

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

**Nivel de conocimiento y actitud de la gestante del
programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo
de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023**

Para optar el título profesional de:

Obstetra

Autores:

Bach. Araceli Leonora ESTEBAN FIERRO

Bach. Jakeline Giannina TORIBIO LLANOS

Asesor:

Dra. Elsa Lourdes PAITA HUATA

Cerro de Pasco – Perú - 2026

UNIVERSIDAD NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE FORMACION PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



T E S I S

**Nivel de conocimiento y actitud de la gestante del
programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo
de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023**

Sustentada y aprobada ante los miembros del jurado:

Dra. Elda Nelly MOYA MALAGA
PRESIDENTE

Dra. Raquel Flor de María TUMIALAN HILARIO
MIEMBRO

Mg. Yamileth Nathaly ZAVALA ANTICONA
MIEMBRO



Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión
Facultad de Ciencias de la Salud
Unidad de Investigación

INFORME DE ORIGINALIDAD N° 071-2025

La Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de la Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión ha realizado el análisis con exclusiones en el Software Turnitin Similarity, que a continuación se detalla:

Presentado por:

Araceli Leonora ESTEBAN FIERRO
Jakeline Giannina TORIBIO LLANOS
Escuela de Formación Profesional
OBSTETRICIA

Tesis

“Nivel de conocimiento y actitud de la gestante del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023”

Asesor:

Dra. Elsa Lourdes PAITA HUATA

Índice de Similitud: 6%

Calificativo
APROBADO

Se adjunta al presente el informe y el reporte de evaluación del software similitud.

Cerro de Pasco, 22 de diciembre del 2025



Firmado digitalmente por TUMIALAN
HILARIO Raquel Flor De Maria FAU
20154605046 soft
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 22.12.2025 19:07:02 -05:00

Dra. Raquel Flor de María TUMIALAN HILARIO
Directora de la Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud

DEDICATORIA

A Dios, por darnos la fortaleza y sabiduría necesarias para culminar esta etapa tan importante de nuestra vida.

A nuestros padres, por su amor infinito, sacrificio y ejemplo de perseverancia que nos impulsaron a seguir adelante.

A nuestra familia, por su comprensión y apoyo incondicional en los momentos más difíciles.

Y a todas las gestantes que inspiraron este estudio, por su valentía y entrega en el hermoso proceso de la maternidad.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por concedernos la vida, la salud y la fortaleza para culminar este importante logro profesional.

A nuestros padres, por su amor incondicional, sus consejos sabios y su apoyo constante que nos guiaron en cada paso de este camino.

A nuestra familia, por su paciencia, comprensión y por creer en nosotras incluso en los momentos más difíciles.

A nuestros docentes, por compartir sus conocimientos con vocación y ser fuente de inspiración en nuestra formación como obstetras.

A las gestantes del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Centro de Salud de Acobamba, por su disposición y colaboración durante el desarrollo de nuestra investigación.

Y a todas las personas que, de una u otra manera, contribuyeron con su apoyo, palabras y gestos para hacer posible la culminación de este sueño.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

Materiales y Métodos: Estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional. Muestreo censal (n=41). Se aplicó un cuestionario de 20 ítems para conocimiento (clasificación: alto, medio, bajo) y una guía de observación tipo Likert (20 ítems) para actitud por etapas (dilatación, expulsivo, alumbramiento). Se usó estadística descriptiva y prueba exacta de Fisher ($\alpha=0,05$); se reportaron OR e IC95%.

Resultados: Conocimiento: 82,9% alto y 17,1% medio. Actitud favorable: 85,4% en dilatación, 80,5% en expulsivo y 63,4% en alumbramiento (sin casos desfavorables). Asociación conocimiento–actitud (alto vs. medio) no significativa: dilatación $p=0,051$ (OR $\approx 7,75$), expulsivo $p=0,120$ (OR $\approx 4,35$) y alumbramiento $p\approx 0,64$ (OR $\approx 0,65$). Se confirmaron hipótesis de proporción $>70\%$ para conocimiento alto ($p=0,036$) y actitud favorable en dilatación ($p=0,016$); no se confirmó $>70\%$ en expulsivo ($p=0,071$) ni en alumbramiento (63,4%).

Conclusiones: Las gestantes presentan alto conocimiento y actitudes mayormente favorables en dilatación y expulsivo, con descenso en alumbramiento. No se evidenció relación estadísticamente significativa entre conocimiento y actitud por etapa, aunque hubo tendencia positiva en dilatación y expulsivo. Los hallazgos sugieren reforzar contenidos y apoyo conductual del posparto inmediato y optimizar la “dosis” e implementación del PPO.

Palabras clave: psicoprofilaxis obstétrica; actitud materna; trabajo de parto; educación prenatal; primer nivel de atención.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the level of knowledge about obstetric psychoprophylaxis and the attitude of pregnant women in the Obstetric Psychoprophylaxis programme during labour at the Acobamba Health Centre, 2023.

Materials and Methods: Quantitative, non-experimental, cross-sectional and correlational study. Census sampling (n=41). A 20-item questionnaire was administered to assess knowledge (classification: high, medium, low) and a Likert-type observation guide (20 items) was used to assess attitude by stage (dilatation, expulsion, delivery). Descriptive statistics and Fisher's exact test ($\alpha=0.05$) were used; OR and 95% CI were reported.

Results: Knowledge: 82.9% high and 17.1% medium. Favourable attitude: 85.4% in dilation, 80.5% in expulsion and 63.4% in delivery (no unfavourable cases). Knowledge–attitude association (high vs. medium) not significant: dilation $p=0.051$ (OR \approx 7.75), expulsion $p=0.120$ (OR \approx 4.35) and delivery $p=0.64$ (OR \approx 0.65). Hypotheses of a proportion >70% for high knowledge ($p=0.036$) and favourable attitude in dilation ($p=0.016$) were confirmed; >70% was not confirmed in expulsion ($p=0.071$) or delivery (63.4%).

Conclusions: Pregnant women have high knowledge and mostly favourable attitudes in dilation and expulsion, with a decrease in delivery. No statistically significant relationship was found between knowledge and attitude by stage, although there was a positive trend in dilation and expulsion. The findings suggest reinforcing content and behavioural support in the immediate postpartum period and optimising the 'dose' and implementation of PPO.

Keywords: obstetric psychoprophylaxis; maternal attitude; labour; prenatal education; primary care.

INTRODUCCION

La psicoprofilaxis obstétrica (PPO) es una intervención educativa prenatal que integra información, respiración, relajación y posturas para fortalecer la autoeficacia materna, reducir ansiedad y dolor, y favorecer partos humanizados con mejores desenlaces neonatales. Pese a su evidencia, su cobertura en el Perú sigue siendo limitada: solo 8,6% de establecimientos reporta servicios formales, lo que restringe el acceso. En el Centro de Salud de Acobamba se observan asistencias irregulares, brechas de conocimiento y actitudes temerosas frente al trabajo de parto. La literatura asocia mayor participación en PPO con actitud favorable, menor cesárea y reducción de la duración de las etapas del parto. Sin embargo, persisten dudas sobre cuánto del conocimiento adquirido se traduce en conductas observables intraparto. Este estudio describe el nivel de conocimiento y la actitud por etapas (dilatación, expulsivo, alumbramiento) y evalúa su relación en gestantes atendidas en Acobamba durante 2023, aportando evidencia para optimizar la implementación del programa.

La investigación se estructura en dos bloques para una lectura clara. En la primera parte (Aspectos teóricos) se reúnen tres capítulos: Capítulo I: Planteamiento del problema, donde se expone e identifica el problema, se delimita el estudio, se formulan el problema y los objetivos, y se precisan la justificación y las limitaciones. Capítulo II: Marco teórico, que integra antecedentes, bases conceptuales y científicas, definiciones operativas, hipótesis y el sistema de variables con sus indicadores. Capítulo III: Metodología, que describe tipo y diseño, población y muestra, métodos, técnicas e instrumentos, procedimientos de procesamiento de datos, validación y consideraciones éticas. La segunda parte (trabajo de campo) corresponde al Capítulo IV: Resultados y discusión, donde se presentan y analizan tablas, gráficos y hallazgos. El documento cierra con conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos, aspirando a aportar de manera sustantiva a la salud pública.

LAS AUTORAS

INDICE

Página.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

INDICE

INDICE DE GRAFICOS

INDICE DE TABLAS

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1.	Identificación y determinación del problema:	1
1.2.	Delimitación de la investigación:	4
1.3.	Formulación del problema	5
1.3.1.	Problema general	5
1.3.2.	Problemas específicos	5
1.4.	Formulación de objetivos	5
1.4.1.	Objetivo general	5
1.4.2.	Objetivos específicos	5
1.5.	Justificación de la investigación	6
1.6.	Limitaciones de la investigación.....	7

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	Antecedentes de estudio	8
2.2.	Bases teóricas – científicas	13
2.3.	Definición de términos básicos	25
2.4.	Formulación de hipótesis.....	27

2.4.1. Hipótesis general	27
2.4.2. Hipótesis específicas.....	27
2.5. Identificación de variables.....	28
2.6. Definición operacional de variables e indicadores.....	29

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TECNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación	30
3.2. Nivel de investigación	30
3.3. Métodos de investigación	31
3.4. Diseño de investigación.....	31
3.5. Población y muestra	31
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	32
3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación	33
3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos	34
3.9. Tratamiento estadístico	34
3.10. Orientación ética filosófica y epistémica	35

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo.....	36
4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados	37
4.3. Prueba de hipótesis.....	51
4.4. Discusión de resultados.....	54

