

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



**Efecto de la psicoprofilaxis obstétrica sobre el nivel de dolor durante el
trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el
Hospital Goyeneche, Arequipa – 2024**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Tejada Maque, Ariana Sofía

ORCID: 0009-0004-7181-5802

Zambrano Díaz, Karol Analí

ORCID: 0009-0003-1877-1444

para optar el Título de Profesional de Licenciada en Obstetricia

Asesor (a):

Mg. Rodríguez Meza, Giovanna Rocío

ORCID: 0009-0005-3896-2840

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 27 de Septiembre del 2024

Dictamen: 013056-C-EPOYP-2024

Visto el borrador del expediente 013056, presentado por:

2020896652 - TEJADA MAQUE ARIANA SOFIA

2020896902 - ZAMBRANO DIAZ KAROL ANALI

Titulado:

EFFECTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA SOBRE EL NIVEL DE DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA - 2024

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**29203672 - ESCOBEDO VARGAS JANNET MARIA
DICTAMINADOR**



**29630138 - MEZA FLORES FABIOLA CARMEN
DICTAMINADOR**



**29416379 - CACERES HUAMBO ALBERTO
DICTAMINADOR**



Efecto de la psicoprofilaxis obstétrica sobre el nivel de dolor durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa - 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1 Submitted to Universidad Católica de Santa María 9%
Trabajo del estudiante

2 tesis.ucsm.edu.pe 6%
Fuente de Internet

3 repositorio.uoosevelt.edu.pe 2%
Fuente de Internet

4 hdl.handle.net 2%
Fuente de Internet

5 dspace.utb.edu.ec 2%
Fuente de Internet

6 repositorio.unsch.edu.pe 2%
Fuente de Internet

7 repositorio.ucsm.edu.pe 1%
Fuente de Internet

repositorio.unheval.edu.pe

DEDICATORIA

A mis queridos padres, Raúl y Rosario, quienes han sido mi mayor fuente de inspiración que con su amor, sacrificio y dedicación han sido el pilar de mi éxito. Agradezco profundamente su apoyo constante y por mostrarme la importancia del esfuerzo y la perseverancia; han sido esenciales para alcanzar este logro.

A mi querida hermana Carol, cuyo amor y apoyo han sido fundamentales para alcanzar este logro. Tu capacidad para escuchar, entender y alentarme ha hecho esta travesía mucho más llevadera. Gracias por ser mi incondicional, mi mejor amiga y por siempre creer en mí en cada paso del camino.

A mis adorados abuelos Octavio y Juanita, cuya inmensa bondad y amor han sido el mayor regalo en mi vida. Gracias por sus consejos invaluable y por estar siempre presentes en cada paso de mi vida con su apoyo incondicional y amor infinito.

A mis queridas mascotas, Cloe y Luna, con todo mi amor, por su fidelidad, su constante compañía en las largas noches y por iluminar mis días.

Ariana Sofia Tejada Maque

A mi amada mamá Angélica, por ser mi ejemplo a seguir, por su amor incondicional y apoyo; los cuales fueron mi mayor inspiración, por su sacrificio diario que me impulsaron a seguir adelante con mis sueños, por darme fortaleza en los momentos difíciles.

A mi papá Teodocio, por ser mi ángel que siempre me cuida desde el cielo, y me guía en cada paso que doy. Su espíritu vive en cada uno de mis logros.

A mi hermana Kelly, por ser mi compañera incondicional, por apoyarme y escucharme en todo momento, por tenerme paciencia y enseñarme que con esfuerzo todo se puede lograr.

A mi primo José, por ser como un hermano para mí, por siempre haber confiado en mí incluso cuando yo dudaba de mí misma.

A mis amigos, por haber compartido momentos inolvidables, por su compañía en este largo camino, por brindarme su ayuda y aliento en la realización de esta investigación. Hicieron de este proceso más llevadero y agradable.

Karol Analí Zambrano Diaz

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, damos gracias a Dios por ser nuestra guía y acompañarnos en cada paso que dimos durante todo este proceso.

A nuestros queridos padres de familia, un agradecimiento eterno por el amor incondicional, sacrificio y apoyo constante en todo momento. Sus valiosas enseñanzas han sido el pilar fundamental de que nos permite ahora alcanzar nuestra meta. Las palabras no son suficientes para expresar nuestro agradecimiento por todo lo que hicieron por nosotras a lo largo de nuestra vida.

A nuestra querida familia, quienes nos acompañaron en este largo proceso, brindando en todo momento palabras de aliento y comprensión en distintas circunstancias. Su apoyo ha sido una fuente de motivación e inspiración.

A nuestra querida Universidad Católica de Santa María, por abrirnos las puertas y habernos preparado y formado como profesionales con calidad humana, responsabilidad, constancia y compromiso en nuestras labores académicas. Agradecemos a todos nuestros docentes que han contribuido en nuestra formación profesional a lo largo de estos años, con su arduo trabajo y dedicación.

Un enorme agradecimiento a nuestra asesora Giovanna Rodríguez Meza por su buena disposición de ayudarnos, su experiencia y apoyo fueron fundamentales para el desarrollo de la presente investigación. Del mismo modo, gradecemos a nuestros dictaminadores, facilitadora y obstetras del Hospital Goyeneche, quienes nos brindaron su apoyo y respaldo.

Cada contribución ha sido invaluable, y cada gesto ha dejado una huella en este logro. Gracias a todos por haber sido parte de este difícil y largo camino y por ayudarnos a alcanzar este importante objetivo en nuestra vida.

Ariana S. Tejada Maque y Karol A. Zambrano Diaz

EPÍGRAFE

“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

Mahatma Gandhi

RESUMEN

Objetivo: La presente investigación tiene como objetivo comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa - 2024.

Material y métodos: Se elaboró un estudio de campo, prospectivo, comparativo, empleando un cuestionario, el cual fue aplicado a 108 mujeres que tuvieron parto eutócico en el Hospital Goyeneche, de las cuales 54 realizaron el programa de psicoprofilaxis obstétrica (PPO) y las restantes no realizaron ninguna sesión. Dicha investigación se llevó a cabo durante los meses de julio a agosto del año 2024. Los datos recolectados fueron analizados, sistematizados, en el programa de Microsoft Office Excel y el SPSS. Los resultados se plasmaron en tablas y gráfico de barras, que fueron analizados con el Chi cuadrado, el cual es útil para medir la diferencia estadísticamente significativa de las variables dispuestas, con una confiabilidad del 95% y margen de error del 5%.

Resultados: Se obtuvo que la edad del 37% de las gestantes oscila entre los 25 a 30 años. El 77,8% de gestantes preparadas y el 88,9% de las gestantes no preparadas son convivientes. El 57,4% del grupo de gestantes preparadas y el 74,1% de gestantes no preparadas culminaron la secundaria. La mayoría de las gestantes son amas de casa. El 90,7% de las gestantes preparadas y el 79,6 % de las gestantes no preparadas, residen en zona urbana. En el grupo de las gestantes preparadas 42,6% fueron primíparas mientras que en el grupo de las gestantes no preparadas lo fueron el 33,3%. El dolor fue intenso en el 29,6% de gestantes preparadas y el 59,3% de las gestantes no preparadas en el primer período del trabajo de parto. El dolor fue intenso en el 57,4% de las pacientes preparadas, y en el 83,3% de las pacientes no preparadas durante el período expulsivo. El nivel de dolor en las gestantes preparadas y no preparadas muestran una diferencia significativa en el primer y segundo período respectivamente ($p=0,004$) ($p=0,009$).

Conclusiones: El grupo de las gestantes preparadas manifestaron menor dolor en el trabajo de parto y parto propiamente dicho, que el grupo de gestantes no preparadas. El nivel de dolor en el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche muestra una diferencia estadísticamente significativa ($P<0,05$).

Palabras clave: Psicoprofilaxis obstétrica, nivel de dolor, escala análoga visual.

ABSTRACT

Objective: The objective of this research is to compare the level of pain during labor and delivery itself in prepared and unprepared pregnant women treated at the Goyeneche Hospital, Arequipa – 2024.

Material and methods: A prospective, comparative field study was carried out, using a questionnaire, which was applied to 108 women who had a natural birth at the Goyeneche Hospital, of which 54 completed the obstetric psychoprophylaxis (OPP) program and the remaining no. did not perform any session. This research was done from July to August 2024. The data collected was analyzed and systematized in the Microsoft Office Excel and SPSS programs. The results were expressed in tables and bar graphs, which were analyzed with the Chi square, which is useful to measure the statistically significant difference of the variables provided, with a reliability of 95% and a margin of error of 5%.

Results: It was found that the age of 37% of the pregnant women ranges between 25 and 30 years. 77.8% of prepared pregnant women and 88.9% of unprepared pregnant women are cohabitants. 57.4% of the group of prepared pregnant women and 74.1% of unprepared pregnant women completed secondary school. Most pregnant women are housewives. 90.7% of the prepared pregnant women and 79.6% of the unprepared pregnant women reside in urban areas. In the group of prepared pregnant women, 42.6% were primiparous, while in the group of unprepared pregnant women, 33.3% were primiparous. Pain was intense in 29.6% of prepared pregnant women and 59.3% of unprepared pregnant women in the first period of labor. Pain was intense in 57.4% of the prepared patients, and in 83.3% of the unprepared patients during the expulsion period. The level of pain in prepared and unprepared pregnant women shows a significant difference in the first and second periods respectively ($p=0.004$) ($p=0.009$).

Conclusions: The group of prepared pregnant women reported less pain during labor and delivery itself than the group of unprepared pregnant women. The level of pain in labor and delivery itself in prepared and unprepared pregnant women treated at the Goyeneche Hospital shows a statistically significant difference ($P<0.05$).

Key words: Obstetric psychoprophylaxis, pain level, visual analogue scale.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
EPÍGRAFE	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1. ENUNCIADO.....	3
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.2.1. Área de conocimiento.....	3
1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables.....	3
1.2.3. Interrogantes básicas.....	4
1.2.4. Tipo de Investigación	4
1.2.5. Nivel de investigación	4
1.3. JUSTIFICACIÓN	5
1.3.1. Originalidad.....	5
1.3.2. Relevancia científica.....	5
1.3.3. Relevancia social	5
1.3.4. Factibilidad	5
1.3.5. Interés personal.....	5
2. OBJETIVOS.....	6
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1. MARCO CONCEPTUAL	7
3.1.1. Trabajo de parto	7
3.1.1.1. Fenómenos activos del trabajo el parto.....	7
3.1.1.2. Contracciones uterinas	7
3.1.1.3. Características de la contracción:.....	7
3.1.1.4. Tipos de contracciones.....	8
3.1.1.5. Fenómenos pasivos del trabajo el parto	8
3.1.1.6. Maduración cervical.....	9
3.1.1.7. Modificaciones bioquímicas del cuello.....	10

3.1.1.8. Periodos del trabajo de parto.....	10
3.1.2. Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica	15
3.1.2.1. Objetivos de la psicoprofilaxis obstétrica	16
3.1.2.2. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica.....	16
3.1.2.3. Bases doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica	17
3.1.2.4. Bases científicas de la psicoprofilaxis obstétrica.....	18
3.1.2.5. Métodos y técnicas en psicoprofilaxis	18
3.1.2.6. Técnicas de respiración.....	19
3.1.2.7. Respiraciones básicas del parto.....	20
3.1.2.8. Respiración según los periodos del trabajo de parto.....	20
3.1.2.9. Conceptos básicos en psicoprofilaxis	21
3.1.2.10. Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica	22
3.1.3. El dolor en el trabajo de parto	25
3.1.3.1. Dolor	25
3.1.3.2. Tipos de dolor	26
3.1.3.3. Mecanismo del dolor.....	26
3.1.3.4. Tensión.....	27
3.1.3.5. Fisiología del dolor de parto según períodos del parto	27
3.1.3.6. Medición del dolor en el trabajo de parto	29
3.1.3.7. Escalas para medir el dolor	29
3.2. Análisis de antecedentes investigativos	33
3.2.1. Antecedentes internacionales	33
3.2.2. Antecedentes nacionales.....	37
3.2.3. Antecedentes locales.....	39
4. HIPÓTESIS	40
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	41
1. Técnica, instrumentos y materiales de verificación	42
1.1. Técnica.....	42
1.2. Instrumentos.....	43
1.3. Materiales de verificación.....	43
2. Campo de verificación	43
2.1. Ubicación espacial	43
2.2. Ubicación temporal.....	43
2.3. Unidades de estudio	44
2.3.1. Universo.....	44

2.3.2. Muestra	44
3. Estrategia de recolección de datos	45
3.1. Organización	45
3.2. Recursos	46
3.3. Validación del instrumento	46
3.4. Consideraciones éticas	47
4. Estrategia para manejar resultados	47
4.1. Sistematización de los datos	47
4.1.1. Tipo de sistematización	47
4.2. Planes de operación.....	47
4.2.1. Plan de clasificación	47
4.2.1.1. Tipo de matriz de ordenamiento	47
4.2.2. Plan de tabulación.....	47
4.2.2.1. Tipo de tabla.....	47
4.2.3. Plan de graficación	47
4.2.3.1. Clase de gráfica	47
4.2.4. Plan de codificación.....	48
4.2.4.1. Sistema de codificación	48
4.2.4.2. Tipo de procesamiento	48
4.2.5. Plan de recuento.....	48
4.2.5.1. Tipo de recuento.....	48
4.2.5.2. Matrices de conteo	48
4.2.6. Plan de análisis de datos	48
4.2.6.1. A nivel de análisis	48
4.2.6.2. Tratamiento estadístico	48
CAPÍTULO III: RESULTADOS	49
DISCUSIÓN.....	66
CONCLUSIONES	71
RECOMENDACIONES	72
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	73
ANEXOS.....	81
ANEXO N°1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	82
ANEXO N°2: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	83
ANEXO N°3: ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR.....	85
ANEXO N°4: DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA	86

ANEXO N°5: CARTA DE PRESENTACIÓN	87
ANEXO N°6: PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN.....	88
ANEXO N°7: MATRIZ DE DATOS	89



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Edad de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	50
Tabla 2 Estado civil de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	52
Tabla 3 Nivel de instrucción de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	54
Tabla 4 Ocupación actual de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	56
Tabla 5 Zona de residencia de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	58
Tabla 6 Paridad de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	60
Tabla 7 Nivel de dolor en el primer período del trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	62
Tabla 8 Nivel de dolor en el segundo período del trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	51
Gráfico 2 Estado civil de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	53
Gráfico 3 Nivel de instrucción de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	55
Gráfico 4 Ocupación actual de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	57
Gráfico 5 Zona de residencia de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	59
Gráfico 6 Paridad de las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	61
Gráfico 7 Nivel de dolor en el primer período del trabajo de parto en las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	63
Gráfico 8 Nivel de dolor en el segundo período del trabajo de parto en las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche	65

INTRODUCCIÓN

El parto es una experiencia única y especial que conlleva una serie de situaciones incluyendo temores, riesgos y cambios físicos, como las modificaciones en el cuello uterino que provocan dolor. Así mismo, las contracciones uterinas actúan como motor del trabajo de parto las cuales deben incrementarse de manera natural en frecuencia, duración e intensidad a medida que el proceso avanza.

Es importante destacar que existe un programa conocido como “psicoprofilaxis obstétrica” (PPO); según el MINSA es definido como un proceso educativo para la preparación integral de la gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente a la gestación, parto y puerperio. Adicional a ello, colabora con la reducción de complicaciones obstétricas antes y después del parto, ya que la gestante recibe una preparación tanto física como psicológica, afrontando así el parto adecuadamente con las herramientas correctas sin temor alguno, obteniendo como resultado la disminución de las complicaciones perinatales, debido a que acorta el tiempo de los períodos del trabajo de parto, añadiendo a estos beneficios en la mejor oxigenación de la madre y del feto (1).

En los años 70, se consideró el valor de psicoprofilaxis obstétrica donde se evidenció los beneficios maternos-perinatales hacia la población y al equipo de salud que interviene en el PPO (2). El conocimiento y dominio de alguna técnica de relajación permite que la gestante pueda reducir molestias, nerviosismo, tensión, cansancio y angustia durante el parto, pudiendo controlar el dolor de manera correcta (3).

En nuestra etapa de internado, observamos como muchas de las gestantes que no realizaron ninguna sesión de psicoprofilaxis ingresaban a sala de parto con ideas y conductas erróneas que no favorecían en el trabajo de parto, por tal motivo manifestaban un mayor nivel de dolor.

Con base en lo señalado, esta investigación pretende comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa - 2024. Con el fin de contribuir a crear un alto grado de impacto en el manejo del dolor en el trabajo de parto en cada uno de sus períodos, haciendo que el momento del parto sea percibido como una experiencia única e inolvidable (4).

En los meses de julio - agosto del año 2024, la investigación tuvo lugar en el Hospital Goyeneche en el departamento de Gineco-Obstetricia, el cual se realizó siete días de la semana, en un horario de 07:00 horas a 08:30 horas, para ello se procedió a realizar la aplicación del instrumento en gestantes preparadas y no preparadas, que tuvieron su parto en dicho hospital con previo consentimiento informado.



**CAPITULO I:
PLANTEAMIENTO TEÓRICO**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. ENUNCIADO

“Efecto de la psicoprofilaxis obstétrica sobre el nivel de dolor durante el trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa - 2024”

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Área de conocimiento

- Área General: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Obstetricia y Puericultura
- Línea: Psicoprofilaxis Obstétrica

1.2.2. Análisis y Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable Independiente Psicoprofilaxis obstétrica	Gestante preparada	Sí
		No
Variable Dependiente Nivel del dolor en el trabajo de parto	Intensidad del dolor en el primer período	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Intenso
	Intensidad del dolor en el segundo período	<ul style="list-style-type: none"> • Leve • Moderado • Intenso
Variable Interviniente Características Sociodemográficas y factores obstétricos	Edad materna	<ul style="list-style-type: none"> • ≤ 19 años • 20 – 25 años • 26 – 30 años • 31 – 35 años • \geq de 36 años
	Nivel de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabeta • Primaria • Secundaria • Superior Téc. • Superior Univer.

	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente
	Ocupación actual	<ul style="list-style-type: none"> • Ama de casa • Trabaja • Estudiante
	Zona de residencia	<ul style="list-style-type: none"> • Urbano • Rural
	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Primípara • Secundípara • Multípara • Gran multípara

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel del dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa -2024?
- ¿Cuál es el nivel del dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa - 2024?
- ¿Existe diferencia significativa entre el nivel de dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa - 2024?

1.2.4. Tipo de Investigación

Estudio de abordaje prospectivo, transversal, comparativo y de campo.

1.2.5. Nivel de investigación

La presente investigación pertenece al nivel de investigación explicativo.

1.3. JUSTIFICACIÓN

1.3.1. Originalidad

El estudio buscará difundir el programa de psicoprofilaxis obstétrica y promover la participación de las gestantes en dicho programa; educar y preparar a la gestante para el trabajo de parto enfatizando en el manejo del dolor que conlleva el parto en sus diferentes períodos.

1.3.2. Relevancia científica

Respecto al programa de psicoprofilaxis obstétrica, se evidencia avances científicos y tecnológicos en las últimas dos décadas han permitido el desarrollo y la aplicación de varias estrategias para iniciar, acelerar y regular el proceso fisiológico del parto (5), siendo un aporte investigativo importante para la difusión y promoción del programa de psicoprofilaxis obstétrica, beneficiando no solo a la madre, sino al núcleo familiar en sí (6).

1.3.3. Relevancia social

Se quiere lograr un impacto en la sociedad, sobre la importancia de la asistencia de las gestantes al programa de psicoprofilaxis obstétrica, obteniendo beneficios en el embarazo, parto y puerperio.

1.3.4. Factibilidad

La investigación puede hacerse, ya que se cuenta con los medios y recursos necesarios, así como la disponibilidad de tiempo y la aceptación del Hospital Goyeneche.

1.3.5. Interés personal

Esta investigación se realizó debido a nuestra experiencia durante la etapa del internado, ya que se observó la importancia del programa de psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes ya que las pacientes que no realizaron el programa de psicoprofilaxis obstétrica desconocían las técnicas de manejo de dolor durante el trabajo de parto.

2. OBJETIVOS

- Determinar el nivel del dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche.
- Determinar el nivel del dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche.
- Comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. Trabajo de parto

Es el conjunto de fenómenos activos y pasivos que desencadenan al final de la gestación, tienen por objeto la expulsión del feto, la placenta y sus anexos a través del canal del parto. El trabajo de parto se divide en tres periodos: el primero, corresponde al borramiento y dilatación del cuello uterino; el segundo, a la expulsión del feto, y el tercer periodo consiste en la salida de la placenta y anexos fetales este se denomina periodo placentario o de alumbramiento (7).

Las contracciones del músculo uterino proporcionan la presión y la fuerza que borra y dilata el cuello, expulsa la placenta y el feto.

