



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ABANDONO DE
GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA
HOSPITAL SAGARO II -1 TUMBES 2017.

PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN OBSTETRICIA

AUTORAS

Br. OBST. DIOS MORÁN DIANA ANITA

Br. OBST. PAREDES MOGOLLÓN MILAGRITOS DEL ROSARIO

TUMBES - PERÚ

2017



UNIVERSIDAD NACIONAL DE TUMBES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ABANDONO DE
GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA
HOSPITAL SAGARO II -1 TUMBES 2017.

PROYECTO DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN OBSTETRICIA

AUTORAS

Br. OBST. DIOS MORÁN DIANA ANITA
Br. OBST. PAREDES MOGOLLÓN MILAGRITOS DEL ROSARIO

TUMBES - PERÚ
2017

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Nosotras, Br. Obst. DIOS MORÁN Diana Anita, Br. Obst. PAREDES MOGOLLÓN Milagritos del Rosario, declaramos que los resultados que reportados en este proyecto, es producto de nuestro trabajo con el apoyo de nuestra asesora y co-asesora en cuanto a su concepción y análisis. Asimismo declaramos que no contiene material previamente publicado o escrito por otra persona excepto donde se reconoce como tal a través de citas y con propósitos exclusivos de ilustración o comparación. En este sentido, afirmamos que cualquier información presentada sin citar a un tercero es de nuestra propia autoría. Declaramos, finalmente, que la redacción de esta tesis es producto de nuestro propio trabajo con la dirección y apoyo de nuestros asesores de tesis y jurados calificadores, en cuanto a la concepción y al estilo de la presentación o a la expresión escrita.

Br. Obst. DIOS MORÁN Diana Anita
AUTORA

Br. Obst. PAREDES MOGOLLÓN Milagritos del Rosario
AUTORA

RESPONSABLES:

PAREDES MOGOLLÓN MILAGRITOS DEL ROSARIO

AUTOR1

DIOS MORÁN DIANA ANITA

AUTOR2

Mg. Grevillí García Godos Castillo

ASESORA

Mg. Yovany Fernández Baca Morán

CO-ASESOR

JURADO DICTAMINADOR

.....
PRESIDENTE

.....
SECRETARIO

.....
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A nuestros padres, que siempre estuvieron listos para brindarnos toda su ayuda, ahora nos toca regresar un poquito de todo lo inmenso que no han otorgado.

A Nuestros hijos, por ser siempre nuestra inspiración, motivación y orgullo en la vida.

A los asesores, miembros del jurado e institución que nos brindaron el apoyo para poder realizar la presente investigación.

AGRADECIMIENTO

A Dios nuestro Señor, por habernos permitido terminar nuestra profesión y así poder brindar apoyo en la preservación de la salud y la vida.

A la Plana Docente de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes por sus enseñanzas y experiencias brindadas durante nuestra formación profesional.

De manera especial a nuestra asesora la Obst.Mg. Grevillí García Godos Castillo y nuestra co- asesora Obst. Mg. Yovany Fernández Baca Morán por sus orientaciones, asesoría y valioso aporte profesional en la realización del presente trabajo de investigación.

A las púerperas y directivos del Hospital SAGARO- Tumbes, por contribuir en el presente estudio, sin su participación no hubiera sido posible obtener la información necesaria para nuestra investigación.

Las autoras

CONTENIDO

	PÁGINA
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
II. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA	16
2.1 Antecedentes	16
2.2 Bases teóricas-científicas	19
2.3 Definición de términos básicos	33
III. MATERIAL Y MÉTODOS	35
3.1 Tipo y diseño de investigación	35
3.2 Población, muestra y muestreo	35
3.3 Métodos, técnicas e instrumentos de datos	36
3.4 Procesamiento y análisis de datos	38
IV. RESULTADOS	40
V. DISCUSIÓN	50
VI. CONCLUSIONES	53
VII. RECOMENDACIONES	54
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
IX. ANEXOS	60

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS

TABLAS	PÁGINA
Tabla 01	40
Tabla 02	42
Tabla 03	44
Tabla 04	46
Tabla 05	48
Tabla 06	49

GRÁFICOS	PÁGINA
Gráfico 01	41
Gráfico 02	43
Gráfico 03	45
Gráfico 04	47

Se realizó un estudio cuantitativo de diseño no experimental, descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la relación entre la percepción de la calidad del servicio y el abandono de las gestantes al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del hospital SAGARO II -1 de Tumbes durante el período junio – julio 2017, correspondiéndole un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para recolectar la información, se utilizó un cuestionario previamente diseñado y validado, que se consignaron preguntas inherentes a los objetivos de la investigación, los datos obtenidos fueron interpretados y analizados mediante la estadística descriptiva e inferencial, se encuestó al azar a 50 puérperas que reunían los criterios de inclusión. Los resultados muestran que el 46% de las gestantes que acudieron al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica se encuentran totalmente satisfechas, el 44% satisfechas, el 8% ni satisfechas/ni insatisfechas y el 2% insatisfechas. Con respecto al abandono el 42% de las gestantes asistieron a dos sesiones, el 34% asistieron a 3,4 y 5 sesiones, y el 24 % asistieron solamente a una sesión del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Según la relación entre la calidad de atención y el abandono, se ha determinado que la calidad de atención en el programa de Psicoprofilaxis no está relacionada con el abandono de las gestantes.

Palabras clave: Percepción de calidad, Servicio de Psicoprofilaxis obstétrica, abandono y gestantes.

ABSTRACT

A quantitative, non-experimental, descriptive cross-sectional study was carried out to determine the relationship between the perception of quality of service and the abandonment of pregnant women to the Obstetric Psychoprophylaxis Program of the SAGARO II -1 hospital in Tumbes during the period June – July 2017, corresponding to a non-probabilistic sampling for convenience. In order to collect the information, a previously designed and validated questionnaire was used, which included questions inherent to the objectives of the research, the data obtained were interpreted and analyzed using descriptive and inferential statistics, 50 women who were randomly interviewed in inclusion criteria. The results show that 46% of the pregnant women who attended the Obstetric Psychoprophylaxis Program were fully satisfied, 44% satisfied, 8% were neither satisfied nor dissatisfied, and 2% were unsatisfied. With regard to dropout, 42% of the pregnant women attended two sessions, 34% attended 3.4 and 5 sessions, and 24% attended only one session of the Obstetric Psychoprophylaxis Program. According to the relationship between quality of care and abandonment, it has been determined that the quality of care in the Psychoprophylaxis program is not related to the abandonment of pregnant women.

Key words: Quality perception, Obstetric Psychoprophylaxis service, abandonment and pregnant women,

I. INTRODUCCIÓN

Una atención de inadecuada calidad en los servicios de salud, especialmente en los Programas de Psicoprofilaxis, representa algunas veces, un problema que vulnera el derecho humano a la salud, y repercute en la gestante, el bebé, la familia y la población en general. A pesar de los esfuerzos para promover un sistema de mejoramiento en los servicios del sector salud y ofrecer una atención de buena calidad centrada en las gestantes, no se ha logrado llegar al objetivo programado.¹

Las gestantes pueden evaluar la calidad del servicio recibido, expresando su satisfacción o insatisfacción en aspectos específicos, o en todo el Programa. Pero además de ser un criterio válido sobre la atención recibida, la satisfacción de los usuarios permite obtener su cooperación y contribución para el bienestar propio de los usuarios. Por esta razón la satisfacción es fundamental como resultado de la atención y los programas de mejoría de la calidad poseen como uno de sus principios centrales la satisfacción del cliente o usuario.²

Teniendo en cuenta que la Psicoprofilaxis Obstétrica se inició en el año 1950, con los neurofisiólogos Platonov y Velvoski y los Obstetras Ploticher y Shugan que hicieron otras aportaciones. Desde entonces la Psicoprofilaxis Obstétrica ha ido cobrando gran aceptación, en los países tecnológicamente desarrollados, que rápidamente pusieron en práctica la preparación psicofísica del parto siguiendo, los planteamientos de la Escuela Francesa o Rusa, o inspirándose en los trabajos de Read. No obstante, en algunos países en vías de desarrollo no constituye una prioridad sanitaria.³

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA), considera que la Psicoprofilaxis Obstétrica debe estar dentro de sus lineamientos normativos para la preparación psicoprofiláctica para el parto como una actividad obligatoria en la

atención a las gestantes. En nuestro país, los pocos estudios realizados en diferentes hospitales, han demostrado la aceptación al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, concurriendo a todas sus sesiones de preparación para el parto.⁴

Según el componente técnico de las normas de Psicoprofilaxis Obstétrica del Ministerio de Salud 2011, documento elaborado por la Dirección General de Salud de las Personas, y validado por los profesionales responsables de Psicoprofilaxis Obstétrica de los establecimientos de salud; se considera que una paciente es preparada en Psicoprofilaxis Obstétrica si asiste a las seis (06) sesiones establecidas.⁴

En la región de Tumbes sólo en algunos de los establecimientos se ha implementado el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. A pesar que el hospital "SAGARO" tiene 03 años de vida institucional. Fue desde el año 2015 que se inició con el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes; que consiste en la preparación física y psíquica de la gestante para el parto y puerperio, con la finalidad de obtener un niño sano y útil a la sociedad y una familia feliz.

Durante el año 2016 se inscribieron en promedio de 16 a 53 gestantes por mes en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, terminando la preparación tan solo 87 gestantes; en el año 2015 esta cifra se asemeja a la misma cantidad de gestantes por mes. Siendo el promedio de pacientes preparadas 15 a pesar de inscribirse más de 20 gestantes al mes. Con un promedio de abandono de 45%. Esta situación refleja el abandono en un porcentaje considerable de las pacientes, es probable que ésta se relacione con la calidad de atención en el Programa de Psicoprofilaxis. Lo descrito ha despertado el interés de las autoras por abordar el tema a través del método científico, partiendo de la siguiente interrogante:

El presente estudio se justifica en que la preparación psicoprofiláctica brinda a la gestante conocimientos teóricos sobre los cambios propios del embarazo, parto y puerperio, así como brinda pautas en la preparación física mediante las

técnicas de relajación, respiración y una gimnasia adecuada que fortalece los músculos que intervienen en el canal del parto; proporcionando cambios de actitud y hábitos saludables en la madre y por consiguiente a su hijo, contribuyendo a disminuir problemas evitables no solo durante el embarazo sino también durante el proceso del trabajo de parto con la vigilancia y evaluación integral, con la finalidad de conseguir un recién nacido sano sin deterioro de la salud de la madre, y que a pesar de que los beneficios del Programa de Psicoprofilaxis están confirmados, no todas las gestantes lo contemplan como una necesidad prioritaria debido a que existen una serie de factores relacionados con la asistencia o no a dicho programa lo cual influye de gran manera en la percepción del embarazo y la calidad del proceso de parto y puerperio.

La investigación es importante porque los resultados que se obtendrán con la investigación revelarán los beneficios que concede la preparación psicoprofiláctica obstétrica los cuales no son aprovechados por las gestantes para el proceso de trabajo de parto disminuyendo el dolor, temor y teniendo mejor calidad en su atención. Así mismo los resultados servirán a la institución para que las autoridades promuevan estrategias y se generalice la preparación a todas las gestantes y que desarrollen el programa en la mencionada institución.

El valor teórico radica en que la información obtenida contribuirá a incrementar el bagaje de conocimientos respecto al tema. Los resultados del estudio servirán para identificar aspectos en donde las gestantes del Programa de Psicoprofilaxis se sientan insatisfechas, tomando conciencia de los resultados, enfatizando el llamado hacia la humanización y a ofrecer servicios de mayor calidad. Según los resultados, si el caso lo amerita podrán diseñarse propuestas de mejora en lo que concierne la calidad en los programas.

Así mismo se busca establecer un punto de partida para futuras investigaciones e intervenciones. Por otro lado, se considera que la utilidad metodológica reside en el abordaje particular de la investigación y el aporte de

un instrumento de recolección de datos, el mismo que, deberá ser validado y servirá como elemento útil para la realización de futuras investigaciones.

En Tumbes no se han encontrado reportes de investigaciones que permitan tener información real para determinar si la calidad brindada en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, está influyendo de manera directa en el abandono de las gestantes al programa. Por tal motivo, surge en las autoras, la motivación, para estudiar el tema a través del proceso de investigación científica.

