

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL
PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL
CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA.

ABRIL-JUNIO, 2016.

Tesis presentada por las bachilleres:

Mariluz Yovana Mamani Cruz
Grecia Brenda Medina García

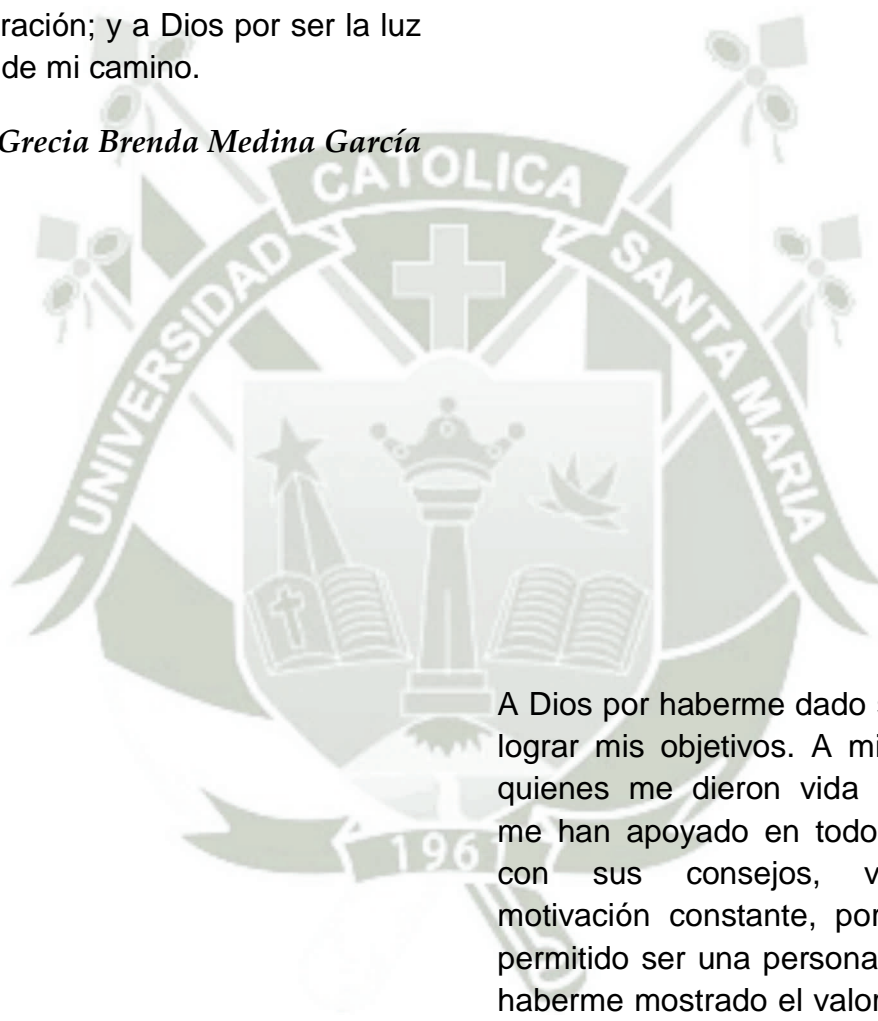
**Para optar el Título Profesional de
Licenciadas en Obstetricia**

AREQUIPA-PERU

2016

A mis padres, por sus sacrificios, su constante apoyo en el camino de mi formación profesional y por su admirable ejemplo de superación; y a Dios por ser la luz guía de mi camino.

Grecia Brenda Medina García



A Dios por haberme dado salud para lograr mis objetivos. A mis padres quienes me dieron vida y siempre me han apoyado en todo momento con sus consejos, valores y motivación constante, por haberme permitido ser una persona de bien y haberme mostrado el valor para salir adelante, por sus sacrificios, pero más que nada por su amor.

Mariluz Mamani Cruz



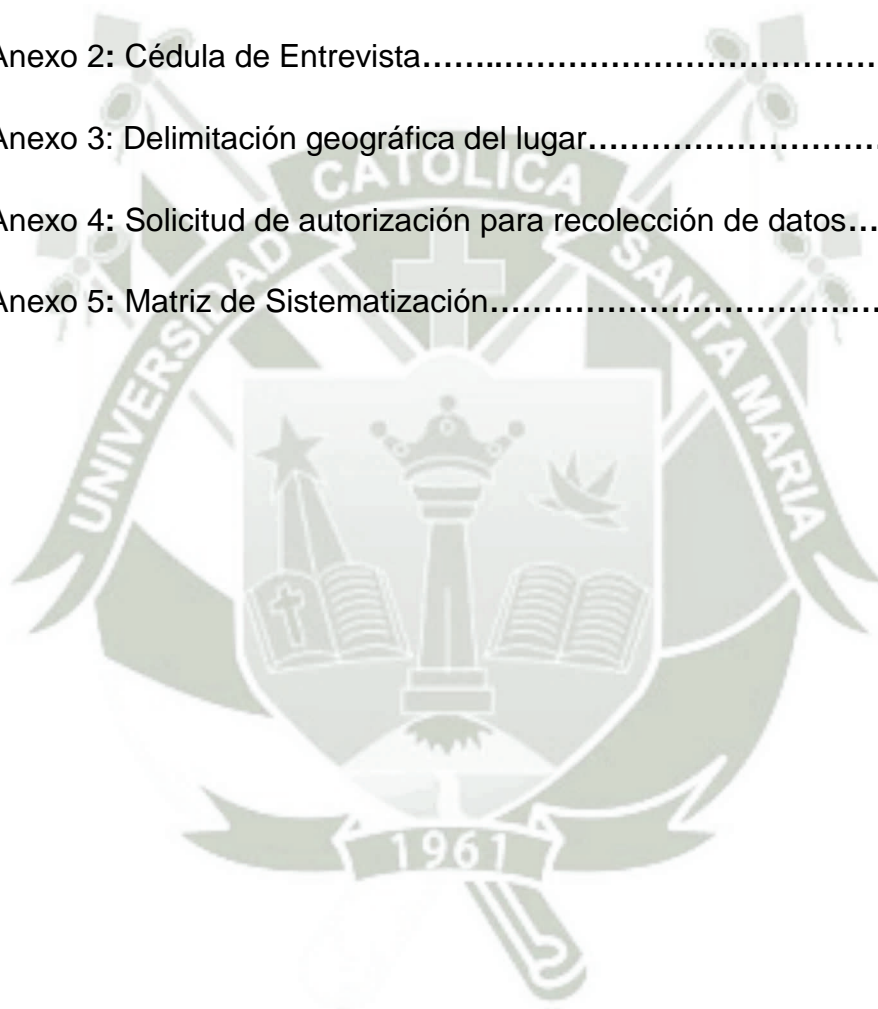
“Después de escalar una montaña muy alta, descubrimos que hay muchas otras montañas por escalar”

Nelson Mándela

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	viii
INTRODUCCIÓN.....	01
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEORICO.....	03
1. Problema de investigación.....	04
1.1. Enunciado del problema.....	04
1.2. Descripción del problema.....	04
1.3. Justificación.....	07
2. Objetivos.....	09
3. Marco teórico.....	10
3.1. Marco conceptual.....	10
3.2. Análisis de antecedentes investigativos.....	37
4. Hipótesis.....	41
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	42
1. Técnicas, material e instrumentos de verificación.....	43
2. Campo de verificación.....	44
3. Estrategia de recolección de datos.....	46
4. Estrategia para manejar los resultados.....	48
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	49
RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	50
DISCUSIÓN.....	82

CONCLUSIONES.....	84
RECOMENDACIONES.....	85
BIBLIOGRAFÍA.....	86
ANEXOS.....	90
Anexo 1: Consentimiento informado.....	91
Anexo 2: Cédula de Entrevista.....	92
Anexo 3: Delimitación geográfica del lugar.....	97
Anexo 4: Solicitud de autorización para recolección de datos.....	98
Anexo 5: Matriz de Sistematización.....	99



RESUMEN

Introducción: La Psicoprofilaxis Obstétrica es un programa educativo para la preparación integral de la gestante, cuyo fin es facilitarle la preparación y el conocimiento requerido, despejando inquietudes, temores, dudas e inseguridades, respecto al embarazo, parto y la relación con el recién nacido.

Objetivo: Identificar los factores determinantes a la adherencia al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

Metodología: Se entrevistó una muestra total de 60 gestantes que acudían al Centro de Salud Ampliación Paucarpata. El primer grupo estuvo conformado por 30 gestantes que presentaron adherencia al programa completando las seis sesiones y el segundo grupo que no mostró adherencia conformado por 30 gestantes que poseían menos de seis sesiones, para de esta manera realizar un estudio comparativo entre ambos grupos con el fin de identificar los factores determinantes a la adherencia al programa.

Resultados: El mayor porcentaje de gestantes que presentaron adherencia y no adherencia son amas de casa (36.67% y 70%%), el 86.6% de los casos de adherencia cuentan con un nivel de instrucción superior, mientras que en el grupo que no presentó adherencia, tuvieron instrucción secundaria el que ocupa el mayor porcentaje, lo que representa el 56.7%, el 100% de gestantes que mostraron adherencia negaron haber tenido una cesárea previa. Dentro de los factores sociales, fueron los medios de difusión primarios por el cual fueron informadas en un 77% y 93% respectivamente. En el ámbito familiar, se puede observar que la totalidad de casos de adherencia contaban con apoyo familiar y no tenían obligaciones familiares. En el aspecto institucional el 76.67% de casos de no adherencia indicaron haber tenido un parto institucional previo, mientras que las gestantes que mostraron adherencia no tuvieron un parto anterior, el grupo que presentó

adherencia tuvieron conocimientos previos sobre el programa e indicaron tener un nivel de conocimiento medio-alto. En el aspecto económico, el mayor número de casos de adherencia cuenta con el SIS, el 100% afirmó que su ingreso económico no representa un impedimento y no cuentan con deudas personales mientras que las gestantes que no mostraron adherencia, el 96.67% posee SIS, un 76.67% afirma que su ingreso económico no es un impedimento y no poseen deudas personales (80%). En cuanto al ámbito cultural, los casos de adherencia mayoritariamente procedían de zonas urbanas (77%) mientras que los casos de no adherencia proceden tanto de zona rural como de zona Urbana en un porcentaje similar.

Conclusiones: En el aspecto familiar se puede concluir que los casos de adherencia en su gran mayoría cuentan con apoyo familiar y no tienen obligaciones familiares que dificulte su adherencia. Dentro de los factores institucionales, la mayoría de casos de no adherencia, tuvieron un parto institucional previo y con un nivel de conocimiento “bajo” y los casos de adherencia al programa no tuvieron un parto previo y poseen un nivel de conocimiento medio-alto. En el ámbito económico, el 100% de los casos de adherencia indicaron que su ingreso económico no representaba un impedimento y no poseían deudas personales. Dentro de los factores culturales, la mayoría de gestantes que mostraron adherencia proceden de sectores urbanos, mientras que las que no mostraron adherencia, proceden tanto de sectores rurales como urbanos. Así también la ocupación predominante en la no adherencia, fueron amas de casa. Las gestantes con adherencia poseían un nivel de instrucción superior, y los casos de no adherencia se encuentran mayoritariamente en el nivel de instrucción secundaria.

Palabras clave: Psicoprofilaxis, factores determinantes, adherencia.

ABSTRACT

Background: Obstetric Psicoprofilaxis is an educational program for the comprehensive training of the pregnant women, whose purpose is to give the preparation and the required knowledge; clearing concerns, fears, doubts and insecurities about pregnancy, childbirth and the relationship with the newborn.

Objective: To identify the determinants factors of adherence to Psicoprofilaxis Obstetric Program in Ampliación Paucarpata Health Center.

Methodology: Sixty pregnant women who are attended in Ampliación Paucarpata Health Center were interviewed. The first group consisted of 30 pregnant women who presented adherence to the program by completing all six sessions, and the second one, the no adherence group comprised of 30 pregnant women who had less than six sessions, to thereby carry out a comparative study between these two groups in order to identify the determining factors adherence to the program.

Results: The highest percentage of pregnant women who presented adherence are nulliparous (60%), while most pregnant without adherence (63.3%) had a previous pregnancy. 86.6% of cases of adherence have a higher level of education, while in the group who did not have adherence, the secondary level education occupies the highest percentage (56.7%). In the social factors were primary communication mediums, for which these two groups were informed about Psicoprofilaxis Obstetric Program, 77% and 93% respectively. This means that all of them were informed about the Psicoprofilaxis program, but they do not attend. In the family factors, any pregnant who had adherence, was victim of domestic violence, opposite the group that showed no adhesion, in which a 13.34% of psychological and physical aggression was found. In the institutional factors, the educational

material that the Health Center has was rated as "enough" by the first group, and "insufficient" by the group that did not showed adherence (60%). This could indicate this is an important factor to determinate the continuity of the Psicoprofilaxis sessions. In the economic factors, 77% of cases of adherence have an income higher the Minimum Living Wage, but the no adherence cases, the highest percentage corresponds to those have an income lower than 850 soles per month. In the cultural factors, pregnant women with adherence mostly do not hold beliefs (57%), while pregnant women without adherence, 63% indicated that they do not keep them. Adherence cases were found mainly in those from urban areas (77%) while cases of no-adherence come from both; rural and urban areas by a similar percentage.

Conclusions: In the family aspect, it can be concluded that mostly of adherence cases have family support and have family obligations that hinder their adherence to the program. In institutional factors, most cases of no-adherence had a previous institutional childbirth with a "low" level of knowledge and adherence cases did not have a previous childbirth and have medium-high knowledge. In the economic aspect, 100% of cases of adherence indicated that their income did not represent an impediment and did not have personal debts. Within cultural factors, we can conclude that the majority of pregnant women who showed adherence come from urban areas, while no adherence cases come from both rural and urban sectors. So we can also conclude that the predominant occupation of no-adherence cases were housewives. Pregnant women with adherence had a higher level of instruction, and cases of no-adherence are mostly at the level of secondary education.

Keywords: Psicoprofilaxis program, determinant factors, adherence

INTRODUCCIÓN

La Psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar. Este programa, contribuye también a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post-natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor. Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.¹

En nuestro país el Ministerio de Salud mediante el Programa de Salud Materno Perinatal, dio a conocer una serie de intervenciones, entre las cuales presentó los “Diez pasos para un parto seguro”, en donde se incluyó a la Psicoprofilaxis obstétrica. Es así como el Ministerio de Salud desde el año 1995, ha considerado dentro de sus lineamientos normativos, la preparación psicoprofiláctica para el trabajo de parto como una actividad de carácter obligatorio dentro de la atención integral de las gestantes.

Sin embargo, a pesar de su comprobada eficacia señalada por las investigaciones y su institucionalización por el Ministerio de Salud (MINSA), hoy en día se evidencia aún una escasa cobertura de gestantes que acuden a este programa, sumando esto la situación problemática de la deserción del

¹Ministerio de Salud. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal[online]; 2011[citado: 2016/07/14]. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>

programa por parte de las gestantes, esto asociado la inadecuada implementación de este servicio en la mayoría de centros hospitalarios.

Por ello surgió la motivación para la realización de la presente investigación que tuvo como fin efectuar un análisis comparativo entre los factores sociales, familiares, institucionales, económicos y culturales que determinan la adherencia al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes que acuden al centro de salud Ampliación Paucarpata y de esta manera mejorar estrategias para una mejor adherencia al Programa de Psicoprofilaxis.





1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Enunciado del problema

FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA. ABRIL-JUNIO, 2016.

1.2. Descripción del problema

a) Área del conocimiento:

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Obstetricia y Puericultura
- Especialidad: Psicoprofilaxis Obstétrica
- Línea: Salud de la mujer



b) Análisis u operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable independiente: Factores	Factores Sociales	-Vivienda lejana
		-Relaciones Sociales
		-Medios de comunicación que más accede
		-Medios de difusión
	Factores Familiares	-Apoyo Familiar
		-Agresión Intrafamiliar
		-Influencia Familiar
		-Actividades y obligaciones familiares
	Factores Institucionales	-Calidad de Atención
		-Infraestructura
		Material Educativo
		-Parto anterior
		- Nivel de conocimientos sobre el programa de Psicoprofilaxis
		-Accesibilidad
	Factor económico	-Posee SIS
		-Ingreso Mensual como impedimento
		Ingreso mensual
		-Aporte de conyugue
		-Posee deudas personales

	Factores Culturales	-Creencias
		-Procedencia
Variable Dependiente: Adherencia al P. Psicoprofilaxis Obstétrica	Gestante preparada 6 sesiones	Si
	Gestante con menos de seis sesiones	No
Variable Interviniente Perfil de la gestante	Edad	-Edad
	Estado civil	-Soltera -Conviviente -Casada -Divorciada -Separada -Viuda
	Ocupación	-Ama de casa -Estudiante -Dependiente -independiente
	Paridad	Número de partos vaginales
		Número de cesáreas
	Controles prenatales	-Número de controles prenatales
	Vivienda	-Propia -Familiar -Alquilada
Grado de instrucción	-Sin Instrucción -Primaria incompleta -Primaria completa -Secundaria incompleta -Secundaria completa -Técnica -Superior	

c) Interrogantes Básicas

- ¿Cuáles son los factores sociales y familiares que influyen en la adherencia al programa de Psicoprofilaxis obstétrica?
- ¿Cuáles son los factores institucionales y económicos que influyen en la adherencia al programa de Psicoprofilaxis obstétrica?
- ¿Cuáles son los factores culturales que influyen en la adherencia al programa de Psicoprofilaxis obstétrica?

d) Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio de Campo.

e) Nivel de investigación

Explicativo, comparativo.

1.3. Justificación

El programa de Psicoprofilaxis Obstétrica busca brindar una preparación integral a la gestante a fin de disminuir el temor de esta manera contribuir a la disminución de complicaciones y así contribuir a la disminución de la morbilidad materno perinatal. Pues bien, teniendo conocimiento acerca de la importancia de este programa, es que surge la motivación para la realización del presente trabajo de investigación, pues si bien existen antecedentes investigativos que estudian los diferentes factores que se asocian a la asistencia al programa, no existe alguno dentro del medio que busque determinar los diversos factores que contribuyen a la adherencia y a la no adherencia al programa conjuntamente. La originalidad del trabajo recae en el hecho de que la investigación se ha realizado en dos grupos diferentes con el fin de realizar un estudio comparativo de esos dos grupos. Además de ello, el distrito de Paucarpata representa una realidad distinta a estudiar en comparación a antecedentes investigativos consultados.

En el Perú cada día 2 mujeres mueren por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo y la mayoría de estos casos pudo ser prevenida de haber recibido educación preventiva en salud. La mortalidad materna responde a determinantes socioeconómicos, culturales y estructurales tales como el nivel educativo y la situación económica, el acceso a servicios de salud de calidad, entre otros. La mortalidad materna en el Perú pasó de 457 defunciones en el año 2010 a 411 en el 2014, según cifras de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa), lo que representa un descenso de 10% en éste índice. Por tanto, el presente estudio posee relevancia social, en la medida en que se pretende demostrar los beneficios que brinda la Psicoprofilaxis Obstétrica como preparación integral a la gestante.

Asimismo posee relevancia contemporánea, ya que varios estudios nos indican diversos motivos del por qué las personas no acuden a los establecimientos de salud para recibir atención materna-infantil, tales como costo, temor, calidad de atención, entre otros. Por lo tanto es necesario contribuir y hacer frente a la problemática de la escasa cobertura de gestantes y la deserción al Programa de Psicoprofilaxis.

Así también podemos denotar que la presente investigación es factible ya que contamos con los recursos debidos, presupuesto y los conocimientos requeridos para su desarrollo y sustentación.

El presente trabajo responde también al interés académico y a los lineamientos de política investigativa de la facultad, y sobre todo el interés personal de llevar a cabo una investigación dentro de esta especialidad de la Obstetricia con el fin de contribuir al conocimiento de los factores que influyen en la adherencia y no adherencia al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

2. OBJETIVOS

- Comparar los factores sociales y familiares que influyen en la adherencia al programa de Psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- Comparar los factores institucionales y económicos que influyen en la adherencia al programa de Psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- Comparar los factores culturales que influyen en la adherencia al programa de Psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.



3. MARCO TEÓRICO

3.1. MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. CONCEPTO DE ADHERENCIA

Se refiere a la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el personal de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente. (1)

3.1.2. CONCEPTO DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido. Convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebe y su entorno familiar.

El propósito no es evitar el dolor, sino reducirlo mediante la aplicación de técnicas de relajación que contribuyen a menguar o eliminar el Stress y/o temor en algunas mujeres, especialmente si son primerizas.(1)

Contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas pre y post natales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor. Contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto.(2)

Psicoprofilaxis deriva de la palabra “prevención”, que viene de latín “praevenire”, cuyo significado es “adelantarse”. Por otro lado, “profilaxis” tiene su origen en el griego que es “prophylátto”, que significa “yo tomo precauciones”.

La Psicoprofilaxis es un tipo de abordaje psicológico que apunta a intervenir antes de que el trastorno mental se instale. Psicoprofilaxis significa prevención. Este tipo de intervención se caracteriza por ayudar al paciente que tiene que enfrentar alguna situación estresante, a descubrir sus propias estrategias para afrontar el problema, a potenciarlas y generar nuevas herramientas.

El nuevo aprendizaje logrado durante las sesiones de Psicoprofilaxis fortalece a la paciente, le ayuda a poder afrontar la situación sin ansiedad, y le permite aprender a reconocer sus propias estrategias de afrontamiento que facilitará que pueda ponerlas en práctica en futuras situaciones estresantes de la vida.

