

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



**INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PRENATAL EN
EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO EMBRIONARIO,
FETAL Y LAS TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN EN GESTANTES.
HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD, JULIO-AGOSTO, AREQUIPA
2016**

Tesis presentada por:

Bachiller: Yuridia Pamela Paliza Ascencios

Bachiller: Claudia Penélope Zea Mondino

**Para obtener el título profesional de
Licenciada en Obstetricia.**

AREQUIPA – PERÚ

2016

Dedicatoria:

Esta Tesis va dedicada a Dios, a mis Padres, esposo y hermanos por su amor, consejos, comprensión y ayuda en los momentos difíciles.

Ellos me enseñaron a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A los docentes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura, especialmente a la Magister Verónica Oviedo quienes nos brindaron su apoyo y conocimientos.

Y a los niños por nacer del Continente Africano, continente con mortalidad infantil alta

Yuridia P. Paliza Ascencios.

Esta tesis está dedicado a Dios, mi eterno Padre, quien me guarda y me hace vivir día a día con entusiasmo.

A mis padres por el apoyo brindado, por sus enseñanzas.

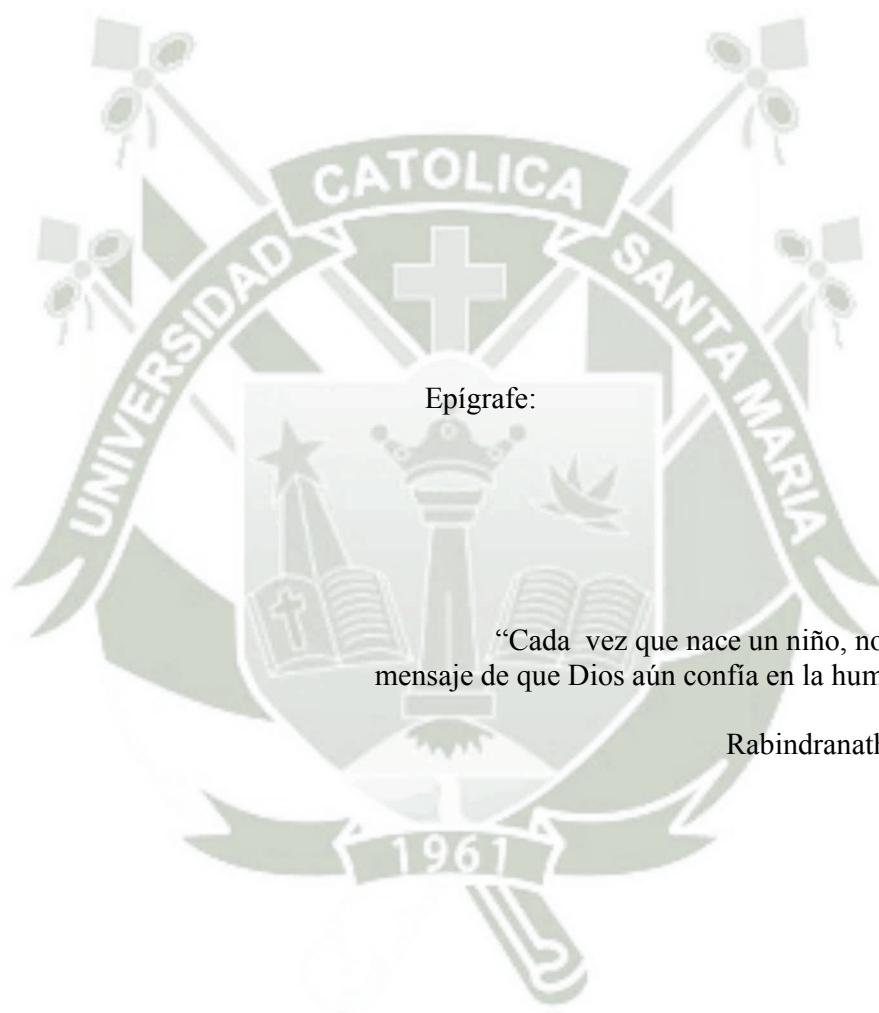
A mis hijas Alejandra y Adriana las que me impulsan a ser mejor.

A las personas que encuestamos gracias por su apoyo y tiempo.

A nuestra Asesora Magister Verónica Oviedo por su apoyo.

Y por último a todos los luchadores, a los que no se conforman y quieren ser mejores personas y profesionales cada día

Claudia P. Zea Mondino.



Epígrafe:

“Cada vez que nace un niño, nos trae el
mensaje de que Dios aún confía en la humanidad”

Rabindranath Tagore

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	5
ABSTRACT	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO	9
1. Problema de la investigación	10
2. Objetivos	15
3. Marco teórico	16
4. Antecedentes investigativos	44
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	52
1. Técnicas, instrumentos y materiales	53
2. Campos de verificación	55
3. Estrategia de recolección de datos	57
4. Estrategia para manejar resultados	59
CAPÍTULO III: RESULTADOS	60
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	74
RECOMENDACIONES	75
BIBLIOGRAFÍA	76
ANEXOS	79

RESUMEN

Objetivo: Establecer la influencia del Programa de Estimulación Prenatal en el nivel de conocimiento del desarrollo embrionario, fetal y técnicas de estimulación en gestantes. Hospital III Yanahuara ESSALUD, Julio – Agosto, Arequipa 2016.

Material y métodos: El estudio fue longitudinal, prospectivo, comparativo contó con la participación de 68 gestantes distribuidas en dos grupos; gestantes preparadas y no preparadas quienes cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Se empleó un cuestionario, al aplicar el Alfa de Cronbach la confiabilidad del instrumento fue de 0,750.

Resultados: El nivel de conocimiento al inicio del proceso investigativo en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD no presentó diferencia significativa entre el grupo de gestantes preparadas y no preparadas siendo que el 91.2% tuvo un nivel de conocimiento regular, 7.4% nivel de conocimiento deficiente y el 1.4% nivel de conocimiento adecuado. Al finalizar el Programa de Estimulación Prenatal; el nivel de conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas de Estimulación Prenatal en el grupo de gestantes mostró un incremento en el nivel de conocimiento siendo adecuado en un 100%. En el grupo de gestantes no preparadas solo un 50% tuvo nivel de conocimiento adecuado.

Conclusión: La preparación en Estimulación Prenatal influyó en el incremento del nivel de conocimiento respecto al desarrollo embriológico, fetal y las técnicas encontrando significancia estadística ($P < 0.05$).

PALABRAS CLAVES: Estimulación Prenatal, conocimiento, desarrollo embriológico, fetal, técnicas.

ABSTRACT

Objective: To establish the influence of Prenatal Stimulation Program on level of knowledge of embryonic, fetal and technical development in pregnant women treated at the Hospital ESSALUD III Yanahuara, July-August, 2016 Arequipa.

Methods: The study was longitudinal, prospective, comparative with the participation of 68 pregnant women divided into two groups; pregnant prepared and unprepared who met the inclusion and exclusion criteria. a questionnaire, in applying Cronbach's alpha reliability of the instrument was 0,750 was used.

Results: The level of knowledge at the start of the investigative process in Yanahuara Hospital ESSALUD III showed no significant difference between the group of pregnant prepared and unprepared finding that:

Pregnant at the beginning of the sessions of Prenatal Stimulation Program their level of knowledge was: 70.6% of them regular knowledge in embryonic development; 73.5% Regular knowledge on fetal development; also 70.6% Regular hearing technical knowledge; 73.5% Regular touch technical knowledge; 55.9% Regular visual technical knowledge and 44.1% with poor knowledge in motor technique.

Pregnant women who did not participate in the program had to start the next level of knowledge: 38% Regular knowledge in embryonic development; 47.1% regular in fetal development; 55.9% regular in hearing technology; 44.1% regularly in touch technique; 50% deficient in visual art and 50% regular motor technique.

100.0% of pregnant women at the end of Prenatal Stimulation Program presented good level of knowledge about embryonic development; fetal; auditory, tactile, visual and 97.1% Technical regulate motor technical knowledge.

Pregnant unprepared at the end of the investigative process had a 58.8% level of good knowledge about embryonic development; 67.6%, good knowledge about fetal development; Regular hearing technical knowledge in 94.1% and 52.9%

good knowledge in touch technique. While 11.8% of pregnant women are unprepared poor knowledge of motor technique.

Conclusion: Prenatal Stimulation preparation influenced the increased level of knowledge regarding the embryological, fetal development and technical finding statistical significance ($P < 0.05$).

KEY WORDS: prenatal stimulation, knowledge, embryological development, fetal, techniques.



INTRODUCCIÓN

La Estimulación Prenatal, es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño por nacer en su desarrollo físico, mental y social, buscando el aprendizaje y una comunicación afectuosa entre el binomio padres – niño por nacer para ello es necesario aplicar diferentes técnicas de estimulación durante el embarazo, considerando el desarrollo embriológico-fetal.

Estudios de investigación concluyen que la información impartida en los Programas de Estimulación Prenatal mejoran notablemente en las gestantes el conocimiento del desarrollo embriológico, fetal y las técnicas de estimulación y la estimulación del feto en útero tienen efecto significativo en el APGAR, dicho test evalúa cinco aspectos fisioanatómicos como son: tono muscular, esfuerzo respiratorio, frecuencia cardíaca, reflejos y color de la piel. Además se evidenció la reacción del recién nacido ante la palabra de la madre, del padre y la música utilizada. (10,11, 12, 13)

Durante las prácticas realizadas en pregrado en centros de salud observamos que las gestantes acudían a las sesiones de Estimulación Prenatal, pero no estaban familiarizadas con el desarrollo embrionario, fetal y la aplicación de las técnicas al finalizar la sexta sesión.

Por lo tanto, investigamos la Influencia del Programa de Estimulación Prenatal en el nivel de conocimiento del desarrollo embrionario, fetal y las técnicas de estimulación en gestantes atendidas que acuden al Hospital III Yanahuara de ESSALUD – AREQUIPA.



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1. ENUNCIADO

Influencia del Programa de Estimulación Prenatal en el nivel de conocimiento del desarrollo embrionario, fetal y las técnicas de estimulación en gestantes. HOSPITAL III YANAHUARA. ESSALUD, JULIO-AGOSTO, AREQUIPA 2016

1.2. DESCRIPCIÓN

a. Área de conocimiento

Área General : Ciencias de la Salud.

Área Específica : Obstetricia

Especialidad : Promoción de la Salud Materna

Línea de Investigación : Estimulación prenatal

b. Análisis u operacionalización de las variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	
Variable Independiente: 1.Programa en Estimulación Prenatal	1.1 Gestante preparada	1.1.1 Gestante con 4 sesiones.	
	1.2 Gestante no preparada	1.2.1 Gestante sin sesiones.	
Variable Dependiente: 2.Nivel de conocimiento:	2.1 Conocimiento del desarrollo embrionario	- Concepto Estructuras que se forman - Tamaño del embrión - Actividad refleja	
	2.2 Conocimiento del desarrollo fetal	- Concepto Estructuras que se forman - Tamaño del feto - Actividad refleja	
	2.3 Conocimiento de las técnicas:	2.3.1. Técnicas auditivas	- Inicio - Tiempo de exposición - Frecuencia semanal - Medios de estimulación
		2.3.2. Técnicas táctiles	- Inicio - Tiempo de exposición - Frecuencia semanal - Medios de estimulación
		2.3.2. Técnicas visuales	- Inicio - Tiempo de exposición - Frecuencia semanal - Medios de estimulación
		2.3.2. Técnicas motoras	- Inicio - Tiempo de exposición - Frecuencia semanal - Medios de estimulación

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADOR
Variable interviniente	Edad	18-24 25-32 33-39
	Estado civil	Soltera Conviviente Casada Viuda Divorciada
	Grado de instrucción	Analfabeta Primaria Secundaria Superior no universitaria Superior universitaria
	Ocupación	Hogar Obrera Empleada Otro



c. Interrogantes básicas

c.1 ¿Cuál es el nivel de conocimiento en el desarrollo embrionario, fetal y técnicas en Estimulación Prenatal en gestantes preparadas y gestantes no preparadas al inicio del proceso investigativo del Programa de Estimulación Prenatal en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD, Julio-Agosto, Arequipa 2016?

c.2 ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fetal y las técnicas en Estimulación Prenatal en las gestantes preparadas y gestantes no preparadas al final del proceso investigativo del Programa de Estimulación Prenatal en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD, Julio-Agosto, Arequipa 2016?

c.3 ¿Existe diferencia en el nivel de conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fetal y las técnicas en Estimulación Prenatal en las gestantes preparadas y gestantes no preparadas antes y después del proceso investigativo en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD, Julio- Agosto, Arequipa 2016?

d. Tipo de investigación

Longitudinal, prospectivo, comparativo.

e. Nivel de investigación

Explicativo.

1.3. JUSTIFICACIÓN

Originalidad: No se han desarrollado investigaciones que aborden el nivel de conocimiento sobre el desarrollo embrionario y fetal en el ámbito local.

Relevancia contemporánea: En los últimos años se viene prestando atención a los beneficios que reporta la Estimulación Prenatal siendo importante la participación activa de las gestantes en la ejecución de las técnicas de estimulación.

Relevancia social: Por los beneficios que brinda la Estimulación Prenatal, ya que optimiza el desarrollo del niño por nacer al mejorar sus potenciales psico-intelectuales, consiguiendo un equilibrio adecuado que permita un desarrollo integrado de su personalidad.

Contribución Académica: La Estimulación Prenatal constituye una de las líneas de investigación en el área de pregrado de la Facultad de Obstetricia y Puericultura.

Factibilidad: La ejecución de la investigación está garantizada por la disponibilidad de gestantes, tiempo, recursos, presupuesto y sobre todo el interés personal de realizar el estudio.

Motivación personal: Como futuras obstetras nos motiva la investigación sobre la influencia de los programas que fomentan la promoción de la Salud Materna.

2. OBJETIVOS

- Identificar el nivel de conocimiento del desarrollo embrionario, fetal y técnicas en Estimulación Prenatal en gestantes preparadas y no preparadas al inicio del proceso investigativo del Programa de Estimulación Prenatal en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD, Julio – Agosto, Arequipa 2016.
- Conocer el nivel de conocimiento del desarrollo embrionario, fetal y técnicas en Estimulación Prenatal en gestantes preparadas y no preparadas al final del proceso investigativo del Programa de Estimulación Prenatal en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD, Julio- Agosto, Arequipa 2016.
- Establecer la diferencia en el nivel de conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas en Estimulación Prenatal en gestantes preparadas y no preparadas antes y después del proceso investigativo en gestantes del Hospital III Yanahuara de ESSALUD, Julio – Agosto, Arequipa 2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1 CONOCIMIENTO

3.1.1.1 DEFINICIÓN

Existen diferentes definiciones sobre el conocimiento a continuación mencionaremos algunas de ellas:

La Real Academia Española, “conocer es averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales, de la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. (14)

Según Platón, el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori)”. (15)

3.1.1.2 TIPOS DE CONOCIMIENTO

Asimismo tenemos tipos de conocimientos; citaremos los mencionados por John Locke también llamados niveles:

Intuitivo: Este tipo de conocimiento es el más seguro y claro que la mente alcanza. El conocimiento intuitivo surge cuando se percibe inmediatamente el acuerdo o desacuerdo de las ideas sin que se dé algún proceso de mediación. Un ejemplo de esto es el conocimiento de la existencia propia, la cual no precisa ningún tipo de demostración o prueba.

Demostrativo: Este conocimiento se da cuando se establece el acuerdo o desacuerdo entre dos ideas acudiendo a otras que actúan de mediadoras a lo largo de un proceso discursivo. De este modo, este conocimiento es una seguidilla de intuiciones que permitirían demostrar el acuerdo o desacuerdo entre las ideas. Un ejemplo de este conocimiento, sería para el autor inglés el de la existencia de

Dios, el cual se logra demostrar, como todo conocimiento por medio de ciertas certezas intuitivas. Se llega a la demostración de la existencia de Dios por medio de la demostración intuitiva de la existencia humana, la cual demuestra la necesidad de dicha existencia.

Sensible: “este tipo de conocimiento es el que se tiene sobre las existencias individuales, que están más allá de nuestras ideas, permite conocer las cosas sensibles”. (2)

Según el modo de conocer:

Conocimiento vulgar: “Es el modo corriente, común y espontáneo de conocer, se adquiere a partir del contacto directo con las personas y las cosas, en la vida cotidiana. Este tipo de conocimiento se posee sin haberlo estudiado o buscado, sin haber reflexionado ni aplicado ningún método. Se caracteriza por ser sensitivo, subjetivo, y no sistemático”. (8)

Conocimiento científico: “Este tipo de conocimiento se adquiere a partir de procedimientos metódicos, usando la reflexión, los razonamientos lógicos y responden a una búsqueda intencionada, que delimita los objetos y los medios de indagación”. (8)

3.1.1.3 EVALUACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Para De Zubiría, “Es establecer una aproximación conceptual, en tal sentido, el evaluar es formular juicios de valor acerca de un fenómeno conocido, el cual vamos a comparar en base a criterios establecidos de acuerdo a fines trazados; es decir, es valorar en base a parámetros de referencia o información para la toma de decisiones”.(4)

3.1.2 DESARROLLO EMBRIONARIO Y FETAL

La concepción comienza el día en que el espermatozoide penetra en el óvulo de la mujer y lo fertiliza. En un día el óvulo comienza a desarrollarse rápidamente. En unos pocos días un grupo de entre 13 y 32 células abandonan la trompa de Falopio y entran en el útero. Este grupo de células ahora se llama blastocisto y ha aumentado su tamaño a cientos de células, para el octavo día después de la concepción el blastocisto ha comenzado a adherirse a la pared del útero, donde crecerá rápidamente.

