observacional al revisar el carnet de controles prenatales, donde se consignó la asistencia al programa de psicoprofilaxis obstétrica.

VARIABLE INVESTIGATIVA	INDICADOR	TÉCNICA
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	Gestantes preparadas y No preparadas	Observacional
NIVEL DE ANSIEDAD EN LA GESTANTE JOVEN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	Escala de autoevaluación de ansiedad "William Zung"	Encuesta ANEXO: 3

1.2 INSTRUMENTO:

El instrumento a emplear es el cuestionario de la escala de autoevaluación de ansiedad de Williams Zung,

1.3 MATERIALES:

- Computadora
- Impresora
- Material de escritorio
- Cuestionario

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1 UBICACIÓN ESPACIAL: Centro De Salud Maritza Campos Díaz

- **Precisión del lugar:** El presente estudio, se llevó a cabo, en el país de Perú, en el departamento de Arequipa, provincia de Arequipa, en el distrito de Cerro Colorado.
- **Características del Lugar:** Ámbito institucional Centro de Salud “Maritza Campos Díaz”- Zamácola.
- **Delimitación gráfica:** ver anexo 3

2.2 UBICACIÓN TEMPORAL:

- **Cronología:** Noviembre– Diciembre año 2016
- **Visión temporal:** Prospectivo
- **Corte temporal:** Transversal

2.3 UNIDADES DE ESTUDIO:

Estuvo conformado por población de gestantes con criterio de grupos.

a) Formación de grupo.-

Se trabajó con dos grupos, uno de gestantes preparadas y otro con gestantes no preparadas.

b) Caracterización de los grupos.-

Criterios de inclusión.-

- Gestantes jóvenes de 18 a 32 años
- Gestantes en edad gestacional mayor o igual a 37semanas.
- Gestantes Nulíparas.
- Gestantes en trabajo de parto con dilatación mayor o igual a 2cm., que acudieron a las sesiones de psicoprofilaxis en el Centro de salud Maritza Campos Diaz – Zamácola.
- Gestantes en trabajo de parto con dilatación mayor o igual a 2cm, que no acudieron a las sesiones de psicoprofilaxis.

Criterio de exclusión.-

- Gestantes en pubertad, adolescencia y adultez
- Gestantes en edad gestacional menor a 37 semanas.
- Gestantes segundíparas y múltiparas
- Gestantes que no estén en trabajo de parto normal.

c) Muestra.-

Utilizamos un muestreo aleatorio simple para poblaciones infinitas, esto es debido a que en el año 2016 se hizo un estimado de gestantes que acudieron al centro de salud en trabajo de parto. Por lo que no existe un marco muestral. El cálculo se realizará mediante la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z_{\alpha/2})^2 * p * q}{E^2}$$

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

$Z_{\alpha/2}$ = Nivel de confianza 5% o seguridad=1.96

p = Proporción esperada

q = 1-p

E = Error de estimación

Fórmula desarrollada:

$$n = \frac{(1.96)^2 * 0.889 * 0.111}{0.09^2} = 48$$

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1 ORGANIZACIÓN:

Se solicitó el permiso correspondiente para la ejecución del trabajo de investigación, al Centro de salud Maritza Campos Diaz - Zamácola y se identificó las unidades de estudio tanto a las gestantes preparadas y no preparadas en psicoprofilaxis obstétrica, las que participaron de manera voluntaria.

3.2 RECURSOS:

a) Recursos Humanos:

Las investigadoras:

Ibárcena Cuarite María Isabel y Quispe Guerreros Ros Mery, aplicaron fichas de EAA (escala de autoevaluación de ansiedad) del Dr. William Zung.

Asesora del presente trabajo de investigación:

Dra. Verónica Oviedo Tejada.

b) Recursos físicas:

Ambientes: servicio de obstetricia (sala de dilatación) en centro de salud Maritza Campos Diaz - Zamácola.

c) Recursos económicos :

Fue Autofinanciado, por las investigadoras.

d) Recursos institucionales:

Se utilizaron las instalaciones del centro de salud Maritza Campos Diaz - Zamácola, Arequipa.

3.3 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:

Considerando la población de 200 gestantes que acuden al centro de salud Maritza Campos Diaz – Zamácola, al inicio de su trabajo de parto en el presente año 2016, se aplicó pruebas piloto elaboradas por el autor William Zung, que consta de 20 ítems, con la valoración o diagnóstico de mínima a moderada (36 - 47 puntos), severa (48 - 59 puntos), grado máximo (60 - 80 puntos). Zung en 1965 valida las escalas, tanto de la autoevaluación de la ansiedad, como de la autoevaluación de la depresión, aplicándolas en primer lugar a un grupo de pacientes de consultorios externos en el Duke Psychiatry Hospital con diagnósticos de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

Toda la información que se recolectó fue procesada manualmente, posteriormente tabulada en la base de datos de Microsoft Excel. Para la inferencia estadística se aplicará el “Chi cuadrado” con un margen de error del 5%. El proceso de la información se realizó con el software estadístico SPSS versión 23.



