

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN,
INICIO Y CONTINUIDAD DEL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL C. S.
JAVIER LLOSA GARCÍA-J.D.HUNTER. MINSA-
2014**

TESIS PRESENTADO POR:
OBSTETRA NOEMÍ CALAGUA PUMARRUME
PARA OPTAR EL TÍTULO SEGUNDA
ESPECIALIDAD EN ESTIMULACIÓN PRENATAL –
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y DEL
CLIMATERIO.

AREQUIPA-PERÚ
2015



*Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas,
de pronto cambiaron todas las preguntas.*

Mario Benedetti

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN.....	9
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	12
1.1 ENUNCIADO.....	12
1.2 DESCRIPCIÓN.....	12
a. Área del conocimiento.....	12
b. Análisis u operacionalización de variables.....	13
c. Interrogantes básicas.....	14
d. Tipo de investigación.....	14
e. Nivel de investigación	14
1.3 JUSTIFICACIÓN.....	14
2. OBJETIVOS	16
3. MARCO TEÓRICO.....	16
4. HIPÓTESIS.....	30
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	32
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	33
2.1 Ubicación espacial.....	33
2.2 Ubicación temporal.....	33
2.3 Unidades de estudio.....	34
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
3.1 Organización.....	35

3.2	Recursos.....	35
a.	Humanos.....	35
b.	Físicos.....	35
c.	Institucionales.....	35
d.	Económicos.....	35
3.2	Validación del Instrumento.....	35
4.	ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS	
4.1	Plan de Procesamiento.....	36
4.2	Plan de análisis de datos.....	37
CAPÍTULO III. RESULTADOS		
	CUADROS Y GRÁFICOS.....	39
	DISCUSIÓN.....	59
	CONCLUSIONES.....	67
	RECOMENDACIONES.....	69
	Plan de mejoramiento del Programa de Psicoprofilaxis.....	70
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA		
a.	Bibliografía	74
b.	Hemerografía.....	74
c.	Internet.....	75
ANEXOS		
1.	DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA.....	77
2.	MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN.....	78
3.	MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN COMPLEMENTARIA.....	80
4.	RELACIÓN DE GESTANTES NO UBICADAS.....	82
5.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83
6.	CÉDULA DE ENTREVISTA.....	84

RESUMEN

Fundamento: La Psicoprofilaxis Obstétrica en el marco de la atención integral de la gestante es de implantación relativamente reciente en establecimientos del MINSA por lo que aún se desconocen muchos factores que intervienen en la utilización y desarrollo de este programa.

Objetivo: Conocer los factores que influyen en la aceptación, inicio y continuidad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal, de campo, entrevistando a las gestantes domiciliadas en la jurisdicción del Centro de Salud de Hunter, que cursaban de 27 a 31 semanas durante los meses de octubre y noviembre del año 2014, informándoles sobre el programa antes de la aplicación de la primera parte de la encuesta, la cual fue culminada después del parto.

Resultados: Las gestantes atendidas en el Centro de Salud de Hunter son en su mayoría mujeres de 18 a 29 años (57.1%), primigestas (40.8%), amas de casa (67.3%), convivientes (65.3%), con estudios secundarios y superiores (46.9% cada uno), cuentan con apoyo familiar (55.1%), no planifican su embarazo (69.4%) y tienen conocimiento de la existencia y contenido del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica (69.4%). El Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica cuenta con el 81.8% de aceptación inicial, pero sólo el 22.4% inició el programa y el 10.2% lo culminó. La aceptación al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica no fue influenciada por ninguno de los factores analizados.

En las gestantes que al inicio no aceptaron participar del programa, se observó la influencia de la paridad (segundigestas primíparas $p < 0.019$) y el estado civil: el 36.8% de las segundíparas y el 25.0% de convivientes no aceptaron participar, con un RR de 5.2 y 4.2 respectivamente.

En cuanto al inicio los factores relacionados estadísticamente son la edad, grado de instrucción y estado civil, siendo el grupo etáreo de 18 a 29 años, grado de instrucción primaria y estado civil conviviente los que tienen mayor influencia con una frecuencia de 32.1%, 66.7%, 50% y un OR de 4.5, 8.2 y 2.9 respectivamente.

Los problemas institucionales fueron los que mayormente tuvieron influencia negativa en el inicio y culminación del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, con el 36.84% y 83.3% respectivamente.

Conclusiones: La aceptación del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica es mayoritaria, sin embargo una minoría inicia el programa y una mínima parte lo culmina.

Únicamente la paridad tuvo influencia sobre la aceptación al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, resultando ser el segundo embarazo o antecedente de un parto un factor negativo para el mismo. En cuanto al inicio, la edad de 18 a 29 años, ser conviviente y tener grado de instrucción primaria influyeron positivamente en el inicio del programa.

Los factores institucionales son los que mayormente influyen en el no inicio y abandono del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica, siendo éstos la falta de personal que desarrolla las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y problemas de comunicación, tanto en la promoción del programa, como en citas durante el control prenatal y en las primeras sesiones.

Palabras claves: Factores que influyen, aceptación, inicio, continuidad, psicoprofilaxis obstétrica.



ABSTRACT

Background: Obstetric psychoprophylaxis in the framework of integral care of pregnant women is relatively recent introduction in MINSA still so many factors affecting the use and development of this service are unknown.

Objective: To determine the factors influencing acceptance, initiation and continuation of Obstetric Psychoprophylaxis Program.

Methods: Prospective study, field, interviewing all pregnant women domiciled within the jurisdiction of the Health Center of Hunter coursing of 27-31 weeks during the months of October and November 2014, informing them about the program before implementation of the first part of the survey, which was culminated after delivery.

Results: Pregnant women treated at the Health Center Hunter women are mostly 18 to 29 years (57.1%), primigravid (40.8%), housewives (67.3%), cohabiting (65.3%), with secondary studies (46.9%), have family support (55.1), do not plan their pregnancy (69.4%) and have knowledge of the existence and content Obstetric Psychoprophylaxis Program (69.4%). Obstetric Psychoprophylaxis Program has 81.8% of initial acceptance, but only 22.4% started the program and it culminated 10.2%. Analyzing the determinants second pregnant only statistically demonstrates its relationship with the acceptance of the program as at the beginning none of these factors statistically demonstrates their relationship. however pregnant women 18 to 29 years obtained the highest percentage of home, with 32.1 primigravid with 30%, 50% of cohabiting, 66.7% in the primary, the same percentage: 33.3% in the group of merchants and other occupation, 29.6% initiated the Obstetric Psychoprophylaxis Program of those who had family support, 26.7% of those who did not know the program and 33.3 for which planned their pregnancy. The institutional problems were mostly those who had negative influence on the initiation and completion of the Obstetric Psychoprophylaxis Program, with 36.84% and 83.3% respectively.

Conclusions: OPP is majority acceptance, related only with second pregnant, however a minority starts the program and a fraction of what ends. As at the beginning and continuity, is not statistically tested the influence of any of the biological-economic and cultural factors, however the age of pregnant women aged 18 to 29 years primiparity be cohabiting and have primary grade instruction suggest influence positive at the beginning and acceptance of Obstetric Psychoprophylaxis Program.

Institutional factors are the mostly negative influence on the initiation and completion of Obstetrical psychoprophylaxis Program, these being the lack of personnel who provide obstetric service psychoprophylaxis and communication problems.

Keywords: Factors influencing, acceptance, initiation, continuation, obstetric psicoproflaxis.



INTRODUCCIÓN

Hasta hace pocos años prepararse para la llegada de un bebé consistía simplemente en cuidar la alimentación y mantener buenos hábitos, esperando 9 meses hasta el momento del parto, con la idea preconcebida de que éste iba a ser un proceso doloroso. (1) Paulatinamente esta situación ha cambiado, se abordaron muchos temas orientados a mejorar la salud materna, con una preparación física, psicológica y emocional, llegando hasta lo que es hoy en día la Psicoprofilaxis Obstétrica. A pesar que existen numerosos estudios que comprueban los beneficios de la Psicoprofilaxis obstétrica tanto en la obstetricia normal como en la patológica, aparentemente este programa no llega a la mayoría de la población gestante del distrito J.D. Hunter, ya que es evidente la baja asistencia y continuidad al programa. Teóricamente existen factores que podrían influir tanto positiva como negativamente en la asistencia y continuidad a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, tales como edad, paridad, estado civil, grado de instrucción, etc. Son igualmente importantes los factores que dependen de la Institución que desarrolla el programa, ya que muchos de ellos, relacionados con la calidad del mismo, influyen directamente en la continuidad al programa por parte de las gestantes del distrito, entendiendo como continuidad el inicio, abandono y culminación del programa.

El distrito J.D. Hunter cuenta con un Centro de Salud, nivel I-4 que brinda servicios de salud en forma ininterrumpida, las 24 horas del día y con 6 puestos de salud, estratégicamente ubicados en todo el distrito, todos ellos integran la Microred Hunter del MINSA. Para el presente estudio se escogió al total de las gestantes domiciliadas específicamente en el ámbito de jurisdicción del Centro de Salud Hunter, que además cuenta con infraestructura y personal adecuado para el desarrollo de este programa. Inicialmente se pensó en un total de 66 gestantes en total como unidades de estudio, pero se encontró

que un 25.75% tenían direcciones falsas, se encontraban de viaje, etc. (Anexo N° 4). Se aplicó la primera parte de la encuesta en una entrevista inicial, en sus domicilios, a todas las gestantes entre 27 y 31 semanas de gestación durante los meses de octubre y noviembre del 2014 y se culminó la segunda parte de la encuesta en fechas posteriores al parto, en los meses de Enero, Febrero y Marzo del 2015, también en su domicilio.

Se espera con este estudio conocer qué factores influyen en la decisión de las gestantes de aceptar, rechazar, iniciar o abandonar el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, a fin de buscar estrategias que neutralicen los factores negativos y aprovechar los positivos, de manera que una mayor parte de la población se beneficie con las ventajas que ofrece este programa, contribuyendo así a mejorar la salud materna del distrito.





1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN :

1.1. **ENUNCIADO:** “Factores que influyen en la aceptación, inicio y continuidad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud Javier Llosa García-J.D. Hunter. MINSA. 2014”

1.2. DESCRIPCIÓN:

a. Área del conocimiento:

- **Área general:** Ciencias de la Salud
- **Área específica:** Obstetricia
- **Especialidad:** Prevención y Promoción de la Salud Materna
- **Línea:** Psicoprofilaxis Obstétrica.



b. Análisis u operacionalización de variables

VARIABLES		INDICADORES	SUBINDICADORES		
VARIABLES INDEPENDIENTES	FACTORES RELACIONADOS A LA GESTANTE	Factores biológicos	Edad Paridad		
		Factores socioeconómico culturales	Estado civil Grado de instrucción Ocupación Apoyo familiar		
			Actitudes ante el embarazo	Planificación del embarazo Aceptación del embarazo	
				Conocimientos previos de Psicoprofilaxis Obstétrica	
		Factores relacionados con la institución según percepción de la gestante			
		VARIABLE DEPENDIENTE	ACEPTACIÓN INICIO Y CONTINUIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA	Aceptación del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica	Aceptación
					Rechazo
Duda					
Inicio y continuidad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica	Inició el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.				
	Abandono del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica				
Finalizó el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica					

c. Interrogantes básicas:

- ¿Cómo son los factores biológicos, socioeconómicos, culturales, actitudinales hacia el embarazo, de conocimientos previos del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y de percepción sobre aspectos institucionales en las gestantes del Centro de Salud Hunter?
- ¿Cómo es la aceptación, inicio y continuidad al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S. Javier Llosa?
- ¿Cuáles son los factores que influyen en la aceptación, inicio y continuidad al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S. Javier Llosa?

d. Tipo de investigación:

De campo, prospectivo, longitudinal, descriptivo, de observación.

e. Nivel de investigación : Explicativo.**1.3. Justificación:**

En los últimos años el enfoque sobre el cuidado de la salud materno perinatal ha cambiado paulatinamente. Se han abordado muchos temas orientados a mejorar la salud materna, con una preparación física, psicológica y emocional, llegando hasta lo que es hoy en día la Psicoprofilaxis Obstétrica, generándose numerosas investigaciones orientadas generalmente a comprobar sus beneficios en muchos aspectos de la obstetricia tanto normal como patológica. En la bibliografía consultada no se ha encontrado estudios que aborden los aspectos que podrían influir directamente en la disposición de la

gestante en aceptar, rechazar, abandonar o culminar el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, por lo que consideramos la **originalidad** del presente estudio.

El Perú se ha sumado a los distintos compromisos internacionales que han señalado la reducción de la mortalidad materna como una meta clave del desarrollo. En la cumbre del milenio celebrada en el año 2000, los Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron los Objetivos del Milenio, entre ellos, el objetivo 5 plantea mejorar la salud materna, fijándose la meta de reducir al 2015 en tres cuartas partes la mortalidad materna. Por tal motivo el Gobierno Peruano está abocando sus esfuerzos al logro de este objetivo, elaborando un plan de intervención, siendo uno de sus lineamientos la atención integral de salud a la madre y al niño, privilegiando las acciones de promoción y prevención.(4) Siendo la Psicoprofilaxis Obstétrica un programa de prevención y promoción de salud, como se ha señalado en el marco conceptual, es evidente entonces la **relevancia contemporánea** del presente estudio.

Este estudio es completamente **factible y de relevancia práctica**, porque se desarrollará en el C.S. Javier Llosa García, que cuenta con ambiente de Psicoprofilaxis equipado y brinda todo el paquete básico y ampliado para la atención integral de la gestante, además que brindará elementos útiles para mejorar la cobertura de este programa, logrando que más mujeres se beneficien con las ventajas que brinda la Psicoprofilaxis Obstétrica, contribuyendo así a mejorar la salud materna y perinatal.

2. OBJETIVOS

2.1. Identificar los factores biológicos, socioeconómicos, culturales, actitudes hacia el embarazo y conocimientos previos del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes que acuden al centro de Salud Hunter, así como identificar qué factores perciben estas gestantes como influyentes para el mencionado Programa.

2.2. Conocer cómo es la aceptación, inicio y continuidad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud de Hunter.

2.3. Establecer que factores influyen en la aceptación, inicio y continuidad o abandono del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Hunter.