El término embrión se refiere a un ser humano en desarrollo desde el momento de la implantación hasta la octava semana del embarazo. Después de la octava semana, el no nacido se denomina feto. Las edades de los embriones y de los fetos se calculan desde el día estimado de la concepción y desde el primer día de la última menstruación normal. La longitud de los fetos se mide desde la parte superior de la cabeza hasta las nalgas.

Una mujer embarazada puede notar la falta de la menstruación al final de la segunda semana de la concepción o unas cuatro semanas después del primer día de su menstruación normal.

3.1.2.1 DESARROLLO EMBRIONARIO Y FETAL POR SEMANAS

- **Dos Semanas (Cuatro semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - Después de la implantación el blastocisto se llama embrión.
 - El embrión mide aproximadamente 0.25mm de largo en este momento.
 - El embrión sigue creciendo.

- **Cuatro Semanas (Seis semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El embrión mide aproximadamente de 4 a 6.4mm de largo y ha desarrollado la cabeza y el tronco.
 - Las estructuras que serán los brazos y las piernas llamadas yemas de las extremidades, comienzan a mostrarse.
 - Se forma un vaso sanguíneo que después se convertirá en el corazón y en el sistema circulatorio. Se comienza a bombardear sangre y esto es visible en el ultrasonido.
 - Aproximadamente al mismo tiempo, se forma un borde de tejido a lo largo de la longitud del embrión. Este tejido después dará lugar al cerebro y a la médula espinal.

- **Seis Semanas (Ocho semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El embrión mide aproximadamente 13 a 19 mm.
 - El corazón ahora tiene cuatro cámaras.
 - Se empieza a formar lo dedos de las manos y de los pies.
 - Comienza la actividad refleja con el desarrollo del cerebro y el sistema nervioso.
 - Las células comienzan a formar los ojos, oídos, mandíbulas, los pulmones, estómago, los intestinos y el hígado.

- **Ocho Semanas (Diez semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto, hasta ahora llamado embrión mide aproximadamente 3 a 3.8cm de largo, siendo la cabeza aproximadamente la mitad de esta longitud y pesa menos de 14 gr.
 - Está presente el inicio de todas las principales partes del cuerpo aunque no están ubicadas completamente en su posición final.
 - Se puede identificar las estructuras que formaran los ojos, las orejas, los brazos y las piernas.
 - Los músculos y el esqueleto se están desarrollando y el sistema nervioso responde mejor.

- **Diez Semanas (Doce semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide aproximadamente 3cm desde la cabeza hasta las nalgas, con un peso de alrededor 43gr.
 - Se distinguen los dedos de las manos y los pies y tienen uñas.
 - Se puede detectar el latido del corazón con un sistema Doppler o un monitor para corazón.
 - Han aparecido todas las características corporales exteriores principales.
 - Los músculos siguen desarrollándose.

- **Doce Semanas (Catorce semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 8 cm desde la cabeza hasta las nalgas pesa unos 57gr.
 - El feto comienza a tragar, los riñones producen orina y la sangre comienza a formarse en la médula espinal.
 - Las articulaciones y los músculos permiten el movimiento completo del cuerpo.
 - Hay párpados y la nariz comienza a desarrollar el puente.

- **Catorce Semanas (Dieciséis semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 12 a 12.7cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa 113gr.
 - La cabeza está erecta y los brazos y piernas se ha desarrollado.
 - La piel aparece transparente.
 - Ha comenzado a crecer una capa de cabello en la cabeza.
 - Los movimientos de las extremidades se hacen más coordinados.

- **Dieciséis Semanas (Dieciocho semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 13 a 14 cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unos 170 a 210gr.
 - La piel es rosada y transparente y las orejas son claramente visibles.
 - Se pueden reconocer todas las características corporales y faciales.
 - Ahora el feto puede parpadear, agarrar y mover la boca.
 - Comienza a crecer el cabello y las uñas.
 - El feto ha comenzado a dar patadas aunque es posible que la mujer no sienta aún movimientos.

- **Dieciocho Semanas (Veinte semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 16 cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unos 283 a 340 gr.
 - Se han formado todos los órganos y estructuras y comienza un periodo de simple crecimiento.
 - La piel está cubierta de un material grasiento que la protege.
 - Se producen movimientos respiratorios pero los pulmones no se han desarrollado lo suficiente como para permitir la supervivencia fuera del útero.
 - Para este momento la mujer puede sentir que el feto se mueve.
 - Si se realiza un ultrasonido en este momento, es posible saber el sexo.

- **Veinte Semanas (Veintidós semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 19 cm desde la cabeza hasta las nalgas, tiene huellas digitales y tal vez algo de cabello y vello corporal. Pesa aproximadamente 454gr.
 - El feto puede que se chupe el pulgar y es más activo.
 - Crecimiento del cerebro extremadamente rápido.
 - Se puede escuchar el latido del corazón con un estetoscopio.
 - Los riñones están comenzando a funcionar.
 - Hay pocas posibilidades de que un bebé pudiera sobrevivir fuera del cuerpo de la madre.

- **Veintidós Semanas (Veinticuatro semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 21 a 21.5 cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa aproximadamente 567gr.
 - Se endurecen los huesos de los oídos haciendo posible la conducción de sonido. El feto oye los sonidos de la madre, como por ejemplo, la respiración, el latido del corazón y su voz.
 - Se comienza a formar las primeras capas de grasa.
 - Éste es el principio de un aumento sustancial del peso fetal.
 - Se están produciendo cambios en el desarrollo de los pulmones, de tal modo que algunos bebés pueden sobrevivir.
 - Los bebés que sobreviven pueden tener discapacidades y necesitan terapia intensiva a largo plazo.

- **Veinticuatro Semanas (Veintiséis semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 23 cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unos 907 gr.
 - El feto puede responder al sonido proveniente de dentro o fuera del útero.
 - Mejoran los movimientos reflejos y los movimientos corporales son más fuertes.
 - Los pulmones siguen desarrollándose.

- Ahora el feto se despierta y duerme.
- La piel se ha vuelto roja y arrugada y está cubierta de un vello fino.
- Aproximadamente 8 de cada 10 bebés que nacen en este momento pueden sobrevivir con servicios de terapia intensiva.

- **Veintiséis Semanas (Veintiocho semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 25 cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa 1Kg.
 - La boca y los labios muestran más sensibilidad.
 - Los ojos están parcialmente abiertos y pueden percibir la luz.
 - Los patrones de las ondas del cerebro se parecen más a las de los bebés nacidos al final del embarazo.

- **Veintiocho Semanas (Treinta semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 27 cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa casi 1.3 Kg.
 - El feto tiene pulmones que son capaces de respirar aire, aunque puede ser necesaria una ayuda médica.
 - El feto puede abrir y cerrar los ojos, chuparse el pulgar, llorar y responder al estímulo del sonido.
 - El cerebro(o el Sistema Nervioso Central) controla ahora la respiración rítmica y la temperatura corporal.
 - Casi todos los bebés que nacen este momento sobreviven con ayuda de terapia intensiva

- **Treinta Semanas (Treinta y dos semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide aproximadamente 28cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa más de 1.3 Kg.
 - La piel es más gruesa y rosada.
 - Se produce un aumento de las conexiones entre las células nerviosas del cerebro.

- A partir de este estadio, el desarrollo del feto se centra en el crecimiento.
- Casi todos los bebés que nacen en este momento sobreviven con ayuda de terapia intensiva.

- **Treinta y dos Semanas (Treinta y cuatro semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 30 a 30.4cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unos 2 Kg.
 - Las orejas empiezan a tomar forma.
 - Los ojos están abiertos durante periodos de alerta y cerrados mientras duerme.
 - Ahora la piel es rosada y suave.
 - Casi todos los bebés que nacen en este momento sobreviven con terapia intensiva

- **Treinta y cuatro Semanas (Treinta y seis semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 32 cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa aproximadamente 2.5 Kg.
 - El cabello es sedoso y está pegado a la cabeza.
 - Se ha desarrollado la tonificación de los músculos y el feto puede girar y levantar la cabeza.
 - Casi todos los bebés que nacen en este momento sobreviven.

- **Treinta y seis Semanas (Treinta y ocho semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
 - El feto mide unos 34cm desde la cabeza hasta las nalgas y pesa unos 3 Kg.
 - Normalmente los pulmones están maduros.
 - El feto puede agarrar firmemente.
 - El feto se gira hacia las fuentes de luz.
 - Casi todos los bebés nacen y sobreviven.

- **Treinta y ocho Semanas (Cuarenta semanas después del primer día de la última menstruación normal)**
- El feto mide unos 36 cm desde la cabeza hasta las nalgas, puede medir más de 50 cm en total y puede pesar entre 3Kg a 4.5Kg.
- En el momento del nacimiento un bebé puede mostrar más de 70 comportamientos reflejos que son automáticos y no aprendidos necesariamente para sobrevivir.
- Él bebé ha llegado a término y está listo para nacer.



3.1.3 ESTIMULACIÓN PRENATAL

3.1.3.1 DEFINICIÓN

Es el conjunto de procesos y acciones que potencian y promueven el desarrollo físico, mental, sensorial y social de la persona humana desde la concepción hasta el nacimiento; mediante técnicas realizadas a través de la madre con la participación activa del padre, la familia y comunidad.(3)

Un concepto más amplio nos muestra que:

“La Estimulación Prenatal, es toda actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño por nacer en su desarrollo físico, mental y social, facilitando así la comunicación y el aprendizaje del bebé dentro del útero, buscando una comunicación afectuosa y constante entre el niño y sus padres utilizando para ello diferentes técnicas de estimulación aplicadas durante el embarazo por trimestres, considerando el desarrollo embriológico-fetal, fomentando la participación de la familia y comunidad”.(1, 17)

3.1.3.2 OBJETIVO

El objetivo de la Estimulación Prenatal “Es optimizar el desarrollo del niño por nacer para que logre la máxima superación de sus potenciales psico-intelectuales, consiguiendo un equilibrio adecuado que permita un desarrollo integrado de su personalidad”.

Es importante aclarar, que no se trata de lograr "niños genios" ni "súper bebés" que puedan ir al baño a los 6 meses o tocar piano a los 2 años, pues esto es "empujar" a que el niño haga lo que los padres quieren y no lo que al bebé le gusta y puede hacer, de acuerdo con el desarrollo neurológico alcanzado. (17)

3.1.3.3 IMPORTANCIA

- Ayudar a formar un niño que sea capaz de afrontar la vida en el futuro, con sentido común, coherencia, inteligencia y buen humor. Para ello es fundamental el rol que día a día desempeñan los padres, estableciendo un vínculo sólido y duradero en un ambiente agradable y tranquilo, donde pueda moverse y sentirse feliz.
- Ha generado espacios de encuentro entre los profesionales de la salud, las gestantes y familia, en los cuales se programan actividades educativas, inclusive de acuerdo a las necesidades priorizadas, para contribuir al mejor desarrollo del embarazo.
- Fomenta y fortalece la participación del padre y de la familia en las diferentes actividades educativas y de estimulación sensorial.
- Se articula de forma permanente con los programas de salud encargados de la atención materna perinatal.

3.1.3.4 BASES LEGALES DE LA ESTIMULACIÓN PRENATAL

- Ley General de Salud No 26842
- Ley N° 28124, Ley de Promoción de la Estimulación Prenatal y Temprana y su reglamento aprobado por DS N° 002-2006/SA.
Ley N° 26790 Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.
- Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Colegio de Obstetras del Perú y el Ministerio de Salud. 2003

3.1.3.5 DESARROLLO DEL SISTEMA NERVIOSO FETAL

El Sistema Nervioso se origina a partir del ectodermo, transformándose primero en placa neural, luego en surco llegando a tubo neural y crestas neurales. Las crestas neurales formarán los ganglios raquídeos. El tubo neural recorre todo el cuerpo del embrión; primeramente se divide en vesículas primarias y tubo neural; seguidamente las vesículas se denominarán vesículas secundarias cuando el Prosencéfalo emita dos evaginaciones, las vesículas telencefálica y diencefálica. La luz de las vesículas son cavidades que en el cerebro se denominan ventrículos, los que están ocupados por líquido céfalo raquídeo producido por los plexos coroideos. Durante la cuarta semana, el encéfalo embrionario crece con rapidez y se curva en dirección ventral; ello produce una flexión media en la región del cerebro medio (mesencéfalo) y la flexión cervical en la unión del cerebro caudal con la médula espinal. Y después del metencéfalo se ubica la curvatura pontina. La curvatura cervical delimita el cerebro caudal y la médula ósea. (7)

El Sistema Nervioso autónomo se divide en dos: Sistema Nervioso Simpático, situado en la región toracolumbar y el Sistema Nervioso Parasimpático, en la región cefálica y sacra.

La Estimulación Prenatal tiene su base en el conocimiento que se tiene sobre el desarrollo del Sistema Nervioso, particularmente el cerebro.

Está comprobado que el número de neuronas se establece alrededor de los cinco meses de vida intrauterina, desde entonces el crecimiento del cerebro se hará a expensas del aumento de tamaño del soma y de sus conexiones (Langman 1969), según Brook, la estimulación de las capacidades sensoriales del feto podrían influir en el desarrollo de estas sinapsis y esto va a permitir el surgimiento de nuevas habilidades, perceptivas, cognoscitivas y motrices.

Respecto a la ubicación anatómica y funcional del sistema nervioso:

Todas las regiones sensoriales y motoras primarias del cerebro relacionadas desde un punto de vista funcional, se encuentran conectadas por fibras de asociación y comisurales. Las áreas de asociación cortical están directamente conectadas entre sí, mientras que las áreas corticales primarias se hallan conectadas entre sí indirectamente a través de las áreas de asociación. Las áreas homólogas de ambos hemisferios se conectan a través de fibras interhemisféricas. Esta interconectividad cerebral permite una interacción constante dentro de cada hemisferio y entre ambos hemisferios, y adecuar las respuestas de forma global y dinámica.

La capacidad para analizar y sintetizar múltiples fuentes de información y generar respuestas diferentes ilustra la organización centralizada y la función del cerebro. Existe una jerarquía en la organización neuroaxial de forma que los segmentos inferiores llevan a cabo funciones específicas sometidas al control y modulación de estamentos superiores, de modo que la complejidad del procesamiento de la información aumenta progresivamente a medida que el nivel llega a ser más cefálico.

Desde la periferia pueden provocarse, con determinados estímulos, respuestas en niveles superiores que fuercen la organización o la adquisición de determinadas funciones.

La lateralidad cerebral se expresa en tres aspectos: simetría anatómica, diferencias funcionales unilaterales (como la localización del lenguaje, el habla y el procesamiento analítico en el hemisferio izquierdo, y las habilidades temporoespaciales, musicales y el repertorio emocional y humorístico, en el derecho) y control sensorio motor contralateral. Comprender la funcionalidad del cerebro en estos tres aspectos es básico para entender los procesos que tienen lugar en la reorganización del cerebro tras una lesión.

La especialización estructural y funcional es una característica destacada de la organización cortical. Los sistemas sensitivos y motores poseen células especializadas y distinguibles desde un punto de vista funcional, y ello permite una mayor velocidad de procesamiento de información y adecuación de respuestas.

Las vías neuronales y sus proyecciones se someten a una organización topográfica, de forma que cada área visual se proyecta de manera diferente sobre la corteza visual occipital a través del tálamo. Las fibras que conducen la información visual procedente de la retina retienen esta distinta información conforme progresan hacia el tronco cerebral, el tálamo y la corteza visual, existiendo una continuidad en la representación sobre la corteza visual de áreas adyacentes del campo visual que se organizan en zonas con sensibilidad a una misma orientación y en forma de molinillo.

La misma relación existe entre un área definida de la corteza auditiva organizada en franjas de isofrecuencia y las células específicas de frecuencia de la cóclea. Del mismo modo, para la información somatosensorial se distribuyen mapas topográficos o somatotópicos de las diferentes funciones en el área motora primaria. (18)

Por último, el principio de organización que fundamenta la aplicación de programas de intervención terapéutica para la recuperación funcional es la plasticidad cerebral.