CAPÍTULO III: RESULTADOS

RESULTADOS:

Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de Ansiedad de la gestante joven durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016.

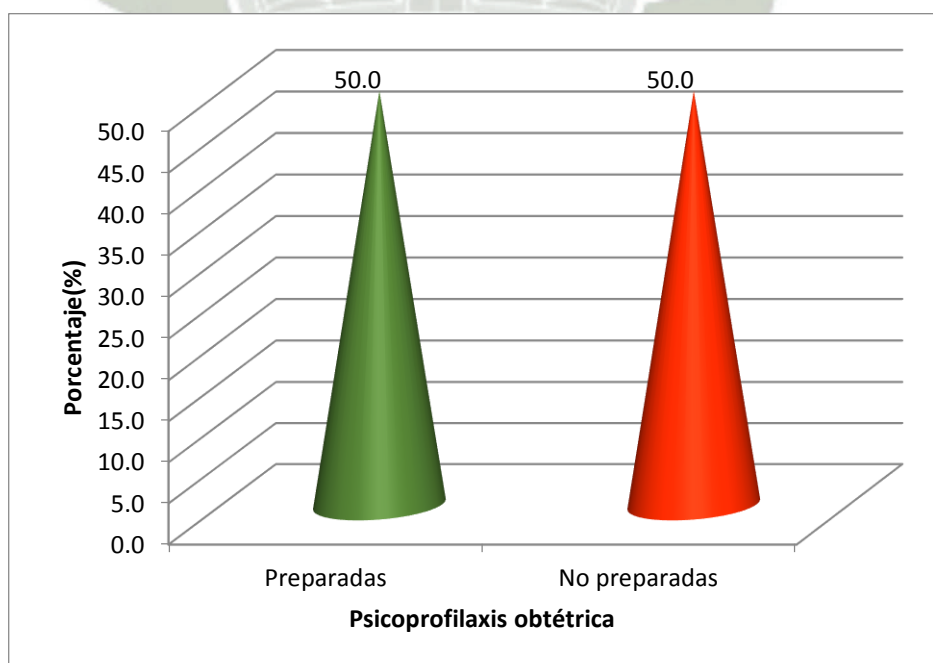
TABLA N° 1
GESTANTES JÓVENES PREPARADAS Y NO PREPARADAS

Psicoprofilaxis	N°	%
Preparadas	24	50.0
No preparadas	24	50.0
TOTAL	48	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: La Tabla N° 1, muestra que el 50.0% de las gestantes jóvenes se prepararon en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, mientras que el otro 50.0% no.

GRAFICO N° 1
GESTANTES JÓVENES PREPARADAS Y NO PREPARADAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.



Fuente: Elaboración propia

Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de Ansiedad de la gestante joven durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016.

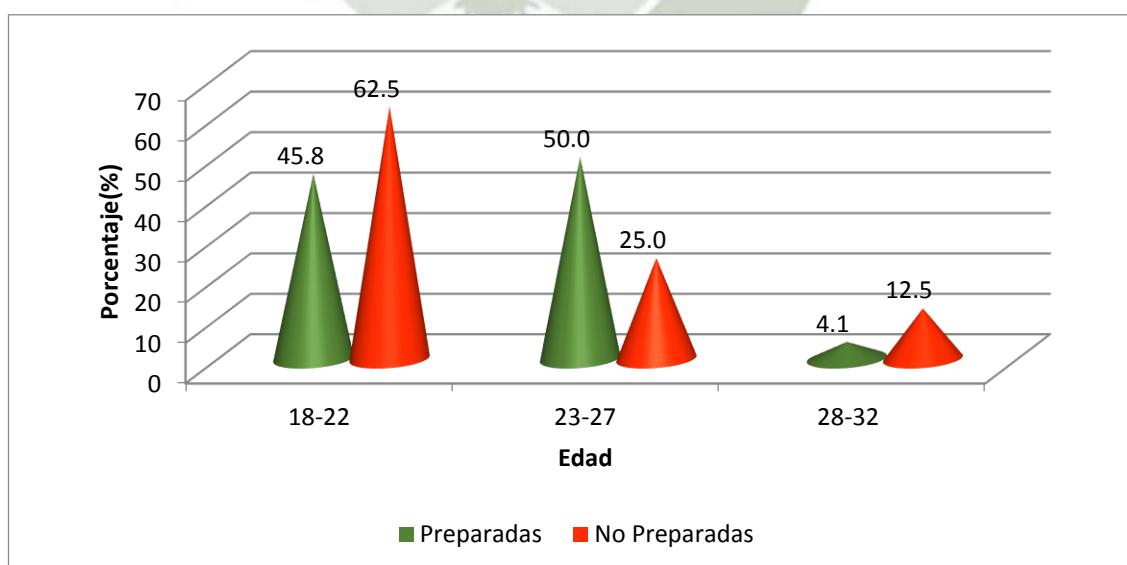
TABLA N°. 2
RANGO DE EDADES EN LAS GESTANTES JÓVENES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Edad(años)	Preparadas		No Preparadas	
	N°	%	N°	%
18-22	11	45.8	15	62.5
23-27	12	50.0	6	25.0
28-32	1	4.1	3	12.5
TOTAL	24	100	24	100

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°. 2, indica que el 50% de las gestantes jóvenes con psicoprofilaxis obstétrica, oscilan entre 23 y 27 años, mientras que el rango de edad de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica, es de 18 a 22 años de edad en un 62.5%.