Los cursos de Psicoprofilaxis Obstétrica están orientados a una preparación integral para la maternidad y la paternidad. Esta preparación es tanto física como psicológica, y tanto práctica como teórica. La mujer debe conocer fundamentalmente su cuerpo, las transformaciones que ocurren durante la gestación, y también las múltiples transformaciones que ocurren a nivel emocional. Para esto es necesario saber que hay una manera de conocer y entender y colaborar en esa etapa tan crucial para ella. Un buen curso de Psicoprofilaxis con un clima afectivo que rodee a la pareja, con un trato personalizado, con aclaración de todas las dudas que surjan, son la base para un buen parto.

Es un camino que debe emprender la embarazada hacia el autoconocimiento, y a partir de ahí, saber quién es; que pueda decir qué quiere y cómo lo quiere. Esto concluye con toda la información requerida, el trabajo corporal y el reconocimiento de su afectividad. Cada mujer que va a parir es única e irrepetible.

Gracias a la Psicoprofilaxis Obstétrica la madre estará preparada para saber controlar las molestias y vencerlas sobre la base de actitudes, técnicas y

mecanismo de autoayuda aprendida durante las sesiones de preparación, colaborando así con el bienestar y oxigenación de bebé, evitando complicaciones.

La Psicoprofilaxis Obstétrica debe impartirse a todas las gestantes porque todas necesitan prepararse ya sea para un parto natural o por cesárea teniendo en cuenta que lo más importante de esta preparación es la educación que recibe la gestante sobre temas obstétricos y perinatales.

La Psicoprofilaxis Obstétrica es integral debido a que cubre varias áreas como:

- **Psicológica:** una adecuada orientación y motivación ayudarán a la madre a sentirse cada vez más contenta, tranquila y segura durante esta etapa permitiéndole disfrutar de su embarazo al máximo, venciendo los temores o ideas negativas preconcebidas que además se vinculan mucho con la tensión y el miedo al dolor.
- **Teórica:** los conocimientos básicos sobre la anatomía y fisiología del embarazo, parto, postparto le enseña a la gestante a comprender y reconocer los cambios en el organismo, durante esta etapa. Así mismo con esta información las mamás sabrán cómo se desarrolla el bebé facilitando el mejor cuidado, atención y estimulación.
- **Física:** porque el cuerpo necesita un buen entrenamiento para responder a las demandas gestacionales de la forma más eficaz, con el mínimo esfuerzo, sintiéndose cada día más ágil, fortalecida y lista para el día del parto. La gimnasia es apenas una parte de la preparación hay que emplearla correctamente porque no todos los embarazos son iguales y alguno puede traer sus complicaciones ante los cuales el obstetra sabrá indicar los ejercicios adecuados a cada situación particular. (3)

A. Fundamentos

Considerando que el parto normal transcurre con la interrelación fisiológica de sus factores y de todos los elementos que intervienen, incluyendo el estado de salud de la madre; considerando igualmente el mecanismo y curso de la sensibilidad normal, así como las bases generales, anatómicas fisiológicas y psicológicas, se concluye en los siguientes fundamentos para la Psicoprofilaxis Obstétrica.

- No existe dolor fisiológico del parto como un fenómeno inherente e ineludible de proceso.
- El parto normal se acompaña de sensaciones y molestias que no alcanzan el umbral doloroso.
- El parto significa esfuerzo físico y síquico que equivale a trabajo extra.
- La preparación física y mental, de acuerdo a metodología apropiada, condiciona, capacitación, tolerancia e indolorabilidad en el parto normal.

B. Objetivos de la preparación Psicofísica

- La preparación psicoprofiláctica para el parto tiene por objetivo fundamental la educación de la mujer gestante y su pareja mediante el aprendizaje del proceso de gestación, parto, puerperio y medidas de cuidado de la salud en general.
- La preparación psicoprofiláctica anula los reflejos condicionados en la mujer que a través de la historia, la mitología, los escritos, la tradición y las referencias familiares vinculan el parto a dolor y sufrimiento, etc. Los reemplaza por otros reflejos positivos condicionantes de tranquilidad y tolerancia destruyendo la idea de dolor.
- La preparación psicoprofiláctica tiene por objeto la protección de la salud de la madre y el niño.

- Preparar físicamente a la mujer, prestando especial atención a la musculatura abdominal y del suelo pélvico.
- La Psicoprofilaxis logra cambios de conducta y hábitos haciéndolos más saludables.
- Establecimiento de los lazos afectivos madre-hijo-padre.
- Valorar la importancia del control prenatal.

3.1.3. BASES DOCTRINARIAS DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

A. Escuela Soviética: Platonov, Velvolski, Nicolaiev

Postulado: El Parto es un proceso fisiológico, en el cual los dolores no son congénitos y se les puede hacer desaparecer utilizando la palabra como estímulo condicionante.

❖ Fundamentos Teóricos y Prácticos

- La actividad nerviosa superior basada en los trabajos de Pavlov, y el establecimiento de los reflejos instintivos y de los reflejos condicionados o adquiridos. Establecieron la importancia de la corteza cerebral en la elaboración de la sensación dolorosa.
- Los reflejos absolutos o incondicionados son vinculaciones permanentes entre un estímulo y una reacción determinada del organismo elaborada a nivel de la medula, del bulbo o de otros centros subcorticales a diferencia de los reflejos condicionados o que relacionan o vinculan las sensaciones externas y la respuesta del organismo la cual se elabora a nivel cortical.
- Existe un rol importante de la emoción, la cultura y de los factores sociales en las sensaciones del parto que conducen a la consideración de que “el dolor del parto” es un fenómeno de masas.

- Al cambio de la actitud de la mujer hacia el parto y su conducta durante el mismo, debe contribuir toda la sociedad, en sus ideas, artes y literatura.
- El lenguaje es un instrumento que se puede utilizar como medio fisiológico y terapéutico. La palabra, de acuerdo a Pávlov es un estímulo condicionante tan real que permite modificar la actividad neuronal, bloquea a nivel de la corteza cerebral el dolor de origen periférico y visceral, permitiendo crear en la mujer un reflejo condicionado positivo independiente de la experiencia personal.

❖ **Principios Fundamentales:**

- La escuela rusa se basó fundamentalmente en los reflejos condicionados.
- El dolor en el parto es un reflejo condicionado y por lo tanto se puede desacondicionar.
- El principio rector y dominante es el aumento de la actividad de los procesos de inducción positiva en la corteza cerebral, dando como resultado la reeducación de la mujer.
- Masaje, relajación, enseñanza del pujo.
- Propaganda para hacer desaparecer la idea del parto como acto peligroso y doloroso.
- Se considera indispensable la preparación de los ambientes hospitalarios los que deben ser con mucha luz, laminas, diversos colores, etc.
- Preparación del personal hospitalario, quienes no deben de hablar de “Dolores del Parto”, este término debe ser sustituido por contracciones uterinas.
- Los medios de comunicación deben de colaborar refiriéndose al parto como una experiencia maravillosa.

B. Escuela Inglesa: Grantly Dick Read

Postulado: el temor es el principal agente del dolor en el parto.

❖ **Fundamentos:** Teóricos y Prácticos:

- El dolor se origina en la civilización y la cultura. El parto natural sin dolor solo existe hasta que llego la civilización.
- El dolor se origina en la tensión que produce la contracción de las fibras longitudinales y circulares del útero, estímulos que irán al tálamo quienes interpretados equivocadamente por el cerebro, los transforman en sensación de dolor.
- Se considera la educación como fundamental en la preparación psicoprofiláctica de la gestante para la erradicación del temor.
- Complementa su teoría con los diversos tipos de respiración que contribuyen a la relajación del cuello del útero.
- Considera que el ambiente debe de ser armónico y favorable. El apoyo emocional es fundamental en el momento del parto para que la gestante pueda desarrollar la relajación necesaria que la libere del temor y la tensión.
- Erradicación de la triada: Temor – Tensión – Dolor.
- Mujer en relajación = cuello uterino blando.

❖ **Educación:**

Se proporcionan conocimientos elementales pero ajustados a los hechos científicos sobre la anatomía y la fisiología de la reproducción humana con todas sus consecuencias físicas y psíquicas cuyo conocimiento previo permite que se sepa lo que va a suceder y de qué forma actuar.

❖ **Relajación:**

- Estado en el que el tono muscular de todo el cuerpo está reducido al mínimo.
- Las sensaciones de la actividad uterina durante el parto se interpretan en su verdadero significado, trabajo muscular sin molestias.

❖ **Gimnasia (Read introduce la preparación física):**

- Es considerada como una ayuda que no debe ser exagerada o sobreestimada.
- Mejora el estado físico general
- Beneficia la flexibilidad de los músculos y articulaciones de la pelvis.
- Los ejercicios se deben realizar con lentitud, uniéndolos con la respiración.

C. Escuela Francesa: Ferdinand Lamaze

Postulado: La respiración “indolorizante”.

❖ **Fundamentos Teóricos y Prácticos:**

- Los principios son los mismos que los de la escuela Rusa. Crear un foco cortical potente capaz de inhibir los estímulos originados en la contracción uterina.
- En lugar de la respiración profunda, se utiliza la respiración acelerada. El objetivo es limitar los movimientos del diafragma, evitando la compresión sobre el fondo uterino, manteniendo una oxigenación adecuada.
- La relajación muscular es un fenómeno activo consciente y dirigido, se incrementa el conocimiento de la acción de los músculos para hacerlo actuar a medida de las necesidades. Esta inhibición resulta de una actividad cortical, se trata de un acto consciente y dirigido. La

relajación es entonces un aprendizaje, una educación, una actividad cerebral.

- Se integra al esposo de una manera muy importante, tanto en la preparación teórica- práctica, como en el momento del parto.
- Considera importante conocer la psicología de la gestante y cuanto conoce del parto(4)

La Psicoprofilaxis obstétrica en sus orígenes fue utilizada para eliminar los dolores del parto, pero hoy en día este concepto es erróneo debido a que hay justificación neurofisiológica de la existencia del dolor en el parto y lo que busca esta preparación educativa es que los fenómenos dolorosos que se producen no se transformen en sufrimiento, es por esto que elementos fundamentales como:

Preparación teórica: encaminada a proporcionar la información necesaria que rompa los lazos que ligan el embarazo y parto, con ideas preconcebidas negativas y en la mayoría de los casos, falsos.

Un entrenamiento físico que es el conjunto de ejercicios suaves y seguros que capacitan a la gestante a manejar su postura, movimiento, respiración, relajación y dominio de puntos analgésicos. Su objetivo principal es obtener de la gestante, una mejor participación durante el trabajo de parto y sobre todo en el periodo expulsivo. Y una preparación psicológica, integrada paralelamente a las anteriores, que en conclusión, desarrollara la autoconfianza y posibilidad de asumir el proceso de manera natural y positiva

3.1.4. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica

La organización mundial de la salud (OMS) y otras importantes instituciones internacionales, recomiendan la psicoprofilaxis obstétrica, por sus efectos positivos y beneficiosos.(5)

A. Ventajas de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la madre

- Menor grado de ansiedad, permitiéndole adquirir y manifestar una actitud positiva.
- Adecuada respuesta durante las contracciones uterinas, utilizando adecuadamente las técnicas de relajación, respiración, masajes y demás.
- Mayor posibilidad de ingresar al centro de atención, en trabajo de parto, con una dilatación más avanzada.
- Evitar innecesarias y repetidas evaluaciones previas al ingreso para la atención de su parto.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal.
- Menor duración de la fase expulsiva
- Menor duración total del trabajo de parto.
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor.
- Menor uso de fármacos en general.
- Menor uso de analgésicos.
- Menor riesgo de presentar complicaciones obstétricas.
- Menor malestar y/ o dolor durante el trabajo de parto, bajo el fundamento de saber aplicar toda su fuerza física, equilibrio mental y capacidad de concentración en miras de controlar la situación.
- Tendrá amplias posibilidades de éxito en la evaluación final del mismo.
- Aprenderá a disfrutar mejor de su embarazo y parto, mejorando su calidad de vida y percepción respecto a todo el proceso.
- Ampliará las posibilidades de gozar de la participación de su pareja, incluso durante todo el trabajo de parto, lo cual tiene una importante contribución en su actitud emocional.
- Menor incidencia de partos por cesárea.
- Menor incidencia de partos instrumentados.

- Aptitud total para una lactancia natural

Y en relación a las ventajas perinatales, las podríamos dividir en tres etapas:

❖ **Prenatal**

- Mejor estimulación intrauterina, sobre lo cual hay muchas investigaciones científicas a través de la biopsicología prenatal.
- Una curva de crecimiento intrauterino en promedio ideal.
- Menor presentación de sufrimiento feral agudo o crónico

❖ **Intranatal**

- Una fase expulsiva más rápida y menos traumática.
- Menor nacimiento bajo instrumentación.
- Menor presentación de sufrimiento fetal agudo.

❖ **Post natal**

- Mayor puntaje APGAR al minuto y a los cinco minutos.
- Menor presentación de problemas neonatales, como: Apnea , disnea, displasia de cadera y bajo peso.
- Mejor lactancia natural
- Mejor estimulación temprana.(6)

B. Ventajas para el equipo de salud

- Trabajo en un clima con mayor armonía.
- Mayor confianza, comprensión y colaboración de la pareja y la gestante.
- Mejor distribución del trabajo.
- Ahorro de recursos materiales.

- Ahorro de tiempo.
- Disminución de riesgos maternos y perinatales.
- Mejor actitud y aptitud de todos.
- Ahorro de presupuesto. (7)

3.1.5. PARTO PSICOPROFILACTICO

El Parto Psicoprofiláctico es entonces aquel que se presenta de manera espontánea, después de que la mujer y su pareja han recibido una preparación física y emocional, para tener un parto sin anestesia, ni medicamentos y sin intervenciones quirúrgicas. Es decir, natural pero con una preparación de por medio, la cual es brindada por instructoras, educadoras perinatales y en ocasiones por ginecólogos, psicólogos o pediatras.

Se debe apoyar a la mujer para que tenga un Parto Psicoprofiláctico con seguridad, con la preparación física-emocional necesaria para saber qué hacer, cómo relajarse, cómo respirar, cómo adoptar diferentes posturas como cuclillas, en cuatro puntos, cómo manejar el deseo de pujo, dirigir el esfuerzo de pujo, entre otras cosas. La labor del acompañante será muy importante y de gran ayuda para la mujer, ya que la preparación previa le permitirá saber cómo emplear medidas que no son farmacológicas, como algunos masajes o presión en ciertos puntos para controlar el dolor de su pareja, favoreciendo el confort.(8)

A. Parto psicoprofiláctico, nacimiento sin dolor

Hay mujeres que traen un hijo al mundo sin sufrir, mientras que otras padecen dolencias durante el nacimiento, ¿por qué se presenta este contraste? El grado de dolor se asocia con el estado emocional, pues se ha demostrado que cuando la madre está nerviosa, cansada y ansiosa siente mayor molestia en el momento en que se presentan las contracciones. Por ejemplo, es común que las futuras mamás sufran

durante el parto debido a que sienten temor, ya que siempre han oído decir que dar a luz es una prueba dolorosa; en consecuencia, se presenta rigidez muscular, condición que favorece la sensación dolorosa. Por otra parte, hay familias donde el ambiente es sereno y se considera al alumbramiento como un acontecimiento natural y satisfactorio, lo que permite dar a luz en forma tranquila y relajada.

a) Preparación

El método psicoprofiláctico proporciona, en primer lugar, conocimientos teóricos elementales sobre anatomía y fisiología del embarazo y parto, en cuyas sesiones se describen los órganos sexuales, se explica el curso del ciclo menstrual, fecundación y desarrollo del nuevo ser. Posteriormente, se aprende la forma en que se vive un parto y los síntomas que lo anuncian, como contracciones, dilatación y expulsión; asimismo, se dedica un espacio a temas de nutrición y vida diaria durante la gestación.

b) Ejercicios respiratorios

Resulta útil practicarlos de manera constante, ya que durante el parto harán que las fases de dilatación y expulsión sean más llevaderas, incluyen las siguientes variantes:

- Torácica. Se hace una respiración forzada y se expande el pecho al inhalar, luego se exhala con lentitud.
- Bloqueada. Se inspira profundamente y cuando la toma de aire llega al máximo se retiene el aliento; se cuenta mentalmente hasta cinco y se expulsa el aire por la boca.
- Pequeña superficial. Se respira y luego se exhala ligeramente con rapidez y sin hacer ruido; sólo debe moverse la parte superior del pecho, mientras el vientre permanece casi inmóvil.

- Jadeante. Con la boca entreabierta, se inhala y exhala.
- Completa. Se hace una respiración forzada, luego se inspira lentamente expandiendo el pecho y elevando la pared abdominal, a continuación, se expulsa el aire contrayendo bien el vientre.

C. Ejercicios musculares

Incluye movimientos expresivos que invitan a la expansión y diversión, así como aquellos que promueven la liberación de la voz, soltando emociones que ayudan a cada mujer a reforzar su derecho a apropiarse de su cuerpo para parir. Además, recuerde que la actividad física permite acompañar el progresivo cambio corporal, evitando posturas inadecuadas, dolores y aumento excesivo de peso; la práctica de los siguientes ayudan a conseguir estos propósitos.

D. Relajación

Su práctica permite adecuado manejo de las emociones, elimina la tensión, estrés y mejora el sueño; se debe realizar con calma y tranquilidad. Al principio, debe cerrarse puertas y ventanas de la habitación a fin de amortiguar ruidos, luego cerrar las cortinas, pues la luz demasiado intensa impide la relajación, sin olvidar vaciar la vejiga antes de empezar.(9)

3.1.6. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

A. FACTORES SOCIALES

➤ **Vivienda lejana**

En México (Tamez-gonzález et al., 2006) se identificó como factor para menos acceso a la atención prenatal, mujeres que viven en condiciones de pobreza y que pertenecen a minorías sociales. (Faneite et al., 2002) encontró que el 53,3% que abandonó el control prenatal residía en barrios.(10)

➤ **Medios de Comunicación**

Los medios de comunicación masiva (“mass media”), son aquellos que se envían por un emisor y se reciben de manera idéntica por varios grupos de receptores, teniendo así una gran audiencia; el mundo los conoce y reconoce como la televisión, la radio, el periódico, entre otros.

Los medios masivos son parte de la vida diaria de las personas promedio, otorgan sustento económico a un gran número de la población mundial, y permiten la comunicación a grandes distancias. Por otro lado, la comunicación en masa suele reducir o eliminar las relaciones interpersonales del proceso de la comunicación, y tiende a separar a los individuos de su entorno sociocultural tradicional, generando una masa integrada por miembros heterogéneos, es decir, personas de distintos estratos sociales, niveles culturales, diversas ocupaciones, intereses y modos de vida muy diferentes. De esta manera se puede inferir que los medios de comunicación masiva proporcionan modelos de conducta económica y de valores sociales,

fomentan el consumo, la participación en la vida política y el desarrollo del sentimiento nacionalista, entre otros aspectos a considerar.

El profesor de la Universidad Libre de Berlín y científico de la comunicación, Harry Pross, clasificó por primera vez los medios masivos de la siguiente manera.

- **Medios primarios:** son aquéllos que están ligados al cuerpo, no necesitan de ninguna tecnología para su comunicación, la cual a su vez es asincrónica, se les considera medios de comunicación masiva pues cuando un grupo supera los siete integrantes, se deja de considerar un grupo para ser considerado como una masa.. Ejemplo: un orador, un sacerdote, o una obra de teatro.
- **Medios secundarios (máquinas):** Éstos requieren del uso de técnicas (tecnologías) de parte del emisor de contenidos, para la emisión del mensaje. El o los receptores del mensaje no necesitan de ningún tipo de técnica (tecnología) para recibir el mensaje, quiere decir que cuando las personas transitan por la calle no necesitan de ningún aparato especial para poder ver o escuchar los anuncios producidos en esta categoría. Ejemplo: periódicos, revistas, gacetas, folletos, espectaculares, entre otros.
- **Medios terciarios (medios electrónicos):** requieren del uso de técnicas (tecnologías) tanto del emisor de contenidos como del receptor de los mismos, es decir, para poder recibir el mensaje enviado necesitamos de un aparato para descifrar el mensaje, cuando las personas quieren ver televisión requieren de un aparato de televisión que muestre los programas transmitidos. Ejemplo: televisión, radio, telégrafo, teléfono, música.

- **Medios cuaternarios (medios digitales):** los denominados nuevos medios de comunicación son el producto del avance tecnológico. Permiten que los individuos se comuniquen de manera bilateral y masiva al mismo tiempo, acortan distancias entre individuos y utilizan lo último de la tecnología para facilitar la comunicación con una alta calidad de emisión y recepción de los mensajes, lo cual resulta de menor calidad con medios incluidos en otras clasificaciones. Ejemplo de medios cuaternarios: internet, celulares, televisión satelital, televisión HD, entre otros.(11)

➤ **Relaciones Sociales**

Una relación social no es sólo una construcción metodológica, ella es además una realidad compleja vivida y percibida por los actores sociales. De modo que es necesario dar un estatus teórico a esta noción. Aquello implica disponer además, en un plano anterior, de una concepción de conjunto del mundo social y del lugar en él que ocupan las relaciones y las redes. Se necesita entonces de una teoría general.