3. MARCO TEÓRICO:

3.1. Marco conceptual

La Real Academia Española define la palabra Obstetricia de esta manera: “parte de la medicina que trata de la gestación, el parto y el puerperio”. En 1979 la Comisión Nacional de Obstetricia y Ginecología española se expresaba de esta manera: “se entiende como Obstetricia y ginecología el estudio de la fisiología de la reproducción de la mujer, sus alteraciones patológicas y la clínica (diagnóstico y tratamiento de las mismas)”. En 1986 la misma comisión añadía “de los aspectos psíquicos, preventivos y sociales que necesariamente se relacionan con los aspectos anteriores”. Observamos pues, cómo de la básica definición que nos proporciona la RAE, se ha ampliado el contenido de la obstetricia e incluye los aspectos preventivos, psíquicos y sociales de tanta importancia en la actualidad.(3)

Desde tiempos remotos de la historia, a la humanidad le ha preocupado siempre el tema de la sensación dolorosa en el

momento del parto. Para combatir ese dolor se ha empleado un gran número de medios, que ha ido variando con las diversas culturas y en las distintas épocas.(1)

Los profesionales de la salud han buscado diversas formas para disminuir su intensidad o eliminarlo. Científicos como Nikolaiev, Read y Lamaze entre otros han investigado su origen, dando las bases para iniciar diversas escuelas. Plantean que la educación de la madre sobre los fenómenos fisiológicos del embarazo y parto, además de los procedimientos que se realizarán, constituye una forma positiva de ayudarla a vivir este proceso, aminorando el dolor, la tensión y la angustia. La intensidad del dolor está condicionada por factores culturales, creencias y tradiciones, factores psicológicos como la angustia y el temor, como también factores biológicos dependientes de la fisiología de la contracción uterina, de la inervación e irrigación del aparato genital femenino.(3)

La preparación no pretende competir o ser una alternativa de los procedimientos anestésicos, sino ayudar a la embarazada a enfrentar el parto sin temor. Si se logra diferir los procedimientos anestésicos hacia dilataciones cervicales avanzadas, o disminuir las dosis anestésicas, con el objeto de obtener cambios hemodinámicos breves y de menor intensidad, además de un pujo eficiente, estaremos frente a logros suficientes que justifican el esfuerzo del equipo de salud para insistir en los beneficios de la preparación materna para el parto.(1)

La denominación de Psicoprofilaxis obstétrica, es en la actualidad el término más utilizado en nuestro medio para englobar a los cursos perinatales de preparación para la maternidad. Estos cursos o programas de educación sanitaria en la etapa prenatal consisten en informar y formar, ejercicios gimnásticos, respiratorios y de relajación, encaminados a preparar a la embarazada para el parto y encuadran dentro de las actividades básicas de promoción y

prevención de la salud. El término Psicoprofilaxis es el más extendido, pero serán parecidos los de “educación para la maternidad”, “preparación para el parto, etc. (3,23).

Sabemos que una mujer, en el embarazo cuenta con una apertura de conciencia y una gran sensibilidad emocional, la cual es favorecida, además por modificaciones hormonales. Sabemos también que esa disponibilidad-vulnerabilidad podría, según sea o no aprovechada, producir cambios saludables, o patologías, que de no ser atendidas, pondrán en peligro su equilibrio psicofísico (10)

3.1.1. Definición de Psicoprofilaxis Obstétrica: La psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permitirá desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar (5).

3.1.2. Objetivos:

La Psicoprofilaxis Obstétrica deberá realizarse simultánea y paralelamente con los controles prenatales. Los objetivos que debemos alcanzar son:

- Estudiar todos los factores que intervienen en el embarazo, tanto positivos como negativos.
- Establecer una relación de confianza entre el personal de salud, la gestante y su familia.
- Identificar todos los problemas que pueden incidir en forma negativa en el embarazo.
- Asesorar a la pareja en la manera como resolver los problemas derivados del embarazo.

- Proporcionar elementos de educación para la salud que promuevan el autocuidado.
- Estructurar de forma coherente los contenidos de educación para la salud acordes con la edad gestacional.(8)

3.1.3. Principios fundamentales:

En los años veinte, treinta y cuarenta se diferenciaron dos grandes grupos . Uno de ellos propuso la estimulación farmacológica de las contracciones para abreviarlo y la aplicación de técnicas anestésicas farmacológicas para hacerlo indoloro.(3)

El otro gran grupo propuso la aplicación de métodos psicofísicos para conseguir ambos objetivos.(3)

En la antigüedad ya era conocida la influencia favorable de las medidas psicológicas sobre el curso del parto, pero los primeros ensayos sistemáticos no tienen lugar hasta el siglo XIX en Francia, cuando se descubrió que se podía influir sobre los estados dolorosos a través de la hipnosis. Desde entonces continúa la utilización de las técnicas hipnóticas y psicológicas como sistemas facilitadoras de la asistencia del parto.(3)

Se fueron desarrollando técnicas que competían con las técnicas farmacológicas. Con el desarrollo de las técnicas de la “relajación progresiva de Jacobson” y la lucha contra el miedo al parto de Dick-Read (Dick-Read describió, tras la observación de tribus aborígenes africanas, el establecimiento de un círculo vicioso con relación al parto donde el DOLOR en acción sobre el tálamo aumentaba el MIEDO en el ámbito cortical, éste a través del hipotálamo aumentaba la TENSION y se cerraba el círculo vicioso) como principios facilitadores del parto se establecieron los puntos de partida para el desarrollo de nuevos métodos de capacitación para el parto.

Los métodos desarrollados según estas bases del conocimiento en sus diversas variaciones teóricas y prácticas se oponen actualmente a la facilitación del parto puramente farmacológica. los métodos psicofísicos de facilitación del parto debido a su absoluta inocuidad, sus amplias posibilidades de aplicación y sus beneficios adicionales como formador e informador de la salud, han representado un verdadero progreso y su aplicación en la actualidad es un indudable beneficio.(3)

Existen también profesionales como Raquel Schallman que opinan, contra todas las modas y corrientes de pensamiento, que las cosas pueden ser mucho más simples. Que la capacidad de escuchar y permanecer al lado de una mujer en trabajo de parto no se compran en la farmacia.(7)

3.1.4. Fundamentos de la Psicoproflaxis Obstétrica

- **Reducción de la afectividad:** La metodología de los autores Velvosky y Lamaze está encaminada a la desaparición de reflejos condicionados negativos intentando su neutralización a cambio de positivos o la creación de un centro cortical del parto en el concepto de Dick Read cuando habla de eliminar el miedo al parto. Para eliminar sentimientos y vinculaciones negativas podemos utilizar la vía racional, mediante un programa de información, y la vía emocional, transmitiendo, en especial a las embarazadas temerosas un sentimiento de seguridad.(3)

- **Disminución de la sensación dolorosa mediante la restricción o desviación de la conciencia:** Una concentración intensa (afectiva o intelectual) produce desviación y disminución del nivel de conciencia, protegiéndolo de estímulos externos e internos. La concentración en otra cosa (respiración, relajación) produce desviación y disminución del nivel de conciencia).

- **Facilitación del parto mediante la regulación del tono:** Existe una estrecha relación entre el tono vegetativo y el

tono de la musculatura de inervación voluntaria. La regulación del tono de los tres sectores funcionales se halla en íntima vinculación y ésta es recíproca. Es conocida esta vinculación de los reflejos afectivos fisiológicos: el espanto produce palidez derivada de la vasoconstricción, por ejemplo el enojo, la preocupación pueden producir dismenorrea, alteraciones funcionales digestivas, etc. Así, pues una posible disminución de la irrigación de la fibra muscular uterina, teóricamente aumentaría la sensación dolorosa ante una contracción muscular en deficiente estado de irrigación. La desaparición de la tensión sobre el territorio uterino, al controlar el tono por la desaparición de la tensión derivada del miedo y de las impresiones y vinculaciones negativas, favorecería las condiciones fisiológicas determinando una mejor calidad fisiológica de la contracción, y por lo tanto, una disminución del dolor, que se provocaría ante una función muscular en condiciones inadecuadas.

3.1.5. Programas de Psicoprofilaxis Obstétrica

Son tres los elementos fundamentales de la psicoprofilaxis obstétrica:

- **Una preparación teórica**, encaminada a proporcionar información necesaria que rompa los lazos que ligan al embarazo y parto, con ideas preconcebidas negativas y en la mayoría de los casos falsas.
- **Un entrenamiento físico** que es el conjunto de ejercicios suaves y seguros que capacitan a la gestante a manejar su postura, movimientos, respiración, relajación y dominio de puntos analgésicos.
- **Una preparación psicológica**, integrada paralelamente a las anteriores, que en conclusión desarrollará la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva (15)

Estos programas deben plantearse como una actividad más, en coordinación con las demás actividades de atención al embarazo. (1) En nuestro país, el modelo de Atención Integral de Salud de la gestante considera la Psicoprofilaxis obstétrica como parte de la atención prenatal reenfocada (6). Se desarrollan a base de diversas actividades realizadas para contribuir a que el embarazo se vivencie en forma positiva y faciliten un parto y puerperio normal en el aspecto físico y emocional, todo esto relacionado y en consonancia con el ámbito cultural y social donde se desarrolla. Es así que la educación para la salud se convierte en la herramienta más importante de este proceso (9), junto con diversas técnicas de relajación y respiración, gimnasia obstétrica, visualización, y muchas otras que se han ido sumando para el logro de los objetivos, como yoga, masajes, esferodinamia, etc. (10).

3.1.5.1. Factores asociados a la asistencia a Programas de Psicoprofilaxis Obstétrica.

3.1.5.1.1. Características socioeconómicas: Siendo la educación para la salud un componente importante en este proceso, las características socioeconómicas nos permitirán conocer el entorno en el cual se van a desarrollar. Podemos resumir que para conocer una comunidad hay que saber:

- Número de habitantes que la componen con su distribución por edad y sexo.
- Tasas de natalidad reconociendo grupos de riesgo.
- Número de hijos por madre para conocer número de primíparas y multíparas.
- Nivel socioeconómico, incluyendo ocupación.
- Patrones culturales para identificar mitos, ideas, tabúes, costumbres durante el embarazo, etc. (9)

3.1.5.1.2. Edad: La gestación es una etapa especial para cada mujer, independientemente de su situación personal, médica o socio-cultural. La adaptación a los cambios físicos, emocionales y cognitivos, van a tener una respuesta diferente influenciada por las características psicológicas, las perspectivas, el entorno y la edad de la gestante.

Podría ser una vivencia positiva y feliz, aún con una serie de expectativas y temores, o en otras situaciones, podría tratarse de una jornada negativa y llena de conflictos, como en el caso de las adolescentes. (19)

El porcentaje de embarazos en mujeres mayores de 35 años, década a década se va incrementando en todos los países del mundo. En Canadá, por ejemplo; en 1998 ocurrió en el 15% y, en el 2007 fue cercano al 18%. Durante este mismo período, el rango de nacimientos por cada 1000 mujeres se incrementó en 47% para las madres de 35 a 39 años. Cuando una mujer mayor de 40 años se embaraza requiere de más cuidados y un minucioso control prenatal pues la maternidad a esta edad, se asocia con varios factores de riesgo; tanto para ella como para su bebé.(16)

Del Pino et al [2007] consideran que a medida que la mujer va cumpliendo años mayor es la probabilidad que asistan a las clases de educación maternal; pero Gobena [1997] concluye todo lo contrario y considera que las mujeres jóvenes acuden más que las de edad. (27)

3.1.5.1.3. Paridad: La mayoría de estudios realizados sobre psicoprofilaxis obstétrica encuentran un mayor interés hacia los controles pre natales y Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes que esperan su primer hijo. (11, 13, 15), excepto

un estudio realizado en Cuba, donde no hubo mayor diferencia entre primigestas y multíparas, en un estudio sobre seguridad y satisfacción de las gestantes con preparación psicofísica para el parto. (28). Moreno et al(1997) y Del Pino et al (2007) afirmaron que a mayor número de hijos la gestante participa menos en estos programas, de manera que las gestantes que realizan educación maternal son fundamentalmente primíparas. (27)

3.1.5.1.4. Nivel de instrucción: En cuanto al nivel de estudios de las mujeres que asistieron a las clases de educación maternal existen diversos estudios con resultados congruentes. Así Del Pino et al [2007] afirman que las mujeres de mayor nivel de estudios acuden más al programa de preparación para el parto, en este mismo sentido se puede considerar los estudios de Fabián et al [2004], Fabián et al [2006] , Moreno et al [1997] y López et al [2008] identificaron a las mujeres musulmanas como las que menos acuden a dicho programa.(27)

3.1.5.1.5. Apoyo familiar: El apoyo familiar no está expresado sólo por el estado civil de la gestante, incluye la participación activa de las personas cercanas a la gestante. La literatura recomienda que siempre que sea posible es mejor que la madre esté acompañada por una persona elegida por ella, tanto en las sesiones de Psicoprofilaxis como en el proceso de parto. Este acompañamiento, es para brindar a la parturienta apoyo emocional continuo y cuidados básicos. (11)

3.1.5.1.6. Embarazo deseado y/o planificado: Un resultado inesperado es el encontrado por Moreno et al [1997], que

hallaron que las mujeres con embarazos no deseados acudían más a las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Otros autores han identificado como factores asociados el tener un control prenatal, conocimiento previo del servicio, satisfacción con el servicio.

3.1.5.1.7. Factores negativos para el desarrollo de un Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica:

Villar [2007] asoció de forma negativa el trato hostil o poco amable por parte del personal a los determinantes que influyen en la participación de los programas de educación maternal. El trabajar fuera de casa, estado civil soltera y/o separada y vivir en un barrio marginal, nivel socioeconómico bajo, etc. Son determinantes que repercuten sobre la no asistencia a las clases de educación maternal según Aguado et.al [2001]; sin embargo Del Pino et al [2007] no encontraron una asociación estadísticamente significativa con tener pareja o trabajar. Otros motivos serían que la mujer no creía necesario o no tenía tiempo para hacerlo, el horario inadecuado, lejanía al domicilio. (27)

En la actualidad encontramos que el perfil de la mujer embarazada que acude a los programas de EM se corresponde a gestantes primíparas, de nivel socioeconómico y de estudios medio, edad entre 25 y 35 años, por lo general mujeres que tiene acceso a otros medios de información, como internet o bibliografía, y por el contrario no se llega a la población que probablemente necesite en mayor medida aumentar conocimientos sobre todo el proceso de embarazo, parto y puerperio.(24) Incluyendo en este apartado mujeres inmigrantes, que no suelen participar en estos programas y que habitualmente no están acompañadas de sus familiares, especialmente sus madres.

Concluimos que para mejorar la salud materna hay que identificar y solucionar a nivel de la comunidad las deficiencias de capacidad y calidad de los sistemas de salud y los obstáculos al acceso a los servicios de salud. Esta premisa puede ser aplicada al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica para así poder optimizar esa herramienta de la que se dispone: la educación maternal.

3.2 Análisis de antecedentes investigativos:

En la bibliografía consultada no se ha encontrado estudios previos sobre los factores determinantes en la aceptación o rechazo de un Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, sin embargo existen otros relacionados con el control prenatal, impacto de la Psicoprofilaxis del parto en el proceso de trabajo de parto, parto, etc. que involucran estos factores que son materia del presente estudio. Mencionamos los siguientes:

3.2.1.-Vidal Martí Arlene: Preparación Psicofísica para el parto: Seguridad y satisfacción a las gestantes.

Medisur 2012: 10(28)

Objetivo: determinar la seguridad y satisfacción de las gestantes al recibir el curso básico sobre la preparación psicofísica para el parto.

Diseño: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo.

Institución: Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos - Cuba

Participantes: universo de 113 embarazadas ingresadas en el período de febrero 2008 a mayo 2009, las cuales recibieron el curso básico sobre preparación psicofísica para el parto.

Resultados: predominó la edad gestacional de 29-35 semanas (48,6 %), el nivel de escolaridad de preuniversitario (47,8 %). Al iniciar el curso no tenía conocimientos el 68,5 %; al finalizar el

curso refirió haberse capacitado el 87,7 %; después del parto, 96,4 % se sienten seguras y satisfechas de haber recibido clases.

Conclusiones: el curso de preparación psicofísica para el parto brindó seguridad y satisfacción a la gestante durante el embarazo y el parto.