GRAFICO N°.2
RANGO DE EDADES EN LAS GESTANTES JÓVENES DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.



Fuente: Elaboración propia

Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de Ansiedad de la gestante joven durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016.

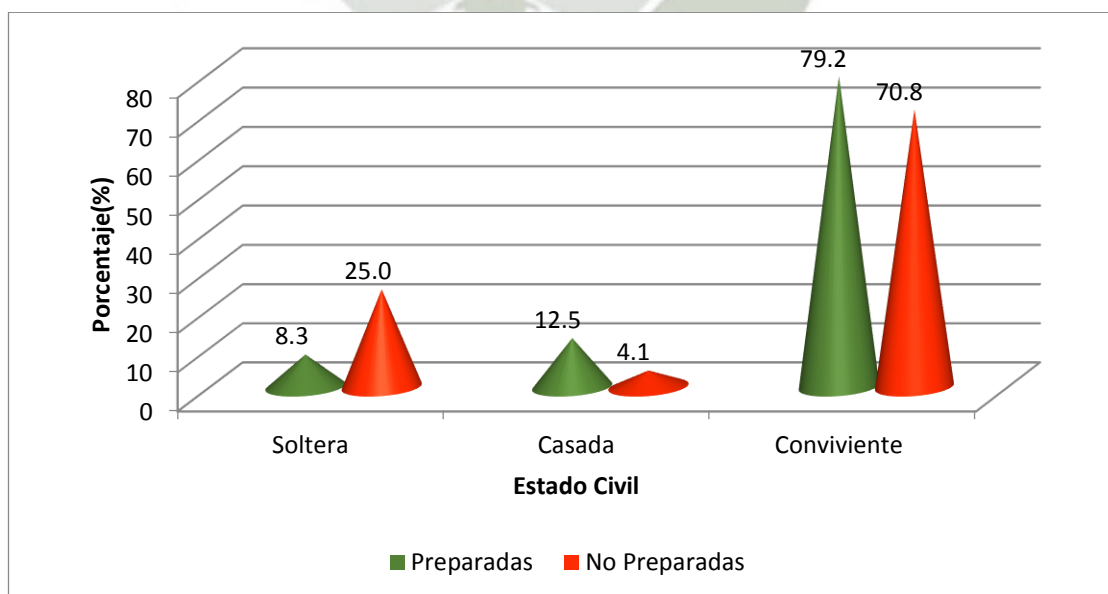
**TABLA N° 3
ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES JÓVENES DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO.**

Edad(años)	Preparadas		No Preparadas	
	N°	%	N°	%
Soltera	2	8.3	6	25.0
Casada	3	12.5	1	4.1
Conviviente	19	79.2	17	70.8
TOTAL	24	100	24	100

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°. 3, demuestra que el 79.2% de las gestantes con psicoprofilaxis obstétrica son convivientes, y el 70.8 % de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica son convivientes.

**GRAFICO N°3
ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES JÓVENES DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO.**



Fuente: Elaboración propia

Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de Ansiedad de la gestante joven durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016.

TABLA N°. 4

NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS GESTANTES JÓVENES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

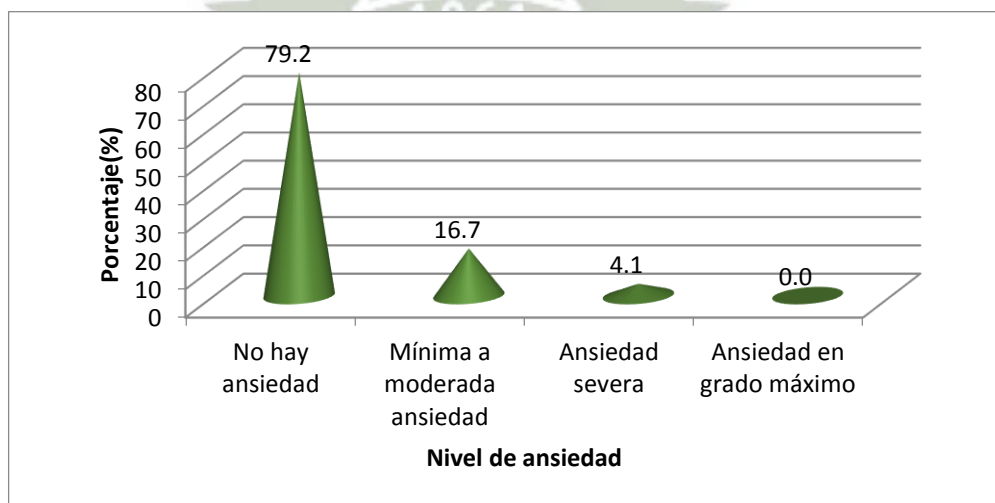
Preparadas	N°	%
No hay ansiedad	19	79.2
Mínima a moderada ansiedad	4	16.7
Ansiedad severa	1	4.1
Ansiedad en grado máximo	0	0.0
TOTAL	24	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Podemos observar que el 79.2% de las gestantes jóvenes preparadas no presentaron ansiedad durante el trabajo de parto, sin embargo el 16.7% de gestantes preparadas presentaron un nivel de ansiedad mínima a moderada.