Para comprender las relaciones que constituyen las redes es necesario alejarse del reduccionismo relacional que hace de las relaciones el único componente de la estructura social y descuida a su vez definir las. Una buena forma de convencerse que el mundo social no se reduce a una red es preguntarse por el origen de las relaciones sociales. Partamos de ellas cómo nos lo sugiere el análisis estructural, pero en lugar de preguntarnos qué es lo que ellas producen, tratemos de comprender de dónde vienen.(12)

B. FACTORES FAMILIARES

➤ Apoyo familiar

El ambiente familiar constituye un componente esencial del proceso de atención a la familia, dado que la calidad de la relación funcional, es un factor importante en la salud emocional y física de cada uno de sus miembros (Reyes, Valderrama, Ortega, & Chacón, 2010). Un estudio realizado por Magriples y colaboradores (Magriples, Kershaw, Rising, Massey, & Ickovics, 2008) encontró algunos predictores de utilización del control prenatal, entre ellos figuraron en su análisis de regresión multimodal, la historia de infección de transmisión sexual, uso de marihuana, paridad, raza, apoyo familiar y social en el segundo y tercer trimestre.

➤ Agresión intrafamiliar

También denominado violencia familiar, corresponde al ser tratada mal en palabra u obra por parte de los miembros nucleares de la familia de la gestante, es decir, pareja o hijos. La violencia intrafamiliar se considera como toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus miembros que de forma permanente ocasione daño físico, psicológico o sexual a otros de sus miembros, que menoscabe su integridad y cause un serio daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar. En las familias se han reconocido diversas formas de vivir la violencia. La violencia física es considerada como toda lesión física o corporal que deja huellas o marcas visibles; ésta incluye golpes, bofetadas, empujones, entre otras. La violencia psicológica se refiere al hostigamiento verbal entre los miembros de la familia a través de insultos, críticas permanentes, descréditos, humillaciones, silencios, entre otras; es la capacidad de destrucción con el gesto, la palabra y el acto. Esta no deja huellas visibles inmediatas, pero sus implicaciones son más trascendentes. Se considera violencia sexual a la imposición de

actos de orden sexual por parte de un miembro contra la voluntad de otro. Este tipo de violencia incluye la violación marital. En la literatura se expresan otras formas de violencia como el abandono y la negligencia en los cuidados, dado por la falta de protección y cuidados de los miembros de la familia que lo requieran, la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo y estimulación cognitiva, falta de atención, descuido en la alimentación y vestuario necesario. Todas estas formas de violencia pueden ser ejercidas por cualquier miembro de la familia independientemente de su edad, raza o sexo, pudiendo ser a la vez agente o víctima de la violencia. Según la literatura los grupos más vulnerables son los niños, mujeres, ancianos y discapacitados.(13)

➤ **Influencia Familiar**

La influencia de la familia en el desarrollo de la personalidad constituye un hecho ampliamente reconocido y estudiado por las diversas disciplinas que analizan y valoran la conducta humana. El hecho de que esta influencia pueda degenerar en modos de comportamiento que son expresión de un desarrollo inadecuado de los individuos y lleva consigo una disfunción evidente de sus roles específicos.

Hay que resaltar el hecho de que la familia constituye el medio básico de socialización y de integración en la comunidad. Una familia marginada, si no es objeto de una intervención eficaz, da lugar a sucesivas generaciones de personas desadaptadas y a la reproducción de conductas y comportamientos que expresan claramente las características básicas de esa situación.(16)

➤ **Actividades y obligaciones familiares**

Las actividades para el cuidado y mantenimiento del hogar como la limpieza, seguridad, orden, entre otros son realizados en mayor medida por las

mujeres, por ello esta actividad demanda tiempo en la mujer y más aún si está gestando. Para ello la gestante requiere de organizarse, es decir, ordenar sus tiempos para las actividades que tiene que hacer dentro y fuera del hogar, en alguna medida si ello no se logra, surgen dificultades para la conclusión de otros compromisos.(10)

C. FACTORES INSTITUCIONALES

➤ Calidad de atención

La calidad de la atención consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.(17)

La calidad de la atención marca la diferencia entre la vida y la muerte de las madres y recién nacidos en nuestro país, el acceso a la atención institucional del parto no es suficiente, similar situación sucede frente a la mayoría de riesgos y daños a la salud que acontecen en un país, de allí la importancia de establecer una gestión de la calidad de la atención que dirija, opere y controle de manera sistémica los procesos destinados a mejorar la atención de la salud. La gestión de la calidad implica la transformación de las organizaciones mediante el aprendizaje y la mejora permanente en respuesta a las necesidades y expectativas de sus usuarios que constituyen el centro de su misión. Se trata de avanzar en la búsqueda de la excelencia en las organizaciones de salud. Para ello se requiere reforzar el liderazgo de las instancias directivas en el logro de la calidad, el trabajo en equipo, la gestión basada en procesos y la información relevante como sustento de las decisiones.(18)

➤ **Infraestructura**

Ambiente inadecuado para la consulta. Actualmente los establecimientos de salud del primer nivel de atención están tratando de mejorar su aspecto y renovar su mobiliario, pero ello aun no es suficiente y muchos de los establecimientos aun cuentan con mobiliario no actualizado, debido a los recortes presupuestales, algunos establecimientos tienen mejoras, pero no son aun suficientes.

➤ **Material educativo**

Servicios incompletos. Se refiere a cuando la paciente percibe que no ha recibido toda la atención que esperaba o por razones de la organización del sistema de salud.(10)

➤ **Parto anterior**

- **Parto institucional:** A nivel internacional se estima que dos de los factores más relacionados con la muerte o la supervivencia materna, son el lugar de atención del parto y las decisiones de la parturienta y de su familia sobre a donde recurrir en caso de una complicación durante el embarazo, el parto o el puerperio. Se estima que hay menos riesgo tanto para la madre como para el recién nacido con un parto institucional que con uno domiciliario.

La cobertura de partos institucionales, indicador importante para el sector salud se ha comportado para el año 2007 con más del 70% de cobertura respecto a los nacimientos estimados por el INEI, siendo en el ámbito regional Tumbes, Madre de Dios y Ucayali los que han cumplido al 100% con la cobertura y Puno, Amazonas y Huancavelica los que tienen alrededor de 50% de cobertura

- **Parto domiciliario:** El parto domiciliario incrementa el riesgo de sufrir una complicación o muerte para la madre y/o el niño, la atención de partos domiciliarios ha disminuido respecto al parto institucional en 4 puntos porcentuales del 2005 al 2008 según Ministerio de Salud. Pero en el plano regional existen 10 Regiones que acumulan un 80% de partos domiciliarios, esta información es importante para la priorización de una intervención eficiente de la Estrategia Nacional Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva.(19)

➤ **Conocimiento sobre el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica**

La Psicoprofilaxis Obstétrica es importante ya que brinda preparación a toda mujer gestante. La gestante al adquirir conocimiento del proceso de su embarazo y parto, va tomando confianza y habilidades para su autocuidado y la adaptación a su nuevo estado hará que disfrute de esta etapa de su vida. El propósito principal de este método es inhibir el miedo, el cual se realiza mediante la educación y preparación sobre el embarazo y el proceso de parto. Al completar esta educación, comprende el mecanismo del parto y puede adaptarse cuando llegue el momento. Gracias a este tipo de educación, las mujeres pierden la actitud pasiva que adoptan cuando llega el parto, saben lo que va a suceder y aprenden adaptarse y a controlar las modificaciones que ocurren en su organismo durante el alumbramiento. Sin embargo, existe una gran carencia en la demanda de este programa, llevando como consecuencia la falta de información y conocimiento sobre el proceso de gestación a lo largo del embarazo y durante el parto.

Los cursos de Psicoprofilaxis Obstétrica están orientados a una preparación integral para la maternidad y la paternidad. Esta preparación es tanto física como psicológica, y tanto práctica como teórica. La mujer debe conocer fundamentalmente su cuerpo, las transformaciones que ocurren a nivel emocional. Para esto es necesario saber que hay una manera de conocer y entender y colaborar en esa etapa tan crucial para ella. (3)

➤ **Accesibilidad**

El concepto de accesibilidad se relaciona con la facilidad con la que los servicios sanitarios pueden ser obtenidos en función de barreras organizativas (distancia, horario), económicas, culturales o emocionales. PALMER incluye en esta dimensión el concepto de equidad MAXWELLLL las conceptualiza como dimensiones diferentes. VUORI, por el contrario, propone subsumir la accesibilidad en el concepto “adecuación” de los recursos, como “componente distributivo”. La accesibilidad se relaciona con las características del recurso que facilitan u obstaculizan su utilización por consumidores eventuales y se puede dividir en accesibilidad geográfica (recurso demasiado alejado o elemento de la resistencia al desplazamiento) y accesibilidad socio-organizacional (barreras socioeconómicas, culturales, organizaciones...).(20)

D. FACTORES ECONÓMICOS

➤ **Seguro Integral de Salud (SIS)**

El Seguro Integral de Salud (SIS), es un Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, que tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando la

afiliación de aquella población más vulnerable y que se encuentra en situación de pobreza o pobreza extrema. Para el Aseguramiento Universal en Salud, el SIS es una IAFAS, es decir, administra los fondos destinados a cubrir las siguientes afiliaciones: SIS GRATUITO: Es aquella afiliación destinada para cubrir a la población más vulnerable (pobreza y extrema pobreza). SIS INDEPENDIENTE: Es aquella afiliación para aquellas personas que trabajan de forma independiente. En este caso el Estado cubre un porcentaje para la cobertura. SIS MICROEMPRESAS: Es aquella afiliación para los trabajadores de una microempresa. En todos los casos las personas que deseen afiliarse al SIS, deben estar calificadas como elegibles en el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH).(21)

➤ **Ingreso Mensual**

Es el aquel ingreso económico proveniente del trabajo, La principal fuente de recursos de los hogares lo constituye el ingreso proveniente del trabajo, el que representa más del 70% del total de los ingresos. Las demás fuentes de ingreso son las transferencias, rentas e ingresos extraordinarios. Su origen monetario y no monetario y la fuente de donde provienen, puede ser por la actividad principal o secundaria que realiza la población ocupada, sea ésta dependiente o independiente. También se presenta el ingreso promedio de acuerdo a algunas características de los perceptores como: sexo, edad, nivel educativo alcanzado, tamaño de empresa, categoría de ocupación principal, ramas de actividad, etnicidad y quintiles de ingresos.(22)

➤ **Aporte del cónyuge**

La atmósfera relacional en la familia de origen viene definida fundamentalmente por dos dimensiones que representan: a) la manera cómo interactúan entre sí las personas que ejercen las funciones parentales (generalmente, la pareja parental); o conyugalidad. Si la pareja parental se

separa o divorcia, la conyugalidad no se extingue, sino que se transforma en post-conyugalidad, que continúa definiendo la manera en que los ex-cónyuges negocian los asuntos que siguen teniendo en común, y sobre todo la gestión de los hijos. Conyugalidad y post-conyugalidad se inscriben en una dimensión bipolar, entre la armonía y la desarmonía (Báñez, Linares, Vilaregut, Virgili, & Campreciós, 2012). En cuanto a la salud materna, es la pareja la directamente involucrada en el sostenimiento y desarrollo de la gestante tanto psicológicamente como social, cuando este punto se quiebra, existe la posibilidad de no apoyo en el cuidado de la salud de la pareja. (10)

➤ **Deudas Personales**

Existen hogares que llevan bastante bien las dificultades económicas y otras que realmente no las soportan pues sobre esta realidad de dinero apoyan y descargan otro montón de deseos y esperanzas. Muchas veces la responsabilidad económica recae en un solo miembro de la familia, puede ser la madre, el padre, el hijo mayor que trabaja, etc. Y empieza una demanda irracional contra esta persona, sin considerar sus propias necesidades personales y sin pensar en el esfuerzo diario que hace por los demás. Si los miembros de la familia se quedan en la posición de que es “el otro el que tiene que resolver el problema” entonces la crisis se hará inminente y la parte económica terminará siendo el mejor vehículo para destrozarse la familia. (23)

E. FACTORES CULTURALES

➤ **Costumbres**

Las costumbres y tradiciones son experiencias compartidas por todos los seres humanos, pero la manera en que se responde a estas experiencias y las imágenes que se asocian con ellas varían mucho de cultura a cultura y de

individuo a individuo. De hecho, es en las costumbres y tradiciones donde más se revelan las profundas diferencias culturales entre los hispanos y los norteamericanos. Lo que se acepta como natural y normal en una cultura se ve como algo extraño y, a veces, hasta desagradable en otra (24)

➤ **Creencias**

Una creencia es el sentimiento de certeza sobre el significado de algo. Es una afirmación personal que consideramos verdadera. Las creencias, que en muchos casos son subconscientes, afectan a la percepción que tenemos de nosotros mismos, de los demás y de las cosas y situaciones que nos rodean. Las creencias son una fuerza muy poderosísima dentro de nuestra conducta. Es bien sabido que si alguien realmente cree que puede hacer algo, lo hará, y si cree que es imposible hacerlo, ningún esfuerzo por grande que éste sea logrará convencerlo de que se puede realizar. Todos tenemos creencias que nos sirven como recursos y también creencias que nos limitan. Nuestras creencias pueden moldear, influir e incluso determinar nuestro grado de inteligencia, nuestra salud, nuestra creatividad, la manera en que nos relacionamos e incluso nuestro grado de felicidad y de éxito.(25)

La definición de creencias populares se sustenta cuando el concepto de una creencia deja de ser individual y toma un carácter popular. Los individuos pueden creer cualquier cosa y para ellos sus creencias no necesitan un sustento empírico y científico. Es decir que una creencia popular, es lo que una comunidad culturalmente identificado utiliza para afirmar, justificar algo que en la lógica razonable del grupo no puede ser cierto. Para los pueblos indígenas, la salud es un estado dinámico de equilibrio interno entre el cuerpo y el espíritu, que depende del estado de armonía interna y externa, con los demás seres humanos, la naturaleza y el cosmos en general.(13)

➤ **Procedencia**

La migración es un acontecimiento tan antiguo como la propia historia. El hombre comenzó a migrar desde el primer momento en que se enfrentó con la necesidad de buscar más y mejores oportunidades de vida es un hecho tan común en el ser humano, que se puede decir que es parte de su naturaleza, sin embargo, no podemos pasar por alto que la migración es generada principalmente por problemas sociales, políticos, económicos, personales, culturales, entre muchos más, con los que se enfrenta el hombre día a día.

La migración interna responde a movimientos dados dentro del mismo país del migrante, es decir, el cambio de residencia se da de un Estado o región a otro. Esta puede ser rural-rural, rural-urbana y urbana-urbana. Dentro de la migración internacional se da el cruce de límites fronterizo, estas líneas en algunos casos son traspasadas ilegalmente, provocado por la falta de oportunidades dentro del país de origen y por las desigualdades económicas y comerciales que existen entre los países del orbe mundial. La migración se asocia generalmente con grandes sufrimientos y miseria, es un proceso doloroso provocado principalmente por razones socio-económicas, las cuales impulsan a dejar el lugar de origen en busca de mejores condiciones de vida para el migrante y los suyos hacia otro país en donde el bienestar político, económico y social es mejor.(26)

3.2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.2.1. NIVEL LOCAL:

- **“FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL ABANDONO DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN GESTANTES DE HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA AREQUIPA, 2012”**

Vanesa Artemia Aragon Hañari, Universidad Católica de Santa María. Facultad de Obstetricia y Puericultura. Para optar por el título de Licenciada en Obstetricia.

Resumen: El presente estudio busco determinar la frecuencia y las características del abandono del programa de Psicoprofilaxis obstétrica en gestantes que se atienden en el Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa.

Se entrevistó una muestra de 100 gestantes que completaron el programa, con la finalidad de indagar acerca de las características socioculturales de la gestante, del personal de salud y de la institución. El instrumento de recolección de datos aplicado consistió en una encuesta estructurada, la cual fue elaborada para este fin. Los resultados mostraron que las gestantes que abandonaron el programa tenían entre 26y 30 años(32%), cursaban secundaria (63%), fueron primíparas (69%), ama de casa (61%), su domicilio era lejano al hospital (75%), además asistieron a más de seis controles (82%), no tienen ayuda para el cuidado de sus hijos (69%); así mismo se sintieron desmotivadas (73%) y no disponían del tiempo necesario para llevarlas a cabo (51%), también percibieron que el horario era inadecuado (43%). Además las gestantes consideran que el personal no era especialista en el tema (96%), sin embargo recibieron buen trato (96%), buena privacidad (79%) y clases motivadoras (89%). Finalmente, consideran

que la infraestructura, mobiliario y los materiales educativos con los que cuenta el servicio son adecuados (60%, 69% y 70% respectivamente). Pero un (40%) de madres percibió que la infraestructura era inadecuada. En relación a la frecuencia de abandono de la Psicoprofilaxis, esta se dio básicamente entre la primera y segunda sesión (26% y 20% respectivamente) de iniciado el programa.

3.2.2. NIVEL NACIONAL:

- **“FACTORES SOCIOECONOMICOS E INSTITUCIONALES QUE INFLUYEN EN LA ASISTENCIA AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS EN GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL CARLOS MONGUE MEDRANO DE JULIACA 2012”**

Maritza Condori Chambi. Universidad Católica de Santa María. Facultad de Obstetricia y Puericultura. Para optar por el Título de Segunda Especialidad en Estimulación Prenatal Psicoprofilaxis Obstétrica y del Climaterio.

Resumen: objetivo; determinar cuáles son los factores socioeconómicos e institucionales que más y menos influyen en la asistencia a las sesiones a las sesiones del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2012.

Material y métodos: entrevista a una muestra significativa de gestantes, dividida en tres grupos: sin asistencia (Ninguno) a sesiones de Psicoprofilaxis, con asistencia incompleta (de 1 a 5 sesiones), y con asistencia completa (6 sesiones). Se indaga acerca de factores influyentes en la asistencia; sociales, económicos, e institucionales. Se

comparan los grupos y se establecen los factores asociados a la asistencia al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica mediante prueba de chi al cuadrado.

Conclusiones: los factores socioeconómicos e institucionales si influyen en la asistencia al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en pacientes gestantes que acuden al Hospital Carlos Monge Medrano de Juliaca 2012, los más influyentes son; la edad de la gestante, el ingreso económico mensual de la gestante, lugar de parto anterior en gestantes con más de un hijo, el número de controles prenatales realizados, el conocimiento previo acerca del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y el conocimiento actual sobre los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica para el embarazo, parto y puerperio, y las que menos influencia tienen en la asistencia al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, son el grado de instrucción de la gestante, la paridad y el grado de satisfacción con el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

3.2.3. NIVEL INTERNACIONAL:

- **“BENEFICIOS MATERNOS PERINATALES ASOCIADOS A LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD DE GUANO, ABRIL 2012-2013”**

John Edison Guerrero Oleas y Carlos Vinicio Paguay Vargas. Facultad de Ciencias Médicas, Carrera de Obstetricia. Para optar por el título de Obstetras.

Resumen:

El presente trabajo de investigación pretendió iniciar un programa de prevención para mujeres gestantes a partir de las 28 semanas, que acuden a su control prenatal en el Centro de salud de Guano en el

período abril 2012-2013. Este trabajo es un estudio de tipo descriptivo, prospectivo, y transversal.

El Programa de Psicoprofilaxis obstétrica incluye : Preparación para el parto; rutinas de ejercicios de fisioterapia obstétrica; relajación corporal y mental; técnicas de respiración; consejos sobre nutrición, lactancia materna y atención al recién nacido; cuidados y recomendaciones para tener un embarazo saludable ,con lo cual se pretende aumentar el número de controles prenatales en las gestantes y disminuir las complicaciones obstétricas desencadenadas por el desconocimiento de los cambios fisiológicos del embarazo.

Conclusiones:

Se observa que el 98% de madres con psicoprofilaxis no presentan complicación alguna frente al 22% de madres sin psicoprofilaxis, que si presentaron complicaciones.

- Menor grado de ansiedad, permitiéndole adquirir una actitud positiva.
- Respuesta adecuada durante las contracciones uterinas utilizando las técnicas de relajación y respiración.
- Mayor posibilidad de ingresar al centro en trabajo de parto con una dilatación más avanzada.
- Menor duración de la fase de dilatación en relación al promedio normal
- Menor duración de la fase expulsiva.
- Menor duración total del trabajo de parto.
- Esfuerzo de la madre más eficaz, sin perder atención al objetivo y significado de su labor.
- Menores complicaciones obstétricas.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Aptitud total para una lactancia natural

4. HIPÓTESIS

Dado que la Psicoprofilaxis obstétrica es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido(a).

Es probable que exista influencia de los factores sociales, institucionales y familiares en la adherencia al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

2.1. Técnicas e instrumentos de verificación

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Variable independiente: Factores	Factores Sociales	Entrevista	Cédula de Entrevista
	Factores Familiares		
	Factores Institucionales		
	Factores Económicos		
	Factores Culturales		
Variable Dependiente: Adherencia a las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica	Gestante Preparada	Entrevista	Cédula de Entrevista
	Gestante con menos de seis sesiones		
Variable Interviniente Perfil de la gestante	Edad	Entrevista	Cédula de Entrevista
	Estado civil		
	Ocupación		
	Paridad		
	Número de controles prenatales		
	Vivienda		
	Grado de instrucción		

2.2. TÉCNICAS

Se llevó a cabo una entrevista estructurada para recoger información de las variables investigativas.