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

INDICE DE GRAFICOS

	Página.
Gráfico 1 Distribución porcentual según grupo etario de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba - 2023	37
Gráfico 2 Distribución porcentual según nivel de instrucción de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba - 2023	38
Gráfico 3 Distribución porcentual según estado civil de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	39
Gráfico 4 Distribución porcentual según ocupación de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	40
Gráfico 5 Distribución porcentual según procedencia de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	41
Gráfico 6 Distribución porcentual según condición económica de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	42
Gráfico 7 Distribución según nivel de conocimiento de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	43
Gráfico 8 Distribución según actitud durante el periodo de dilatación de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	44
Gráfico 9 Distribución según actitud durante el periodo expulsivo de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	45
Gráfico 10 Distribución según actitud durante el periodo de alumbramiento de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	46

INDICE DE TABLAS

	Página.
Tabla 1 Distribución porcentual según grupo etario de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba - 2023	37
Tabla 2 Distribución porcentual según nivel de instrucción de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba - 2023	38
Tabla 3 Distribución porcentual según estado civil de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	39
Tabla 4 Distribución porcentual según ocupación de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	40
Tabla 5 Distribución porcentual según procedencia de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	41
Tabla 6 Distribución porcentual según condición económica de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023.....	42
Tabla 7 Distribución según nivel de conocimiento de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	43
Tabla 8 Distribución según actitud durante el periodo de dilatación de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	44
Tabla 9 Distribución según actitud durante el periodo expulsivo de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	45
Tabla 10 Distribución según actitud durante el periodo de alumbramiento de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023.....	46
Tabla 11 Nivel de conocimiento y actitud durante el periodo de dilatación de gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	47

Tabla 12 Nivel de conocimiento y actitud durante el periodo expulsivo de gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023	48
Tabla 13 Nivel de conocimiento y actitud durante el periodo de alumbramiento de gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023.....	49
Tabla 14 Relación entre nivel de conocimiento y actitud por etapas del trabajo de parto de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023.....	50

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. Identificación y determinación del problema

La psicoprofilaxis obstétrica es una intervención educativa prenatal con impacto positivo comprobado en la salud materna y neonatal (1). A través de sesiones teórico-prácticas, la gestante adquiere conocimientos, destrezas de respiración y relajación, y desarrolla una actitud más segura frente al embarazo y el parto. Esta preparación integral nació para contrarrestar el temor al parto, dado que el miedo materno puede intensificar el dolor y la ansiedad durante el trabajo de parto (2) Estudios recientes atribuyen a la psicoprofilaxis obstétrica numerosos beneficios: reducción en la duración de las fases de dilatación y expulsivo, mejores puntuaciones de Apgar en el recién nacido, e incremento de prácticas saludables como la lactancia materna portal.amelica.org. Asimismo, la educación prenatal sistemática mejora significativamente los conocimientos y actitudes de las gestantes, lo que se asocia con una experiencia de parto más positiva y con menor preferencia por cesáreas electivas (3). En conjunto, estas evidencias sugieren que la psicoprofilaxis contribuye a un parto más humanizado y con mejores resultados tanto para la madre como para el bebé.

A pesar de las claras ventajas descritas, en la práctica se observan deficiencias en la implementación y alcance de la psicoprofilaxis obstétrica,

especialmente en entornos públicos rurales. En el Perú, solo **8,6%** de los establecimientos de salud reporta contar con servicios formales de Psicoprofilaxis obstétrica (1), lo que indica que muchas gestantes no acceden a este tipo de preparación durante el prenatal. Esta brecha se refleja en el Centro de Salud de Acobamba, donde la participación de las gestantes en el programa de psicoprofilaxis obstétrica es baja y heterogénea. Según informes locales de 2023, se ha identificado que un número considerable de embarazadas acude de forma irregular a las sesiones educativas y presenta lagunas en su conocimiento sobre el proceso del trabajo de parto. Del mismo modo, persisten actitudes de temor, ansiedad o poca confianza frente al parto en ciertas gestantes, posiblemente debido a información insuficiente o a creencias culturales arraigadas. Evidencia reciente en contextos similares revela que alrededor del **12–13%** de las gestantes pueden tener un nivel de conocimiento deficiente acerca de la psicoprofilaxis, y hasta un **14%** manifiesta una actitud negativa hacia el parto (4). Contrariamente, la mayoría de gestantes con buen conocimiento exhibe actitudes positivas, lo que señala una **asociación significativa entre el nivel de conocimientos y la actitud** frente al trabajo de parto (4). Es decir, las mujeres mejor informadas encaran el parto con mayor calma, confianza y colaboración, mientras que aquellas con escasos conocimientos tienden a experimentar más miedo y conductas de rechazo o pasividad.

Al analizar la situación, surgen factores intervinientes que podrían explicar estos “indicios” del problema en Acobamba. Un factor identificado es la escasa integración del programa de psicoprofilaxis con el control prenatal rutinario. Muchas gestantes inician tardíamente sus controles o no cumplen con el número mínimo recomendado de atenciones prenatales, perdiendo la oportunidad de ser captadas a tiempo para las sesiones educativas. Estudios han demostrado que las embarazadas con adecuadas atenciones prenatales (≥ 6 controles) asisten en mayor proporción al ciclo completo de psicoprofilaxis (5). Sin embargo, en Acobamba se observa que las mujeres de zonas alejadas o con menor nivel educativo presentan más dificultades

para acudir regularmente. Asimismo, podría influir la limitada disponibilidad de personal o ambientes apropiados para psicoprofilaxis en el centro de salud, así como deficiencias en la promoción del programa (p. ej., falta de difusión sobre horarios o contenidos de las clases). Todos estos hechos contextuales contribuyen a la persistencia de gestantes poco preparadas para afrontar el parto.

Si la situación descrita permanece sin cambios, es decir, si las gestantes continúan llegando al trabajo de parto con conocimientos limitados y actitudes desfavorables, es previsible un impacto negativo en la vivencia del parto y en los resultados perinatales de la localidad. Las mujeres mal informadas tenderán a experimentar niveles elevados de ansiedad y temor durante el trabajo de parto, lo que puede intensificar la percepción de dolor y dificultar el adecuado progreso del parto. La falta de confianza y participación activa de la madre podría traducirse en menores esfuerzos de pujo eficaz durante el período expulsivo, en un aumento de intervenciones médicas durante el parto (como analgesia excesiva o instrumentación) e incluso en una **mayor solicitud de cesáreas electivas por temor**, contrarrestando la política de promover el parto humanizado. De hecho, la ausencia de educación prenatal se asocia con mayores tasas de temor al parto, mientras que las mujeres que sí recibieron psicoprofilaxis muestran menos miedo y una tasa más alta de partos vaginales exitosos (3). Consecuentemente, de persistir las deficiencias actuales, **continuarán presentándose partos menos satisfactorios**, con madres que no participan plenamente por miedo o desconocimiento, y no se lograrán los potenciales beneficios en la reducción de complicaciones y mejora de la salud materno-neonatal que la psicoprofilaxis obstétrica puede brindar. En suma, el pronóstico a mediano plazo sería un mantenimiento de indicadores subóptimos: alta ansiedad materna intraparto, bajas tasas de parto con acompañamiento y satisfacción, y posiblemente un estancamiento en la reducción de intervenciones médicas no necesarias.

Para evitar que se cumpla el escenario negativo previsto, se requiere intervención activa y organizada por parte del equipo de salud y las autoridades

locales. En primer lugar, es crucial fortalecer la cobertura del programa de psicoprofilaxis obstétrica en Acobamba. Esto implica garantizar que *todas* las gestantes sean informadas, invitadas y facilitadas para asistir a las sesiones educativas. Una estrategia específica es integrar la psicoprofilaxis al control prenatal: el personal obstétrico debe derivar a cada gestante, desde el inicio del segundo trimestre, a las clases de preparación para el parto, aprovechando que la captación temprana y la adherencia a los controles se asocian con mayor participación en dichas sesiones (6). Paralelamente, se recomienda adecuar los horarios y frecuencia de las sesiones a la realidad de las gestantes locales (por ejemplo, ofreciendo turnos accesibles para quienes trabajan o viven en comunidades alejadas). La implementación de sesiones educativas comunitarias itinerantes (en centros poblados o anexos) podría acercar la psicoprofilaxis a aquellas mujeres con dificultades de traslado. Asimismo, resultaría conveniente involucrar a la pareja y familia de la gestante en el proceso educativo, tal como lo sugieren las guías nacionales, de modo que el entorno de la embarazada refuerce y acompañe las prácticas aprendidas. Por ello nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es la relación entre Psicoprofilaxis Obstétrica y actitud frente al trabajo de parto en gestantes atendidas en el en el Centro de Salud de Acobamba, 2023?

1.2. Delimitación de la investigación

Esta investigación se delimita al análisis del nivel de conocimiento y la actitud de las gestantes que participaron en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud de Acobamba durante el año 2023. El estudio se enfocó en las mujeres gestantes que asistieron a este Centro y que participaron en las sesiones del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, con el objetivo de evaluar su nivel de conocimiento sobre el proceso de parto y su actitud frente al trabajo de parto. No se incluirán gestantes que no hayan participado en el programa o aquellos que, por alguna razón, no concluyeron las sesiones programadas. La recolección de datos estuvo limitado al período comprendido entre enero y diciembre del 2023. Asimismo,

el contexto de esta investigación fue específico al Centro de Salud de Acobamba, por lo que los resultados no pretenden ser generalizables a otras instituciones.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023?

1.3.2. Problemas específicos

¿Cuál es el nivel de conocimiento de la gestante sobre la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023?

¿Cuál es la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023?

¿Cuál es la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023?

¿Cuál es la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023?