GRAFICA N°. 4

NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS GESTANTES JÓVENES CON PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.



Fuente: Elaboración propia

Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de Ansiedad de la gestante joven durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016.

TABLA N°. 5

NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS GESTANTES JÓVENES SIN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

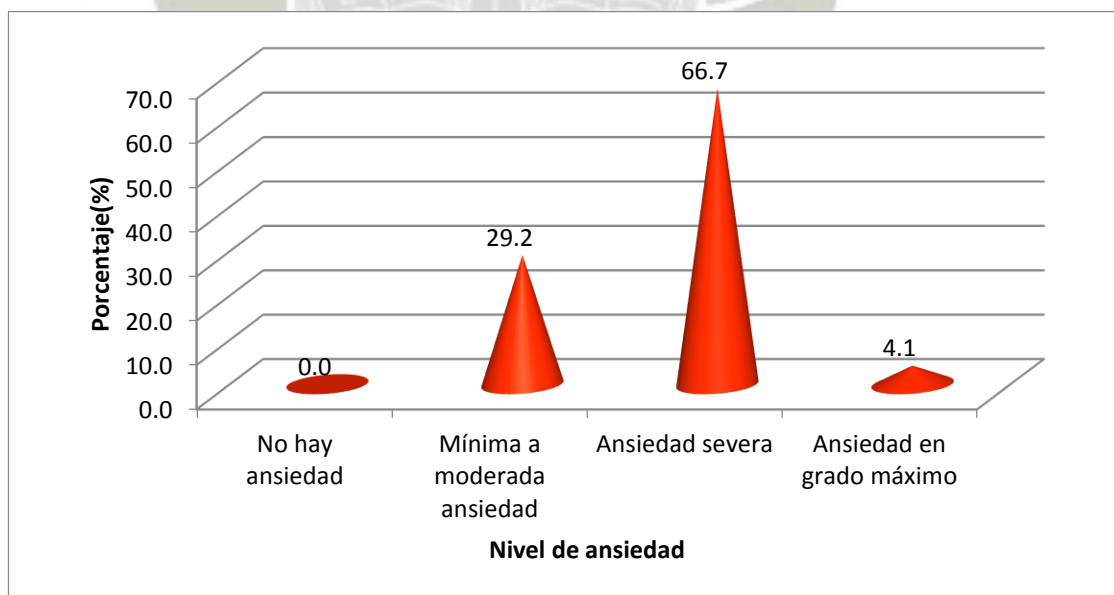
No Preparadas	N°.	%
No hay ansiedad	0	0.0
Mínima a moderada ansiedad	7	29.2
Ansiedad severa	16	66.7
Ansiedad en grado máximo	1	4.1
TOTAL	24	100

Fuente: Elaboración propia

La Tabla N°. 5, señala que el 66.7% de las gestantes jóvenes no preparadas tienen ansiedad severa durante el trabajo de parto, mientras que el 4.1% presentan ansiedad en un grado máximo.

GRAFICO N°. 5

NIVEL DE ANSIEDAD EN LAS GESTANTES JÓVENES SIN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.



Fuente: Elaboración propia

Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de Ansiedad de la gestante joven durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016.

TABLA N° 6

DIFERENCIA DE LOS NIVELES DE ANSIEDAD EN LAS GESTANTES JÓVENES CON Y SIN PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