2.2.1. Instrumento

El instrumento utilizado fue una cedula de entrevista. (Ver ANEXO 2)

2.2.2. Materiales:

- Ficha de recolección de datos
- Material de escritorio
- Computadoras personales con programa de procesador de textos, bases de datos y estadísticos

2.3. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.3.1. Ubicación espacial

2.3.1.1. Precisión del lugar

Departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, Distrito de Paucarpata.

2.3.1.2. Caracterización del lugar

Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

2.3.1.3. Delimitación gráfica del lugar

Ver ANEXO 3.

2.3.2. Ubicación temporal

2.3.2.1. Cronología: Año 2016, durante los meses: Abril-Junio.

2.3.2.2. Visión temporal: Prospectivo

2.3.2.3. Corte temporal: Transversal

2.3.3. Unidades de estudio

2.3.3.1. Universo

Población de gestantes que fueron atendidas en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, 2016, que ascendieron a un número de 239. (Referencia año 2015; Registro Centro Obstétrico)

➤ **Universo cualitativo**

Criterios de inclusión:

- Gestantes con edad gestacional mayor a 20 semanas.
- Gestantes mayores a 18 años.

Criterios de exclusión:

- Gestantes que no son del ámbito de jurisdicción del Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
- Gestantes menores de 18 años.

➤ **Universo cuantitativo:**

a) MUESTRA Y TIPO DE MUESTREO:

Dado el número singular del universo y en base a los criterios de exclusión e inclusión el muestreo fue no Probabilístico por el número de unidades de estudio que asciende a 239. Es así entonces que la muestra no probabilística estuvo constituida por

60 unidades de estudio. Para efectos de la investigación y la metodología planteada la muestra se dividió en dos grupos:

Grupo 1: Conformado por 30 gestantes que concluyeron satisfactoriamente con las 6 sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica.

Grupo 2: Conformado por 30 gestantes que asistieron a menos de seis sesiones del Programa de Psicoprofilaxis.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. ORGANIZACIÓN

3.1.1. Autorización

Se realizó la coordinación con la dirección del Centro de Salud Ampliación Paucarpata. Estando de médico jefe Elizabeth Pinto Gómez, Gerente de la micro red Ampliación Paucarpata. (ANEXO 4).

3.1.2. Prueba Piloto

Se desarrolló la validación del instrumento vía Alpha de Cronbach.

3.2. RECURSOS

3.2.1. Humanos

- **Autoras:** Grecia Brenda Medina García
Mariluz Yovana Mamani Cruz
- **Asesor:** Mgter. Marcos Herrera Cárdenas

3.2.2. Físicos

Computadora, programas de cómputo, fotocopidora, y material de escritorio.

3.2.3. Económicos

Autofinanciado por las autoras.

3.2.4. Institucionales

Infraestructura y ambientes del Centro de Salud Ampliación Paucarpata, bajo un estudio transeccional en un periodo determinado a un trimestre en el año corriente.

3.3. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

3.3.1. Procedimiento

Ítems evaluados: 32 del instrumento cedula de entrevista.

3.3.1.1 Aplicación del Alpha de Cronbach a la investigación:

La confiabilidad del instrumento de medición es considerada como el grado en el que al aplicarse de manera repetitiva al mismo objeto de estudio o diferente, se producirán resultados iguales o similares. Para poder estimar la confiabilidad del instrumento utilizado se aplica el Alfa de Cronbach que relaciona las variables y establece la confiabilidad de cada sección del cuestionario.

3.3.1.2 ALFA DE CRONBACH

En el presente estudio, se obtuvieron los coeficientes Alpha de Cronbach para la escala total (0.815) mostrando una buena fiabilidad en el instrumento. El cual fue aplicado en primer momento, es decir a 15 individuos aleatoriamente en forma inicial y 15 en su forma final. El valor mínimo requerido es de 0.72 como valor de P.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Plan de Codificación

Se codifico en base a la numeración correlativa de cada cuadro y Gráfico en la leyenda realizado por y fuente.

4.2 Plan de registro

En base a la aplicación del instrumento se procedió a registrar la matriz de datos en el software Excel a fin de registrar los datos para su interpretación, análisis y tratamiento estadístico.

4.3 Plan de tabulación

- En base al establecimiento del análisis de las variables
- Etapa inicial: estadística descriptiva.
- Etapa secundaria: estadística inferencial

– Tipo de Análisis

Para la estadística descriptiva valor de frecuencia y porcentaje, se realizó la tabla de contingencia para expresar la frecuencia absoluta y relativas porcentuales. Asimismo para el contraste de la hipótesis se aplicó la prueba Chi cuadrado de homogeneidad con un nivel de significancia del 5%.

– Plan de Graficación

Se diseñó graficas de barras para mostrar las frecuencias porcentuales



CAPÍTULO III

RESULTADOS

FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N°1: Adherencia según edad.

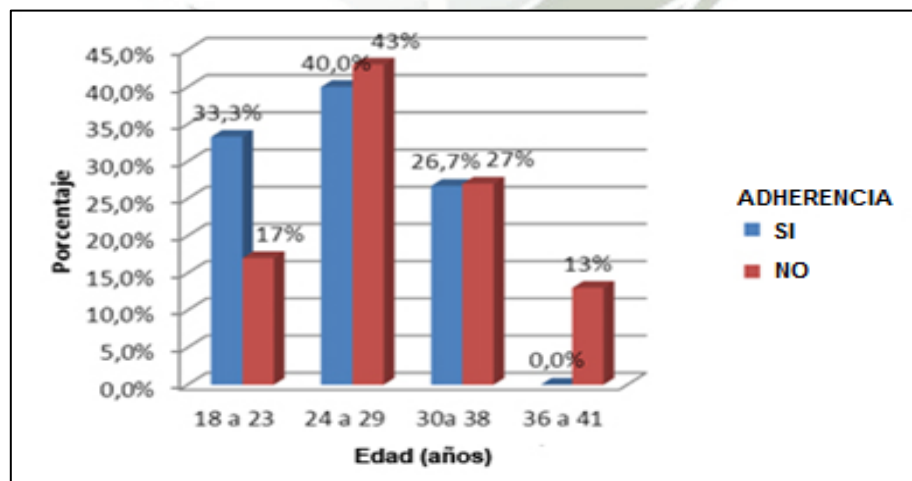
Edad	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
18 a 23	10	33.3	5	17.0
24 a 29	12	40.0	13	43.0
30 a 38	8	26.7	8	27.0
36 a 41	0	0	4	13.0
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 2.569$ $p = 0.463$ $p > 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 2.569$) muestra que la edad en las gestantes que presentaron y no presentaron adherencia, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). La edad en la cual se encontró la mayoría de casos de adherencia y no adherencia se hallan entre los 24-29 años.

Gráfico N° 1



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 2: Adherencia según ocupación.

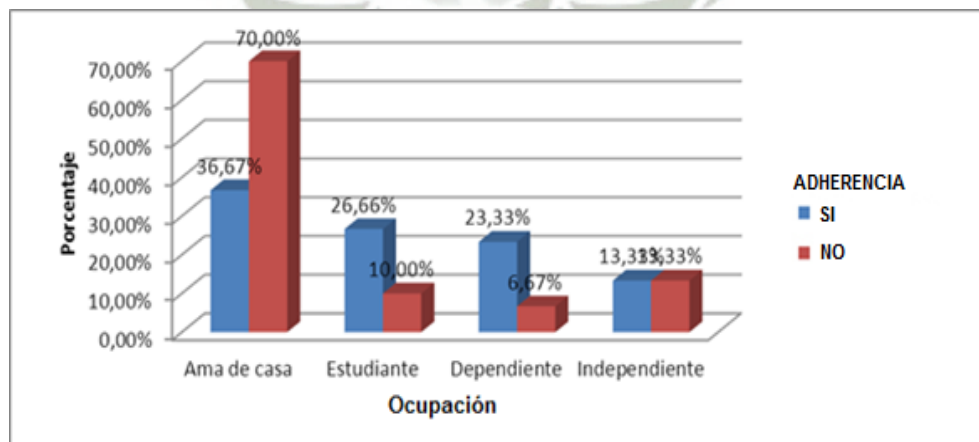
Ocupación	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Ama de casa	11	36.67	21	70.0
Estudiante	8	26.67	3	10.0
Dependiente	7	23.33	2	6.67
Independiente	4	13.33	4	13.33
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 8.176$ $p = 0.043$ $p < 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 8.176$) muestra que la ocupación en las gestantes que presentaron y no presentaron adherencia, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El mayor porcentaje corresponde al 70% de casos de no adherencia, quienes indicaron ser amas de casa, de igual manera las gestantes que sí presentaron adherencia, en la cual la ocupación ama de casa predomina en un 36.67%.

Gráfico N° 2



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 3: Adherencia según estado civil.

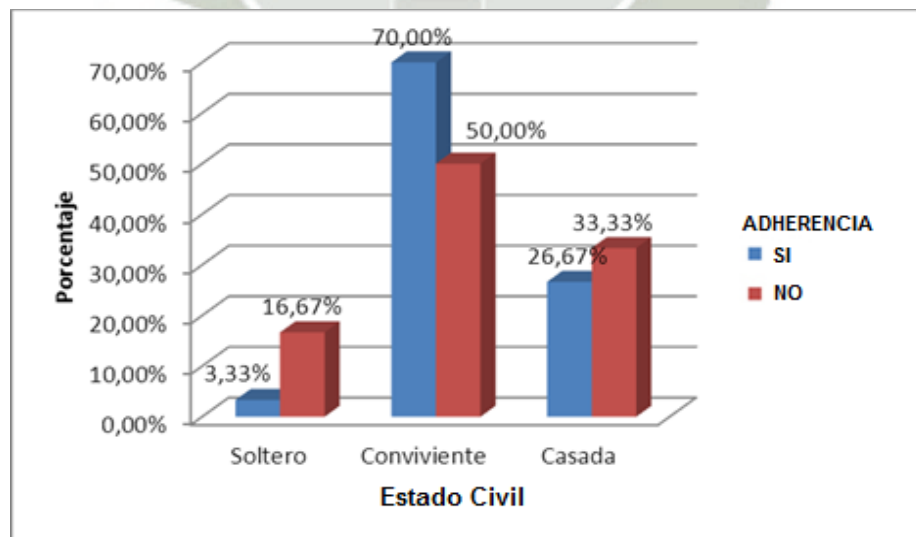
Estado Civil	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Soltero	1	3.33	5	16.67
Conviviente	21	70.0	15	50.0
Casada	8	26.67	10	33.33
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 3.889$ $p = 0.143$ $p > 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 3.889$) muestra que el estado civil de las gestantes que presentaron y no presentaron adherencia, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). El mayor porcentaje tanto de casos de adherencia y no adherencia son convivientes en un 70% y 50%.

Gráfico N° 3



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 4: Adherencia según el grado de Instrucción.

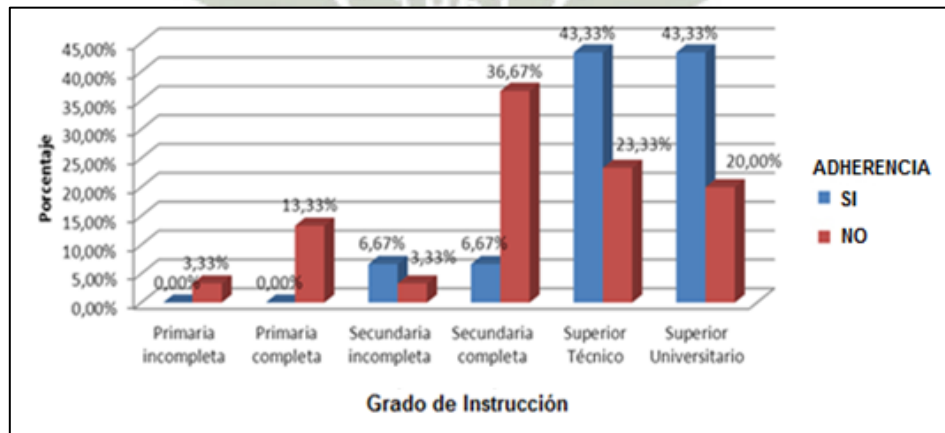
Grado de Instrucción	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Primaria incompleta	0	0	1	3.33
Primaria completa	0	0	4	13.33
Secundaria incompleta	2	6.67	1	3.33
Secundaria completa	2	6.67	11	36.67
Superior Técnico	13	43.33	7	23.33
Superior Universitario	13	43.33	6	20.00
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 15,943$ $p = 0.007$ $p < 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 15,943$) muestra que el grado de instrucción en las gestantes, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El nivel de instrucción en el cual se encontraron la mayoría de casos de adherencia fue el Superior Universitario y Superior Técnico (86.99%) y en los casos de no adherencia, fue la secundaria completa en un 36.67% la que predominó.

Gráfico N° 4



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla 5: Adherencia según el tipo de vivienda.

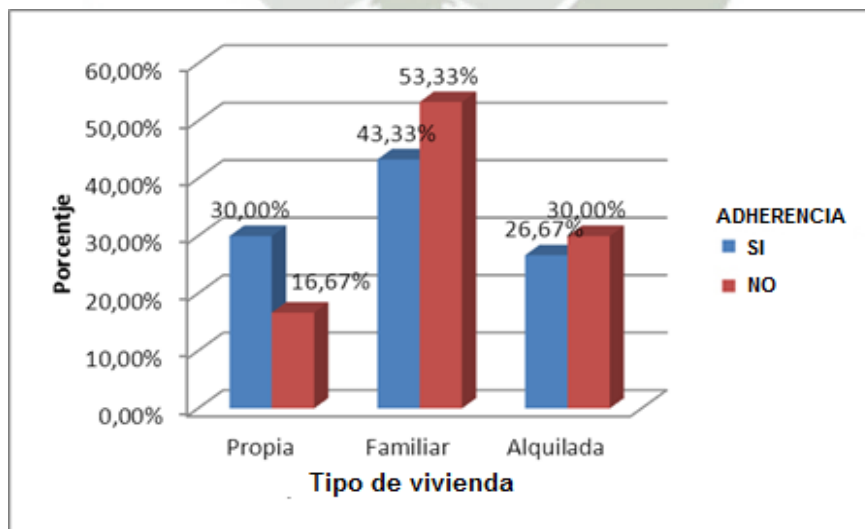
Vivienda	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Propia	9	30.0	5	16.67
Familiar	13	43.33	16	53.33
Alquilada	8	26.67	9	30.0
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 1.552$ $p = 0.47$ $p > 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 1.552$) muestra que el tipo de vivienda, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). El tipo de vivienda en el cual se encontró la mayoría de casos de adherencia y no adherencia fue el de vivienda familiar (43.33% y 53.33%).

Gráfico N° 5



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 6: Adherencia según el número de controles prenatales.

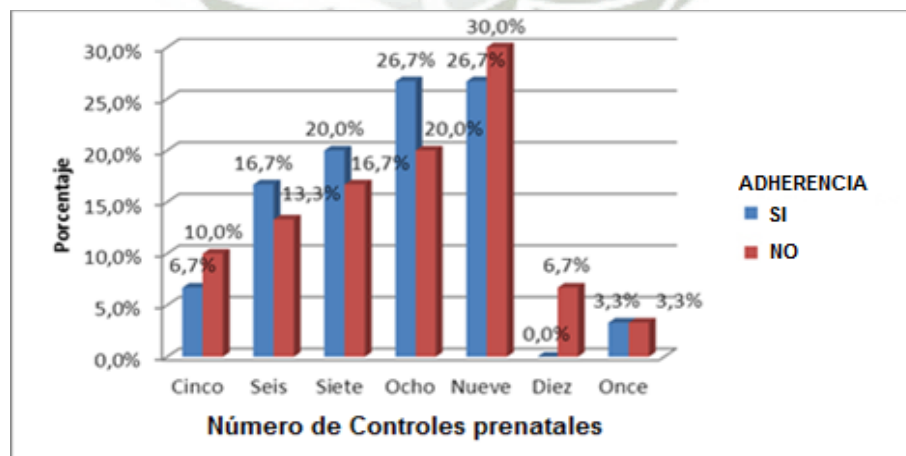
N° Controles	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
5	2	6.7	3	10.0
6	5	16.7	4	13.3
7	6	20	5	16.7
8	8	26.7	6	20.0
9	8	26.7	9	30.0
10	0	0	2	6.7
11	1	3.3	1	3.3
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 2.747 \quad p = 0.84 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2=2.747$) muestra que los controles prenatales en las gestantes, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). Más del 50% tanto de los casos de adherencia y no adherencia superan los 7 controles prenatales.

Gráfico N° 6



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 7: Adherencia en relación a partos vaginales.

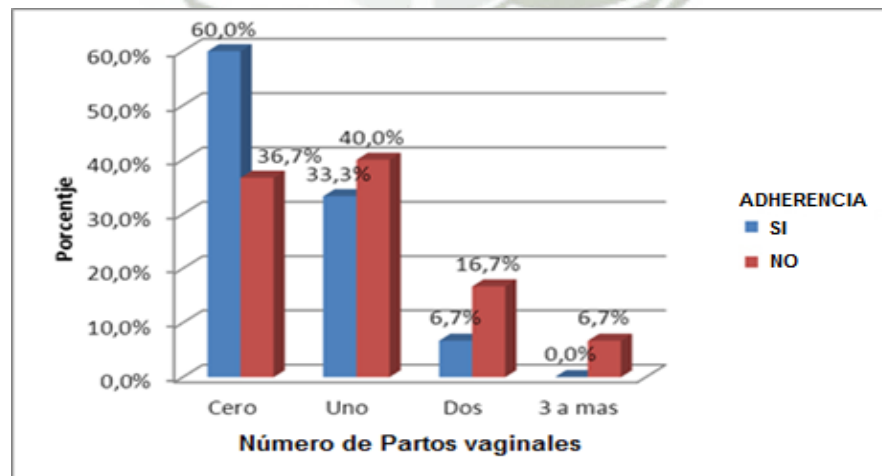
N° Partos Vaginales	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
0	18	60.0	11	36.7
1	10	33.3	12	40.0
2	2	6.7	5	16.7
3 a más	0	0	2	6.7
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 5.157 \quad p = 0.161 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 5.157$) muestra que el número de partos, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). El mayor porcentaje de casos de adherencia corresponde a gestantes nulíparas (60%), mientras que el mayor porcentaje de gestantes que no presentaron adherencia, son primíparas, segundíparas y multíparas en un 66.7% conjuntamente.

Gráfico N° 7



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 8: Adherencia en relación a cesáreas.

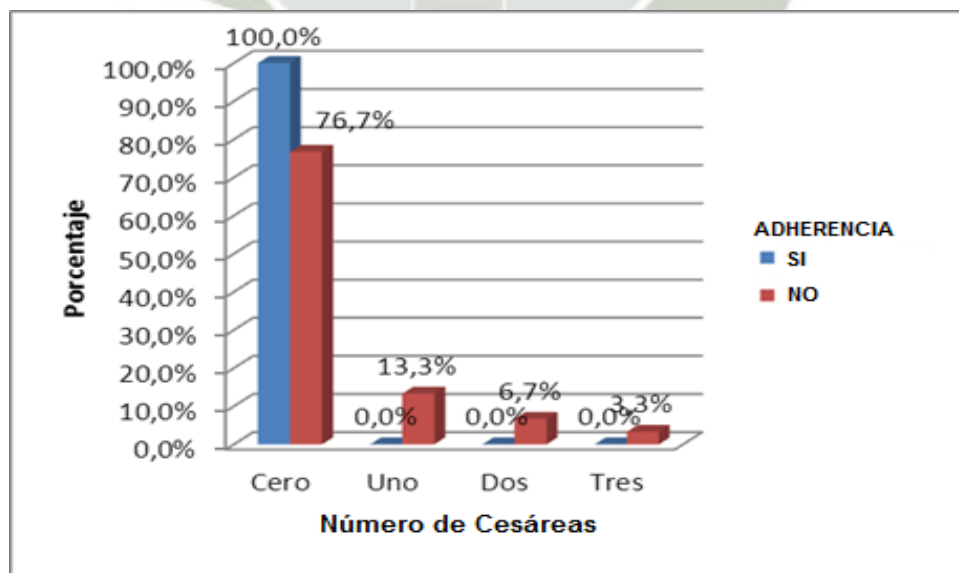
N° cesáreas	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
0	30	100	23	76.7
1	0	0	4	13.3
2	0	0	2	6.7
3	0	0	1	3.3
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 7.925$ $p = 0.048$ $p < 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 7.925$) muestra que el número de cesáreas previas en las que presentaron y no presentaron adherencia, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El 100% de las gestantes que mostraron adherencia no tuvieron alguna cesárea previa.

Gráfico N° 8



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 9: Adherencia según la lejanía de vivienda.