La expulsión del feto es facilitada por las contracciones de los músculos toracoabdominales (7).

La definición clínica del trabajo de parto es: 2-3 contracciones uterinas de intensidad moderada cada 10 minutos, acompañadas de maduración y dilatación cervical (2-3cm). El Dr. Andrés Mongrut también considera que la formación de las bolsas de agua es una característica clínica (8).

Para hablar de trabajo hay que mencionar los fenómenos activos y pasivos que provoca: (8)

3.1.1.1. Fenómenos activos del trabajo el parto

Los fenómenos activos del trabajo de parto se definen como las contracciones uterinas. Ya que es el motor del parto que conduce al feto por el canal del parto (8).

3.1.1.2. Contracciones uterinas

Las contracciones de parto son las únicas musculares fisiológicas dolorosas, pero se desconoce la causa de este dolor. Podría ser debido a hipoxia de la capa muscular del útero, el miometrio, compresión de los nervios del cérvix y del segmento uterino inferior, distensión del cuello con la dilatación y estiramiento del peritoneo supra yacente (8).

3.1.1.3. Características de la contracción:

3.1.1.3.1. Tono

Es la presión más baja registrada entre las contracciones

- Tono uterino normal. - 8 – 12 mmHg.
- Hipotonía: Menor a 8 mm Hg.

- Hipertensión: Mayor a 12 mm Hg (7).

3.1.1.3.2. Intensidad o amplitud

Es la presión máxima que se ha registrado como resultado de una contracción. Altera el intercambio gaseoso, causa hipoxia y esto lleva Sufrimiento Fetal Agudo (7).

- Intensidad en el periodo de dilatación: Oscila hasta a 30 mm Hg (7).
- Intensidad en el periodo expulsivo: Oscila hasta 50 mm Hg. (7).

3.1.1.3.3. Frecuencia

Frecuencia de contracciones que se producen en 10 minutos

El aumento de la frecuencia se denomina polisistolia y la disminución, bradísistolia (7).

3.1.1.3.4. Duración

La duración de la contracción se cuenta desde que comienza a ascender la onda hasta el punto en que adquiere de nuevo el tono basal (7).

3.1.1.3.5. Actividad uterina

Se define como el resultado de la intensidad por la frecuencia de las contracciones uterinas y se expresa en mm Hg por cada 10 minutos o unidades Montevideo (7).

3.1.1.4. Tipos de contracciones

3.1.1.4.1. Contracciones de Álvarez

Son contracciones de poca intensidad (2-4 mm Hg), limitadas a zonas pequeñas del útero. Su frecuencia es aproximadamente de 1 contracción por minuto. Estas pequeñas contracciones no son percibidas por la gestante, ni por la palpación abdominal (7).

3.1.1.4.2. Contracciones de Braxton Hicks

Son las contracciones que se extienden a un área más amplia del útero y tienen una intensidad mayor (10-15 mm Hg). La mujer gestante puede sentir las como un endurecimiento indoloro de su útero cuando las palpa. Las contracciones de Braxton-Hicks tiene una frecuencia baja y van aumentando con el avance del embarazo; por ejemplo, ocurren entre las 20 y las 30 semanas de gestación (7).

3.1.1.5. Fenómenos pasivos del trabajo el parto

Los fenómenos pasivos ocurren durante el trabajo de parto como resultado de las contracciones uterinas. (9).

3.1.1.5.1. Ampliación del segmento inferior

Durante el embarazo, la región ístmica del útero se transforma en el segmento inferior. Durante el trabajo de parto, este segmento inferior se adelgaza y se expande. La histerotomía para la operación de cesárea se realiza en el segmento inferior. (9).

3.1.1.5.2. Borramiento y dilatación del cuello uterino

El borramiento se refiere al acortamiento del cuello uterino. Tanto el borramiento como la dilatación ocurren de manera pasiva mientras el feto avanza a través del cuello uterino. Antes de que se produzcan la dilatación y el borramiento, el cuello uterino pasa por un proceso de "maduración", que es regulado por hormonas, como se detallará más adelante (9).

3.1.1.5.3. Expulsión del tapón mucoso

Es una secreción mucosa que recubre el cuello uterino. A medida que el cuello uterino cambia durante el proceso de parto, este tapón mucoso puede ser expulsado, volviéndose visible en la región genital. La expulsión del tapón mucoso, que puede presentarse como una mucosidad espesa y a veces teñida de sangre, es una señal de que el cuerpo está preparándose para el parto (9).

3.1.1.5.4. Formación de la bolsa de las aguas

Son consecuencia de las contracciones uterinas, las membranas fetales y el líquido amniótico que contienen, son propulsados en forma de cuña hacia el cuello, esto es la "formación de la bolsa de las aguas" (9).

3.1.1.5.5. Encajamiento

Descenso y expulsión del feto (9).

3.1.1.5.6. Alumbramiento

Salida de la placenta al exterior (9).

3.1.1.6. Maduración cervical

La maduración cervical es una serie de cambios bioquímicos y funcionales que ocurren en el tejido conectivo del cérvix y que comienzan en el primer trimestre de la gestación y continúan hasta el final, cuyo resultado final se traduce en

modificaciones del cuello uterino tales como reblandecimiento, acortamiento y dilatación (9).

3.1.1.7. **Modificaciones bioquímicas del cuello**

A lo largo del embarazo, el cuello uterino experimenta alteraciones en sus características biológicas debido a la influencia de diversas hormonas (9).

- **Quiescencia miometrial:** Se encuentra bajo la acción preferente de la progesterona y el cuello tiene consistencia dura.
- **Activación miometrial:** El cuello presentara una consistencia blanda y es lo que se conoce como “maduración cervical”.
- **Estimulación miometrial:** durante la estimulación miometrial (trabajo de parto clínico), se produce el fenómeno mecánico pasivo de borramiento y dilatación cervical. (9).

Se estima que la maduración cervical bioquímica es mediada por: Prostaglandinas, Estrógenos, Disminución de la progesterona, Óxido nítrico, Relaxina (9).

Durante el período previo al parto, las contracciones del útero juegan un papel clave en la maduración gradual del cuello uterino. Este proceso conlleva una serie de modificaciones en el cuello uterino, que se clasifican en diferentes grados de madurez cervical (9).

- **Grado I:** Cuello inmaduro, en situación muy posterior respecto al eje de la vagina, de consistencia firme, con una longitud (borramiento) de 3-4 cm, sin dilatación del orificio interno (ni del externo en la nulípara)
- **Grado II:** Cuello parcialmente maduro, con diversas variaciones intermedias entre los grados I y grado III.
- **Grado III:** Cuello maduro, bien centralizado en el eje de la vagina, de consistencia muy blanda, longitud acortada a 1 cm o menos, borrado o en vías de borramiento, dehiscente hasta 2-3 cm. También se utiliza el puntaje de Bishop para calificar los grados de madurez cervical (9).

3.1.1.8. **Periodos del trabajo de parto**

3.1.1.8.1. **Primer período dilatación**

Durante el período de dilatación las contracciones uterinas dilatan el cuello. A medida que avanza la dilatación cervical, la intensidad y la frecuencia de las contracciones aumentan progresivamente; al final de la fase de

dilatación los valores promedio son de 41mm Hg para la intensidad y de 4,2 contracciones cada 10 minutos para la frecuencia; la actividad uterina media es de 187 unidades Montevideo mientras que el tono uterino medio de 10 mm Hg (7).

La duración puede variar, pero se considera normal que sea de hasta 10 horas en mujeres que tienen su primer parto y de 8 horas en aquellas que ya han tenido partos anteriores. No obstante, lo importante es que el borramiento y la dilatación cervical avancen de manera progresiva y continua. (10).

En cada contracción, el miometrio y el tejido muscular de la periferia se incorpora al segmento uterino inferior, llevando consigo el resto del tejido conjuntivo subyacente. Generalmente, hay una correlación positiva entre el grado de borramiento del cuello uterino y la actividad uterina. Este proceso se ve favorecido y potenciado por la presión hidrostática de la bolsa amniótica, que actúa como una cuña en el canal cervical, así como por la presión ejercida por la presentación fetal (11).

Las contracciones que causan el parto son las siguientes:

Los cambios hormonales progresivos provocan una mayor estimulación de los músculos uterinos.

- La progesterona inhibe la contractibilidad, al contrario, los estrógenos, aumentan la contractibilidad al incrementar el número de uniones intercelulares entre células musculares.
- Oxitocina: estimula de forma específica el útero, debido a que el músculo uterino tiene un mayor número de receptores.

Factores mecánicos que aumentan la contractibilidad:

- Distensión de la musculatura uterina: el estiramiento de las vísceras aumenta su contractibilidad (11).

Este periodo se divide en dos fases

Fase 1 o latente:

El período de preparación del útero para el parto, que comienza al final del embarazo y se extiende hasta el inicio del trabajo de parto, se caracteriza por contracciones que varían en intensidad y duración. Durante esta fase, se

observa un borramiento cervical y una dilatación que progresa lentamente, alcanzando típicamente entre 2 y 4 cm. (8).

Durante esta fase, es crucial observar el reblandecimiento del cuello uterino, así como el aumento notable en el número de receptores de oxitocina en las células endometriales. También se produce un incremento en los puentes de unión y las conexiones a nivel del miometrio, lo que lleva a una mayor sensibilidad a los medicamentos que estimulan el útero (12).

Fase 2 ó activa:

Esta fase del parto, conocida como la etapa activa, se distingue por un aumento en la regularidad, intensidad y frecuencia de las contracciones, así como por una rápida progresión en la dilatación cervical. Puede definirse en función de la dilatación cervical, que puede variar de 2 a 10 cm o de 4 a 10 cm. Friedman también identificó varias sub-fases dentro de esta etapa. (8).

- **Aceleración**

Es la inicial, etapa corta, cuando culmina la fase latente e inicia el trabajo de parto alcanzando de 3 a 5 centímetros de dilatación durante la misma, lo cual es indicativo de la regularización de las contracciones (dinámica uterina útil) en frecuencia, intensidad y duración para esta inicial etapa (34).

- **Máxima pendiente:**

Puede ser indicativo en su inicio de amniorrexis artificial si no se observa evidencia clínica y ecográfica de líquido amniótico disminuido u oligoamnios, La fase se extiende desde los 5 cm hasta alcanzar los 8 centímetros en las siguientes 3 horas consecutivas.

Durante este tiempo, la dilatación cervical progresa a una tasa promedio de 1.2 cm por hora en mujeres primerizas y a 1.5 cm por hora en aquellas que han tenido partos anteriores. Según Friedman, este período de rápida progresión es un buen indicador de la eficacia general del trabajo de parto, reflejando la efectividad de las contracciones uterinas (34).

3.1.1.8.2. Desaceleración

Se conoce como una disminución ligera en la velocidad de la dilatación, que a menudo no se hace evidente hasta que se completa completamente la fase (14).

Va de los 8 cm hasta la dilatación completa 10 cm y continua de forma invisible, la retracción las fibras musculares del anillo cervical de la dilatación, sobre el polo fetal de la presentación que se ofrece, para que con su avance lograr rebasarlo totalmente En esta fase también comienza el descenso de la presentación fetal (División Pélvica), lo que refleja la relación entre el feto y la pelvis (34).

La división pélvica se caracteriza por el descenso de la presentación fetal, el cual comienza en el estadio más tardío de la dilatación activa, que se inicia con alrededor de los 8 cm en las nulíparas y se torna más rápido. Friedman dividió los problemas de la fase activa en trastornos por prolongación y por detención (34).

Definió la prolongación como una baja velocidad de la dilatación cervical menor a 1.2 cm/hora y para el descenso una velocidad normal a 1 cm/hora y en las pacientes multíparas como una velocidad de dilatación menor de 1.5 cm/hora y para el descenso menor de 2cm/hora. La detención de la dilatación se define como una falta de progreso cervical durante 2 horas, y la detención del descenso se refiere a una ausencia de avance fetal durante 1 hora (34).

3.1.1.8.3. Segundo período Expulsivo

Este período comienza cuando del cuello uterino está completamente dilatado (10cm) y culmina con la expulsión del feto. Su duración puede variar, pero se considera normal que dure aproximadamente una hora en mujeres primerizas y treinta minutos en mujeres que han tenido partos anteriores. Este proceso debe ser continuo y progresivo (10).

Durante este periodo se produce el aumento de las uterotónicas como la oxitocina, prostaglandinas, endotelina-1, factor de agregación plaquetaria (FAP), producen contracciones intensas en el músculo liso uterino, estas sustancias son producidas por la placenta y las membranas fetales, tienen sus concentraciones más altas de líquido amniótico y plasma materno y es mayor en la fase II que en fase I, según estudios. (14).

La reducción de los factores que promueven la relajación uterina como son la progesterona y el bloqueo de la transcripción de los genes de conexina y ET-1, provoca que el miometrio produzca el factor transformador de

crecimiento beta-1 (FTC β -1). Este factor, una citoquina con propiedades antiinflamatorias, actúa como un antagonista de la progesterona y el óxido nítrico (14).

3.1.1.8.4. Mecanismos del parto

Durante el parto el feto experimenta una serie de movimientos pasivos que facilita su progresión, presentando 4 tiempos extrapelvianos.

- **Acomodación al estrecho superior:** En esta fase la presentación reduce sus diámetros por moldeado y por flexión de la cabeza. A su vez por un movimiento de rotación acomoda su forma ovoide a la forma del estrecho superior, con predominio de los diámetros oblicuos, especialmente el oblicuo izquierdo (13).
- **Encaje y descenso.** - Corresponde al momento en que la presentación franquea el estrecho superior y comienza su descenso hacia el canal pélvico (13).
- **Rotación interna o acomodación al estrecho inferior.** - La presentación desciende en el interior del canal del parto en el oblicuo que había adoptado en el estrecho superior. Al llegar al estrecho inferior rotará hasta el diámetro anteroposterior del estrecho inferior. La rotación será más o menos grande de acuerdo con la variedad de posición, para colocar el occipital debajo del pubis punto de apoyo o el punto mayor de flexibilidad o de flexión (nuca fetal) (13).
- **Desprendimiento:** Utilizando el occipital como referencia en la sínfisis pubiana, realiza un movimiento de extensión (deflexión). Al liberar la presentación, se nota que esta realiza un movimiento de rotación (rotación externa) hacia la orientación que tenía durante el encaje.
- **Acomodación de los hombros al estrecho inferior:** Los hombros, que se hallan en la excavación en el diámetro oblicuo, se colocan por rotación en el anteroposterior (13).
- **Desprendimiento de los hombros:** El hombro anterior se sitúa por debajo del pubis y se libera hasta el deltoides; posteriormente, se desprende el hombro posterior mediante una flexión hacia arriba. La cabeza cae de nuevo y se completa el desprendimiento del hombro

anterior. El resto del feto sale rápidamente, casi sin un mecanismo determinado (13).

3.1.1.8.5. Tercer período Alumbramiento

Este proceso inicia inmediatamente después de la expulsión completa del feto y finaliza con la expulsión completa de la placenta y las membranas corioamnióticas. Este período de tiempo conocido como alumbramiento y es el período más corto del trabajo de parto, según norma, no debería durar más de 10 minutos (10). Las prácticas actuales recomiendan un alumbramiento activo para reducir esta duración, utilizando técnicas como el masaje uterino descrito por Credé (14).

Recientemente se ha añadido un cuarto periodo, que comienza una vez expulsada la placenta y sus membranas corioamnióticas, y se extiende hasta aproximadamente dos horas después. Durante este tiempo es importante que el personal de salud las obstetras realicen vigilancia para prevenir sangrados y otras complicaciones, como la hipotensión. En este periodo, ocurre la oclusión de las arterias que suministran sangre al espacio intervelloso, lo que se conoce como hemostasia uterina, al cerrarse los vasos descritos por Pinard. Es en este periodo cuando ocurren las hemorragias más graves relacionadas con las fallas de la hemostasia uterina y la más frecuente complicación, que es la inercia uterina obstetricia (14).

Tras de la expulsión de la placenta todo el volumen de sangre que llega al espacio intervelloso, que en una gestación a término entre 500 y 750 ml/min, sería liberado hacia la cavidad uterina y posteriormente al exterior, si no se implementan mecanismos de hemostasia rápidos y eficaces.

Por esta razón, el masaje uterino prolongado y la compresión del útero en casos de metrorragia durante el alumbramiento inmediato resultan ser muy eficaces y deben considerarse como prácticas estándar para prevenir sangrados excesivos. Esta práctica debería formar parte de los protocolos en todos los servicios de obstetricia (14).

3.1.2. Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica

Es un proceso educativo diseñado para preparar de manera integral a las mujeres embarazadas, promoviendo hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva hacia el embarazo, el parto, el puerperio y el recién nacido. Este

enfoque transforma la experiencia del embarazo en algo feliz y saludable tanto para la madre como para el bebé y su familia. (1).

Además, este programa ayuda a reducir las complicaciones obstétricas tanto antes como después del nacimiento, al ofrecer a las gestantes una preparación física y psicológica que les permita afrontar el parto sin miedo. También se asocia con una disminución de las complicaciones perinatales, al acortar la duración del parto y mejorar la oxigenación tanto de la madre como del feto (1).

El Programa de Preparación para el Parto (PPO) debe aplicarse siguiendo criterios clínicos, un enfoque basado en el riesgo y una atención individualizada, humana y ética. Esto no solo disminuye el riesgo de complicaciones, sino que también favorece una recuperación más rápida, ayudando a reducir la morbilidad y mortalidad materna en el período perinatal (15).

3.1.2.1. Objetivos de la psicoprofilaxis obstétrica

- Capacitar a las gestantes en aspectos físicos, psicológicos y sociales mediante actividades educativas, con el fin de que adquieran conocimientos y actitudes que les faciliten participar de manera activa y segura durante el embarazo, el parto, el postparto y la lactancia.
- Implementar sesiones de gimnasia obstétrica adaptadas a los factores de riesgo (1).

3.1.2.2. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica

- Reducción de la ansiedad en la madre, lo que le permite adoptar una actitud positiva.
- Respuesta adecuada durante las contracciones, aplicando correctamente técnicas de relajación, respiración y masajes.
- Mayor probabilidad de que la madre llegue al centro de salud en la fase activa del trabajo de parto, evitando evaluaciones previas innecesarias.
- Disminución del tiempo de la fase de dilatación en comparación con la duración promedio.
- Reducción del tiempo en la fase expulsiva.
- Mayor eficacia en el esfuerzo de la madre, manteniendo el enfoque en el significado de su labor.
- Uso reducido de medicamentos en general.
- Menor riesgo de complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto.

- Mayor oportunidad para la participación de la pareja a lo largo del trabajo de parto.
- Disminución en la tasa de cesáreas y partos instrumentales.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Mejora en la lactancia sin complicaciones.
- Reducción en la incidencia de depresión postparto. (1).

3.1.2.3. Bases doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica

3.1.2.3.1. Escuela Inglesa

Representada por el Dr. Grantly Dick Read, "El temor es el principal agente productor del dolor en un parto normal". Establece un orden de importancia entre los 4 elementos:

- Educación
- Respiración
- Relajación
- Gimnasia (1).

3.1.2.3.2. Escuela Rusa

Representada por: Platonov, Velvovsky y Nicolaiev. "El parto es un proceso fisiológico en el cual los dolores no son congénitos y pueden desaparecer con la participación de la mujer". Establece que el dolor del parto es un reflejo condicionado y por tanto puede descondicionarse (1).

3.1.2.3.3. Escuela Francesa

Representada por el Dr. Ferdinand Lamaze, esta metodología propone un "parto sin dolor" mediante un enfoque psicoprofiláctico basado en la educación neuromuscular. Sus fundamentos teóricos son similares a los de la escuela rusa (1).

3.1.2.3.4. Escuela Ecléctica

Representado por el Dr. Laboyer. Dr. Gavensky y otros. "se centra en "favorecer el momento adecuado para el encuentro entre padre, madre e hijo" y promueve un "parto sin dolor y sin violencia". La escuela ecléctica toma lo mejor de diferentes enfoques, prestando especial atención al bienestar del recién nacido (1).

3.1.2.4. Bases científicas de la psicoprofilaxis obstétrica

El Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica se basa en tres pilares esenciales que apoyan a la gestante en lograr un embarazo, trabajo de parto y parto exitosos (17).

3.1.2.4.1. Fundamentos física

La formación proporcionada a la gestante se ajusta a sus condiciones individuales y obstétricas, buscando mejorar su bienestar físico y mental. Esta preparación facilita una gestación, parto y recuperación más efectivos. Se logra mediante ejercicios prenatales, técnicas de respiración, métodos de relajación neuromuscular, posturas para aliviar el dolor y masajes específicos, entre otras estrategias (15).