Se considera que la utilidad metodológica reside en el abordaje particular de la investigación y el aporte de un instrumento de recolección de datos, el mismo que, debidamente validado servirá como elemento útil para la realización de futuras investigaciones, por lo consiguiente se planteó como objetivo general; Determinar la relación entre la percepción de la calidad del servicio y el abandono de las gestantes al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital SAGARO II-1 de Tumbes durante el período junio – julio 2017. Así mismo se ideó los siguientes objetivos específicos:

- Establecer la percepción de la calidad de atención en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital SAGARO II-1 de Tumbes durante el período junio – julio 2017.
- Identificar el abandono de las gestantes al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital SAGARO II-1 de Tumbes durante el período junio - julio 2017.
- Relacionar la calidad de atención con el abandono de las gestantes al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital SAGARO de Tumbes durante el período junio – julio 2017.

II. MARCO DE REFERENCIA DEL PROBLEMA

2.1. ANTECEDENTES

De la exhaustiva realización de fuentes de información se destacan las siguientes investigaciones. A nivel internacional Aguayo, C. (2009 – Chile), en su estudio cualitativo, fenomenológico, de carácter descriptivo, transversal, de tipo exploratorio denominado Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, se estudió la percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco, se aplicó una entrevista a siete usuarias, seleccionadas mediante muestreo no probabilístico. Se concluye que la percepción fue positiva, y el vínculo afectivo del entorno social más cercano influye en la percepción de la atención del parto.⁵

Salas, F. (2012 – 2013 – Ecuador), en su trabajo Descriptivo – Prospectivo, No Experimental – Transversal, titulado Psicoprofilaxis obstétrica en Primigestas añosas en el Hospital Dra. Matilde Hidalgo de Procel, Guayaquil, revela que el 75% de las pacientes desean que la finalización de su embarazo sea mediante un parto normal, el 25% desearían someterse a una intervención quirúrgica, el 100% evidencia el deseo de recibir una preparación psicoprofiláctica, el 33% de las pacientes encuestadas se encontraban entre las semanas 31-33, el 25% entre las semanas 34-36, el 22% entre las semanas 25-27 y el 20% entre las semanas 28-30.⁶

A nivel nacional Villar R.(2005 – Lima), en el estudio de Factores Asociados Al Uso De Psicoprofilaxis Obstétrica En Puérperas, se utilizó un diseño descriptivo, comparativo, transversal y correlacional, con una muestrade 373 puérperas se determinó factores asociados al uso de Psicoprofilaxis obstétrica durante el embarazo, llegando a la conclusión, que los factores determinantes del uso del servicio, estaban basados en el control prenatal, la

recomendación del programa, creencias y actitudes positivas, satisfacción con el servicio, infraestructura, equipamiento, ambientación, continuidad del personal, conocimiento del servicio. En el sentido contrario la falta de los ambientes y la de baños privados afectan negativamente en la satisfacción de la gestante, también el trato del personal según el 100% de gestantes fue discrepante.⁷

Reyes, L.(2009 – Lima),en el estudio titulado Psicoprofilaxis obstétrica asociado a beneficios materno-perinatales en primigestas atendidas en el Instituto Especializado Materno Perinatal, se realizó una evaluación cualitativa y cuantitativamente de 27 variables, dando como resultado que las primigestas con preparación psicoprofiláctica tienen mayor asistencia a su control prenatal y puerperal, ingresando al hospital con el diagnóstico confirmado de trabajo de parto, presentando parto eutócico, en cuanto al recién nacido estos no presentan signos de sufrimiento fetal y no hay dificultades para una lactancia materna exclusiva. Concluyendo que la Psicoprofilaxis Obstétrica brinda beneficios estadísticamente significativos a la madre y a su recién nacido.⁸

Oviedo Sarmiento (2010 – Lima),el estudio consistió en observar el Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto eutócico en el del Hospital I Jorge Voto Bernales (ESSALUD), las gestantes se dividieron en dos grupos; uno control y uno de estudio, encontrándose como resultado que las expectativas de las usuarias en relación al aspecto de la calidad del servicio que brindaba el centro obstétrico eran altas para ambos. Las pacientes creen que lo más importante es un trato amable y cortés, y en segundo lugar, que el personal muestre interés en la paciente.⁹

Yábar, M. (2014 – Lima), en su trabajo titulado, “La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes”, se Conoce las características y beneficios que ofrece la Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) en gestantes adolescentes y conocer en qué medida asisten al control prenatal, el cual se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, dando como resultado que

86.84% ingresaron en fase activa para su parto, el mismo porcentaje 86.84% tuvo parto vaginal, mientras que el 13.16% lo tuvo por cesárea. el 92.11% optó por la lactancia materna exclusiva, el 39.47% tenía una actitud positiva ante la llegada del bebé al inicio de las sesiones de PPO, mientras que esta cifra se invirtió al final de las sesiones de PPO, lográndose una actitud positiva ante la llegada del bebé en el 100% de las gestantes adolescentes.⁴

En Tumbes no se han encontrado reportes de investigaciones que permitan tener información real para determinar si la calidad brindada en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica, está influyendo de manera directa en el abandono de las gestantes al programa. Por tal motivo, surgió en las autoras, la motivación, para estudiar el tema a través del proceso de investigación científica.

2.2. BASES TEÓRICO

La percepción para entender el concepto de percepción es necesario conocer la definición de sensación. La sensación se refiere a experiencias inmediatas básicas, generadas por estímulos aislados simples. La sensación también define en términos de la respuesta de los órganos de los sentidos frente a un estímulo.¹⁰

La percepción incluye la interpretación de esas sensaciones, dándoles significado y organización. La organización, interpretación, análisis e integración de los estímulos, implica la actividad no sólo de nuestros órganos sensoriales, sino también de nuestro cerebro.¹⁰

A principios del siglo XX un grupo de psicólogos alemanes se sintió intrigado por el modo en que la mente organiza las sensaciones para obtener percepciones. Dado un conjunto de sensaciones, el ser humano que las percibe, las organiza en una Gestalt, palabra alemana que significa “forma” o “conjunto total”.¹⁰

La teoría Gestalt postula que percibimos los objetos como “todos” bien organizados, más que como partes separadas aisladas. No vemos pequeños fragmentos desarreglados al abrir nuestros ojos para ver el mundo. Vemos grandes regiones con formas y patrones bien definidos. El “todo” que vemos es algo más estructurado y coherente que un grupo de fragmentos aislados; la forma es más que la simple unión de los fragmentos.¹⁰

La calidad aunque aún no se ha dado un acuerdo general sobre quién es el filósofo precursor de la calidad, se encuentran conceptos básicos, tomando como base a los varios autores entre ellos a: Philip B. Crosby y W.

Edwards Deming.³⁻⁴En general, la definición de calidad de estos expertos caen en dos categorías: el nivel uno de calidad significa trabajar en las especificaciones, mientras que el nivel dos significa satisfacer al cliente. ¹¹

Edwar Deming, así lo reconoce la historia, pues logró cambiar la mentalidad de los japoneses al hacerles entender que la calidad es un "arma estratégica". Mejorando el círculo de calidad, el cual consiste en localizar el problema y atacarlo de raíz, a través de cuatro etapas las cuales son "Planear, Hacer, Verificar y Actuar", ya que se analiza cada parte del proceso para ver cuál es la problemática y esto nos ayuda a conocerlo mejor y evitar futuros errores, y lograr los objetivos del primer esfuerzo hay que seguirlo estableciendo y no dejar de seguir el proceso. Así mismo, la calidad tiene un enfoque Integrador que presenta tres perspectivas: la del punto de vista de la empresa o interna; la del punto de vista del mercado o externa; y la llamada global o de excelencia. ¹¹

En resumen, este enfoque reúne el concepto de calidad desde el punto de vista del cumplimiento de los estándares impuestos por la empresa que produce en bien o producto, desde el punto de vista de los estándares demandados por el mercado (clientes), y el punto de vista de la excelencia: "hacer las cosas bien a la primera"¹¹

La historia de la calidad desde los tiempos de los jefes tribales, reyes y faraones han existido los argumentos y parámetros sobre calidad. Por ejemplo en el Código de Hammurabi (1752 a. C.), declaraba que: "Si un albañil construía una casa para un hombre y su trabajo no era fuerte y la casa se derrumba matando a su dueño, el albañil sería condenado a muerte". ⁵De la misma manera alrededor del año 1450 a. C., los inspectores egipcios comprobaban las medidas de los bloques de piedra con un pedazo de cordel. Los mayas también usaron este método, ya que la mayoría de las civilizaciones antiguas daban gran importancia a la equidad en los negocios y cómo resolver las quejas, aun cuando esto implicara condenar al responsable a la muerte, la tortura o la mutilación.¹²

En el siglo XIII empezaron a existir los aprendices y los gremios, por lo que los artesanos se convirtieron tanto en instructores como en inspectores, ⁵En los años 1960 y 1970, se fijó los principios básicos del control de la calidad total (Total Quality Control, TQC): el control de la calidad existe en todas las áreas de los negocios, desde el diseño hasta las ventas.⁵El final de los años 70 y el principio de los 80 fue marcado por un empeño en la calidad en todos los aspectos de los negocios y organizaciones de servicios, incluyendo las finanzas, ventas, personal, mantenimientos, administración, fabricación y servicio. La reducción en la productividad, los altos costos, huelgas y alto desempleo hicieron que la administración se volviera hacia el mejoramiento en la calidad como medio de supervivencia organizacional.¹²

En la actualidad, muchas organizaciones se empeñan en lograr el mejoramiento de la calidad. Así mismo, varios centros de estudio han establecido sus propias investigaciones para estudiar este concepto, como: las Universidades de Miami, Wisconsin, Tennessee, el Centro MIT para el Estudio de Ingeniería Avanzada y la Universidad Fordham.¹²

La calidad se caracteriza por el punto de partida de toda gestión de calidad en los servicios de salud que consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades; incluyendo la seguridad del paciente la atención sanitaria la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Para ello se debe establecer estándares y evaluar en forma fehaciente los principales componentes de la calidad del servicio tomando las siguientes características:¹³

Carácter tangible es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se le atiende por teléfono, las condiciones de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la recepcionista etc.); la fiabilidad consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamos

pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si se atiende a un paciente mal o no se le ha prestado la debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que él va a tener y luego es muy difícil de modificarla; Rapidez y/o capacidad de respuesta se traduce en la capacidad de realizar el servicio dentro de los plazos aceptables para el paciente. No retener a un paciente mucho tiempo en la sala de espera y no dar turnos por períodos muy largos; competencia y/o profesionalidad del personal que debe poseer la información y la capacitación necesaria para la realización del servicio.