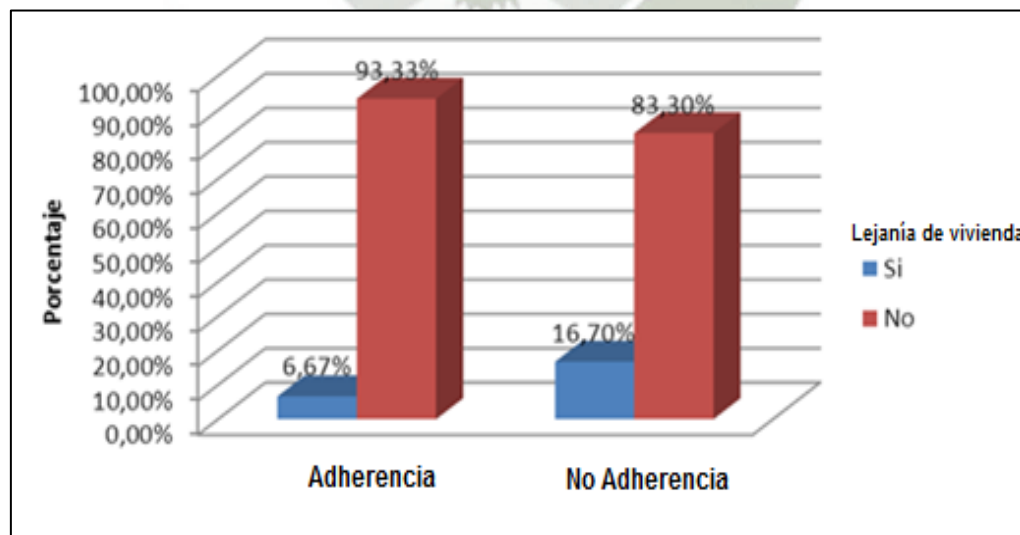
Vivienda alejada	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	2	6.67	5	16.7
No	28	93.33	25	83.3
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 1.456$ $p = 0.228$ $p > 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2=1.456$) muestra que la frecuencia de lejanía de la vivienda no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). La gran mayoría de casos de adherencia y no adherencia indicaron que su vivienda no se encuentra alejada del Centro de Salud en un 93.33% y 83.3% respectivamente.

Gráfico N° 9



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 10: Adherencia según las relaciones sociales.

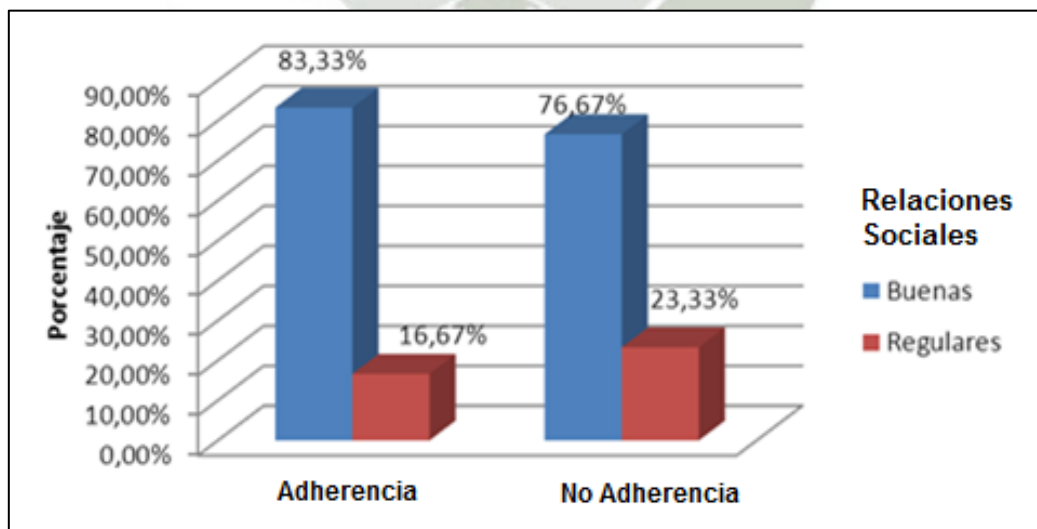
Relaciones Sociales	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Buenas	25	83.33	23	76.67
Regulares	5	16.67	7	23.33
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 0.417 \quad p = 0.519 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 0.417$) muestra que las relaciones sociales en las que presentaron y no presentaron adherencia, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). Tanto los casos de adherencia y no adherencia, en un gran porcentaje afirmaron tener buenas relaciones sociales (83.33% y 76.67%).

Gráfico N° 10



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 11: Adherencia según los medios de comunicación de mayor acceso.

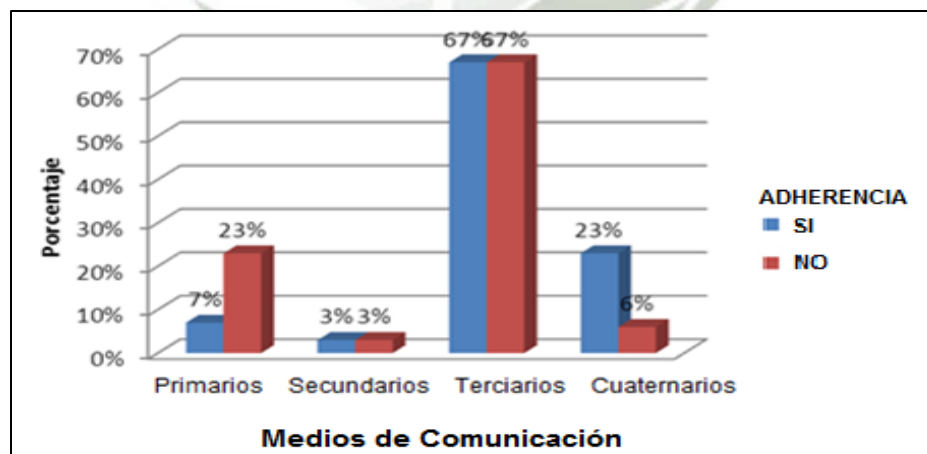
Medios de comunicación	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Primarios	2	7	7	23
Secundarios	1	3	1	3
Terciarios	20	67	20	67
Cuaternarios	7	23	2	7
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 5.556 \quad p = 0.135 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 5.556$) muestra que los medios de comunicación más recurridos no diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). Los medios de comunicación terciarios fueron los más usados en la mayoría de casos de adherencia y no adherencia presentando porcentajes similares.

Gráfico N° 11



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 12: Adherencia en relación a los medios de difusión.

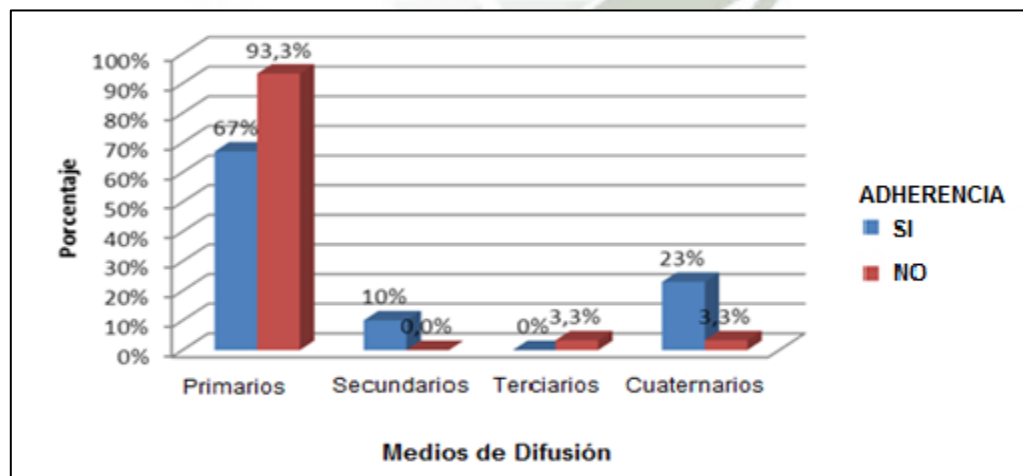
Medios de comunicación	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Primarios	20	67.0	28	93.3
Secundarios	3	10.0	0	0
Terciarios	0	0	1	3.3
Cuaternarios	7	23.0	1	3.3
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 76.833 \quad p = 0.033 \quad p < 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2=76.833$) muestra que los medios de difusión, mostraron diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). La gran mayoría de los casos de adherencia y no adherencia (67% y 93.3%) indicaron haber sido informadas verbalmente acerca del programa durante los controles prenatales.

Gráfico N° 12



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 13: Adherencia según el apoyo familiar.

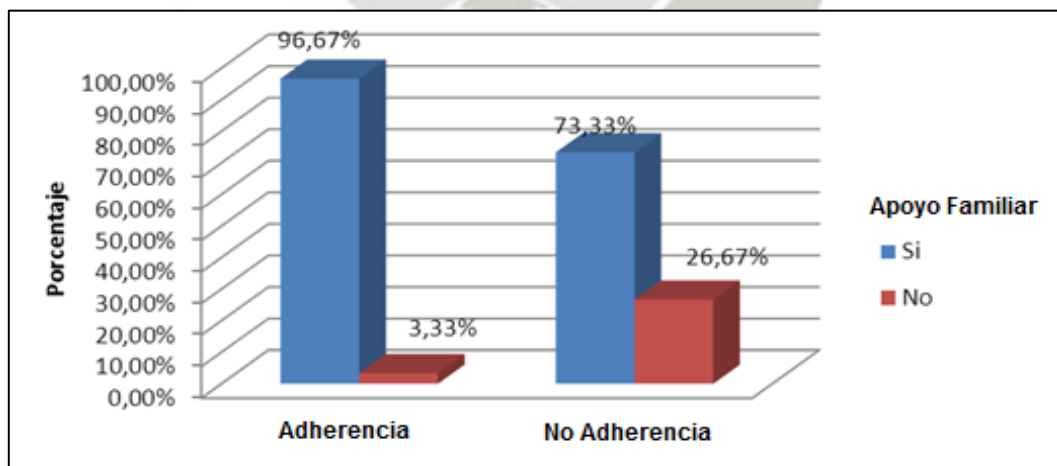
Apoyo familiar	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	29	96.67	22	73.33
No	1	3.33	8	26.67
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 6.405 \quad p = 0.011 \quad p < 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 6.405$) muestra que el apoyo familiar en las gestantes que presentaron y no presentaron adherencia, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). En un gran porcentaje, tanto los casos de adherencia y no adherencia (96.67% 73.33%) afirmaron contar con apoyo familiar.

Gráfico N° 13



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 14: Adherencia en relación a la agresión intrafamiliar.

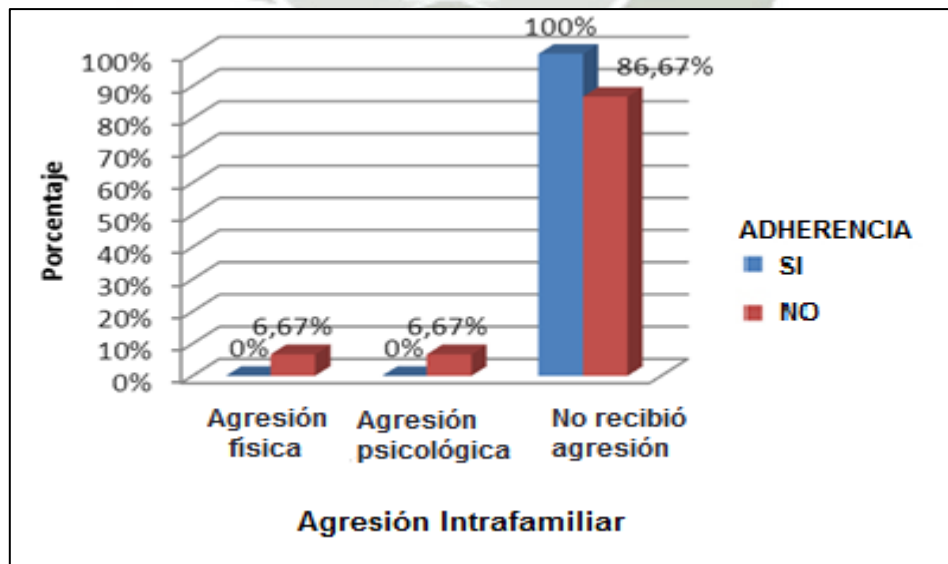
Agresión intrafamiliar	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Agresión física	0	0	2	6.67
Agresión psicológica	0	0	2	6.67
No recibió agresión	30	100	26	86.67
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 4.286 \quad p = 0.117 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 4.286$) muestra que la presencia de agresión intrafamiliar, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). El 100% de los casos de adherencia negaron haber recibido agresión intrafamiliar mientras que en el grupo que no presentó adherencia, un 13.34% afirmó haber recibido agresión física y/o psicológica.

Gráfico N° 14



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 15: Adherencia en relación a obligaciones familiares.

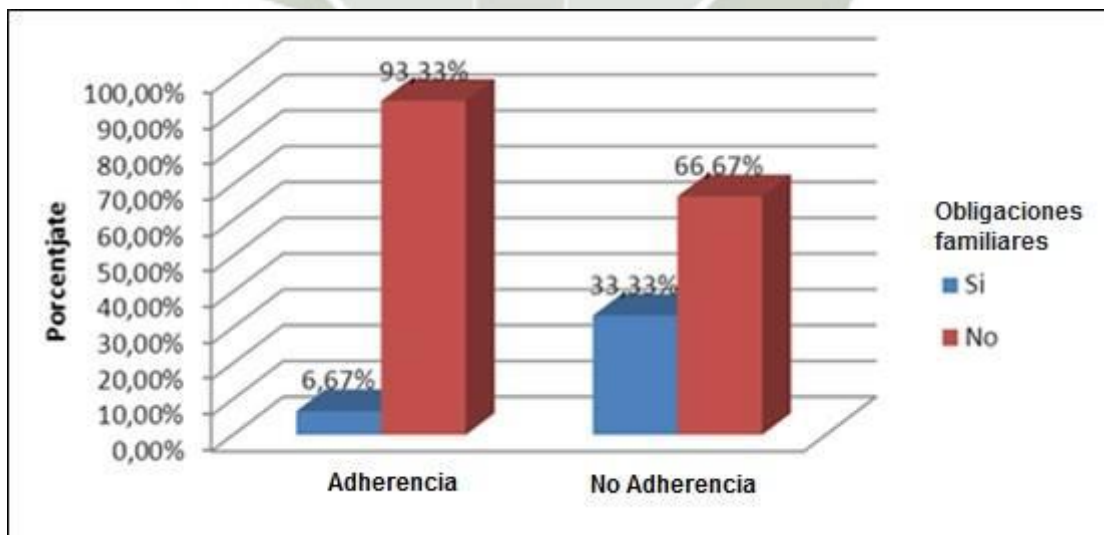
Obligaciones familiares	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	2	6.67	10	33.33
No	28	93.33	20	66.67
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 6.667 \quad p = 0.01 \quad p < 0.050$$

Según la prueba de Chicuadrado ($Ji^2 = 6.667$) muestra que las obligaciones familiares, mostraron diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). La gran mayoría de casos de adherencia y no adherencia en un 93.33% y 66.67% respectivamente afirmaron no tener obligaciones familiares que dificulte su adherencia.

Gráfico N° 15



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 16: Adherencia en relación a influencia familiar.

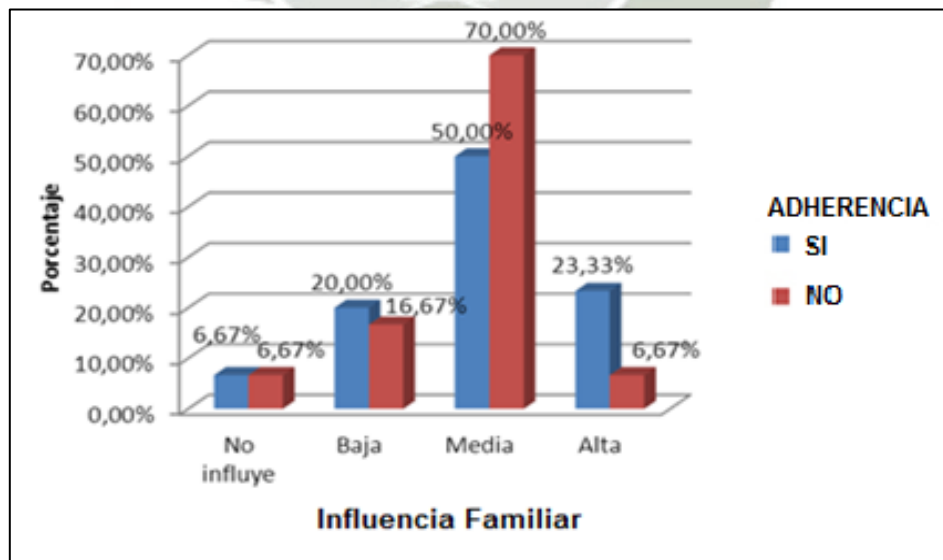
Influencia familiar	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
No influye	2	6.67	2	6.67
Baja	6	20.00	5	16.67
Media	15	50.00	21	70.00
Alta	7	23.33	2	6.67
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 3.869$ $p = 0.276$ $p > 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 3.869$) muestra que la Influencia familiar no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). La mayoría de gestantes que presentaron y no presentaron adherencia (50% y 70%) indicaron tener un nivel influencia familiar “media”.

Gráfico N° 16



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 17: Adherencia en relación a calidad de atención.

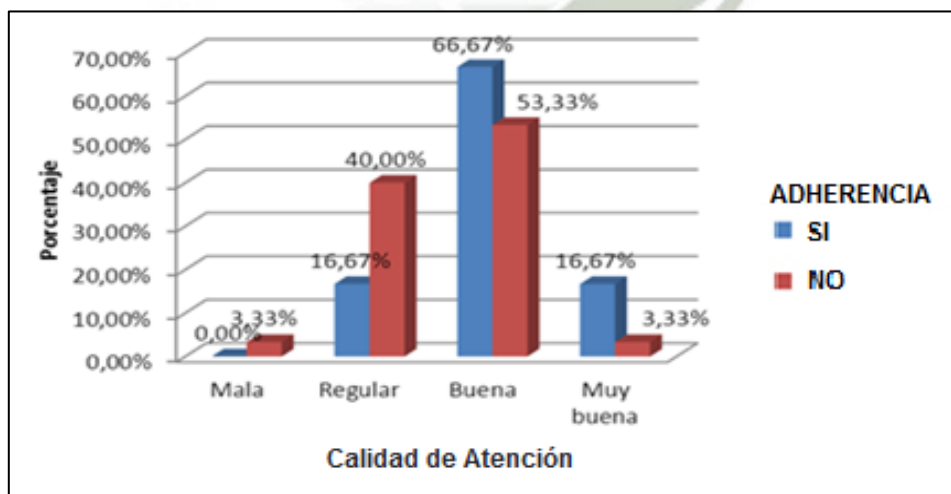
Calidad de atención	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Mala	0	0.00	1	3.33
Regular	5	16.67	12	40.00
Buena	20	66.67	16	53.33
Muy buena	5	16.67	1	3.33
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 6.993 \quad p = 0.072 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 6.993$) muestra que la frecuencia de Calidad de Atención, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). La mayoría, tanto de casos de adherencia y no adherencia, calificaron la calidad de atención que recibieron como “buena” en un 66.67% y 53.33% respectivamente.

Gráfico N° 17



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 18: Adherencia en relación a infraestructura.

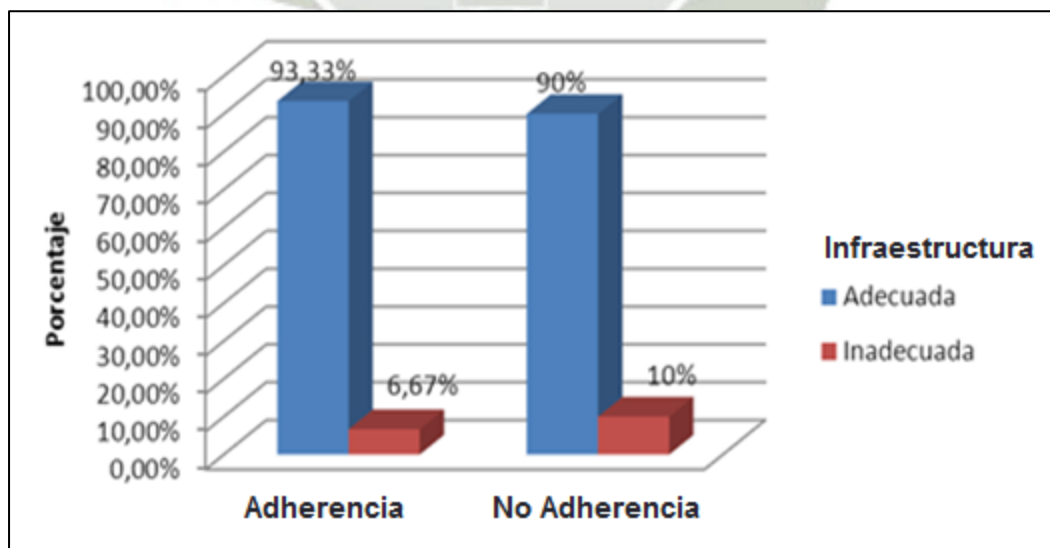
Infraestructura	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Adecuada	28	93.33	27	90.0
Inadecuada	2	6.67	3	10.0
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 0.218 \quad p = 0.64 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 0.218$) muestra que la percepción de la Infraestructura del Centro de Salud, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). Tanto el grupo que presentó adherencia como el que no en un 93.33% y 90% respectivamente, calificaron la infraestructura como “adecuada”.

Gráfico N° 18



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 19: Adherencia en relación al material educativo.