Es la capacidad de reorganizar y modificar funciones, adaptándose a los cambios externos e internos. La plasticidad inherente a las células cerebrales permite la reparación de circuitos corticales, integra otras áreas corticales para realizar funciones modificadas y responde a diversas afecciones. La capacidad del cerebro de adaptarse a los cambios tiene, además, importantes implicaciones en el aprendizaje. (19)

Las distintas manifestaciones observadas en los niños afectados por lesiones o patologías del Sistema Nervioso Central dependen de la organización anatómica y funcional del cerebro. Interesa analizar el locus hemisférico que permite reconocer la distribución de las funciones en diferentes áreas corticales y especialización de los hemisferios; el lóbulo afectado, que permite situar la lesión según las manifestaciones clínicas observadas, gracias a la organización funcional de los diferentes lóbulos; la citoarquitectura del área involucrada, que nos lleva a suponer la afectación de áreas sensoriales (capa granulosa), motoras (área motora primaria) o asociativas; los circuitos cortos y largos a los que pertenece en cada lóbulo y que modulan la sintomatología presente en cada caso, y por último, la edad de aparición del trastorno.

Las diferentes regiones cerebrales están genéticamente determinadas para dedicarse a funciones específicas, pero en concreto, en la corteza cerebral, esto es modulable a través de la experiencia y el aprendizaje diarios y puede modificarse en los niños.

Dado que la plasticidad es mayor en los primeros años de vida y disminuye gradualmente con la edad, el aprendizaje y la recuperación se verán potenciados si se proporcionan experiencias o estímulos precoces al individuo, lo cual nos introduce en el concepto de período crítico para la plasticidad cerebral, que se analizará más adelante. Se considera edad temprana los primeros cuatro años de vida, de forma que se acotan los límites de eficacia de intervención de los programas de atención temprana, aunque hoy sabemos que no son límites absolutos porque ya hemos comentado que son reconocibles también en menor medida en el cerebro adulto.

Sin embargo, especialmente en los niños, las estructuras nerviosas en los primeros años de vida se encuentran en un proceso madurativo en el que continuamente se establecen nuevas conexiones sinápticas y tiene lugar la mielinización creciente de sus estructuras, de modo que en respuesta a los estímulos procedentes de la experiencia, y mediante procesos bioquímicos internos, va conformándose el

cerebro del niño. Durante este tiempo, y por dicho periodo crítico, los circuitos de la corteza cerebral poseen gran capacidad de plasticidad y la ausencia de un adecuado aporte de estímulos y experiencias tiene importantes consecuencias funcionales futuras.

Ejemplos prácticos de este período ventana para la plasticidad cerebral nos lo dan la ambliopía, el aprendizaje de una segunda lengua y la adquisición más rápida de Braille en los niños ciegos congénitos o afectados por su ceguera en etapas tempranas.

Retomando la edad de aparición del trastorno o de la lesión, sabemos que los niños más pequeños tienen mayores posibilidades de suplir funciones por plasticidad neuronal que los niños más mayores. Esto es particularmente cierto para el lenguaje y los procesos sensoriales elementales.

La capacidad de la plasticidad neuronal dependerá de la maduración previa de la zona funcional dañada y del estado de los sustratos alternativos que van a asumir dicha función. Dado que los trastornos funcionales van a depender del estadio que se haya alcanzado en el momento en que se produzca la lesión, la cronología de la lesión es fundamental a la hora de analizar las secuelas motoras, neurolingüísticas, conductuales y neuropsicológicas en general. (20)

Los cambios neuroanatómicos, neuroquímicos y funcionales que acontecen durante la reorganización por plasticidad, en algunos casos facilitarán la recuperación-adquisición de funciones afectadas (plasticidad fisiológica o adaptativa) y en otras ocasiones como consecuencia de esta reorganización, en pro de algunas funciones, se dificultará el desarrollo de otras (plasticidad patológica o mal adaptativa). La capacidad plástica del cerebro es mayor en ambos sentidos en edades precoces. Dicha situación resulta favorable por tanto en estas edades, pero con la posibilidad de que se generen circuitos anómalos con implicaciones clínicas futuras. (18)

Los procesos mediante los cuales el cerebro del niño e incluso el cerebro adulto es capaz de repararse y reorganizarse han sido motivo de investigación en los últimos años y a pesar de que queda mucho por comprender, vamos aproximándonos cada vez más a los mecanismos intrínsecos que rigen el funcionamiento cerebral.

A través del conocimiento de los mecanismos que median la plasticidad neuronal y los que la limitan dependiendo de la edad, podremos intervenir facilitando la plasticidad cortical con fines terapéuticos.

Analizar desde esta perspectiva, con posibilidades reparadoras y adaptativas, la patología compleja del neuro desarrollo, intentando localizar en qué momento tiene lugar un determinante o desencadenante de estas enfermedades, no es tan sencillo como reconocer el inicio de una epilepsia, el momento de un infarto isquémico, una hipoxia perinatal o un traumatismo craneoencefálico.

En el desarrollo, un número de cambios ocurren al mismo tiempo y es imposible predecir la función de una sola estructura en un determinado comportamiento. La maduración cerebral es un proceso caracterizado por innumerables y progresivas transformaciones que van desde la concepción y gestación, hasta completarse posteriormente. Si el cerebro del niño normal se expresa en cada edad en relación con el grado de maduración alcanzado, con unos patrones de conducta dados, ante cualquier trastorno funcional o estructural va a expresarse de forma diferente. Esta consideración se extiende a toda la patología del neuro desarrollo.

En el neuro desarrollo se asiste a dos fases, cuyo potencial inicial está condicionado por factores genéticos. En una primera fase, el comportamiento expresado no depende de la experiencia externa. Sin embargo posteriormente se inician situaciones específicas dependientes de la edad, en las cuales los estímulos aferentes juegan un papel primordial.

Desde este punto de vista, los niños con daño neurológico prenatal o perinatal, los niños afectados por Parálisis Cerebral Infantil (PCI) o los niños con trastornos del

desarrollo en general van a expresar conductas estereotipadas, producto de un limitado repertorio de trabajo dependiente de neuronas subcorticales, muy primarias. Estos niños también tendrán problemas de procesamiento de la información sensorial, que llevan a problemas para seleccionar la actividad neuronal eficiente. (18)

La intervención precoz en estos niños podría aumentar la capacidad de trabajo de las neuronas primarias subcorticales, y conforme la edad aumenta, ante las limitaciones de la plasticidad cerebral para recuperar la función o habilidad, la intervención va más dirigida a adquirir capacidades compensatorias.



3.1.3.6 TÉCNICAS EN ESTIMULACIÓN PRENATAL

La técnica es un conjunto de saberes prácticos o procedimientos para obtener el resultado deseado.

En Estimulación Prenatal hablamos de cuatro técnicas: auditiva, táctil, motora y visual; las cuales deben ser utilizadas de manera responsable de acuerdo al trimestre de la gestación.

El concepto de estímulo tiene su origen en el latín estímulos. La palabra se refiere al agente físico, químico o de otro tipo, que desencadena una reacción funcional en un organismo. Por lo general, puede afirmarse que un estímulo es aquello que tiene un impacto sobre un sistema. En el caso de la Estimulación Prenatal, el estímulo es lo que genera una respuesta o una reacción en el feto.

El Diccionario de la Real Academia dice que se entiende por estímulo seguido de una respuesta “a una forma de interacción entre el ser vivo y el medio que lo rodea.” Aquí está la primera clave: la importancia de privilegiar una amorosa interacción entre el bebé y el medio donde se desarrolla. Este punto ha sido motivo de investigación en prestigiosas universidades que han llegado a una conclusión coincidente: determinadas circunstancias y ambientes que rodean a la pareja, especialmente a la mamá, durante el embarazo son causantes de actitudes y cualidades de los niños. El Dr. en psiquiatría vienés Thomas Verny avala este resultado en su libro "La vida secreta del niño antes de nacer" y sostiene que “...se ha establecido un nuevo paradigma que destaca la importancia de la etapa prenatal dentro del período en que se construye la arquitectura del cerebro, la naturaleza y los límites de las capacidades del adulto”. Cabe destacar las características: F (Frecuencia) I (Intensidad) D (Duración) O (Oportunidad). Estimulado, es el resultado del proceso, un niño con un cerebro con más vías interconectadas y un mayor desarrollo cerebral.

Un bebé estimulado desde antes del nacimiento tendrá mayores aptitudes para poder socializarse.

El pequeño desarrolla los cinco sentidos a lo largo del embarazo, convirtiéndose en una criatura sensible capaz de registrar sentimientos y emociones. Estos sentidos permiten que el pequeño sintonice e interactúe con el medio que lo rodea, especialmente con su madre. Esta estrecha díada hace que los sentimientos que experimenta la mamá acerca de determinados sonidos y estímulos los perciba el bebé simbióticamente; los que luego de nacido le provocarán el mismo bienestar o desagrado que le producían en su vida intrauterina. Sin ser plenamente conscientes se está educando al niño desde antes del nacimiento: se establece una vía de comunicación que transmite sensaciones físicas, emociones, conocimientos que quedarán grabados como huellas en su psiquis.

Durante el embarazo se produce un flujo de mensajes verbales (canciones, relatos, tonos agradables, música) y no verbales (a través de los mimos, las caricias, el silencio o incluso la desatención) hacia el pequeño que quedarán grabados en su memoria. Investigaciones han permitido comprobar que aquellos niños que han sido estimulados durante su vida intrauterina tienen mayores capacidades de atención, muestran una buena predisposición para aprender ciertos conocimientos, o pueden empatizar mejor con los otros.

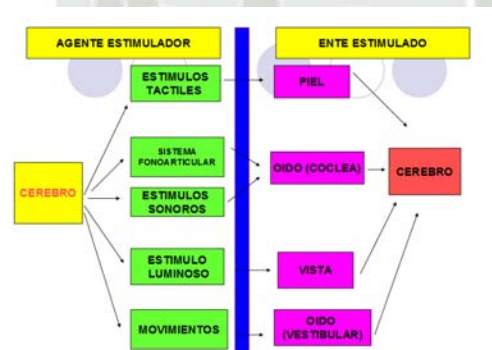


Figura 1: Proceso de la Estimulación Prenatal

VÍAS DE ESTIMULACIÓN:

Existen dos vías principales para estimular al niño por Nacer:

Mediante estímulos internos, a través de la madre (especialmente neurotransmisores que pasan al bebé, vibración ósea).

Mediante estímulos externos, a través de música, luz, sonidos, caricias, movimientos maternos, entre otros.

Los estímulos utilizados como sonidos (voz de los padres, música e instrumentos musicales) movimiento, presión, vibración y luz sirven para comunicarse con el niño que está por nacer, es por ello que él aprende a reconocer y responder a diferentes estímulos, lo que favorece su desarrollo sensorial, físico y mental, sin embargo, él puede aprender a relacionar estos estímulos con sus respectivos significados solo si son presentados de una manera organizada, de otra forma probablemente, los olvide o los ignore o no sean impregnados en su mente. Se le tiene que enseñar que estos estímulos tiene un significado relacionado al presentarlos en un contexto coherente y repetitivo. Es sabido que cuando las experiencias ocurren en un patrón determinado y consistente pueden ser mejor organizados en el cerebro del niño y ser usados en circunstancias similares mediante asociación entre el sonido y su significado. (6)

La finalidad de la Estimulación Prenatal es lograr la mayor cantidad de sinapsis, y por consiguiente un mayor desarrollo cerebral, esto se consigue con estímulos agradables para lo cual se han sistematizado las técnicas de estimulación (17); las cuales son:

- Técnica auditiva
- Técnica táctil
- Técnica visual
- Técnica motora

TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL

TÉCNICAS AUDITIVAS

El oído de los bebés por nacer aparece a los 22 días de gestación, y obtiene su madurez estructural al quinto mes del embarazo. (Anson & Donaldson, 1973: Gerber, 1977). (22)

A la veinteava semana, el mecanismo auditivo es estructuralmente comparable con el de un adulto. (Eisember, 1969).

Desde ese momento, los bebés por nacer comienzan a escuchar los latidos del corazón, los movimientos intrauterinos, la voz materna, él bebé recibe la voz de su madre a 24 decibelios (la emisión es 60 DCB), mientras que otras voces femeninas escucha a 12 decibelios, esto hace que el bebé reconozca bien la voz de su madre, así también reconoce los sonidos que se encuentran en el medio ambiente, tales como voces, ruidos y música, la cual se ha comprobado que penetra al vientre materno. Se han podido observar cambios en los patrones de respiración, movimientos de cabeza, tronco, ojos y extremidades al escuchar sonidos y voces. Así mismo, se aprecian gestos en sus expresiones faciales.

El recién nacido, al escuchar la música que escucho en su etapa fetal, come más, duerme más y llora menos. Y ello no porque los bebés hayan tenido un trato especial, sino porque se crearon vínculos afectivos poderosos y positivos, a través del amor y la música al escuchar creaciones de tipo de Cuerdas de Amor, Amnios, La magia de Mozart, Las Maravillas de Vivaldi, El encanto de Beethoven, Lo glorioso de Bach, La Pasión de Schubert la belleza de Tchaikousy, Flauta o cuerdas con sonidos de naturaleza.

Según el Dr. Tomatis: El oído es el centro del cuerpo porque todos los nervios craneales nos llevan a él y por consiguiente es considerado el órgano del sentido primordial.

Hermat y Hertel (1993) determinaron que la presencia de música preferida puede lograr una inmediata reacción favorable, en contraste con la no preferida. Según la musicóloga Marita Fornaro, los arrullos son parte de las instancias más tempranas del proceso que llamamos enculturación o endoculturación, es decir la adquisición de la propia cultura.

Iniciar con las técnicas auditivas desde la primera fase, empleando en la voz humana, la música y los sonidos de instrumentos.

OBJETIVOS DE LAS TÉCNICAS AUDITIVAS

- Establecer y desarrollar un vínculo efectivo con el bebé por nacer.
- Reducir el nivel de ansiedad.
- Transmitir sensaciones placenteras.

METODOLOGÍA

- Utilizar la voz humana presencial o grabada (madre, padre, familia).
- Utilizar música con adecuación del grupo o de la región, considerando el ritmo, la frecuencia y la intensidad de la misma (no más de 90 DB)
- Utilizar instrumentos, que permitan sonidos suaves (no tímpanicos), sobre todo los que contengan semillas naturales, sonajas, tamborcillos, palo de lluvia.
- También instrumentos musicales como quenenas, zampoñas, flautas, cajitas musicales, audífonos, canciones de cuna, rondas infantiles.
- En cada sesión deberán utilizarse de 1 a 3 instrumentos, cada periodo de estimulación debe ser por 3 minutos con un periodo de silencio entre cada una de ellas.

MEDIOS DE ESTIMULACIÓN

- Voz humanas.
- Canal de comunicación (teléfono del bebé).
- Música.
- Sonidos incorporados.

TÉCNICAS TÁCTILES

La sensibilidad al tacto se desarrolla a partir de las 8 semanas de gestación. La estimulación de las terminaciones nerviosas de la piel por el líquido amniótico le enseña al feto la conciencia de los límites del yo.

El tacto despierta los sentidos y relaja la mente.

La percepción fetal a través del tacto abarca todo su cuerpo de manera que es capaz de notar la presión o masajes ejercidos sobre el vientre de la madre respondiendo con movimientos fetales, efecto evidenciado por la misma madre, tercera persona o en la cardiotocografía, fonografía y sonografía fetal.

OBJETIVOS

- Establecer y desarrollar un vínculo efectivo con él bebé por nacer.
- Reducir el nivel de ansiedad.
- Transmitir sensaciones placenteras.
- Despertar los sentidos y relajar la mente.

METODOLOGÍA

TIPOS DE ESTÍMULO

Masajes, caricias y/o presión suave.

MEDIOS DE ESTIMULACIÓN

Medio táctil (yemas y palma de la mano)

CONSIDERACIONES ESPECIALES:

Estas técnicas se inician con estímulos de mediana intensidad y conforme avanza el embarazo ir disminuyéndolos de acuerdo a la respuesta del feto y según la edad gestacional.

Para llevar a cabo las prácticas de estimulación por el tacto la madre no debe tener factores de riesgo como amenaza de aborto, infección urinaria, irritabilidad uterina entre otros, ya que los estímulos táctiles muy intensos pueden ocasionar dolor y contracciones a la gestante para quienes se recomienda utilizar solo técnicas auditivas y visuales.

APLICACIÓN

En la primera fase: el masaje se realiza en el vientre descubierto acariciándolo suavemente con movimientos circulares y con música de fondo.

En la segunda y tercera fase: se realiza en el dorso previamente localizado por las maniobras de Leopold.

MEDIOS DE ESTIMULACIÓN

Táctil: caricias, palmaditas. (Por un profesional, pareja o por ella misma)

TÉCNICAS VISUALES

Estimulación por los fotones de luz que llegan al feto a través de la pared abdominal y del cuerpo uterino estimulando la retina ocular, siguiendo la vía por el nervio óptico hasta la corteza cerebral.

OBJETIVO

- Establecer y desarrollar un vínculo afectivo con el bebé por nacer.
- Transmitir sensaciones placenteras.
- Despertar los sentidos.