El profesional debe conocer todas las indicaciones del servicio de manera de poder transmitir las claramente al paciente y evitarle molestias y trámites innecesarios; la cortesía expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente; la credibilidad es decir, honestidad del profesional que presta los servicios tanto en sus palabras como en sus actos, la seguridad ausencia de peligro, riesgo o dudas a la hora de utilizar el servicio; la accesibilidad: Que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite; la comunicación se debe informar al paciente con un lenguaje que éste entienda, eliminar vocablos técnicos que lo confundan y asusten; comprensión del paciente se trata del esfuerzo realizado por el profesional para entender a sus pacientes y sus necesidades, para poder atenderlo y contenerlo.¹³

Estas características José Carlos Pascual las redujo a solo a 5 dimensiones que engloban las 10 anteriores para poder hacer más sencillo la medición de la calidad de servicio y adaptar un modelo de encuesta que es el modelo SERVQUAL y estas características son las siguientes: Lo tangible, la fiabilidad, la capacidad de respuesta, seguridad (profesionalidad, cortesía, credibilidad, seguridad), empática, accesibilidad, Comunicación, comprensión del usuario. Los estudios recientes muestran que el paciente es cada vez más exigente sin embargo, la percepción de la calidad varía de uno a otro paciente y no es la misma para el usuario que para el proveedor del servicio. Por otra parte, la calidad de un servicio se percibirá de forma

diferente según sea nuevo o muy difundido. La experiencia demuestra que de cada 100 pacientes insatisfechos sólo cuatro expresarían su insatisfacción de forma espontánea y además en caso de insatisfacción el paciente se lo contará a 11 personas, mientras que si está satisfecho, sólo se lo dirá a 3, resultando, pues, indispensable que cada profesional investigue de forma voluntaria el grado de satisfacción de sus pacientes.¹³

La actitud del paciente con respecto a la calidad del servicio cambia a medida que va conociendo mejor al profesional sus exigencias en cuanto a calidad aumentan para terminar deseando lo mejor, no haber comprendido este hecho ha llevado al fracaso a muchos profesionales. Otro problema adicional es que la calidad concebida y la calidad percibida rara vez marchan a la par, la superioridad de un nuevo servicio sólo en contadas ocasiones resulta tan evidente para un paciente potencial como para su creador.¹⁴

Actualmente, la calidad de la atención es percibida en forma multidimensional y puede definirse y medirse de distintas formas, según las prioridades de los interesados, los clientes pueden verse influenciados por cuestiones sociales y culturales en su opinión de calidad y suelen poner un énfasis considerable en el aspecto humano de la atención que reciben, los proveedores subrayan la necesidad de que las instituciones dispongan de capacidad técnica, infraestructura y apoyo logístico.¹⁴

La utilización de un servicio es una sucesión esquemática de acontecimientos que inicia desde el momento en que surge la necesidad de atención médica hasta el momento en que se inicia o se continúa la utilización de servicios médicos, identificándose como determinantes del deseo de atención, aspectos que incluyen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica, y la tolerancia al dolor y a la incapacidad.¹⁴

Esta sucesión esquemática de acontecimientos es precisamente lo que ha permitido el estudio de la utilización desde diferentes enfoques, lo que a su

vez ha dado lugar al diseño de diversos modelos que han intentado explicar el motivo por el cual la población hace uso o no de los servicios. De esta manera, se encuentra un modelo epidemiológico que intenta abordar el problema enfocándolo hacia el estudio de las necesidades de salud; un modelo psicosocial y otro social que intentan abordarlo en la etapa de deseo y búsqueda de la atención y finalmente, un modelo económico que lo aborda en la etapa de inicio y continuación de la atención; esta última etapa es motivo de estudio de los modelos psicosociales y sociales mencionados anteriormente.¹⁴

Ampliando un poco más estos modelos se puede decir que el modelo epidemiológico se basa en el estudio de las necesidades de salud de la población, los daños a la salud (morbilidad, mortalidad, etc.) constituyen necesidades que motivan o inducen a la población a utilizar los servicios, una vez que son expresadas, dependiendo también de la exposición de esa población a los factores de riesgo, los cuales están asociados con la probabilidad de que un individuo desarrolle una enfermedad en determinadas condiciones. Estos factores pueden ser iniciadores, promotores y pronósticos.¹⁴

Los riesgos iniciadores o predisponentes ocurren antes de que la enfermedad se torne irreversible. Los riesgos promotores o precipitantes ocurren cuando la enfermedad ya es irreversible; Los riesgos pronósticos actúan en el punto de irreversibilidad y de alguna manera permiten afirmar si un individuo avanzará hacia la mejoría o la muerte.¹⁵

La utilización de los servicios, por consiguiente, estará determinada en mayor o menor grado por el tipo de riesgo al cual se exponga la población, por lo que se requiere de un tipo de servicio específico según el caso, así, los riesgos iniciadores motivarán a la población a utilizar en primera instancia los servicios de prevención, en segunda instancia los servicios de diagnóstico y tratamiento (diagnóstico personal) y en última instancia, los servicios de mantenimiento y rehabilitación. Los riesgos pronósticos,

tendrán una relación más estrecha con los servicios de mantenimiento y en menor grado con los de diagnóstico y tratamiento.¹⁵

Por consiguiente, la población "expuesta" en alto grado a la utilización de los servicios gozará de un efecto protector mayor, pero a su vez se expondrá a otro efecto que ya no es protector sino de riesgo propiamente dicho, que es la iatrogenia. Lo anterior dependerá de otra determinante muy importante: la calidad de los servicios, dependiendo de la calidad, el efecto protector puede aumentar considerablemente, disminuyendo a su vez el efecto de riesgo, o sea la iatrogenia, aumentando por consiguiente el grado de utilización entre la población "expuesta". Finalmente, se considera la accesibilidad, la disponibilidad y las características de los servicios como determinantes de la utilización.¹⁵

Lasatisfacciones la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo. La satisfacción no está dada sólo como una sensación o estado individual y único, aunque esa es su esencia, sino que sería esa sensación o estado único e irrepetible que se produce en cada sujeto dado el desarrollo de todo un complejo proceso intra subjetivo e intersubjetivo.¹⁶

Desde el punto de vista de salud, la satisfacción se puede definir como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que tiene un sujeto con respecto a algo.¹⁶

La calidad y satisfacción dado que ambos conceptos están interrelacionados, incluso algunos autores consideran ambos como sinónimos que sugiere que los modelos de satisfacción pueden ser denominados de calidad de servicio percibida ya que lo que se estudia es un servicio y no un bien de consumo; otros autores, destacan que los

profesionales centrados en la intervención no tienen que diferenciar entre ambos conceptos.¹⁶

Las teorías sobre el abandono de los servicios de salud, define el abandono como una situación a la que se enfrenta un paciente cuando aspira a una atención y no logra concluir, considerándose como desertor a aquel individuo que siendo paciente de un servicio hospitalario no presenta actividad en su historia clínica durante más de un año.¹⁷

En algunas investigaciones este comportamiento se denomina como “primera salida” (firstdrop-out) ya que no se puede establecer si pasado este periodo el individuo retomará o no a sus atenciones o si decidirá atenderse en otro centro hospitalario. A partir de tal definición, se pueden diferenciar dos tipos de abandono del servicio: uno con respecto al tiempo y otro con respecto al espacio.¹⁷

Abandono con respecto al tiempo se clasifica a su vez en: Abandono precoz: individuo que habiendo sacado cita o estar inscrito en un programa no asiste a ninguna cita; Abandono temprano: individuo que abandona sus atenciones en los primeros citas; Abandono tardío: individuo que abandona sus atenciones en las últimas citas.¹⁷

Las características del abandono son diversas debido a la pluralidad de los pacientes que recibe una atención hospitalaria. Tales características son también irregulares, dependiendo del momento en el cual se presentan durante la atención.¹⁷

En este sentido, se podría decir que existen dos periodos críticos en los que el riesgo de abandono es más alto. El primero se da cuando el paciente tiene el primer contacto con la institución y en el cual se forma las primeras impresiones sobre las características de la misma. Esta etapa hace referencia al proceso de admisión y por ejemplo, la falta de información adecuada y veraz de la institución al paciente puede conducir a

su deserción precoz. El segundo se presenta durante las primeras citas donde el paciente inicia un proceso de adaptación a la atención donde tiene contacto directo con el sistema hospitalario.¹⁷

En este momento, algunos no logran una buena adaptación o simplemente deciden retirarse por las razones diferentes a aquellas en las que la institución puede intervenir, presentándose el abandono temprano. En este segundo periodo la formación de expectativas equivocadas sobre las condiciones de atención, la falta de adaptación por parte del paciente al sistema hospitalario, la ausencia de compatibilidad entre sus intereses o preferencias y las exigencias del sistema de salud, o simplemente la conclusión de que completar las citas no constituye una meta deseable pueden conducir a decepciones que llevan a la deserción temprana.¹⁸

Adicionalmente, este periodo representa, tanto para los pacientes nuevos como para los de reingreso, un proceso de ajuste que en muchos casos, conlleva problemas que no todos son capaces de superar. De otra parte, el abandono con respecto al espacio se divide en institucional e interno el cual abandona a la institución y al programa respectivamente cuando el paciente decide cambiarse de médico que atiende en la misma institución. Hay diferentes abordajes para estudiar el fenómeno de abandono o deserción al tratamiento, como la no asistencia a la primera cita, no asistencia a citas de seguimiento, el abandono del tratamiento sin consultarlo con el médico, el abandono del tratamiento después de un determinado número de citas o periodo de tiempo, no cumplimiento de las pautas prescritas.¹⁸

Las altas tasas de abandono se han relacionado con: Factores socio demográficos, estado y diagnóstico clínico, tiempo de espera para obtener una cita, estado legal del paciente, frecuencia de asistencia al servicio de urgencias, satisfacción del paciente con la atención, percepción de mejoría, calidad de las referencias. Con respecto a los factores socio demográficos encuentra en los pacientes jóvenes (18-24 años), una pobre red de apoyo, pues la mayoría no cuentan con seguridad social, tienen un estado

socioeconómico bajo, lugar de residencia cercana al centro de atención, menor nivel educativo, desempleados.¹⁸

Con respecto a los clínicos y relacionados con la atención: buen funcionamiento global y estado clínico no grave, mal apego al tratamiento, Tratamiento previo, hospitalizaciones previas, atención frecuente en el servicio de urgencias, atención por personal en formación, acuden por iniciativa de sus familiares (no propia), mayor tiempo de espera entre las citas, no hay percepción de mejoría, insatisfacción con la atención en el primer contacto, mala relación con el profesional, mala calidad de las referencias.¹⁸

Los servicios de psicoprofilaxis obstétrica tienen un importante porcentaje de mujeres embarazadas alrededor del mundo asiste a clases de educación prenatal tales como "programas de educación para el parto", "clases prenatales" y grupos prenatales, se pueden encontrar informes de estos programas realizados en los Estados Unidos, el Reino Unido, Canadá, México, Brasil, Finlandia, Alemania, Australia, Japón y China, por nombrar algunos países.¹⁹

Se ha informado que muchos proveedores del servicio de obstetricia, tales como departamentos de salud pública, hospitales, agencias privadas y fundaciones de beneficencia, y algunos "obstetras" y "comadronas" proporcionan educación prenatal, en otras partes del mundo, la preparación prenatal es menos formal y el conocimiento sobre la experiencia del parto y de la atención del bebé se transmite de madres a hijas o por parte de quienes tradicionalmente atienden el parto a las personas bajo su cuidado.²⁰

Los enfoques comunes que se identificaron a principios de la literatura sobre este tema fueron métodos de "parto natural" (Dick-Read 1933) y psicoprofilaxis (Lamaze 1958). La semejanza entre estas dos técnicas consiste en que ambas enfatizan sobre un embarazo saludable, mantener un buen estado físico de salud, imparten educación sobre la fisiología del parto normal, buscan eliminar los miedos durante el trabajo de parto,

promueven el uso de técnicas de relajación y de respiración y el apoyo constante de una persona familiar.²¹

La esencia de estos enfoques consisten en ayudar a las madres a identificar y desarrollar sus propios recursos corporales para el parto, lo que significa facultar a la mujer a través de la experiencia del parto, considerándose que la elección de estos y de otros abordajes es un reflejo de la naturaleza de la agencia que patrocina el programa educativo.²¹

Independientemente de la perspectiva teórica, surge la pregunta sobre si lo que se enseña en las clases cumple con las necesidades de los usuarios, pues al aplicarse una encuesta entre personas que planeaban asistir a clases independientes (privadas) de educación sobre el parto en Montreal, las mujeres informaban que su principal motivo para asistir a las clases sobre el parto era reducir la ansiedad durante el trabajo de parto y el momento del nacimiento y los hombres mencionaban que las razones principales para asistir a las clases eran satisfacer los deseos de su pareja y aprender acerca del cuidado de los bebés.²²

Por otro lado, existe una variación en si los programas se ofrecen de forma individual o grupal; los lugares de reunión incluyen los hogares de los profesores, centros comunitarios, hospitales y consultorios y las clases o grupos pueden ser para mujeres embarazadas solamente o para las mujeres y sus parejas.²³

Dentro de los métodos de enseñanza-aprendizaje, se incluyen los programas de auto aprendizaje, presentaciones didácticas, vídeos, discusiones en grupo, y programas basados únicamente en los principios del aprendizaje en adultos, en donde las madres identifican sus propias necesidades de aprendizaje y a partir de ello desarrollan un programa de aprendizaje individualizado.²³