3.1.2.4.2. Fundamentos Psicológico

El apoyo emocional que recibe la gestante o su pareja le permite experimentar la llegada del bebé sin temor ni pensamientos negativos. Esto contribuye a que se sientan seguras y tranquilas, promoviendo un bienestar duradero. Además, ayuda a manejar mejor el miedo, la tensión y el dolor (15).

3.1.2.4.3. Fundamentos teórica

La gestante recibe información clara y adecuada sobre su embarazo, lo que le proporciona seguridad y tranquilidad. Este conocimiento no solo la capacita en relación con la atención obstétrica, sino que también fomenta una actitud preventiva y de autocuidado (15).

3.1.2.5. Métodos y técnicas en psicoprofilaxis

3.1.2.5.1. Técnicas de relajación (TR)

Estas técnicas abarcan distintos métodos para inducir un estado de reposo tanto físico como mental en la madre. Su propósito es conservar energía, aliviar tensiones o molestias y mejorar la capacidad de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser profundas o progresivas, como las de Jacobson y Shultz, y se emplean en sofrología para facilitar el autocontrol de las incomodidades (15).

3.1.2.5.2. Técnicas de respiración (TRs)

Estas técnicas se enfocan en la oxigenación pulmonar, la cual mejora la oxigenación celular tanto en la madre como en el bebé. Dependiendo del momento y las necesidades de la gestante o parturienta, estas técnicas proporcionan mayor comodidad y tranquilidad, ayudando en la relajación y el manejo de las molestias propias de cada etapa de la gestación o del trabajo de parto (15).

3.1.2.5.3. Técnicas de vinculación prenatal

Estas son prácticas destinadas a fomentar el vínculo afectivo entre la gestante o la pareja gestante y su futuro hijo o hija, de manera que la llegada del bebé sea aceptada de forma natural y positiva, con afecto y amor (15).

3.1.2.5.4. Calistenia (Clt)

Se refiere a una serie de movimientos suaves, rítmicos y progresivos, utilizados principalmente al comenzar la preparación física de la gestante. Su objetivo es lograr un estiramiento natural que facilite la comodidad, elasticidad y flexibilidad durante el entrenamiento físico (15).

3.1.2.5.5. Visualización.

Este procedimiento implica crear mentalmente imágenes basadas en la motivación y los pensamientos durante la relajación, con el fin de alcanzar un estado emocional más agradable y reconfortante (15).

3.1.2.6. Técnicas de respiración

Es un conjunto de técnicas que favorecen una respiración adecuada mediante el uso del diafragma, el principal músculo respiratorio. Estas técnicas, al mejorar la oxigenación, involucran todo el cuerpo y ayudan a reducir los efectos del nerviosismo, la irritabilidad y la ansiedad causados por factores externos como el trabajo, el estudio o malos hábitos. También contribuyen a disminuir la tensión muscular y la fatiga (16).

Los ejercicios respiratorios reportan numerosos beneficios para la mujer durante el proceso del parto:

- Ayudan a aumentar su umbral del dolor.
- Mejoran la capacidad para manejar las contracciones uterinas.
- Permiten que el útero funcione de manera más eficiente.

- Proporcionan una adecuada oxigenación tanto materna como fetal.
- Optimizar al máximo de la energía (16).

3.1.2.7. Respiraciones básicas del parto

3.1.2.7.1. Respiración superficial o torácica

Utilizada durante la fase de dilatación, esta técnica implica inhalar y exhalar pequeñas cantidades de aire. Aunque puede proporcionar suficiente oxígeno, hay un riesgo de hiperventilación si la frecuencia de respiración es demasiado alta. (16).

3.1.2.7.2. Respiración lenta y profunda

Común en las primeras etapas de la dilatación, esta técnica asegura un buen aporte de oxígeno a la madre y al bebé durante las contracciones, y previene la hiperventilación. La mujer inhala lentamente por la nariz, expandiendo el abdomen, y exhala a través de los labios fruncidos, contrayendo el abdomen. La respiración es lenta, entre 6 y 9 respiraciones por minuto (16).

3.1.2.7.3. Respiración soplante rápida o de soplido- jadeo

Empleada en la fase activa del parto y durante el alumbramiento, esta técnica se utiliza cuando los pujos comienzan y no se pueden realizar adecuadamente. En momentos de contracción, la mujer puede necesitar respirar más rápido; para evitar la hiperventilación, puede seguir el patrón de jadeo-rápido-soplo (16).

3.1.2.8. Respiración según los periodos del trabajo de parto

- Durante la fase de dilatación, se recomienda la respiración profunda para aliviar el dolor de las primeras contracciones y proporcionar oxígeno a los músculos involucrados en las contracciones (48).
- Al final de la dilatación, se sugiere una respiración ligera y jadeante para evitar la fatiga y prolongar el proceso, especialmente si el cuello del útero no ha alcanzado los 10 centímetros (48).
- En la fase expulsiva, se debe adoptar una respiración bloqueada, sincronizando el pujo con la contracción y expulsando el aire por la boca para facilitar el empuje (48).

3.1.2.9. Conceptos básicos en psicoprofilaxis

3.1.2.9.1. Gestante

Mujer en estado de embarazo, desde la fecundación hasta el trabajo de parto (17).

3.1.2.9.2. Gestante preparada

Gestante que ha recibido 6 sesiones en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el embarazo (1).

3.1.2.9.3. Factores de riesgo

Característica cuya presencia se asocia con un mayor riesgo de daño. Por ejemplo, la desnutrición materna condiciona a otros niños con bajo peso al nacer y anemia materna; por lo tanto, la desnutrición es un factor de riesgo asociado con patologías maternas y neonatales, y aumenta la probabilidad de daño (17).

3.1.2.9.4. Equipo didáctico básico de Psicoprofilaxis Obstétrica (KIT-PPO)

También conocido como Kit de Psicoprofilaxis Obstétrica, es un conjunto de herramientas, piezas, objetos o productos que componen el material didáctico básico para facilitar la sesión de psicoprofilaxis obstétrica, Una colchoneta, dos almohadas y un cojín lo componen (17).

3.1.2.9.5. Gimnasia gestacional (GG)

Actividad física realizada por la gestante a través de ejercicios y movimientos generales o localizados que buscan mejorar su bienestar general, incluyendo el fortalecimiento de sus músculos, la elasticidad de sus tejidos, la flexibilidad de sus articulaciones, una mejor oxigenación tanto pulmonar como celular y la comodidad, entre otros beneficios. La actividad física durante la gestación debe realizarse con cautela y de acuerdo con las circunstancias de la mujer embarazada (20).

3.1.2.9.6. Movimiento (Mv)

El movimiento es el cambio de posición del cuerpo o de una parte del cuerpo en comparación con una postura anterior (15).

3.1.2.9.7. Posición inicial

La postura o el movimiento que se adopta antes de comenzar un movimiento, ejercicio o técnica (15).

3.1.2.9.8. Posiciones aconsejables

Las posturas recomendadas para la madre para prevenir y reducir obstáculos, incomodidades o daños durante la gestación (15).

3.1.2.9.9. Posiciones antálgicas

Posturas que alivian el dolor, la incomodidad en el cuerpo o algunas de sus partes (15).

3.1.2.9.10. Posiciones prohibidas

Las posturas no son adecuadas para las madres debido a los posibles peligros o daños (15).

3.1.2.10. Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica

3.1.2.10.1. I Sesión: Cambios durante el embarazo y signos de alarma

Objetivos:

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

Conceptos básicos:

- Anatomía y fisiología del Aparato Reproductor.
- Menstruación, ovulación, fecundación, nidación, placentación y desarrollo fetal.
- Cambios fisiológicos y emocionales en el embarazo.
- Importancia y beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica
- Signos y síntomas de alarma (1).

3.1.2.10.2. II Sesión: Atención prenatal y autocuidado

Objetivos:

- Resaltar la importancia de la atención prenatal para lograr una maternidad saludable y segura con la participación de la familia y comunidad
- Educar a la gestante en el reconocimiento y manejo oportuno de los signos y síntomas de alarma (retroalimentación en cada sesión) y su manejo oportuno en el establecimiento de salud.

- Identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y el niño/a por nacer

Conceptos básicos:

- Atención Prenatal y cuidados en el embarazo.
- Plan de parto con enfoque intercultural.
- Derechos y responsabilidades compartidos.
- Violencia basada en género.
- Nutrición y alimentación (1).

3.1.2.10.3. III Sesión: Fisiología del parto

Objetivos:

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

Conceptos básicos:

- Concepto de contracción uterina. Relación temor- dolor.
- Inicio de labor de parto y signos de alarma.
- Métodos naturales de control del dolor.
- Rol de la gestante, pareja y familia
- Mitos creencias y costumbres.
- Hidroterapia: Baño o ducha tibia.
- Visualización: La actividad mental creativa invita a la relajación y ayuda a controlar el dolor
- Infusiones, según al manual parto vertical.
- Derechos y responsabilidades (1).

3.1.2.10.4. IV Sesión: Atención del parto y contacto precoz

Objetivos:

- Enseñar a las gestantes sobre el parto y sus períodos.
- Ofrecer información sobre los diferentes tipos y posiciones de parto, teniendo en cuenta la interculturalidad y promoviendo una atención humanizada.

- Preparar a las gestantes para el parto y sus períodos mediante técnicas de relajación y respiración.

Conceptos básicos:

- Fisiología del trabajo de parto horizontal y vertical
- Posturas para el parto: Posición horizontal, posición vertical y sus variedades, posición instintiva.
- Importancia y tipos de la relajación y la respiración
- Relajación: activo, pasiva, imaginación y la respiración
- Respiración: superficial, profundo jadeo, durante la dilatación y el expulsivo (1).

3.1.2.10.5. V Sesión: Puerperio y recién nacido

Objetivos:

- Enseñar a la gestante, su pareja y familia como reconocer los signos y síntomas de alarma y sobre los cuidados durante el puerperio.
- Educar a la gestante, pareja y familia sobre el recién nacido y signos de alarma
- Instruir a la pareja y la familia sobre su rol para el soporte emocional de la puérpera.
- Educar a la gestante y su pareja para una salud sexual y reproductiva en el puerperio.
- Capacitar a la gestante y su pareja para una lactancia materna exclusiva (LME) y exitosa.
- Planificación Familiar

Conceptos básicos:

- Causas reales de dolor en el trabajo de parto
- Dilatación
- Movilización de articulaciones sacro-iliacas
- Maniobras de trabajo de parto: palpación, Auscultación, tactos vaginales
- Causas psicológicas de dolor en el parto: Temor, tensión, dolor; reflejo condicionado, mitos y creencias; fatiga psicofísica (1).

3.1.2.10.6. VI Sesión: Reconocimiento de ambientes

Objetivos:

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

Conceptos básicos:

- Visita guiada: recorrido del área física integrando el proceso del parto vaginal o por cesárea, incluir exteriores de sala de operaciones y sala de recién nacidos.
- Alternativa: Proyección de videos, responder preguntas y ofrecer orientación.
- Retroalimentación y satisfacción del usuario
- Repaso de las rutinas anteriores (1).

3.1.3. El dolor en el trabajo de parto

3.1.3.1. Dolor

En 2020, la IASP presentó una definición actualizada define el dolor como una experiencia a nivel sensorial y emocional de manera desagradable, que está relacionada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de dicho daño. Uno de los principales mecanismos fisiológicos de supervivencia es el dolor. Se puede describir como "una sensación incómoda, con intensidad y características diversas (aguda, punzante, ardiente, sorda, etc.), que impulsa a adoptar conductas de evitación frente a su origen, que a menudo son factores que amenazan la integridad o supervivencia del individuo"(17).

El dolor relacionado con el parto se caracteriza por ser agudo, intenso, con un inicio y final claros, y en términos de intensidad se asemeja a la amputación de un dedo. Afecta a todas las mujeres embarazadas en diferentes grados y su complejidad implica cambios bioquímicos y fisiológicos que afectan tanto a la madre como al feto, e interfieren con la evolución normal del trabajo de parto (17).

3.1.3.2. Tipos de dolor

Según su duración

- **Agudo:** Limitado en el tiempo, dolor musculoesquelético temporal relacionado con fracturas patológicas.
- **Crónico:** De duración indefinida, se acompaña de componente psicológico (19).

Según su patogenia

- **Neuropático:** Descrito como una sensación punzante, quemante, acompañado de parestesias y disestesias, hiperalgesia, hiperestesia y alodinia.
- **Nocioceptivo:** Este tipo de dolor es el más común y se divide en dolor somático y visceral (19).

Según el curso

- **Continuo:** El dolor persiste a lo largo del día y no calma el dolor.
- **Irruptivo:** Exacerbación transitoria del dolor (19).

Según la intensidad

- **Leve:** Puede realizar actividades diarias.
- **Moderado:** Interfiere con las actividades diarias.
- **Severo:** Interfiere con el descanso (19).

3.1.3.3. Mecanismo del dolor

Los impulsos nociceptivos viscerales, o dolor visceral, se diferencian del dolor somático (cutáneo) en que son menos precisos, más lentos y de tipo sordo. Las fibras que transmiten este dolor son poco mielinizadas, lo que resulta en una velocidad de conducción más lenta. Además, debido a sus conexiones medulares en los segmentos T10, T11, T12 y L1, este dolor a menudo se refiere a áreas cutáneas relacionadas, pared abdominal, caderas, región lumbar baja. A medida que avanza la dilatación cervical, en la fase tardía del primer período, el dolor referido se localiza algo más abajo y disminuye cuando se inicia el segundo período, es reemplazado por un dolor localizado en el periné, muslos y dermatomas (área de piel inervada por un solo nervio y su ganglio espinales. Los nervios cutáneos son los que llegan a la piel, recogiendo la sensibilidad de ésta. Cada nervio cutáneo, se distribuye en una cierta zona de piel) lumbares bajos y sacros. Las fibras que llevan el dolor son básicamente de tipo A delta y C. Las que van por el sistema simpático, toman los nervios raquídeos mediante las

ramas comunicantes o ingresan a la médula espinal y las del componente somático por las raíces sacras antes mencionadas. Los axones aferentes y el cuerpo neuronal localizado en el ganglio espinal ubicado en la raíz dorsal del nervio raquídeo, a su salida en el agujero de conjunción, constituyen la primera neurona en la transmisión o aferente primario. Las dendritas de estas neuronas penetran en las astas dorsales de la médula (7).

3.1.3.4. Tensión

La tensión es el estado en el que un cuerpo está en estado de tensión cuando una fuerza actúa sobre él, ya sea estirándolo o impidiendo su contracción (18). La relajación mental puede facilitar el control sobre los músculos voluntarios. Por lo tanto, una adecuada relajación combinada con un buen entendimiento del proceso de parto puede transformar las contracciones uterinas, que se perciben como dolorosas, en simples contracciones musculares. Esto puede llevar a que el parto se considere un proceso efectivo y positivo. Según Reada firma, "una mujer tensa tiene un cuello del útero tenso", mientras que "una mujer relajada tiene un cuello del útero relajado" (13).

3.1.3.5. Fisiología del dolor de parto según períodos del parto

El dolor se describe como una experiencia sensorial y emocional negativa vinculada a un daño tisular real o potencial, que se puede experimentar en diversas situaciones a lo largo de la vida. Sin embargo, el dolor durante el embarazo tiene una significancia particular, especialmente debido al miedo que puede surgir ante la nueva experiencia de las contracciones uterinas (20).

El dolor del parto es uno de los eventos más importantes, significativos e intensos de la vida de una mujer, se ve afectado por múltiples procesos, tanto fisiológicos como psicológicos (21).

La experiencia del parto, así como la forma en que se experimenta el dolor, varían notablemente en cada mujer. Se explica que el dolor surge como resultado de la tensión que provoca la producción de adrenalina, la disminución del aporte de oxígeno al útero, así como la contracción tensa de las fibras musculares del útero. El miedo al parto y al dolor provoca esta tensión; sin embargo, dicha tensión y la producción de adrenalina también son el resultado de no cumplir con

los ritmos, circunstancias y demás requisitos necesarios para que el parto transcurra en condiciones fisiológicas normales (22).

Factores como la edad de la paciente, la paridad y el número de semanas de embarazo han sido mencionados como responsables de la variabilidad en la intensidad del dolor en un 15,9% de los casos (20).

El dolor puede dividirse en tres etapas: dilatación del cuello uterino, expulsión del feto y alumbramiento o salida de la placenta y las membranas. Las etapas del parto determinan el tipo de dolor que experimenta la gestante (21).

Durante el 1er período del parto, el dolor, es la manifestación de la dilatación del cérvix uterino y del alargamiento del segmento uterino inferior. La inervación de estas estructuras viscerales procede principalmente del sistema simpático, pero también del sistema cerebro espinal y parasimpático (7).

Los nervios aferentes del útero transmiten el dolor a través del sistema nervioso simpático, ingresando a la médula espinal en los segmentos T10 a L1. Estos nervios se conectan a nivel medular con neuronas de las astas posteriores y ascienden hacia el sistema nervioso central por medio de las vías espinotalámicas laterales (21).

En el segundo y tercer período, al ir descendiendo la cabeza fetal, se produce distensión del canal del parto inferior y del perineo. Este dolor se transmite a través de los nervios aferentes somáticos que se originan en el plexo sacro, las cuales incluyen porciones de los nervios pudendos, que acompañan a los vasos pudendos, y penetran a la médula espinal en los niveles de los segmentos S2, S3 y S4 (22).

La percepción del dolor difiere significativamente entre las mujeres, desde aquellas que no sienten dolor hasta las que experimentan el dolor más intenso de sus vidas. Existen estudios que demuestran una relación entre la paridad y el dolor experimentado, observando que las mujeres nulíparas tienden a experimentar entre 8 y 10 puntos más de dolor que las mujeres multíparas (20).

El dolor durante el parto vaginal normal se activa en respuesta al estrés, que altera los sistemas pulmonar y cardiovascular que ya han sido afectados por los cambios fisiológicos del embarazo. La hiperventilación debido a la estimulación dolorosa de las contracciones genera hipocapnia, hipoxemia y desaturación, lo que puede ser perjudicial para el bienestar del feto. El sistema cardiovascular sufre vasoconstricción debido a la producción de catecolaminas, todo lo cual

aumenta la ansiedad materna y empeora la respuesta al estrés. En mujeres sin antecedentes médicos, esta carga puede ser tolerable, pero en mujeres con enfermedades cardíacas o pulmonares, es más difícil soportar el trabajo de parto. Por todo lo anterior, se considera importante el control de la analgesia durante el parto, independientemente, ya sea farmacológico o no farmacológico, es crucial (20).

3.1.3.6. Medición del dolor en el trabajo de parto

La palabra “medir” es un verbo derivado del latín “metiri” y se refiere al acto de comparar una determinada cantidad de eventos, procesos, objetos o personas con una unidad de medida para determinar cuántas veces esta unidad se encuentra dentro de dicha cantidad (23).

La intensidad del dolor es el aspecto más común en la práctica clínica, utilizándose escalas desarrolladas para tal fin, que se describirán a continuación.

3.1.3.7. Escalas para medir el dolor

3.1.3.7.1. Escala visual analógica (EVA)

Es el instrumento más utilizado para evaluar la intensidad del dolor en ensayos clínicos. Se presenta al paciente una línea, ya sea horizontal o vertical, con marcas en ambos extremos que indican la ausencia de dolor en un extremo y el dolor máximo en el otro. Se le solicita que señale un punto en la línea que represente su nivel de dolor, y posteriormente se mide la distancia en milímetros desde el extremo sin dolor hasta el punto de que eligió el paciente (24).

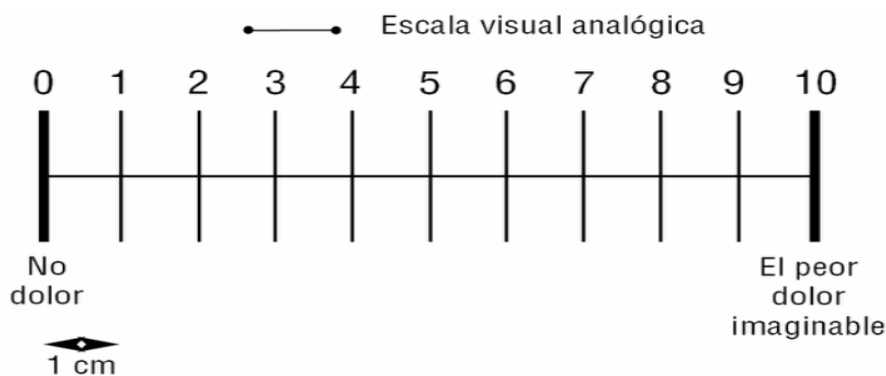
La EVA es más sensible que otros métodos porque tiene un número infinito de puntos entre los extremos, pero algunos autores informan un conjunto de resultados en un rango que llaman media áurea, que está a 6,2 cm de cada extremo. Sin embargo, algunos autores han comunicado una agrupación de resultados alrededor de una zona llamada sección áurea, que está a 6,2 cm de ambos extremos (24).