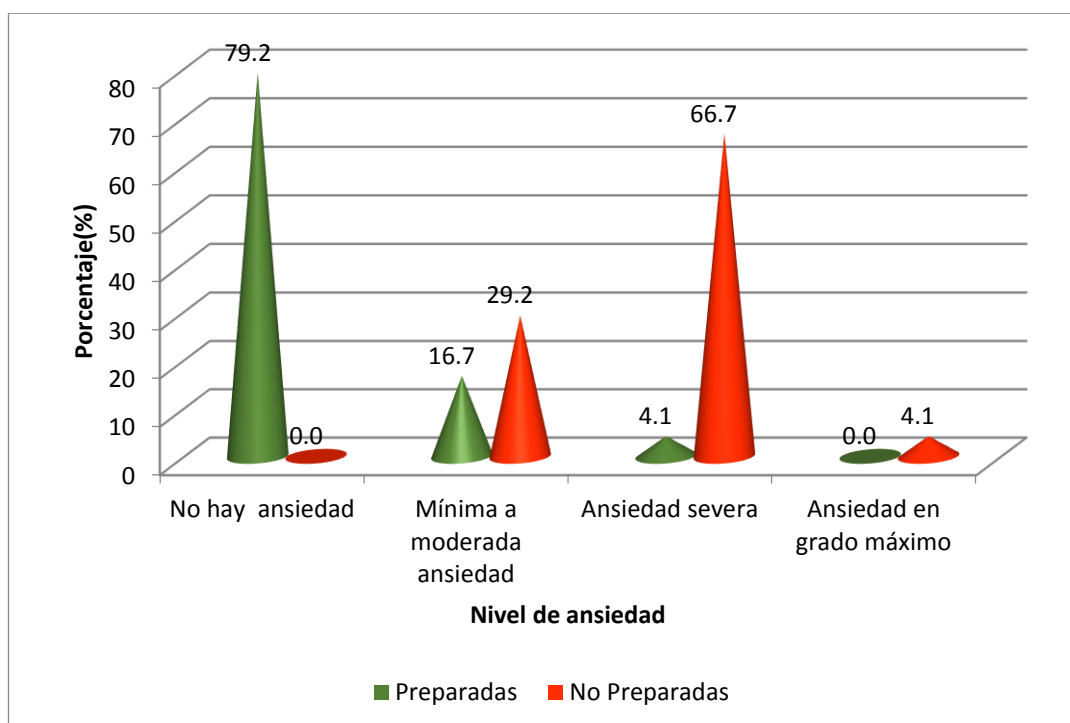
ANSIEDAD	PREPARADAS		NO PREPARADAS	
	N°	%	N°	%
No hay ansiedad	19	79.2	0	0.0
Mínima a moderada ansiedad	4	16.7	7	29.2
Ansiedad severa	1	4.1	16	66.7
Ansiedad en grado máximo	0	0.0	1	4.1
TOTAL	24	100	24	100

$X^2=34.05$ $P=0.00$ $P<0.05$

Fuente: Elaboración propia.

La tabla N°.6, según la prueba de chi cuadrado ($X^2=34.05$) muestra que la psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de ansiedad presentó diferencia estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 79.2 % de las gestantes jóvenes con psicoprofilaxis obstétrica no presentan ansiedad, mientras que el 66.7% de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica, presentan ansiedad severa.



Fuente: Elaboración propia.



DISCUSIÓN

El presente estudio reveló, que el 50% de las gestantes preparadas tienen edades entre 23 y 27 años, mientras que el rango de edad de las gestantes no preparadas oscila entre los 18 a 22 años en un 62.5% (gestantes jóvenes), lo cual concuerda con el estudio realizado por Cubero Morejón Tamara Gabriela, sobre la ansiedad materna y sus efectos, de madres primigestas del área de Ginecología (23); donde el 60% de las gestantes en labor de parto, tenían 20 a 30 años de edad del total investigado.

A la ejecución de nuestro trabajo de investigación el estado civil, de las gestantes jóvenes solteras hacen un porcentaje de 8.3%, casadas 12.5% y convivientes 79.2% del grupo de estudio; se encuentra similitud con el estudio de Valle Cohaila, Vanessa Varleth Saravia Coronel, Delia Mercedes y Calderon Calisaya Dina Rocío, sobre el programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante (11), predominando el estado civil de conviviente con un 64.71%, en segundo lugar casada con 29.41%, y un 5.88% son solteras. Y el estudio realizado por Aldas Puentestar Yesenia Fernanda, sobre estrategias de prevención para la disminución de los niveles de ansiedad en gestantes en labor de parto (24), No se encuentra similitud ya que dentro del grupo de estudio, las solteras conforman el 28% del total investigado.

Con respecto a la prevalencia de ansiedad en nuestro estudio, se pudo observar que el 79.2% de las gestantes jóvenes preparadas, no presentaron ansiedad durante el trabajo de parto, sin embargo el 16.7% de gestantes preparadas presentaron un nivel de ansiedad mínima a moderada. 66.7% ansiedad severa en las gestantes no preparadas, 4.1% presentaron ansiedad en grado máximo. En relación con lo encontrado por Cubas Pérez Madeleyne y Vásquez Daza Jessica Karen, en su estudio, influencia de la preparación psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto (18), donde indica que el 88.89% no presentaron ansiedad mientras que el 11.11% presentaron ansiedad moderada en gestantes preparadas, el 75% ansiedad moderada y el 4,17% ansiedad severa en gestantes no preparadas. Y el estudio aplicado con el test de Hamilton, por Aldas Puentestar Yesenia Fernanda, demuestra que el 54% de las mujeres en labor de parto presentaron ansiedad leve y el 20% ansiedad grave.

Probando así, que la educación y la ejecución de ejercicios, previo al trabajo de parto, dentro de la psicoprofilaxis obstétrica, disminuye o están ausentes los niveles de ansiedad.