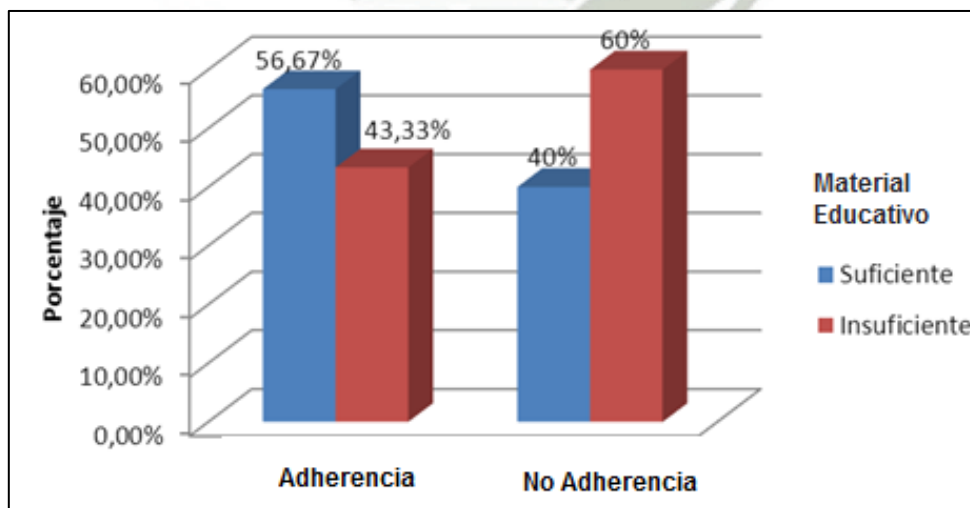
Material Educativo	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Suficiente	17	56.67	12	40.0
Insuficiente	13	43.33	18	60.0
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 1.669 \quad p = 0.196 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2=1.669$) muestra que la percepción del material educativo, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). El mayor número de casos de no adherencia calificó el material educativo como "insuficiente" en un 60%, sin embargo el 56.67% de gestantes que mostraron adherencia calificaron el material educativo como "suficiente".

Gráfico N° 19



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 20: Adherencia según parto anterior.

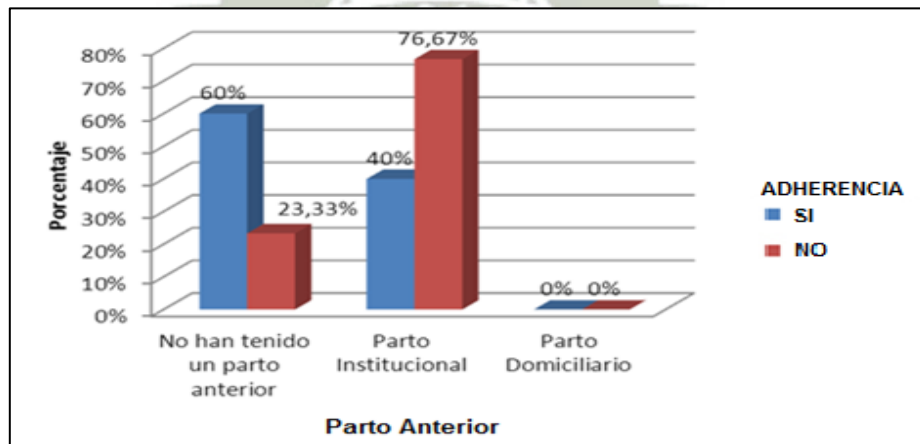
Parto anterior	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Parto Institucional	12	40.00	23	76.67
Parto Domiciliario	0	0	0	0
Sin parto anterior	18	60.00	7	23.33
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 8.297$ $p = 0.004$ $p < 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 8.297$) muestra que la existencia de un parto anterior, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El mayor porcentaje de casos de no adherencia se encuentra en el grupo de quienes tuvieron previamente uno o más partos institucionales (76.67%), mientras que el mayor porcentaje de casos de adherencia corresponde a gestantes sin algún parto previo (60%).

Gráfico N° 20



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 21: Adherencia según conocimientos previos.

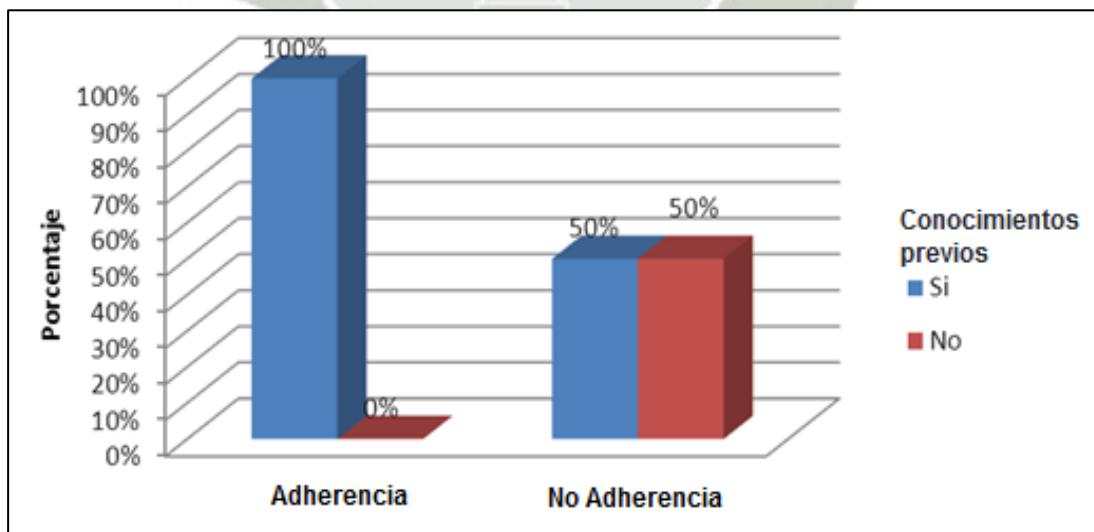
Conocimientos previos	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	30	100	15	50%
No	0	0	15	50%
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 20 \quad p = 0.000 \quad p < 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 20$) muestra que los conocimientos previos mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El 100% de los casos de adherencia afirmaron haber tenido conocimientos previos acerca del programa.

Gráfico N° 21



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 22: Adherencia según nivel de conocimiento.

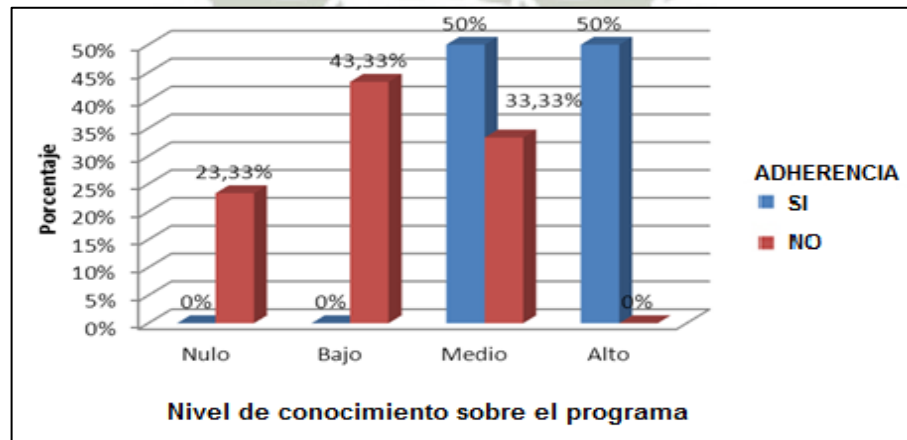
Nivel de Conocimiento	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Nulo	0	0.00	7	23.33
Bajo	0	0.00	13	43.33
Medio	15	50.00	10	33.33
Alto	15	50.00	0	0.00
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 36$ $p = 0.000$ $p < 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 36$) muestra que el nivel de conocimiento mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El 100% de los casos que presentaron adherencia indica poseer un nivel conocimiento medio - alto, en comparación con los casos que no presentaron adherencia, en el cual el porcentaje más alto corresponde a un nivel “bajo” en conocimiento.

Gráfico N° 22



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 23: Adherencia en relación a la accesibilidad del Centro de Salud.

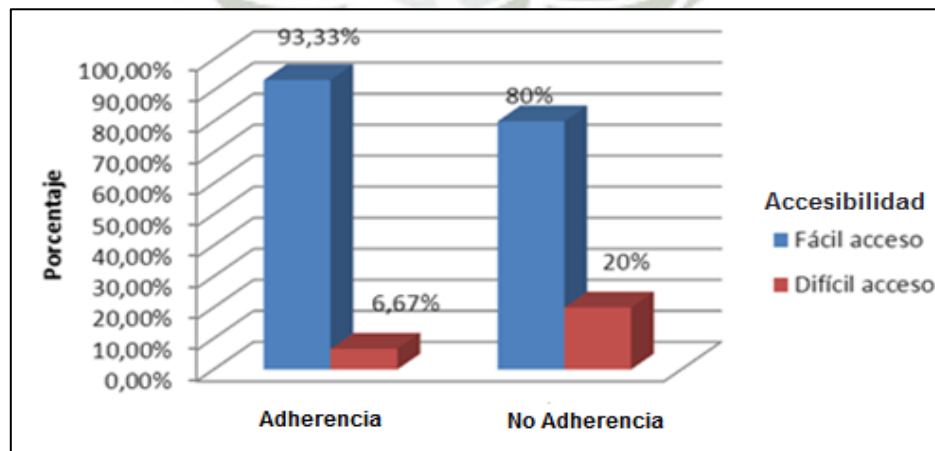
Accesibilidad	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	(%)	N°	(%)
Fácil acceso	28	93.33	24	80
Difícil acceso	2	6.67	6	20
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 2.308$ $p = 0.129$ $p > 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 2.308$) muestra que la accesibilidad al Centro de Salud no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). Los porcentajes muestran que tanto el grupo que presentó adherencia como el que no, consideran en un 93.33% y 80% respectivamente que el Centro de Salud se encuentra en una Zona de fácil acceso.

Gráfico N° 23



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 24: Adherencia en relación al SIS.

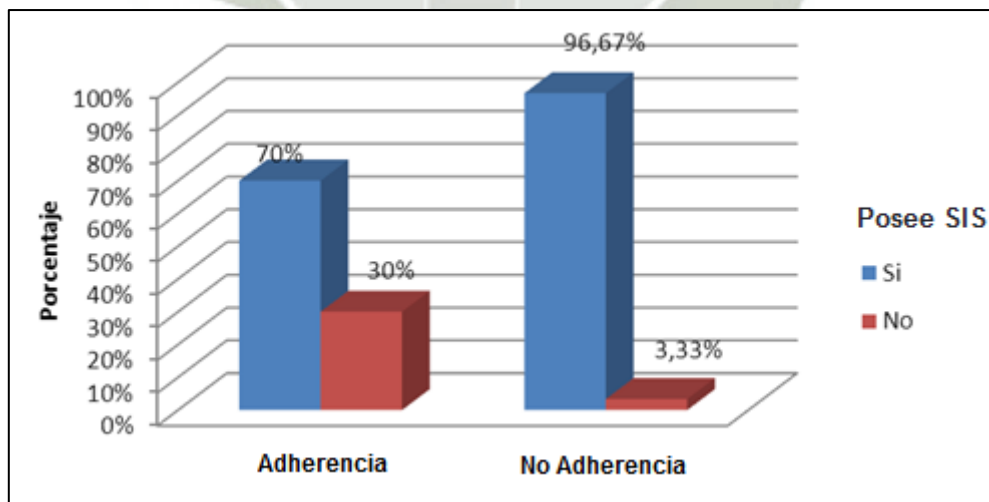
Posee SIS	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	21	70.00	29	96.67
No	9	30.00	1	3.33
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 7.68$ $p = 0.006$ $p < 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 7.68$) muestra que la frecuencia de usuarias y no usuarias del SIS, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). Tanto el grupo que presentó y no presentó adherencia, en un 70% y 96.67% respectivamente, indicaron sí contar con el Seguro Integral de Salud.

Gráfico N° 24



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N°25: Adherencia en relación al ingreso mensual como impedimento.

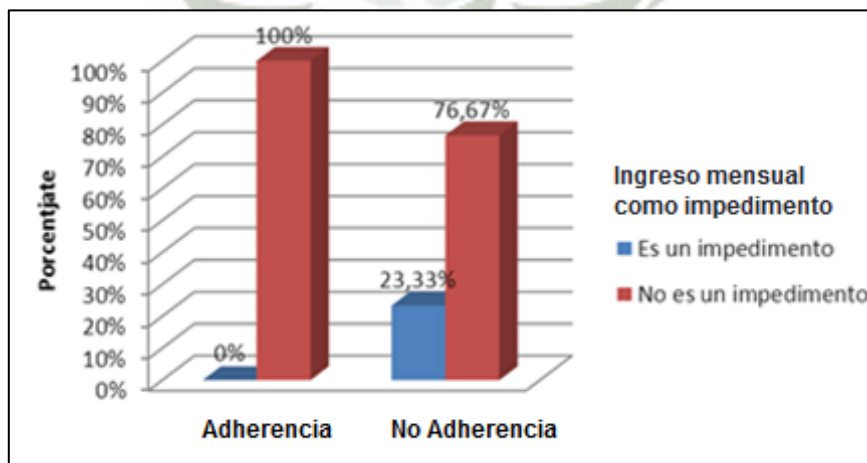
Ingreso Mensual	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Es un impedimento	0	0	7	23.33
No es un impedimento	30	100	23	76.67
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 7.925 \quad p = 0.00487 \quad p < 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 7.925$) muestra que el ingreso mensual como impedimento a la adherencia, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El 100% de los casos que mostraron adherencia y el 76.67% de los casos que no mostraron ésta, indicaron que su ingreso mensual no representa un impedimento para la adherencia.

Gráfico N° 25



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 26: Adherencia según ingreso mensual.

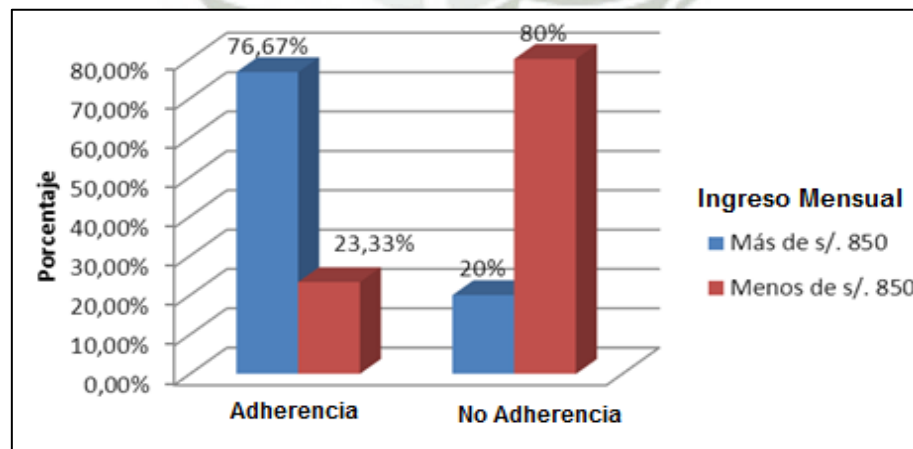
Ingreso Mensual	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Más de s/. 850	23	76.67	6	20.0
Menos de s/. 850	7	23.33	24	80.0
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$Ji^2 = 19.288$ $p = 0.000011$ $p < 0.050$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 19.288$) muestra que el ingreso mensual en las gestantes que presentaron y no presentaron adherencia, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El 80% de casos de no adherencia, posee un ingreso mensual inferior a los 850 soles, a diferencia del grupo que sí presentó adherencia, su mayor porcentaje (76.67%) indicó sí contar con un ingreso económico superior a éste.

Gráfico N° 26



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 27: Adherencia según aporte del conyugue.

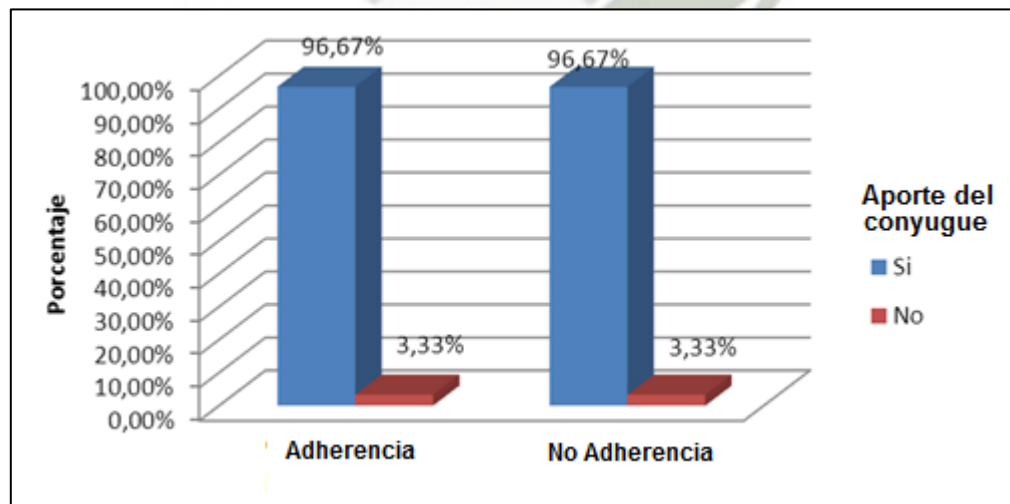
Aporte del conyugue	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	29	96.67	29	96.67
No	1	3.33	1	3.33
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 0 \quad p = 1 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 0$) muestra que el aporte del conyugue, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). La gran mayoría tanto el grupo de gestantes que presentó como el que no presentó adherencia al programa y en porcentajes similares, indicaron contar con un aporte económico por parte del conyugue.

Gráfico N° 27



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 28: Adherencia en relación adeudas personales.

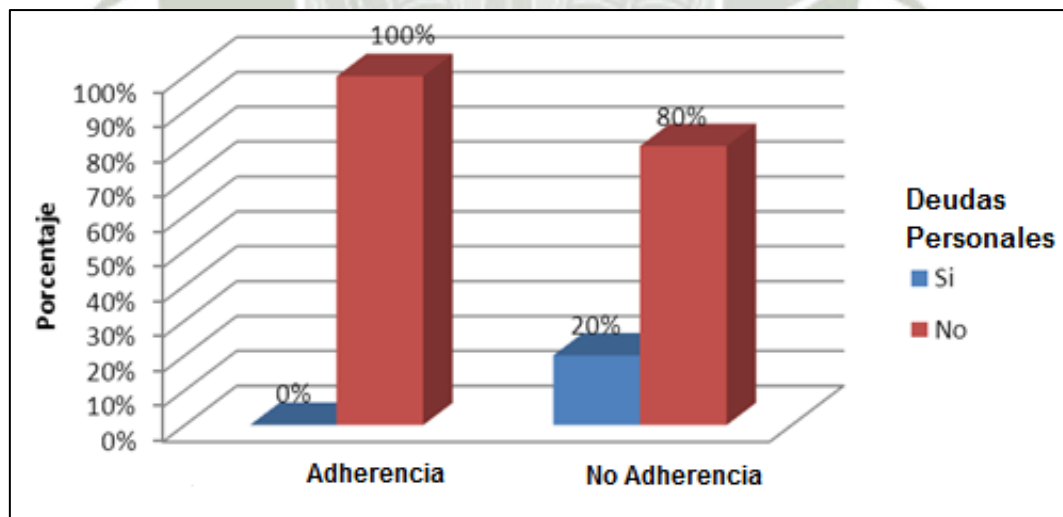
Deudas personales	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	0	0	6	20
No	30	100	24	80
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 6.667 \quad p = 0.01 \quad p < 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2= 6.667$) muestra que las deudas personales, mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). El 100% de los casos de adherencia indicó no poseer deudas personales que representen una dificultad para su adherencia al programa.

Gráfico N° 28



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 29: Adherencia en relación a las costumbres.

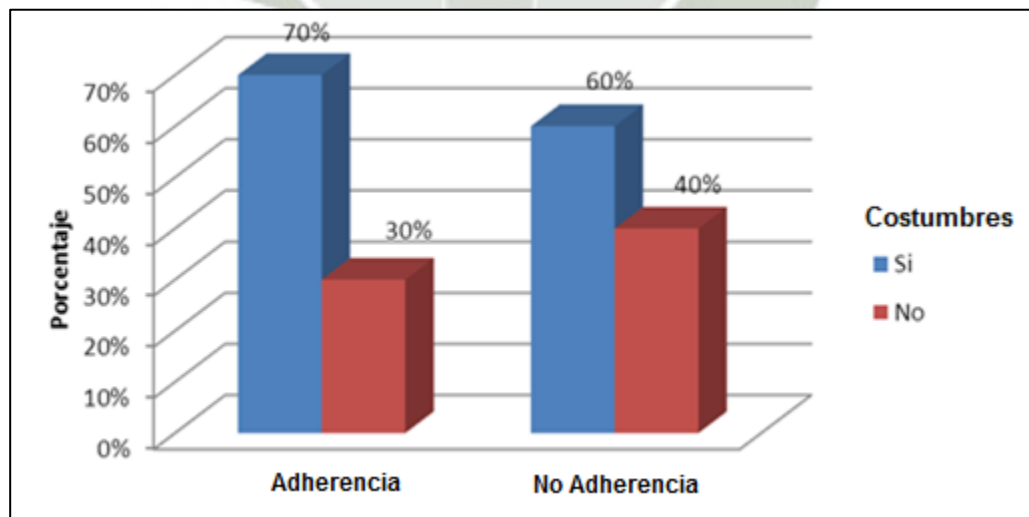
Costumbres	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	21	70	18	60
No	9	30	12	40
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 0.659 \quad p = 0.417 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 0.659$) muestra que las costumbres en las gestantes que presentaron y no presentaron adherencia, no mostró diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). La presencia de costumbres familiares y del entorno social fueron encontradas tanto en los casos de adherencia como en los de no adherencia en un 70% y 60% respectivamente.