La Escala Visual Analógica (EVA) es una herramienta que se utiliza para evaluar la intensidad del dolor que reporta el paciente, garantizando una alta consistencia en las mediciones realizadas por diferentes observadores.

La intensidad se puede representar en milímetros o centímetros (25).

La evaluación será la siguiente:

- Dolor leve si el paciente puntúa el dolor como menor de 4.
- Dolor moderado si la valoración se sitúa entre 4 y 6.
- Dolor severo si la valoración es igual o superior a 7 (25).



Fuente: Escala visual analógica (EVA) Pardo C, Muñoz T, Chamorro C.

3.1.3.7.2. La escala de categoría verbal (ECV)

La escala de categoría verbal (ECV) es fácil de entender y usar. Se le pide al paciente que evalúe la intensidad del dolor que experimenta en uno de cuatro niveles: nada, leve, moderado o intenso; se pueden agregar niveles adicionales, como casi nada o muy intenso (26).

La ventaja de este tipo de escalas es que se pueden usar sin problemas en la práctica clínica diaria; sin embargo, solo miden una dimensión del dolor y es difícil determinar si cada uno de los niveles está a la misma distancia que el anterior, es decir, si una reducción del dolor de intenso a moderado es lo mismo que una reducción del dolor de leve a nada (26).

3.1.3.7.3. La escala de categoría numérica (ECN)

Permite asignar una puntuación a la intensidad del dolor, por ejemplo, de 0 a 10 o de 0 a 100. La sensibilidad del método aumenta con el puntaje, estas escalas se pueden presentar al paciente de forma horizontal o vertical y se correlacionan bien con las escalas analógicas visuales (EVA). Sin embargo, se recomienda que no se presente la escala en forma vertical si el paciente tiene dolor de columna porque se puede asociar con el nivel vertebral (26).

3.1.3.7.4. La escala continua análoga cromática (ECAC)

Es una regla graduada que va desde un rosa pálido a un rojo intenso. El paciente mueve el cursor para indicar la intensidad del dolor. Es una escala continua real que puede ser más sensible que la EVA. Su principal inconveniente es la dificultad para reproducir con precisión los degradados de color (26).

3.1.3.7.5. La escala de categoría gráfica (ECG)

Corresponde a una EVA modificada que incluye un descriptor verbal o numérico al lado de la línea. Este sistema es más sencillo de entender para los pacientes, aunque tiene la desventaja de que las respuestas tienden acumularse en los puntos donde se encuentran los descriptores numéricos o verbales (26).

3.1.3.7.6. La escala de rostros

La escala tiene de seis a ocho categorías etiquetadas con dibujos que representan diferentes expresiones faciales, asociadas con diferentes intensidades de dolor. Resulta extremadamente beneficioso para niños pequeños y pacientes con deterioro intelectual (26).

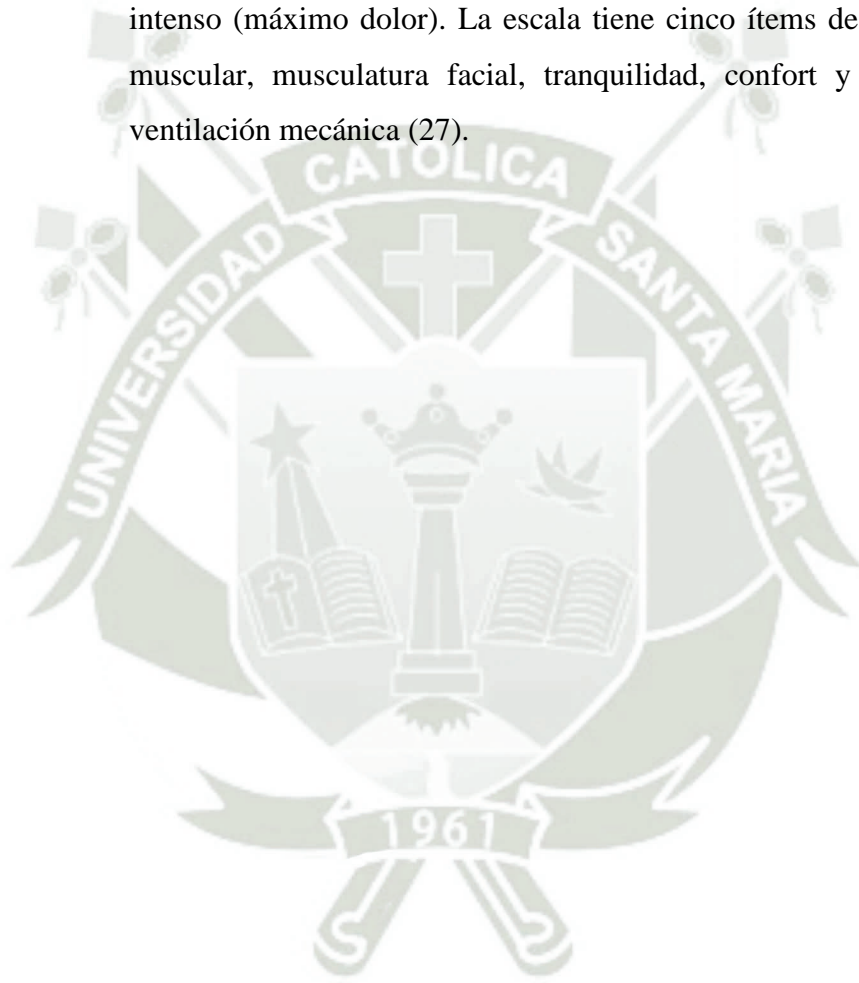
3.1.3.7.7. La escala de Campbell

En 1993 se creó la primera escala de valoración del dolor: la escala de Campbell, que determina tanto el dolor en sí como su intensidad, clasificándolo en una escala de 0 a 10, donde 0 significa ningún dolor, 1 - 3 - dolor moderado, 4- 6 - dolor intenso. y por encima de 6 – nivel máximo de dolor (27).

Algunos autores y el Grupo de Sedación Semicycuc recomiendan este método para la evaluación del dolor en pacientes que no pueden comunicarse. Se utiliza no sólo para evaluar la presencia de dolor sino también para cuantificar su intensidad. Calificar el dolor en una escala de 1 a 10 lo hace más comparable a las escalas utilizadas en pacientes conscientes, pero no está validada en UCI y su uso es limitado (28).

3.1.3.7.8. Escala de Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID)

Esta escala, desarrollada por Latorre Marco en 2010, se basó en la Escala de Campbell (1993) y se distingue de ella por agregar un nuevo ítem de evaluación: la adaptación a la ventilación mecánica. Es una escala precisa, objetiva, útil y aplicable para detectar y medir el dolor y su intensidad. Se clasifica con una puntuación de 0 para ausencia de dolor, 1-3 para dolor leve-moderado, 4-6 para dolor moderado-grave y más de 6 para dolor muy intenso (máximo dolor). La escala tiene cinco ítems de valoración: tono muscular, musculatura facial, tranquilidad, confort y adaptación a la ventilación mecánica (27).



3.2. Análisis de antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes internacionales

- **Título:** “Psicoprofilaxis obstétrica y su relación con el trabajo de parto en pacientes primigestas atendidas en el hospital Martín Icaza, noviembre del 2023 a abril del 2024”

Autor: Rodríguez Celorio, Mallumi; Heredia Andrade, Anabella.

Fuente: Repositorio de Universidad Técnica Babahoyo - Ecuador.

Resumen

Objetivos: Determinar la relación que tiene la psicoprofilaxis obstétrica en el trabajo de parto en primigestas, para ello se realizó un análisis previo de estudios que coincidan con el tema para la fundamentación de dicho trabajo, por ello la investigación tuvo un criterio de origen documental.

Metodología: Es observacional y descriptiva, que se basa en la observación del comportamiento de las primigestas en TdP, además una revisión y análisis del historial clínico y datos que figuraron en la libreta integral de salud, con todo ello se obtuvieron los resultados de la investigación.

Resultados: Muestra de 256 pacientes que forman parte de este estudio. Los datos se obtuvieron mediante el historial clínico, libreta integral de salud y fichas de observación. Las primigestas de 20 a 34 años correspondieron al 56,64%, 15 a 19 años representaron el 36,33%, por otro lado, 35 a 39 años correspondieron al 2,73%, y finalmente el 4,30% restante representó a aquellas pacientes que tienen una edad menor o igual a 14 años. El mayor porcentaje corresponde a aquellas en las que su edad se encontró entre los 20 a 34 años. El 41% de pacientes no presentaron un registro de haber realizado las sesiones de PPO. El 35% registró haber realizado sesiones de PPO insuficientes, es decir, de 1 a 4. Y tan sólo el 25% registró haber realizado en su totalidad el esquema de sesiones de PPO (5 a 6).

Conclusiones: Rodríguez y Heredia concluyeron que el PPO ayuda al desarrollo del trabajo de parto con buena actitud y colaboración por parte de la madre, reduciendo de esta manera las complicaciones materno-neonatales, favoreciendo en el inicio de la LME y recuperación postparto (29).

- **Título:** “Psicoprofilaxis obstétrica: características y beneficios en las gestantes atendidas en Centro de Salud Las Piñas - Milagro, noviembre del 2023 a abril del 2024”

Autor: Mora Ruiz, Nohelly Lisbeth; Jimenez Peralta, Ginger Katiuska.

Fuente: Repositorio de Universidad Técnica Babahoyo - Ecuador.

Resumen

Objetivos: Determinar las características y beneficios del PPO en las pacientes atendidas en el Centro de Salud Las Piñas-Milagro.

Metodología: Es un estudio descriptivo, no experimental, cohorte transversal con enfoque cuantitativo y cualitativo. Dicha información fue recolectada a través de la encuesta que se les realizó a las pacientes que asistieron al PPO del Centro de Salud Las Piñas-Milagro.

Resultados: Muestra de 88 pacientes que forman parte de este estudio. La edad promedio de las pacientes fue de 20 a 30 años en un 68%, nivel de secundaria completa o realizando un curso en un 73% y el 46% eran primíparas. La asistencia a las 6 sesiones de PPO se consideró una característica relevante en un 69%. Además, se observaron beneficios maternos, de los cuales se evaluaron la reducción de la ansiedad durante el embarazo en un 85% y en el parto en un 82%. Por otro lado, el 89% de los recién nacidos tuvieron menor necesidad de intervenciones médicas después del parto. Las pacientes que participaron del PPO su parto culminó por vía vaginal con un 85%.

Conclusiones: Moro y Jimenez concluyeron que el PPO aporta beneficios en la madre durante el trabajo de parto, así mismo reduce las intervenciones médicas en el recién nacido (49).

- **Título:** “Psicoprofilaxis obstétrica: un camino ineludible para el logro del parto humanizado en Cuba”

Autor: Borges Damas, Lareisy; Sánchez Machado, Rolando; Peñalver Sinclay, Ana; González Portales, Alicia; Sixto Pérez, Arahí.

Fuente: Scopus – Revista de Cuba de Obstetricia y Ginecología

Resumen

Objetivos: Llevar a cabo un análisis de tipo reflexivo y valorativo del PPO, el cual es el camino hacia una atención integral y de calidad en las mujeres de Cuba durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho.

Metodología: Al realizar la búsqueda en la base de datos; se recolectó 876 documentos, posterior a ello aplicando los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron 29 documentos.

Resultados: Para ello se realizó una revisión bibliográfica para analizar de manera crítica el contenido actual del PPO de Cuba. Las bases que se utilizaron para dicha investigación fue la base de datos de Google Académico, Dialnet, Redalyc y Scielo. Previamente se analizó la información de cada documento que coincidía con el estudio a realizar en los que se incluyeron tesis de maestrías doctorados y artículos científicos. El estudio se llevó a cabo desde el mes de enero a marzo del 2020.

Conclusiones: El PPO es una preparación integral que lleva a cabo la gestante para el momento del parto, se concluyó además que este es un derecho de la gestante, ya que todas deben vivir el proceso del embarazo de una más comprometida y cercana (50).

- **Título:** “Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el proceso del trabajo de parto, en gestantes atendidas en el Hospital Universitario de Guayaquil”

Autor: Morales, Vicky; Rodríguez Baño, Katherine; Jiménez Valle, Gabriel; Castro Castro, Mariuxi.

Fuente: Revista ProSciences.

Resumen

Objetivos: La presente investigación tuvo como objetivo determinar los beneficios del PPO en el proceso del TdP en las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Universitario ubicado en Ecuador.

Metodología: Usaron como metodología investigativa observacional, descriptiva y explicativa. El periodo del estudio fue desde el mes de junio a diciembre del año 2019.

Resultados: La muestra estuvo conformada por 100 gestantes que se les aplicaron la encuesta. La influencia del PPO en el trabajo de parto disminuyó el dolor en un 83%. El tiempo de dilatación < 6 horas en nulíparas en un 40% y tiempo de dilatación < 4 horas en multíparas en un 35%; el periodo expulsivo < 45 minutos en nulíparas en un 38% y multíparas < 30 minutos en un 45%, en el 75% de las gestantes se evitó la administración de fármacos y en el 70% disminuyó los desgarros perineales. En cuanto al recién nacido disminuyó las complicaciones en un 65%; APGAR del 63% de los recién nacidos fue de 8/10, favoreció el contacto piel a piel en un 99%; finalmente el 79% de los recién nacidos iniciaron la lactancia materna en la primera hora de vida.

Conclusiones: El PPO demostró beneficios en la madre; en la disminución del dolor, menor tiempo en el periodo de dilatación y alumbramiento y en el recién nacido; en el puntaje de APGAR, mejoro el apego precoz. (51).

3.2.2. Antecedentes nacionales

- **Título:** “Beneficios para la madre y el recién nacido que brinda la Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas Adolescentes del Hospital Rezola de Cañete, 2019”

Autor: Orellana López Eliana Thalía.

Fuente: Repositorio institucional UPSB.

Resumen

Objetivos: Evaluación del aporte positivo para la madre y el recién nacido que brinda el PPO en madres adolescentes primerizas del hospital Rezola de Cañete en el año 2019.

Metodología: Es de nivel descriptivo, diseño no experimental, correlacional y transversal, con una muestra de 90 primigestas adolescentes atendidas en el hospital Rezola, durante agosto y noviembre del año 2019.

Resultados: De la muestra de estudio; el 72,2% completaron las seis sesiones de PPO. Con respecto al tiempo de dilatación, el grupo de gestantes con menos de 6 sesiones presentó un mayor número de casos con duración entre 12 y 14 horas. Con respecto al tiempo de expulsivo, en el grupo de gestantes con menos de 6 sesiones se halló un mayor número de casos con duración entre 1 a 2 horas. Con la prueba de chi cuadrado se encontró diferencias significativas en los períodos del trabajo de parto. Para el caso de los beneficios del recién nacido, se reportaron porcentajes altos con buen puntaje apgar al minuto y a los cinco minutos, peso normal del recién nacido y contacto precoz piel a piel, pero sin diferencia significativa entre los grupos con seis sesiones y menor de seis sesiones ($p>0.05$).

Conclusiones: Se concluyó que la psicoprofilaxis obstétrica ofrece beneficios a la madre en torno a la duración del tiempo de dilatación y expulsivo de manera significativa (30).

- **Título:** "Impacto del programa de psicoprofilaxis obstétrica sobre el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. Marzo - mayo 2021"

Autor: Gonzales Pareja, Cynthia Katherine

Fuente: Repositorio institucional UNSCH.

Resumen:

Objetivos: Demostrar el impacto del PPO sobre el trabajo de parto en gestantes atendidas en el C.S. San Juan Bautista entre el período de marzo - mayo en el año 2021.

Metodología: Un tipo de investigación científica aplicada, cuantitativo, nivel de investigación relacional, observacional, prospectivo, de corte transversal y analítico. Población referencial 157 gestantes que se atendieron en el C.S. San Juan Bautista. marzo – mayo 2021, muestra de estudio conformada por 50 gestantes que se atendieron en el C.S. San Juan Bautista. marzo – mayo 2021. Siendo el tipo de muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple.

Resultados: El impacto positivo en gestantes durante el TdP tenemos que el 70,4% eran mayores de 19 años, el 66,7% eran convivientes, el 51,9% tenían grado de instrucción superior no universitario, 63% eran multíparas y el 85,2% tuvieron mayor o igual a 6 atenciones prenatal. Respecto a las que asistieron al PPO tenemos que el 60% tuvo una duración del período de dilatación menor a 6 horas y un 60% tuvo una duración del período expulsivo menor a 20 minutos; así mismo un 56% presentó dolor intenso durante la dilatación y un 80% dolor intenso durante el expulsivo. Relacionado el impacto positivo con los beneficios del PPO tenemos que 70,4% presentó menor nivel de ansiedad, un 77,8% apropiada reacción a lo largo de las contracciones uterinas, un 66,7% menor duración de la dilatación, un 85,2% menor duración del expulsivo, 100% menor riesgo a complicaciones obstétricas y 96,3% recuperación más rápida y cómoda.

Conclusiones: Gonzales concluyó que el 80% de las que asistieron al programa de psicoprofilaxis obstétrica tuvieron un impacto positivo (31).

3.2.3. Antecedentes locales

- **Título:** “Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de salud Maritza Campos Díaz. Junio-Julio, 2021”

Autor: Cahuana Huacasi, Anabel Yuleysi; Valencia Ramírez, Karina Lizbeth.

Fuente: Repositorio UCSM.

Resumen:

Objetivos: Comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto en primigestas que se les aplicó y no se les aplicó masaje lumbar con aceite de lavanda en el C.S. Maritza Campos Díaz, en los meses de junio a julio en el año 2021.

Metodología: Tipo de investigación cuantitativa, experimental, explicativo, prospectivo, longitudinal y comparativo. La población del estudio comprendió a 20 primigestas atendidas en dicho C.S. Para la estadística inferencial se aplicó la prueba de T de student con un nivel de significancia del 5%.

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

Conclusiones: Cahuana y Valencia concluyeron que realizar masaje lumbar con aceite de lavanda tuvo un efecto positivo en la reducción del nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas (12).

- **Título:** “Relación de la psicoprofilaxis obstétrica y trabajo de parto en las gestantes Centro de Salud Mariano Melgar, Arequipa – 2017”

Autor: Luque Zárata, Madeleine Dyanne.

Fuente: Repositorio institucional de la Universidad Ciencias de la Salud.

Resumen:

Objetivos: La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el programa de psicoprofilaxis obstétrica y el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Mariano Melgar en el año 2017.

Metodología: Es un estudio no experimental, transversal y prospectivo que se realizó en 70 madres gestantes a las cuales se aplicó una encuesta y se evaluó su comportamiento durante el trabajo de parto en una lista de cotejos

Resultados: Los resultados indican que las madres gestantes que asistieron a más sesiones de psicoprofilaxis del promedio mostraron una actitud positiva y colaborativa durante el trabajo de parto; en más de un 90%; el mismo que se desarrolló de forma adecuada y teniendo un buen término, que se refleja en el apgar de los recién nacidos y en la satisfacción de la experiencia por las parturientas atendidas en el C.S. de Mariano Melgar.

Conclusiones: La Psicoprofilaxis Obstétrica tiene una relación directa con el desarrollo del trabajo de parto, en las gestantes, asistentes a dicho programa en el Centro de Salud de Mariano Melgar 2017 (32).

4. HIPÓTESIS

Dado que, la educación proporcionada hacia las gestantes a través del programa de psicoprofilaxis sobre el embarazo, parto y puerperio les otorga conocimiento, seguridad y por consiguiente mayor control en el trabajo de parto.

Es probable que, el nivel de dolor que manifiesten las gestantes preparadas en el trabajo de parto y parto propiamente dicho sea menor que en las gestantes no preparadas.



**CAPÍTULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. Técnica, instrumentos y materiales de verificación

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Variable Independiente Psicoprofilaxis obstétrica	Gestante preparada	Entrevista	Cédula de preguntas (Anexo N°2)
	Gestante no preparada		
Variable Dependiente Nivel del dolor en el trabajo de parto	Intensidad del dolor en el primer período	Entrevista	Escala analógica visual - EVA (Anexo N°3)
	Intensidad del dolor en el segundo período		
Variable Interviniente Características sociodemográficas y factores obstétricos	Edad	Entrevista	Cédula de preguntas (Anexo N°2)
	Grado de Instrucción		
	Estado Civil		
	Ocupación actual		
	Zona de residencia		
	Paridad		

1.1. Técnica

Para identificar las características sociodemográficas, datos obstétricos y datos respecto a la asistencia de psicoprofilaxis obstétrica se aplicó una entrevista elaborada con base a las variables independientes. Para medir la intensidad del dolor se aplicó una entrevista de tal modo se identifique de manera subjetiva el nivel de dolor que manifestó la paciente en el trabajo de parto.