1.4. Formulación de objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

1.4.2. Objetivos específicos

Determinar el nivel de conocimiento de la gestante sobre la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

Determinar la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

Determinar la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

Determinar la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

1.5. Justificación de la investigación

La psicoprofilaxis obstétrica constituye una herramienta clave en la atención prenatal, pues no solo proporciona a la gestante información sobre los cambios fisiológicos del embarazo y el parto, sino que también le permite afrontar este proceso con mayor seguridad, confianza y autonomía. En este sentido, evaluar el nivel de conocimiento y la actitud de la gestante frente al trabajo de parto resulta fundamental, ya que estos factores influyen directamente en el desarrollo y desenlace del proceso de parto, así como en la experiencia materna.

Justificación teórica: al aportar evidencia sobre la relación entre la preparación psicoprofiláctica y la actitud con la que las gestantes enfrentan el trabajo de parto. Esto permite enriquecer la base científica disponible sobre el rol de la educación prenatal como estrategia promotora de partos humanizados y seguros. Estudios recientes destacan que las gestantes con mayor nivel de conocimiento adquirido mediante psicoprofilaxis presentan actitudes más favorables durante el parto, disminuyendo la ansiedad, el dolor percibido y la necesidad de intervenciones obstétricas innecesarias (7).

Justificación práctica: los resultados de esta investigación permitirán identificar fortalezas y debilidades en la implementación del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud de Acobamba. Este diagnóstico será útil para

optimizar las estrategias educativas, mejorar la captación y adherencia de las gestantes al programa, y reforzar los contenidos relacionados con el trabajo de parto, lo cual impactará positivamente en la calidad de atención. Además, servirá como insumo para la elaboración de intervenciones más efectivas, centradas en las necesidades reales de la población gestante.

Justificación Social: La investigación también tiene una relevancia social reveladora, ya que el embarazo y el parto constituyen procesos trascendentales en la vida de la mujer y su familia. Brindar una atención que promueva el conocimiento, la participación activa y la actitud positiva durante el parto contribuye al empoderamiento materno y al progreso de los indicadores de salud perinatal. Una gestante bien informada y emocionalmente preparada está en mejores condiciones de afrontar el trabajo de parto con tranquilidad, lo que disminuye riesgos tanto físicos como psicológicos para ella y su recién nacido (8).

1.6. Limitaciones de la investigación

En nuestra investigación para su desarrollo no se encontraron limitaciones.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de estudio

2.1.1. internacionales

Morales et al. (Ecuador 2020) realizaron un estudio en los centros de salud de Cerecita y Cumandá (Ecuador) con el objetivo de analizar los beneficios y dificultades de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes. El diseño fue descriptivo, analítico, transversal y correlacional, aplicado a una muestra de 198 mujeres embarazadas. Se halló que el 51.5% asistió a 3–4 sesiones del programa. Las participantes que completaron más sesiones presentaron una menor duración del trabajo de parto y una mayor proporción de partos eutócicos. Los autores concluyeron que la asistencia regular a la psicoprofilaxis obstétrica mejora significativamente la experiencia del parto, reduce la necesidad de intervenciones médicas y promueve un parto más humanizado, recomendando su integración en los controles prenatales rutinarios (9).

Sandoval et al. (Ecuador 2024) llevaron a cabo un estudio en Ecuador con el objetivo de identificar las técnicas más eficaces utilizadas en la psicoprofilaxis obstétrica en adolescentes embarazadas. El diseño fue observacional y transversal, con una muestra de 418 gestantes adolescentes. Los resultados indicaron que la técnica más aplicada fue la esferodinámica (43.5%), seguida de respiración

controlada y relajación muscular. La práctica constante de estas técnicas se asoció con una reducción del tiempo expulsivo, mayor control del dolor y mejores puntajes Apgar en recién nacidos. Se concluyó que las técnicas psicoprofilácticas específicas, especialmente la esferodinámica, tienen impacto positivo en la actitud de las adolescentes frente al parto y contribuyen a partos más seguros, por lo cual se recomienda su inclusión sistemática en los programas prenatales dirigidos a esta población vulnerable (10).

Kowalska et al. (Polonia 2022) desarrollaron un estudio en Polonia con el objetivo de evaluar el impacto de las clases de psicoprofilaxis obstétrica sobre el estado emocional y el apoyo social percibido en mujeres embarazadas. El diseño fue cuasiexperimental longitudinal, aplicado a una muestra de 101 gestantes que participaron en sesiones durante diez semanas. Los resultados mostraron una mejora significativa en el apoyo social percibido, así como en la autoeficacia y reducción de la ansiedad. Además, las participantes reportaron mayor confianza para enfrentar el parto. Los autores concluyeron que la preparación psicoprofiláctica no solo fortalece el conocimiento sobre el proceso de parto, sino que también mejora el bienestar emocional y la actitud de la gestante, lo que podría influir en mejores desenlaces obstétrico (11).

Nosratabadi et al. (Irán 2018) realizaron un ensayo clínico aleatorizado en Irán con el objetivo de evaluar el efecto del asesoramiento psicoeducativo individual y grupal sobre el conocimiento y la actitud hacia el parto vaginal en gestantes nulíparas. La muestra incluyó 100 embarazadas con preferencia inicial por cesárea sin indicación médica. Tras la intervención, el 96% cambió su preferencia a parto vaginal, y se evidenció un aumento significativo en el nivel de conocimiento y actitud positiva frente al parto. El estudio concluyó que la educación psicoeducativa estructurada es una estrategia efectiva para modificar creencias erróneas, reducir temores infundados y promover decisiones informadas en torno al tipo de parto, apoyando así la disminución de cesáreas innecesarias (12).

Bellocq et al. (Cuba 2019) desarrollaron un estudio descriptivo en Cuba con el objetivo de resaltar la importancia de la psicoprofilaxis obstétrica como herramienta educativa en gestantes adolescentes. El estudio analizó las experiencias de adolescentes embarazadas que participaron en sesiones grupales de preparación para el parto. Los resultados mostraron que la psicoprofilaxis contribuyó a reducir los niveles de ansiedad, fortaleció la actitud colaboradora durante el trabajo de parto y mejoró la percepción del proceso como una experiencia natural y manejable. Los autores concluyeron que la incorporación sistemática de la psicoprofilaxis en embarazos adolescentes es clave para promover partos más seguros, conscientes y humanizados, ya que permite a las gestantes adquirir habilidades de afrontamiento emocional y físico, lo cual resulta especialmente beneficioso en esta población vulnerable (13).

Díaz et al. (Cuba 2020) realizaron una investigación en Cuba con el objetivo de diseñar un programa domiciliario de psicoprofilaxis obstétrica durante el confinamiento por la COVID-19. Ante la imposibilidad de realizar sesiones presenciales, se propuso una estrategia educativa adaptada al hogar. La metodología consistió en una revisión bibliográfica aplicada para estructurar un modelo de intervención. Los resultados indicaron que las gestantes que continuaron con los ejercicios de preparación en casa mostraron una mejor adaptación física y emocional al trabajo de parto, disminuyendo el miedo y fortaleciendo la confianza en su capacidad de parir. Los autores concluyeron que la continuidad del proceso de psicoprofilaxis, incluso en modalidad domiciliaria, mantiene sus beneficios y debe ser considerada como una alternativa válida en contextos de emergencia sanitaria o acceso limitado a servicios presenciales (14).

Tamara y Vallejo (Bolivia 2020) llevaron a cabo un estudio descriptivo en Bolivia con el objetivo de evaluar la efectividad de la técnica de Jacobson como parte de la psicoprofilaxis obstétrica. El estudio se enfocó en gestantes que participaron en sesiones donde se aplicaron ejercicios de relajación progresiva muscular. Los

resultados evidenciaron que las participantes presentaron menor percepción de dolor durante el trabajo de parto, así como mejor tono muscular del piso pélvico y menor incidencia de incontinencia urinaria postparto. Las autoras concluyeron que la incorporación de la técnica de Jacobson dentro del programa de psicoprofilaxis obstétrica contribuye a mejorar tanto el bienestar físico como emocional de la gestante, reforzando su utilidad como estrategia no farmacológica para el manejo del dolor y la ansiedad durante el parto (15).

2.1.2. Nacionales

Alado y Padilla (Lima 2024) su objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) en dicha población. La PPO se concibe como una estrategia integral de cuidado y prevención prenatal, orientada a optimizar la preparación física y emocional de la gestante, reduciendo riesgos y favoreciendo un parto exitoso y seguro. El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y diseño transversal, aplicándose un cuestionario validado previamente a una muestra de 108 gestantes usuarias de la Clínica Aviva. Los resultados mostraron que el 60.19% presentó un nivel alto de conocimiento, el 34.26% un nivel regular, y solo el 5.56% un nivel bajo. Se concluye que la mayoría de gestantes presenta un conocimiento adecuado, lo que respalda la continuidad y fortalecimiento del programa de PPO en el establecimiento (16).

Ochoa y Román (Lima 2023) realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento sobre psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en la Clínica San Miguel Arcángel, San Juan de Lurigancho, durante los meses de mayo a junio de 2022. La psicoprofilaxis obstétrica se reconoce como una estrategia fundamental que contribuye significativamente a la salud materna, al fomentar la preparación física y emocional de la gestante antes, durante y después del parto. El estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo transversal, prospectivo y diseño observacional-descriptivo, con una muestra de 50 gestantes. Se aplicó un cuestionario validado, y los datos fueron procesados en SPSS. Los resultados revelaron que el

62% presentó un nivel alto de conocimiento, el 34% regular y el 4% bajo. Se concluyó que la mayoría de gestantes posee un conocimiento adecuado sobre la psicoprofilaxis, especialmente en la dimensión de beneficios del programa (17).