METODOLOGÍA

MEDIOS DE ESTIMULACIÓN

Luz artificial: linterna, luz de la habitación haciendo uso del interruptor (luz amarilla, verde o roja).

TIEMPO DE EXPOSICIÓN

De 30 a 60 segundos.

Iniciar la técnica desde la primera fase

La estimulación se realiza en dos formas:

- 1.- Luz natural: Exposición del vientre a la luz solar, tapar al vientre con una toalla oscura, descubrir luego el vientre por espacio de 3 a 5 minutos.
- 2.- Luz artificial: Linterna pequeña por espacios cortos de 30 a 60 segundos.

MEDIOS DE ESTIMULACIÓN

- Luz natural.
- Luz artificial.

TÉCNICAS MOTORAS

Son aquellos movimientos, ejercicios de la madre que producen estimulación fetal poniendo Al feto en alerta estimulación su equilibrio.

OBJETIVOS

- Fortalecer el vínculo.
- Reducir el nivel de ansiedad.
- Transmitir sensaciones placenteras.
- Desarrollar la orientación espacial del feto estimulando su equilibrio.

METODOLOGÍA

En la primera fase realizar caminatas al aire libre, preferentemente acompañada por espacios cortos sobre todo en lugares de mucha vegetación o paisajes naturales, danzas suaves.

En la segunda y tercera fase realizar ejercicios de pelvis: balanceo y rotación.

MEDIOS DE ESTIMULACIÓN

- Caminatas.
- Ejercicios pélvicos, esfera dinámica.
- Acuajercicios.

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Al analizar los antecedentes de investigación no se encontraron estudios que establezcan la influencia del programa en Estimulación Prenatal en el nivel de conocimiento sobre el desarrollo embrionario y fetal tanto a nivel internacional como en el ámbito local.

- **ANTECEDENTES INTERNACIONALES:**

- a. **Título:** “Prácticas sobre Estimulación Prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo (Colombia) 2006”. (12)

Autor: Luz Marina García García, Margareth Charrasquiél Ortiz, Yeimy Luz Flórez Monterroza, Liliana Margarita Palencia Pérez, Fausto José Santodomingo³, Yira de Jesús Serpa Rivera.

Fuente: Revista Salud Uninorte. Barranquilla (Col.) 2008; 24, (1): 31-39

Resumen: “Objetivos: Describir las prácticas de cuidado sobre Estimulación Prenatal que realizan consigo mismas y con su hijo un grupo de gestantes asistentes al control prenatal en las instituciones prestadoras de servicios de salud Las Américas, San Luis y al Programa de Proyección Social de la Universidad de Sucre, durante septiembre y octubre de 2006.

Materiales y métodos: Se desarrolló un estudio descriptivo y de corte transversal, con una selección de muestra intencional de 141 gestantes, las cuales no tenían patologías asociadas, que constituían el 68.7% del total de la población objeto del estudio.

Resultados: El 92.9% de la muestra no asistió al curso psicoprofiláctico, 69.5% de las gestantes manifestó que la estimulación debe hacerse desde el primer trimestre del embarazo, el 63.8% respondió que siempre le habla a su

bebé y realiza estimulación auditiva, mientras que 48.9% respondió que siempre evita colocar música cerca del abdomen. En cuanto a la estimulación visual, el 76.6% de la muestra manifestó que nunca estimula con luz a través del abdomen a su bebé.

Conclusiones: En general, las prácticas de Estimulación Prenatal sencillas o instintivas, entre las que se encuentran hablarle y acariciar el abdomen, fueron aceptables. Es posible inferir que las gestantes de este estudio presentan buenas prácticas de estimulación táctil por medio de las caricias a través de las paredes abdominales, lo cual ayuda a fortalecer el vínculo madre-hijo”.

b. Título: “Evaluación e intervención de conocimientos de Estimulación Prenatal en madres gestantes de 20 a 35 años que acuden al Hospital Municipal Cuenca, 2013”. (11)

Autor: Janneth Fernanda Landy Lluvisaca, María Verónica Riera Guachicullca y Mercy Patricia Sarmiento Pesántez.

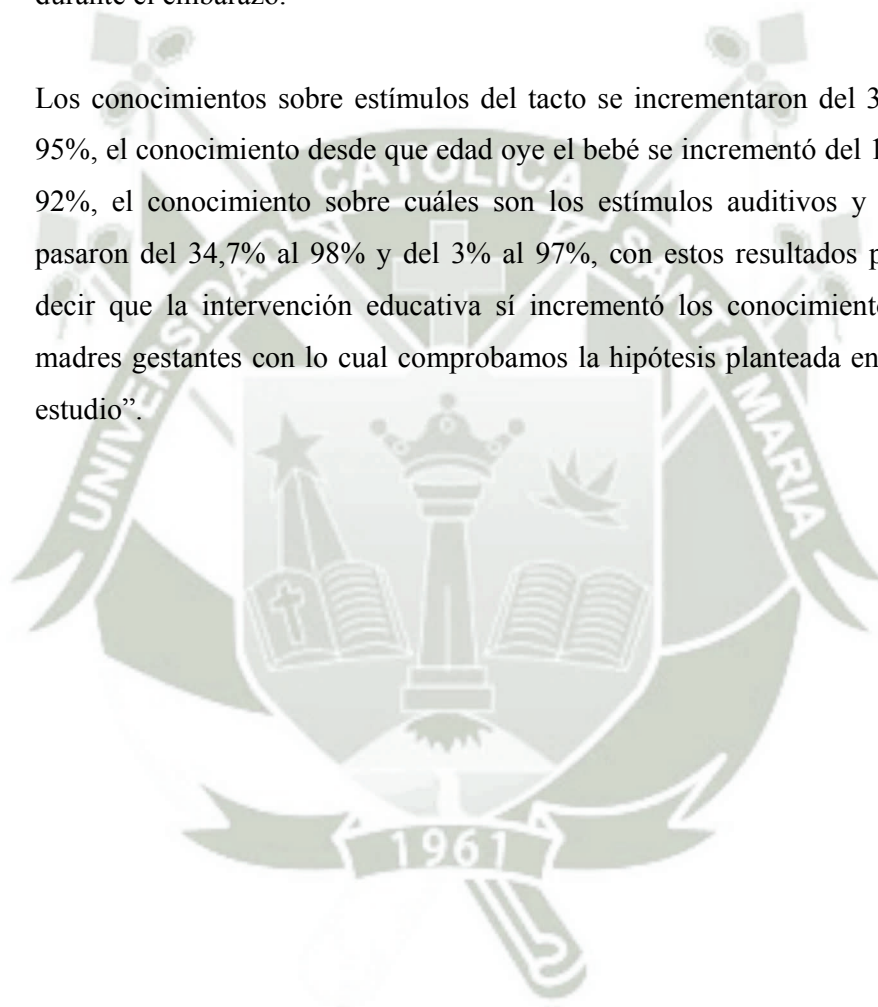
Fuente: Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Estimulación Temprana en salud.

Resumen: “Este estudio de intervención acción se realizó con 101 madres de 20 a 35 años de edad, en estado de gestación, quienes acudieron al Hospital Municipal Cuenca. Los objetivos fueron: evaluar los conocimientos de Estimulación Prenatal mediante la aplicación de un pre-caps, intervenir educativamente y realizar una nueva evaluación mediante un post-caps.

En la investigación se planteó como hipótesis que la intervención educativa si mejora los conocimientos sobre Estimulación Prenatal en las madres gestantes, corroborándose luego de la capacitación, así tenemos que el nivel de conocimientos adquirido de las madres gestantes sobre la actitud de la pareja durante el embarazo y a la importancia de la estimulación in útero

como potencializador en el desarrollo del bebé, fue del 100%. El conocimiento de la importancia del vínculo intrauterino se incrementó del 20,9% al 84%, de igual el conocimiento sobre el horario recomendado para realizar la Estimulación Prenatal pasó del 4 al 96%. Los conocimientos sobre el tipo de música y el tiempo que tenían que escuchar se incrementaron del 20, 8% al 94% y del 32,7% al 90% respectivamente, del 61,4% al 99% de las gestantes saben cuáles son los estímulos de afecto que se deben practicar durante el embarazo.

Los conocimientos sobre estímulos del tacto se incrementaron del 38,7% al 95%, el conocimiento desde que edad oye el bebé se incrementó del 15,8% al 92%, el conocimiento sobre cuáles son los estímulos auditivos y visuales pasaron del 34,7% al 98% y del 3% al 97%, con estos resultados podemos decir que la intervención educativa sí incrementó los conocimientos a las madres gestantes con lo cual comprobamos la hipótesis planteada en nuestro estudio”.



- **ANTECEDENTES NACIONALES:**

- Título:** “Nivel de Conocimiento sobre Estimulación Prenatal en Gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011”. (10)

Autor: Bach. Rocío del Pilar Hinostroza Matos y Bach. Deysi Sarait Gamonal Nicodemos.

Fuente: Tesis presentada como requisito para obtener el título profesional de Obstetrix en la Universidad Nacional de San Martín.

Resumen: “Este trabajo de investigación titulado conocimiento sobre Estimulación Prenatal que tienen las gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba durante el periodo julio– diciembre 2011, se originó teniendo en cuenta la necesidad de contribuir con las madres gestantes de este pedazo de Perú llamado Moyobamba en el que por falta de conocimiento, el feto es escasamente estimulado. Los objetivos que nos planteamos fueron: determinar los conocimientos sobre Estimulación Prenatal; determinar las características socio-demográficas; determinar el conocimiento sobre el concepto, tiempo de inicio, beneficios y profesional encargado de la Estimulación Prenatal; determinar el conocimiento sobre la técnica táctil, visual, auditiva y motora de la Estimulación Prenatal en las gestantes.

Se realizó un estudio básico, cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con recolección prospectivo de datos; muestreo probabilístico, a 133 gestantes. Se aplicó un formato de entrevista estructurada, la misma que constó de 03 sesiones, características sociodemográficas de las gestantes; conocimientos sobre el concepto, el momento, el beneficio y el encargado de la Estimulación Prenatal; y conocimientos sobre técnicas de estimulación prenatal.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva como: frecuencia, porcentaje, media aritmética, en una base de datos en Excel

2,011. Con los resultados encontrados se arribaron a las siguientes conclusiones: que el nivel de conocimiento que tienen las gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba sobre la Estimulación Prenatal, es bajo; que, el 75.94% pertenecen al grupo de edad de mujeres mayores de 20 años, 66.92% de gestantes son de estado civil casadas, el 56.93% de gestantes tienen estudios secundarios y el 90.23% viven en zona urbana; el 77.44% no conocen el concepto de estimulación prenatal, el 40% saben el iv inicio de la Estimulación Prenatal, el 72.18% no conocen los beneficios de la Estimulación Prenatal y el 51.88% respondieron que el Obstetra es el profesional que debe realizar la estimulación prenatal; el 72.18 tienen bajo nivel de conocimiento sobre la técnica táctil, el 76.69% tienen bajo conocimiento sobre la técnica visual, 57.19% regular conocimiento sobre la técnica auditiva y el 98.50% bajo nivel de conocimiento sobre la técnica motora.

Tenemos como fin hacer llegar la importancia y necesidad de nuestro estudio, para que el Hospital implemente y oferte el programa de Estimulación Prenatal, considerando su gran aporte en beneficio del binomio madre- niño y a su vez concientizar a los Obstetras sobre dicho tema, para fortalecer actividades académicas en la universidad”.

- b. Título:** “Efecto del Programa de Estimulación Prenatal en el conocimiento de las madres adolescentes y comportamiento del recién nacido, Hospital– Ilave, Enero a Diciembre 2011”. (13)

Autor: Licenciada Patricia Ponce Gómez

Fuente: Tesis para optar el título de Especialista en Estimulación Prenatal Psicoprofilaxis Obstétrica y del Climaterio

Resumen:

“Esta investigación buscó fundamentalmente precisar el efecto de la educación prenatal en el conocimiento de las madres adolescentes y el comportamiento del recién nacido, con tal propósito se conformaron dos grupos; un grupo control y un grupo experimental, constituidos cada uno por 15madres.

Se utilizó un diseño cuasi-experimental con grupo control y sólo con post test. La información obtenida fue procesada y analizada mediante la prueba T para la comparación de dos medias proporcionales.

Los resultados más significativos son: Las madres adolescentes que participaron en el estudio en su mayoría tienen entre 17 a 19 años de edad, cursan las 20 a 24 semanas de gestación; con grado de instrucción primaria, ocupación ama de casa y viven en el hogar con más de 4 miembros.

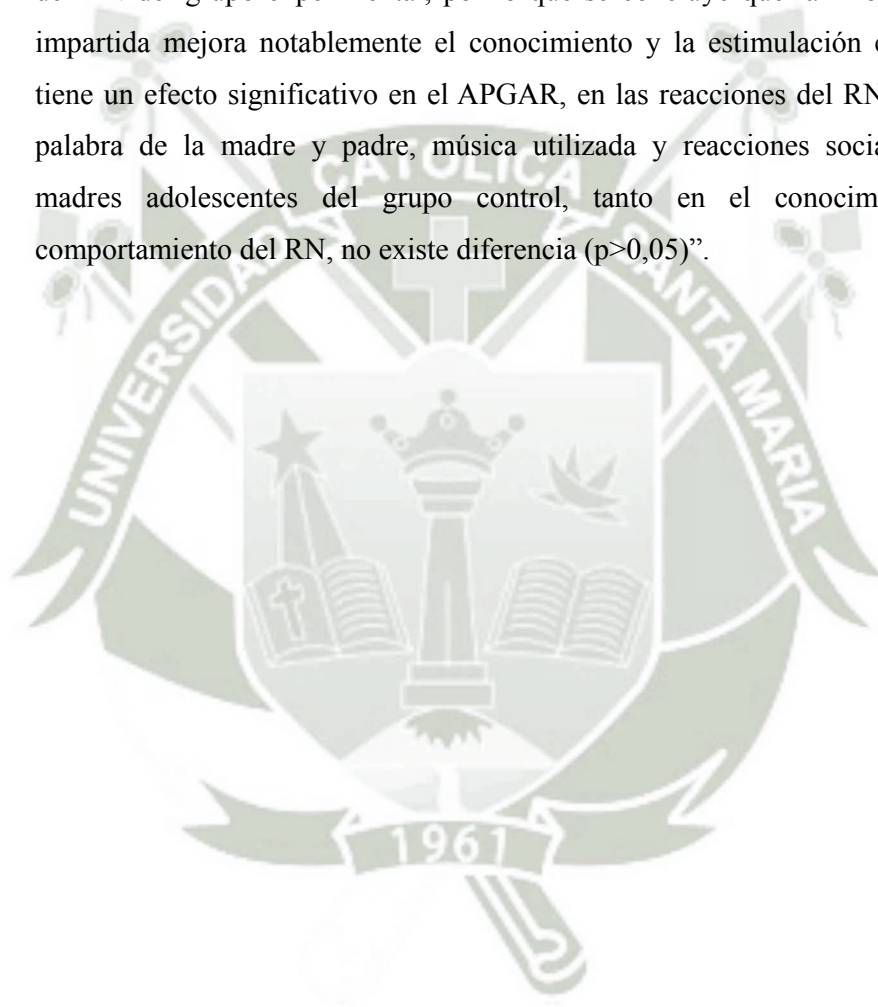
En la evaluación inicial, el 100% de madres adolescentes del grupo experimental no tenían conocimiento sobre los estímulos que se aplican en la Estimulación Prenatal, tampoco sobre la edad en que debe iniciarse esta estimulación, el 93,3% no tenían información sobre Estimulación Prenatal, el 86,7% en el concepto de estimulación en útero, también en la necesidad de estimulación.

Después de la información impartida, mejora notablemente el conocimiento en todos los aspectos evaluados. En las madres adolescentes del grupo control predominó también el desconocimiento, lo que permaneció sin mucha variación a la evaluación del post test.

Respecto al comportamiento del recién nacido del grupo experimental después de la Estimulación Prenatal, el 100% nace con APGAR al minuto entre 8 a 10 puntos, el 46,6% se tranquiliza súbitamente ante la voz de la madre, 33,3% al escuchar la voz del padre, 53,3% se tranquiliza al escuchar la

música que se utilizó en la estimulación, el 46,7% se mostraron tranquilos. En recién nacidos del grupo control, el 60% nace con un APGAR entre 8 a 10, ante la voz de la madre el 53,3% abre los ojos, al escuchar la voz del padre un 46,7% abre los ojos y el 66,7% se mostraron inquietos.

La prueba T de Student mostró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en el conocimiento de las madres adolescentes y el comportamiento del RN del grupo experimental, por lo que se concluye que la información impartida mejora notablemente el conocimiento y la estimulación en útero tiene un efecto significativo en el APGAR, en las reacciones del RN ante la palabra de la madre y padre, música utilizada y reacciones sociales. En madres adolescentes del grupo control, tanto en el conocimiento y comportamiento del RN, no existe diferencia ($p > 0,05$)”.



4. HIPÓTESIS:

Dado que: La preparación en Estimulación Prenatal promueve el desarrollo físico, mental, sensorial y social del niño por nacer mediante la información a la gestante sobre el desarrollo embriológico, fetal y técnicas en Estimulación Prenatal.