1.2. Instrumentos

El instrumento que se utilizó es el cuestionario:

- Se utilizó la ficha de recolección de datos para la obtención de información sobre las características sociodemográficas, datos obstétricos, asistencia de psicoprofilaxis obstétrica. (Anexo N°2)
 - Se utilizó la escala visual analógica del dolor, dicho instrumento calificará el nivel de dolor que manifestó en el período de dilatación y período expulsivo. (Anexo N°3)
- Se calificó según una escala de Baremo:

- Dolor leve: 1-3
- Dolor moderado: 4-7
- Dolor intenso: 8-10

1.3. Materiales de verificación

- Material de escritorio
- Instrumentos de recolección de datos
- Computadora personal de procesamiento de texto y bases de datos
- Software estadístico

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial

- **Precisión de lugar:** El estudio se realizó en Perú, departamento de Arequipa, distrito el Cercado.
- **Caracterización de lugar:** En el Hospital III Goyeneche ubicado en la Av. Goyeneche N°100.
- **Delimitación gráfica del lugar:** Croquis del Hospital III Goyeneche y del departamento de Gineco-Obstetricia. Ver mapa (Anexo N°4).

2.2. Ubicación temporal

- **Cronología:** El estudio se realizó durante el mes de julio a agosto.
- **Visión temporal:** Prospectivo.
- **Corte temporal:** Transversal.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Universo

- **Universo cualitativo:**

- **Criterios de inclusión:**

- Puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de obstetricia; que tuvieron parto vaginal en el Hospital III Goyeneche que accedieron a participar en el estudio de investigación con previo consentimiento informado.
 - Puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de obstetricia que asistieron a las 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante su embarazo.
 - Puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de obstetricia que no asistieron a ninguna sesión de psicoprofilaxis obstétrica durante su embarazo.

- **Criterios de exclusión:**

- Puérperas hospitalizadas en el servicio de obstetricia cuyo parto culmino por vía abdominal.
 - Puérperas hospitalizadas en el servicio de obstetricia que realizaron de 1 a 5 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
 - Puérperas tardías, que tuvieron su parto > 24 hrs.

- **Universo cuantitativo:**

Estuvo constituida por 108 puérperas inmediatas hospitalizadas en el servicio de obstetricia cuyo parto culminó por vía vaginal. De las cuales fueron 54 mujeres que asistieron a las 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y 54 mujeres que no asistieron a ninguna sesión. Con el fin de minimizar el sesgo y maximizar la comparabilidad.

2.3.2. Muestra

- **Criterios estadísticos**

- Confiabilidad: 95%
 - Margen de error: 5%

- **Tamaño de la muestra**

$$n = \frac{N * (Z_{\alpha})^2 * p * q}{(N - 1) * E^2 + (Z_{\alpha/2})^2 * p * q}$$

- n = Tamaño de la muestra
- N = Total de la población = 115
- α = Error tipo I β = Error tipo II
- $Z\alpha$ = Nivel de confianza 95% = 1.96
- $Z\beta$ = Potencia de Prueba
- p = Proporción esperada $p = 70\%$
- q = Proporción de error $q = 30\%$
- S^2, σ^2 = Varianza
- E = Error de estimación $e = 9\%$

Reemplazando los valores en la fórmula, se obtiene a:

$$n = \frac{115 * 1.96^2 * 0.70 * 0.30}{(115 - 1) * 0.09^2 + (1.96)^2 * 0.70 * 0.30} = 54$$

- **Tipo de muestreo:**

- Muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas.

3. Estrategia de recolección de datos

3.1. Organización

- Para la recolección de datos se solicitó la autorización respectiva al Hospital III Goyeneche para realizar el estudio, se hizo la coordinación con el Dr. Henry Rodríguez quien es el jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia.
- Se coordinó con la jefa del servicio de Obstetricia, para poder aplicar el instrumento a las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.
- El estudio tuvo lugar en el área de hospitalización de obstetricia de dicho hospital donde se seleccionó las pacientes con previa autorización, que cumplan con los criterios de inclusión, ya descritos. Se pidió a las pacientes que autocalifiquen su nivel de dolor durante el trabajo de parto utilizando la escala analógica visual del dolor que evaluó el nivel del dolor que percibieron en el trabajo de parto y parto propiamente dicho (Anexo N°3).
- Se adjuntó la información obtenida de la cédula de preguntas en una matriz de datos para la valoración de los recursos (Anexo N°5).

3.2. Recursos

a) Humanos

- **Investigadores**
 - Bach. Ariana Sofía Tejada Maque
 - Bach. Karol Analí Zambrano Díaz
- **Asesora de investigación**
 - Mg. Giovanna Rodríguez Meza

b) Físicos

Disponibilidad de la infraestructura y ambiente del Hospital III Goyeneche.

c) Materiales

- Materiales de escritorio como: lapiceros, hojas de papel bond, impresión, tampón.
- Servicios: movilidad, fotocopias, oficina, computadoras.

d) Financieros

Autofinanciado

3.3. Validación del instrumento

Para la recolección de datos de la presente investigación se aplicó un cuestionario.

Para la medición del nivel de dolor en las pacientes durante el trabajo de parto, se realizó mediante la utilización de la “Escala Visual analógica” (EVA)

Escala visual analógica del dolor (Anexo N°3): Fue validado en el 2001 por Polly Bijur, Wendy Silver y Jhon Gallagher; donde se realizó la evaluación de la fiabilidad del EVA para la medición del dolor agudo (33). Se pidió a los pacientes que calificaran la intensidad del dolor que manifestaban en su momento, colocando una marca en una EVA de 100 milímetros (34). La EVA fue colocada de manera horizontal con los extremos descritos “menor dolor posible” y “peor dolor posible”, luego se pidió a los pacientes que calificaran su dolor en una EVA nuevo sin referencia a la primera medida (35). La confiabilidad de la escala visual analógica para la medición del dolor agudo según la evaluación del coeficiente de correlación intercalase – ICC parece ser alta. El 90% de las calificaciones de dolor estuvieron dentro de 9 mm. Por ende, estos datos sugieren que la EVA es lo suficientemente confiable y válida para ser utilizada en la evaluación del dolor agudo (12).

El paciente tiene que indicar la intensidad de su dolor en números de una escala del 0 a 10, en la cual el 0 representa “ausencia de dolor”, y el 10 “el peor dolor imaginable”.

Permite conseguir una variedad de definiciones, lo cual aumenta la sensibilidad del instrumento. Las palabras claves son arbitrarias y pueden muy bien ser reemplazadas por otras, en ambos extremos de la escala (32). Fue determinado por los siguientes rangos: dolor leve (1-3), dolor moderado (4-7) y dolor intenso (8-10).

3.4. Consideraciones éticas

Para la ejecución se tomó en cuenta el consentimiento del director del departamento de Gineco-Obstetricia y de la jefa del servicio de Obstetricia del Hospital III Goyeneche, se realizó la entrega del consentimiento informado a las pacientes, en caso de las menores de edad se informó a sus apoderados con la previa explicación de la investigación a realizar y así mismo se les hizo firmar el consentimiento informado respectivo (Anexo N°1).

Además, se realizó dicho estudio obedeciendo las consideraciones éticas señaladas en la Ley General de Salud del Estado Peruano, Ley N°26842; donde las normas científicas y técnicas de investigación en salud están establecidas, y destacando además la importancia que dicha investigación sea realizada por profesionales con experiencia (37).

4. Estrategia para manejar resultados

4.1. Sistematización de los datos

4.1.1. Tipo de sistematización

Mixto comprendido por proceso manual y electrónico.

4.2. Planes de operación

4.2.1. Plan de clasificación

4.2.1.1. Tipo de matriz de ordenamiento

De sistematización

4.2.2. Plan de tabulación

4.2.2.1. Tipo de tabla

Entrada simple y de doble entrada

4.2.3. Plan de graficación

4.2.3.1. Clase de gráfica

Gráfico de barras simple

4.2.4. Plan de codificación

4.2.4.1. Sistema de codificación

Números dígitos

4.2.4.2. Tipo de procesamiento

Respuestas cerradas

4.2.5. Plan de recuento

4.2.5.1. Tipo de recuento

Tipo de recuento mixto (electrónico SPSS y manual)

4.2.5.2. Matrices de conteo

Microsoft Excel

4.2.6. Plan de análisis de datos

4.2.6.1. A nivel de análisis

Tipo de análisis

1. Por su naturaleza: Análisis cuantitativo y cualitativo.
2. Por el número de variables: Análisis multivariado.

4.2.6.2. Tratamiento estadístico

- Estadística descriptiva: Tablas de frecuencia.
- Estadística inferencial: Prueba paramétricas Chi - cuadrado con un nivel de significancia del $< 5\%$.



TABLA N°1

**EDAD DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN
EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO –
AGOSTO, 2024**

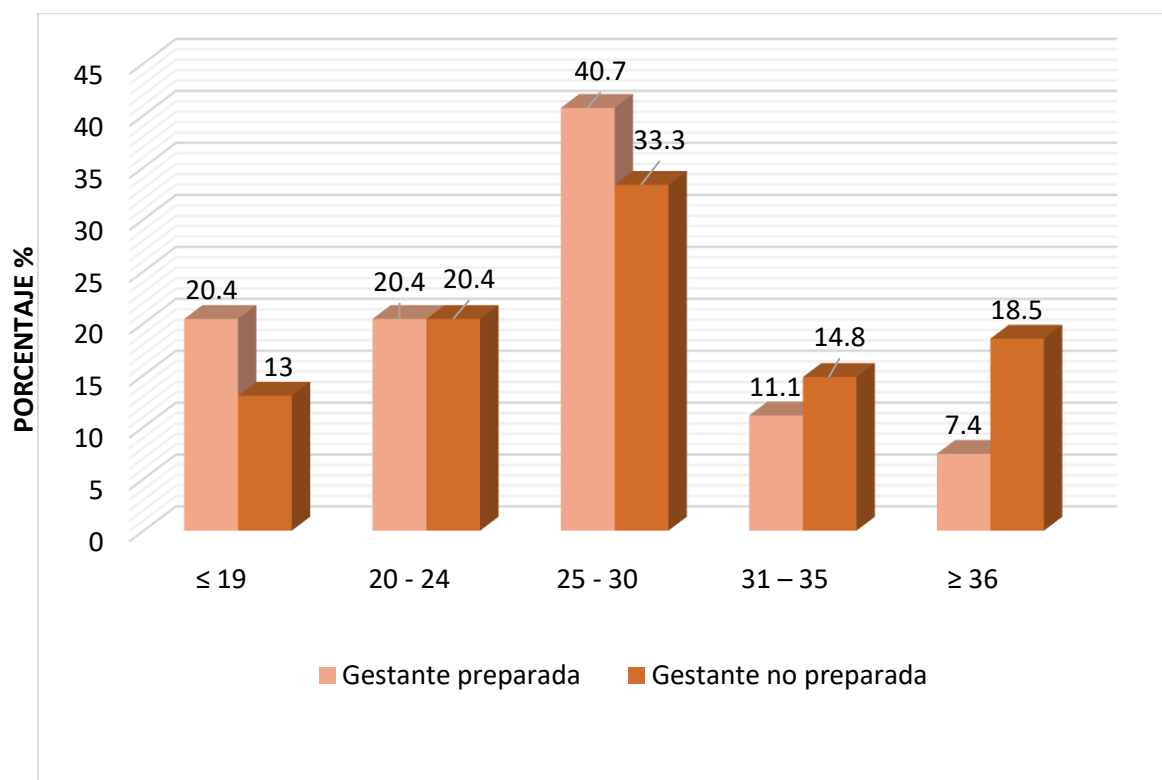
Edad (años)	Psicoprofilaxis obstétrica			
	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas	
	N°.	%	N°.	%
≤ 19	11	20,4	7	13,0
20 - 24	11	20,4	11	20,4
25 - 30	22	40,7	18	33,3
31 – 35	6	11,1	8	14,8
≥ 36	4	7,4	10	18,5
Total	54	100	54	100

Fuente: Elaboración propia

La tabla N°1: Muestra que el grupo etario de 25 a 30 años predomina tanto entre las gestantes preparadas con un 40,7% y en las no preparadas con un 33,3%. El 7,4% de las gestantes preparadas y el 18,5% de las no preparadas son mujeres ≥ 36 años.

GRAFICO N°1

EDAD DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°2

**ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA DURANTE LOS
MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024**

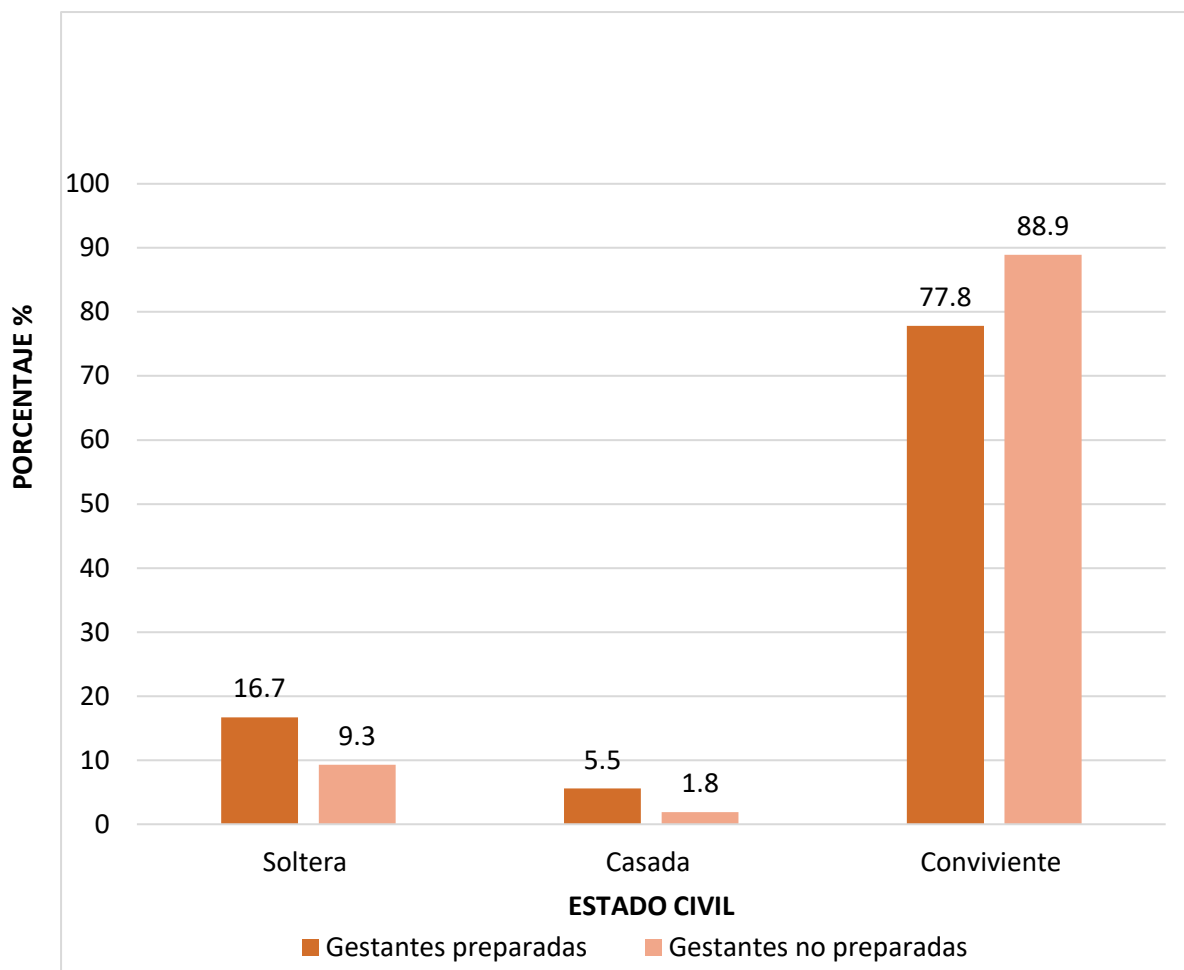
Estado civil	Psicoprofilaxis obstétrica			
	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas	
	N°.	%	N°.	%
Soltera	9	16,7	5	9,3
Casada	3	5,5	1	1,8
Conviviente	42	77,8	48	88,9
Total	54	100	54	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°2: Muestra que el 77,8% de las gestantes preparadas y el 88,9% de las no preparadas conviven con su pareja. El 16,7% de las gestantes preparadas y el 9,3% de las no preparadas son solteras. El 5,5% de las gestantes preparadas y 1,8% de las no preparadas están casadas.

GRÁFICO N°2

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024

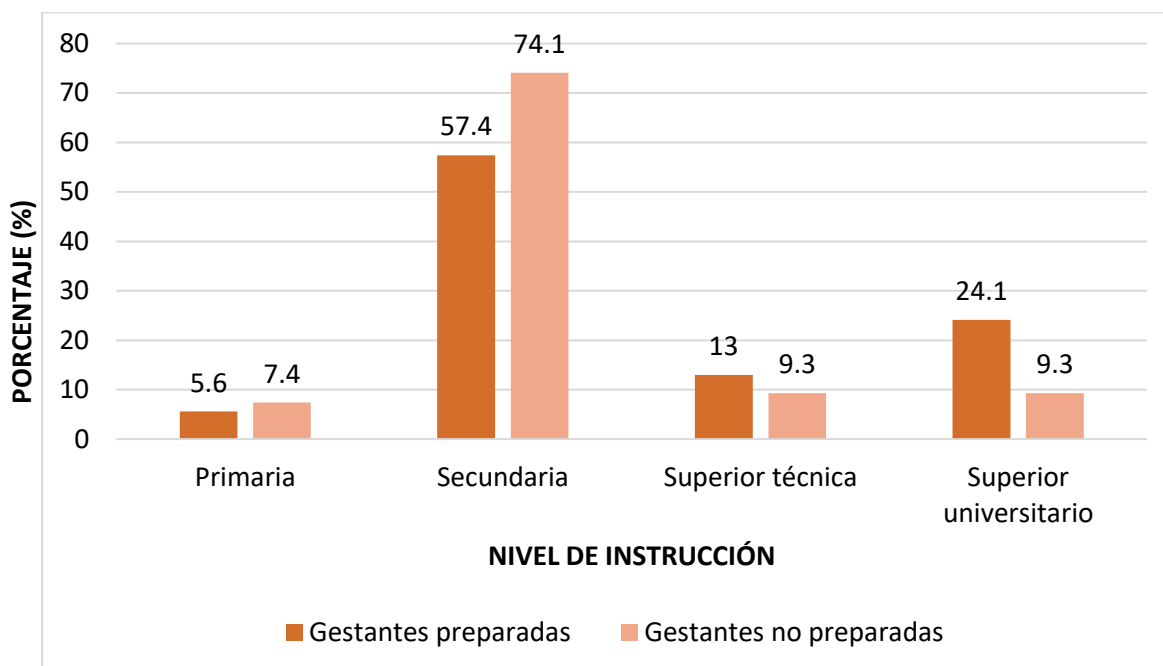
Nivel de instrucción	Psicoprofilaxis obstétrica			
	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas	
	N°.	%	N°.	%
Primaria	3	5,6	4	7,4
Secundaria	31	57,4	40	74,1
Superior técnica	7	13,0	5	9,3
Superior universitario	13	24,1	5	9,3
Total	54	100	54	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°3: Muestra que el 5,6% de las gestantes preparadas y el 7,4% de las no preparadas tienen primaria, el 57,4% de las gestantes preparadas y el 74,1% de las no preparadas tienen secundaria completa, el 13% de las preparadas y el 9,3% de las no preparadas tienen educación técnica superior y el 24,1% de las gestantes preparadas y el 9,3% de las no preparadas tiene nivel universitario.