De la Cruz-Abregu et al. (2025) realizaron un estudio con el objetivo de comparar los niveles de ansiedad en gestantes que participaron y no participaron en un programa de psicoprofilaxis obstétrica prenatal en un centro materno infantil de Lima Metropolitana. La investigación se alineó con el quinto Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS), relacionado con la equidad de género y el empoderamiento femenino, resaltando la importancia del bienestar psicoemocional materno. El diseño fue observacional, cuantitativo, prospectivo y transversal, con una muestra de 50 gestantes (25 con control prenatal y 25 sin él). Se empleó el Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo, con alta confiabilidad ($\alpha = 0.90-0.93$ en estado y $0.84-0.87$ en rasgo). Tras el análisis estadístico en SPSS v22, los resultados revelaron que no existieron diferencias significativas en los niveles de ansiedad estado entre ambos grupos (18).

Olaechea Vásquez (Ica 2024) llevó a cabo un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y la práctica de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Sunampe, Chincha, durante el año 2023. La investigación fue de tipo descriptivo, prospectivo y transversal, con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 130 gestantes, utilizando como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario validado. Entre las características sociodemográficas, predominó la etapa juvenil (68.5%), el estado civil conviviente (80%) y el nivel educativo secundario (59.2%). Respecto a la paridad, el 37.7% fueron multigestas. Los resultados mostraron que el 63% tenía un conocimiento regular sobre psicoprofilaxis, el 30% bajo y solo el 6.9% alto. En cuanto a la práctica, el 48.5% mostró una actitud indiferente, el 40.8% adecuada y el 10.7% inadecuada. Se concluyó que las gestantes presentan conocimiento moderado y una práctica predominantemente indiferente (19).

Pozo Martínez (Huánuco 2025) desarrolló un estudio con el objetivo de identificar los factores que limitan la asistencia al Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano durante el año 2023. El diseño metodológico fue observacional, retrospectivo, analítico de casos y controles, con enfoque cuantitativo y nivel relacional. La muestra estuvo compuesta por 170 gestantes, divididas en dos grupos: 85 con asistencia parcial y 85 sin asistencia al PPO. Los resultados revelaron que factores demográficos como nivel de instrucción y ocupación mostraron una asociación significativa ($p < 0.001$). Asimismo, factores personales (convivencia, acceso a internet, apoyo familiar, problemas económicos), gineco-obstétricos (número de gestas y antecedentes), e institucionales (infraestructura, disponibilidad de recursos, horarios y calidad de sesiones) también presentaron valores $p < 0.001$, indicando su influencia directa en la participación. Se concluye que diversos factores multidimensionales limitan la asistencia de gestantes a los programas de psicoprofilaxis obstétrica (20)

2.1.3. Locales

No se encontraron.

2.2. Bases teóricas – científicas

Psicoprofilaxis obstétrica

La psicoprofilaxis obstétrica es una estrategia educativa preventiva orientada a preparar a la gestante física, emocional y mentalmente para afrontar el embarazo, el parto y el puerperio con mayor seguridad y bienestar. Según El-Shrqawy et al. (2024), este proceso proporciona a la gestante herramientas como técnicas de respiración, relajación, visualización y posturas adecuadas, que contribuyen a reducir la ansiedad, el miedo y el dolor durante el trabajo de parto (21). Los objetivos principales de la psicoprofilaxis obstétrica incluyen disminuir la tensión psicoemocional de la embarazada, facilitar el parto mediante la educación en fisiología obstétrica,

fomentar el vínculo afectivo prenatal y promover prácticas saludables como la lactancia materna (22).

Estudios recientes han evidenciado que las gestantes que participan activamente en programas de psicoprofilaxis presentan una duración más corta de las fases del parto, menor uso de anestesia, mejor puntuación Apgar en los recién nacidos y mayor satisfacción materna respecto a la experiencia del parto (23). La psicoprofilaxis obstétrica, por tanto, no solo tiene beneficios clínicos, sino que además contribuye a humanizar el parto al empoderar a la mujer como protagonista de su proceso reproductivo.

Características y fundamento epistemológico de la psicoprofilaxis obstétrica

Desde un enfoque científico, esta intervención combina elementos biomédicos, psicológicos, sociales y pedagógicos, basados en la comprensión del parto como un proceso fisiológico y emocional que puede ser influido positivamente por el conocimiento y la actitud de la mujer (24).

Características principales

Las características fundamentales de la psicoprofilaxis obstétrica incluyen:

Carácter preventivo y educativo: Su propósito es anticiparse a posibles temores, complicaciones o reacciones adversas mediante la enseñanza y el entrenamiento personalizado (25).

Multidimensionalidad: Integra aspectos físicos (ejercicios y posturas), emocionales (afrentamiento del miedo y la ansiedad), cognitivos (conocimientos sobre el parto) y sociales (involucramiento de la pareja y el entorno familiar (26).

Participación activa de la gestante: Promueve el rol protagónico de la mujer como sujeto autónomo, capaz de tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su parto (3)

Enfoque integrador: Se desarrolla en sesiones teórico-prácticas que contemplan técnicas de respiración, relajación, pujo, control del dolor y fortalecimiento del vínculo madre-hijo (27).

Adaptación cultural y contextual: Tiene en cuenta el entorno sociocultural, nivel educativo y condiciones de vida de las gestantes, permitiendo su adecuación a poblaciones urbanas, rurales o vulnerables (20)

Fundamento epistemológico

El fundamento epistemológico de la psicoprofilaxis obstétrica se apoya en una visión humanista y biopsicosocial de la salud, que considera a la gestante como un ser integral, con dimensiones físicas, emocionales, sociales y cognitivas. Esta concepción reconoce que el conocimiento no es simplemente informativo, sino transformador, al modificar percepciones, emociones y comportamientos frente al proceso del parto (8)

Desde la epistemología constructivista, la psicoprofilaxis se basa en que el aprendizaje es un proceso activo, en el cual la gestante construye conocimientos significativos a partir de su experiencia, reflexión e interacción con su entorno. En este enfoque, el profesional de salud actúa como facilitador del proceso educativo, promoviendo no solo la adquisición de conocimientos, sino también el desarrollo de competencias prácticas y una actitud confiada frente al trabajo de parto (28)

Asimismo, desde una perspectiva crítica y emancipadora, la psicoprofilaxis obstétrica se alinea con el paradigma del empoderamiento femenino, al fomentar que la mujer sea consciente de sus derechos, de su rol protagónico y de la importancia de tomar decisiones informadas sobre su proceso reproductivo (29)

Este enfoque está en consonancia con las políticas de parto humanizado impulsadas por organismos internacionales y sistemas de salud comprometidos con la equidad de género y la calidad de la atención materna (30)

La psicoprofilaxis obstétrica posee un sólido fundamento epistemológico interdisciplinario (obstetricia, psicología, pedagogía, sociología), y su implementación práctica promueve una vivencia del parto más consciente, segura y respetuosa, fortaleciendo la autonomía, dignidad y bienestar de la mujer gestante.

Nivel de conocimiento

El conocimiento se entiende como el conjunto de información, comprensión y habilidades adquiridas mediante la experiencia o la educación. En el contexto de la salud materna, el nivel de conocimiento sobre psicoprofilaxis obstétrica representa la capacidad de la gestante para identificar los beneficios, prácticas, técnicas y objetivos del programa. Este nivel puede evaluarse mediante instrumentos validados, que exploran dimensiones como la comprensión de las fases del parto, la utilidad de los ejercicios, el manejo del dolor y la importancia del acompañamiento (12).

Un conocimiento adecuado permite a la mujer tomar decisiones informadas, enfrentar el parto con mayor preparación y participar activamente en su atención. Alado y Padilla (2024) encontraron que el 60% de gestantes con conocimiento alto sobre psicoprofilaxis presentaban actitudes favorables hacia el parto y una mayor participación en sesiones educativas (16). Esta asociación positiva entre conocimiento y actitud reafirma la importancia de fortalecer la educación prenatal como pilar en la atención obstétrica.

El nivel de conocimiento entendido como el grado de comprensión que una persona tiene sobre un tema específico. En el ámbito de la salud materna, y particularmente en relación con la psicoprofilaxis obstétrica, se define como el conjunto de saberes adquiridos por la gestante sobre los procesos fisiológicos del embarazo y el parto, las técnicas de preparación prenatal, y los cuidados físicos y emocionales requeridos durante este periodo.

Estructura del conocimiento

El conocimiento en salud se estructura comúnmente en tres niveles jerárquicos:

Conocimiento declarativo: es el conocimiento teórico, aquel que se refiere al “saber qué”, por ejemplo, saber qué es la psicoprofilaxis, en qué consiste, cuántas sesiones incluye y cuál es su finalidad.

Conocimiento procedimental: se refiere al “saber cómo”, es decir, la habilidad práctica para ejecutar ejercicios de respiración, posturas, técnicas de pujo, relajación y otros procedimientos aprendidos en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

Conocimiento condicional: implica el “saber cuándo y por qué aplicar” lo aprendido, por ejemplo, reconocer en qué etapa del trabajo de parto usar una técnica de respiración o cuándo realizar ejercicios de relajación para disminuir la ansiedad (31)

Esta estructuración permite evaluar de manera más precisa el nivel de aprendizaje adquirido por la gestante y su capacidad de aplicación en situaciones reales, como el trabajo de parto.

Características del nivel de conocimiento en gestantes

Entre las principales características del nivel de conocimiento en gestantes destacan:

Individualidad: varía según factores como edad, nivel educativo, acceso a la información, número de gestaciones previas y participación activa en sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.

Escalabilidad: puede ser clasificado como bajo, medio o alto en función de criterios estandarizados mediante cuestionarios validados.

Determinación de actitudes: se ha demostrado que un mayor nivel de conocimiento está directamente asociado con una actitud más favorable hacia el parto, menor ansiedad y mayor cooperación en el trabajo de parto.