El Concepto y las bases doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica es mucho más que una simple prevención psíquica de los dolores del parto, como fue al principio, con el tiempo se ha ido transformando en una psicoprofilaxis global que incluye una preparación integral complementada con ejercicios físicos encaminadas a mejorar el tono corporal y mental, los que facilitaran a la madre los esfuerzos durante todo el proceso (gestacional e intranatal) evitando o disminuyendo así posibles dificultades y/o complicaciones.²¹

Incluye asimismo, técnicas de actividad respiratoria, que aportaran una buena oxigenación materna-fetal, por consiguiente, una ventaja para su buen estado en el nacimiento y técnicas de relajación neuromuscular, elementos para lograr en la madre un buen estado emocional que favorezca su comportamiento, actitud y disposición a colaborar durante todo el proceso. Para tal efecto existen bases doctrinarias de la psicoprofilaxis obstétrica como: ²¹

La escuela soviética: incluye medidas psicosigiénicas, el ambiente del consultorio prenatal y del centro de atención del parto, así como normas especiales de conducta del personal médico y paramédico, el ambiente de las instituciones obstétricas y la conducta del personal no debe provocar excitaciones, temores ni intranquilidades.²¹

La desaparición de los dolores y temores debe ser la consecuencia de la evolución especial de la mujer y de la restauración de su actividad nerviosa superior, teniendo como principios fundamentales 3 medidas: las individuales que incluye el principio rector y dominante del aumento de la actividad de los procesos de inducción positiva en la corteza cerebral condicionando la elevación de su tono y excitación moderada, masaje, respiración y enseñanza del pujo, teniendo como resultado básico la reeducación de la mujer y una máxima cortilización del proceso del parto.²¹

Como segunda medida, se tienen las sociales que tienen que ver con las difusiones positivas del proceso del parto anulando los mensajes negativo

del parto como un peligroso y doloroso y por último, como tercera medida se encuentran las sanitarias que tienen que ver con los ambientes de los hospitales, comenzando desde el consultorio, el personal debe evitar el término “dolores de parto” y sustituirlo por contracciones uterinas teniendo en cuenta la conducta del personal la cual debe ser aséptica.³

La técnica de este método psicoprofiláctico incluye ciertos principios como los siguientes: la gestante debe tener 12 a 16 controles prenatales, debe crearse una nueva actitud de la gestante hacia el parto (emociones positivas, alegría y satisfacción de la maternidad), así mismo se debe disipar los temores relacionados con el parto reforzando el reflejo condicionado parto-contracción, abolición de las emociones negativas que hacen descender el umbral de percepción del dolor y por último la enseñanza de procedimientos de analgesia (Masajes, respiración y así los reflejos condicionados negativos por los positivos).³

En la Escuela Inglesa la preparación de la gestante consta de 4 elementos: la educación, correcta respiración, relajación y gimnasia; en la educación se va a proporcionar conocimientos elementales ajustados a los hechos científicos sobre anatomía y fisiología de la reproducción humana, con todas sus consecuencias físicas y psíquicas cuyo conocimiento previo permitirá que se sepa lo que va suceder y de qué forma actuar.³

En la correcta respiración se le va explicar a la gestante que ésta va mejorar el estado general durante el embarazo así como los requerimientos maternos fetales, asimismo que durante el parto la adecuada respiración ayudara en el periodo expulsivo mantenido al feto en óptimas condiciones.³

Los ejercicios respiratorios son: respiración profunda (boca abierta, inspirar lentamente para ampliar el tórax al máximo, espirar el aire forzando al final, la frecuencia de 17 a 18 veces por minuto); respiración rápida (de gran ayuda durante el trabajo de parto, debe coincidir con la contracción al final del primer periodo de parto, su frecuencia es de 25 veces por minuto); respiración jadeante (facilita la salida de la cabeza en forma lenta sin pujar,

previene los desgarros perineales, su frecuencia es de 35-40 veces por minuto); respiración contenida (se utiliza en el periodo expulsivo, se inspira y contiene el aire por medio minuto, durante la contracción.³

En cuanto a la relajación este incluye la utilización de técnicas de relajación progresiva de Edmund Jacobson (USA) o la técnica de relajación autoconcentrativa de J. Schultz, mujer en relajación = cuello uterino blando. La enseñanza debe comenzar a los 5 meses; y por último la gimnasia la cual no fue considerada para Read esencial para el parto normal, mejora el estado físico general, ayuda a la flexibilidad de los músculos y articulaciones de la pelvis, deben ser realizados con lentitud pensando en lo que se está realizando.³

En la Escuela Francesa el método en la parte teórica son similares al método soviético, en la parte práctica difiere en el tipo de respiración (después de los 5 cm de dilatación respiración acelerada y superficial y asociada a masajes suaves sobre la piel del hipogastrio) recomienda 7 clases teórico práctica, integra al esposo en el momento del parto.³

En la Escuela Ecléctica el individuo escoge de cada sistema anterior lo mejor o verdadero de acuerdo a su criterio clínico y de su experiencia en el tiempo.³

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.

PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA;es la preparación integral de la gestante para lograr un embarazo, parto y post parto sin temor y en las mejores condiciones. Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica y técnicas de relajación Sensibilizar a la gestante de la importancia de la preparación prenatal.³

RESPIRACIÓN;es una técnica psicoprofiláctica que enseña a la paciente como oxigenarse y oxigenar a su bebe durante las contracciones uterinas, además que la mantiene concentrada en como respirar y hace que se olvide de las molestias causadas por la contracciones.³

ANSIEDAD;es una sensación interna de aprensión, de opresión, incertidumbre, disgusto, discomfort, desazón, inquietud, tensión miedo, o temor difuso y espera ansiosa, acompañado de sensación física que acompañan a la ansiedad como palpitaciones cardiacas, respiración rápida y superficial, sudoración, palidez y sensación de pánico. ³

AUTOCONTROL; es el control realizado por uno mismo de comportamientos involuntarios o de un cierto número de funciones fisiológicas. ³

CONTROL PRENATAL;es el conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal. ¹⁹

EMBARAZO; se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín gravitas) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el momento del parto. ¹⁹

PARTO; es el conjunto de fenómenos fisiológicos que conducen a la salida de la cavidad uterina un feto viable y sus anexos.¹⁹

PSICOSOMÁTICO;fenómenos y trastornos de tipo somáticos, de tipo funcional que tienen un origen psíquico.²¹

RELAJACIÓN; es una técnica psicoprofiláctica cuyo fin es enseñar a la gestante a combatir la tensión, es la preparación física como base del método.²¹

TRABAJO DE PARTO; es el proceso que comprende 3 periodos secuenciales: Primer Periodo: Periodo de dilatación Segundo periodo: Periodo Expulsivo Tercer periodo: Periodo de alumbramiento. ¹⁹

FIABILIDAD;consiste en realizar correctamente el servicio desde el primer momento. Hay que tener cuidado porque normalmente el 96% de los pacientes insatisfechos no realizan reclamos pero no vuelven al consultorio y no lo recomiendan. Si se atiende a un paciente mal o no se le ha prestado la debida atención en la primera consulta, esa es la impresión que él va a tener y luego es muy difícil de modificarla.¹³

CARÁCTER TANGIBLE;es el aspecto del soporte material del servicio, del personal y de los soportes de comunicación. (Como se le atiende por teléfono, las condicione de confort y limpieza del consultorio, como lo recibe la recepcionista etc.)¹³

CORTESÍA; es expresada a través de la educación, la amabilidad y el respeto del personal y del profesional hacia el paciente.¹³

ACCESIBILIDAD;que se traduce por la facilidad con la que el paciente puede utilizar el servicio en el momento que lo desee o necesite.¹³

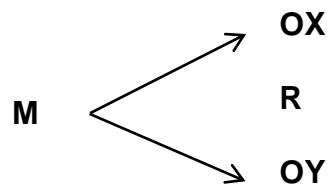
ABANDONO; la noción de abandono hace referencia al acto de dejar de lado o descuidar cualquier elemento, persona o derecho que se considere posesión o responsabilidad de otro individuo.¹⁷

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo al problema y objetivos se ejecutó el estudio de diseño no experimental, de tipo descriptivo con un diseño correlacional y de corte transversal, periodo junio – julio 2017, siendo el esquema.

El diagrama es el siguiente:



Donde:

M :Muestra en Estudio (puérperas que acudieron al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica)

OX: Observación Calidad de atención

OY: Observación abandono de las gestantes al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

R: Relación de variables.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Universo y la muestra: El universo muestral estuvo constituido por todas las puérperas atendidas en el programa de Psicoprofilaxis

Obstétrica del Hospital "SAGARO" II-1, que según datos obtenidos del libro de asistencias, se inscriben un promedio de 50 gestantes.

Muestreo: El muestreo es no probabilístico, por conveniencia.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Todas las púerperas atendidas en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital SAGARO II-1 Tumbes, durante el periodo de estudio y que aceptaron voluntariamente participar.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Púerperas con alguna que dificultad y aquellas, que a pesar de haber voluntariamente aceptado participar de la investigación, no tengan disposición para brindar la información solicitada.

3.3. MATERIAL Y MÉTODOS.

El método fue la encuesta, la técnica una entrevista, y el instrumento un cuestionario que lo diseñaron las investigadoras para determinar la relación entre la percepción de la calidad del servicio. Asimismo se elaboró una hoja de recolección de datos para indicar el abandono de las gestantes al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. (Ver anexos 68 - 71). La elaboración del instrumento a utilizar fue responsabilidad de las Bachilleres en Obstetricia autoras del proyecto, construido de acuerdo a los objetivos de la investigación, con las dimensiones e indicadores distribuidos, el cuestionario está conformado por 27 preguntas que calificaron la percepción de la calidad de la atención expresada en la satisfacción de las usuarias del programa de Psicoprofilaxis, la valoración de la satisfacción se calificará con 88 – 108 puntos totalmente satisfecho, 67 – 87 puntos satisfecho, 47 – 66 puntos Ni satisfecho/Ni insatisfecho, 27 – 46 puntos Insatisfecho, en la que se empleó la escala de Likert que mide actitudes o predisposiciones individuales en contextos sociales particulares.

Se le conoce como escala sumada debido a que la puntuación de cada unidad de análisis se obtiene mediante la sumatoria de las respuestas obtenidas en cada ítem. La escala se construyó en función de una serie de ítems que reflejan una actitud positiva o negativa sobre la Institución. Cada ítem estuvo estructurado con cuatro alternativas de respuesta: (4) Totalmente Satisfecho, (3) Ni Satisfecho/ Ni Insatisfecho, (2) Satisfecho, (1) Insatisfecho.

Luego de ello, se procedió a validar el instrumento por juicio de expertos y posteriormente se aplicó la prueba piloto a 09 gestantes del centro de salud de Pampa Grande para ver la confiabilidad del mismo; considerando los criterios de inclusión; los resultados se analizaron mediante la prueba estadística de coeficiente *Alfa de Cronbach* (0.920); calificando a un instrumento confiable para su aplicación y para lograr objetivos de estudio.

PROCEDIMIENTO Y TÉCNICAS PARA LA OBTENCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de los datos se consideró los siguientes pasos:

Paso 1: el proyecto de investigación fue evaluado por la asesora de tesis, seguidamente fue presentado al Comité de Investigación de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia para su revisión y posterior para la aprobación mediante resolución decanal.

Paso 2: se solicitaron los permisos en la institución donde se llevó cabo la recolección de la información, mediante los trámites administrativos correspondientes, además se solicitó permiso al jefe del servicio de obstetricia.

Paso 3: se procedió a realizar la selección de las púerperas que se encontraban en el servicio de Obstetricia, corroborando criterios de inclusión y criterios de exclusión.

Paso 4: se procedió a abordar a las puérperas seleccionadas, para encuestarlas cumpliendo el siguiente protocolo:

Saludo cordial a las puérperas, según el horario en el que se realizará el cuestionario; presentación de la investigadora, indicando nombres, apellidos y la labor que realiza.

Explicación del motivo de la encuesta, mediante el consentimiento informado, remarcando que ese documento describe el estudio, su finalidad, además que la participación era voluntaria.