3.2.2. Aguayo Ortiz Carolina: “Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del hospital paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008.(11)

Cybertesis- Universidad Austral de Chile- 2008

Tesis para obtener el grado de Licenciada en Obstetricia y Puericultura.

Objetivo: Explorar la percepción del parto de las púerperas que durante el proceso de gestación hayan participado de talleres educativos propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada en el proceso reproductivo para la atención prenatal y que durante su estadía en la maternidad del Hospital Paillaco utilizaron técnicas psicoprofilácticas en su trabajo de parto, en el periodo septiembre de 2007 hasta febrero de 2008.

Diseño: Estudio cualitativo, fenomenológico, de carácter descriptivo, transversal, de tipo exploratorio.

Institución: Universidad Austral de Chile. Facultad de Medicina. Escuela de Obstetricia y Puericultura.

Participantes: Mujeres multíparas que tuvieron un parto fisiológico, sin patología asociada atendidas en consultorio y Hospital de Paillaco, que participaron de los talleres propuestos por el nuevo modelo de atención personalizada para el proceso reproductivo.

Resultados: Mencionamos los resultados que involucran al presente estudio.

Perfil de mujeres participantes: Dentro de las características de las mujeres a investigar destaca que sus edades fluctúan entre los 21-35 años. Todas son dueñas de casa con escolaridad media completa, tres de ellas son casadas, tres conviven y una de ellas está soltera pero con pareja, por lo tanto todas cuentan con el apoyo de la pareja.

Respecto a los antecedentes obstétricos todas son multiparas. De dos, tres planificaron su embarazo y las otras cuatro aceptaron su embarazo sin problemas. El tipo de parto fue en su mayoría vertical y sólo dos tuvieron su parto semisentadas. El número de veces que asistieron a los talleres fue entre tres y cinco veces, ninguna de ellas acudió a los seis talleres. Sólo dos de ellas acudió a los talleres con compañía pero casi la totalidad estuvo acompañada durante su trabajo de parto y parto.

La percepción positiva del uso de técnicas psicoprofilácticas por parte de las mujeres del estudio, se sustenta en que favorece la seguridad, confianza y autonomía materna. Durante el proceso de gestación y nacimiento las mujeres que usaron alguna técnica indicaron un mayor avance de la dilatación cervical. Por su parte, la educación prenatal, ayudó al desarrollo del vínculo afectivo.

Conclusiones: La percepción de las mujeres, en cuanto a la utilización de técnicas psicoprofilácticas durante el proceso de gestación y la atención natural del parto fue positiva, el entorno social más cercano influye en la percepción de la atención del parto.

3.2.3.-Martínez Galiano Juan Martín: Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la madre y el Recién nacido.(27)

Tesis para acceder al grado de Doctor.

Publicado en el año 2013.

Institución: Repositorio Institucional de la Universidad de Granada

Objetivo: La percepción de las mujeres, en cuanto a la utilización de técnicas psicoprofilácticas durante el proceso de gestación y la atención natural del parto fue positiva, el entorno social más cercano influye en la percepción de la atención del parto.

Objetivo específico 1.-Identificar los motivos por los que las mujeres no realizan educación maternal, así como los factores asociados a la participación de la mujer primípara en el programa de educación maternal.

Diseño: Estudio transversal, prospectivo y multicéntrico.

Institución: Universidad de Granada- Departamento de medicina preventiva y Salud Pública.

Participantes: Mujeres cuyo parto sea atendido en 3 hospitales: Hospital San Juan de La Cruz Úbeda, Complejo Hospitalario de Jaén, Hospital del Poniente en El Ejido y Hospital Universitario Virgen de Las Nieves de Granada. Participaron 520 primíparas.

Resultados: En cuanto a los factores asociados a la educación maternal vemos que las no casadas con pareja estable participaron menos que las casadas, el nivel de estudios influyó positiva y significativamente en la asistencia a educación maternal. El mayor nivel de ingresos de la mujer también mostró una relación directa con la educación maternal. La intención previa de la mujer de realizar educación maternal se asoció con la asistencia al programa. La nacionalidad no española influyó negativamente. El adecuado control prenatal influyó positivamente, trabajo de la mujer y el que fuese un embarazo buscado.

Conclusiones:

- La falta del programa de educación maternal dentro de la cartera de servicios del Centro Sanitario fue el principal motivo por el que las gestantes no realizaran el programa de educación maternal. En los centros donde se brindaba este servicio, el horario inadecuado fue el principal motivo para la inasistencia a

estos programas. El mayor nivel de ingresos y de estudio de la mujer, junto a la nacionalidad española son factores que predisponen a la educación maternal.

- Otras conclusiones fueron que el programa no influyó en el mejor uso del servicio de urgencias obstétricas, ni en el proceso de duración del trabajo de parto ni en la presencia de patologías o complicaciones. Sí tiene influencia en la participación activa del proceso de trabajo de parto y el establecimiento precoz del contacto piel a piel.
- La valoración de la utilidad y beneficio de la educación maternal es mayor en las mujeres que participaron del programa.

4. HIPÓTESIS:

Dado que la Psicoprofilaxis Obstétrica proporciona beneficios científicamente comprobados en la atención de la gestación, parto y puerperio, y que este programa, aún cuando es ofertado a todas las gestantes sin distinción, no logra llegar a la totalidad de ellas,

Es probable que existan factores concernientes tanto a la gestante como a la Institución que influyen en la aceptación, inicio y continuidad de dicho Programa en el Centro de Salud de Hunter.

CAPÍTULO II.

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL



1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN:

Técnica: Para el presente estudio se empleó la técnica de la comunicación, mediante entrevista personal a las 28 semanas de gestación y posterior a la fecha del parto.

Instrumento: Se elaboró una sola cédula de entrevista, que fue aplicada a las 28 semanas de gestación y se culminó después de la fecha de parto.

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Aceptación, inicio y continuidad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica	Factores biológicos	Edad	Comunicación entrevista pre y post parto	Cédula de entrevista
		Paridad		
	Factores socio-económico culturales	Estado civil		
		Grado de instrucción		
		Ocupación		
		Apoyo familiar		
	Factores relacionados a la gestante	Conocimientos previos de Psicoprofilaxis Obstétrica		
		Actitudes ante el embarazo	Planificación y/o aceptación del embarazo	
	Factores. relacionados a la institución según percepción de la gestante		Comunicación entrevista pre y post parto	Cédula de entrevista

Materiales de verificación:

- Material bibliográfico
- Cédulas de entrevista
- USB
- Tinta de impresora
- Computadora con acceso a Internet.
- Impresora
- Material de escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN:

2.1. Ubicación espacial

2.1.1. Precisión del lugar

País: Perú

Región: Arequipa

Provincia: Arequipa

Distrito: Jacobo Dickson Hunter

Ámbito específico del C.S. Javier Llosa García.(ver anexo 1).

2.2.2. Caracterización del lugar: El Centro de Salud Javier Llosa García es un establecimiento de Salud Nivel I-IV , de localización urbano-marginal, atiende una población de medianos y bajos recursos, así mismo es un centro de referencia para atención de partos de bajo riesgo, de los distritos de Tiabaya, Socabaya, José Luis Bustamante y Rivero, Characato y otros.

2.2. Ubicación temporal: La investigación corresponde al año 2014 y 2015. Asume una visión temporal prospectiva, porque la variable de interés (aceptación y continuidad del programa) ocurrirá del presente al futuro. Asimismo el estudio tiene un corte temporal longitudinal, porque dicha variable será estudiada antes del parto (28 a 32 semanas) y después del parto.

2.3. Unidades de estudio:

Universo cualitativo :Ingresaron al presente estudio el total de gestantes que cursaron con 27 a 31 semanas de gestación durante el mes de Octubre y Noviembre con Fecha probable de parto del 1º al 31 de Enero del 2015 y del 1º de Febrero al 3 de Marzo del 2015 respectivamente, que son un número de 49, por lo tanto no habrá muestra.

- **Criterios de inclusión:**

-Gestantes que residen en el ámbito de la jurisdicción del C.S. Javier Llosa García (sector 3) y que tuvieron por lo menos un control prenatal en este establecimiento.

-Gestantes de 27 a 31 semanas de gestación durante el mes de Octubre y Noviembre, con FPP del 1 al 31 de Enero del 2015 y del 1 de febrero al 3 de marzo del 2015 respectivamente.

- **Criterios de exclusión :**

-Gestantes que cursen una gestación menor de 27 semanas o mayor de 32 semanas.

-Gestantes con domicilio fuera del ámbito de jurisdicción del C.S. Javier Llosa García.

Universo cuantitativo:

Ingresaron al presente estudio el total de gestantes con los criterios de inclusión mencionados, que son un número de 49. Se consideraron en un inicio un total de 66 gestantes, pero realizando el seguimiento encontramos que 17 de ellas (25%) dieron direcciones falsas, cambiaron de domicilio o viajaron. (Anexo 4).

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

3.1. Organización:

ACTIVIDADES	2014				2015		
	Oct.	Nov.	Dic.	Ene.	Feb.	Marzo	
	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Permiso para acceder UE	x						
Capacitación de instrumentadores	x						
Preparación de las cédulas de entrevista	x						
Prueba piloto	x						
Supervisión y coordinación	xxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	

3.2 Recursos:

a. Humanos:

- -Investigador : Autora
- -Asesor: Programa de Apoyo a la Investigación Facultad Obstetricia UCSM
- -Personal recolector: Investigador y ocasionalmente apoyo del personal del Servicio de Obstetricia del C.S. Javier Llosa García.

b. Físicos: En el desarrollo del presente trabajo se utilizó:

- Cédulas de entrevista, en base a las cuales se elaboraron las tablas y gráficos .
- Consentimiento informado para el desarrollo del estudio.
- Materiales de escritorio (lapiceros, lápices, borradores, etc.)
- Computadora

c. Institucionales:

El Centro de Salud Javier Llosa G. cuenta con infraestructura adecuada para el desarrollo de las entrevistas, que se llevaron a cabo en el consultorio Obstétrico, ambiente de Psicoprofilaxis, etc. Sin embargo, se realizaron visitas domiciliarias a la mayoría de gestantes, especialmente las que no acudieron a CPN o que no hubo oportunidad en el establecimiento de salud.

d. Económicos:

Los gastos que demandó el presente estudio fueron financiados íntegramente por el investigador.

3.3 Validación del Instrumento**a. Procedimiento**

Dado que el universo no es amplio, la prueba piloto se realizó a 5 gestantes que acudieron al Centro de Salud J. Llosa G. y cumplían con los criterios de inclusión para el presente estudio.

b. Finalidad

- Conocer las dificultades para la resolución de la entrevista, tanto para las gestantes como para el entrevistador.
- Determinar el tiempo que tomaría la aplicación de la cédula de entrevista.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR RESULTADOS:**4.1. Plan de Procesamiento:****4.1.1. Tipo de procesamiento**

El tipo de procesamiento fue mixto (manual y computarizado), dado que las unidades de estudio no son extensas.

Vaciado computarizado, creando la matriz de datos, se utilizó el programa SPSS20.

Se creó una matriz de datos complementaria, convirtiendo las categorías de la variable en variables, a fin de analizar cada factor y

utilizar el análisis estadístico chi cuadrado, además del OR y RR.
(anexo 3)

4.1.2. Operaciones de sistematización

Se realizó un plan de tabulación, utilizando tablas de entrada simple y doble que además serán numéricos y literales.

Se realizó además un plan de graficación, utilizando gráfico de barras y torta.

4.2. Plan de análisis de datos

Tipo de análisis :Por el número de variables el análisis es multivariable y por su naturaleza es un análisis cuantitativo, se utilizó técnicas de estadística descriptiva: Frecuencias absolutas y porcentuales.

Para analizar la dependencia entre variables se utilizó la prueba chi cuadrado (test exacto de Fisher) para cada categoría de cada uno de los factores de la variable independiente, excepto los problemas institucionales que por su naturaleza sólo se empleó las frecuencias absolutas.

Además se utilizó el OR Y RR para medir el grado de influencia de cada categoría con la aceptación e inicio del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.



**VARIABLE INDEPENDIENTE: FACTORES RELACIONADOS A LA
GESTANTE**

TABLA Nº 1

**FACTORES BIOLÓGICOS Y SOCIOECONÓMICOS-CULTURALES DE
LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD HUNTER**

Características	n°	%
Edad		
<=17	2	4.1
18-29	28	57.1
30-41	19	38.8
Paridad		
1	20	40.8
2	19	38.8
3	10	20.4
Grado de instrucción		
Primaria	3	6.1
Secundaria	23	46.9
Superior	23	46.9
Ocupación		
Ama de casa	33	67.3
Comerciante	3	6.1
Empleo estable	3	6.1
Empleo provisional	7	14.3
Otro	3	6.1
Estado civil		
Soltera	6	12.2
Casada	11	22.4
Conviviente	32	65.3
Total	49	100

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la edad el 57.1 % tienen de 18 a 29 años, mientras que el 4.1% son adolescentes. Respecto a la paridad el 40.8% son primigestas, porcentaje similar a las de segunda gestación con el 38.8%. El 46.9% tienen estudios secundarios, igual que para los estudios superiores, en comparación al 6.1% que cursaron estudios primarios. En referencia a la ocupación, el 67.3% son amas de casa; el menor porcentaje, 6,1% corresponde por igual a comerciante, empleo provisional y otros. Otra característica importante es el estado civil, vemos que el 65,3 son convivientes y el 12.2% son solteras.

TABLA N° 2
FACTORES ACTITUDINALES HACIA EL EMBARAZO DE LA
GESTANTE Y SU ENTORNO FAMILIAR

Actitudes	n°	%
Planificación del embarazo		
Si	15	30.6
No	34	69.4
Aceptación del embarazo		
Si	48	98
No	1	2
Apoyo familiar		
Si	27	55.1
No	22	44.9
Total	49	100

Fuente: elaboración propia

El 55.1% cuentan siempre con el apoyo de algún familiar en todas las actividades relacionadas a su gestación, y el 44.9% cuentan con escaso o ningún apoyo familiar. A pesar de que el 69.4% no planificaron su embarazo, el 98% terminaron aceptándolo.

TABLA Nº 3
CONOCIMIENTOS PREVIOS SOBRE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA DE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
HUNTER

Conocimientos previos	n°	%
Si	34	69.4
No	15	30.6
Total	49	100

Fuente:elaboración propia

El 69.4% tenían conocimiento de la existencia y contenido del programa de psicoprofilaxis obstétrica, mientras que el 30.6% tenían escaso o ningún conocimiento acerca de este programa.

TABLA Nº 4
DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS INSTITUCIONALES QUE MOTIVARON
EL NO INICIO Y ABANDONO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA SEGÚN PERCEPCIÓN DE LAS GESTANTES DEL CENTRO
DE SALUD HUNTER

Problemas Institucionales	No inicio del Programa		Abandono del Programa	
	nº	%	nº	%
Falta de personal	10	71	5	100
Problemas de comunicación	4	29		
Total	14	100	5	100

Fuente: elaboración propia

Los problemas Institucionales que motivaron el no inicio o abandono del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica encontrados fueron la falta de personal en un 71% para el no inicio del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y 100% para el abandono del mismo. La falta o fallas en la comunicación durante el control prenatal o el desarrollo de las sesiones fue en un 29%.