Es probable que: Las gestantes que reciben preparación en Estimulación Prenatal incrementen su nivel de conocimiento respecto al desarrollo embriológico, fetal y las técnicas del programa.





**CAPÍTULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

❖ **Técnicas:**

Se empleó la técnica de encuesta a la población en estudio.

VARIABLE INVESTIGADA	INDICADORES	TÉCNICA
Programa de Estimulación Prenatal	Gestante preparada. (4 Sesiones) Gestante no preparada (sin sesiones)	Observacional
Nivel de Conocimiento	Conocimiento del desarrollo embrionario, fetal y técnicas en estimulación prenatal	Encuesta

❖ **Instrumentos:**

El instrumento que se empleó fue un cuestionario creado por las investigadoras, el cual constó de dos partes:

La primera consignó los datos de la gestante como: edad, grado de instrucción, estado civil, ocupación.

En la segunda parte evaluamos el nivel de conocimiento del desarrollo embriológico, fetal y de las técnicas en Estimulación Prenatal.

El cuestionario constó de 24 preguntas cerradas con un puntaje de 1 por respuesta correcta.

Conocimiento del desarrollo embriológico = 4 preguntas.

Conocimiento del desarrollo fetal = 4 preguntas

Conocimiento de la técnica auditiva = 4 preguntas

Conocimiento de la técnica táctil = 4 preguntas

Conocimiento de la técnica visual = 4 preguntas

Conocimiento de la técnica motora = 4 preguntas

Los valores obtenidos fueron: Buena: Si responde 3 a 4 ítems. Regular: Si responde 2 ítems. Deficiente: Si responde 1 ítems.

Y para la calificación global del conocimiento se hizo de la siguiente manera:

Deficiente de 0 a 8 puntos, Regular de 9 a 16 puntos y Adecuada de 17 a 24 puntos.

	Puntaje
Deficiente	0-8
Regular	9-16
Adecuado	17-24

VER ANEXO 3

❖ **Materiales:**

- Cuestionario
- Computadora
- Impresora
- Material de escritorio

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1. UBICACIÓN ESPACIAL:

La investigación se realizó en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD ubicado en la Av. Zamácola s/n, Yanahuara-Arequipa. VER ANEXO 1

2.2. UBICACIÓN TEMPORAL:

Cronología : Julio- Agosto 2016

Visión temporal : Prospectivo

Corte temporal : Longitudinal

2.3. UNIDADES DE ESTUDIO:

De 60 gestantes que acuden a las sesiones de Estimulación Prenatal, solo 34 gestantes aceptaron voluntariamente participar en el desarrollo del cuestionario.

Gestantes que no acudieron al Programa de Estimulación Prenatal fueron captadas en consultorio externo de Obstetricia durante Julio – Agosto del 2016 también fueron 34 pacientes que voluntariamente participaron.

Criterios de inclusión

Gestantes en el quinto mes de gestación que acudieron al Hospital III Yanahuara de ESSALUD.

Gestantes preparadas y no preparadas en Estimulación Prenatal que voluntariamente deseen participar en el desarrollo del cuestionario.

Criterios de exclusión

Gestantes que no desearon participar en el estudio de investigación.

Pacientes con trastornos psicológicos.

Gestantes que presentan complicaciones y requieran hospitalización durante el periodo de estudio

Asignación de las unidades de estudio

Grupo de gestantes preparadas en el Programa de Estimulación Prenatal: Se consideró a las que acudieron a las cuatro sesiones.

Grupo de gestantes no preparadas en el Programa de Estimulación Prenatal: Estuvo conformado por gestantes que solo acudían a control prenatal.

Tamaño de los grupos

El Programa de Estimulación Prenatal cuenta con 4 grupos semanales, los cuales tienen aproximadamente 15 gestantes por grupo.

De 60 gestantes que acuden a las sesiones de Estimulación Prenatal por mes, solo 34 gestantes aceptaron voluntariamente participar en el desarrollo del cuestionario.

Gestantes que no acudieron al Programa de Estimulación Prenatal fueron captadas en consultorio externo de Obstetricia durante Julio – Agosto del 2016 también fueron 34 pacientes que voluntariamente participaron.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. ORGANIZACIÓN

Presentación del proyecto de investigación por mesa de partes a la Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María quien designará a los dictaminadores.

Una vez revisado y aprobado el proyecto de investigación se procedió a solicitar la autorización a la Jefa de la oficina de Capacitación, Investigación y Docencia del Hospital Nacional Carlos Augusto Segúin Escobedo de ESSALUD – Arequipa, para la ejecución de la presente investigación que se realizó en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD – Arequipa. (VER ANEXO 4 A,B,C,D y E) Seguidamente se aplicó el cuestionario a todas las gestantes que se encontraban al inicio del tercer trimestre (Quinto mes; iniciando la primera sesión y al finalizar la cuarta sesión) que acudieron al Programa de Estimulación Prenatal y aceptaron participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

Se evaluó el nivel de conocimiento del desarrollo embriológico, fetal y técnicas en Estimulación Prenatal posterior a la aplicación del Programa de Estimulación Prenatal, el cual consta de cuatro sesiones y fue realizado por la encargada del Programa de Estimulación Prenatal del Hospital III Yanahuara de ESSALUD.

Y a las gestantes que no participaron en el programa mencionado se les aplicó el test en consultorios externos al inicio y finalizar el proceso investigativo.

Los resultados obtenidos se presentan organizándolos en cuadros y tablas estadísticas.

3.2. RECURSOS

a. Recursos humanos

Bachiller: Yuridia Pamela Paliza Ascencios

Bachiller: Claudia Penélope Zea Mondino

Asesora : Obst. Mg. Verónica Florencia Oviedo Tejada

b. Recursos físicos

Sala del Programa de Estimulación Prenatal y consultorios externos de Obstetricia del Hospital III Yanahuara de ESSALUD.

c. Recursos económicos

Autofinanciado por las tesis.

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Al aplicar el Alfa de Cronbach la confiabilidad del instrumento fue de 0,750.
(VER ANEXO 5)

3.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se contó con la aprobación del proyecto de investigación tanto de la Facultad de Obstetricia y Puericultura y los responsables de investigación del Hospital III Yanahuara ESSALUD.

Las pacientes fueron informadas sobre el objetivo del estudio y su participación fue libre y voluntaria; por lo tanto firmaron el consentimiento informado. VER ANEXO 2

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 PLAN DE PROCESAMIENTO

4.1.1 TIPO DE PROCESAMIENTO: Fue electrónico.

4.1.2 PLAN DE OPERACIONES

- 1. Clasificación:** Se empleó una matriz sistematizada de acuerdos a las variables de estudio .VER ANEXO 6
- 2. Codificación :** Se estableció códigos para cada variable en estudio
- 3. Tabulación :** En tablas de simple y de doble entrada.
- 4. Gráficas :** Según los datos de las tablas.

4.2 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS

4.2.1 TIPO DE ANÁLISIS

El procesamiento fue electrónico

4.2.2 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Según corresponde a la investigación se emplearon tablas de frecuencia absolutas y relativas porcentuales. La prueba de chi cuadrado (X^2) se utilizó para relacionar las variables en estudio. El nivel de significancia al 5%. Para la comparación entre grupos se empleó la T de student.

Así mismo se realizaron gráficas de barras para expresar las frecuencias porcentuales.

Para el proceso de la información se utilizó el software estadístico SPSS versión 22.



TABLA N°. 1
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS GESTANTES
QUE ACUDEN AL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD

Características Sociodemográficas	No preparadas		Preparadas	
	N°.	%	N°.	%
Edad				
18-24	4	11.8	9	26.5
25-32	23	67.6	20	58.8
33-39	7	20.6	5	14.7
Estado Civil				
Soltera	8	23.5	10	29.4
Conviviente	10	29.4	13	38.2
Casada	16	47.1	11	32.4
Grado de Instrucción				
Analfabeta	1	2.9	0	0.0
Secundaria	8	23.5	1	2.9
Superior no universitario	14	41.2	15	44.1
Superior universitario	11	32.4	18	52.9
Ocupación				
Hogar	12	35.3	7	20.6
Obrera	0	0.0	4	11.8
Empleada	17	50.0	12	35.3
Otro	5	14.7	11	32.4
TOTAL	34	100	34	100

Fuente: Cuestionario de estudios.

En la Tabla N°. 1, notamos que las características sociodemográficas de las pacientes del Hospital III Yanahuara de ESSALUD fueron el 58.8% de las gestantes tienen entre 25-32 años, el 38.2% son convivientes, el 52.9% tienen instrucción superior universitaria, y el 35.3% son empleadas. Al concluir la aplicación del programa el nivel de conocimiento se incrementa lo cual coincide con nuestro trabajo de investigación; asimismo las pacientes sin preparación no experimentaron una variación significativa en el nivel de conocimiento.

TABLA N°. 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL INICIO DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD

CONOCIMIENTO	PRE-TEST																							
	Desarrollo Embrionario				Desarrollo Fetal				Técnica auditiva				Técnica táctil				Técnica visual				Técnica motora			
	P		NP		P		NP		P		NP		P		NP		P		NP		P		NP	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Deficiente	4	11.8	10	29.4	3	8.8	2	5.9	5	14.7	6	17.6	3	8.8	11	32.4	7	20.6	17	50.0	15	44.1	5	14.7
Regular	24	70.6	13	38.2	25	73.5	16	47.1	24	70.6	19	55.9	25	73.5	15	44.1	19	55.9	10	29.4	12	35.3	17	50.0
Buena	6	17.6	11	32.4	6	17.6	16	47.1	5	14.7	9	26.5	6	17.6	8	23.5	8	23.5	7	20.6	7	20.6	12	35.3
TOTAL	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100

Fuente: Cuestionario de estudio.

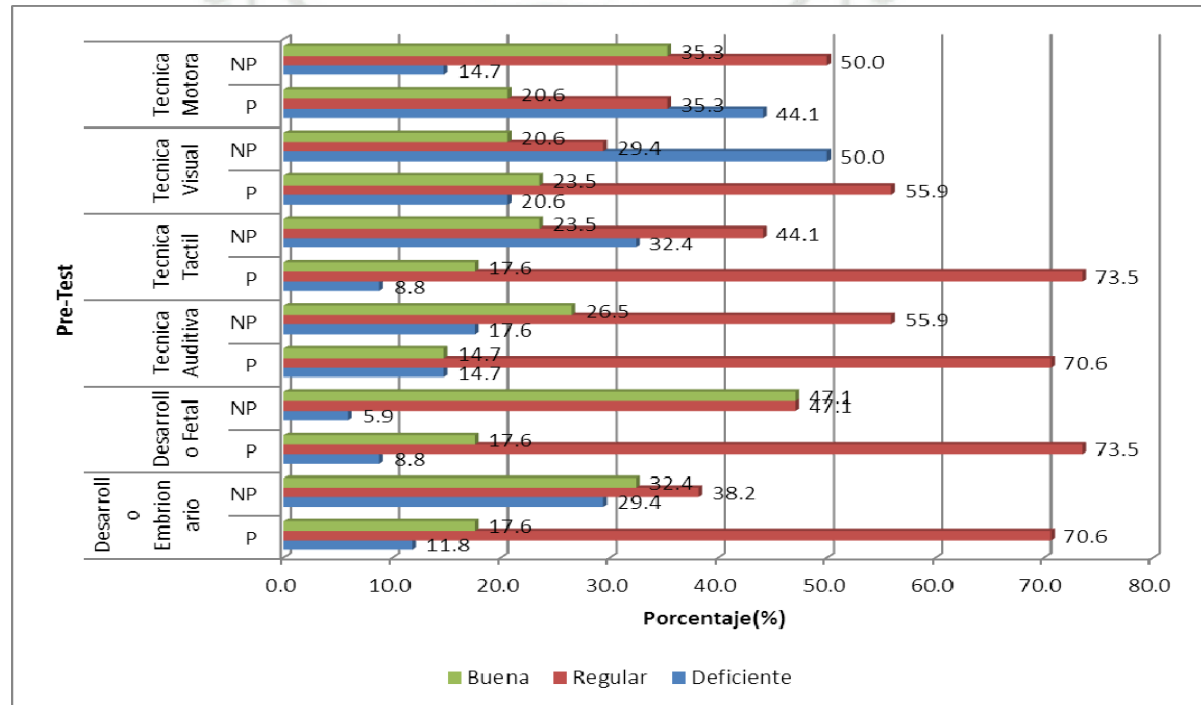
P= Gestante Preparada NP=Gestante no Preparada

Al analizar la Tabla N°. 2 encontramos que las gestantes al inicio de las sesiones del Programa de Estimulación Prenatal tuvieron el siguiente nivel del conocimiento: 70.6% de las gestantes con conocimiento regular en el desarrollo embrionario; 73.5% conocimiento regular en desarrollo fetal; asimismo 70.6% conocimiento regular en técnica auditiva; 73.5% conocimiento regular en técnica táctil; 55.9% conocimiento regular en técnica visual y el 44.1% con conocimiento deficiente en la técnica motora.

Las gestantes que no participaron en el programa presentaron al inicio el siguiente nivel de conocimiento: 38% conocimiento regular en desarrollo embrionario; 47.1% regular en desarrollo fetal; 55.9% regular en técnica auditiva; 44.1% regular en técnica táctil; 50% deficiente en técnica visual y también el 50% regular en técnica motora.

GRÁFICO N°. 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL INICIO DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD



Fuente: Cuestionario de estudio.

P= Gestante Preparada NP=Gestante no Preparada

TABLA N°. 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN
PRENATAL EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL FINAL DEL PROGRAMA Y DEL PROCESO
INVESTIGATIVO EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD**

CONOCIMIENTO	POST-TEST																							
	Desarrollo Embrionario				Desarrollo Fetal				Técnica auditiva				Técnica táctil				Técnica visual				Técnica motora			
	P		NP		P		NP		P		NP		P		NP		P		NP		P		NP	
	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Deficiente	0	0.0	6	17.6	0	0.0	1	2.9	0	0.0	2	5.9	0	0.0	5	14.7	0	0.0	9	26.5	0	0.0	4	11.8
Regular	0	0.0	8	23.5	0	0	10	29.4	0	0.0	32	94.1	0	0.0	11	32.4	0	0.0	8	23.5	1	2.9	6	17.6
Buena	34	100	20	58.8	34	100	23	67.6	34	100	0	0.0	34	100	18	52.9	34	100	17	50.0	33	97.1	24	70.6
TOTAL	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100	34	100

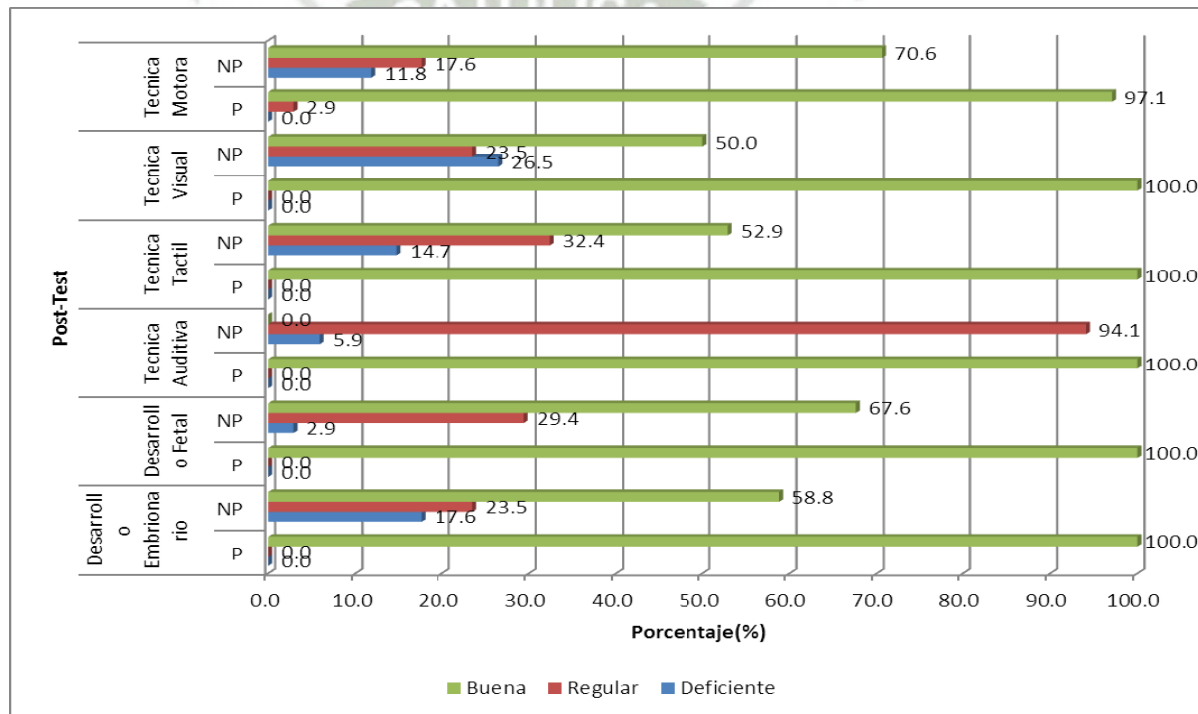
Fuente: Cuestionario de estudio.