Aguirre y Alvarez revelaron, que la psicoprofilaxis obstétrica y el nivel de ansiedad en una gestante joven preparada y no preparada tuvo una diferencia estadística significativa; la bibliografía nos indica que la adecuada recepción, manejo, atención, educación, motivación y ejecución en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, permiten que la gestante joven esté preparada para un trabajo de parto sin ansiedad, siendo así, una gestante cooperativa, relajada y capaz de afrontar situaciones de peligro o riesgo durante el trabajo de parto. (5) (6)



CONCLUSIONES

- Primera:** El nivel de ansiedad en la gestante joven preparada en psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016. Fue de 20.8% (16.7% ansiedad mínima y 4.1 ansiedad severa). El cual indica que el 79.2% del total no tuvieron ansiedad durante el trabajo de parto.
- Segunda:** El nivel de ansiedad en la gestante joven no preparada en psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre – Diciembre 2016. Fue de un 100% (29.2% ansiedad mínima a moderada, 66.7% ansiedad severa y 4.1 ansiedad de grado máximo). El cual indica que el 0.0 % del total no tuvieron ansiedad
- Tercera:** Se demostró que la psicoprofilaxis obstétrica disminuye los niveles de ansiedad de la gestante joven durante el trabajo de parto, en el grupo de estudio, ya que hay una educación previa a la misma. Mientras, el grupo de control, demostró que en su totalidad tenían ansiedad, en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola Arequipa. Noviembre - Diciembre 2016.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al centro de salud, mejorar el ambiente y/o infraestructura del área donde se realiza, las sesiones de psicoprofilaxis ya que ésta es compartida y pequeña para la demanda, prestando atención en la limpieza e higiene ya que las gestantes son más propensas a enfermarse, y al no tener un área adecuada, ocurren las inasistencias.
2. Fomentar el conocimiento y la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica en la Micro Red, resaltando que el profesional de salud que lo imparte es el Obstetra.
3. En vista de la demanda de gestantes, supera lo estimado en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, la Micro Red, podría informar y capacitar a las colegas de los puestos de salud aledaños, sobre las sesiones, para la ejecución de forma personalizada, humanística y ética; hacemos referencia a esto ya que evidenciamos que las sesiones eran impartidas dos veces al día.
4. Difundir la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica a los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura, pidiendo un espacio, para ejecutar el proyecto, con el alumnado, docentes, administrativos, etc. de la universidad, incluyendo gestantes que no pertenezcan a la misma para incentivar a las alumnas a trabajar en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, así evitar futuros riesgos por falta de información hacia sus gestantes, con el fin de atender más partos eutócicos, y no dejar que la gestante tenga una decisión vulnerable frente a la presión de las cesáreas.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

BIBLIOGRAFÍA

1. Dubin, Nick. El Síndrome de Asperger y la ansiedad, una guía para el manejo exitoso del estrés. 2012.
2. Vallenas H. La Psicoprofilaxis Obstétrica como eje de la prevención prenatal. 1ª ed. Lima Perú: Industria Gráfica CIMAGRAF S.R.L.; 2004.
3. Valdivia T.G.S. Psicoprofilaxis Obstétrica. 2ª ed. Arequipa Perú: Universidad Católica de Santa María; 2008.
4. Expediente N° 10-103646-001, que contiene los Memorándum N°s 5963/2010/DGSP/MINSA y N° 129-2011/DGSP/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas. Lima 6 de mayo 2011
5. Aguirre E.C.R. Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación prenatal. Chimbote Perú. Uladech Católica; 2012.
6. Alvarez C.J.E. La Psicoprofilaxis, una opción para optimizar una calidad de vida de la gestante. Artículo de Revisión. 2011; Supl;S55-1
7. Morales S, Guibovich A, Yábar M. Psicoprofilaxis Obstétrica: Actualización, definiciones y conceptos. Artículo de Revisión. 2014; Supl:S55-57.
8. Schwarcz – Sala – Duverges. El parto normal. Obstetricia 6ta edición. Buenos Aires: El ateneo; 2005 p.431 – 439
9. Diccionario de la lengua española (Vigésima Segunda Edición), Real Academia Española 2011.
10. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y Procedimientos para la prestación de servicios. Hospital General México. Guías Diagnósticas de Consulta Externa. Embarazo. Publicación 07, de Abril, 2016.
11. Valle, Cohaila; Calderón, Calisaya; Saravia, Coronel. Estudio descriptivo prospectivo de cohorte transversal sobre el Programa de psicoprofilaxis y actitud de la gestante. Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann [tesis] Perú – Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, facultad de Obstetricia; 2006.
12. Arencio, L. Psicoprofilaxis Obstétrica. II Edición. Arequipa – Perú. 2012.

13. Ministerio de Sanidad. Manejo de la Embarazada en el Consultorio Obstétrico. Artículo de Revisión. 2014; Supl:S55-50
14. Clark, D. A. Terapia Cognitiva para trastornos de Ansiedad. 2012.
15. Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica. Manual de Psicoprofilaxis Obstétrica. Segunda Edición. Lima-Perú. 1999.
16. López J. Etapa del Desarrollo Humano y sus Características. Artículo de Revisión. 2015; Supl:S55-57

HEMEROGRAFÍA Y WEBGRAFÍA.