**VARIABLE DEPENDIENTE: ACEPTACIÓN, INICIO Y CONTINUIDAD
DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA**

TABLA N° 5

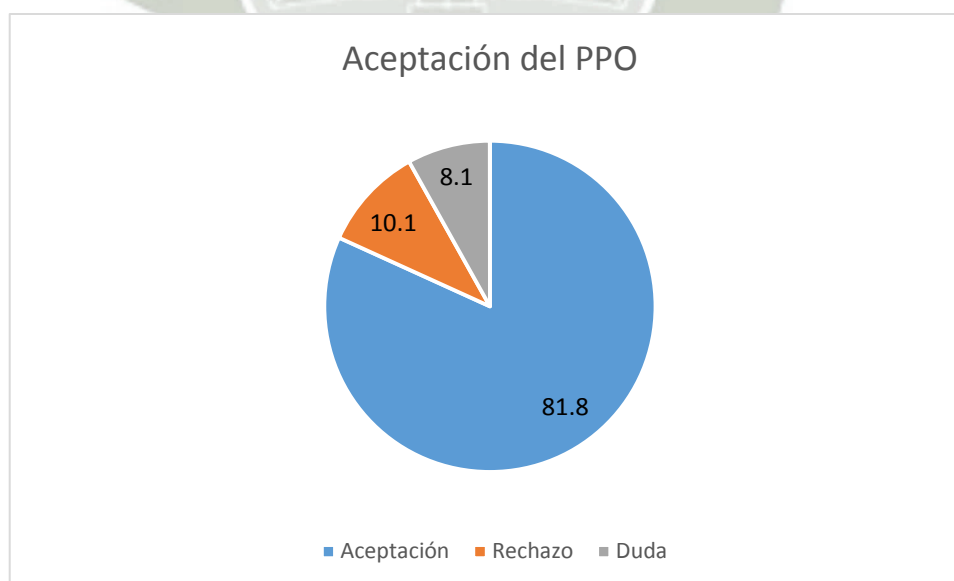
**ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA
EN EL CENTRO DE SALUD DE HUNTER**

Aceptación	n°	%
Aceptación	40	81,8
Rechazo	5	10,1
Duda	4	8.1
Total	49	100.0

Fuente: elaboración propia

Observamos en el presente cuadro que existe un buen grado de aceptación del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en las gestantes que acuden al CSH: el 81.6%, mientras que sólo el 10.2% no aceptó participar del mismo.

GRÁFICO N° 1



Fuente: elaboración propia

TABLA Nº 6

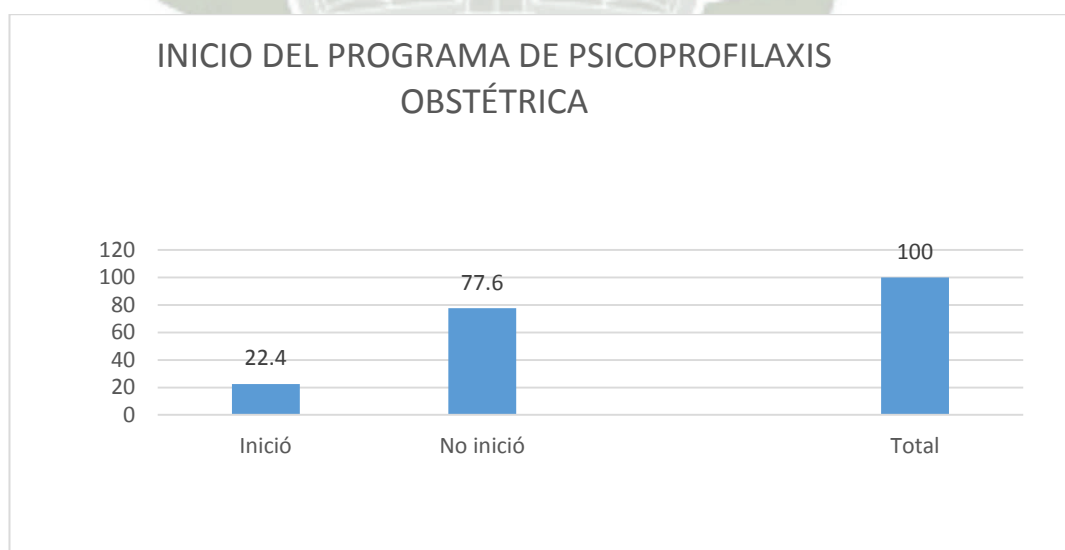
**INICIO Y CONTINUIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD HUNTER.**

INICIO y CONTINUIDAD		nº	%
Inició	Finalizó	5	45.4
	Abandonó	6	54.5
	SubTotal	11	22.4
No inició		38	77.6
Total		49	100

Fuente: elaboración propia

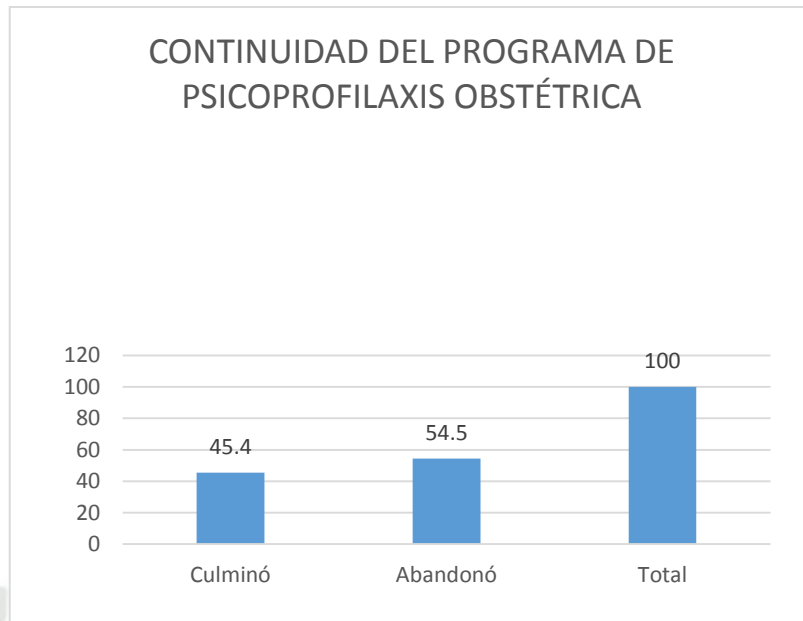
Este cuadro nos muestra que a pesar de la buena aceptación inicial de participar en el programa, el 77.6% no lo inició y sólo el 22.4 lo inició. De las que iniciaron el programa, el 54.5% abandonó las sesiones y el 45.4 terminó las 6 sesiones. A pesar que el 81.6% de las gestantes aceptó participar en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, sólo el 22.4% lo iniciaron y el 10.2% lo culminaron.

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Elaboración propia

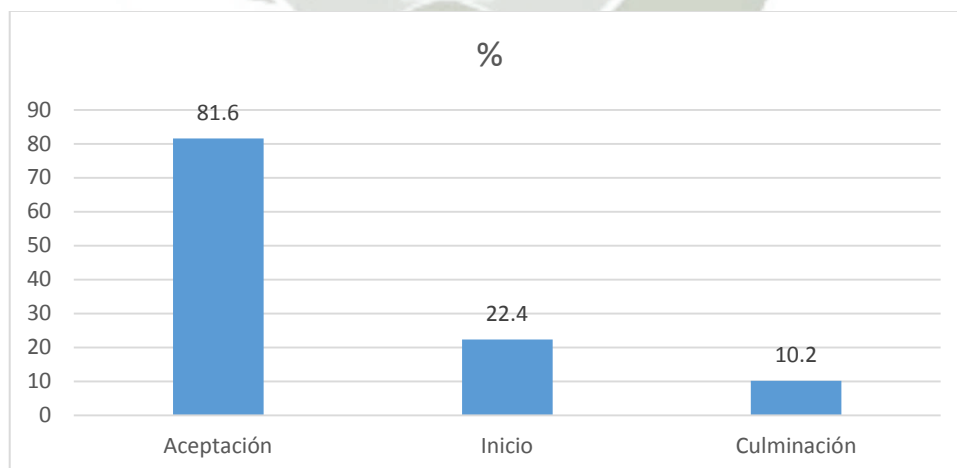
GRÁFICO Nº 3



Fuente: elaboración propia

GRÁFICO Nº 4

**ACEPTACIÓN INICIO Y CONTINUIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD HUNTER.**



Fuente: elaboración propia

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN, INICIO Y CONTINUIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

TABLA Nº 7

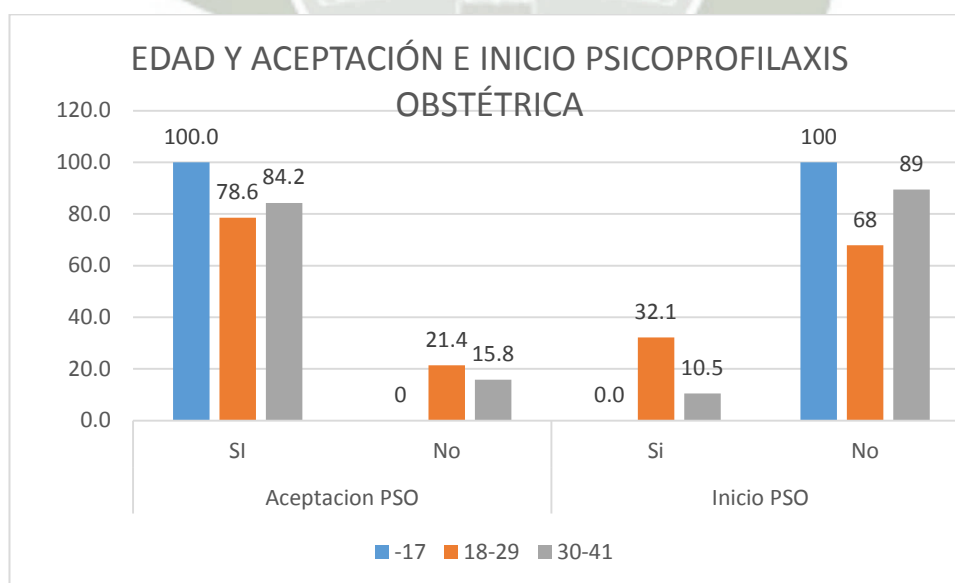
INFLUENCIA DE LA EDAD EN LA ACEPTACIÓN E INICIO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE HUNTER

EDAD	Aceptación del PPO						Inicio del PPO					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	n	%	n	%	n	%	nº	%	n	%	n	%
-17	2	100	0	0	2	100	0	0	2	100	2	100
18-29	22	78,6	6	21	28	100	9	32,1	19	68	28	100
30-41	16	84,2	3	16	19	100	2	10,5	17	89	19	100
TOTAL	40	81,6	9	18	49	100	11	22,4	38	78	49	100

Fuente: elaboración propia

En relación a la aceptación del programa, el 100% del grupo de adolescentes aceptó participar en él, el grupo de 18 a 29 años lo hizo con el 78.6%. Sin embargo, el grupo de gestantes de 18 a 29 años obtuvo el mayor porcentaje de inicio del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, con un 32.1%, en el grupo de adolescentes observamos que ninguna inició el programa.

GRÁFICO Nº 5



Fuente: Elaboración propia

TABLA Nº 8

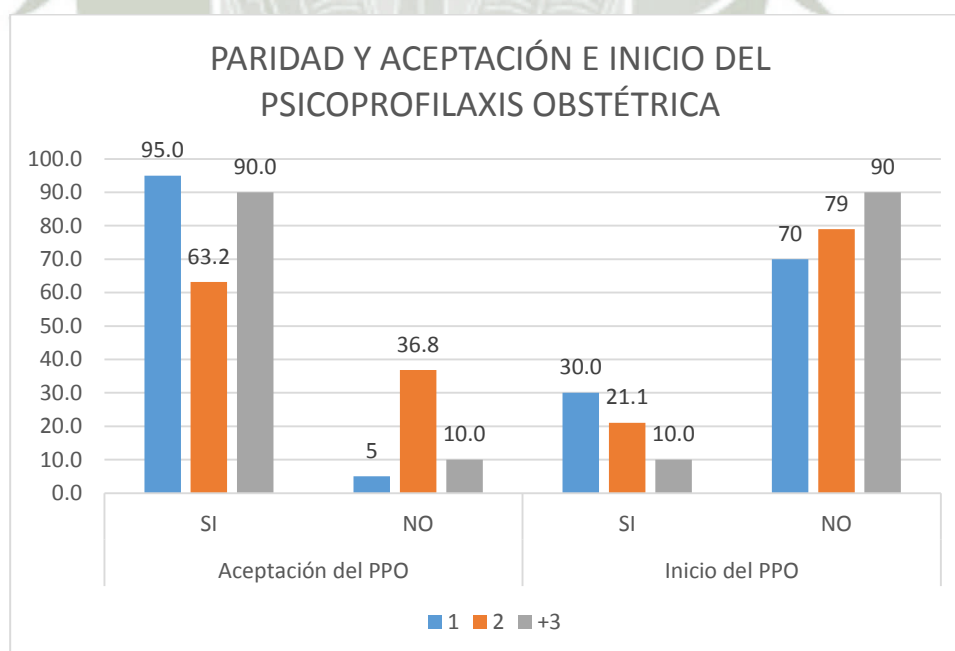
INFLUENCIA DE LA PARIDAD EN LA ACEPTACIÓN E INICIO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE HUNTER

Paridad	Aceptación del PPO						Inicio del PPO					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
1	19	95.0	1	5	20	100	6	30.0	14	70	20	100
2	12	63.2	7	36.8	19	100	4	21.1	15	79	19	100
3 a más	9	90.0	1	10.0	10	100	1	10.0	9	90	10	100
Total	40	81.6	9	18.4	49	100	11	22.4	38	78	49	100

Fuente: Elaboración propia

Las gestantes primigestas nulíparas obtuvieron mayor porcentaje tanto en aceptación como en inicio del programa, con un 95% y 30% respectivamente, mientras que las segundigestas con un parto anterior tuvieron menor aceptación, con el 63.3% y sólo el 10 % de las multiparas de 3 hijos a más iniciaron el programa.