La aplicación del cuestionario a las puérperas tuvo una duración promedio de siete minutos, por lo que se mantuvo una distancia prudente, evitando así, que se sienta intimidada para contestar alguna pregunta del cuestionario; cabe resaltar, que se hizo hincapié sobre el anonimato del cuestionario y que ante cualquier duda podía preguntar al investigador;

Al finalizar se hizo un agradecimiento cordial por su participación en el estudio.

Paso 6: luego se procedió a dar un código a cada cuestionario, el cual se inició con la primera encuesta y así consecutivamente hasta el 50.

3.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recolectados los datos se sometieron a un proceso de codificación, luego transferidos a una base de datos diseñada en el programa SPSS versión 21 para su tabulación cuyos resultados se presentarán en tablas y figuras estadísticas, de acuerdo a los objetivos específicos del proyecto de investigación. Posteriormente los datos serán interpretados y analizados haciendo uso de la estadística descriptiva.

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se fundamentó en criterios de rigor, éticos y derechos humanos, los mismos que tuvieron como finalidad asegurar

laveracidad, calidad y validación de los datos que permitieron encontrar la problemática relacionada con la calidad de atención y el abandono de las usuarias, datos que desde su perspectiva sirvieron para generar respuesta a la incógnita de este trabajo de investigación, que son especialmente pertinentes para la ética de la investigación consideración los tres principios fundamentales consignados en los códigos y normas éticas:

Principio de Beneficencia - No maleficencia; el propósito de este principio será evitar todo tipo de daño que pudiera afectar a la población en estudio durante el proceso de la investigación, puesto que la investigación será ejecutada por personal calificado el cual utilizara la información únicamente para fines de la investigación. En la investigación se respetara este principio ya que las participantes no sufrirán daños físicos y psicológicos porque no se pondrá en riesgo su integridad física, mental y emocional.

Principio de Autonomía: Este principio se basa en la autodeterminación, es decir, que todas las unidades de análisis tendrán la potestad o el derecho de decidir participar o retirarse en el momento deseado, se les explique el propósito y los objetivos del estudio, así también se aclararan sus dudas y se informara de la libertad de retirarse en el momento que lo deseen y que no afectaría su situación, así como los resultados de la investigación no serían utilizados en perjuicio de las participantes.

Principio de Justicia: Con este principio se asegurara que la información que proporcionen las mujeres embarazadas que participen en la investigación sea de carácter confidencial, además se brindara un trato justo y equitativo antes, durante y después de su participación en el estudio, preservando asimismo su anonimato.

IV. RESULTADOS

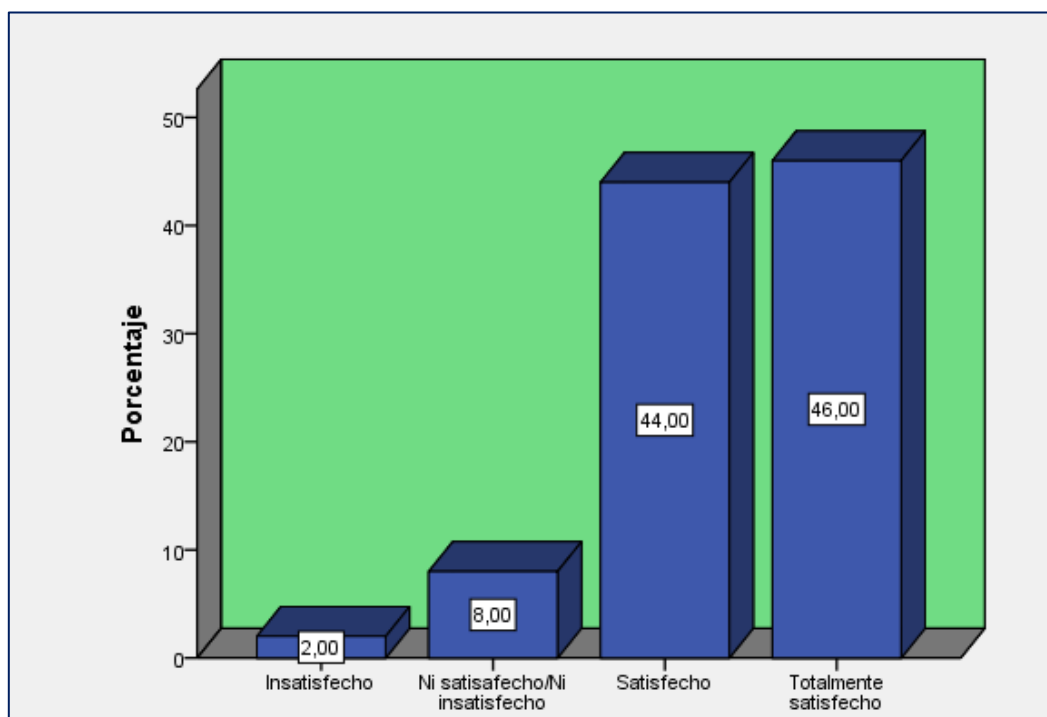
TABLA 01: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA HOSPITAL SAGARO II -1 TUMBES PERIODO JUNIO – JULIO 2017.

Satisfacción	N	%
Insatisfecho	1	2.00
Ni satisfecho/Ni insatisfecho	4	8.00
Satisfecho	22	44.00
Totalmente satisfecho	23	46.00
Total	50	100.00

Fuente: instrumento de recojo de información elaborado por las investigadores.

Los resultados muestran que el 46% de las gestantes se encuentran totalmente satisfechas, el 44% satisfecho, el 8% ni satisfecho/ni insatisfecho mientras que el 2% insatisfecho con la atención recibida en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

FIGURA 01: REPRESENTACIÓN DE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA HOSPITAL SAGARO II -1 TUMBES PERIODO JUNIO – JULIO 2017



Fuente: instrumento de recojo de información elaborado por las investigadoras.

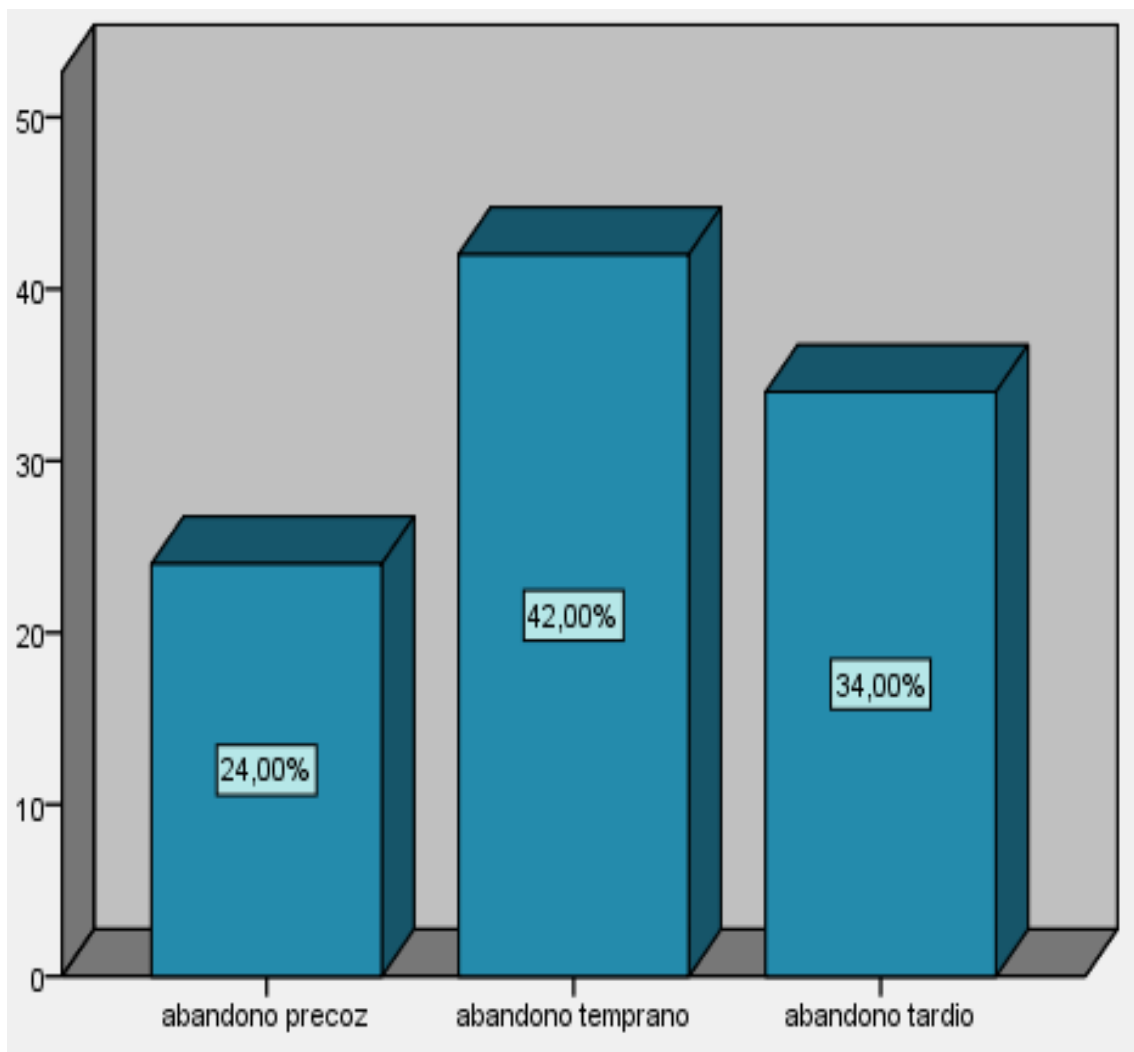
Tabla 02: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DEL ABANDONO DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL SAGARO II-1 DE TUMBES DURANTE EL PERÍODO JUNIO – JULIO 2017.

Abandono	N	%
A. Precoz	12	24.00
A. Temprano	21	42.00
A. Tardío	17	34.00
Total	50	100.00

Fuente: instrumento de recojo de información.

Los resultados muestran que el 42% de las gestantes tuvieron un abandono temprano, el 34% abandono tardío, mientras que el 24 % abandono precoz al programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.

FIGURA 02: REPRESENTACIÓN DEL ABANDONO DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL SAGARO II-1 DE TUMBES DURANTE EL PERÍODO JUNIO – JULIO 2017



Fuente: instrumento de recojo de información.

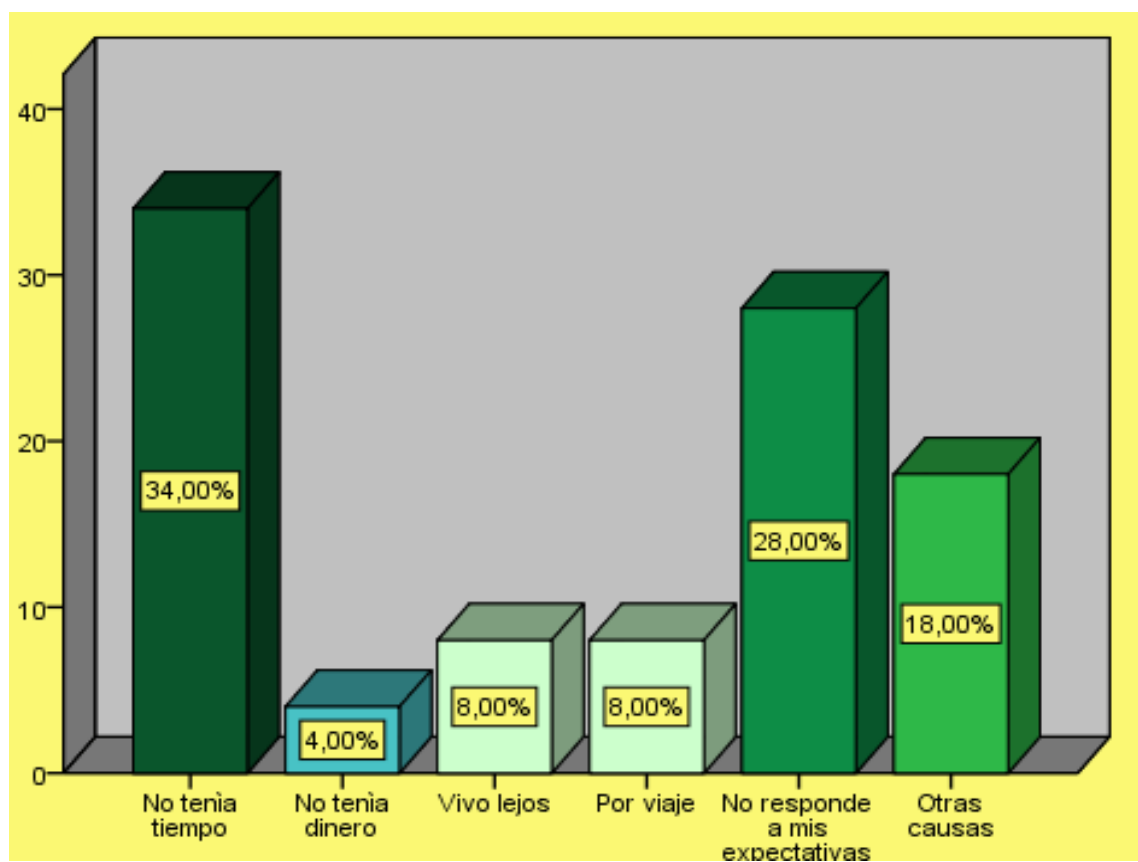
Tabla 03: DISTRIBUCIÓN NUMÉRICA Y PORCENTUAL DELAS RAZONES DE ABANDONO DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL SAGARO II-1 DE TUMBES DURANTE EL PERIODO JUNIO – JULIO 2017.