Gráfico N° 29



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 30: Adherencia en relación a las creencias.

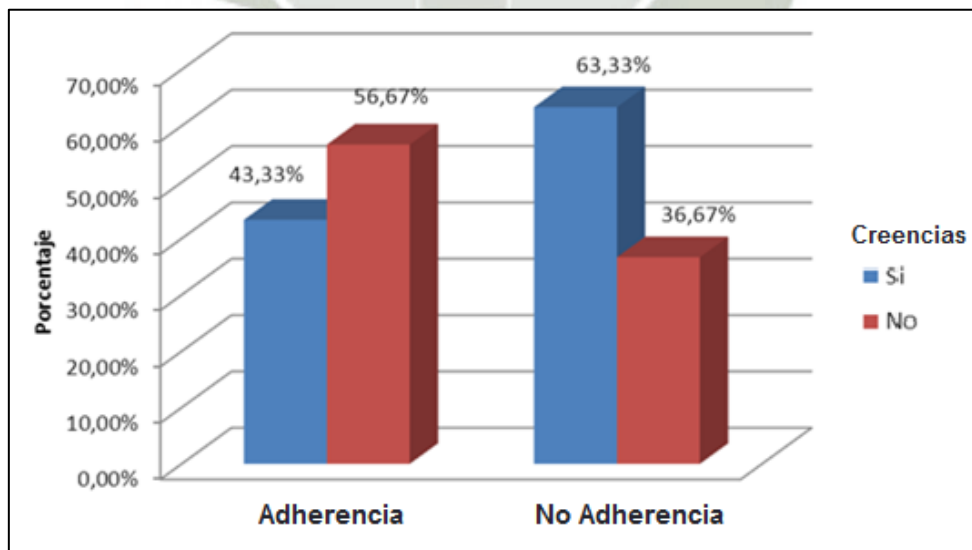
Creencias	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Si	13	43.33	19	63.33
No	17	56.67	11	36.67
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 2.411 \quad p = 0.121 \quad p > 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 2.411$) muestra que las creencias no mostraron diferencias estadísticas significativas ($p > 0.050$). El mayor porcentaje de los casos de no adherencia (63.33%), señala que la mayoría de las gestantes de este grupo mantienen creencias propias de su entorno social a diferencia de las gestantes que si presentaron adherencia en un 56.67% indicaron que no las mantienen.

Gráfico N° 30



FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 31: Adherencia según zona de Procedencia.

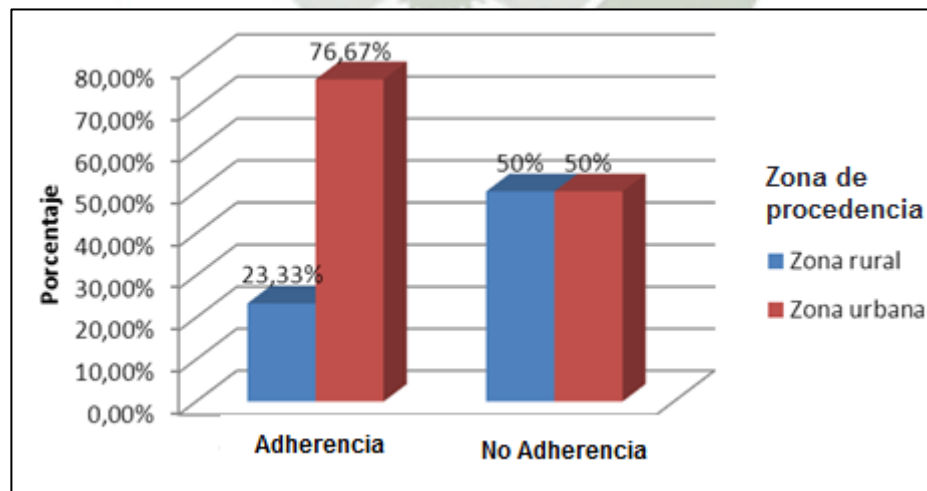
Procedencia	ADHERENCIA			
	SI (6)		NO (<6)	
	N°	%	N°	%
Zona rural	7	23.33	15	50.00
Zona urbana	23	76.67	15	50.00
TOTAL	30	100	30	100

Fuente: Elaboración Propia

$$Ji^2 = 4.593 \quad p = 0.032 \quad p < 0.050$$

Según la prueba de Chi cuadrado ($Ji^2 = 2.411$) muestra que la zona de procedencia, si mostró diferencias estadísticas significativas ($p < 0.050$). La zona urbana fue la zona de procedencia en la cual se encontró la mayoría de casos de adherencia, la cual asciende en un 76.67%, mientras que las gestantes que no presentaron adherencia proceden tanto del sector urbano como el sector rural en porcentajes similares.

Gráfico N° 31



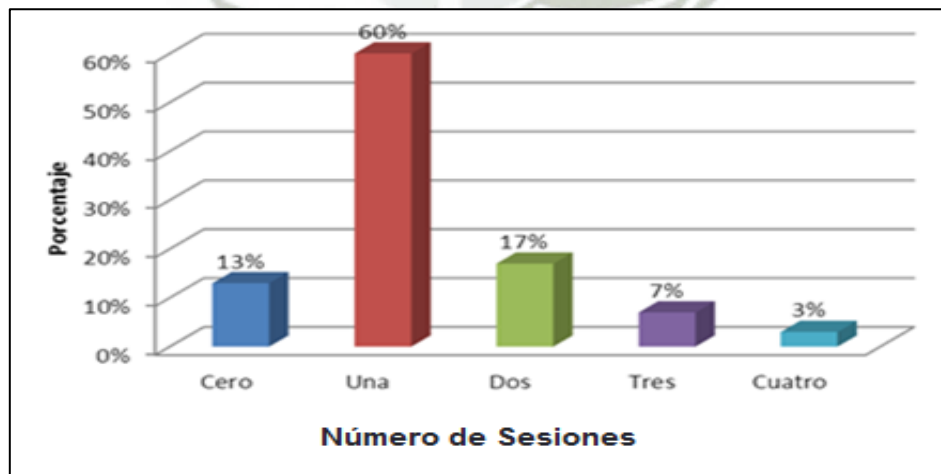
FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN
PAUCARPATA, AREQUIPA.
ABRIL-JUNIO, 2016.

Tabla N° 32: No adherencia según frecuencia de sesiones.

Frecuencia de sesiones	ADHERENCIA	
	NO	
	N°	(%)
Cero	4	13
Una	18	60
Dos	5	17
Tres	2	7
Cuatro	1	3
TOTAL	30	100

El número de sesiones establecidas según el MINSA consta de seis sesiones, por lo que se considera como abandono al programa de Psicoprofilaxis la asistencia a menos de las seis sesiones. En la presente tabla podemos observar que las gestantes que no presentaron adherencia, el 60% abandonaron el programa luego de la primera sesión y sólo el 3% alcanzó la cuarta sesión.

Gráfico N° 32



DISCUSIÓN

El presente estudio de investigación buscó realizar un análisis comparativo de los factores determinantes a la adherencia al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes que se atienden en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata Arequipa, 2016. En la actualidad existe una escasa cobertura de gestantes que acuden a las sesiones de Psicoprofilaxis. Por lo que es importante promocionar la Psicoprofilaxis y mejorar la adherencia por parte de las gestantes a este programa.

Nuestros resultados mostraron que la mayoría de casos de no adherencia se encuentran entre 24 y 29 años (43%), ama de casa 70%, conviviente 70%, cursaban secundaria completa (36.67%) y fueron primíparas (40%). Según Aragón Hañari, llegó a la conclusión que las gestantes que abandonaron el programa tenían entre 26 y 30 años (32%), cursaban secundaria (63%), fueron primíparas (69%), amas de casa (61%). Dentro de nuestros factores sociales la vivienda no era lejana al Centro de Salud, mientras que Aragón, encontró que el domicilio sí era lejano al hospital (75%). En el factor familiar encontramos que existe apoyo familiar (73.33%), sin embargo según Aragón Hañari, las gestantes no contaban con apoyo para el cuidado de sus hijos (69%). En nuestra investigación se evidenció que dentro de los factores institucionales, la calidad de atención recibida fue buena, la infraestructura fue calificada como "adecuada" y el material educativo como "insuficiente", mientras que dentro de los hallazgos de Aragón Hañari, las gestantes recibieron buen trato (96%), buena privacidad (79%) y clases motivadoras (89%), consideraron que la infraestructura, mobiliario y los materiales educativos con los que contaba el servicio fueron adecuados (60%, 69% y 70% respectivamente) y un 40% de madres percibió que la infraestructura era inadecuada.

Según Condori Chambi, llegó a la conclusión que los factores socioeconómicos e institucionales Sí influyen en la asistencia al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica los más influyentes fueron; la edad de la gestante, el ingreso económico mensual de la gestante, lugar de parto anterior en gestantes con más de un hijo, el conocimiento previo acerca del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y el conocimiento actual sobre los beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica para el embarazo, parto y puerperio. Por otra parte, nuestros resultados mostraron que en los casos de adherencia, los factores sociales, económicos e institucionales si influyen en la adherencia al programa. En la edad se muestra que las gestantes tenían entre 24 y 29 años(40%), el ingreso económico no representaba un impedimento para la adherencia al programa, el tipo de parto anterior fue institucional (40%), el nivel de conocimiento previo sobre el programa fue medio-alto. Según Condori Chambi, encontró que tienen menos influencia para la asistencia al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, el grado de instrucción de la gestante, la paridad. Mientras que en nuestros resultados encontramos que el grado de instrucción era superior técnico y superior universitario (43.33%) el cual si tiene influencia en la adherencia y la paridad de las gestantes mostró importancia significativa para la adherencia ya que evidenciamos que la gran mayoría eran nulíparas (60%) y las gestantes que no presentaron adherencia tenían uno o más partos previos a su embarazo actual (66.7%%).

CONCLUSIONES

Primera: El mayor porcentaje de casos de adherencia y no adherencia al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, fueron encontrados en quienes fueron informadas verbalmente sobre el programa durante los controles prenatales. En el aspecto familiar se puede concluir que los casos de adherencia al programa en su gran mayoría cuentan con apoyo familiar y no tienen obligaciones familiares que dificulte su adherencia al programa.

Segunda: La existencia de un parto anterior, conocimientos previos y el nivel de conocimiento, son importantes para la adherencia al Programa de Psicoprofilaxis. La mayoría de casos de no adherencia al programa, tuvieron un parto institucional previo y con un nivel de conocimiento “bajo” mientras que las gestantes que se adhirieron, indicaron no haber tenido un parto anterior y poseer un nivel de conocimientos medio-alto. El mayor porcentaje de casos de adherencia al programa se encontraron en quienes son usuarias del SIS. Las deudas y el ingreso mensual como impedimento, mostraron también importancia significativa; el 100% de las gestantes que se adhirieron indicaron que su ingreso económico no representaba un impedimento y no poseían deudas personales.

Tercera: Podemos concluir que la mayoría de gestantes que mostraron adherencia al Programa de Psicoprofilaxis, proceden de sectores urbanos, mientras que las que no se adhirieron, un 50% indicó que procedía de sectores rurales. La ocupación en la mayoría de casos de no adherencia al programa, son amas de casa. El mayor número de casos de adherencia se encuentra en el nivel de instrucción superior universitario y técnico, en comparación a las gestantes que no se adhirieron, quienes se encuentran mayoritariamente en el nivel de instrucción secundaria. Asimismo concluimos que el 100% de los casos de adherencia al programa no tuvieron alguna cesárea anteriormente.

RECOMENDACIONES

- I. El profesional obstetra debe incentivar una cultura de motivación y concientización sobre la importancia de la Psicoprofilaxis Obstétrica a todas las gestantes en general, independientemente de su paridad, a través de consejerías durante el control prenatal para que de esta manera se pueda lograr que la asistencia a las sesiones sea de forma continua y completa.
- II. Reforzar la difusión y la importancia del programa mediante spot publicitario, a través de los diferentes medios de comunicación que acceden mayormente; sean canales de televisión, páginas de internet, redes sociales, de esta manera no sólo ampliar la cobertura y la difusión de la importancia del programa a través de estos medios, sino también asegurar la continuidad de la sesiones, ya que el internet y las redes sociales, nos permiten la comunicación de manera bilateral y masiva al mismo tiempo, acortando distancias entre individuos.
- III. Que el profesional obstetra con segunda especialidad en Psicoprofilaxis Obstétrica, sea quienes lleve a cabo las sesiones del programa, con el fin que las gestantes reciban la mejor atención por parte de un profesional especialista en el área, brindando educación y preparación con la máxima calidad posible a fin de mejorar e incrementar adherencia y hacer frente a la problemática de la deserción del programa.
- IV. Interrelacionar las sesiones del programa con componentes costumbristas de acuerdo al perfil de las gestantes, considerando componentes étnicos y hasta el idioma de ser necesario el caso con el fin de lograr una mayor cobertura, continuidad de las sesiones y una mejor adherencia al programa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chusquizuta F. Consecuencias en Gestantes de no asistir al programa de Psicoprofilaxis en sus etapas de gestación. [Online]. 2014 [cited 2016 03 01. Available from: [http://es.scribd.com/doc/232835586/Investigacion-Cientifica-l#](http://es.scribd.com/doc/232835586/Investigacion-Cientifica-l#.).(1)
2. Galarza K. Parto psicoprofiláctico, nacimiento sin dolor. [Online].; 2014 [cited 2016 02 10. Available from: <http://www.saludymedicinas.com.mx/centros-de-salud/embarazo/articulos/parto-psicoprofilactico-nacimiento-sin-dolor.htm>.(9)
3. García OFM. Factores asociados al abandono al control prenatal-Instituto Nacional Materno Perinatal. [Online].; 2011 [cited 2016 03 18. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3775>.(10)
4. Heredia LA. Psicoprofilaxis Obstétrica Arequipa: Edición II; 2012.(3)
5. INEI. Ingreso proveniente de trabajo. [Online].; 2008 [cited 2016 03 31. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1105/cap06.pdf.(22)
6. Jumbo Herrera, Glenda. Las características de la organización familiar y su incidencia en el aprendizaje de los niños y niñas del primer año de educación básica de los paralelos A y B de la escuela Fiscal Mixta "IV Centenario N°1" Sección Matutina de la ciudad de Loja. 2011-2012. [Online].; 2013 [cited 2016 03 31. Available from: <http://dSPACE.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/3174/1/JUMBO%20GLENDA%20-%20MORENO%20ANDREA.pdf>.(22)
7. Reyes L. Psicoprofilaxis obstétrica asociada a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto especializado Materno Perinatal. Enero-Diciembre, 2002. [Online]. 2004 [cited 2016 03 15. Available from: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/Reyes_hl.pdf.(6)

8. Salud Md. Dirección General de salud de las personas, Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y estimulación prenatal. [Online].; 2011 [cited 2016 03 01. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2011/RM361-2011-MINSA.pdf>.(2)
9. Solís H. Impacto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. [Online].; 2012 [cited 2016 03 30. Available from: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/articloe/viewFile/105/104>.(7)
10. Valle V. Programa de Psicoprofilaxis y actitud de la gestante de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Tacna-Diciembre 2005 a Febrero del 2006. [Online]. 2006 [cited 2016 03 01. Available from: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj86NPv2e3LAhUKrB4KHSGPCicQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.unjbg.edu.pe%2Ffaob%2FPROYECTO.doc&usg=AFQjCNH5_sBtvhIm0QZ47JSoA49ffKynlQ&sig2=9K9sPQdoQ3P6tb83otngvQ&bv=bv.118443451,d.d.(4)
11. Vargas JEGO&CVP. Beneficios maternos perinatales asociados a la Psicoprofilaxis obstétrica en embarazadas atendidas en el Centro de Salud de Guano, Abril 2012-2013, Quito-Ecuador. [Online]. 2013 [cited 2013 03 31. Available from: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4352/1/T-UCE-0006-80.pdf>.(5)

INFORMATOGRAFIA

12. Baso Rivas, German. Accesibilidad geográfica a los centros de Salud y Planeamiento Urbanístico en Fuenlabrada (Madrid). [Online].; 1994 [cited 2016 03 31. Available from: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL68/68_4_503.pdf.(20)

13. Bellido Alonso, José . Influencia de la familia en el desarrollo. [Online].; 2010 [cited 2016 03 31. Available from: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5905/1/ALT_01_10.pdf.(16).

14. Casas Piedrahita María y col. García OFM. Adherencia a un programa estatal de control de la hipertensión arterial, en un servicio de primer nivel. Colombia. [Online]; 2011 [cited 2016 07 23]. Available from: [http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/366/1/D.%20adh.%20Dorada-Viterbo-dic%2009%202012%20DCR%20\(1\)%20-%20copia.pdf](http://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/bitstream/11182/366/1/D.%20adh.%20Dorada-Viterbo-dic%2009%202012%20DCR%20(1)%20-%20copia.pdf) (27).

15. Costumbres y tradiciones. [Online].; 2010 [cited 2016 03 30. Available from: https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0ahUKEwior-Po4-3LAhVD1R4KHVMwCSUQFgguMAM&url=http%3A%2F%2Fhighered.mheducation.com%2Fsites%2Fd%2Ffree%2F0072970499%2F320913%2Fbre70499_ch03_076_109_sc.pdf&usq=AFQjCNFNMZykgEAVtIgmDfhj.(24)

16. Frisancho Ana. I Revista de Investigación en Psicología. [Online].; 1998 [cited 2016 03 30. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v01_n2/pdf/a02v1n2.pdf.(15)

17. G.M ,José del Zor. Valores y creencias desde la programación neurolingüística P.N.L. [Online].; 2010 [cited 2016 03 31. Available from: <http://webs.ono.com/zor/creencias.pdf>.(25)

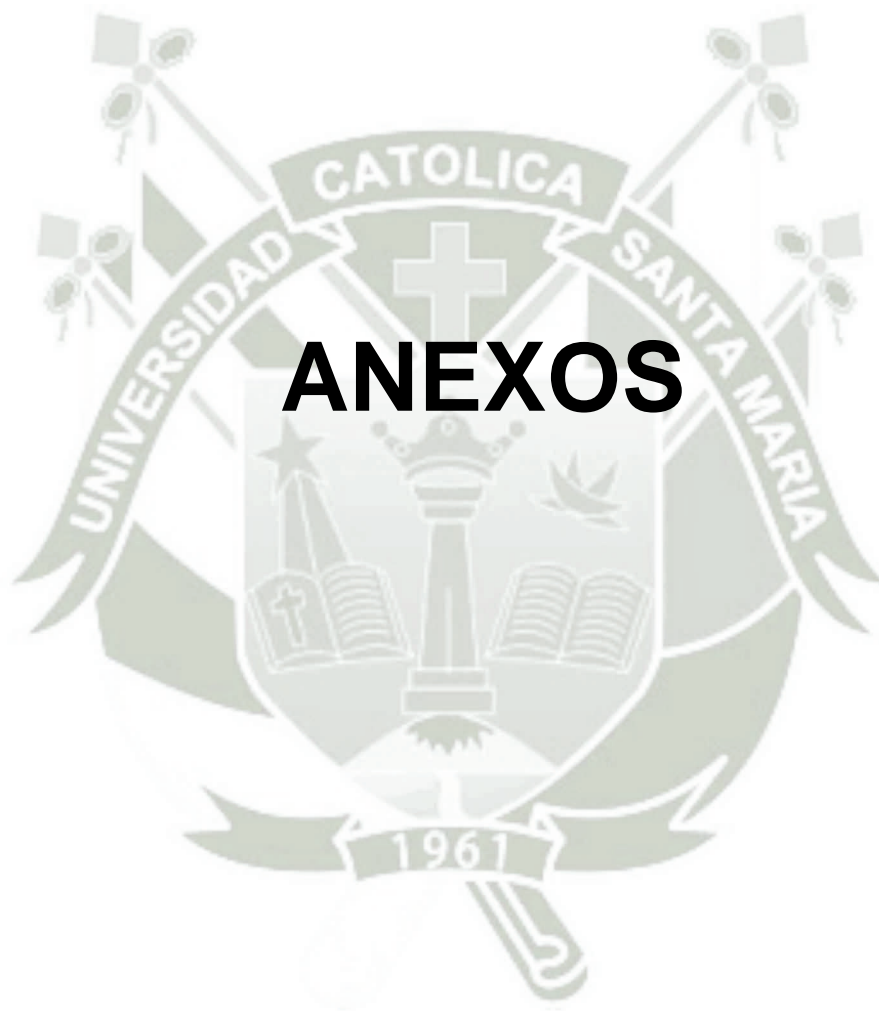
18. Goya ED. Medio de comunicación Masiva, Red Tercer Milenio. [Online].; 2010 [cited 2016 03 31. Available from: http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/comunicacion/Medios_de_comunicacion_masiva.pdf.(11)

19. GuzmánCastelo, Etelvina. Definiciones y conceptos sobre la Migración. [Online].; 2010 [cited 2016 03 30. Available from: http://caterina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/guzman_c_e/capitulo_1.pdf.(26)

20. Moncada A. Manual de Procedimientos Curso Parto Psicoprofiláctico. [Online].; 2010 [cited 2013 01 31. Available from: http://issuu.com/feryanez1/docs/manual_psicoprofilactico.(8)
21. SIS. Seguro Integral de Salud. [Online].; 2016 [cited 2016 03 31. Available from: <http://portales.susalud.gob.pe/web/portal/seguro-integral-de-salud-sis>. (21)

HEMEROGRAFIA

22. Chavez Alvarez, Rosa & et al . Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y el recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú: Lima. Lima: Revista Scielo; 2010.(13)
23. Grossetti M. REDES-Revista hispana para el análisis de redes sociales. [Online].; 2009 [cited 2016 03 29. Available from: http://revista-redes.rediris.es/html-vol16/vol16_2e.htm.(12)
24. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las personas dirección de calidad en Salud. [Online].; 2010 [cited 2016 03 31. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2014/presentacion_auditoria_2014.pdf.(17)
25. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud RM N°727-2009. [Online].; 2009 [cited 2016 02 27. Available from: http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/decs/2014/presentacion_auditoria_2014.pdf.(18)
26. Ministerio de Salud. Atención de la Salud Sexual y Reproductiva en los servicios de Salud. [Online].; 2008 [cited 2016 03 30. Available from: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/1134_OEI242.pdf.(19)
27. Robles ,Diego Becerril & Sonia. Las relaciones familiares medianas: Nuevos medios, viejas pautas, Universidad de Granada. [Online].; 2010 [cited 2016 03 28. Available from: http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/fam_1.pdf.(14)



ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

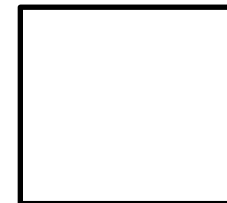
Se me ha informado acerca de los fines y objetivos de la presente investigación “FACTORES DETERMINANTES A LA ADHERENCIA AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA. ABRIL – JUNIO, 2016” Teniendo conocimiento que la decisión de participar en ella es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar de dicha investigación, o una vez iniciada ésta, no deseo continuar colaborando, puedo hacerlo sin problema alguno En ambos casos, se me asegura que mi negativa a participar no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yo,.....
Con DNI....., con domicilio en....., consiento en participar en la investigación presente y autorizo a las investigadoras: Mamani Cruz Mariluz y Medina García Grecia para realizar los procedimientos requeridos por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: Hora:

Firma:



Investigadores responsables:

Huella digital:

Mamani Cruz Mariluz Yovana

Firma:.....