GRÁFICO Nº 6



Fuente: elaboración propia

TABLA Nº 9

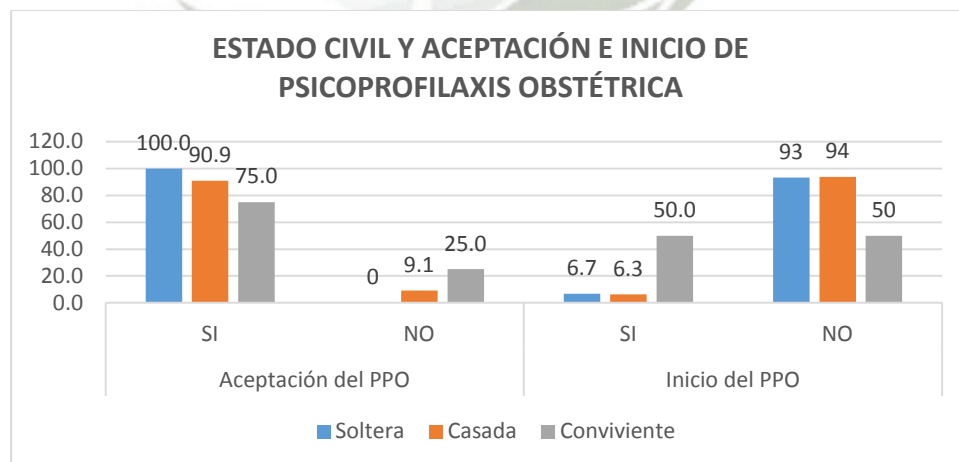
INFLUENCIA DEL ESTADO CIVIL EN LA ACEPTACIÓN E INICIO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE HUNTER

Estado civil	Aceptación del PPO						Inicio del PPO					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Soltera	6	100,0	0	0	6	100	1	6,7	14	93	15	100
Casada	10	90,9	1	9,1	11	100	1	6,3	15	94	16	100
Conviviente	24	75,0	8	25,0	32	100	9	50,0	9	50	18	100
Total	40	81,6	9	18,4	49	100	11	22,4	38	78	49	100

Fuente: elaboración propia

El grupo de gestantes solteras aceptó participar en el programa en un 100%, pero sólo lo inició el 6.7% de ellas, Sin embargo el grupo de gestantes convivientes fue el que obtuvo el menor porcentaje de aceptación (75%) pero el mayor porcentaje de inicio del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica con el 50%, similar al grupo de casadas.

GRÁFICO Nº 7



Fuente: elaboración propia

TABLA N° 10

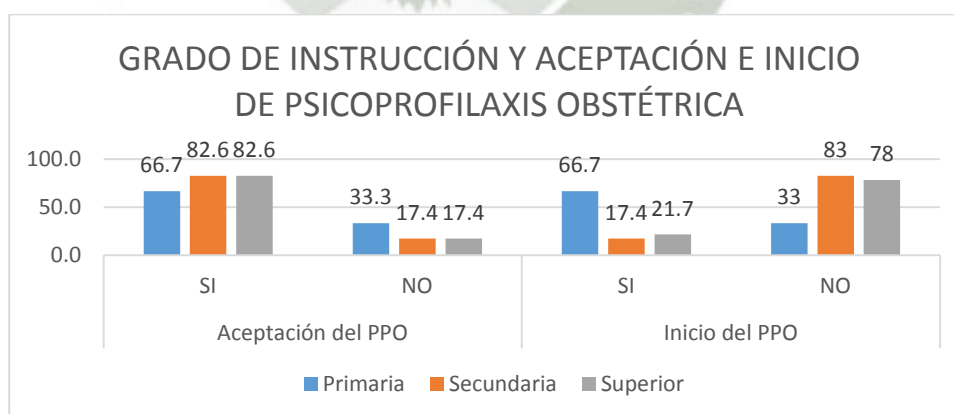
INFLUENCIA DEL GRADO DE INSTRUCCIÓN EN LA ACEPTACIÓN E INICIO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE HUNTER.

Grado de Instrucción	Aceptación del PPO						Inicio del PPO					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Primaria	2	66,7	1	33,3	3	100	2	66,7	1	33	3	100
Secundaria	19	82,6	4	17,4	23	100	4	17,4	19	83	23	100
Superior	19	82,6	4	17,4	23	100	5	21,7	18	78	23	100
Total	40	81,6	9	18,4	49	100	11	22,4	38	78	49	100

Fuente: elaboración propia

Las gestantes con educación primaria, sea completa o incompleta, mantuvo el porcentaje (66.7%) tanto para aceptación como para inicio del programa, sin embargo, fueron las de educación secundaria y superior las que tuvieron mayor grado de aceptación, con el 82.6%, pero son las que en menor porcentaje iniciaron el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

GRÁFICO N° 8



Fuente: elaboración propia

TABLA Nº 11

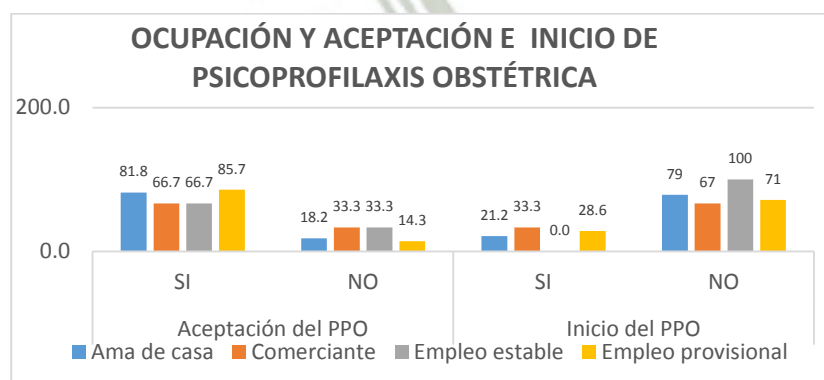
INFLUENCIA DE LA OCUPACIÓN EN LA ACEPTACIÓN E INICIO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD HUNTER

Ocupación	Aceptación del PPO						Inicio del PPO					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Ama de casa	27	81,8	6	18,2	33	100	7	21,2	26	79	33	100
Comerciante	2	66,7	1	33,3	3	100	1	33,3	2	67	3	100
Empleo estable	2	66,7	1	33,3	3	100	0	0,0	3	100	3	100
Empleo provisional	6	85,7	1	14,3	7	100	2	28,6	5	71	7	100
Otro	3	100,0	0	0,0	3	100	1	33,3	2	67	3	100
Total	40	81,6	9	18,4	49	100	11	22,4	38	78	49	100

Fuente: elaboración propia

El 100% de las gestantes con otro tipo de ocupación (estudiantes, profesionales independientes, etc.) aceptaron participar en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, sin embargo sólo el 33% de ellas lo inició, el mismo porcentaje inició el programa en el grupo de comerciantes

GRÁFICO Nº 9



Fuente: elaboración propia

TABLA Nº 12

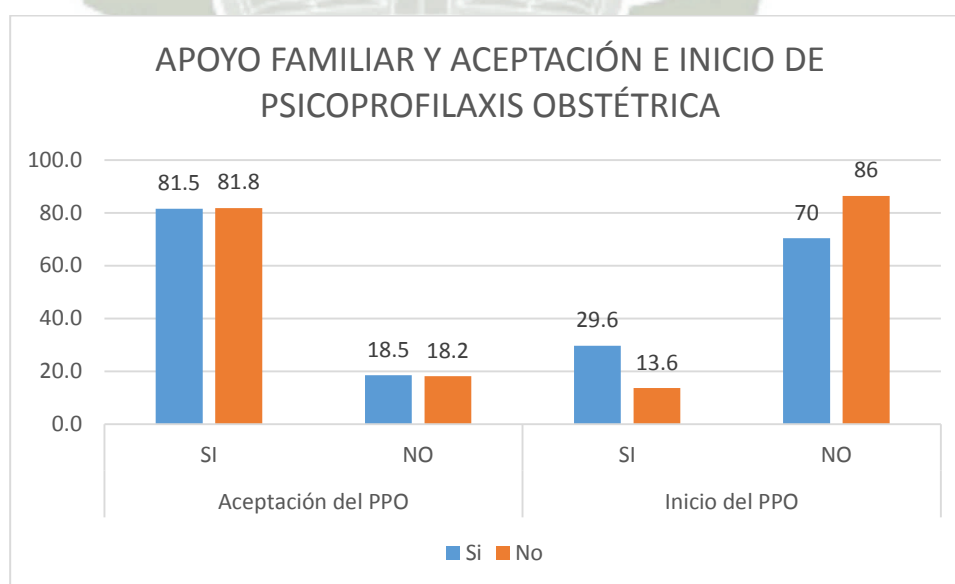
INFLUENCIA DEL APOYO FAMILIAR EN LA ACEPTACIÓN E INICIO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD HUNTER.

Apoyo Familiar	Aceptación del PPO						Inicio del PPO					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Si	22	81,5	5	18,5	27	100	8	29,6	19	70	27	100
No	18	81,8	4	18,2	22	100	3	13,6	19	86	22	100
Total	40	81,6	9	18,4	49	100	11	22,4	38	78	49	100

Fuente: elaboración propia

Ambos grupos aceptaron participar del programa en un 81.5%. El 29% de gestantes que tuvieron apoyo familiar iniciaron el programa, en comparación con el 13% de los que no tuvieron apoyo familiar.

GRÁFICO Nº 10



Fuente: elaboración propia

TABLA Nº 13

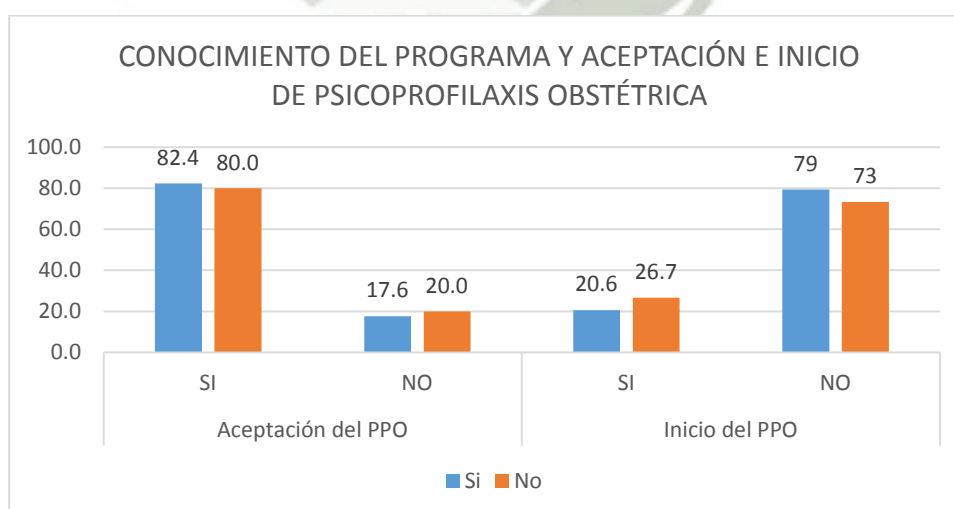
**RELACIÓN ENTRE CONOCIMIENTO PREVIO DEL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA Y ACEPTACIÓN E INICIO DEL MISMO
EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE HUNTER**

Conocimiento	Aceptación del PPO						Inicio del PPO					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%
Si	28	82,4	6	17,6	34	100	7	20,6	27	79	34	100
No	12	80,0	3	20,0	15	100	4	26,7	11	73	15	100
Total	40	81,6	9	18,4	49	100	11	22,4	38	78	49	100

Fuente: elaboración propia

En ambos grupos, los que tenían conocimiento del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y los que no tenían conocimiento del mismo, el porcentaje de aceptación fue similar: 82.4 y 80 % respectivamente. Igualmente no hubo mayor diferencia en cuanto al inicio del programa: 20.6 y 26.7%.

GRÁFICO Nº 11



Fuente: elaboración propia

TABLA Nº 14

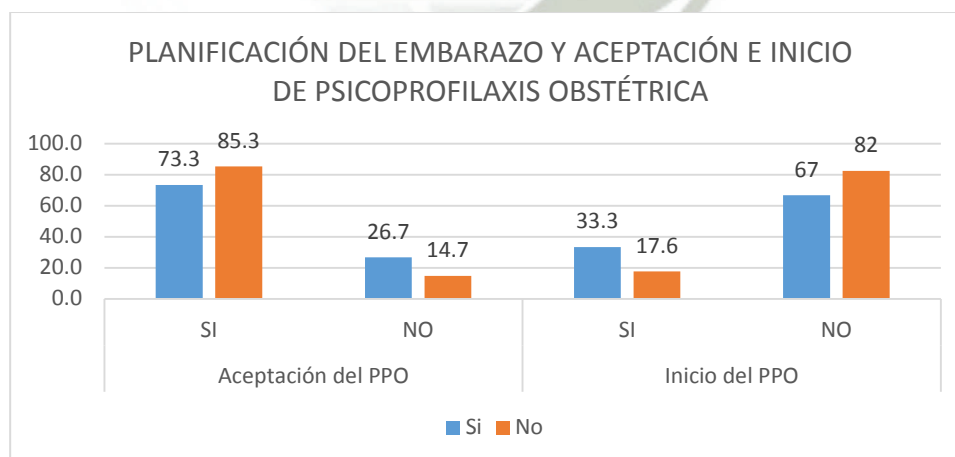
**INFLUENCIA DE LA PLANIFICACIÓN DEL EMBARAZO EN LA
ACEPTACIÓN E INICIO DEL PROGRAMA DE PSCOPROFLAXIS
OBSTÉTRICA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD HUNTER.**

Embarazo planificado	Aceptación del PPO						Inicio del PPO					
	Si		No		Total		Si		No		Total	
	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%	n°	%
Si	11	73,3	4	26,7	15	100	5	33,3	10	67	15	100
No	29	85,3	5	14,7	34	100	6	17,6	28	82	34	100
Total	40	81,6	9	18,4	49	100	11	22,4	38	78	49	100

Fuente: elaboración propia

Las gestantes que no planificaron su embarazo aceptaron participar en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en un 85.3%. El mayor porcentaje de gestantes que iniciaron el programa se encontró en el grupo de gestantes que planificaron su embarazo (33.3%)

GRÁFICO Nº 12



Fuente : elaboración propia

TABLA Nº 15

INFLUENCIA DE LOS FACTORES CONCERNIENTES A LA GESTANTE EN LA ACEPTACIÓN DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

	p	OR	RRsi	RRno
EDAD				
-17		0,1	1,2	
18-29		0,6	0,9	1,5
30 +	0,51	1,3	1,1	0,8
PARIDAD				
PRIMÍPARA	0,47	7,2	1,3	0,1
SEGUNDÍPARA	0,019	0,1	0,7	5,2
MULTÍPARA	0,403	2,3	1,1	0,5
ESTADO CIVIL				
SOLTERA	0,66	0,2	1,3	
CASADA	0,4	2,6	1,2	0,4
CONVIV	0,1	1,1	0,8	4,2
GRADO DE INSTRUCCIÓN.				
PRIMARIA	0,49	0,4	0,8	1,9
SECUNDARIA	0,58	1,1	1	0,9
SUPERIOR	0,58	1,1	1	0,9
OCUPACIÓN				
AMA CASA	0,624	1	1	0,9
COMERCIANTE	0,46	0,4	0,8	1,9
ESTABLE	0,46	0,4	0,8	1,9
PROVISIONAL	0,619	1,4	1,1	0,7
OTRO	0,53	0,1	1,2	
APOYO FAMILIAR	0,635	1,2	1	1
CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA	0,845	1,1	1	0,8
PLANICACIÓN DEL EMBARAZO	0,269	0,4	0,9	1,8
INICIO DEL PROGRAMA	0,679	1	1	1

Fuente: elaboración propia

El presente cuadro nos demuestra que la mayoría de los factores biológicos y socioeconómico culturales son independientes respecto a la aceptación del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica, excepto el ser segundigestas primíparas: p 0.019. Analizando el OR, observamos la influencia de la nuliparidad, con un OR de 7,2 . El RR nos demuestra una influencia negativa para la aceptación del programa el ser segundigestas primíparas, con un RR de 5,2 y ser convivientes, con un RR de 4,2.