GRÁFICO N°3

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°4

**OCUPACIÓN ACTUAL DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS
ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA DURANTE LOS
MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024**

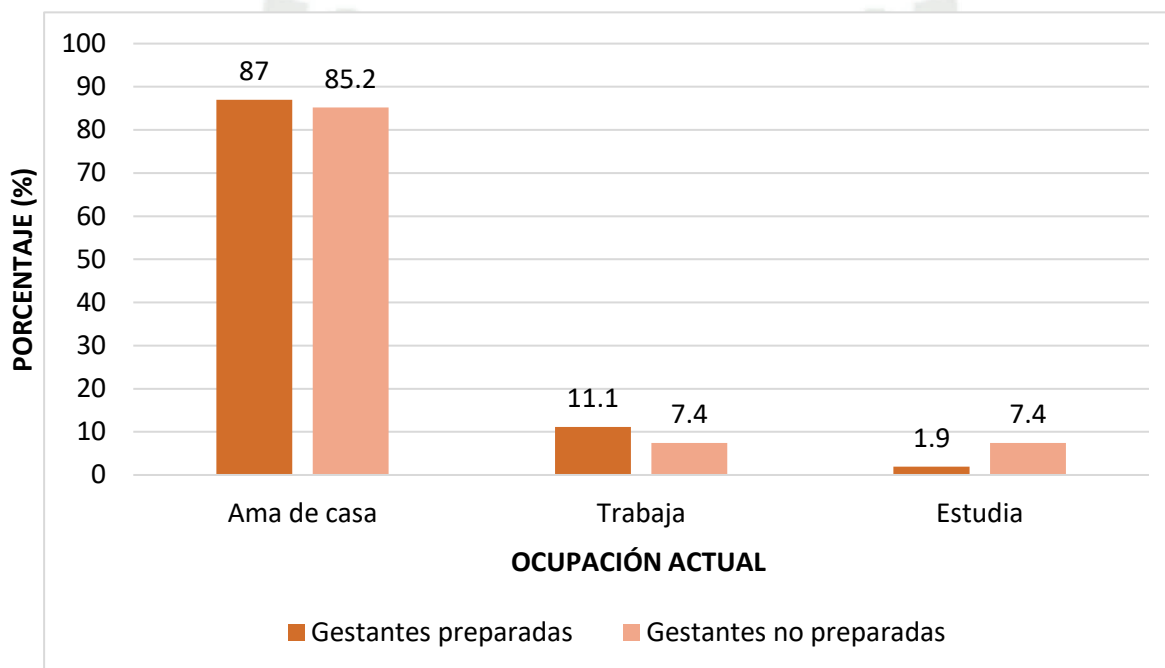
Psicoprofilaxis obstétrica				
Ocupación actual	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas	
	N°.	%	N°.	%
Ama de casa	47	87,0	46	85,2
Trabaja	6	11,1	4	7,4
Estudia	1	1,9	4	7,4
Total	54	100	54	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°4: Muestra que el 87,0% de las gestantes preparadas y el 85,2% de las no preparadas son amas de casa. El 11,1% de las gestantes preparadas y el 7,4% de las no preparadas trabajan. El 1,9% de las gestantes preparadas y 7,4% de las gestantes no preparadas son estudiantes.

GRÁFICO N°4

OCUPACIÓN ACTUAL DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°5

**ZONA DE RESIDENCIA DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO
PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA
DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024**

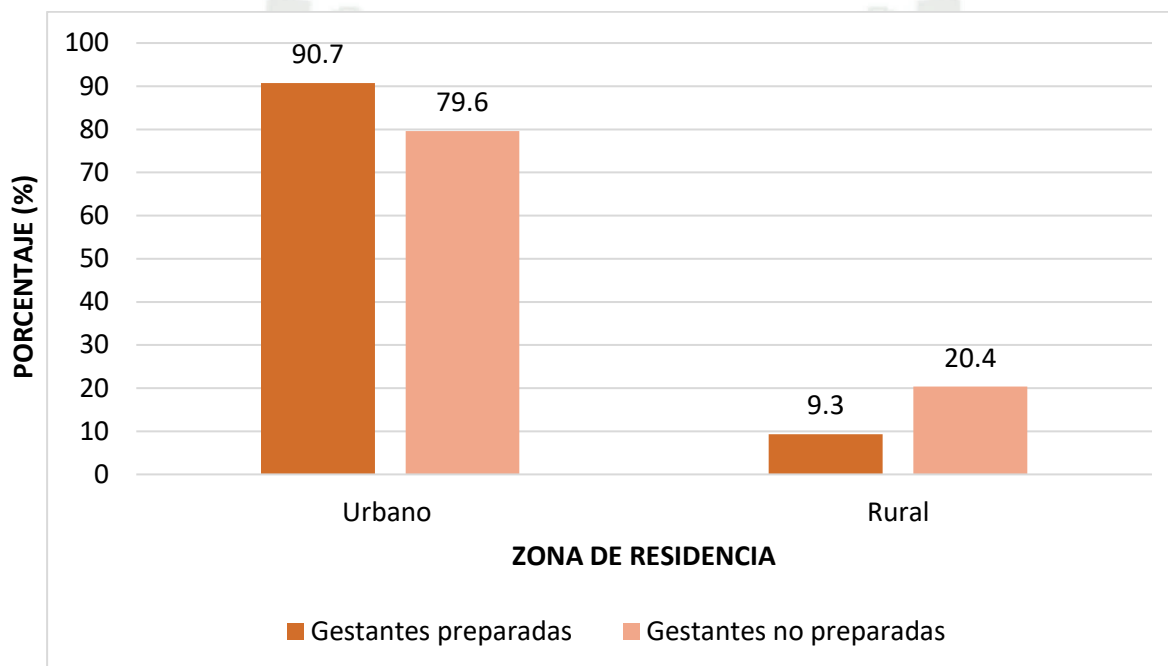
Psicoprofilaxis obstétrica				
Zona de residencia	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas	
	N°.	%	N°.	%
Urbano	49	90,7	43	79,6
Rural	5	9,3	11	20,4
Total	54	100	54	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°5: Muestra que el 90,7% las gestantes preparadas y 79.6% las gestantes no preparadas residen en una zona urbana. El 9,3% de las gestantes preparadas y el 20,4% de las gestantes no preparadas residen en una zona rural.

GRÁFICO N°5

ZONA DE RESIDENCIA DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°6

**PARIDAD DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO –
AGOSTO, 2024**

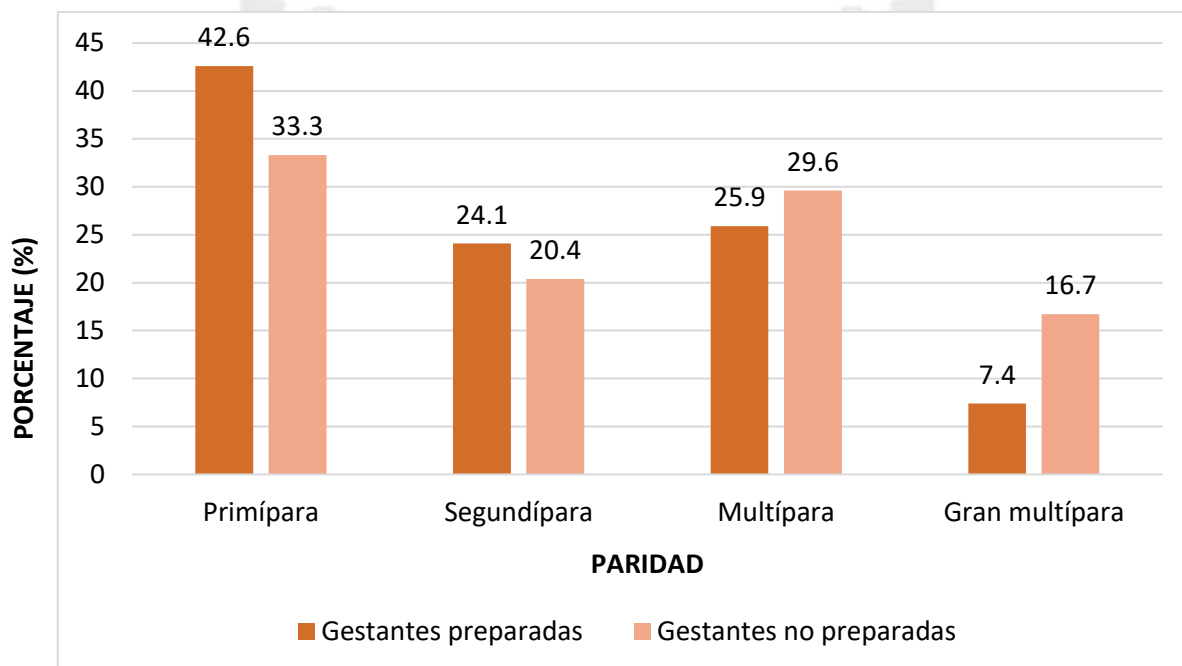
Paridad	Psicoprofilaxis obstétrica			
	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas	
	N°.	%	N°.	%
Primípara	23	42,6	18	33,3
Segundípara	13	24,1	11	20,4
Múltipara	14	25,9	16	29,6
Gran múltipara	4	7,4	9	16,7
Total	54	100	54	100

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°6: Muestra que el 42,6% de las gestantes preparadas y el 33,3% no preparadas son primíparas. El 24,1% de gestantes preparadas y el 20,4% de gestantes no preparadas son segundíparas. El 25,9% de gestantes preparadas y el 29,6% de gestantes no preparadas son múltiparas. El 7,4% de las gestantes preparadas y el 16,7% de las gestantes no preparadas son gran múltiparas.

GRÁFICO N°6

PARIDAD DE LAS GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHE, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°7

**NIVEL DE DOLOR EN EL PRIMER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO O
DILATACION EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO –
AGOSTO, 2024**

Nivel de dolor en el primer período del trabajo de parto o dilatación	Psicoprofilaxis obstétrica			
	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas	
	N°.	%	N°.	%
Leve	8	14,8	2	3,7
Moderado	30	55,6	20	37,0
Intenso	16	29,6	32	59,3
Total	54	100	54	100

X²= 10,93 P<0,05 P= 0,004

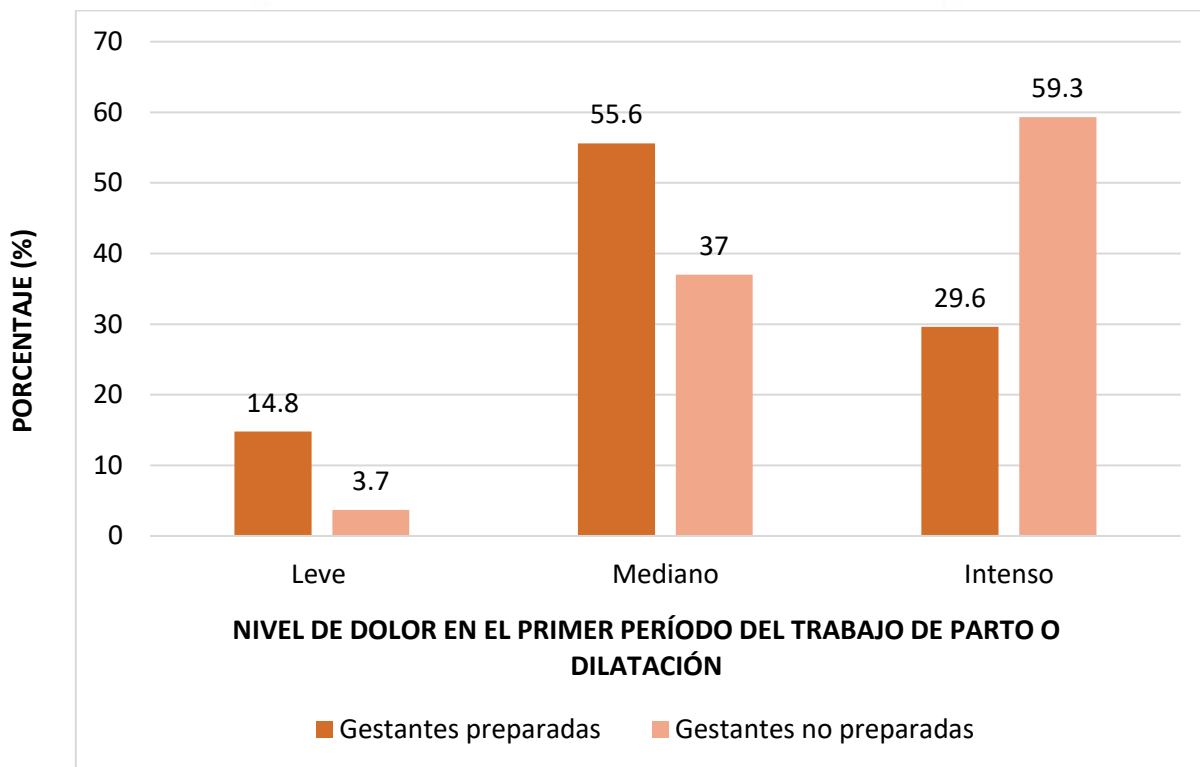
Fuente: Elaboración propia

Tabla N°7: Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.93$) muestra que el nivel de dolor en el primer período del trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas muestra diferencias estadísticamente significativas ($P<0,05$).

El 14,8% de las gestantes preparadas y el 3,7% de las gestantes no preparadas manifestaron dolor leve en el período de dilatación. El 55,6% de las gestantes preparadas y 37,0% de las gestantes no preparadas manifestaron dolor moderado durante el período de dilatación. El 29,6% de las gestantes preparadas y el 59,3% de las gestantes no preparadas experimentaron dolor intenso.

GRAFICO N°7

EL NIVEL DE DOLOR EN EL PRIMER PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO O DILATACION EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO – AGOSTO, 2024



Fuente: Elaboración propia

TABLA N°8

**NIVEL DE DOLOR EN EL SEGUNDO PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO O
EXPULSIVO EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO –
AGOSTO, 2024**

Nivel de dolor en el segundo período del trabajo de parto o expulsivo	Psicoprofilaxis obstétrica			
	Gestantes preparadas		Gestantes no preparadas	
	N°.	%	N°.	%
Leve	2	3,7	0	0,0
Mediano	21	38,9	9	16,7
Intenso	31	57,4	45	83,3
Total	54	100	54	100

$X^2= 9,37$ P<0,05 P= 0,009

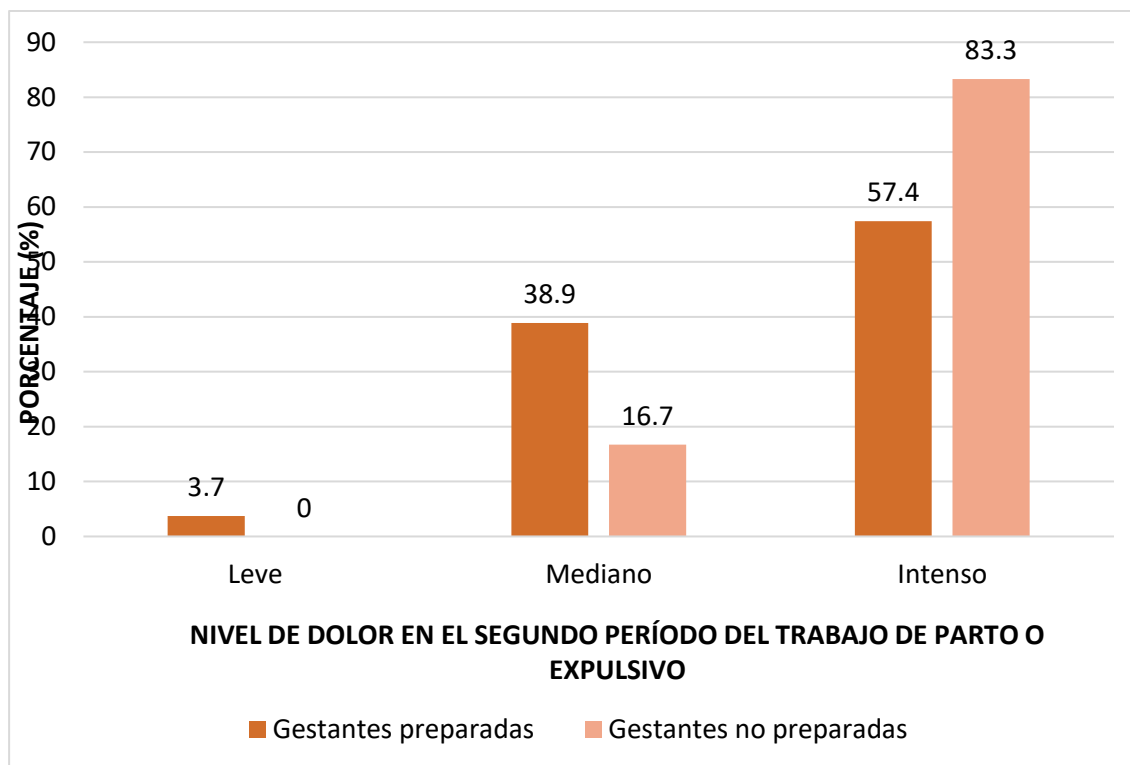
Fuente: Elaboración propia

Tabla N°8: Según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.93$) muestra que el nivel de dolor en el segundo período del trabajo de parto en gestantes preparadas y no preparadas muestra diferencias estadísticas significativas ($P<0,05$).

El 38,9% de las gestantes preparadas y el 16,7% de las gestantes no preparadas experimentaron dolor moderado. El 57,4% de las gestantes preparadas y el 83,3% de las gestantes no preparadas manifestaron dolor intenso en el período expulsivo y el 3,7% de las gestantes preparadas manifestaron dolor leve en este período.

GRAFICO N°8

**NIVEL DE DOLOR EN EL SEGUNDO PERÍODO DEL TRABAJO DE PARTO O
EXPULSIVO EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS
EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA DURANTE LOS MESES DE JULIO –
AGOSTO, 2024**



segundo período del trabajo de parto en las gestantes p

Fuente: Elaboración propia

DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación se realizó con el objetivo de comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital III Goyeneche, con una muestra de 108 mujeres que tuvieron parto vaginal en dicho hospital, de las cuales 54 mujeres asistieron a las 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica y los 54 restantes no asistieron a ninguna sesión de psicoprofilaxis obstétrica durante su gestación. Se evaluó durante los meses de julio y agosto del 2024, el nivel de dolor en el trabajo de parto y el parto propiamente dicho en gestantes preparadas y no preparadas (Tabla N°7 y Tabla N°8).

Se encontró que el 40,7% de las gestantes preparadas tienen edades entre 25 a 30 años, dicho rango de edad también predominó en las gestantes no preparadas con un 33,3%. Mientras que en la investigación realizada por Gonzales CK. (31), se identificó que el 70,4% de las gestantes preparadas eran mayores de 19 años. Sin embargo, el 60,9% de las gestantes no preparadas tenían edades entre 10 y 19 años, este último dato no coincide con nuestro estudio ya que este rango de edad representa un 13,0%. En los últimos hallazgos se observó que las mujeres deciden postergar la maternidad, esto es más frecuente en países desarrollados donde la mujer es más empoderada y busca un mayor crecimiento personal, emocional y profesional (38). Según a los resultados obtenidos se puede mencionar que en su mayoría las gestantes que asisten al programa de psicoprofilaxis obstétrica son jóvenes, se ha visto que las madres jóvenes muestran mayor voluntad, participación y disposición para aprender datos importantes respecto al embarazo, parto, puerperio (39).

Se obtuvo que el estado civil más frecuente fue el de conviviente para ambos grupos, con un 77,8% de las gestantes preparadas y 88,9% de las gestantes no preparadas. Datos similares fueron encontrados en la investigación de Zorrilla GK. (4) donde la mayoría de las gestantes preparadas son convivientes con un 50,9% y 49,1% de las gestantes no preparadas. De igual manera en la investigación de Gonzales Pareja CK. (31), se identificó que el 66,7% de las gestantes que tuvieron impacto positivo del PPO eran convivientes frente al 47,8% de las gestantes que tuvieron un impacto negativo del PPO, dicho dato difiere con la presente investigación. Existen hallazgos que demuestran que el apoyo de la pareja influye de manera positiva en la gestante motivándola a que cumpla con la asistencia de los controles prenatales y al cumplimiento de otras indicaciones que son dadas por el profesional de salud como en la asistencia al programa de psicoprofilaxis obstétrica (40). Sin embargo, la convivencia es algo común en las parejas jóvenes en proceso de conformidad por los patrones socioculturales, por

ello es importante la educación sanitaria para poder fortalecer la relación familiar, de igual manera el involucramiento (39).

Se observó que el 57,4% de las gestantes preparadas tienen un nivel de instrucción de secundaria, dicho dato tuvo un mayor porcentaje en las gestantes no preparadas con un 74,1%. Estos datos coinciden con el estudio de Gonzales CK. (31), se obtuvo que el 25,9% de las gestantes que tuvieron un impacto positivo del PPO tienen un nivel de instrucción secundaria frente al 52,2% de las gestantes que tuvieron impacto negativo del PPO. Cabe señalar que el nivel de instrucción es considerado como uno de los factores influyentes para que la persona pueda tomar decisiones favorables para su salud, considerando de esta manera que una gestante tenga el compromiso y la responsabilidad de asistir al programa de psicoprofilaxis obstétrica siendo consciente de los beneficios que tiene dicho programa en el binomio de madre e hijo (41).

Se encontró que el 87,0% de las gestantes preparadas son amas de casa, dicho dato también predominó en las gestantes no preparadas con un 85,2%. Dato similar se obtuvo en las investigaciones realizada por Guerrero A. y Vergara H (41) quienes indican que el 50,3% de las gestantes que no asistieron al programa de psicoprofilaxis son amas de casa. Mientras que en la investigación de Zorrilla GK. (4) identifica que el 41,5% de las gestantes preparadas son estudiantes, este dato difiere con la presente investigación ya que el porcentaje de gestantes preparadas que estudian es tan solo del 1,9%. mientras que el 37,7% de las gestantes no preparadas son amas de casa. Otro hallazgo similar se tuvo en el estudio de Gonzales Pareja CK. (31), ya que el 81,5% de las gestantes eran amas de casa. La ocupación es la actividad laboral que realiza una persona con el fin de obtener una remuneración económica o un beneficio. Diversos estudios demuestran que el porcentaje es considerablemente alto de las gestantes que son amas de casa, por lo cual muchas de ellas dependen económicamente de la pareja (41).