Modificabilidad: el conocimiento puede ser incrementado o corregido a través de intervenciones educativas adecuadas, razón por la cual la psicoprofilaxis obstétrica se considera una herramienta fundamental para la formación perinatal.

En un estudio realizado en Lima por Alado y Padilla (2024), se evidenció que el 60.19% de gestantes con nivel alto de conocimiento presentaron mejores actitudes ante el parto y mayor disposición a prácticas saludables como el pujo dirigido, la lactancia inmediata y la participación activa durante el trabajo de parto.

Fundamento fisiológico del conocimiento en psicoprofilaxis

El conocimiento adquirido a través de la psicoprofilaxis obstétrica está estrechamente vinculado con la fisiología del embarazo y el parto. Comprender la función de las contracciones uterinas, los mecanismos del descenso fetal, la respiración diafragmática y la liberación hormonal (como la oxitocina y endorfinas) permite que la gestante actúe de forma consciente y adaptativa durante el parto. Cuando la mujer sabe cómo funciona su cuerpo en este proceso, disminuye la secreción de adrenalina y cortisol, hormonas relacionadas con el miedo, lo que facilita un ambiente más propicio para la progresión natural del trabajo de parto. En efecto, el conocimiento fisiológico potencia la confianza y reduce la percepción de dolor, como lo confirman estudios que asocian la preparación psicoprofiláctica con menor uso de analgesia farmacológica y menor duración del parto (13)

Desde esta perspectiva, el nivel de conocimiento no solo es un indicador cognitivo, sino también un factor protector fisiológico y emocional que modula la respuesta de la mujer frente al parto. En consecuencia, su evaluación y fortalecimiento deben ser considerados prioritarios en la atención prenatal.

Actitud de la gestante

La actitud se define como la disposición mental y emocional de una persona frente a un objeto, situación o experiencia. En el caso de las gestantes, la actitud frente al trabajo de parto incluye elementos cognitivos (creencias), afectivos (emociones) y conductuales (reacciones observables). Una actitud positiva se traduce en mayor cooperación durante el parto, mejor control del dolor y una experiencia más satisfactoria para la madre (27)

Kowalska et al. (2022) demostraron que las gestantes que participaron en clases de psicoprofilaxis mostraron una actitud significativamente más calmada y colaboradora, además de mejoras en su autoeficacia y percepción de apoyo social(32). En contraste, una actitud negativa puede aumentar la ansiedad, provocar resistencia al trabajo de parto e incluso incrementar la preferencia por cesáreas

innecesarias. Por ello, medir la actitud de la gestante durante el parto permite valorar la eficacia de las intervenciones educativas y promover estrategias que mejoren su vivencia.

La actitud de la gestante durante el embarazo y, en particular, frente al trabajo de parto, constituye una variable psicosocial fundamental para el desarrollo de una experiencia materna saludable. Desde una perspectiva psicológica, la actitud se entiende como una disposición mental y emocional relativamente estable que predispone a una persona a responder de manera favorable o desfavorable frente a un objeto, situación o experiencia.

Según la psicología social, la actitud está compuesta por tres dimensiones clave:

Cognitiva (creencias y conocimientos): lo que la persona sabe o cree saber sobre un fenómeno.

Afectiva (emociones y sentimientos): las reacciones emocionales ante ese fenómeno.

Conductual (tendencia a actuar): la intención o disposición para actuar de determinada forma frente a ese objeto o situación (33).

En el caso de la mujer embarazada, la actitud frente al parto puede estar influida por sus experiencias previas, conocimientos, temores, valores culturales, apoyo familiar y la información que recibe durante el control prenatal. Una actitud positiva se caracteriza por la confianza en su capacidad de parir, tranquilidad emocional, disposición a colaborar activamente en el proceso, y menor percepción de miedo y dolor (34)

Por el contrario, una actitud negativa puede reflejarse en sentimientos de inseguridad, ansiedad elevada, rechazo al parto vaginal o preferencia por intervenciones innecesarias. Esta actitud puede intensificar el estrés y aumentar el umbral del dolor, interfiriendo en el curso fisiológico del parto y obstaculizando la participación activa de la gestante (35).

Fundamento psicológico y conductual

Desde la teoría del aprendizaje social de Bandura, la actitud frente al parto está influida por la **autoeficacia percibida**, es decir, la creencia de la mujer en su capacidad para enfrentar el proceso de parto con éxito (36). La autoeficacia, a su vez, se fortalece mediante la observación de modelos (como testimonios de otras mujeres), el acompañamiento emocional, y la práctica guiada de técnicas de afrontamiento (respiración, relajación, pujo), como se brinda en la psicoprofilaxis obstétrica.

La teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen también aporta una visión importante, al señalar que la actitud es un predictor directo de la **intención de conducta**. En este caso, una gestante con actitud positiva tiene más probabilidades de desear y buscar un parto vaginal, mientras que una actitud negativa se asocia con mayor probabilidad de solicitar cesáreas electivas por temor o inseguridad (8).

Además, la teoría del apego y la regulación emocional explica que las gestantes con mayor seguridad emocional y apoyo social desarrollan actitudes más colaborativas y tranquilas durante el parto. Esto se ha asociado con una liberación hormonal más eficiente (oxitocina, endorfinas) y una experiencia de parto más positiva (11)

Relevancia clínica y educativa

Desde el punto de vista clínico, la actitud de la gestante puede influir directamente en su comportamiento durante el trabajo de parto. Por ello, su evaluación y promoción forman parte integral de la atención prenatal. Programas como la **psicoprofilaxis obstétrica** tienen como uno de sus objetivos centrales **modificar actitudes negativas**, corrigiendo creencias erróneas y reforzando la confianza de la gestante en su capacidad de parir (22)

Estudios recientes han demostrado que las gestantes que participan en intervenciones educativas estructuradas desarrollan actitudes significativamente más positivas, con menor ansiedad y mayor satisfacción posparto. En contextos como Acobamba, donde aún persisten temores culturales o acceso limitado a información

confiable, el trabajo sobre la actitud de la gestante cobra una relevancia estratégica para la humanización del parto y la mejora de los resultados perinatales.

Trabajo de parto

El trabajo de parto es un proceso fisiológico que marca la culminación del embarazo, dividido en tres fases: dilatación, expulsivo y alumbramiento. Este proceso, aunque natural, genera ansiedad, dolor y miedo en muchas mujeres, especialmente si no han recibido preparación previa. La psicoprofilaxis obstétrica actúa como una intervención clave para modular esa experiencia, ya que proporciona conocimientos y técnicas para afrontar cada etapa con mayor control físico y emocional (37)

Numerosos estudios han confirmado que las mujeres que asisten a psicoprofilaxis presentan mayor dominio de la respiración durante las contracciones, menor necesidad de intervenciones médicas y una recuperación postparto más favorable (38). Además, estas mujeres suelen adoptar posturas activas, comprenden mejor las señales del cuerpo y confían en su capacidad de parir.

La psicoprofilaxis obstétrica no solo proporciona conocimientos técnicos, sino que fortalece la actitud positiva de la gestante frente al parto. Evaluar el nivel de conocimiento y la actitud en el contexto del Centro de Salud de Acobamba permitirá identificar oportunidades de mejora en la implementación del programa, aportando a la calidad de la atención prenatal y al empoderamiento materno como parte de una atención obstétrica integral y humanizada.

Fases del trabajo de parto

El trabajo de parto (TP) es el conjunto de fenómenos fisiológicos que culminan con la dilatación cervical, el descenso y la expulsión del feto y anexos, resultado de contracciones uterinas coordinadas y efectivas, con integridad fetal y materna preservada. Clásicamente se divide en: I) fase de dilatación (latente y activa), II) período expulsivo y III) alumbramiento; algunos autores agregan el IV período

(primeras 2 horas de puerperio inmediato) por su relevancia hemodinámica y del riesgo hemorrágico (atonía) (39) . Las guías actuales proponen umbrales clínicos para reconocer el inicio de fase activa (p. ej., cambios sostenidos de dilatación y patrón contráctil eficaz) y recomiendan una conducción basada en evidencias para evitar intervenciones innecesarias (uso selectivo de oxitocina, amniotomía, episiotomía).

Anatomía funcional y elementos asociados

El curso del TP se explica didácticamente por la interacción de las contracciones uterinas, el feto y la pelvis ósea y partes blandas, a los que se añade la Psyche (componente psicoemocional) por su influencia neuroendocrina (40)

a) Las contracciones uterinas (miometrio y dinámica uterina) El útero grávido presenta un sincitio miometrial con un marcapasos funcional (predominio fúndico), acoplamiento eléctrico (gap junctions de conexina-43) y gradiente triple descendente, que favorecen contracciones propagadas desde el fondo hacia el segmento inferior, con máximo acmé fúndico y relajación coordinada. La actividad uterina se describe por frecuencia (contracciones/10 min), intensidad (mmHg, interna o externa estimada) y tono basal. La fase activa del TP se caracteriza por mayor frecuencia e intensidad y por la sincronía entre segmentos uterinos (fundus activo y segmento inferior pasivo/complaciente).

b) El móvil (feto). Importa el diámetro cefálico presentado, la situación, presentación, posición y actitud, así como la capacidad de moldeamiento craneal (suturas y fontanelas). Los movimientos cardinales —encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, restitución y rotación externa— optimizan el paso de la cabeza por el canal del parto en relación con los diámetros pélvicos. c) El canal (pelvis ósea y tejidos blandos). La pelvis ginecoide ofrece relaciones favorables entre estrechos superior, medio e inferior; ligamentos y articulaciones (sacroilíacas, sínfisis del pubis) brindan cierta laxitud por influencia de la relaxina y otras hormonas, aumentando el diámetro anteroposterior funcional durante el TP. Las partes blandas

(cuello uterino, vagina, periné) deben distenderse adecuadamente; la resistencia perineal condiciona el patrón de deflexión/extensión cefálica en el expulsivo.