TABLA Nº 16

**INFLUENCIA DE LOS FACTORES CONCERNIENTES A LA GESTANTE EN
EL INICIO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA**

	p	OR	RRsi	RRno
EDAD				
-17	0,598	0	0	1,3
18-29	0,06	4,5	3,4	0,75
30 +	0,11	0,3	0,4	1,2
PARIDAD				
PRIMÍPARA	0,24	2,1	1,7	0,8
SEGUNDÍPARA	0,571	0,87	0,9	1
MULTÍPARA	0,27	0,32	0,4	1,2
ESTADO CIVIL				
SOLTERA	0,598	0,6	0,7	1
CASADA	0,228	0,28	0,3	1,2
CONVIV	0,17	2,93	2,4	0,8
GRADO DE INSTRUCCIÓN.				
PRIMARIA	0,12	8,2	3,4	0,4
SECUNDARIA	0,32	0,57	0,6	1,1
SUPERIOR	0,59	0,92	0,9	1,1
OCUPACIÓN				
AMA CASA	0,517	0,8	0,8	1
COMERCIANTE	0,542	1,8	1,5	0,8
EMPLEO ESTABLE	0,45	0	0	1,3
EMPLEO PROVISIONAL	0,5	1,5	1,3	0,9
OTRO	0,542	1,8	1,5	0,8
APOYO FAMILIAR	0,161	2,7	2,2	0,8
CONOCIMIENTO PROGRAMA	0,45	0,7	0,8	1
PLANIFICACIÓN EMBARAZO	0,198	2,3	1,9	0,8
ACEPTACIÓN PROGRAMA	0,679	1	1	0,9

Fuente: elaboración propia.

Aunque la prueba de chi cuadrado en gestantes de 18 a 29 años no es menor a 0.05, el OR de 4,5 y RR de 3,4 nos demuestra la influencia de este factor en el inicio del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica, al igual que el grado de instrucción, en la categoría de educación primaria, con un OR de 8.2 y un RR de 3,4, los demás factores no demuestran una influencia significativa en el inicio del programa.

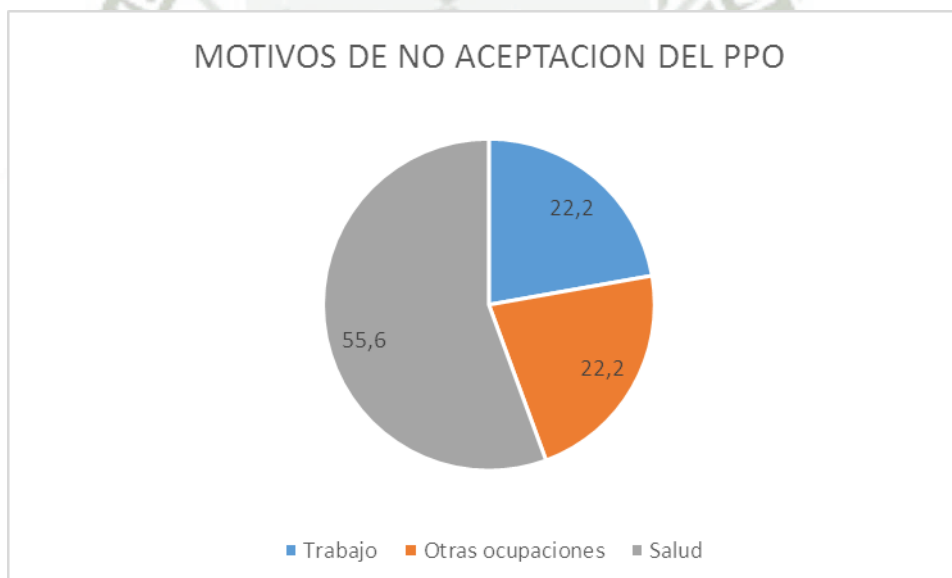
TABLA Nº 17

**MOTIVOS POR LOS QUE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
HUNTER NO ACEPTARON PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA**

Motivo	n°	%
Trabajo	2	22,2
Diversas ocupaciones	2	22,2
Problemas de Salud	5	55,6
Total	9	100,0

Fuente: elaboración propia

GRÁFICO Nº 13



Fuente: elaboración propia

El 55.6% de las gestantes que no aceptaron participar en el programa fue por problemas de salud, igual porcentaje (22.2%) alcanzaron por trabajo y diversas ocupaciones.

TABLA Nº 18

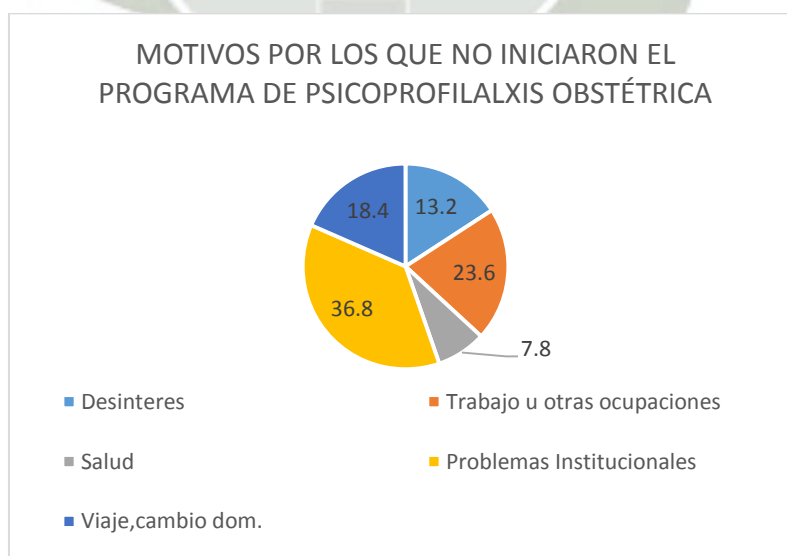
**MOTIVOS POR LOS QUE LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
HUNTER NO INICIARON EL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA**

Motivo	nº	%
Desinterés	9	23.6
Trabajo u otras ocupaciones	3	7.8
Problemas de Salud	5	13.2
Problemas Institucionales	14	36.84
Viaje, cambio domicilio.	7	18,48
Total	38	100,0

Fuente: elaboración propia

El 36.8% no iniciaron el programa por problemas relacionados con la Institución, seguido de un 23.6 que corresponde a desinterés por parte de las gestantes hacia el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. El menor porcentaje, 7.8% fue por problemas de salud.

GRÁFICO Nº14



Fuente: Elaboración propia

TABLA N° 19
MOTIVOS DE ABANDONO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN LAS GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD DE HUNTER

Motivo	nº	%
Desinterés	1	16,6
Problemas Institucionales	5	83.3
Total	6	100,0

Fuente: elaboración propia

El 83.3% no culminaron el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica debido a problemas Institucionales, por falta de interés fue el 16.6%.

GRÁFICO N° 15



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

Se realizó el estudio pre y posparto a 49 gestantes que se encontraban entre las 28 y 36 semanas de gestación, encontrándose el siguiente perfil: 57.2% tienen de 18 a 29 años, 40.8% son primigestas nulíparas con porcentaje similar para las segundigestas primíparas (38.8%); el 46.9% tienen estudios secundarios; el 67.3% son amas de casa; el 65.3% son convivientes; el 53.1% cuentan con apoyo familiar en lo respecto a su embarazo; el 69.4% no planificaron su embarazo, pero a pesar de eso, en el 98% el embarazo fue bien aceptado, y finalmente el 69.4% tenían conocimiento de la existencia y contenidos del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Si lo comparamos con otros estudios, encontramos resultados que varían según la situación socioeconómica cultural del lugar donde se realiza el estudio, además que resulta complicado realizar comparaciones en este aspecto, debido a que cada estudio categoriza esta variable de diferentes maneras, en el presente estudio se realizó esta categorización según la distribución de grupos etáreos que dispone el MINSA para la estrategia

Salud Sexual y Reproductiva. Por ejemplo, en Lima, en un estudio realizado en un Hospital de ESSALUD, Oviedo encontró resultados en cuanto a edad y grado de instrucción similares al presente estudio, predominando las gestantes de 20 a 35 años, grado de instrucción secundaria, en cuanto a ocupación las que tienen algún tipo de ocupación son mayores a las amas de casa, la mayoría son convivientes, pero el porcentaje de solteras es mayor que en este estudio, en desmedro de las casadas (15). En cambio, en un estudio realizado por Espinoza, (13) en el 2014, en un establecimiento del MINSA, en San Juan de Lurigancho observamos una diferencia importante en el grupo de menores de 18 años, que es el 38% del total y porcentaje similar al presente estudio en el grupo de 19 a 35 años con el 56.3% años. En lo referente a estado civil, aun cuando el porcentaje de convivientes es el mayor, hay resultados inversos de las solteras respecto a las casadas

(33.8 y 7.3% respectivamente), encontramos además un mayor porcentaje de amas de casa y menor porcentaje de gestantes con algún tipo de ocupación(13)

Es importante mencionar el porcentaje de embarazo en adolescentes, que en nuestro estudio es de 4.1%. A nivel nacional, según resultados ENDES 2012 ,(32) el porcentaje de embarazo en adolescentes fue de 13.2%, con la observación que consideran adolescente al grupo etéreo de 15 a 19 años, sin embargo en el MINSA desde hace algunos años se considera gestante adolescente a las menores de 18 años; aun considerando a las gestantes de 19 años el porcentaje de gestantes adolescentes en nuestro estudio fue de 10.2%, menor al encontrado a nivel nacional y en otros estudios, en los cuales llega al 38.8% (13). En cuanto a la maternidad postergada, que cada año va en aumento en muchos países del mundo, como en Canadá que en el año 2000 fue del 18% (16) en nuestro estudio fue del 6.1% (mujeres primigestas mayores de 35 años).

El Centro de Salud Hunter cuenta con buena aceptación del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica por parte de las usuarias del servicio (81.6%), sin embargo sólo el 22.4% inició el Programa y el 10.2% realizó todas las sesiones, el 77.5% no realizó ninguna sesión, mientras que Espinoza (13) en el 2014 en San Juan de Lurigancho encontró porcentaje similar: 71.25% que nunca acudió a las sesiones , pero existe gran diferencia en el porcentaje de gestantes que realizó las sesiones de Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, que fue del 28.7%. Resultados diferentes encontramos en un estudio realizado por Martínez Galiano (27) en el 2012 en el hospital de Granada, encontró que el porcentaje de mujeres que acudió al programa de educación maternal fue de 68%, el 55.5 acudieron a más de 3 sesiones y sólo el 5% dejó de asistir.

Para determinar la influencia de los factores estudiados sobre la aceptación y culminación del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, se ha analizado cada categoría de la variable para poder compararlas entre ellas, utilizando la prueba estadística chi cuadrado, pero al no reunir las

condiciones, se tomó en cuenta el test exacto de Fisher, complementando con el OR y RR con el IC del 95%.

Aceptación: Como hemos visto, el porcentaje de aceptación del Programa en el presente estudio es alto, sin embargo según el cuadro N° 14 el ser segundigesta primípara, tiene un RR de 5.2, es decir que por cada gestante que acepta el programa y no son segundigestas primíparas, hay 5.2 segundigestas primíparas que no lo hacen, igualmente el ser conviviente tiene un RR de 4.2, lo que significa que por cada gestante no conviviente que acepta hay 4.2 que son convivientes que no lo hacen, por lo tanto demuestran una influencia negativa para la aceptación del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica,

Para un mejor análisis de la influencia de los factores estudiados, vemos la influencia de estos factores en el inicio del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

En referencia a la edad de la gestante, según la bibliografía consultada, se espera que el grupo de adolescentes y mayores de 35 años sean los grupos que muestren mayor interés en el desarrollo de un Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, ya que son gestantes con mayores expectativas y temores. En el caso de adolescentes podría ser una jornada negativa y llena de conflictos (12), o en el caso de las mujeres mayores de 35 años el embarazo está asociado a muchos factores de riesgo y requiere de mayores cuidados y minucioso control prenatal. (16).

Se observó en el presente estudio que en el grupo de adolescentes el 100% aceptó participar en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, pero ninguna logró iniciarlo, contrariamente al estudio realizado por Yabar (19) en un estudio realizado en adolescentes del Sector privado, en el cual el 100% de adolescentes inició el programa.

En las gestantes de 18 a 29 años el 32.1 lo inició, encontrando un OR de 4.5, es decir que por cada gestante que inicia el PSO 4.5 son de este grupo etéreo, aunque en la prueba de chi cuadrado el resultado no llega a ser significativo (0.06). Oviedo (2010) encontró en su estudio, realizado en primigestas, una mayoría de gestantes de 20 a 35 años tanto en el grupo de las que realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica como en las que no lo realizaron.

En las de mayores de 30 años el 10.5% inició el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, por lo que resulta que el OR y RR no es significativo (0.3 y 0.4). Resumiendo, el grupo de 18 a 29 años tiene mayor probabilidad de iniciar el PPO en comparación de las adolescentes y mayores de 30 años. Del Pino et al [2007] consideran que a medida que la mujer va cumpliendo años mayor es la probabilidad de que asistan a las clases de educación maternal; pero Gobena [1997] concluye todo lo contrario y considera que las mujeres jóvenes acuden más que las de edad. (32).

En cuanto a la paridad, la mayoría de estudios realizados sobre psicoprofilaxis obstétrica encuentra un mayor interés hacia los Controles Pre Natales y Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes que esperan su primer hijo (11,13,15), excepto en un estudio realizado en Cuba, Vidal et al (2012) encontró que no hubo mayor diferencia entre primigestas y multíparas (28).

En la actual investigación se encontró un mayor porcentaje de primigestas, tanto en aceptación como en inicio del programa (95% y 30% respectivamente). El OR es de 2.1 para primigestas, lo que significa que por cada gestante que inicia el programa 2 son primigestas.

Estado civil: el estado civil no necesariamente está relacionado con apoyo familiar, sin embargo puede brindar alguna sensación de confianza y seguridad en la gestante, por lo que ambos factores se analizan independientemente. El grupo de convivientes fue el que obtuvo mayor porcentaje en cuanto al inicio del programa, con el 50% y un OR de 2.93,

es decir que por cada gestante que inicia el programa, 2.9 son convivientes. Reyes (2004) en un estudio realizado en la Maternidad de Lima encontró un mayor porcentaje (60%) de convivientes en las gestantes con preparación psicoprofiláctica frente al 48.9% de convivientes en las que no asistieron al Programa de Psicoprofilaxis obstétrica.(18), mientras que Oviedo (2010) en un Hospital de ESSALUD, aunque encontró mayor porcentaje de convivientes en las gestantes que no realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica, la diferencia fue escasa. (15).