P= Gestante Preparada NP=Gestante no Preparada

En la tabla N°. 3 notamos que el 100.0% de las gestantes preparadas en el Programa de Estimulación Prenatal tienen nivel de conocimiento bueno sobre desarrollo embrionario; fetal; técnicas auditiva, táctil, visual y el 97.1%, conocimiento regular en técnica motora. En cuanto a las gestantes no preparadas el 58.8% tienen nivel de conocimiento bueno sobre desarrollo embrionario; 67.6%, conocimiento bueno respecto al desarrollo fetal; conocimiento regular en técnica auditiva en 94.1%, y 52.9% conocimiento bueno en técnica táctil. Mientras que el 11.8% de las gestantes no preparadas tienen conocimiento deficiente sobre técnica motora.

GRÁFICO N°. 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL FINAL DEL PROGRAMA Y DEL PROCESO INVESTIGATIVO EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD



Fuente: Cuestionario de estudio.

P= Gestante Preparada NP=Gestante no Preparada

TABLA N°. 4
NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE EL DESARROLLO
EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL
EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL INICIO DEL
PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL III YANAHUARA
DE ESSALUD

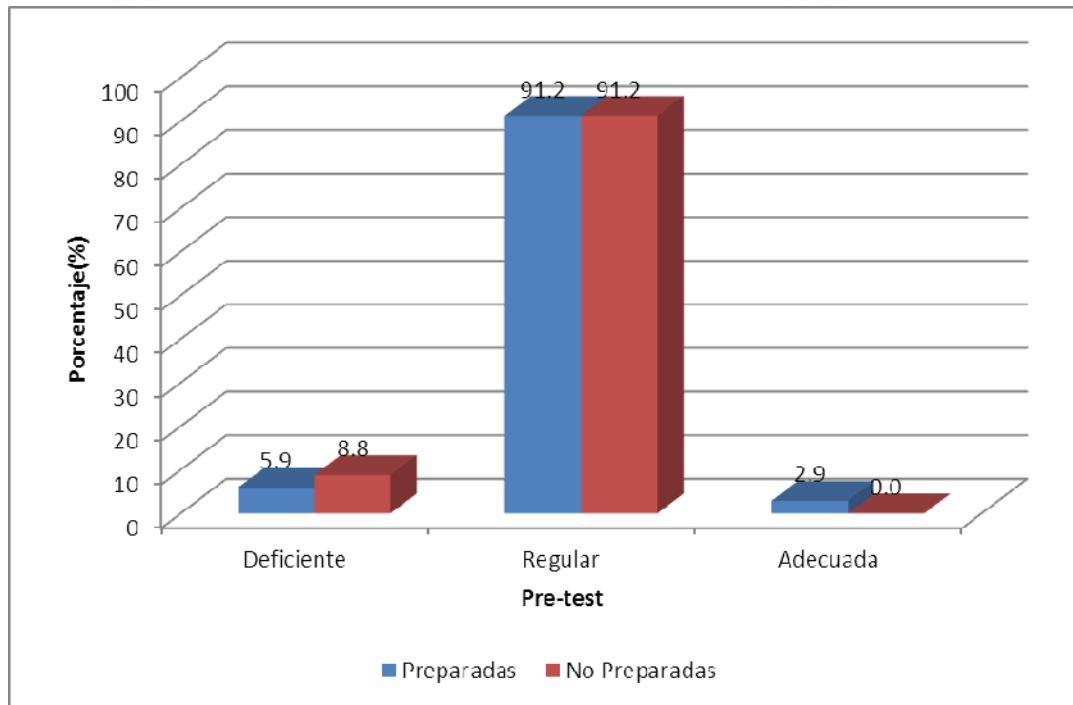
Conocimiento	Pre-Test				Total	
	Preparadas		No Preparadas			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Deficiente	2	5.9	3	8.8	5	7.4
Regular	31	91.2	31	91.2	62	91.2
Adecuada	1	2.9	0	0.0	1	1.4
TOTAL	34	100	34	100	68	100

Fuente: Cuestionario de estudio. $X^2=1.20$ $P>0.05$

En la tabla N°.4 se observa que el grupo de las gestantes preparadas y el de las gestantes no preparadas al inicio del proceso no tienen diferencias estadística significativa ($P>0.05$).según la prueba de chi ($X^2=1.20$) por lo que se consideran homogéneos respecto a la variable conocimiento.

Asimismo el 91.2% de las gestantes preparadas tienen un nivel de conocimiento regular sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas de Estimulación Prenatal al inicio del proceso, mientras que el 8.8% de las gestantes no preparadas tienen un nivel de conocimiento deficiente.

GRÁFICO N°. 3
NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE EL DESARROLLO
EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL
EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL INICIO DEL
PROCESO DE INVESTIGACIÓN EN EL HOSPITAL III YANAHUARA
DE ESSALUD



Fuente: Cuestionario de estudio.

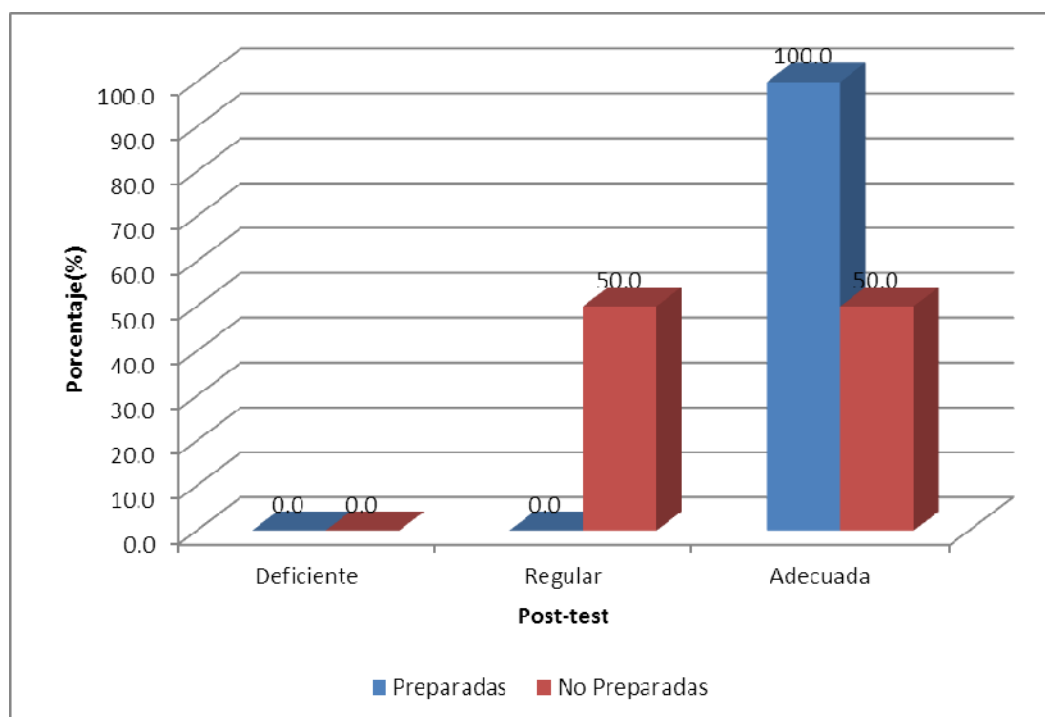
TABLA N°. 5
NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE EL DESARROLLO
EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL
EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL FINALIZAR EL
PROGRAMA EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD

Conocimiento	Post-Test				Total	
	Preparadas		No Preparadas			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Deficiente	0	0.0	0	0.0	0	0
Regular	0	0.0	17	50.0	17	25
Adecuada	34	100	17	50.0	51	75
TOTAL	34	100	34	100	68	100

Fuente: Cuestionario de estudio. $X^2=22.66$ $P<0.05$

En la tabla N° 5. El nivel de conocimiento global sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas de Estimulación Prenatal en el grupo de gestantes preparadas muestra un incremento en el nivel de conocimiento ya que el 100.0% de las gestantes preparadas tienen un nivel de conocimiento adecuado sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas de Estimulación Prenatal al finalizar el Programa de Estimulación Prenatal; la diferencia respecto al grupo de gestantes no preparadas muestra diferencia estadística significativa ($P<0.05$) según la prueba de chi ($X^2=22.66$),

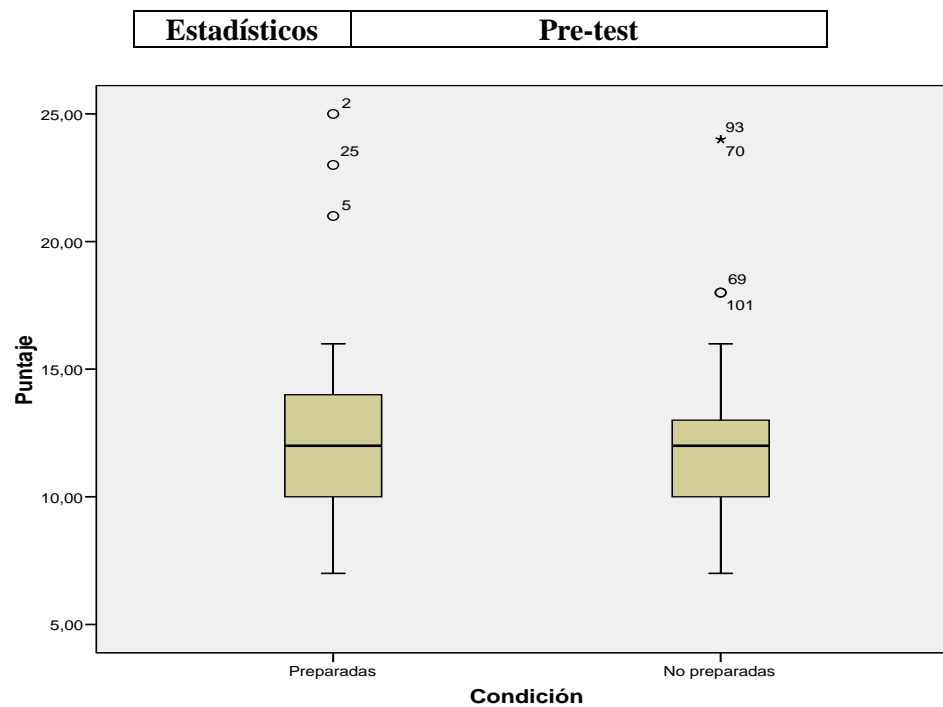
GRÁFICO N°. 4
NIVEL DE CONOCIMIENTO GLOBAL SOBRE EL DESARROLLO
EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL
EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL FINALIZAR EL
PROGRAMA EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD



Fuente: Cuestionario de estudio.

GRÁFICO N°. 5

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO
EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL
EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL INICIO DEL
PROGRAMA EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD**



	Preparadas	No preparadas
Media	12.71	12.65
D. Estándar	3.97	3.90
Máximo	25	24
Mínimo	7	7
TAMAÑO	34	34

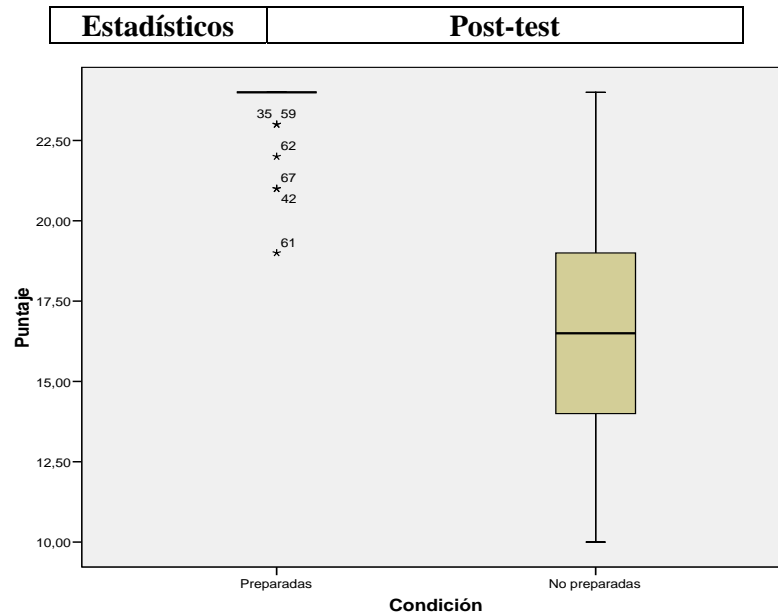
Fuente: Cuestionario de estudio. $t=0.18$ $P>0.05$

La tabla N°.8 según la prueba t student ($t=0.18$) se muestra que el puntaje del conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas de Estimulación Prenatal en las gestantes preparadas y no preparadas antes de aplicar el programa no presentó diferencias estadísticas significativas ($P>0.05$).

Se observa que el puntaje promedio del conocimiento en las gestantes preparadas. fue de 12.71, frente a un promedio de 12.65 en las mujeres no preparadas.

GRÁFICO N°. 6

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO
EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS DE ESTIMULACIÓN PRENATAL
EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS AL FINALIZAR EL
PROGRAMA EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD**



	Preparadas	No preparadas
Media	23.56	16.68
D. Estándar	1.13	3.79
Máximo	24.00	24.00
Mínimo	19.00	10.00
TAMAÑO	34	34

Fuente: Cuestionario de estudio. $t=9.88$ $P<0.05$

La tabla N°.9 según la prueba t student ($t=10.15$) se muestra que el puntaje del conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas de Estimulación Prenatal en las gestantes preparadas y no preparadas después de aplicar el programa presentó diferencias estadísticas significativas ($P<0.05$).

Además se evidencia que el puntaje promedio del conocimiento en las gestantes preparadas fue de 23.56, frente a un promedio de 16.68 en las mujeres no preparadas.

DISCUSIÓN

La presente investigación trabajó con 68 gestantes, 34 de ellas participaron en el Programa de Estimulación Prenatal que se imparte en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD y 34 solo acudían al control prenatal en dicha institución.

Si bien es cierto ambos grupos de pacientes experimentaron incremento en el nivel de conocimiento, cabe resaltar que al comparar ambos grupos las gestantes que participaron en el Programa muestran mayor incremento en el nivel de conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas de estimulación respecto a las gestantes no preparadas encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($P < 0.05$).

Lo anteriormente mencionado coincide con lo reportado por Landy Lluvisaca y colaboradores en su estudio titulado “Evaluación e intervención de conocimientos de Estimulación Prenatal en madres gestantes de 20 a 35 años que acuden al Hospital Municipal Cuenca, 2013”, donde evidenciaron que mediante una intervención educativa sí mejora el conocimiento sobre horario recomendado para realizar la Estimulación Prenatal, tipo de música y tiempo que tenían que escuchar, la edad a la que oye el bebé, el conocimiento sobre cuáles son los estímulos auditivos y visuales, etc. (11)

En un estudio descriptivo sobre “Nivel de Conocimiento sobre Estimulación Prenatal en Gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011”. (10) efectuado por Hinojosa y Gamonal se muestra que “el nivel de conocimiento que tienen las gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba sobre la Estimulación Prenatal, es bajo”; en nuestra investigación el nivel de conocimiento global fue regular en ambos grupos al inicio del estudio de investigación.

Otro estudio realizado en gestantes adultas asistentes al control prenatal titulado “Prácticas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo (Colombia) 2006” concluye que “las prácticas de

estimulación prenatal sencillas o instintivas, entre las que se encuentran hablarle y acariciar el abdomen, fueron aceptables. Es posible inferir que las gestantes de este estudio presentan buenas prácticas de estimulación táctil por medio de las caricias a través de las paredes abdominales, lo cual ayuda a fortalecer el vínculo madre-hijo”. (12). En la presente investigación encontramos que las gestantes al inicio de las sesiones del Programa de estimulación prenatal tuvieron nivel del conocimiento regular en las técnicas auditiva y táctil mientras que en la técnica visual y motora fue deficiente.

La tesis realizada por la licenciada Patricia Ponce Gómez sobre el “Efecto del Programa de Estimulación Prenatal en el conocimiento de las madres adolescentes y comportamiento del recién nacido, Hospital– llave, Enero a Diciembre 2011 reporta que las madres adolescentes que participaron en el estudio en su mayoría tienen entre 17 a 19 años de edad, cursan las 20 a 24 semanas de gestación; con grado de instrucción primaria, ocupación ama de casa y viven en el hogar con más de 4 miembros” (13).

Mientras que las características sociodemográficas de las pacientes del Hospital III Yanahuara de ESSALUD fueron el 58.8% de las gestantes tienen entre 25-32 años, el 38.2% son convivientes, el 52.9% tienen instrucción superior universitaria, y el 35.3% son empleadas. Al concluir la aplicación del programa el nivel de conocimiento se incrementa lo cual coincide con nuestro trabajo de investigación; asimismo las pacientes sin preparación no experimentaron una variación significativa en el nivel de conocimiento.