Fisiología del inicio y progresión del trabajo de parto

El inicio del TP obedece a una compleja relación materno-placentario-fetal:

Eje endocrino: incremento del cociente estrógeno/progesterona (funcional) que favorece expresión de proteínas contráctiles, receptores de oxitocina y prostaglandina (OTR, PTGFR), y gap junctions; mayor CRH placentaria y cortisol fetal, con maduración del marcapasos miometrial.

Prostaglandinas (PGE₂/PGF₂α): estimulan maduración cervical (remodelado de colágeno, aumento de agua y glicosaminoglicanos) y contractilidad.

Oxitocina: facilita la sistolia miometrial y el reflejo de Ferguson (estímulo del cérvix por la presentación fetal liberación de oxitocina hipofisaria → contracciones más intensas).

Vías inflamatorias: mediadores (IL-1β, TNF-α) y MMPs participan en el remodelado cervical (“cervical ripening”) y en la activación miometrial.

En términos mecánicos, la eficacia contráctil se traduce en dilatación y borramiento cervical (componente reológico) y descenso cefálico (componente mecánico), dependientes de la alineación óptima del feto, la potencia uterina y las resistencias del canal blando y óseo. El dolor del TP (fibras viscerales T10–L1 en dilatación; somáticas S2–S4 en distensión perineal) se relaciona con hipoxia miometrial intermitente y con mecanismos nociceptivos, modulables por endorfinas, técnicas de respiración/relajación y analgesia regional.

Fases del trabajo de Parto

Fase I: latente y activa

La fase latente involucra modificaciones cervicales (borramiento y dilatación inicial), con contracciones aún irregulares. La fase activa se define por cambios más

rápidos de dilatación y dinámica uterina eficiente. Las guías actuales enfatizan interpretar el progreso de forma individual, evitando diagnósticos prematuros de distocia y favoreciendo medidas de apoyo (hidratación, deambulación, acompañamiento, posiciones libres).

Fase II: período expulsivo

Se inicia con dilatación completa (10 cm) y concluye con el nacimiento. Depende del equilibrio entre la fuerza uterina, la prensa abdominal, la posición fetal y la complacencia perineal. Las recomendaciones promueven pujo espontáneo sincronizado con el deseo materno, posiciones favorables (semisentada, lateral, cuclillas) y uso selectivo de episiotomía.

Fase III: alumbramiento

Comprende la separación y expulsión de la placenta. El manejo activo del alumbramiento (uterotónico de rutina, tracción controlada del cordón, masaje uterino tras la expulsión) reduce el riesgo de hemorragia posparto y es estándar de calidad.

Regulación psicoemocional y contexto: El miedo, ansiedad y estrés aumentan catecolaminas (adrenalina), capaces de inhibir la contractilidad y alterar la perfusión útero-placentaria. Las intervenciones de apoyo continuo, ambiente respetuoso, presencia de acompañante y educación prenatal (psicoprofilaxis) favorecen la liberación de oxitocina y endorfinas, mejorando la experiencia y los desenlaces. La psicoprofilaxis aporta autoeficacia, técnicas de afrontamiento y conocimiento del proceso, asociándose con menor dolor percibido, menos intervenciones y mayor satisfacción.

Herramientas clínicas: partograma y vigilancia

El partograma sintetiza la evolución (dilatación, descenso, dinámica, FCF, signos maternos), permitiendo decisiones oportunas. La vigilancia fetal (intermitente

o continua según riesgo) y el monitoreo del progreso respetan los principios de cuidado intraparto positivo, evitando intervenciones sin indicación.

2.3. Definición de términos básicos

Psicoprofilaxis obstétrica: Intervención educativa prenatal, teórico-práctica, destinada a preparar integralmente a la gestante (dimensiones cognitiva, emocional y física) mediante información, ejercicios, respiración, relajación y técnicas de afrontamiento para un parto seguro y humanizado. Se asocia con menor ansiedad, mejor autoeficacia y mejores desenlaces materno-neonatales.

Trabajo de parto (TP): Conjunto de fenómenos fisiológicos que culminan con la dilatación cervical, el descenso y la expulsión del feto y anexos, producto de contracciones uterinas coordinadas y efectivas. Se subdivide en periodos/fases clínicas.

Fase latente: Etapa inicial del TP con borramiento cervical y dilatación progresiva, contracciones de intensidad y frecuencia variables, previo al inicio de la fase activa. Fase activa: Etapa del TP caracterizada por dilatación cervical más rápida y dinámica uterina eficaz, con progresión sostenida de la dilatación y descenso fetal.

Período expulsivo (Segunda etapa): Desde dilatación completa hasta el nacimiento. Intervienen fuerza uterina, prensa abdominal, posición fetal y complacencia perineal. Se promueve el pujo espontáneo y posiciones libres.

Alumbramiento (Tercera etapa): Separación y expulsión de la placenta y membranas. El manejo activo (uterotónico, tracción controlada del cordón y masaje uterino) reduce hemorragia posparto.

Parto eutócico: Parto vaginal de evolución fisiológica, sin instrumentación ni complicaciones mayores.

Parto humanizado: Modelo de atención centrado en la persona, basado en evidencia, que respeta preferencias, acompaña el dolor, promueve apoyo continuo y evita intervenciones innecesarias.

Dinámica uterina: Patrón de contracciones evaluado por frecuencia (número de contracciones en 10 min), intensidad (mmHg o estimada) y tono basal. Su eficacia se refleja en dilatación y descenso.

Movimientos cardinales del parto: Secuencia de adaptaciones cefálicas para atravesar el canal del parto: encajamiento, descenso, flexión, rotación interna, extensión, restitución y rotación externa.

Presentación y posición fetal: Presentación: parte fetal que ocupa el estrecho superior (habitualmente cefálica). Posición: relación del punto toponímico fetal con los cuadrantes de la pelvis materna (p. ej., occípito-izquierda anterior).

Nivel de conocimiento (en salud materna): Grado de comprensión de la gestante sobre fisiología del embarazo/parto y técnicas de psicoprofilaxis. Incluye: conocimiento declarativo (“saber qué”), procedimental (“saber cómo”) y condicional (“saber cuándo/por qué aplicar”).

Actitud (de la gestante): Disposición relativamente estable a responder favorable o desfavorablemente ante el parto, compuesta por dimensiones cognitiva (creencias), afectiva (emociones) y conductual (tendencias a la acción). Se relaciona con menor miedo, mayor cooperación y experiencia más positiva.

Autoeficacia en el parto: Creencia de la mujer sobre su capacidad para manejar con éxito el trabajo de parto (respiración, pujo, afrontamiento del dolor). Es un mediador clave entre psicoprofilaxis y conducta intraparto.

Educación prenatal / preparación psicoprofiláctica: Programa estructurado que provee información y entrenamiento (respiración, relajación, posiciones, lactancia, señales de alarma), con evidencia de mejora en conocimientos, actitudes y preferencia por parto vaginal cuando clínicamente posible.

Apgar (puntaje): Evaluación rápida del recién nacido al 1 y 5 minutos (frecuencia cardíaca, respiración, tono, irritabilidad refleja y color). Orienta estado inicial y respuesta a reanimación.

Partograma: Gráfico clínico que registra evolución del TP (dilatación, descenso, dinámica uterina, FCF, constantes maternas) para apoyar decisiones oportunas y seguras.

Apoyo continuo en el parto: Acompañamiento ininterrumpido por personal capacitado o acompañante elegido. Se asocia con mayor satisfacción, menor analgesia y menos partos instrumentados/cesáreas innecesarias.

Consentimiento informado: Proceso comunicativo mediante el cual la gestante recibe información clara, comprende riesgos/beneficios y expresa su decisión libre para procedimientos e intervenciones. Eje ético-legal de la atención.

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

2.4.2. Hipótesis específicas

H1 La proporción de gestantes con nivel de conocimiento alto sobre psicoprofilaxis obstétrica es mayor al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0 La proporción de gestantes con nivel de conocimiento alto sobre psicoprofilaxis obstétrica es menor o igual al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023

H2 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de dilatación es mayor al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de dilatación es menor o igual al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H3 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período expulsivo del trabajo de parto es mayor al 70% durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período expulsivo del trabajo de parto es menor o igual al 70%. durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H4 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de alumbramiento del trabajo de parto es mayor al 70%. durante el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de alumbramiento del trabajo de parto es menor o igual al 70% en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

2.5. Identificación de variables

Variable independiente:

Nivel de conocimiento sobre Psicoprofilaxis Obstétrica

Variable dependiente:

Actitud de la gestante en el trabajo de parto.

2.6. Definición operacional de variables e indicadores

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Independiente Nivel de Conocimiento	Grado de información y comprensión que posee la gestante sobre contenidos teórico-prácticos de la PPO, necesarios para afrontar el trabajo de parto con seguridad	Recepción de conocimientos sobre psicoprofilaxis obstétrica que se imparte para la madre gestante y el padre	Conocimiento Alto Medio Bajo	Alto: 70 a 100% de respuestas correctas	Cuantitativa ordinal
				Medio: Entre 50 a 70% de respuestas correctas	Cuantitativa ordinal
				Bajo: menos del 50% de respuestas correctas	Cuantitativa ordinal
Dependiente Actitud durante el trabajo de parto	Disposición cognitiva, afectiva y conductual para afrontar el trabajo de parto, reflejada en confianza, colaboración y manejo del temor/dolor.	Manifestación de la gestante durante el trabajo de parto y parto.	Dilatación: Favorable Intermedio Desfavorable	Cumple con las técnicas de respiración, relajación y colaboración Cumple con 2 de las 3 técnicas de respiración, relajación y colaboración Cumple con 1 técnicas de respiración, relajación y colaboración	Cualitativa nominal
			Expulsivo: Favorable Intermedio Desfavorable	Cumple con las técnicas de respiración y puja durante la contracción. No cumple con todas las técnicas de respiración y puja durante la contracción. No cumple con ninguna las técnicas de respiración y puja sin haber contracción.	Cualitativa nominal
			Alumbramiento: Favorable Intermedio Desfavorable	Cumple con la relajación. Cumple con la relajación, pero se mueve. Continua pujando y no se relaja	Cualitativa nominal

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

3.1.1. Tipo de investigación según la finalidad

La presente investigación se clasifica, por su finalidad, como aplicada, porque utiliza principios y métodos científicos para diagnosticar y explicar la relación entre el nivel de conocimiento sobre psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes en un contexto específico (Centro de Salud de Acobamba, 2023), con el propósito práctico de orientar mejoras concretas en el programa de Psicoprofilaxis Obstétrica y en la atención intraparto.