RAZONES DE ABANDONO	N	%
No tenía tiempo	17	34.0
No tenía dinero	2	4.0
Vivo lejos	4	8.0
Por viaje	4	8.0
No responde a mis expectativas	14	28.0
Otras causas	9	18.0
Total	50	100.0

Fuente: instrumento de recojo de información.

Los resultados muestran que el 34% de las gestantes dejaron de asistir por que no tenían tiempo, el 28% no respondía a sus expectativas, el 18% otras causas, el 8% viven lejos y por viaje, mientras que el 4 % no tenían dinero.

FIGURA 03: REPRESENTACIÓN DELAS RAZONES DE ABANDONO DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL SAGARO II-1 DE TUMBES DURANTE EL PERIODO JUNIO – JULIO 2017.



Fuente: instrumento de recojo de información elaborado por las investigadoras.

TABLA 04: RELACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN CON LA CLASIFICACION DEL ABANDONO DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL SAGARO DE TUMBES DURANTE EL PERIODO JUNIO – JULIO 2017.

SATISFACCIÓN	Abandono Precoz		Abandono Temprano		Abandono Tardío		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	Insatisfecho	1	2	0	0	0	0	1
Ni satisfecho/Ni insatisfecho	1	2	3	6	0	0	4	8
Satisfecho	5	10	9	18	8	16	22	44
Totalmente Satisfecho	5	10	9	18	9	18	23	46
Total	12	24	21	42	17	34	50	100

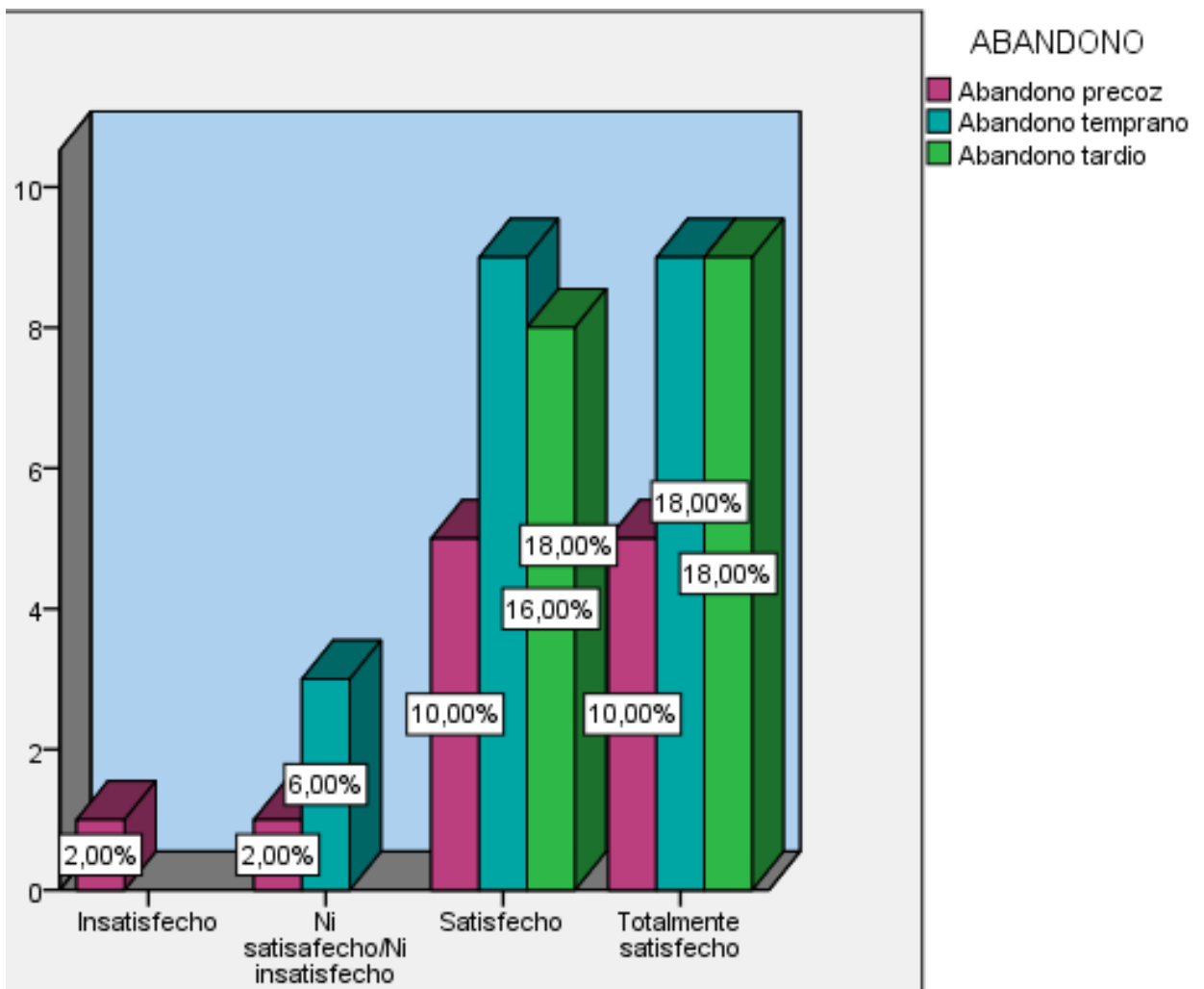
Fuente: instrumento de recojo de información.

$p = 0.435$

$p > 0.05$

Al establecer la relación entre de calidad de atención con la clasificación del abandono de las gestantes al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital SAGARO de Tumbes durante el período 2017, no existe significancia estadística de relación entre ambas variables.

FIGURA 04: REPRESENTACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN CON LA CLASIFICACION DEL ABANDONO DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL SAGARO II-1 DE TUMBES DURANTE EL PERIODO JUNIO – JULIO 2017.



Fuente: instrumento de recojo de información elaborado por las investigadoras.

TABLA 05: RELACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN CON EL ABANDONO DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL SAGARO DE TUMBES DURANTE EL PERIODO JUNIO – JULIO 2017, SEGÙN DIMENSIONES DE LA CALIDAD.

DIMENSIONES	CHI-CUADRADO	IC 95%
CARÁCTER TANGIBLE	0.83	IC 95%
FIABILIDAD	0.765	IC 95%
RAPIDEZ Y/O CAPACIDAD	0.119	IC 95%
CORTESIA	0.605	IC 95%
CREDIBILIDAD	0.153	IC 95%
SEGURIDAD	0.563	IC 95%
ACCESIBILIDAD	0.236	IC 95%
COMUNICACIÓN	0.471	IC 95%
COMPRESIÓN AL PACIENTE	0.31	IC 95%

IC = INTERVALO DE CONFIANZA

$P > 0.05$

Al evaluar las dimensiones de la calidad con la satisfacción de la gestante del Programa de Psicoprofilaxis no existe relación con ninguna dimensión evaluada; prueba estadística $p > 0.05$ no significativa.

TABLA 06: RELACIÓN DE CALIDAD DE ATENCIÓN CON LAS RAZONES DE ABANDONO DE LAS GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DEL HOSPITAL SAGARO DE TUMBES DURANTE EL PERIODO JUNIO – JULIO 2017, SEGÙN DIMENSIONES DE LA CALIDAD.

DIMENSIÓN	CHI-CUADRADO	IC 95%
CARÁCTER TANGIBLE	0.44	IC 95%
FIABILIDAD	0.159	IC 95%
RAPIDEZ Y/O CAPACIDAD	0.181	IC 95%
CORTESIA	0.081	IC 95%
CREDIBILIDAD	0.046	IC 95%
SEGURIDAD	0.08	IC 95%
ACCESIBILIDAD	0.164	IC 95%
COMUNICACIÓN	0.011	IC 95%
COMPRESIÓN AL PACIENTE	0.318	IC 95%

IC = INTERVALO DE CONFIANZA

$P > 0.05$

Al evaluar la satisfacción de la gestante y las razones de abandono del Programa de Psicoprofilaxis existe relación con las dimensiones de credibilidad y comunicación $p < 0.05$ (significancia estadística), siendo estas dimensiones vinculadas directamente con la interacción entre el profesional de salud y la gestante.

V. DISCUSIÓN.

La calidad de atención en los servicios de salud, consiste en captar las exigencias de los pacientes y analizar la forma de ofrecerles soluciones que respondan a sus necesidades; incluyendo la seguridad del paciente, la atención sanitaria, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. De manera similar a lo expuesto anteriormente, el Ministerio de Salud (MINSA), junto a las más importantes organizaciones proveedoras de atención de salud del país, señala a la calidad como un nivel de desempeño adecuado que es deseado y factible de alcanzar y una dimensión de la calidad de vida por lo tanto, condición fundamental del desarrollo humano.²⁴

El presente trabajo de investigación es un estudio original, no se han encontrado antecedentes donde se hayan relacionado las variables percepción de calidad en el Programa de Psicoprofilaxis obstétrica. Existen muchos estudios que relacionan la variable percepción de calidad con atención en el parto. En tal sentido la discusión se realizará teniendo como base la revisión de la literatura sobre el tema; problema que motivó la investigación. Tal como se aprecia en la tabla 01 el 46% de 50 gestantes encuestadas se encuentran totalmente satisfechas y el 2% insatisfechas.

Los resultados coinciden con los reportados por Aguayo, C.⁵ en su estudio denominado Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco - Chile, se concluye que la percepción fue positiva, al igual que Oviedo Sarmiento, en su estudio que consistió en observar el Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica en el Hospital I Jorge Voto Bernales (ESSALUD), encontrándose como resultado que la relación con respecto a la calidad del servicio que brindaba el centro obstétrico eran altas para ambos.⁹

En la tabla N° 02 se puede observar que el 42% de las puérperas presentaron abandono temprano, el 34% abandono tardío, y el 24 % abandono precoz al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, todo esto, a pesar de que según la bibliografía las obstetras durante el 1er control prenatal, brindan consejería importante, para concientizar en diferentes aspectos que favorecen el embarazo en la que por supuesto, está incluida la información de la importancia del programa y sus beneficios para la madre y el niño, así mismo se les brinda a las gestantes, interconsultas directas, para que acudan a la atención de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica; sin embargo parece que éste no está funcionando adecuadamente, porque las gestantes, en su mayoría igual no acuden al programa y lo abandonan. Lo cual es motivo de preocupación y razón de ser de este trabajo de investigación. Así mismo en la tabla N° 03 observamos que de este grupo que abandono el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica el 34% lo hizo porque no tenían tiempo, el 28% no respondían a sus expectativas, el 18% por otras causas, el 8% vivían lejos y por viaje y el 4% no tenían dinero. Esto parece demostrarnos que existen factores que no tienen nada que ver, con la calidad de atención en el Programa de Psicoprofilaxis que está motivando el abandono del mismo.