CONCLUSIONES

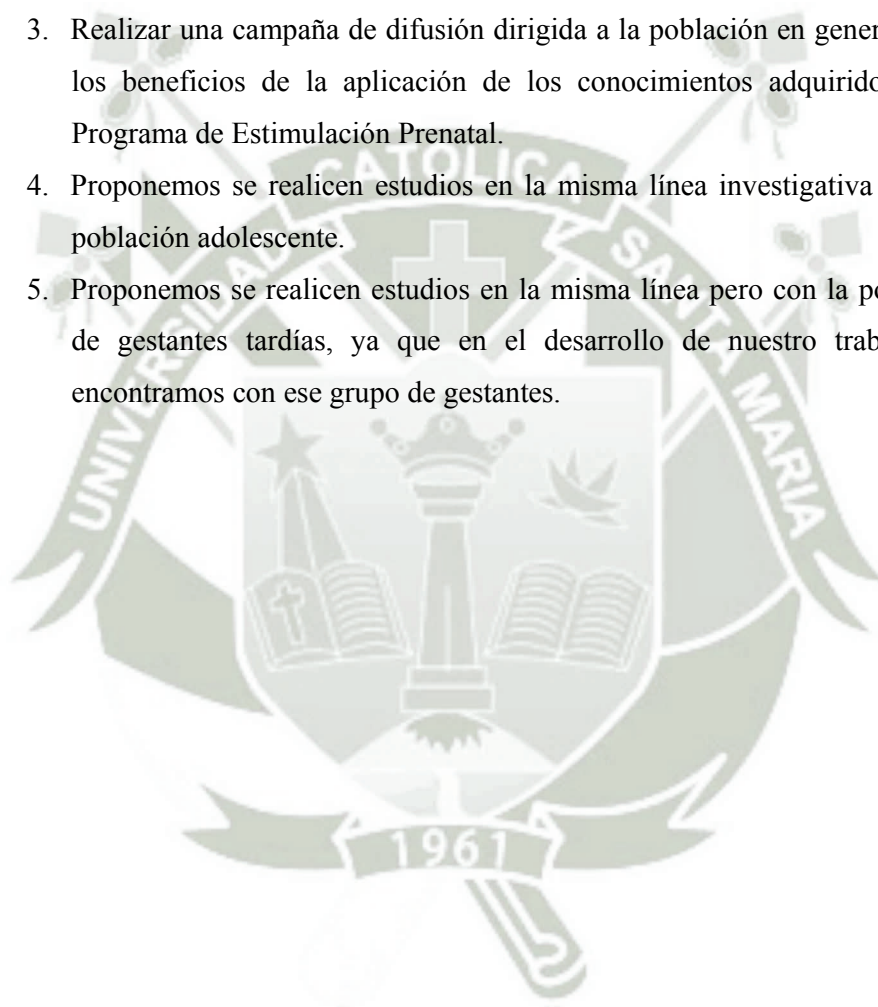
PRIMERA: El nivel de conocimiento al inicio del proceso investigativo en el Hospital III Yanahuara de ESSALUD no presentó diferencia significativa entre el grupo de gestantes preparadas y no preparadas siendo que el 91.2% tuvo nivel de conocimiento regular, 7.4% nivel de conocimiento deficiente y el 1.4% nivel de conocimiento adecuado.

SEGUNDA: El nivel de conocimiento sobre el desarrollo embrionario, fetal y técnicas de Estimulación Prenatal en el grupo de gestantes preparadas muestra un incremento en el nivel de conocimiento siendo adecuado en un 100%. El grupo de gestantes no preparadas tuvo en un 50% nivel de conocimiento adecuado.

TERCERA: La hipótesis se cumplió, porque la preparación en Estimulación Prenatal influyó en el incremento del nivel de conocimiento respecto al desarrollo embriológico, fetal y las técnicas.

RECOMENDACIONES

1. Incrementar el número de obstetras asignadas al Programa de Estimulación Prenatal para garantizar la atención de lunes a viernes y la conformación de grupos diferenciados según grupo étnico.
2. El director del Hospital III Yanahuara deberá garantizar la infraestructura y equipamiento de la sala de Estimulación Prenatal.
3. Realizar una campaña de difusión dirigida a la población en general sobre los beneficios de la aplicación de los conocimientos adquiridos en el Programa de Estimulación Prenatal.
4. Proponemos se realicen estudios en la misma línea investigativa pero en población adolescente.
5. Proponemos se realicen estudios en la misma línea pero con la población de gestantes tardías, ya que en el desarrollo de nuestro trabajo nos encontramos con ese grupo de gestantes.



BIBLIOGRAFÍA

1. LOCKE, JOHN. Ensayo sobre el entendimiento humano. 1ª ed. Madrid: Nacional; 1980. (2):802-803.
2. Ley N°28124, Ley de promoción y estimulación prenatal y temprana.
3. GUIA DE ESTIMULACIÓN PRENATAL EsSalud-2006
4. FIGUEROA CRUZ, R. Estimulación prenatal I. 1ª ed. Arequipa; 2007. p 92-100.
5. MOORE PERSAUD. Embriología Clínica. 9ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 380- 387.
6. YUNI, JOSÉ A. Mapas y herramientas para conocer la escuela: investigación etnográfica e investigación acción. 3ª ed. Córdova: Brujas, 2005. p. 18-21
7. MINSA. Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal. 1ª ed. Lima: Editora Diskcopy S.A.C. 2011. p 47-48.

HEMEROGRAFÍA

8. HINOSTROZA MATOS, Rocío del Pilar y GAMONAL NICODEMOS, Deysi Sarait. “Nivel de Conocimiento sobre Estimulación Prenatal en Gestantes atendidas en el Hospital II-1 Moyobamba. Julio - Diciembre 2011”.
http://portal.unsm.edu.pe/spunsm/archivos_proyectox/archivo_83_Binder1.pdf
9. LANDY LLUVISACA Janneth Fernanda, Riera Guachicullca, María Verónica y Sarmiento Pesántez, Mercy Patricia. “Evaluación e intervención de conocimientos de Estimulación Prenatal en madres gestantes de 20 a 35 años que acuden al Hospital Municipal Cuenca, 2013”.
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/4979>
10. GARCÍA GARCÍA, Luz Marina, et al. Prácticas sobre estimulación prenatal que realizan las gestantes adultas asistentes al control prenatal en Sincelejo (Colombia) 2006.<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724105>

11. PONCE GÓMEZ, Patricia “Efecto del Programa de Estimulación Prenatal en el conocimiento de las madres adolescentes y comportamiento del recién nacido, Hospital– llave, Enero a Diciembre 2011”. Tesis para optar el título de Especialista en Estimulación Prenatal Psicoprofilaxis Obstétrica y del Climaterio

INFORMATOGRAFÍA

12. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario.
Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=conocer> (consultado 10/03/2016)
13. Definición .de conocimiento
Disponible en: <http://definición.de/conocimiento/> (consultado 10/03/2016)
14. CHAVERRA FERNÁNDEZ, Beatriz Elena. Una aproximación al concepto de práctica en la formación de profesionales en educación física. Universidad de Antioquia, Instituto Universitario de Educación Física. Medellín, Colombia.
Disponible en: <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/206-unaaproximacion.pdf>
(Consultado 10/12/2015)
15. ASÁN VELASQUEZ, María del Pilar. María del Pilar. Guía de fundamentos técnicos de Estimulación Prenatal. Lima 2015.
Disponible en: <http://myslide.es/documents/guia-de-fundamentos-epn.html>
(Consultado 10/12/2015)
16. HERNÁNDEZ-MUELA S., Mulas F., Mattos L. Plasticidad neuronal funcional. Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP). Valencia, España. REV NEUROL 2004; 38 (Supl 1): S58-S68
Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-equino/plasticidad2.pdf>
(Consultado 10/12/2015)
17. Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). Libro Blanco de la Atención Temprana. Tercera edición: Septiembre de 2005 Madrid, España.

Disponible en: https://www.fcsd.org/fichero-69992_69992.pdf

(Consultado 10/12/2015).

18. MULAS F., Hernández S., Mattos L., Abad-Mas L., Etchepareborda M.C. Dificultades del aprendizaje en los niños epilépticos. Instituto Valenciano de Neurología Pediátrica (INVANEP). Valencia, España. REV NEUROL 2006; 42 (Supl 2): S157-S162.

Disponible: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/42S02/uS02S157.pdf>

(Consultado 1/11/2015).

19. Tomatis, Alfred. Método musical.

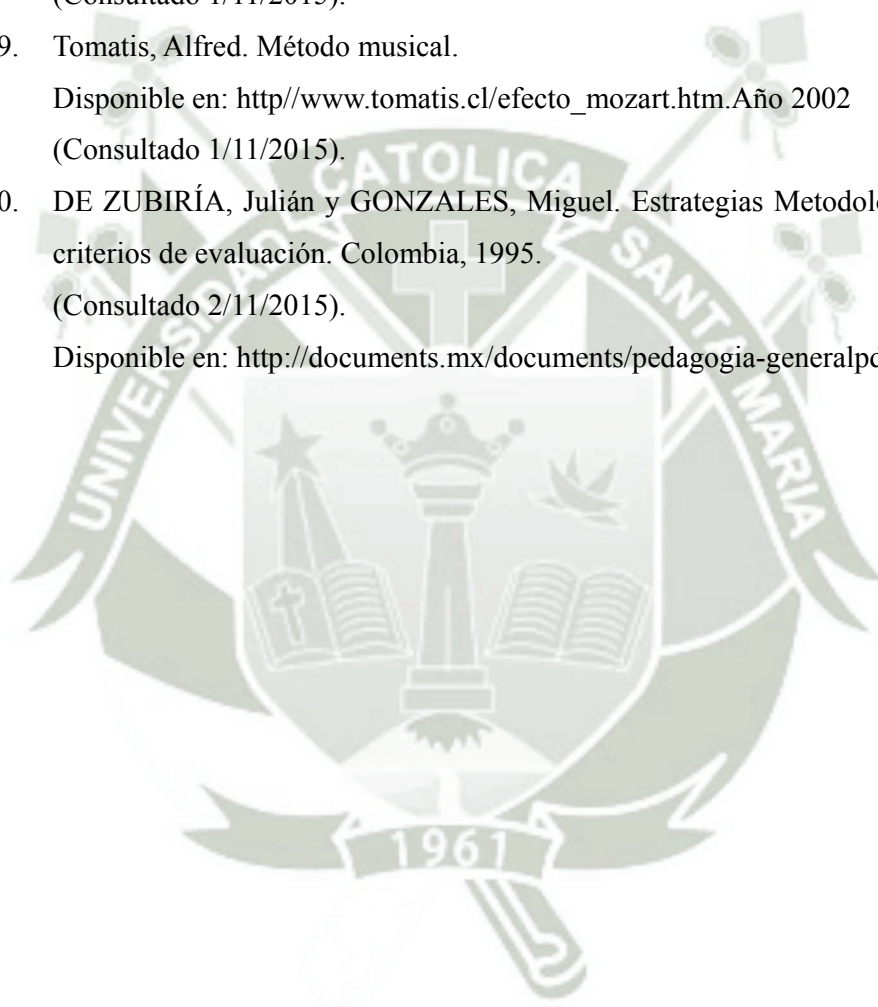
Disponible en: http://www.tomatis.cl/efecto_mozart.htm. Año 2002

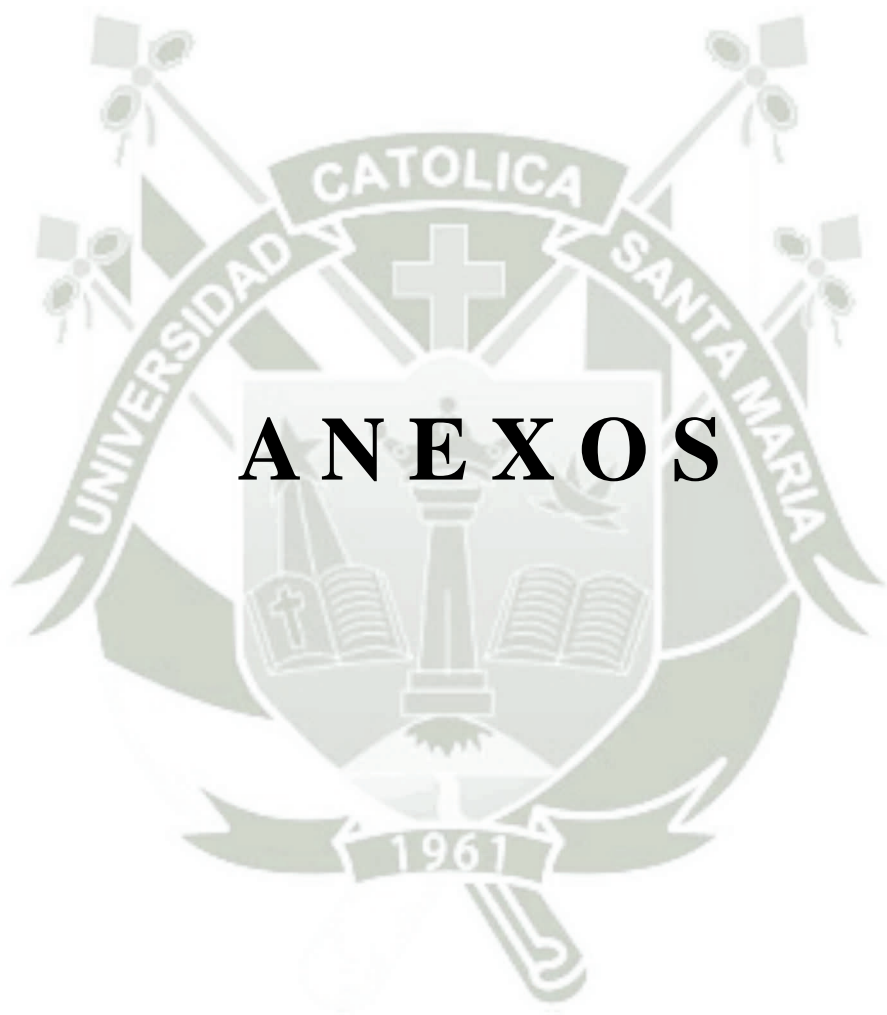
(Consultado 1/11/2015).

20. DE ZUBIRÍA, Julián y GONZALES, Miguel. Estrategias Metodológicas y criterios de evaluación. Colombia, 1995.

(Consultado 2/11/2015).

Disponible en: <http://documents.mx/documents/pedagogia-generalpdf.html>

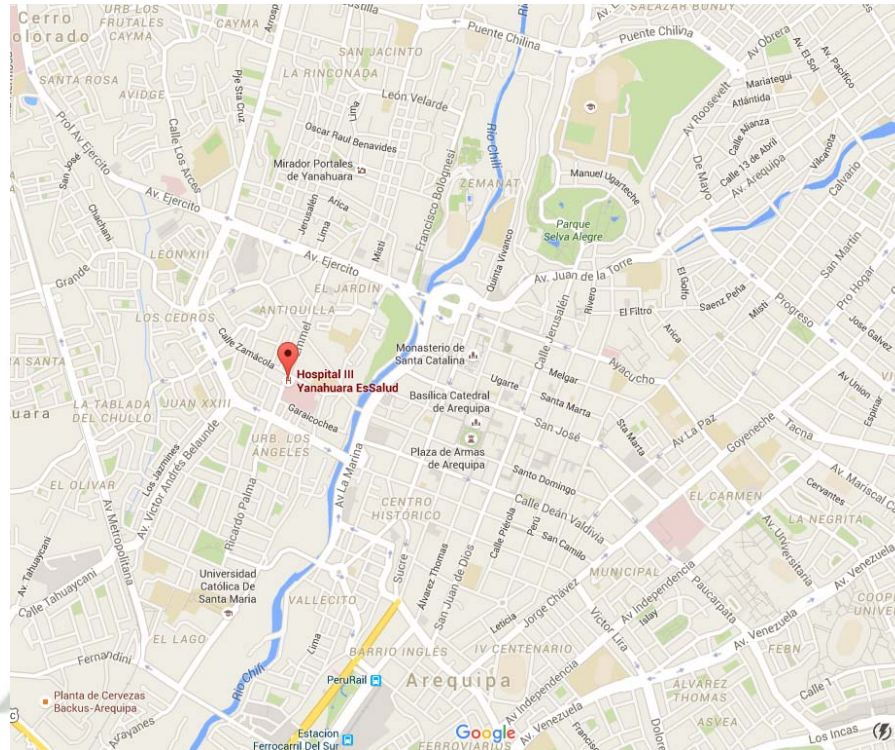




ANEXOS

ANEXO 1

Ubicación Geográfica Hospital III Yanahuara ESSALUD



Fuente: google maps

ANEXO 2

FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN:

INFLUENCIA DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN PRENATAL SOBRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO EMBRIONARIO, FETAL Y LAS TÉCNICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III YANAHUARA DE ESSALUD, JULIO – AGOSTO, AREQUIPA 2016

Mediante la firma del presente documento, doy mi consentimiento para participar voluntariamente en la presente investigación efectuada por las señoritas:
Bachiller en Obstetricia y Puericultura: Yuridia Pamela Paliza Ascencios
Bachiller en Obstetricia y Puericultura: Claudia Penélope Zea Mondino

Como requisito para obtener el título profesional de Licenciadas en Obstetricia.