3.1.2. Tipo de investigación según el enfoque

El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, porque mide de manera objetiva las variables nivel de conocimiento y actitud de la gestante mediante instrumentos estandarizados (cuestionario de conocimientos y escala tipo Likert de actitud), generando datos numéricos que permiten describir distribuciones, comparar categorías y examinar la relación entre ambas variables con pruebas estadísticas.

3.2. Nivel de investigación

La investigación es de nivel descriptivo-correlacional porque caracteriza cada variable de interés de manera independiente —nivel de conocimiento y actitud de la gestante durante el trabajo de parto— mediante indicadores y escalas (frecuencias,

porcentajes, puntajes). Correlacional porque busca establecer la relación estadística entre ambas variables sin manipularlas, de acuerdo con el problema y la hipótesis planteada.

3.3. Métodos de investigación

Según el método de inferencia el método es hipotético–deductivo porque se parte de la teoría y antecedentes, se formula una hipótesis y se deducen consecuencias observables que serán contrastadas con datos empíricos.

3.4. Diseño de investigación

No experimental, transversal, correlacional porque no se manipulan las variables independientes ni se asignan tratamientos; se observan tal como ocurren en el contexto real del Centro de Salud de Acobamba (enero–diciembre 2023). El carácter transversal implica una sola medición por participante; el nivel correlacional busca establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de la gestante durante el trabajo de parto.

3.5. Población y muestra

Población.

Estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) del Centro de Salud de Acobamba durante el período enero–diciembre de 2023: N = 41 gestantes (marco poblacional según registros del programa).

Muestra.

Dado el tamaño reducido de la población (N=41) y con el fin de maximizar la precisión y la validez externa de los resultados, se optó por un muestreo censal (censo), incluyéndose a todas las gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión.

Criterios de inclusión

Gestantes registradas en el PPO del Centro de Salud de Acobamba entre enero y diciembre de 2023.

Que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

Con registro clínico completo que nos permitió identificar variables sociodemográficas y de participación en PPO.

Criterios de exclusión

Dificultades cognitivo-comunicativas que impidan responder los instrumentos.

Registros incompletos que imposibiliten el cálculo de los puntajes (conocimiento/actitud).

Situaciones clínicas que contraindicaron la participación en la medición.

Gestante que no aceptó participar en la investigación.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Encuesta estructurada.

Instrumento: Cuestionario de 20 ítems sobre conocimiento en psicoprofilaxis obstétrica (opción múltiple/V–F; puntaje 0–20; clasificación: alto, medio y bajo).

Técnica: Observación no participante.

Instrumento: Guía de observación de la actitud durante el trabajo de parto (20 ítems, escala Likert 0–3) aplicada en tres momentos: dilatación, expulsivo y alumbramiento (puntaje total 0–60; clasificación: bueno, regular y malo).

La recolección de datos se efectuó mediante dos técnicas complementarias: encuesta estructurada y observación no participante. Para estimar el nivel de conocimiento sobre psicoprofilaxis obstétrica (PPO) se aplicó un cuestionario de 20 ítems de opción múltiple/verdadero-falso, elaborado a partir de contenidos estándar del programa (fisiología y fases del trabajo de parto; técnicas de respiración, relajación y pujo; manejo no farmacológico del dolor y posiciones; señales de alarma y plan de parto; rol del acompañante y cuidados inmediatos del recién nacido). Cada respuesta correcta recibió un punto (rango 0–20) y el resultado se transformó a porcentaje de aciertos para su clasificación: alto ($\geq 80\%$), medio (60–79%) y bajo ($< 60\%$). La validez de contenido fue establecida por juicio de expertos mediante V de Aiken (criterios de

claridad, pertinencia y coherencia) con un resultado 0.87, tras una prueba piloto para ajustar redacción y puntos de corte.

La actitud de la gestante durante el trabajo de parto se evaluó con una guía de observación estructurada, aplicada en campo por personal capacitado, que integró indicadores cognitivos, afectivos y conductuales en tres momentos clínicos: período de dilatación, período expulsivo y alumbramiento. La guía contempló 20 ítems puntuados en escala Likert de 4 categorías (0 = nunca, 1 = a veces, 2 = frecuentemente, 3 = siempre), con un puntaje total teórico de 0–60 (mayor puntaje = actitud más favorable) y clasificación sugerida en favorable (≥ 45), intermedia (30–44) y desfavorable (≤ 29). Se aseguró estandarización observacional mediante entrenamiento y simulación de casos. Ambas técnicas se administraron bajo condiciones de confidencialidad y consentimiento informado, con instrucciones uniformes y supervisión metodológica para minimizar sesgos de medición y de deseabilidad social. Los datos obtenidos se registraron en plantillas predefinidas y se sometieron a control de calidad (revisión de consistencia y doble digitación) antes del análisis estadístico descriptivo e inferencial.

3.7. Selección, validación y confiabilidad de los instrumentos de investigación

Se emplearon dos técnicas complementarias de recolección de datos. Primero, encuesta estructurada para estimar el nivel de conocimiento sobre psicoprofilaxis obstétrica, mediante un cuestionario de 20 ítems (opción múltiple/verdadero-falso). Cada acierto recibió un punto (0–20) y el resultado se transformó a porcentaje para su clasificación: alto ($\geq 80\%$), medio (60–79%) y bajo ($< 60\%$). La validez de contenido se garantizó por juicio de expertos (V de Aiken) y la confiabilidad con $KR-20/\alpha \geq 0,70$ tras prueba piloto. Segundo, observación no participante estructurada para valorar la actitud de la gestante durante el trabajo de parto, aplicada por observador externo capacitado en tres momentos clínicos: dilatación, expulsivo y alumbramiento. Se utilizó una guía de 20 ítems con escala Likert 0–3 (0=nunca, 3=siempre); el puntaje total (0–60) se clasificó en favorable (≥ 45),

intermedia (30–44) y desfavorable (≤ 29). Se estandarizó el procedimiento con manual operativo y entrenamiento, y se estimó concordancia interobservador ($Kappa/CCI \geq 0,70$). Ambas aplicaciones se realizaron con consentimiento informado, preservando confidencialidad y sin interferir en el acto asistencial.

3.8. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Los cuestionarios y guías de observación se codificaron en plantillas predefinidas; se realizó doble digitación independiente y conciliación de discrepancias. Se efectuó depuración (rangos válidos, detección de atípicos, valores perdidos); los faltantes puntuales $\leq 5\%$ se trataron por lista completa y, si superaron ese umbral en un caso, se excluyó del análisis correspondiente. Se calculó el puntaje total de conocimiento (0–20; convertido a %) y de actitud (0–60), además de las clasificaciones ordinales (alto/medio/bajo; favorable/intermedia/desfavorable). El análisis siguió una ruta: (1) descriptivo (frecuencias, porcentajes, medias/DE o mediana/RI), (2) bivariado para la asociación conocimiento–actitud y (3) exploratorio con ajustes por covariables si fue pertinente. El procesamiento se efectuó en SPSS 26, con scripts reproducibles y control de calidad del dato.

3.9. Tratamiento estadístico

Se empleó estadística descriptiva para caracterizar variables sociodemográficas, nivel de conocimiento y actitud por dimensiones. Para contrastar la hipótesis general, si ambas variables se trataron como categóricas ordinales, se aplicó Chi-cuadrado de independencia (o Fisher cuando correspondió), reportando coeficiente, p-valor e IC95%. En análisis complementarios y condicionados al tamaño muestral, se consideró regresión logística (ordinal) para explorar el efecto del conocimiento (y covariables: edad, instrucción, sesiones PPO, inicio de CPN) sobre la actitud. El nivel de significancia adoptado fue $\alpha = 0,05$ (bilateral). Se verificaron supuestos de cada prueba (frecuencias esperadas, monotonidad) y se documentaron las decisiones analíticas (criterios de exclusión, puntos de corte) para asegurar transparencia y reproducibilidad.

3.10. Orientación ética filosófica y epistémica

El estudio se enmarca en los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia (Belmont), así como en la Declaración de Helsinki y las buenas prácticas de investigación en salud. Previamente a su ejecución, el protocolo, los instrumentos y los formatos de consentimiento fueron aprobados por el Comité de Ética de la unidad académica correspondiente y se contó con la autorización del Centro de Salud de Acobamba. La participación fue voluntaria; cada gestante (y, en caso de las menores de edad su acompañante) recibió información clara sobre objetivos, procedimientos, riesgos mínimos y beneficios esperados, protección de datos y derecho a no participar o retirarse en cualquier momento sin afectar su atención. Se obtuvo consentimiento informado escrito antes de aplicar el cuestionario y realizar la observación no participante.