Predominó que el que el 90,7% de las gestantes preparadas y el 79,6% gestantes no preparadas residen en zona urbana. Por otro lado; el 9,3% de las gestantes preparadas y 20,4% de las gestantes no preparadas viven en zona rural. Estos hallazgos guardan similitud con la investigación por Coaquira C. (42), el cual evidenció que el 81,25% de las puérperas que recibieron psicoprofilaxis residía en zona urbana, sin embargo, este último dato no coincide, ya que la mayoría de las gestantes que no recibieron psicoprofilaxis residían en zona rural en un 61,22%, indicando que la “residencia rural” fue un factor determinante para la no realización

de psicoprofilaxis. De acuerdo con ENDES la salud materna resulta de múltiples factores, no solo de tipo biológico sino también de acceso a los servicios de salud, Así mismo las desigualdades sociales juegan un papel importante, ya que los indicadores de salud tienden a empeorar a medida que el nivel socioeconómico es bajo. Por lo tanto, la residencia es un elemento crucial que afecta el acceso a programas preventivos y promocionales para las mujeres embarazadas.

Se identificó que el 42,6% de las gestantes preparadas son primíparas, dicho dato también predominó en las gestantes no preparadas con un 33,3%. Por otro lado; el 7,4% de las gestantes preparadas son gran multíparas frente al 20,4% de las gestantes no preparadas. Se encontraron datos similares en el estudio de Gonzales C. (31), donde el mayor porcentaje con el 65,2% son nulíparas y 34,8% son multíparas. Sin embargo, en la investigación de Guerrero A. y Vergara H (41) se observó que el porcentaje de gestantes preparadas son 34.3% son multíparas y el 33.7% primíparas. Así mismo se observó que las mujeres multíparas enfrentan limitaciones de tiempo debido a sus responsabilidades laborales, académicas y de cuidado de los hijos. así también se ve influida por la dinámica familiar con el esposo y los hijos a la asistencia al programa de psicoprofilaxis, pero según Marisela M. (41) indican que la falta de asistencia se debe a una deficiente difusión del programa, ya que muchas gestantes no estaban al tanto de su existencia y los horarios establecidos no se ajustaban a sus tiempos libres. Es crucial mejorar la comunicación y promover el programa a través de diferentes medios y servicios de salud para que las gestantes puedan planificar mejor sus actividades y tiempos (41). La falta de asistencia al programa de educación materna a menudo se observa en gestantes que ya tienen hijos previos. En contraste, las primigestas debido a su inexperiencia, miedo a lo desconocido y la falta de planificación del embarazo, suelen buscar activamente información, preparación y educación sobre el embarazo. Como resultado, tienden a asistir al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica (44).

El nivel de dolor durante el período de dilatación en las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, lo podemos observar en la tabla N°7, donde se evidencia que del 100% que es representado por 54 gestantes que asistieron a las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, el 55,6% manifestaron dolor moderado; resultados diferentes se obtuvieron en la investigación de Gonzales CK. (31), ya que menciona que el nivel de dolor durante el período de dilatación fue intenso en un 56% de las gestantes que realizaron el PPO, este dato difiere en nuestra investigación ya que solo el 29,6% de las gestantes preparadas manifestaron dolor intenso.

En tanto las 54 gestantes que no asistieron a ninguna sesión de psicoprofilaxis obstétrica, el 59,3% manifestaron dolor intenso, 37% manifestó dolor moderado y tan solo el 3,7% dolor leve durante el primer período. Mientras que en la investigación realizada por Gonzales CK. (31), se obtuvo que el 84% de las gestantes no preparadas sintieron dolor intenso y el 16% dolor moderado en relación con el período de dilatación (31). Por otro lado, en el estudio realizado por Osorio RN (46) indica que el dolor en el período de dilatación fue severo en el 90% de gestantes preparadas frente al 96,7% de gestantes no preparadas. No existiendo diferencia estadísticamente significativa entre las variables ($p=0.301$). Sin embargo, en nuestro estudio se sometieron los resultados a la prueba de Chi cuadrado, y se halló diferencia estadísticamente significativa ($X^2=10,93$) que indica asociación entre las variables con un valor de ($p=0,004$).

El nivel de dolor en el segundo período o expulsivo en las gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche se puede observar en la tabla N°8, donde se evidencia que 57,4% de las gestantes preparadas manifestaron haber presentado dolor intenso en el período expulsivo. Se encontraron datos similares en el estudio de Gonzales Pareja CK. (31) indican que las gestantes que asistieron a las seis sesiones de psicoprofilaxis tuvieron una percepción del dolor intenso el 80%, cuyo dato concuerda con nuestra investigación siendo así el mayor porcentaje de mujeres que perciben el dolor en nivel intenso en ambos estudios.

En tanto las 54 gestantes que no asistieron a ninguna sesión de psicoprofilaxis obstétrica, el 83,3% manifestaron haber presentado dolor intenso en el período expulsivo, Además, se muestra que solo el 16,7% manifestaron haber presentado dolor moderado. Mientras que en la investigación realizada por Gonzales CK. (31), se obtuvo que el 92% de las gestantes no preparadas sintieron dolor intenso y el 8% dolor moderado en relación con el período expulsivo (31). En el estudio realizado por Huamani M. (45) indica que el nivel de dolor de gestantes preparadas fue 42,5% experimentaron un dolor moderado y 57,5% un dolor intenso en el periodo expulsivo.

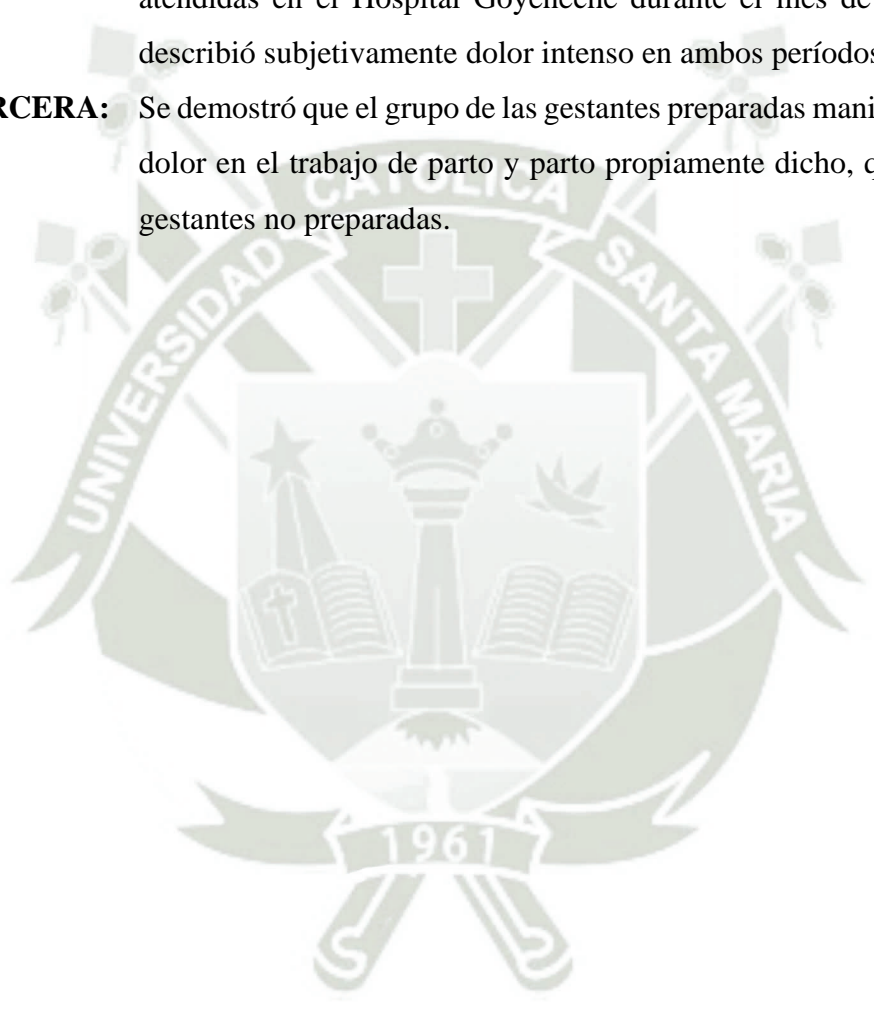
A si mismo se encontraron datos similares en el estudio de Osorio RN (46) indica que el dolor en el período expulsivo fue severo en el 80% de gestantes preparadas frente al 86,7% de gestantes no preparadas, no habiendo diferencia estadísticamente significativa entre las variables ($p=0.488$). Sin embargo, en nuestro estudio se sometieron los resultados a la prueba de Chi cuadrado, y se halló diferencia estadísticamente significativa ($X^2=9,37$) que indica asociación entre las variables con un valor de ($p=0,009$).

El programa de psicoprofilaxis contribuye en la disminución del dolor que percibe la gestante en el trabajo de parto y, por tanto, merman también el temor y los pensamientos negativos por parte de la madre. Considerando esto, dicho programa es un método tan beneficioso que desde sus inicios ha realizado grandes cambios en la experiencia de tener un parto con dolor y con riesgo de complicaciones, a un parto como experiencia única e inolvidable entre la madre y su bebe (29). Por ello es de vital importancia considerar que en los métodos de preparación como es el programa de psicoprofilaxis obstétrica, las obstetras se esfuercen por inculcar confianza en la madre preparándola no solo a ella sino involucrando a la pareja o familiar de la gestante durante el proceso del embarazo, del parto y posparto (47). En las sesiones del PPO, la gestante, su pareja u otro familiar que haya sido el acompañante en dichas sesiones tendrán la capacidad de aprender muchas de las técnicas que ayudarán a manejar el malestar y el dolor asociado al trabajo de parto (48).

Finalmente se concluye que los datos hallados en el presente estudio del nivel de dolor en el trabajo de parto evidencian que el mayor porcentaje de las gestantes que asistieron al programa de psicoprofilaxis obstétrica describieron subjetivamente dolor moderado en el período de dilatación y dolor intenso en el período expulsivo. Mientras que en el grupo de gestantes que no realizaron psicoprofilaxis obstétrica refirieron subjetivamente dolor intenso en el período de dilatación y expulsivo.

CONCLUSIONES

- PRIMERA:** El nivel de dolor en el trabajo de parto de las gestantes preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche durante el mes de julio a agosto describió subjetivamente dolor moderado en el período de dilatación y dolor intenso en el período expulsivo.
- SEGUNDA:** El nivel de dolor en el trabajo de parto de las gestantes no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche durante el mes de julio a agosto describió subjetivamente dolor intenso en ambos períodos.
- TERCERA:** Se demostró que el grupo de las gestantes preparadas manifestaron menor dolor en el trabajo de parto y parto propiamente dicho, que el grupo de gestantes no preparadas.



RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Hospital III Goyeneche, reactivar el PPO ya que dicho nosocomio tiene una gran acogida de la población arequipeña y de otras ciudades para lograr así una preparación integral de la gestante en el embarazo, parto y puerperio.
2. Promover la sensibilización del personal de salud en el área de obstetricia sobre la aplicación del PPO, ya que es crucial resaltar los beneficios que ofrece en la salud materno-perinatal, en la que se realiza una adecuada preparación de la gestante, lo cual contribuye a reducir la morbilidad materno-perinatal. Asimismo, se debe enfatizar que la psicoprofilaxis obstétrica también proporciona ventajas significativas para el personal de salud encargado de la atención del parto.
3. Difundir el programa de psicoprofilaxis obstétrica para un parto sin dolor a través de los medios de comunicación, con el objetivo de alcanzar a toda la población gestante. Para ello, se deben desarrollar talleres continuos en el servicio de obstetricia, ofreciendo horarios diferenciados e implementando ambientes adecuados para su realización. Asimismo, es crucial emplear materiales que respeten y fomenten la interculturalidad.
4. Realizar capacitaciones y evaluaciones constantes en el profesional de Obstetricia para lograr el impacto anhelado en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica hacia las gestantes, para que este sea motivador y atractivo, dado que así se facilita la atención, lo cual permite el aumento del nivel de conocimiento de las gestantes y su pareja.
5. A la Facultad de Obstetricia y Puericultura de continuar con la preparación de futuros/as profesionales Obstetras responsables de la salud sexual y reproductiva y del binomio madre- hijo, para que en el futuro logren con éxito su participación con las gestantes y familia.
6. A los estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura a seguir investigando sobre el efecto de la psicoprofilaxis. Así mismo, se recomienda incluir otro tipo de factores que estén asociados al nivel de dolor durante el trabajo de parto y de esta manera ampliar la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de salud. Guía técnica de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal Perú [internet]. Org.pe. 2012 [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.crolimacallao.org.pe/documentos//guia/PSICOPROFILAXIS%20Y%20ESTIMULACION.pdf>
2. Morales S, García Y, Agurto M, Benavente A. La psicoprofilaxis obstétrica y la estimulación prenatal en diversas regiones del Perú. Horizonte médico [internet]. 2014;14(1):42-48. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=371637133008>
3. Salas Mora F. Aplicar psicoprofilaxis obstétrica en primigestas añosas, propuesta de un protocolo de manejo, Hospital Dra. Matilde Hidalgo de procel, de septiembre 2012 a febrero 2013 [internet]. Edu.ec. 2013 [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ug.edu.ec/server/api/core/bitstreams/6d93ce12-fa72-427c-91e3-dd737fb3b435/content>
4. Zorrilla Mecható GK. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica en la gestante durante el proceso de trabajo de parto (fase activa) y el recién nacido en el Centro De Salud Materno Infantil Manuel Barreto De San Juan De Miraflores junio – agosto 2015 [Internet]. Edu.pe. 2016 [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/2275/zorrilla_g.pdf?sequence=3&isAllowed=y
5. Martínez Schulte A, Karchmer Krivitzky S. Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. Acta méd Grupo Ángeles [Internet]. 2021 [citado el 18 de abril de 2024];19(3):361–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1870-72032021000300361&script=sci_arttext
6. Cortez A. Eficacia de la Psicoprofilaxis Obstétrica, Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Obstetricia [Internet]. [Lima]: Universidad Norbert Wiener; 2020 [citado el 15 de junio de 2024]. Disponible en: https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/4506/T061_76204418_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
7. Dávila A, Lazo L. Efecto de la digitopuntura sobre la intensidad del dolor y la evolución del trabajo de parto en primigestas hospital regional Honorio Delgado Espinoza [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2016 [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en:

- <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/a6ef196b-36df-4232-ae7f-f26c635eb330/content>
8. Rodríguez D, Vergara F. Efecto de la musicoterapia sobre las funciones vitales, la duración y sensación de dolor de la fase activa del trabajo de parto en gestantes primigestas atendidas en el Centro de salud Maritza Campos Díaz, Zamacola [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2018 [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/1f8f4a79-8400-4952-9d8a-487c32e4f432/content>
 9. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología [Internet]. novena edición; 2019 [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/08/Manual-Obstetricia-y-Ginecologi%CC%81a-2018.pdf>
 10. Dalma C, María G, Veiga María LF. Manejo del Trabajo de Parto de Bajo Riesgo [Internet]. Guía clínica de visión de urgencias. 2019 [citado el 18 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.sarda.org.ar/images/Guia_de_trabajo_de_parto_de_bajo_riesgo.pdf
 11. Vazquez A. Fisiología del trabajo de parto [Internet]. studocu. 2022 [citado el 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.studocu.com/ehhttps://www.studocu.com/es-mx/document/universidad-de-colima/ginecologia-y-obstetricia/fisologia-del-trabajo-de-parto/33531020s-mx/document/universidad-de-colima/ginecologia-y-obstetricia/fisologia-del-trabajo-de-parto/33531020>
 12. Cahuana Huacasi AY, Valencia Ramírez KL. Efecto del masaje lumbar con aceite de lavanda sobre el nivel del dolor durante la fase activa del trabajo de parto en primigestas. Centro de salud Maritza Campos Díaz, junio-julio. 2021 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2021 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/5cc72db2-53f1-4258-94e5-1120757f8c6f/content>
 13. Ibárcena M, Quispe R. Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica en el nivel de ansiedad de la gestante joven, durante el trabajo de parto en el centro de salud Maritza Campos Diaz [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2017 [citado el 13 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b7219b4a-5d96-485f-8ac6-c67742af82c9/content>

14. Tisné L. El determinismo del parto. Artículo fisiología del parto [Internet]. 2017 [citado el 18 de junio de 2024];12:103–14. Disponible en: https://www.academia.edu/42657895/Articulo_fisiologia_del_parto
15. Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horizonte médico [Internet]. 2014 [citado el 09 de abril de 2024];14(4):53–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010
16. Huanacuni K. Tiempo del periodo de dilatación en fase activa y tiempo del periodo expulsivo en gestantes nulíparas, que realizaron psicoprofilaxis obstétrica con y sin inclusión de yoga, Centro de salud Ampliación Paucarpata [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2019 [citado el 14 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/bacbad7f-9a68-406e-a33c-2184b7f2a568/content>
17. Vidal Fuentes J. Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: Un paso adelante o un paso atrás. Revista Sociedad Española del Dolor [Internet]. 2020 [citado el 9 de abril de 2024];27(4):232–3. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003
18. Diccionario Médico [Internet]. Portalesmedicos.com. 2024 [citado el 12 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.portalesmedicos.com/diccionario_medico/index.php?title=Portada
19. Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S.: Dolor iatrogénico. Oncología (Barcelona) [Internet]. 2017 [citado el 12 de abril de 2024];28(3):33–7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
20. Cortes F, Merino W, Bustos K. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados [Internet]. Revista Chilena de Anestesia. Sociedad de Anestesiología de Chile; 2020 [citado el 12 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanstv49n05-05/>
21. Rodríguez G, Camacho F, Umaña C. Revista médica Sinergia. [Internet]. enero de 2020 [citado el 12 de abril de 2024];5(1). Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/332/699>
22. Vera Loyola E. Atención del parto centrada en el paciente. Revista Peruana Ginecología Obstetricia [Internet]. 2019 [citado el 17 de abril de 2024];65(1):51–5. Disponible en:

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322019000100009
23. Editorial Etecé. Medir - Concepto, unidad de medida y medidas tradicionales. En: Conceptos [Internet]. 2022 [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://concepto.de/medir/>
24. Labronici PJ, Dos Santos V, Dos Santos F, Santos P, Da Silva P. Evaluación del dolor en el adulto mayor. Acta ortopédica mexicana [Internet]. 2016 [citado el 18 de abril de 2024]; Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-41022016000200073#:~:text=La%20EVA%20es%20un%20instrumento
25. Escala visual analógica del dolor (EVA) [Internet]. 2021 Sergas.gal. [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://ulcerasfora.sergas.gal/Informacion/DocumentosCP/Escala%20EVA.pdf>
26. Pacheco D. Medición del dolor en enfermedades musculoesqueléticas. Medwa [Internet]. 2018 [citado el 18 de abril de 2024]; Disponible en: <https://www.medwave.cl/2001-2011/3658.html>
27. Martin Baute MJ. Implementación de una escala del dolor en pacientes intubados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Grado para Optar el Título de Licenciada en Enfermería [Internet]. [España]: Universidad de la laguna; 2017 [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/5338/%C2%BFImplementacion%20%20de%20una%20escala%20del%20dolor%20en%20pacientes%20intubados%20en%20la%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos%20del%20Hospital%20Nuestra%20Senora%20de%20la%20Candelaria%C2%BF.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Do Pico JL. Escalas de cuantificación del dolor y su importancia en pacientes críticos [Internet]. Tecne y Medeos. 2020 [citado el 18 de abril de 2024]. Disponible en: <https://techneymedeos.com/escalas-de-cuantificacion-del-dolor-y-su-importancia-en-pacientes-criticos/>
29. Rodríguez Celorio M, Heredia Andrade A. Psicoprofilaxis obstétrica y su relación con el trabajo de parto en pacientes primigestas atendidas en el hospital Martín Icaza, noviembre 2023 – abril 2024 [Internet]. [Babahoyo]: Universidad técnica de Babahoyo; 2024 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/16446/P-UTB-FCS-OSBT-000192.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