17. Verdecia, Díaz. Estudio de tipo caso control sobre, Repercusión Perinatología del trabajo de parto con apoyo familiar. [tesis doctoral] Cuba: Universidad Materno Norte Tamara Bunke; 2005.
18. Cubas, Pérez; Vásquez, Daza. Influencia de la preparación psicoprofiláctica en los niveles de ansiedad de la gestante durante el trabajo de parto, [tesis profesional] Perú: Universidad Nacional De San Martín Yurimaguas; 2010.
19. Schiffman, Harvey. La percepción sensorial/.Limusa Wiley.p.152, 2001.
20. Linda J. Vorvick, MD. Medical Director and Director of Didactic Curriculum, MEDEX Northwest Division of Physician Assistant Studies, Department of Family Medicine. University of Washington, Seattle, WA. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Isla Ogilvie, PhD, and the A.D.A.M. Editorial team.2015
21. http://www.hilevante.com/el_umbral-del-dolor.2016
22. William Zung. Escala de Auto evaluación de la ansiedad [sede Web]. Escribd.com; 1965 (actualizada el 2001; acceso el 20 de 2016). Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/57162687/Ansiedad-de-Zung>
23. Cubero, Mojerón. La ansiedad materna y sus efectos, previa a la labor de parto de madres primigestas del área de Ginecología. [tesis profesional] Ecuador: Universidad Técnica de Ambato; 2011.
24. Aldas, Puentestar. Estrategias de prevención para la disminución de los niveles de ansiedad en gestantes en labor de parto, [tesis profesional] Ecuador: Universidad Regional Autónoma de los Andes; 2016.

25. Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud. La eficacia de los tratamientos psicológicos, 2002[sede Web]. (acceso 12 de septiembre 2016).
Disponible en: www.sepays.org
26. El mundo es. California-San Diego 2004. El miedo es la principal causa del dolor en el parto [sede Web].
(Actualizada el 17 de marzo del 2006; acceso 18 de septiembre 2016).
Disponible en:
<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/03/17/dolor/1142608942.html>
27. Marks, I. (1986). Tratamiento de neurosis. Barcelona: Martínez Roca.





ANEXOS

ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA**

INFLUENCIA DE LA PREPARACIÓN DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA
EN EL NIVEL DE ANSIEDAD DE LA GESTANTE JOVEN DURANTE EL
TRABAJO DE PARTO.

INVESTIGADORAS: IBÁRCENA CUARITE MARÍA ISABEL, QUISPE
GUERREROS ROS MERY

LUGAR: CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ – ZAMACOLA

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria donde en todo momento se buscará mi privacidad y comodidad.

Este estudio proveerá información básica, que puede ayudar a tomar medidas para mejorar la atención, así poder aportar una mejor información, explicando con paciencia las dudas o inquietudes acerca de la preparación de psicoprofilaxis obstétrica. Si usted cancela esta autorización, las investigadoras se verán obligadas a no usar ni divulgar la información incluida en este estudio.

También se me informa que si participo o no, mi negativa a responder no afectará a los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia pueden recibir de los proveedores de salud.

Una vez leído este documento, paso autorizar mediante mi firma, mi nombre completo, mi participación.

YO.....

DNI..... FIRMA.....

Confirmando que la información de este consentimiento fue claro y entendible

El paciente acepto ser parte de esta investigación.

ANEXO 2: RECOLECCION DE DATOS

APELLIDOS Y NOMBRES: _____

EDAD: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL:

- Casada _____
- Soltera _____
- Conviviente _____

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- Primaria _____
- Secundaria _____
- Técnico _____
- Universitario _____

EDAD GESTACIONAL:

- 37 semanas _____
- 38 semanas _____
- 39 semanas _____
- 40 semanas _____
- 41 semanas _____

PARIDAD:

- 0 hijos vivos

SESIONES DE PSICOPROFILAXIS:

- 8 sesiones _____
- 6 sesiones _____
- 4 sesiones _____
- 2 sesiones _____
- 0 sesiones _____

ANEXO 3: ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE ANIEDAD DEL DR. WILLIAM ZUNG.

		Nunca o casi nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre	Puntos.
1	Me siento más intranquila y nerviosa que de costumbre	1	2	3	4	
2	Me siento con temor sin razón.	1	2	3	4	
3	Me enfado con facilidad o siento momentos de mal humor.	1	2	3	4	
4	Me siento como si fuera a reventar, y partirme en pedazos.	1	2	3	4	
5	Siento que todo está bien y que no me pasará nada malo.	1	2	3	4	
6	Me tiemblan los brazos y las piernas.	1	2	3	4	
7	Sufro dolores de cabeza, del cuello y cintura.	1	2	3	4	
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	1	2	3	4	
9	Me siento tranquila y puedo permanecer en calma fácilmente.	1	2	3	4	
10	Siento que mi corazón late con rapidez.	1	2	3	4	

11	Sufro mareos.	1	2	3	4	
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.	1	2	3	4	
13	Puedo respirar bien, con facilidad.	1	2	3	4	
14	Se me adormecen o hinchan los dedos de las manos y de los pies.	1	2	3	4	
15	Sufro molestias estomacales e indigestión.	1	2	3	4	
16	Orino con mucha frecuencia.	1	2	3	4	
17	Generalmente mis manos están secas y calientes.	1	2	3	4	
18	La cara se me pone caliente y roja.	1	2	3	4	
19	Me quedo dormida con facilidad y descanso bien durante la noche.	1	2	3	4	
20	Tengo pesadillas.	1	2	3	4	
PUNTUACIÓN TOTAL.						