Soy consciente que la información que proporcione será confidencial y útil para identificar cual es mi conocimiento sobre el desarrollo embriológico, fetal y las técnicas en estimulación prenatal.

Además he recibido explicaciones, tanto verbales como escritas, que aclaran mis dudas y preguntas.

Por lo tanto:

Acepto participar en la investigación para conformidad firmo a continuación.

FIRMA DE LAS INVESTIGADORAS

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FECHA: _____

ANEXO 3

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Datos de la gestante:

1. Edad: _____

2. Estado civil:

Soltera ()

Conviviente ()

Casada ()

Viuda ()

Divorciada ()

3. Grado de instrucción

Analfabeta ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior no universitario ()

Superior universitario ()

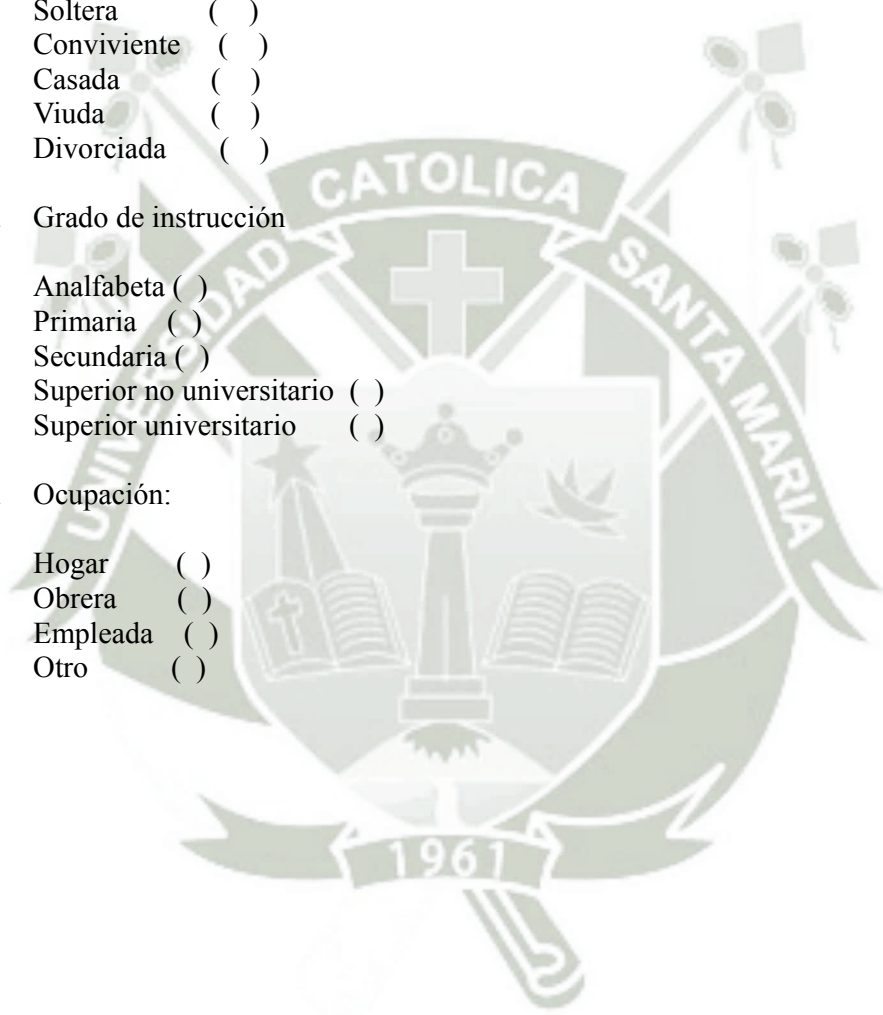
4. Ocupación:

Hogar ()

Obrera ()

Empleada ()

Otro ()



CUESTIONARIO

CONOCIMIENTO SOBRE EL DESARROLLO EMBRIONARIO, FETAL Y TÉCNICAS EN ESTIMULACIÓN PRENATAL

No		SI	NO
DESARROLLO EMBRIONARIO			
1	El embrión se refiere a un humano en desarrollo, hasta la octava semana del embarazo (dos meses).		
2	A la octava semana (dos meses) el embrión cuenta con cabeza, tronco y extremidades.		
3	El embrión mide menos de 3 centímetros.		
4	El cerebro empieza su desarrollo en la etapa embrionaria.		
DESARROLLO FETAL			
5	El bebé no nacido se denomina "feto".		
6	El feto ya está completamente formado al quinto mes.		
7	El feto al nacer mide 50 centímetros.		
8	Mejoran los movimientos reflejos y los movimientos corporales son más fuertes.		
TÉCNICA AUDITIVA			
9	La técnica auditiva de estimulación se inicia al quinto mes de embarazo.		
10	Cada instrumento musical lo emplea por tres minutos.		
11	Realiza usted la técnica de estimulación auditiva de 2 a 3 veces por semana en su casa.		
12	Se emplea la voz humana, música e instrumentos musicales.		
TÉCNICA TÁCTIL			
13	La estimulación prenatal por el tacto (yema de los dedos o palma de la mano) se inicia al quinto mes de embarazo		
14	Se debe realizar una hora después de los alimentos durante 3 minutos.		
15	Realizar usted la técnica de estimulación táctil de 2 a 3 veces por semana, en su casa.		
16	Se puede emplear cremas, aceites u objetos con textura suave o rugosa.		
TÉCNICA VISUAL			
17	Se inicia al quinto mes de embarazo porque los ojos alcanzan madurez.		
18	La estimulación con luz natural de 3 a 5 segundos de exposición y con luz artificial de 30 a 60segundos.		
19	Realiza usted la técnica de estimulación visual de 2 a 3 veces por semana en su casa.		
20	La estimulación se realiza con luz natural (luz solar) y con luz artificial (foco, linterna).		

TÉCNICA MOTORA			
21	La estimulación motora se inicia a partir del quinto mes de embarazo.		
22	Se puede realizar caminatas o actividad física 10 minutos sin experimentar cansancio o fatiga.		
23	Realiza usted la técnica de estimulación motora de 2 a 3 veces por semana en su casa.		
24	Las danzas suaves y caminatas estimulan al bebé.		

Leyenda:

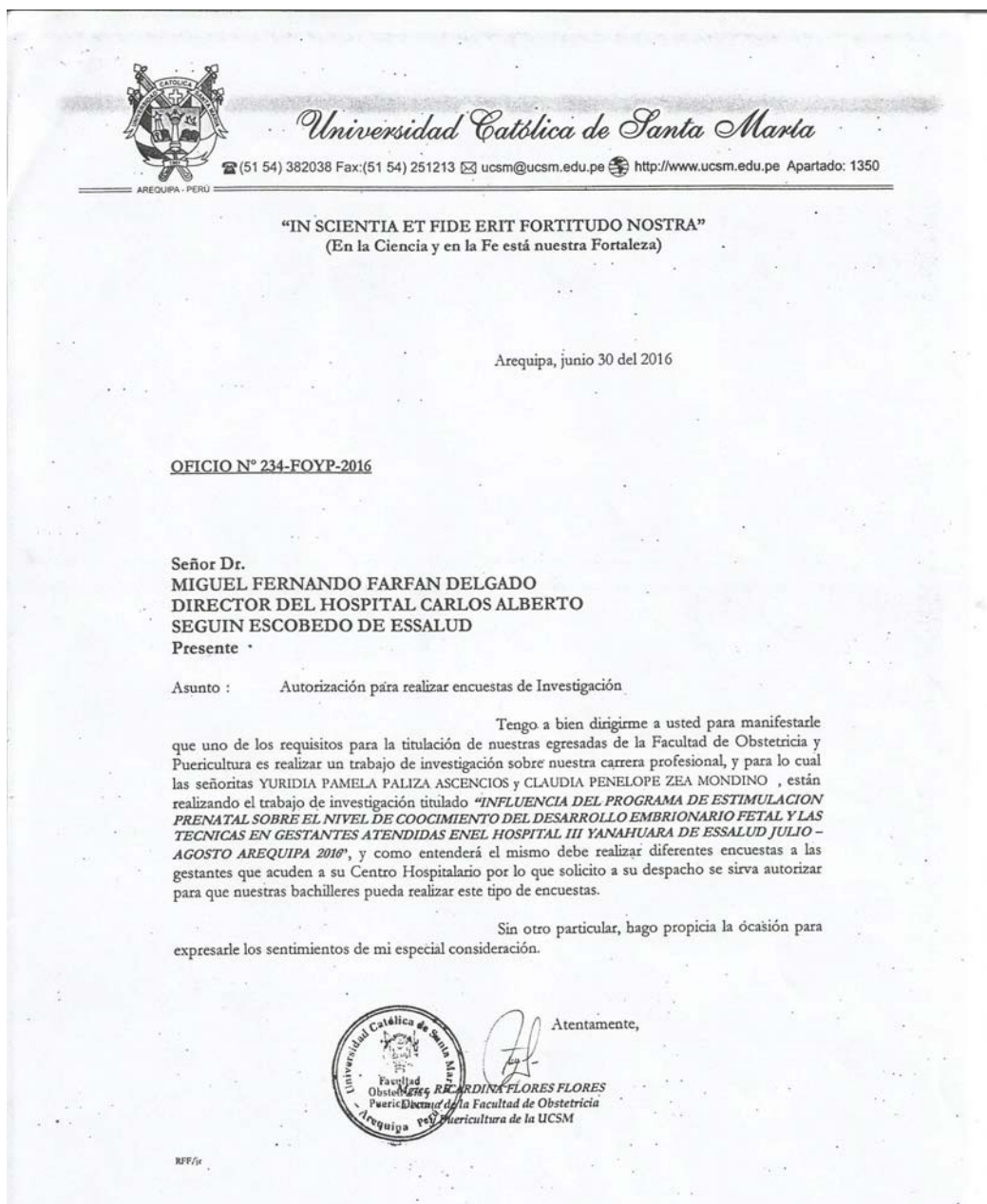
Calificación sobre el desarrollo embrionario	Puntaje
Buena	Si responde 3 a 4 ítems
Regular	Si responde 2 ítems
Deficiente	Si responde 1 ítem

Calificación sobre el desarrollo fetal	Puntaje
Buena	Si responde 3 a 4 ítems
Regular	Si responde 2 ítems
Deficiente	Si responde 1 ítem

Calificación sobre técnicas	Puntaje
Buena	Si responde 3 a 4 ítems
Regular	Si responde 2 ítems
Deficiente	Si responde 1 ítem

Calificación global	Puntaje
Deficiente	0-8
Regular	9-16
Adecuado	17-24

ANEXO 4 A



ANEXO 4 B



REQUISITOS PARA LA REALIZACION DE PROYECTO DE
INVESTIGACION EN ESSALUD

- Solicitud dirigida a la Jefa de la Oficina Capacitación, Investigación y Docencia. Dra. Luz Gisella Chávez Valdivia
 - Proyecto de Investigación (en físico y CD)
 - El Proyecto de Investigación deberá contar con la opinión favorable de la Facultad
 - Constancia emitida de la Red de Información Científica HNCASE, acreditando que no existe trabajo similar en la biblioteca.
 - Carta de Presentación de la Universidad (para Bachilleres)
 - En caso de no ser trabajador de la Institución el Investigador deberá abonar a la cuenta de investigación de la Red, Instituto o Centro Especializado la suma de \$ 100.00 dólares por concepto de revisión, de tesis de doctorado, maestría y especialidad en el área de la salud y administrativa, a la cuenta de ahorros N° 01166100020002940760 del Banco Continental.
 - Carta de Compromiso del Tutor, donde realizará el trabajo (Profesional activo de ESSALUD)
 - Teléfono (fijo o celular) del interesado
 - Presentación de ejemplar del Trabajo de Investigación para la Inclusión como material bibliográfico, al término del Proyecto.
-

ANEXO 4 C

SOLICITO: AUTORIZACION PARA PODER
EFECTUAR ENCUESTAS DE PROYECTO
DE INVESTIGACION.

SRA. JEFA DE LA OFICINA DE CAPACITACION, INVESTIGACION Y
DOCENCIA

DRA. LUZ GISELLA CHAVEZ VALDIVIA

Nosotras, YURIDA PAMELA PALIZA ASCENCIOS
con DNI. Nro. 43021377, domiciliada en la Urb.
Pablo VI N-1 y CLAUDIA PENELOPE ZEA
MONDINO, con DNI. Nro. 41592382 con domicilio
en Urb. San Fe C-13 del distrito de Sachaca ,
bachilleres de la Facultad de Obstetricia y
Puericultura de la UCSM de Arequipa, ante usted
con el debido respeto nos presentamos.

Que, nos encontramos realizando el Proyecto de tesis titulado "INFLUENCIA
DEL PROGRAMA DE ESTIMULACION PRENATAL SOBRE EL NIVEL DE
CONOCIMIENTO DEL DESARROLLO EMBRIONARIO FETAL Y LAS
TECNICAS EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL III-
YANAHUARA DE ESSALUD, JULIO – AGOSTO DEL 2016, dicho proyecto ya
ha sido aprobado por lo que solicitamos usted la AUTORIZACION PARA
PODER EFECTUAR LAS ENCUESTAS NECESARIAS PARA EL PROYECTO
DE INVESTIGACION EN DICHO NOSOCOMIO, para así poder culminar con
nuestro-trabajo investigativo.

POR LO EXPUESTO:

Pedimos a usted acceder a nuestra solicitud.

Arequipa 07 de julio del 2016


.....
YURIDA PAMELA PALIZA ASCENCIOS
DNI. Nro. 43021377


.....
CLAUDIA PENELOPE ZEA MONDINO
DNI. NRO. 41592382



ANEXO 4 D

Carta de Compromiso del Tutor Académico

Yo, ARMIDA FERNADEZ VASQUEZ, Licenciada en Obstetricia y Puericultura con número de colegiatura 2406 en mi condición de profesional activa en el Hospital de Yanahuara III ESSalud – Arequipa, manifiesto por medio de la presente, que acepto la responsabilidad de Tutoría y del seguimiento de las Bachilleres en Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María; PALIZA ASCENCIOS YURIDIA PAMELA identificada con DNI N° 43021377, ZEA MONDINO CLAUDIA PENELOPE identificada con DNI N° 41592382, durante el desarrollo de su investigación, para optar el Título Profesional como Licenciadas en Obstetricia y Puericultura.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente.



Armida Fernández Vásquez

COP 2406



Arequipa-07 de Julio 2016

ANEXO 4 E



"Año de la Consolidación del Mar de Grau"

"Año de la Conmemoración del Octogésimo Aniversario de la Creación de la Seguridad Social en el Perú"

CARTA N° 039 CIA-OCID-GRAAR-ESSALUD-2016

Arequipa, 27 julio del 2016

Señora
Lic. Armida Fernández Vásquez
Hospital III Yanahuara
Red Asistencial Arequipa
Presente.-

Asunto: **Aprobación de Proyecto de Investigación**

Mediante la presente me dirijo a usted con un saludo cordial y a la vez manifestarle que, el Proyecto de Investigación denominado, "Influencia del Programa de Estimulación Prenatal sobre el Nivel de Conocimiento del Desarrollo Embrionario Fetal y las Técnicas en Gestantes atendidas en el Hospital III-Yanahuara de EsSalud, Julio – Agosto del 2016", presentado por las señoritas Yurida Pamela Paliza Ascencios y Claudia Penélope Zea Mondino, Bachilleres de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, es favorable ante el Comité de Investigación Académica de la Red Asistencial Arequipa.

La presente autorización no constituye certificación de que el trabajo haya sido realizado en nuestras instalaciones, por lo tanto las **Srtas. Paliza Ascencios y Zea Mondino** deberán recabar de nuestra oficina la certificación, previa presentación de un ejemplar del trabajo final, luego de ser sustentado y aprobado, el mismo que será incluido como material de consulta en nuestra Biblioteca.

El informe final del trabajo deberá guardar estricta reserva (anonimato) respecto al sujeto de estudio y datos personales de identificación directa o indirecta.

Atentamente,



Dra. María Teresa Mesa Aragón
Profesora de Investigación Académica
RED ASISTENCIAL AREQUIPA

MTMA/nhm
C.c. Interesadas
Archivo
NIT: 1313/2016/10052

www.essalud.gob.pe

Esq. Peral y Ayacucho s/n
Arequipa, Perú
T. (054) 380350 / 380370



Fuente: Foto tomada por las tesis, aplicación de cuestionario a gestantes en sala de espera de consultorio Obstétrico y patio de Estimulación Prenatal del Hospital III ESSALUD



ANEXO 5

Escala: TODAS LAS VARIABLES

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	34	100,0
	Excluidos ^a	0	,0
	Total	34	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,750	24