Los resultados son similares con los reportados por Reyes, A. en su estudio denominado Factores Asociados a la Deserción de las Sesiones Educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, encontrándose como resultado que la frecuencia de pacientes que desertaron de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica fue de 34%. El 8.4% de las primigestas del grupo casos tenía menos de 19 años a diferencia del 2.9% de las primigestas del grupo control. Asimismo, durante el embarazo el maltrato psicológico por la pareja se asoció con la deserción de las sesiones educativas, pues el 7.5% de las pacientes del grupo casos y el 2.4% de las pacientes del grupo control presentaron maltrato psicológico por la pareja.

En la tabla N° 04 al establecer la relación entre de calidad de atención con la clasificación del abandono de las gestantes al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital SAGARO de Tumbes durante el período 2017, no existe significancia estadística de relación entre ambas variables.

Por otro lado en cuanto a la calidad de servicio del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica se puede observar que al evaluar las dimensiones de la calidad con la satisfacción de la gestante del Programa de Psicoprofilaxis no existe relación con ninguna dimensión evaluada; prueba estadística $p > 0.05$ no significativa, a diferencia de la satisfacción de la gestante y las razones de abandono del Programa de Psicoprofilaxis existe relación con las dimensiones de credibilidad y comunicación $p < 0.05$ (significancia estadística), siendo estas dimensiones vinculadas directamente con la interacción entre el profesional de salud y la gestante.

VI. CONCLUSIONES.

- En cuanto a la calidad de atención del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 90% de gestantes atendidas se encuentran totalmente satisfechas, mientras que el 2% insatisfecha.
- En el abandono las gestantes del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Hospital SAGARO II-1, predominó que el 42% es la tipotemprana (acudieron 2 sesiones), siguiéndole en orden el 24% tipoprecoz (acudieron 1 sesión).
- Las gestantes que abandonaron el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, el 34% no tenían tiempo y el 28% no respondían a sus expectativas.
- La calidad de atención que se brinda en el servicio de Psicoprofilaxis obstétrica del Hospital SAGARO II-1, durante el periodo de estudio, no se relacionó significativamente con el abandono de las gestantes al programa.
- Al evaluar las dimensiones de la calidad con la satisfacción de la gestante del Programa de Psicoprofilaxis del Hospital SAGARO II-1 no existe relación con ninguna dimensión evaluada.
- Al evaluar la satisfacción de la gestante y las razones de abandono del Programa de Psicoprofilaxis existe relación con las dimensiones de credibilidad y comunicación, siendo estas dimensiones vinculadas directamente con la interacción entre el profesional de salud y la gestante.

VII. RECOMENDACIONES.

- Se recomienda a las autoridades encargadas del Hospital SAGARO, diseñar programas de educación continua, dirigidos a los profesionales de obstetricia, en la preparación psicoprofiláctica, con el fin de poner en práctica sus habilidades y destrezas que respondan adecuadamente a las necesidades de cada gestante, teniendo en cuenta que la credibilidad después de la comunicación una de las dimensiones de la calidad que tiene más brecha entre lo esperado y lo recibido, tal como ha sido manifestado en el presente estudio.
- Se sugiere la sensibilización del profesional de obstetricia, que realizan el control prenatal, en relación al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, a fin de que acompañen a todas las gestantes a la interconsulta con el profesional de psicoprofilaxis obstétrica para su inscripción y orientación adecuada, dado que va a promover el cuidado integral e la gestante, por ende se tendrá una mejor calidad de vida tanto para la madre y su recién nacido, evitándose el abandono precoz.
- Se recomienda a las autoridades del Hospital SAGARO II – I contratar personal especializado en psicoprofilaxis obstétrica ya que no se cuenta con personal encargado del programa para poder cubrir los dos turnos (mañana y tarde), que de acuerdo a los resultados las gestantes abandonan el programa por no tener tiempo.
- El profesional encargado del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica debe promocionar la importancia y beneficios para lograr un embarazo, parto y post parto sin temor y en las mejores condiciones mediante propaganda.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asorey, G. La Calidad Del Servicio y el Profesional de la Salud. [sede Web] Lima Perú: Gerencia Salud; 2002 [actualizada el 1 de Octubre de 2002; "acceso 13 de enero del 2017]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art74.htm>
2. Peraza, J. Estudio: Grado de satisfacción de los pacientes obstétricos por el servicio prestado en el Departamento de Obstetricia y Ginecología en el Hospital Central Universitario Antonio María Pineda, [Tesis doctoral]. Venezuela.1999.
3. Barsallo J., Isla G. Parto Feliz. Niño Sano. Psicoprofilaxis del dolor en el parto. J.C.Editores S.A. 1° edición. Lima. 1993.
4. Yabar M. La psicoprofilaxis obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. Rev Horiz Med. 2014; 14(2): p. 39-44.
5. Aguayo C. Técnicas psicoprofilácticas de preparación para el parto, percepción de mujeres atendidas en la Maternidad del Hospital Paillaco. Rev Med Chil. Chile. 2009.
6. Salas F. Aplicar la psicoprofilaxis obstétrica a primigestas añosas. Universidad de Guayaquil, 2012-2013.
7. Villar R. Factores Asociados Al Uso De Psicoprofilaxis Obstétrica En Puérperas. Cono Sur De Lima: [base de datos en línea]. 2005 [fecha de acceso 07 de mayo de 2009] Url disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rpoe/v3n2/a03v3n2.pdf>

8. Reyes L. Psicoprofilaxis Obstétrica asociado a los Beneficios Materno Perinatales en Primigestas atendida en el Instituto Especializado Materno Perinatal [tesis doctoral]. Lima (Perú): 2004. Universidad Mayor de San Marcos [fecha de acceso 30 de diciembre 2016; URL disponible en:
http://www.cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2985/1/Reyes_hl.pdf
9. Oviedo E. Nivel de satisfacción de las pacientes con y sin preparación en psicoprofilaxis obstétrica al recibir la atención del primer parto eutócico en el Hospital I Jorge Voto Bernales Corpancho: EsSalud [TESIS para optar el grado académico de Magíster en Gerencia de Servicios de Salud]. Lima-Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2010 [base de datos en línea]. [fecha de acceso 06 de febrero de 2017]. Url disponible en:
http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2010/oviedo_se/pdf/oviedo_se.pdf
10. Wong Y., García L., Rodríguez E, Martínez P. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud: Perspectiva de los Usuarios. [Tesis para optar al título de master en salud pública]. Matagalpa – Nicaragua. Diciembre 2,003. Universidad nacional autónoma de Nicaragua. [fecha de acceso 09 de febrero de 2017]; URL disponible en:
<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v40n1/Y0400102.pdf>
11. Arizaga C, Daza R; Concepto de calidad en paciente hospitalizado [base de datos en línea]. 2008 [fecha de acceso 20 de junio de 2016] Url disponible en:
<https://books.google.com.pe/books?id=L0T4LiRFUQC&pg=PA19&dq=Concepto+de+calidad&hl=es419&sa=X&ved=0ahUKEwjB98qBqMLRAhUJJ8AKHefBDygQ6AEIQjAG#v=onepage&q=Concepto%20de%20calidad&f=false>

12. Wikipedia. Historia de la calidad. [base de datos en línea]. 2010 [fecha de acceso 20 de junio de 2016]Url disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Historia_de_la_calidad

13. Miyahira J. Calidad en los servicios de salud ¿Es posible? Revista Medica Herediana [revista en Internet]* Ene/Jul 2001 [acceso 11 de Mayo de 2016]; 12(3). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X200100300001&lng=es&nrm=iso12

14. Paca, A. Calidad de atención en los servicios de control prenatal y Planificación familiar. [.TESIS para optar el Título Magíster]. Perú: Universidad De Costa Rica; 2003 [base de datos en línea]. [Fecha de acceso 06 de mayo de 2016].Url disponible en: ttp://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_apaca.pdf

15. DiPrete L, Mille L, Rafeh N, Hatzell T. Garantía de calidad de la atención de salud en los países en desarrollo, U.S.A. 1990.

16. Seclén J., Darras C. Satisfacción de usuarios de los servicios de salud:Factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados. Perú, 2000.

17. Aprende en línea. Deserción Estudiantil en la Educación Superior: Teorías Sobre Deserción en Adultos. [base de datos en línea]. 2010 [fecha de acceso 20 de junio de 2016] Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ingeso/article/viewFile/4700/4128>

18. Munares O, Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Revista Peruana de Epidemiología [revista en Internet]* Agosto 2013 [acceso 11 de Mayo de 2017]; Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203129458007>
19. Gagnon, A., Sandall, J. Educación prenatal grupal o individual para el parto, la maternidad/paternidad o ambos. Revista Cochrane [revista en Internet]* 2008 [acceso 11 de Mayo de 2017]; (2). Disponible en:
<http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/pdf.php?name=CD002869>
20. Martínez J. Impacto del Programa de Educación Maternal sobre la Madre y el Recién Nacido. Tesis para acceder al grado de Doctor. Universidad De Granada, Granada – España 2012. [base de datos en línea]. 2012 [fecha de acceso 15 de mayo de 2016] Url disponible en :
<http://0-hera.ugr.es.adrastea.ugr.es/tesisugr/21277709.pdf>
21. Cárdenas M. Bases doctrinarias de la Psicoprofilaxis Obstétrica. En: Morales S, Director. Manual De la Psicoprofilaxis Obstétrica. 2ª ed. Lima-Perú: ASPPO; 1999. p. 75-86.
22. Navarro P. Resultado de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el Parto de Primíparas en la Clínica Angamos del IPSS Lima. Tesis de Bachiller en Obstetricia. N°96 UPSMP. Lima – Perú 1999. [base de datos en línea]. 2002 [fecha de acceso 07 de mayo de 2016] Url disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/357/1/Vidal_pp.pdf
23. Chableg G, García K. Ventajas de la Psicoprofilaxis Perinatal en Hospital de Puebla. Tesis de Bachiller en Enfermería. Puebla – México 2013. [base de datos en línea]. 2015 [fecha de acceso 30 de noviembre de 2016] Url disponible en :
[:http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_arti](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_arti)

culo=96939&id_seccion=88&id_ejemplar=9470&id_revista=16.

24. Medina R. Percepción de la Gestante de la Calidad de Atención del Servicio de Gineco _obstetricia .del Hospital Aurelio Díaz Ufano y Peral, Essalud[tesis] .Lima_ Perú 2009.

25. Reyes A. Factores Asociados a la Deserción de las Sesiones Educativas de Psicoprofilaxis Obstétrica en Primigestas Atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Tesis de Bachiller en Obstetricia. Lima – Perú 2014. [base de datos en línea]. 2015 [fecha de acceso 07 de agosto de 2017]Url disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/4013>

XI. ANEXOS.

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Responsable

Yo doy mi autorización para participar de la encuesta realizada por las Bachilleres de la Escuela de Obstetricia para el estudio: Calidad de atención y abandono de gestantes al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica HOSPITAL SAGARO II -1 TUMBES 2017.

A través de la presente daré a conocer información verdadera al responder las preguntas y las entrevistadoras guardarán confidencialidad acerca de los datos obtenidos, la información que suministre no será revelada a nadie, ni seré identificada cuando se den a conocer los resultados del estudio y estos sean publicados. La entrevista me será aplicada con una duración aproximada de entre 15 y 20 minutos aproximadamente.

Teniendo claro lo anteriormente expuesto y con toda la autonomía para tomar la decisión doy la autorización totalmente voluntaria para que los datos que proporcione hagan parte del estudio.

Tumbes,de....., 2017.

Firma

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO SOBRE LA ATENCION PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA BRINDADA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SAGARO II-1

Estimada señora:

Somos Bachilleres en Obstetricia de la Universidad Nacional de Tumbes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Obstetricia. Estamos realizando una encuesta sobre la percepción de calidad y abandono al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. Los datos que pretendemos recolectar en esta encuesta mediante la información que usted nos brindara serán de suma importancia, porque permitirá sentar las bases para una mejora de estos servicios.

A continuación proseguimos con la realización de la encuesta.