DIAGNÓSTICO:

- 45 - 59 puntos (índice EAA) = Moderada.
- 60 - 74 puntos (índice EAA) = Severa.
- 75 - 100 puntos (índice EAA)= Grado Máximo

ANEXO 4: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

ID	GRUPO	EDAD	E. CIVIL	SESIONES DE PSICOPROFILAXIS	PUNTAJE TOTAL	INDICE EAA	NIVEL DE ANSIEDAD
1	Preparada	27	3	6	31	39	No hay Ansiedad
2	Preparada	25	3	6	35	44	No hay Ansiedad
3	Preparada	20	3	6	31	39	No hay Ansiedad
4	Preparada	21	3	6	32	40	No hay Ansiedad
5	Preparada	21	3	6	29	36	No hay Ansiedad
6	Preparada	22	3	6	35	44	No hay Ansiedad
7	Preparada	21	3	6	34	43	No hay Ansiedad
8	Preparada	21	3	6	44	55	Mínima a Moderada Ansiedad
9	Preparada	20	3	6	38	48	Mínima a Moderada Ansiedad
10	Preparada	23	3	6	41	51	Mínima a Moderada Ansiedad
11	Preparada	27	3	6	41	51	Mínima a Moderada Ansiedad
12	Preparada	23	1	6	51	64	Ansiedad Severa
13	Preparada	25	3	8	30	38	No hay Ansiedad
14	Preparada	22	3	6	29	36	No hay Ansiedad
15	Preparada	23	3	6	32	40	No hay Ansiedad
16	Preparada	18	3	6	30	38	No hay Ansiedad
17	Preparada	23	3	8	30	38	No hay Ansiedad
18	Preparada	32	2	8	32	40	No hay Ansiedad
19	Preparada	24	2	6	31	39	No hay Ansiedad
20	Preparada	27	3	6	28	35	No hay Ansiedad
21	Preparada	24	2	6	32	40	No hay Ansiedad
22	Preparada	23	3	8	35	44	No hay Ansiedad
23	Preparada	22	1	6	32	40	No hay Ansiedad
24	Preparada	18	3	6	35	44	No hay Ansiedad

ID	GRUPO	EDAD	E. CIVIL	SESIONES DE PSICOPROFILAXIS	PUNTAJE TOTAL	INDICE EAA	NIVEL DE ANSIEDAD
25	No preparada	25	3	1	55	69	Ansiedad Severa
26	No preparada	18	3	0	49	61	Ansiedad Severa
27	No preparada	22	3	0	51	64	Ansiedad Severa
28	No preparada	21	3	0	48	60	Ansiedad Severa
29	No preparada	23	3	0	52	65	Ansiedad Severa
30	No preparada	19	3	0	49	61	Ansiedad Severa
31	No preparada	19	1	0	39	49	Mínima a Moderada Ansiedad
32	No preparada	29	3	0	43	54	Mínima a Moderada Ansiedad
33	No preparada	18	3	2	54	68	Ansiedad Severa
34	No preparada	22	3	2	51	64	Ansiedad Severa
35	No preparada	23	3	2	56	70	Ansiedad Severa
36	No preparada	18	3	0	53	66	Ansiedad Severa
37	No preparada	20	3	3	49	61	Ansiedad Severa
38	No preparada	18	1	0	53	66	Ansiedad Severa
39	No preparada	27	2	2	40	50	Ansiedad Moderada
40	No preparada	22	3	2	40	50	Ansiedad Moderada
41	No preparada	31	1	2	41	51	Ansiedad Moderada
42	No preparada	24	1	1	41	51	Ansiedad Moderada
43	No preparada	19	1	0	48	60	Ansiedad Severa
44	No preparada	28	1	0	44	55	Ansiedad Moderada
45	No preparada	20	3	0	49	61	Ansiedad Severa
46	No preparada	23	3	0	62	76	Ansiedad en Grado Máximo
47	No preparada	20	3	0	55	69	Ansiedad Severa
48	No preparada	19	1	0	48	60	Ansiedad Severa

NIVELES DE ANSIEDAD	PUNTAJE TOTAL	INDICE DE EAA
No hay Ansiedad	20-35	25-44
Mínima a Moderada Ansiedad	36-47	45-59
Ansiedad Severa	48-59	60-74
Ansiedad en Grado Máximo	60-80	75-100

Soltera	1
Casada	2
Conviviente	3

ANEXO 5: UBICACIÓN ESPACIAL