Nivel de Instrucción: Existen diversos estudios en relación al grado de instrucción de las mujeres que asisten a programas de Educación Maternal o Psicoprofilaxis Obstétrica, la mayoría congruentes, que afirman que las mujeres de mayor nivel de estudios acuden más a los programas de Educación Materna (17,27) .El presente estudio es incongruente con los estudios anteriores, ya que brindó los siguientes resultados: Las que tuvieron grado de instrucción primaria mantuvieron el 66.7% tanto en aceptación como en inicio del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, a pesar de ser el menor porcentaje de aceptación, resultó ser el mayor porcentaje de Inicio del programa. Analizando el OR para el grupo de educación primaria es de 8.2, lo que se interpreta como que por cada gestante que no pertenece a este grupo e inicia el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica hay 8.2 gestantes con educación primaria que realizan el curso. Reyes en su estudio no encontró gestantes con educación primaria.(18)

Ocupación: El trabajar fuera de casa se considera un factor negativo determinante en la no asistencia a las clases de Educación maternal (27) especialmente porque los horarios no se adecúan a los horarios de la Institución que brinda este servicio. El mayor porcentaje de inicio fue para las comerciantes y el de otras ocupaciones (33.3%). Las que tenían empleo estable ninguna llegó a iniciar el programa. Si dividimos este factor en sólo 2 grupos: amas de casa y las que tienen algún tipo de trabajo u ocupación, notaríamos que la diferencia entre ambos no sería estadísticamente significativa, ya que tendríamos para las amas de casa

el 81.8% de aceptación y 21.2% de inicio del psicoprofilaxis obstétrica, y para las que tienen algún tipo de ocupación el 81.2% de aceptación y el 25% de inicio del programa. Reyes (18) tampoco encuentra diferencias significativas entre el grupo de amas de casa y las que tienen algún tipo de trabajo fuera del hogar, comparando las que tienen psicoprofilaxis obstétrica y las que no la tuvieron.

Apoyo familiar: La literatura recomienda que siempre que sea posible es mejor que la gestante esté acompañado por una persona elegida por ella, tanto para las sesiones de Psicoprofilaxis como para el parto y demás actividades relacionadas con la gestación, para brindar estabilidad, apoyo emocional y cuidados básicos (11). La iniciación del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica fue mayor en el grupo de las que tenían apoyo familiar con el 29.6% , mientras que para las que no tenían apoyo familiar fue de 13.6%. El OR es de 2.7, lo cual significa que por cada gestante que no recibe apoyo familiar e inicia el programa, hay 2.7 gestantes que si reciben apoyo e inician el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Conocimiento previo del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica: aunque el porcentaje de inicio del programa fue mayor para el grupo de las que no tenían ningún conocimiento del mismo, con el 26.7%, la diferencia no fue significativa, obteniendo una OR de 0.7

Embarazo planificado y/o aceptado: Se espera que un embarazo planificado cuente con mejor organización de todas las actividades relacionadas con el embarazo, parto, puerperio y cuidados del RN. El 33.3% de las que planificaron su embarazo inició el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, en comparación del 17.6% de las que no lo planificaron el embarazo que logró iniciar el programa, obteniendo un OR de 2.3, es decir que por cada gestante que no planificó su embarazo e inició el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, hay 2.3 que sí planificaron su embarazo e inició el programa.

En las encuestas previas realizadas a las gestantes se encontró que del 18.4 % que no aceptaron participar del programa, el 66.7% no aceptó participar por problemas de salud: embarazos de riesgo, cesáreas anteriores y otros, sólo el 11.1% no aceptó por trabajo.

Con respecto al inicio del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, los motivos fueron, en primer lugar los problemas institucionales con el 36.8%, en segundo lugar están los de trabajo u otras ocupaciones, con un 21.0%, comparando con el estudio de Martínez Galiano (27) encuentra como razones por los que no iniciaron el curso de Psicoprofilaxis Obstétrica fue la falta de oferta de esta actividad por la Institución en un 37.4%, porcentaje similar al encontrado en el presente estudio.

En cuanto a la deserción o abandono del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 83.3% lo hizo por problemas institucionales, mientras que el desinterés obtuvo el 16.6%, Martínez Galiano (27) menciona como razón mayoritaria para la no asistencia a las sesiones la incompatibilidad de horarios con un 33.3%, lo que también podrá interpretarse como motivo por trabajo, pero no fue la razón que obtuvo mayor porcentaje.

Siendo los problemas institucionales el principal motivo de no inicio y deserción del programa, era importante determinar que tipo de problemas eran los que influían en estos aspectos negativos para el programa, encontrándose que el 71% fue por falta de personal que desarrollara las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y el 29% fue por problemas de comunicación, ya sea porque no se les comunicó del programa en el control prenatal, no hubo mecanismos suficientes de promoción del programa o no se les citó para las siguientes sesiones. Martínez Galiano (27) menciona estos problemas como falta de oferta del servicio y también podría considerarse la incompatibilidad de horarios, ya que la Institución podría ampliar estos horarios de atención.

Por último, mientras que Fernández et al (27) afirman que la asistencia al Programa de Psicoprofilaxis obstétrica está relacionado con su intención

previa de hacerlo, en nuestro estudio ambos factores no están relacionados, obteniendo un OR de 1.



CONCLUSIONES

PRIMERA

Los factores biológicos, socioeconómico culturales, así como los actitudinales hacia el embarazo y conocimientos previos del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica son los siguientes:

Mujeres jóvenes, es decir de 18 a 29 años, primigestas nulíparas, con estudios secundarios sean completos o incompletos, en igual porcentaje que las que tuvieron estudios superiores, amas de casa, convivientes, cuentan con apoyo de por lo menos un miembro de su familia, no planifican su embarazo, sin embargo éste es mayormente aceptado y por último tienen conocimientos previos sobre Psicoprofilaxis Obstétrica. Los factores institucionales que influyen en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica identificados por las gestantes del Centro de Salud de Hunter fueron los problemas de comunicación y disponibilidad de personal.

SEGUNDA

El Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica fue mayoritariamente aceptado en el Centro de Salud de Hunter, sin embargo muy pocos iniciaron el programa y una mínima parte lo finalizó.

TERCERA

Los factores analizados no influyen en la aceptación del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, ya que ésta es mayoritaria, sin embargo el rechazo al programa sí fue influenciado por la paridad y estado civil (resultando ser una influencia negativa el tener un parto previo y ser convivientes). En cuanto al inicio del programa, el pertenecer al grupo etáreo de 18 a 29 años y tener instrucción primaria tienen una fuerte influencia positiva en la decisión de iniciar el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. El no inicio y el abandono del Programa fue mayoritariamente por problemas institucionales .

Se determinó que estos problemas institucionales fueron la falta de personal para desarrollar las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y fallas en la comunicación, sean éstos la falta de promoción del programa, la no información de la existencia del programa durante el CPN y no citarlas para las sesiones posteriores.

CUARTA

La aceptación inicial del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica no influye en la decisión posterior de las gestantes de empezar dicho programa.



RECOMENDACIONES

Está demostrado que la psicoprofilaxis obstétrica brinda muchos beneficios a la gestante, al Recién Nacido, y al equipo de salud por lo tanto debe promocionarse y desarrollarse un Programa planificado, continuo y sostenido, por lo cual las recomendaciones van dirigidas a todos los establecimientos, en todo nivel de atención.

PRIMERA

Al Ministerio de Salud:

- Considerar la recargada labor que se asigna al personal de salud en los establecimientos de nivel I-4, quien tiene que realizar labor asistencial, preventivo promocional y labor administrativa referente a las estrategias sanitarias, incluyendo reuniones de coordinación y capacitaciones, lo que muchas veces impide cumplir con actividades de psicoprofilaxis obstétrica.
- Promover la Investigación en Psicoprofilaxis obstétrica, a fin de mejorar la calidad y el desarrollo de estos programas a nivel nacional.

SEGUNDA

A la Gerencia de la Microred Hunter.

- Considerar personal exclusivo para el desarrollo de Programas de Psicoprofilaxis obstétrica, así como ampliar horarios de atención, por ejemplo los días domingos.

TERCERA

Al personal de Obstetricia:

- Mayor organización de las actividades de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- Mayor capacitación y concientización en Psicoprofilaxis Obstétrica, concediéndole la importancia que tiene la prevención y promoción de la salud en la atención integral de la gestante.

PLAN DE MEJORAMIENTO DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

CENTRO DE SALUD HUNTER

I. INTRODUCCIÓN

Siendo la Psicoprofilaxis Obstétrica un programa de prevención de la salud materno perinatal, que brinda muchos beneficios a la madre, al producto y al personal de salud, es nuestra preocupación que todas las gestantes tengan acceso a las bondades de este programa, contribuyendo así a mejorar el nivel de salud de las gestantes de nuestro distrito.

Como se ha demostrado en el presente estudio, los motivos por los que la gestante del distrito J.D. Hunter no inicia o abandona las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica son mayormente institucionales, lo que nos plantea el reto de encontrar estrategias para mejorar estos aspectos que impiden el desarrollo del programa.

Existen diversos estudios que investigan acerca de la veracidad de los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Obstétrica, sin embargo hay que considerar que estos beneficios dependen básicamente de la calidad de estos programas. Aunque no se ha encontrado muchos estudios que la evalúen, es importante que las Instituciones se preocupen en garantizar un Programa con calidad.

Los problemas institucionales que impiden el desarrollo del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en nuestro estudio son la falta de disponibilidad de personal y problemas de comunicación, ambos relacionados con lo anteriormente mencionado: Calidad del programa, lo cual se explica porque el Centro de Salud Javier Llosa García es un establecimiento de nivel I-IV, centro de referencia para atención de partos de bajo riesgo, con atención las 24 horas del día. Siendo un establecimiento de primer Nivel de atención, se deben realizar todas las actividades de prevención y promoción de la Salud, además de las actividades asistenciales de control de embarazo, atención de parto, puerperio, planificación familiar, etc, incluyendo internamiento para atención de parto y actividades administrativas de las diferentes estrategias, lo que conlleva a la sobrecarga de actividades en el personal, en este caso del personal de obstetricia, lo que sería un aspecto negativo para el desarrollo de las actividades de Psicoprofilaxis Obstétrica, convirtiéndose así en un círculo vicioso: menos personal disponible para el programa, más abandono de las sesiones y menos gestantes que inician el programa y mientras menos gestantes concurren a los programas de Psicoprofilaxis Obstétrica, menos intención de la jefatura del establecimiento de designar personal exclusivo

para estas actividades. Así mismo más actividades asignadas al personal, menos disponibilidad de mejorar la calidad de la Psicoprofilaxis Obstétrica que brinda el establecimiento.

II. OBJETIVOS

- 1.-Mejorar la salud materno perinatal del distrito.
- 2.-Verificar la calidad y desarrollo del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- 3.-Mejorar la aceptación, inicio y continuidad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud de Hunter, logrando que por lo menos el 50% lo inicien y el 100% lo culminen.

III. ESTRATEGIAS

Mejorar la calidad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica incluye:

- 1.-Garantizar la disponibilidad del personal que brinde Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica
- 2.-Mantener ambientes y material adecuados, ventilados e higiénicos.
- 3.-Adecuar horarios a necesidades de la población
- 4.-Evaluar periódicamente la calidad del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, mediante estudios acerca del impacto del programa en la salud materno perinatal
- 5.-Garantizar capacitación constante del personal que brinda la Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.
- 6.-Enfatizar la promoción del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica .

IV. ACTIVIDADES

- 1.- Garantizar la disponibilidad del personal que brinde Psicoprofilaxis Obstétrica
 - Designar y/o contratar personal exclusivo para el programa.
 - Designar personal nombrado para actividades de gestión y supervisión del Programa de Psicoprofilaxis obstétrica.
- 2.- Mantener ambientes y material adecuados, ventilados e higiénicos
 - Verificar limpieza diaria del ambiente de psicoprofilaxis obstétrica.

- Mantener y reponer material necesario.
- 3.-Adecuar horarios a necesidades de la población.
 - Implementar horarios accesibles, como días domingos a fin de captar gestantes que trabajan o tienen otras ocupaciones,
- 4.-Evaluar periódicamente la calidad del programa mediante estudios acerca del impacto del programa en la salud materno perinatal
 - Desarrollar trabajos de investigación sobre el impacto del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en la salud de las gestantes del distrito.
- 5.-Garantizar capacitación constante del personal que brinda servicios de psicoprofilaxis obstétrica.
 - Solicitar capacitación del personal en Psicoprofilaxis obstétrica, solventado por la institución, así como promover la concientización del personal para capacitaciones por cuenta propia.
- 6.-Enfatizar la promoción del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el control prenatal.
 - Informar sobre existencia y beneficios del Programa a todas las gestantes que acuden al control prenatal.
 - Realizar visitas domiciliarias a fin de promocionar el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.
 - Coordinar con obstetras de los Puestos de Salud para asegurar que todas las gestantes del distrito estén informadas acerca del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica .

V. METAS

Teniendo en cuenta que la aceptación al Programa es mayoritaria (82%) esperamos a corto plazo lograr que el 50% de gestantes que acuden al Centro de Salud Hunter lo inicien el, y que el total de las gestantes que lo inicien realicen el total de sesiones.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

a. Bibliografía :

- 1) Arencio L, Yalán E. Psicoprofilaxis Obstétrica I y II. Universidad Católica Santa María (Arequipa): Facultad de Obstetricia y Puericultura, Segunda Especialidad Estimulación Prenatal- psicoproflaxis obstétrica y del climaterio.
- 2) Barreyro C. Señal de vida. Actividad física en embarazo y parto. 1ºed. Santa Fe (argentina):UNL;2003.
- 3) Cabero L, Saldivar D, Cabrillo E. Obstetricia y medicina materno fetal. 1º ed. Madrid (España): Panamericana; 2010.
- 4) Ministerio de Salud(Perú) Documento Técnico: Plan Estratégico Nacional para la reducción de la mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015.
- 5) Ministerio de Salud. Guía Técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Perú: MINSA; 2011.
- 6) Ministerio de Salud (Perú) Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna. □NTS n° 105-MINSA/DGSP .V.01
- 7) Schallman R. Parir en libertad. 1º ed. Buenos Aires (Argentina):Grupo Editorial Argentina;2012.
- 8) Servicio Navarro de Salud. Matronas. 1ª ed Alcalá de Guadaira (Sevilla): Mad SL; 2005.
- 9) Servicio Gallego de Salud. Matronas. 1º ed Alcalá de Guadaira (Sevilla): MAD SL;2007.
- 10) TobiV. El embarazo transformador: Un programa preparador para la pareja gestante. 1º ed. Buenos Aires: Paidós; 2007.

b. Hemerografía

- 11) Aguayo C, Angulo A. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la maternidad del hospital Paillaco entre septiembre de 2007 y febrero de 2008 [tesis licenciatura]. Valdivia(Chile): Universidad Austral; 2008.
- 12) ChumaceraV. Programa de facilitación para el parto en gestantes del “Centro hospitalario San Martín de Porres” de Santa Cruz [Tesis licenciatura]. Santa Cruz Boliva: Universidad Mayor de San Andrés; 2005.
- 13) Espinoza R. Percepción de la calidad de atención del parto en usuarias del centro obstétrico del hospital san Juan de Lurigancho enero 2014 [tesis título profesional]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014
- 14) Morales S ,García Y, Agurto M, Benavente A. La psicoproflaxis obstétrica y la estimulación prenatal en diversas regiones del Perú. HorizMed 2014; 14(1): 42-7.