30. Orellana López ET. Beneficios para la madre y el recién nacido que brinda la psicoprofilaxis obstétrica en primigestas adolescentes del Hospital Rezola De Cañete 2019 [Internet]. [Cañete]: Universidad Privada Sergio Bernales; 2021 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.upsb.edu.pe/handle/UPSB/224>
31. Gonzales Pareja CK. Impacto del programa de psicoprofilaxis obstétrica sobre el trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud San Juan Bautista. Marzo - mayo 2021 [Internet]. [Ayacucho]: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2021 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e6dbbb50-b72d-4255-8fe0-ecbaa641bf6d/content>
32. Luque Zárata MD. Relación de la psicoprofilaxis obstétrica y trabajo de parto en las gestantes Centro de Salud - Mariano Melgar 2017 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Ciencias de la Salud; 2017 [citado el 16 de junio de 2024]. Disponible en: http://file:///C:/Users/DELL/Downloads/UNIVERSIDAD_DE_CIENCIAS_DE_LA_SALUD_AREQ.pdf
33. Eizaga Rebollar R, Garcia Palacios V. Escalas de valoración de dolor [Internet]. ResearchGate. 2017 [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: [http://file:///C:/Users/DELL/Downloads/EscalasdeValoracindelDolor%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/DELL/Downloads/EscalasdeValoracindelDolor%20(1).pdf)
34. Vicente Herrero MT, Delgado Bueno S, Bandrés Moyá F, Ramírez Iñiguez de la Torre MV, Capdevila García L. Valoración del dolor. Revisión Comparativa de Escalas y Cuestionarios. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2018 [citado el 17 de junio de 2024];25(4):228–36. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462018000400228
35. Hernández Ortega AC. Factores sociodemográficos y de salud asociados al dolor por contracciones uterinas en el trabajo de parto, Hospital Regional III Honorio Delgado, Arequipa 2020 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2020 [citado el 17 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/61dc2bf3-3e9b-423b-ba2a-56f2a8358edf/content>
36. Ortega JL, Neira F. Prevalencia, medición y valoración del dolor postoperatorio. En: Torres LM, editor. Tratamiento del dolor postoperatorio. [Internet] 2003. p. 31-55. 2018; 25(4): 228-236. [citado el 04 de abril de 2024]. Disponible en: https://www.resed.es/Documentos/ArticulosNew/02_Editorial_2.pdf

37. Ministerio de salud. Ley General de Salud, Ley N° 26842 [Internet]. Gob.pe. 1997 [citado el 4 de julio de 2024]. Disponible en: https://essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/ley_general_salud_26842.pdf
38. Macías Villa HLG, Moguel Hernández A, Iglesias Leboreiro J, Bernárdez Zapata I, Braverman Bronstein A. Edad materna avanzada como factor de riesgo perinatal y del recién nacido. Acta méd Grupo Ángeles [Internet]. 2018 [citado el 4 de agosto de 2024];16(2):125–32. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000200125
39. Chávez Espinoza AS, Rojas García MD. Caracterización de las gestantes que recibieron psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Chilca 2022 [Internet]. [Huancavelica]: Universidad Nacional De Huancavelica; 2023 [citado el 4 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/aab511de-d075-4500-9afd-b4bde315a2a/content>
40. Basilio Rojas MR. Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. Health Care & Global Health [Internet]. 2020 [citado el 4 de agosto de 2024];4(1):11–5. Disponible en: <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/58/pdf>
41. Guerrero Chavez, A. L., & Vergara Carbajal, H. M. (2021). Factores de inasistencia a la psicoprofilaxis obstétrica en usuarias de un centro de salud – Huancayo – 2021 [Internet]. [Huancayo]: Universidad Peruana Los Andes; 2021 [citado el 03 de agosto de 2024]. Disponible en: https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/5027/TESIS%20-%20GUERRERO%20CHAVEZ%20ANY%20LUZ%20Y%20VERGARA%20CARBAJAL%20HELEN%20MAYELA_.pdf?sequence=1&isAllowed=y
42. Coaquira C. “Relación de la psicoprofilaxis obstétrica con los resultados obstétricos, neonatales y en la salud mental perinatal de primigestas en Hospitales de la Ciudad del Cusco [Internet]. [cuzco]: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2020 [citado el 5 de agosto de 2024]. Disponible en: [http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/253T20200197_TC%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/Usuario/Downloads/253T20200197_TC%20(1).pdf)
43. Espinola M, Racchumí A, Arango P, Minaya P. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. Revista peruana de investigación materno perinatal [Internet]. 2020 [citado el 5 de agosto de 2024]; Disponible en:

- <https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/perfil-sociodemografico-gestantes-region>
44. Huamani P. Factores de riesgo y percepciones que limitan el acceso y continuidad de las gestantes al programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de salud san juan bautista [Internet]. [Ayacucho]: Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga; 2015 [citado el 5 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unsch.edu.pe/server/api/core/bitstreams/427ab67a-5f8b-4133-ba5b-1b47b0614698/content>
45. Huamani M. Influencia de la psicoprofilaxis obstétrica sobre los niveles de dolor durante el parto en gestantes preparadas y no preparadas. INMP [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2009 [citado el 5 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/e9d3a3d2-3d0f-460f-9c67-d75ba8e9cdf2/content>
46. Osorio Prudencio RN. Efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en el desarrollo del trabajo de parto de primigestas del hospital nacional Hipólito UNANUE [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Federico Villareal; 2019 [citado el 5 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/3361/OSORIO%20PRUDENCIO%20ROSARIO%20NEUFITA%20-%20TITULO%20PROFESIONAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
47. Campos de Aldana., Manejo del dolor durante el trabajo de parto en gestantes de un centro de salud [Internet]. Vol. 1. 2010 [citado el 5 de agosto de 2024]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732010000100006
48. Cuadros G, Gelves V, Mendoza C. Psicoprofilaxis para un parto sin temor [Internet]. [Argentina]: Universidad Nacional de Cuyo; 2016 [citado el 5 de agosto de 2024]. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/8515/cuadros-graciela-tesis.pdf
49. Mora Ruiz N, Jimenez Peralta G. Psicoprofilaxis obstétrica: características y beneficios en las gestantes atendidas en Centro de Salud Las Piñas - Milagro, noviembre del 2023 a abril del 2024 [Internet]. [Babahoyo]: Universidad técnica de Babahoyo; 2024 [citado el 12 de agosto de 2024]. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/16450/P-UTB-FCS-OSBT-000195.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

50. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Peñalver Sinclay A, González Portales A, Sixto Pérez A. Psicoprofilaxis obstétrica: Un camino ineludible para lograr el parto humanizado en Cuba. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología [Internet]. 2023 [citado el 18 de septiembre de 2024];46(3):1–20. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0-85099605389&origin=inward&txGid=9eb79bdb0f180b284b9057df364004bf>
51. Narea Morales V, Rodríguez K, Jiménez G, Castro Castro M. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el proceso del trabajo de parto, en gestantes atendidas en el Hospital Universitario. Pro Sci [Internet]. 2020;4(32):72–80. Disponible en: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/86964115/337-libre.pdf?1654322020=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DBeneficios_de_la_Psicoprofilaxis_Obstetr.pdf&Expires=1726616726&Signature=JJjyi8ERQLkUgcUlpBTSv1Q-zUY99F38zRNRV173eSbaHBbtyLLmYQIRG1t3okFWdQnK~kLomzgiYnaGLM7C9fHmd~Vy6XFRTtbf-nTKifUUcaNIFh5PRm9y~6QNW~~qFKw44G4xEghoFU5PO8xHDmBsTJfv3weeLqkB16d6C0ybUN26LN6kRk6kir79ofUVwwUySr--XAwWeFXohQY1qxrglY7IOSw1ekUOzL83mPOmspzin~R~vvyeme8EqYdqUybf7PQWGVYc3evN3o390nhVo9nNeAcfJip4FNYXQE7VeNJeAsMW2nKHHeUDus5dNp_oEAQkulJcqZtscTPFx2Q_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA



**ANEXO N°1:
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TITULO DE LA INVESTIGACIÓN: “EFECTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA SOBRE EL NIVEL DE DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA - 2024”

Investigadoras responsables:

- Ariana Sofía Tejada Maque
- Karol Analí Zambrano Díaz

La invitamos a participar en la presente investigación que tiene como objetivo comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital III Goyeneche; para lo cual se aplicará una entrevista con una serie de preguntas que deberá responder de forma voluntaria: Yo _____ con N° DNI _____ declaro que he sido informada e invitada a participar en este estudio y estoy conforme en que la información recolectada se utilice solo con fines investigativos, me han explicado que la información recolectada será confidencial. De esta forma, (SI) (NO) acepto voluntariamente participar en esta investigación y doy mi autorización para la recolección de datos y que estos puedan ser utilizados con fines investigativos.

Si la participante de la investigación es menor de edad, su apoderado deberá firmar la siguiente declaración: quien acepta que dicho menor de edad participe de la presente investigación: Yo _____ con N° DNI _____ declaro que he sido informada y acepto voluntariamente que mi hija participe en este estudio, entiendo que mi hija puede decidir no participar y que puede retirarse del estudio en cualquier momento y estoy conforme en que la información recolectada se utilice solo con fines investigativos.

Ariana Sofía Tejada Maque

Karol Analí Zambrano Díaz

Firma del participante
O apoderado

Arequipa.....de.....del 2024

ANEXO N°2:
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

TÍTULO: “EFECTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA SOBRE EL NIVEL DE DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA - 2024”

Buenos días somos bachilleres de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María y estamos realizando una investigación para comparar el nivel de dolor durante el trabajo de parto y parto propiamente dicho en gestantes preparadas y no preparadas atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa – 2024.

Por lo cual necesitamos su apoyo en responder con total sinceridad las siguientes preguntas.

Las respuestas recolectadas serán de uso para nuestro estudio. Gracias por su colaboración.

INSTRUCCIONES

Marque con una (X)

DATOS PERSONALES

1. **Nombres y Apellidos:** _____
2. **Edad (años)**
 - a) Menor igual de 19
 - b) 20 - 24
 - c) 25 - 30
 - d) 31 – 35
 - e) Mayor igual de 36
3. **Grado de Instrucción:**
 - a) Analfabeta
 - b) Primaria
 - c) Secundaria
 - d) Superior Técnico
 - e) Superior universitario
4. **Estado Civil:**
 - a) Soltera
 - b) Casada

c) Conviviente

5. Ocupación actual

- a) Ama de casa
- b) Trabaja
- c) Estudia

6. Zona de residencia

- a) Urbano
- b) Rural

DATOS OBSTÉTRICOS

1. ¿Es su primer embarazo? SI NO

2. ¿Cuántos hijos tiene?

- a) Un hijo
- b) Dos hijos
- c) Más de dos
- d) Ninguno

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

1. ¿Usted asistió al programa de psicoprofilaxis obstétrica durante su gestación?

- a) Si
- b) No

2. ¿A cuántas sesiones de psicoprofilaxis obstétrica asistió?

- a) 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica
- b) ≤ 5 sesiones
- c) Ninguno

ANEXO N°3:
ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR

La Escala Visual Analógica del dolor; consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas del dolor que manifestó en el trabajo de parto. Señale o indique, en la siguiente escala, el nivel de dolor que ha sentido por el trabajo de parto, asumiendo que “1” es ausencia de dolor o menor intensidad y “10” es un dolor insoportable o mayor intensidad.

Dolor leve



Dolor intenso



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Primer período
DILATACIÓN

Segundo período
EXPULSIVO

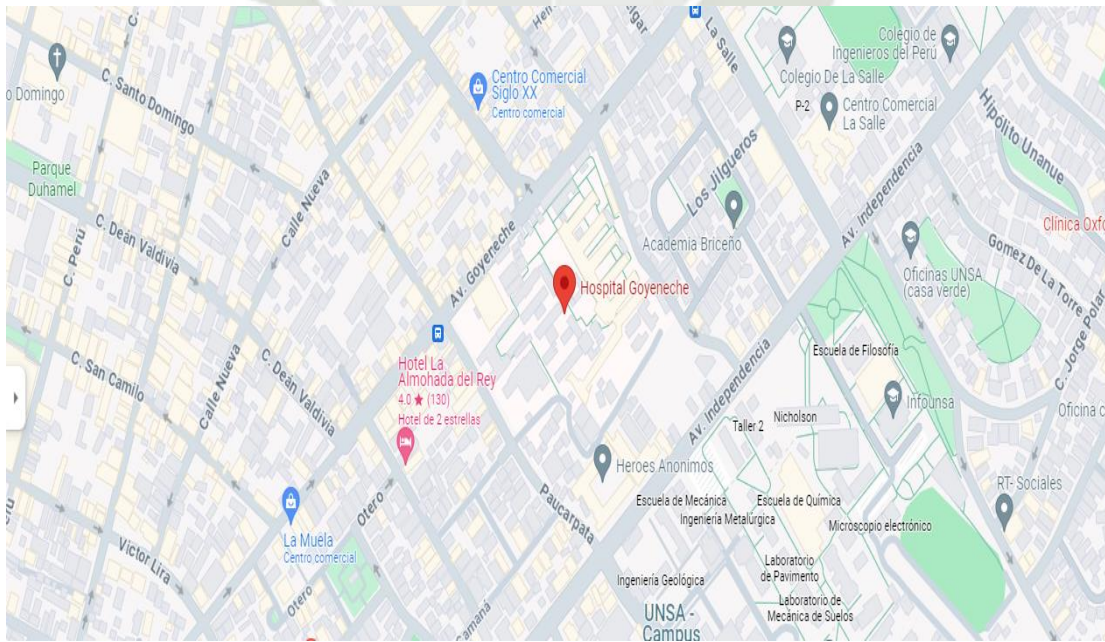
BAREMO

Dolor leve: 1-3

Dolor moderado: 4-7

Dolor intenso: 8-10

ANEXO N°4: DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA



ANEXO N°5:
CARTA DE PRESENTACIÓN



Universidad Católica
de Santa María

AREQUIPA - PERU

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

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

Arequipa, 16 de julio del 2024

Sr. Dr.
PAUL HERNAN QUINDE ALARCON
Director del Hospital III Goyeneche Arequipa.
Ciudad. -

Asunto: Aplicación de Instrumento de
Tesis - FOyP.

Tengo a bien dirigirme a Usted, para manifestarle que uno de los requisitos para la titulación de nuestras egresadas de la Facultad de Obstetricia y Puericultura es realizar un trabajo de investigación sobre nuestra carrera profesional, y para lo cual las señoritas estudiantes **TEJADA MAQUE, ARIANA SOFIA** identificada con DNI 73299707 y la Srta. **ZAMBRANO DÍAZ, KAROL ANALÍ** identificada con DNI 72950697, quienes están realizando el trabajo de investigación titulado: "EFECTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA SOBRE EL NIVEL DE DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES PREPARADAS Y NO PREPARADAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA - 2024", y como entenderá el mismo deberán obtener información mediante encuestas dirigidas a púerperas del servicio de Gineco- Obstetricia del hospital III Goyeneche Arequipa, que acuden a la unidad a su cargo, en el periodo de julio a agosto del presente año 2024.

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

Atentamente,



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



ANEXO N°6:
PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN



“Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia
y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

PROVEÍDO DE AUTORIZACIÓN N° 027-2024-GRA/GRS/HG-OADI.-

Visto el documento N° 7278257 y expediente N° 4477800, con la aceptación de la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia y con el visto bueno de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación, esta dirección AUTORIZA a:

**ARIANA SOFÍA TEJADA MAQUE
KAROL ANALÍ ZAMBRANO DIAZ**

estudiantes de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, la ejecución del proyecto de investigación titulado: «Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica Sobre el Nivel de Door Durante el Trabajo de Parto en Gestantes Preparadas y No Preparadas Atendidas en el Hospital Goyeneche, Arequipa – 2024», siendo la responsable institucional la Lic. Olga Delgado de Cabrera, obstetrix de nuestro establecimiento.

Arequipa, 16 de agosto del 2024.



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III GOYENECHE
.....
Dr. Paul Quinde Alarcón
DIRECTOR
CMR. 37666

PHQA/HDCT/ACS.
CC. Archivo
DOCUMENTO: 7278257
EXPEDIENTE: 4477800

Hospital Goyeneche Av. Goyeneche s/n. Tefl. 231313. Tele Fax: 223501

ANEXO N°7:
MATRIZ DE DATOS

Edad	Instrucción	Estado civil	Psicoprofilaxis	Paridad	Residencia	Ocupacion	Dolor dilatacion	Dolor expulsivo
3	3	3	2	4	1	1	3	3
4	3	3	2	4	2	1	3	3
3	5	3	2	2	2	1	3	3
1	3	3	2	1	1	1	3	3
4	4	3	1	3	1	1	1	2
2	3	1	1	1	2	1	3	3
4	4	3	2	1	1	1	3	3
2	2	3	2	1	1	1	3	3
3	3	3	2	3	2	1	2	3
5	3	3	1	4	2	2	2	2
3	4	3	1	1	1	2	2	2
2	3	3	2	2	1	1	3	3
3	5	3	2	2	1	1	2	3
3	5	3	1	2	1	1	2	3
4	3	3	1	3	1	1	1	2
1	5	1	1	1	1	1	2	3
3	3	1	2	2	1	1	2	2
4	5	3	1	2	1	1	2	2
1	3	3	2	1	1	1	3	3
2	3	1	2	1	1	1	2	2
5	4	3	1	4	1	2	2	2
5	2	3	2	3	1	1	2	3
4	3	3	2	3	1	1	2	3
3	3	3	1	3	1	1	2	2
3	3	3	1	2	1	1	3	3
3	3	3	2	2	1	1	2	3
4	3	3	1	3	1	2	1	2
5	3	1	2	2	1	2	3	3
2	5	3	2	1	1	1	3	3
3	5	1	1	1	1	1	3	3
4	3	3	2	3	1	1	3	3
5	3	3	2	3	1	1	2	3
2	3	3	1	2	1	1	2	3
1	3	3	1	1	1	3	2	3
2	3	3	2	1	1	1	3	3
3	3	3	2	2	1	1	3	2
2	3	3	1	1	1	1	3	3
3	3	1	1	3	1	1	2	3
5	3	3	2	3	1	1	3	3
4	5	3	1	3	1	1	2	3
3	5	3	1	2	1	1	2	3
2	5	3	1	2	1	1	3	2
3	3	3	2	2	1	1	3	3
1	3	1	2	1	1	3	3	3
2	3	3	2	2	1	1	1	3
3	2	3	2	4	2	1	3	2
3	3	3	1	3	1	1	3	3
4	2	3	2	4	1	1	2	2

3	4	3	1	2	1	1	2	3
1	4	3	2	1	1	3	3	3
3	2	2	1	3	1	1	2	3
3	3	3	2	3	1	2	3	3
2	3	3	2	1	2	1	3	3
4	3	3	2	4	1	1	2	2
2	5	3	1	1	1	1	3	3
2	3	3	2	1	2	3	3	3
5	3	3	2	4	1	2	2	2
5	3	2	2	3	2	1	1	3
1	3	3	2	1	2	1	2	3
2	3	3	2	1	1	1	2	3
3	3	3	2	1	1	2	2	3
2	3	3	2	1	1	1	3	2
5	5	3	1	3	1	1	1	3
4	3	3	2	4	1	1	2	3
1	3	3	1	1	1	1	2	3
3	4	3	2	3	1	1	2	3
5	3	3	1	3	1	1	3	3
1	5	1	1	1	1	1	3	3
1	3	3	2	1	1	1	2	3
3	2	3	1	4	1	1	2	2
3	4	3	1	2	1	1	2	2
3	4	3	2	2	1	1	3	3
2	3	3	2	4	1	1	3	3
3	3	3	1	3	1	1	3	3
3	3	3	1	3	1	1	1	2
1	3	3	1	1	1	1	2	3
3	5	3	2	3	1	1	3	3
3	3	3	2	2	2	1	3	3
1	3	3	1	1	1	1	2	3
1	3	3	1	1	1	1	2	3
1	3	3	2	3	1	3	3	3
5	3	3	2	3	2	1	3	3
3	3	3	2	3	2	1	3	3
3	5	2	1	1	1	2	3	2
5	5	3	2	1	1	1	2	3
2	3	3	1	1	1	1	3	3
2	2	3	1	2	1	1	2	2
5	4	3	2	3	1	1	2	3
1	3	1	1	1	1	1	2	2
3	3	1	2	1	1	1	3	3
5	3	3	2	4	1	1	3	2
3	3	3	1	2	1	1	2	2
2	3	2	1	1	1	1	2	2
4	3	3	2	3	1	1	3	3
3	3	3	1	1	1	1	3	3
3	3	3	2	3	1	1	2	3
4	3	3	1	3	1	1	1	2
1	3	3	1	1	1	2	2	2
1	3	1	1	2	2	1	2	2
3	5	1	1	3	1	1	2	3
3	3	3	1	2	1	1	1	2
3	4	3	1	1	1	1	2	3
2	5	3	1	1	1	1	3	3
2	3	3	1	2	1	1	1	1
3	3	3	1	4	2	1	2	1
2	3	1	1	1	2	1	2	3
1	3	3	1	1	1	1	3	3
3	4	3	1	1	1	1	3	3