DATOS PERSONALES:

1. Edad: (_____)
2. Gesta (____)
4. Para (_____)
5. Ocupación (_____)
6. Grado de instrucción (_____)

INFORMACIÓN INHERENTE A LA CALIDAD DE ATENCIÓN:

1. Insatisfecho (I)
2. Ni Satisfecho/ Ni insatisfecho (NS-I)
3. Satisfecho (S)
4. Totalmente Satisfecho (TS)

Nº	Proposiciones	TS	S	NS/I	I
ct1	El Programa de Psicoprofilaxis obstétrica se encuentra limpio antes de realizar cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica.				
ct2	El material didáctico y de escritorio, que se utiliza durante cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrico son prácticos, utilizables y entendibles.				
ct3	Al ingresar al ambiente de Psicoprofilaxis Obstétrica, el obstetra lo recibe con gentileza.				
f4	Desde la primera sesión de psicoprofilaxis obstétrica, la atención que le ofrece el obstetra es agradable.				
f5	En las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica el/la obstetra a cargo le brinda importancia a las necesidades de la gestante				
f6	Al asistir al Consultorio de Psicoprofilaxis Obstétrica usted sintió que lo ayudó a su estado de salud.				
rc7	Las sesiones programadas de Psicoprofilaxis Obstétrica son realizadas en el turno programado.				

RC8	Las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica finalizan según el cronograma establecido previo coordinación con la gestante.				
RC9	Se le informa de cualquier cambio en el horario de las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica				
C10	Las obstetras son muy amables con las gestantes al inicio, durante y final de cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica.				
C11	Cuando se presentan dudas al inicio, durante o final de cada sesión el obstetra está siempre dispuesto a aclarar sus dudas con rapidez.				
C12	El obstetra crea un ambiente que le inspira confianza al inicio, durante y final de cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica.				
CR13	La imagen del obstetra en cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica es positiva.				
CR14	El servicio brindado por el obstetra es el correcto que no existen dudas para seguir asistiendo al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica.				
CR15	El obstetra encargado del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica tiene habilidad para explicarle la importancia de cada ejercicio que se realiza.				
S16	Los conocimientos que se imparten durante las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica, usted los considera seguros de aplicar.				
S17	La obstetra responde apropiadamente a las inquietudes al inicio, durante y final de cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica.				
S18	Al inicio, durante y final de cada sesión se brinda explicaciones suficientes a la gestante sobre los procedimientos que se realizan.				
A19	Los horarios de atención al programa de psicoprofilaxis obstétrica se ajustan a su disponibilidad de tiempo.				
A20	La atención durante las sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica es personalizada				
A21	El trámite es sencillo para poder adquirir una cita a dicho programa.				
CM22	La obstetra que le atendió le explicó con palabras fáciles de entender cada procedimiento que se va a realizar en cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica				
CM23	Durante la atención de cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica la obstetra se expresa correctamente.				
CM24	Se encuentra satisfecho con los ejercicios realizados en cada sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica.				
CP25	Se retira usted del consultorio de Psicoprofilaxis Obstétrica habiendo comprendido la sesión realizada.				
CP26	El obstetra le responde adecuadamente las preguntas frecuentes relacionadas a la sesión de Psicoprofilaxis Obstétrica.				
CP27	Cualquier duda de las gestantes durante las sesiones es solucionada por los obstetras con base profesional.				

ANEXO N° 03

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
INFORMACIÓN INHERENTE AL ABANDONO DEL PROGRAMA DE
PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA:**

Asistió a una sesión	
Asistió a dos sesiones	
Asistió a tres, cuatro y quinta sesiones	

**1. Razones porque dejó de asistir al Programa de Psicoprofilaxis
Obstétrica**

- a. No tenía tiempo b. No tenía dinero c. Vivo lejos
d. Por viaje f. No responde a mis expectativas.
f. Otras causas _____

ANEXO N° 04

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS PARA EVALUAR LA VARIABLE SOBRE PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ABANDONO DE GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA HOSPITAL SAGARO II -1 TUMBES 2017.

I. DATOS INFORMATIVOS

TÍTULO DEL PROYECTO:

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ABANDONO DE GESTANTES AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA HOSPITAL SAGARO II -1 TUMBES 2017.

PERSONAL INVESTIGADOR:

AUTORAS: Bach. Obst. MILAGRITOS DEL ROSARIO PAREDES MOGOLLON.

Bach. Obst. DIANA ANITA DIOS MORAN.

ASESORAS :MG. GREVILLI GARCIA GODOS CASTILLO

MG. YOVANY FERNANDEZ BACA MORAN

VARIABLES DE ESTUDIO:

VARIABLE 1: PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

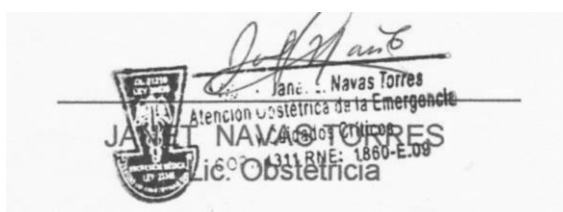
VARIABLE 2: ABANDONO AL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

II. SUGERENCIAS AL INSTRUMENTO

El instrumento de recolección de datos para las variables de la percepción de la calidad de atención y las Actitudes de las gestante sobre el abandono al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, ha sido revisado en su contexto integral, habiéndose planteado sugerencias respecto a la inclusión de algunos ítems que le den mayor consistencia. Luego se ha sugerido se someta a una prueba piloto en una población similar a la que se pretende realizar la investigación.

Cumplido el levantamiento de las sugerencias se ha validado como instrumento a ser utilizado en la presente investigación.

Tumbes, octubre del 2016.



ANEXO N° 05
CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN POR DIMENSIÓN

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	VALORACIÓN POR DIMENSIÓN
Carácter tangible (CT)	1 – 3	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = Ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho
Fiabilidad (F)	4 – 6	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho
Rapidez y/o Capacidad de Respuesta (RC)	7 – 9	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho
Cortesía (C)	10 – 12	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho
Credibilidad (CR)	13 – 15	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho
Seguridad (S)	16 – 18	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho
Accesibilidad (A)	19 – 21	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho

Comunicación (CM)	22 – 24	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho
Fiabilidad (F)	25 – 27	1 – 3 puntos = Insatisfecho 4 – 6 puntos = ni satisfecho/ni insatisfecho 7 – 9 puntos = Satisfecho 10 – 12 puntos = Totalmente satisfecho

ANEXO N° 06

CÁLCULO DE LA PUNTUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN TOTAL

DIMENSIÓN	PREGUNTAS	VALORACIÓN TOTAL
Carácter tangible (CT)	1 – 3	27 – 46 ptos = insatisfecho
Fiabilidad (F)	4 – 6	
Rapidez y/o Capacidad de Respuesta (RC)	7 – 9	47 – 66 ptos = ni insatisfecho/ni satisfecho
Cortesía (C)	10 – 12	
Credibilidad (CR)	13 – 15	67 – 87 ptos = Satisfecho
Seguridad (S)	16 – 18	
Accesibilidad (A)	19 – 21	88 – 108 = Totalmente satisfecho
Comunicación (CM)	22 – 24	
Fiabilidad (F)	25 – 27	

ANEXO N° 07
ANÁLISIS DE FIABILIDAD
ESTADÍSTICOS DE LOS
ELEMENTOS

	Media	Desviación típica	N
P1	2,4444	,72648	9
P2	3,1111	,60093	9
P3	3,2222	,66667	9
P4	3,2222	,83333	9
P5	3,0000	,70711	9
P6	2,8889	,78174	9
P7	2,3333	1,22474	9
P8	2,1111	1,05409	9
P9	2,1111	1,05409	9
P10	3,1111	,33333	9
P11	2,8889	,60093	9
P12	3,2222	,44096	9
P13	3,0000	,70711	9
P14	3,1111	,78174	9
P15	2,8889	,60093	9
P16	2,5556	,72648	9
P17	3,0000	,50000	9
P18	2,8889	,60093	9
P19	2,2222	,97183	9
P20	2,6667	1,00000	9
P21	3,4444	,52705	9
P22	3,1111	,78174	9
P23	3,1111	,33333	9
P24	2,8889	,60093	9
P25	3,1111	,60093	9
P26	3,0000	,50000	9
P27	2,7778	,97183	9

ANEXO N° 08

ESTADÍSTICOS TOTAL-ELEMENTO

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
P1	75,0000	140,000	-,538	.	,932
P2	74,3333	126,250	,346	.	,919
P3	74,2222	129,194	,108	.	,923
P4	74,2222	118,944	,640	.	,915
P5	74,4444	120,028	,694	.	,914
P6	74,5556	115,528	,901	.	,910
P7	75,1111	108,111	,851	.	,910
P8	75,3333	112,000	,814	.	,911
P9	75,3333	112,000	,814	.	,911
P10	74,3333	127,000	,555	.	,918
P11	74,5556	122,528	,631	.	,916
P12	74,2222	123,444	,780	.	,915
P13	74,4444	117,278	,881	.	,911
P14	74,3333	120,500	,592	.	,916
P15	74,5556	124,528	,476	.	,918
P16	74,8889	122,611	,506	.	,917
P17	74,4444	122,528	,768	.	,915
P18	74,5556	125,528	,400	.	,919
P19	75,2222	134,444	-,182	.	,931
P20	74,7778	122,944	,331	.	,922
P21	74,0000	129,500	,125	.	,922
P22	74,3333	117,750	,761	.	,913
P23	74,3333	127,000	,555	.	,918
P24	74,5556	120,778	,768	.	,914
P25	74,3333	119,000	,909	.	,912
P26	74,4444	122,528	,768	.	,915
P27	74,6667	115,000	,736	.	,913

ANEXO N° 09

ESTADÍSTICOS DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,920	,929	27

Al someter el instrumento de recojo de información para determinar la Percepción de la Calidad de Atención y Abandono de Gestantes al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, se obtuvo como resultado de fiabilidad para establecer la correlación entre los ítems a evaluar un Alfa de Cronbach de 0.920 siendo el instrumento válido.

Según criterio general, George y Mallery sugieren las recomendaciones siguientes para evaluar los coeficientes de alfa de Cronbach:

- Coeficiente alfa $>.9$ es excelente.
- Coeficiente alfa $>.8$ es bueno.
- Coeficiente alfa $>.7$ es aceptable.
- Coeficiente alfa $>.6$ es cuestionable.
- Coeficiente alfa $>.5$ es pobre.
- Coeficiente alfa $<.5$ es inaceptables

ANEXO N° 10

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR UNA
ENCUESTA DE PROYECTO DE TESIS**

SEÑOR. OBST. RENDO CABANILLAS GARRIDO
Jefe de Obstetras del H. II-1 “SAGARO” de Tumbes
Ciudad.-

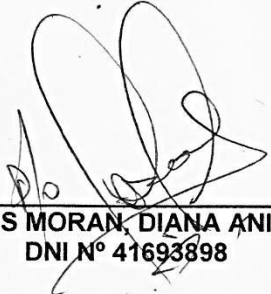
DIOS MORAN, DIANA ANITA y PAREDES MOGOLLÓN,
MILAGRITOS DEL ROSARIO, Bachilleres en Obstetricia de la Facultad de
Ciencias de la Salud, identificado con DNI N° 41693898 y DNI N° 43284319,
ante usted exponemos lo siguiente.

Que a través del presente recurrimos a usted para solicitarle la
autorización correspondiente y al mismo tiempo ordenar a quienes corresponda
nos autoricen a realizar la encuesta del proyecto de Tesis Titulado:
**“PERCEPCION DE CALIDAD DE ATENCION Y ABANDONO AL
PROGRAMA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA,** el cual lo desarrollaremos
en el Hospital de Apoyo II-1 “SAGARO” de Tumbes, en este sentido le
estaremos muy agradecidos por su atención.

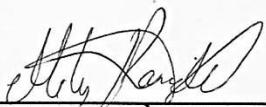
Sin otro particular agradecemos la atención que brinde al presente y
hacemos propicia la oportunidad para expresarle las muestras de nuestra
especial consideración y estima.

Atentamente:

Tumbes, 28 de Junio del 2017



DIOS MORAN, DIANA ANITA
DNI N° 41693898



PAREDES MOGOLLÓN, MILAGROS
DNI N° 43284319

Recibido
30-6-17