- 15) Oviedo E. Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto eutócico en el Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho: ESSALUD [tesis magister]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2010.
- 16) Paredes N. Maternidad postergada. *Horiz.Med* 2013;13(1):45-50
- 17) Reyes L. Psicoproflaxis Obstétrica asociado a beneficios Materno Perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal. Enero Diciembre 2002 [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2004.
- 18) Solís H, MoralesS. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. *Horizmed* 2012; 12(2):49-19
- 19) Yábar M. La Pscoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes. *HorizMed* 2014; 14(2)

c. Internet

- 20.-Bavo, S. F. M. (2006). El significado cultural del control prenatal en la gestante inasistente y sus prácticas de autocuidado. *Revista da Facultad Ciencias de la Salud, Popayán*, 8(2). Disponible en <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2006/junio/EL%20SIGNIFICA%20CULTURAL%20DEL%20CONTROL%20PRENATAL.pdf>
- 21.- Cano-Serral G, Rodríguez-Sanz M, Borrell C., Del Mar Pérez, M., & Salvador J. (2006). Desigualdades socioeconómicas relacionadas con el cuidado y el control del embarazo. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 25-30. Disponible en <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911106714480>
- 22) Cuesta R. estudio sociodemográfico de las gestantes y su relación con la aceptación del embarazo. Disponible en PDF:http://www.msssi.gob.es/va/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL67/67_6_519.pdf.
- 23.- De María Cáceres-Manrique, F., & Molina-Marín, G. (2010). Inequidades Sociales en Atención Materna Social inequity in maternal care. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3), 231-238. Disponible en http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol61No3_Julio_Sepiembre_2010/v61n3a07.pdf
- 24) Fernández Idiago M. Impacto de los programas de educación maternal. Análisis del uso del servicio hospitalario de emergencias obstétricas. Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)[Serie Trabajos Fin de Master]2009. [citado el 5de julio del 2009];1(2):[17 pantallas]. Disponible en PDF:<http://www.revistareduca.es/index.php/reducaenfermeria/article/viewFile/60/53>.
- 25.- Férnandez M, Fernández-Arroyo, I. M. S. R., & Lucas, J. T. (2014). Características de los programas de educación maternal de atención primaria de

la Comunidad de Madrid (España) y de sus asistentes. Disponible en http://scholar.google.es/scholar?start=30&q=Tesis+sobre+abandono+de+Psi+coprofilaxis+del+parto&hl=es&as_sdt=0,5

26) López, J. S. S., & Basulto, D. I. C. (2013). Psicoprofilaxis perinatal: preparación corporal y psíquica de la mujer embarazada para el nacimiento. *Psicología y Salud*, 17(2), 219-228.

Disponible en PDF: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/691>

27.- Martínez Galiano M. (2013). Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido. Martínez Galiano, J. M. (2013). Impacto del programa de educación maternal sobre la madre y el recién nacido. Disponible en <http://digibug.ugr.es/handle/10481/23499#.VCjQMmd5Pig>

28) Martí V, López, M. M. R., Rabasa, Y. F., Cuesta G, Garrido, T. A., & Arniella, Y. (2012). Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. *Medisur*, 10(1), 17-21. Disponible en PDF: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1601>

29) Munares García, Oscar. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. *Revista peruana de epidemiología* [en línea] 2013. Disponible

en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203129458007>

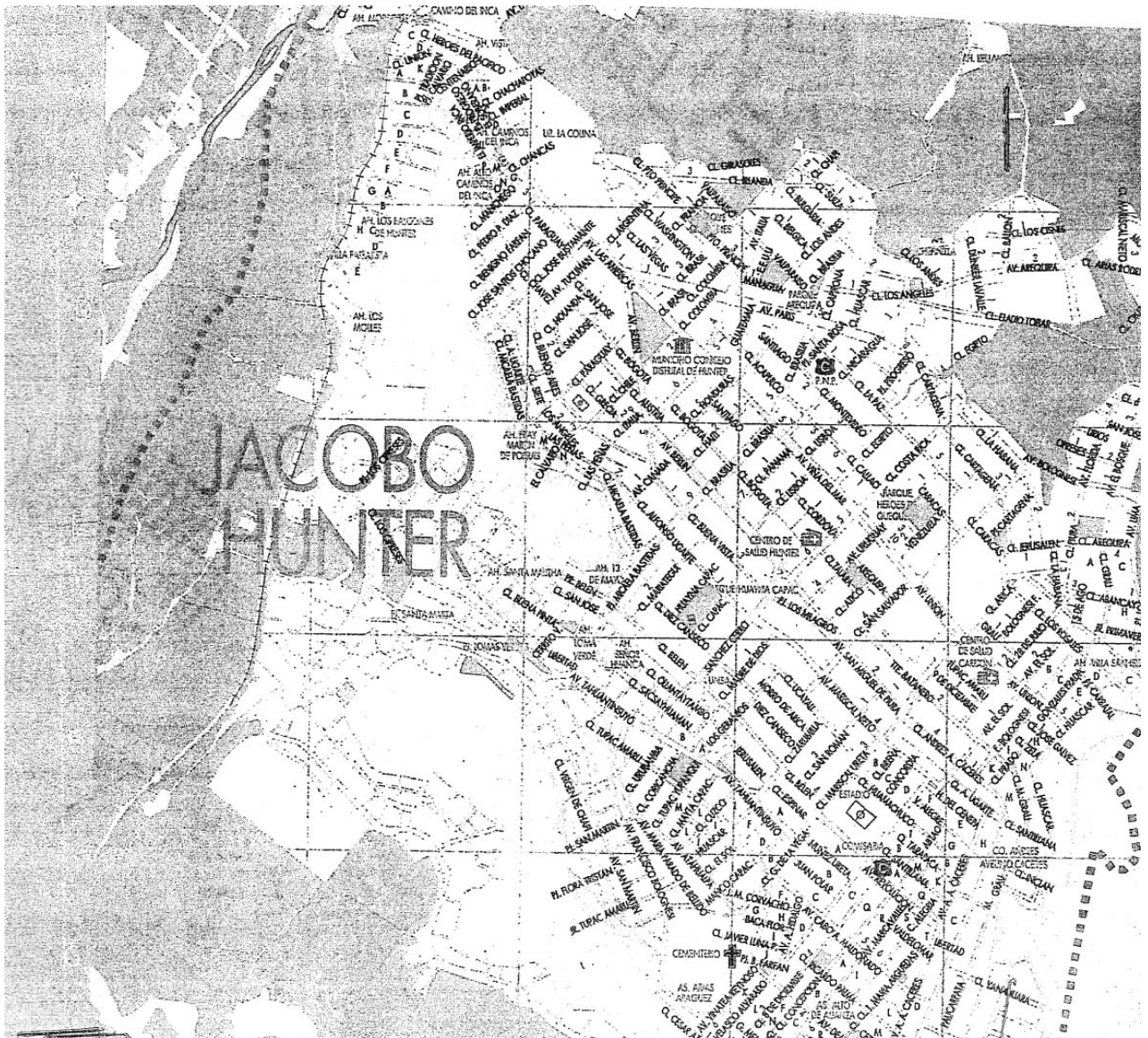
30.- De María Cáceres-Manrique, F., & Molina-Marín, G. (2010). Inequidades Sociales en Atención Materna Social inequity in maternal care. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 61(3), 231-238. Disponible en http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol61No3_Julio_Sep_tiembre_2010/v61n3a07.pdf

31) S. C., & de Obstetricia, S. C. La historia de la psicoprofilaxis obstétrica en Colombia. Disponible en PDF: <http://www.intramed.net/sitios/mexico/dolor/DOLOR7VOLIII3.pdf>

32) INEI Censo Poblacional 2012



1.-UBICACIÓN GEOGRÁFICA



2.-MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

2.0	2.0	3.0	3.0	3.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	.	1.0	.	1.0
2.0	3.0	3.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	.	.	.	5.0
2.0	1.0	3.0	3.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	.	.	.
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
3.0	2.0	1.0	3.0	4.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	.	.	.
3.0	2.0	3.0	3.0	4.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	.	1.0	.	4.0
2.0	1.0	3.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	.	.	.
3.0	1.0	3.0	3.0	4.0	2.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	.	.	.
3.0	3.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	3.0
3.0	3.0	3.0	2.0	4.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	1.0
2.0	1.0	1.0	3.0	5.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
3.0	1.0	2.0	3.0	3.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	5.0
2.0	1.0	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
2.0	3.0	3.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	3.0
1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
3.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	2.0
3.0	3.0	2.0	3.0	3.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
3.0	2.0	3.0	2.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
2.0	1.0	1.0	3.0	4.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	5.0
3.0	3.0	3.0	2.0	2.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	1.0
2.0	1.0	3.0	3.0	5.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
2.0	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	3.0	.
2.0	3.0	2.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
2.0	1.0	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	.	.	.
2.0	1.0	3.0	3.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	5.0
2.0	2.0	3.0	3.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	3.0
3.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	.	2.0	.	2.0
2.0	1.0	3.0	2.0	4.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
2.0	1.0	3.0	2.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	3.0
3.0	3.0	3.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	4.0
2.0	1.0	3.0	3.0	1.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	.	4.0	.
2.0	2.0	3.0	2.0	1.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	2.0	1.0	4.0	.
2.0	2.0	3.0	2.0	1.0	2.0	2.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	5.0
3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	1.0	2.0	1.0	1.0	2.0	.	.	.	5.0
3.0	2.0	2.0	3.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	.	.	.	3.0
3.0	3.0	2.0	3.0	1.0	1.0	2.0	2.0	1.0	2.0	.	.	.	3.0
3.0	1.0	2.0	3.0	1.0	2.0	1.0	1.0	1.0	2.0	.	.	.	3.0

2.0 2.0 3.0 2.0 1.0 1.0 1.0 2.0 1.0 2.0 . . . 5.0
2.0 2.0 3.0 3.0 1.0 1.0 1.0 1.0 2.0 2.0 . 2.0 . 2.0
3.0 1.0 1.0 3.0 4.0 1.0 1.0 2.0 1.0 2.0 . . . 4.0
2.0 2.0 3.0 1.0 2.0 1.0 1.0 1.0 1.0 1.0 2.0 . 4.0 .
2.0 2.0 3.0 2.0 1.0 1.0 2.0 1.0 2.0 2.0 . 2.0 . 2.0
2.0 2.0 3.0 3.0 1.0 1.0 1.0 2.0 1.0 2.0 . . . 4.0
2.0 2.0 3.0 2.0 1.0 2.0 1.0 2.0 2.0 2.0 . 2.0 . 2.0
2.0 2.0 3.0 2.0 1.0 2.0 1.0 2.0 1.0 2.0 . . . 3.0
3.0 2.0 3.0 3.0 1.0 2.0 1.0 2.0 1.0 2.0 . . . 3.0
2.0 1.0 2.0 3.0 5.0 1.0 1.0 2.0 1.0 1.0 2.0 . 4.0 .
3.0 1.0 3.0 3.0 2.0 2.0 1.0 1.0 2.0 2.0 . 2.0 . 2.0
2.0 2.0 3.0 2.0 1.0 1.0 1.0 1.0 1.0 1.0 2.0 . 4.0 .



4.-RELACIÓN DE GESTANTES NO UBICADAS

1.-	CAYO ZAPANA Ruth Marilú	Montevideo 212 Sebastián Ugarte	Dirección falsa
2.-	FARFAN CAYO LEYDI	101	Dirección falsa
3.-	SUAREZ PINEDA Grey Mariana	La Habana 139	No vive ahí
4.-	YUCRA GONZALES Carmen Rosa	La Habana 125	Dirección falsa
5.-	SUPO SOTO Mary Raquel	Girasoles 209	No existe N°
6.-	CARBAJAL ALEGRIA Angélica	Av. La Paz 310	Viajó a Chile
7.-	TURPO TOLEDO Alexandra	Italia 904 Sebastián Ugarte	No vive ahí
8.-	CHICATA CARPIO Bárbara	115	No vive nadie
9.-	COAQUIRA CALLA BERENIZ	Mcal Nieto 316	Vive en DAC
10.-	PACCO QUISPE Margot Miriam	Berlin 602	No vive ahí
11.-	GUILLEN Jessica Yaneth	Mcal Nieto 300	Vive en Tambo
12.-	MEZAAPAZA Helga	Venezuela 119	Vive en Majes
13.-	VALENCIA VILCA Lidia	Ucayali 103	Viajó a Tacna
14.-	PASTOR RODRIGUEZ Sandra	Córdova 104 Néstor Bataneros	No vive ahí
15.-	ACUÑA CASTILLO Mayvis	216	No vive ahí
16.-	DEL CARPIO CARCAMO Candy	Upis Fray Martín	No vive ahí
17.-	GONZALES MAMANI Ingrid	Las Peñas 303	Tiene Essalud

5.-CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA INVESTIGACIÓN.

Investigadora responsable:

Obsta. Noemí CalaguaPumarrume

Título del Proyecto:

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ACEPTACIÓN Y CONTINUIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD JAVIER LLOSA GARCÍA. MINSA 2014

Se me ha solicitado participar en una investigación que tiene como propósito.

Conocer qué factores pueden determinar la participación de las gestantes en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud Javier Llosa García a fin de mejorar la oferta de este servicio

Al participar en este estudio, tengo total conocimiento de los objetivos de éste y estoy de acuerdo en que la información recolectada se utilice sólo con fines académicos.

Estoy en conocimiento de:

1. En mi participación, se asegura la privacidad y confidencialidad.
2. Preguntas más específicas respecto a mi participación serán respondidas por la investigadora responsable del proyecto.
3. Yo podré retractarme de participar en este estudio en cualquier momento sin dar razones.
4. Los resultados de este estudio pueden ser publicados, con propósitos académicos, pero mi nombre o identidad no será revelada.
5. Este consentimiento está dado voluntariamente sin que haya sido forzada u obligada.

.....

INVESTIGADOR RESPONSABLE

.....

USUARIA PARTICIPANTE

6.- CÉDULA DE ENTREVISTA

CÉDULA DE ENTREVISTA

1.- Edad: 12-17 _____ 30-35 _____
 18-23 _____ 36-41 _____
 24-29 _____ 42 + _____

2.-Paridad (considerando actual embarazo)
 1 ___ 2 ___ 3 ___ 4+ _____

3.-Estado Civil:
 Soltera sin pareja estable. _____ Divorciada o separada _____
 Soltera con pareja estable. _____ Viuda _____
 casada _____ Otro _____
 Conviviente _____

4.-Grado de Instrucción:
 Analfabeta _____ Sup. No _____
 univ.comp _____ Sup. No _____
 Primaria Completa _____ Sup. Univ. comp. _____
 univ.incomp. _____
 Primaria Incompleta _____
 _____ Sup. Univ. comp. _____
 Secundaria completa _____

 Secundaria incompleta _____

5.-Ocupación
 Ama de casa _____ Profesional _____
 Empleada de hogar _____ Empleo estable _____
 Comercio informal _____ Empleo provisional _____
 Comercio formal _____ Otro _____

6.- ¿Su pareja y/o algún familiar participa activamente con Ud. en todas las actividades y/o eventos relacionados a su embarazo?
 Siempre _____ Algunas veces _____
 Nunca _____

7.- ¿Sabía Ud. de la existencia del programa de Psicoprofilaxis obstétrica?
 Si _____ No _____ Algo _____

8.-El embarazo actual fue:
 Planificado Si _____ No _____
 Aceptado Si _____ No _____

9.- ¿Aceptaría Ud. participar del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica que ofrece el C.S. J. Llosa G?
 Si _____ No _____ No sabe _____
 Porque?

PARA SER LLENADO DESPUÉS DEL PARTO

10.- Inició Ud. el Programa de PPO?

Si _____ No _____ ¿Por qué?

11.-¿ Culminó el PPO?

Si _____ No _____

¿Porqué? _____

Gracias por su colaboración