Medina García Grecia Brenda

Firma.....

ANEXO 2: Cédula de entrevista

CÉDULA DE ENTREVISTA

1. DATOS GENERALES

- **Edad:** _____
- **Ocupación:**
 - a) Ama de casa
 - b) Estudiante
 - c) Dependiente
 - d) independiente
- **Estado civil:**
 - a) Soltera
 - b) Conviviente
 - c) Casada
 - d) Divorciada
 - e) Separada
 - f) Viuda
- **Nivel de instrucción:**
 - a) Sin Instrucción
 - b) Primaria incompleta
 - c) Primaria completa
 - d) Secundaria incompleta
 - e) Secundaria completa
 - f) Técnica
 - g) Superior
- **Vivienda:**
 - a) Propia
 - b) Familiar
 - c) Alquilada
 - d) Otros:.....
- **N° de Controles prenatales:** _____
- **Indique el número de partos y/o cesáreas que haya tenido:**
Partos vaginales: _____ **Cesáreas:** _____

FACTOR SOCIAL

1. Vivienda lejana

¿Considera que vive lejos del establecimiento de salud que acude, para realizar sus sesiones de Psicoprofilaxis?

- a) Sí
- b) No

2. Relaciones sociales

¿Cómo calificaría las relaciones sociales en su vida cotidiana?

- a) Buenas
- b) Regulares
- c) Malas

3. Medios de comunicación

¿Cuáles son los medios de comunicación que usted más accede mayormente? *(Más de una opción puede ser marcada)*

- a) Charlas, reuniones.
- b) Periódicos, revistas, folletos, pancartas.
- c) Televisión, radio, teléfono.
- d) Internet.

4. Medios de difusión del programa

¿Mediante qué medio se enteró acerca del Programa de Psicoprofilaxis?

- a) Verbalmente, mediante un personal de salud, familiar, amigo/a, conocido.
- b) Periódicos, revistas, folletos, pancartas.
- c) Televisión, radio, teléfono.
- d) Internet.

FACTOR FAMILIAR

1. Apoyo familiar

¿Cuenta Ud. con apoyo de familiar para poder asistir a las sesiones de Psicoprofilaxis?

- a) Si
- b) No

Especifique el miembro de la familia quien le brinda apoyo:

2. Agresión intrafamiliar

¿Durante su gestación ha recibido maltrato físico o psicológico por parte de su pareja, padres o algún miembro de su familia?

- a) Agresión física
- b) Agresión psicológica/verbal
- c) No he recibido agresión

3. Obligaciones familiares

¿Tiene Ud. obligaciones y actividades en el hogar que le dificulten asistir a las sesiones de Psicoprofilaxis?

- a) No
- b) Sí

Señale _____ su obligación:_____

4. Influencia familiar

¿Cómo considera la influencia de los consejos y opiniones de su familia en su vida cotidiana?

- a) Influencia Alta
- b) Influencia Media
- c) Influencia Baja
- d) No influye

FACTOR INSTITUCIONAL

1. Calidad de la atención

¿Cómo calificaría la calidad de atención brindada por el personal de salud?

- a) Muy buena
- b) Buena
- c) Regular
- d) Mala
- e) Muy mala

2. Infraestructura

¿Cómo calificaría la infraestructura y los ambientes que el Centro de Salud posee para llevar a cabo las sesiones?

- a) Adecuados
- b) Inadecuados

3. Material educativo

¿Cómo calificaría los materiales educativos que el Centro de Salud cuenta para poder impartir las charlas y sesiones de Psicoprofilaxis?

- a) Suficientes
- b) Insuficientes

4. Parto anterior

Si usted tuvo algún parto anterior, señale dónde fue:

- a) Domicilio
- b) Hospital o Centro de Salud
- c) No he tenido un parto anterior

5. Conocimientos anteriores del programa

¿Posee usted conocimientos previos sobre la Psicoprofilaxis Obstétrica?

- a) No
- b) Sí

¿Cómo calificaría el nivel de conocimientos que usted posee sobre la Psicoprofilaxis Obstétrica?

- a) Alto
- b) Medio
- c) Bajo
- d) Nulo

6. Accesibilidad

¿Cómo calificaría la zona en la que el Centro de Salud se encuentra en para poder llevar a cabo sus sesiones de Psicoprofilaxis?

- a) Fácil Acceso
- b) Díficil Acceso

FACTORES ECONÓMICOS

1. Posee SIS

¿Cuenta usted con el Seguro Integral de Salud (SIS)?

- a) Si
- b) No

2. Ingreso mensual

¿Su ingreso económico representa una dificultad para poder asistir a las sesiones de Psicoprofilaxis?

- a) Sí
- b) No

Indique su ingreso económico mensual:

- a) Más de s/. 850 mensuales
- b) Menos de s/. 850 mensuales

3. Aporte del cónyuge

¿Su pareja le brinda un aporte económico?

- a) Si
- b) No

4. Posee deudas personales

¿Posee deudas personales que le dificulten asistir a las sesiones de Psicoprofilaxis?

- a) Sí
- b) No

FACTORES CULTURALES

1. Costumbres

¿Mantiene costumbres pertenecientes a su entorno social y/o familiar en su vida cotidiana?

- a) Si
- b) No

2. Creencias

¿Mantiene creencias pertenecientes a su entorno social y/o familia en su vida cotidiana?

- a) Si
- b) No

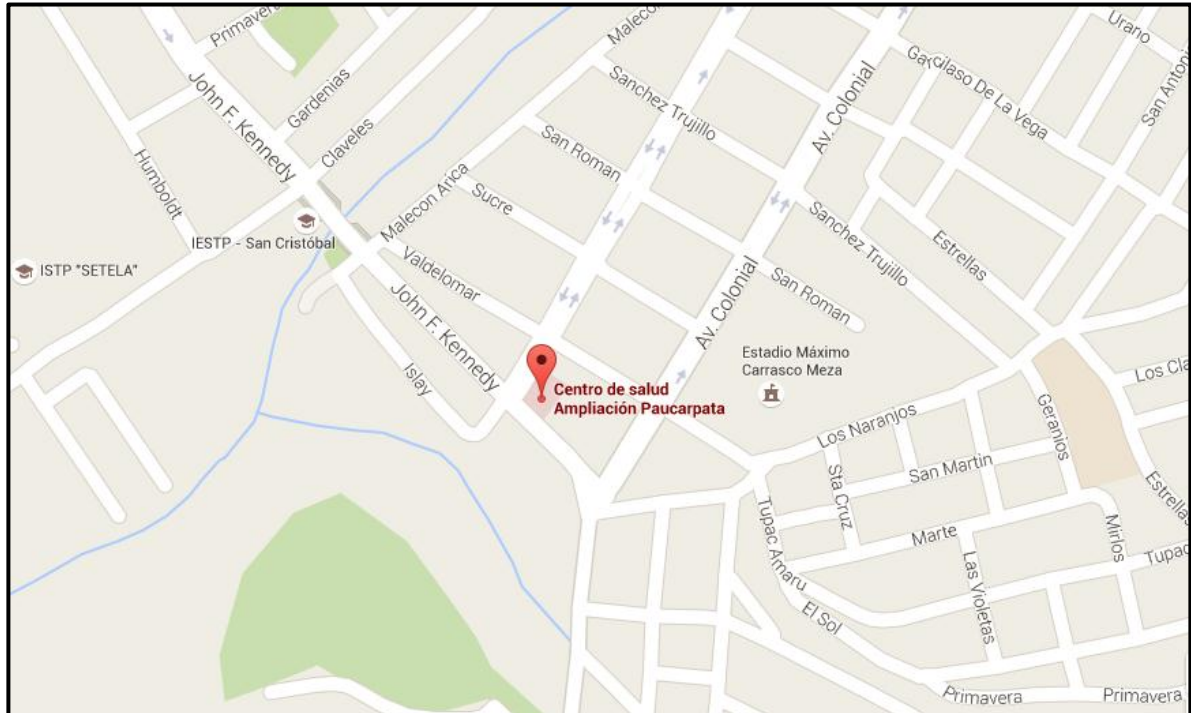
3. Procedencia

Señale la zona de la localidad donde usted nació:

- a) Zona rural
- b) Zona urbana

Nº de sesiones de Psicoprofilaxis que ha asistido durante su embarazo actual:

ANEXO 3: Delimitación geográfica del lugar



ANEXO 4: Solicitud de autorización para recolección de datos

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA - CAYLLOMA
MICRO RED AMPLIACIÓN PAUCARPATA

05 MAYO 2016

Reg N° Folios 67

Recibido: Hamelinda Hora: 11:20 AM

Dra. Elizabeth Pinto Gomez

Solicito: Autorización para recolección de datos en el C.S Ampliación Paucarpata

Dra. Elizabeth Pinto Gomez
Médico Jefe de la Micro Red Ampliación Paucarpata


Nosotras, **Grecia Brenda Medina García** con DNI N° 72389087, con código universitario N° 2011702232; y **Mariluz Yovana Mamani Cruz** con DNI N°47657238, con código universitario N° 2011801742, egresadas de la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, ante usted con el debido respeto nos presentamos y exponemos:


Que, habiendo concluido los 5 años de Universidad en la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura, deseamos realizar nuestro proyecto de Tesis titulado **“Factores determinantes a la asistencia al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes que acuden al Centro de Salud Ampliación Paucarpata – Arequipa, 2016”**, por lo que recurrimos a su despacho con la finalidad de solicitarle permiso para recolectar datos de las madres gestantes que acuden al Centro de Salud.

Por lo expuesto:

Pedimos a Usted acceder a nuestra solicitud por ser de justicia.

Arequipa, 05 de Mayo del 2016.


Grecia Brenda Medina García
DNI N° 72389087


Mariluz Yovana Mamani Cruz
DNI N°47657238

ANEXO 5: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

ID	Edad	Ocupación	Estado civil	Instrucción	Vivienda	N° cont	N° PARTOS		1. Vivienda lejana		2. Relaciones Sociales			Medios de comunicación			4. Medios de Difusión			1. Apoyo Familiar		2. Agresión Familiar			3. Obliga Familiares		
							P. Vaginal	Cesáreo	SI	NO	Buenas	Regulares	Malas	Charlas	Periódico	TV.	Internet	Verbal	Periódico	TV.	Internet	SI	NO	Física	Psicológica	No agresión	SI
1	29	1	3	5	2	7	2	0		1	1			1		1	1	1		1				1		1	
2	33	4	2	2	3	9	2	0		1	1			1				1		1				1		1	
3	32	1	2	6	1	6	0	0		1	1			1				1		1				1		1	
4	29	1	3	6	3	10	1	0		1	1				1			1			1			1		1	
5	30	1	2	5	1	11	1	0	1		1				1	1	1		1					1		1	
6	30	1	2	3	2	7	1	0		1		1		1				1		1			1		1		1
7	18	2	2	5	2	8	0	0		1		1			1	1	1		1					1		1	
8	21	1	1	5	1	9	0	0		1		1		1	1			1		1				1	1		1
9	29	1	2	4	3	5	1	0		1		1			1	1	1		1				1		1		1
10	32	1	2	5	2	8	2	0		1	1				1			1			1			1	1		1
11	22	1	2	3	3	9	1	0	1		1			1	1			1		1				1		1	
12	39	1	3	5	1	6	3	0	1			1			1			1		1				1		1	
13	21	4	2	6	2	9	0	0		1	1					1	1		1			1	1	1		1	
14	37	4	2	5	3	9	3	0		1	1				1			1		1				1	1		1
15	26	2	3	5	1	8	0	0		1	1			1	1	1			1					1		1	
16	24	1	3	7	2	9	1	0		1	1				1			1		1				1		1	
17	26	1	2	6	2	8	1	0	1		1			1		1	1		1					1		1	
18	27	1	2	3	3	8	2	0		1	1			1				1		1		1	1		1		1
19	27	1	2	6	2	7	1	0		1	1				1			1		1				1		1	
20	26	1	3	7	2	7	1	2		1	1				1	1	1			1				1	1		1
21	26	2	2	7	2	6	1	0		1	1				1			1		1				1	1		1
22	29	1	2	5	2	5	1	0		1		1			1			1		1				1		1	
23	32	4	2	5	3	8	0	0		1	1				1	1	1		1					1		1	
24	33	1	2	6	2	5	2	1		1	1			1				1		1				1		1	
25	25	1	2	3	3	10	0	1		1	1				1			1		1				1		1	
26	24	1	2	7	3	9	1	0		1	1				1	1	1		1					1		1	
27	41	3	3	7	2	9	0	2		1	1			1				1		1				1		1	
28	31	3	3	7	2	9	0	3		1		1			1			1		1				1	1		1
29	21	1	2	5	2	6	0	1		1	1				1			1		1				1	1		1
30	36	1	2	6	2	7	0	1	1		1				1			1		1				1	1		1

4. Influencia Familiar				1. Calidad de Atención	2. Infraestructura		3. Material Educativo		4. Parto Anterior	5. Conocimiento del Programa		5.1. Nivel con Psicológico	6. Accesibilidad		1. Peseo SIS		2. Ingreso Mensual		2.1 Índice Ingreso	3. Aporte Cónyuge		4. Deuda		1. Costumbre		2. Creencia		3. Procedencia		Nro sesiones psicoasistidas
Alta	Media	Baja	No Influye		Adecuada	Inadecuada	Suficiente	Insuficiente		SI	NO		Fácil	Difícil	SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	1			2	1		1	2		1	0	1		1		1	2	1		1	1		1			1		1		
		1		3	1		1	2		1	0	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
		1		4	1		1	0	1		2	1		1		1	1	2	1		1	1		1		1		2		
		1		4	1		1	2		1	1	1		1		1	1	1	1		1	1		1	1		1	1		
1				3		1		2		1	0		1	1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
	1			4	1		1	2		1	2	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	2		
	1			4	1		1	0		1	1	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
	1			4	1		1	0		1	1	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
	1			5	1		1	2	1		2	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
	1			4	1		1	2	1		1	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	2		
	1			4	1		1	2		1	0		1	1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
		1		3	1		1	2		1	1		1	1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
		1		3	1		1	0		1	1		1	1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
	1			3	1		1	2	1		1	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	3		
	1			3	1		1	0	1		2	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	2		
			1	4	1		1	2	1		1	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
	1			3	1		1	2	1		2		1	1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	2		
	1			4	1		1	2		1	0	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
	1			4	1		1	2		1	0	1		1		1	1	1	1		1	1		1	1		1	1		
	1			4	1		1	2	1		1	0		1		1	1	1	1		1	1		1	1		1	1		
1				4	1		1	2		1	2	1		1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	1		
	1			3	1		1	2	1		2	1		1		1	1	1	1		1	1		1	1		1	1		
	1			4	1		1	2	1		1	1		1		1	1	1	1		1	1		1	1		1	0		
	1			4	1		1	2	1		1	1		1		1	1	1	1		1	1		1	1		1	0		
			1	3		1		2		1	0		1	1		1	1	2	1		1	1		1	1		1	0		
	1			3	1		1	2		1	1	1		1		1	1	1	1		1	1		1	1		1	0		



I L	Edad	Oc up aci on	E st ad o ci vil	Inst ruc ci on	Vi vi en da	N o c on t	N° PARTOS		1. Vivien da lejana		2. Relaciones Sociales			Medios de comunicac.			Medios de Difusió.			1. Apog o Famili ar		Agresión Familia.			3. Obliga Familiares		
							P. Vagi nal	Cesárea	SI	NO	Buen	Regula	Mala	Charla.	PE riód ic	TV.	Inteac	Ver bal men	PE riód ic	TV.	Inteac	SI	NO	Física	Psic oló gica	No agres ión	SI
1	21	4	3	6	1	9	0	0		1		1			1	1	1			1				1	1		
2	30	4	3	4	3	7	1	0		1		1			1	1	1			1				1	1		
3	25	4	3	6	2	6	1	0		1	1				1	1	1			1				1	1		
4	30	4	3	7	2	8	1	0	1		1				1	1	1	1		1				1	1		
5	24	3	3	7	1	8	0	0		1	1				1	1				1				1	1		
6	19	3	3	6	1	9	1	0		1	1				1	1				1				1	1		
7	28	3	3	7	2	8	0	0		1	1		1		1				1	1				1	1		
8	21	3	3	6	3	7	0	0		1	1				1	1	1			1				1	1		
9	26	3	3	7	2	8	0	0		1	1				1	1		1		1				1	1		
10	34	3	3	7	3	11	2	0		1	1				1		1			1				1	1		
11	31	3	2	6	2	9	1	0		1	1				1		1			1		1		1	1		
12	18	2	2	6	3	5	0	0		1	1				1		1			1				1	1		
13	22	2	2	7	3	7	0	0		1	1				1				1	1				1	1		
14	38	2	2	6	1	6	2	0		1	1		1	1	1		1			1				1	1		
15	28	2	2	7	3	9	0	0		1	1		1		1	1				1				1	1		
16	26	2	2	5	1	7	0	0		1	1				1	1			1	1				1	1		
17	28	2	2	6	2	5	0	0		1	1				1		1			1				1	1		
18	23	2	2	7	2	9	0	0		1	1				1		1			1				1	1		
19	27	2	2	7	2	6	0	0		1	1				1		1			1				1	1		
20	28	1	2	6	1	9	0	0		1	1				1	1	1	1		1				1	1		
21	19	1	2	7	2	6	0	0		1	1				1	1			1	1				1	1		
22	32	1	2	5	3	8	1	0		1	1				1	1	1	1		1				1	1		
23	21	1	2	6	2	7	0	0		1		1			1	1	1			1				1	1		
24	21	1	2	6	1	9	0	0		1		1			1	1	1			1				1	1		
25	30	1	2	4	3	7	1	0		1		1			1	1		1		1				1	1		
26	25	1	1	6	2	6	1	0		1	1				1	1	1			1				1	1		
27	30	1	1	7	2	8	1	0	1		1				1		1	1		1				1	1		
28	24	1	1	7	1	8	0	0		1	1				1	1	1	1		1				1	1		
29	19	1	1	6	1	9	1	0		1	1					1	1			1				1	1		
30	28	1	1	7	2	8	0	0		1	1		1		1	1				1				1	1		

1. Influencia Familiar				2. Infraestructura		3. Materia Educativa		4. Parto Anterior	5. Conocimiento del Prognóstico		6. Accesibilidad		7. Posee SIS		8. Ingreso Mensual		9. Indique Ingreso	10. Aporte Cónyuge		11. Deuda		12. Costumbre		13. Creencia		14. Procedencia		15. No sesión es psicoses
Alta	Media	Baja	No Infringe	Na eca ad	MS dec nad	Suf icie nte	MS fici cie		SI	NO	Fácil	Difícil	SI	NO	SI	NO		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Rural	Urbana	
1				4	1		1	0	1	3	1	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0		
		1		4	1		1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4	1		1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
1				4		1	1	2	1	3		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
		1		5	1		1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			3	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
			1	5	1		1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4	1		1	0	1	3	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4	1		1	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			3	1		1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
			1	4	1		1	0	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
1				5	1		1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			5	1		1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
		1		4	1		1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
			1	4	1		1	0	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
			1	4	1		1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4		1	1	2	1	3		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
			1	4	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
			1	4	1		1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			4		1	1	2	1	3		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
			1	4	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
			1	5	1		1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		
	1			3	1		1	0	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	6		