Para resguardar la confidencialidad, los datos se codificaron (sin nombres), se almacenaron en bases protegidas con acceso restringido al equipo investigador y se emplearon exclusivamente con fines académicos. No se realizaron grabaciones ni fotografías; no se administraron intervenciones clínicas ni se modificó la atención habitual. Los riesgos se consideran mínimos (incomodidad o fatiga por responder), mitigados mediante explicaciones breves, ambiente privado y posibilidad de interrumpir la participación. No conflictos de interés. Se cumplió la normativa de protección de datos personales y las políticas institucionales vigentes.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSION

4.1. Descripción del trabajo de campo

El trabajo de campo se realizó en el Centro de Salud de Acobamba (enero–diciembre 2023) con muestreo censal de 41 gestantes. Previa capacitación y estandarización, un observador externo aplicó una encuesta estructurada (cuestionario de 20 ítems sobre psicoprofilaxis obstétrica) y se realizó la observación no participante de la actitud durante las etapas de dilatación, expulsivo y alumbramiento, usando una guía de 20 ítems (Likert 0–3). Se obtuvo consentimiento informado, garantizando la privacidad y la confidencialidad. La recolección se programó según la agenda del servicio, evitando interferir en la atención. Los datos se codificaron en plantillas, con doble digitación y revisión de consistencia antes del análisis estadístico.

4.2. Presentación, análisis e interpretación de resultados

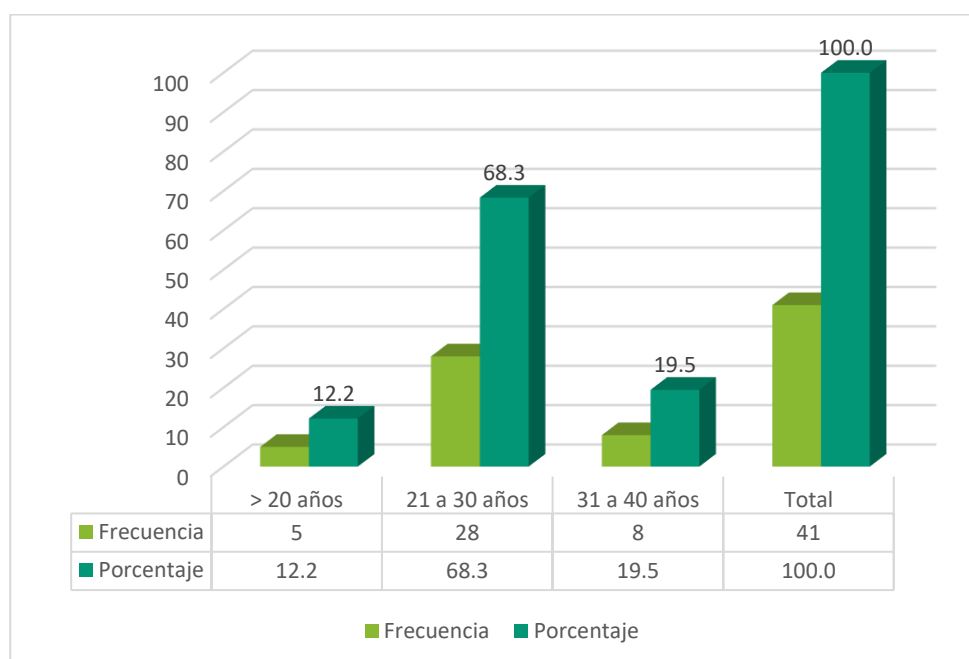
Datos sociodemográficos

Tabla 1 Distribución porcentual según grupo etario de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba - 2023

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
> 20 años	5	12.2
21 a 30 años	28	68.3
31 a 40 años	8	19.5
Total	41	100.0

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Gráfico 1 Distribución porcentual según grupo etario de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba - 2023



En la Tabla y Gráfico 01 se observa que la mayoría de gestantes del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica se concentró en el grupo 21–30 años (28/41; 68,3%), seguido por 31–40 años (8/41; 19,5%) y ≤20 años (5/41; 12,2%). Los estadísticos descriptivos indican una edad mínima de 16 años y máxima de 41 años. La edad

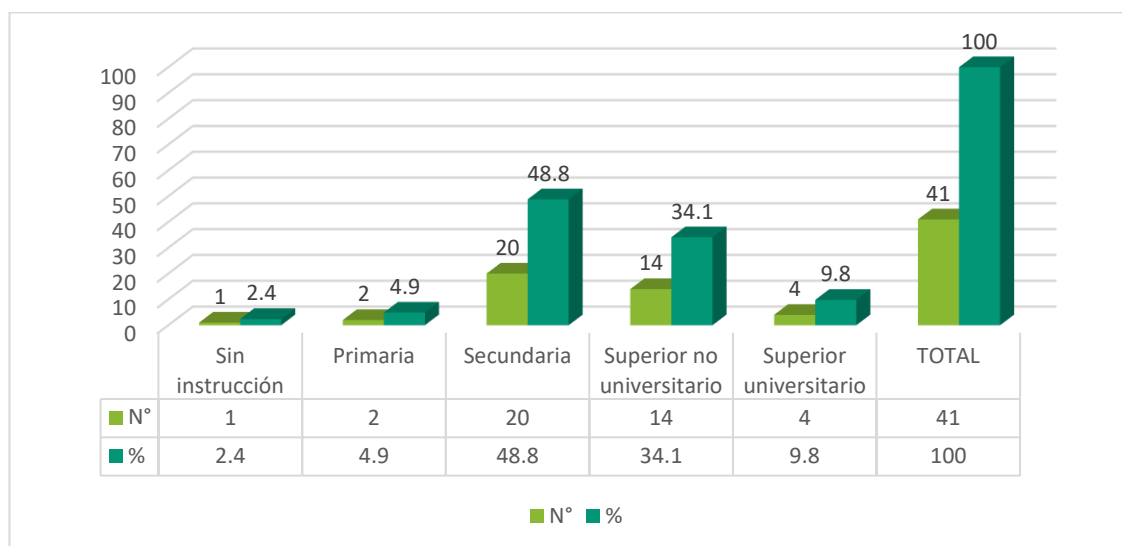
media fue de 26,63 años con una desviación estándar de 5,27 años; la varianza alcanzó 27,76 años². El coeficiente de variación fue 19,78%, lo que refleja variabilidad moderada alrededor de la media. Estos resultados describen una población predominantemente joven adulta, acorde con el perfil reproductivo esperado para el servicio.

Tabla 2 Distribución porcentual según nivel de instrucción de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba - 2023

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Sin instrucción	1	2.4
Primaria	2	4.9
Secundaria	20	48.8
Superior no universitario	14	34.1
Superior universitario	4	9.8
TOTAL	41	100

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Gráfico 2 Distribución porcentual según nivel de instrucción de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba - 2023



Según la Tabla y Gráfico 02, casi la mitad de las gestantes tuvo educación secundaria (48,8%), seguida por superior no universitaria (34,1%). Un 9,8% alcanzó educación superior universitaria. Los niveles educativos más bajos fueron

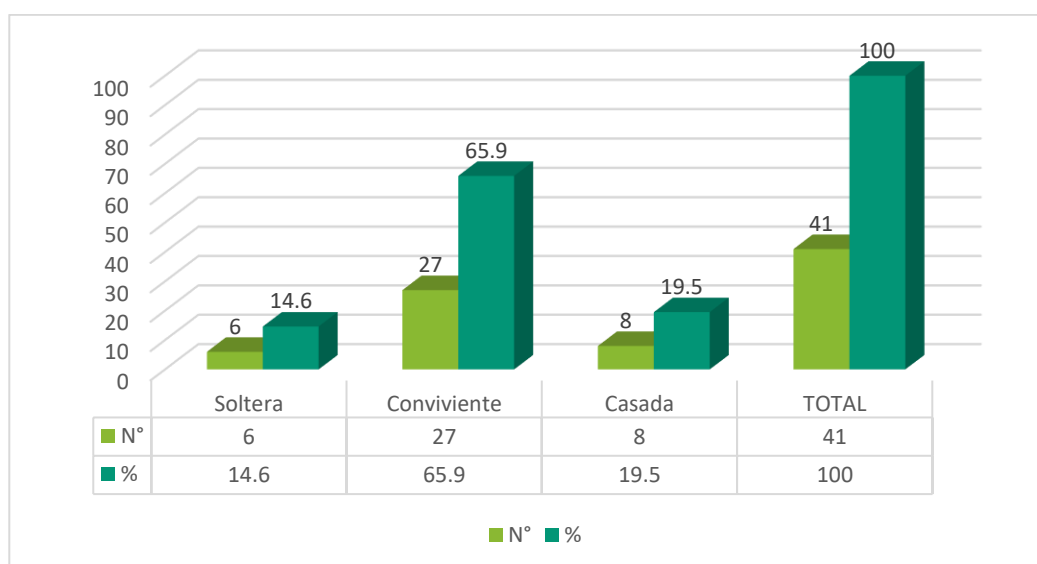
minoritarios: primaria 4,9% y sin instrucción 2,4%. En conjunto, el 43,9% cuenta con estudios superiores (universitarios o no universitarios), mientras que solo el 7,3% presenta escolaridad básica incompleta o nula. Este perfil educativo sugiere capacidad potencial de comprensión y apropiación de contenidos del programa de psicoprofilaxis obstétrica, con necesidad de estrategias de refuerzo para el subgrupo con menor escolaridad.

Tabla 3 *Distribución porcentual según estado civil de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023*

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltera	6	14.6
Conviviente	27	65.9
Casada	8	19.5
TOTAL	41	100

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Gráfico 3 *Distribución porcentual según estado civil de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023*



De acuerdo con la Tabla y Gráfico 03, la mayoría de gestantes se identificó como conviviente (65,9%), seguida por casada (19,5%). El grupo de solteras representó 14,6%. En conjunto, más de cuatro quintas partes de la muestra mantuvo

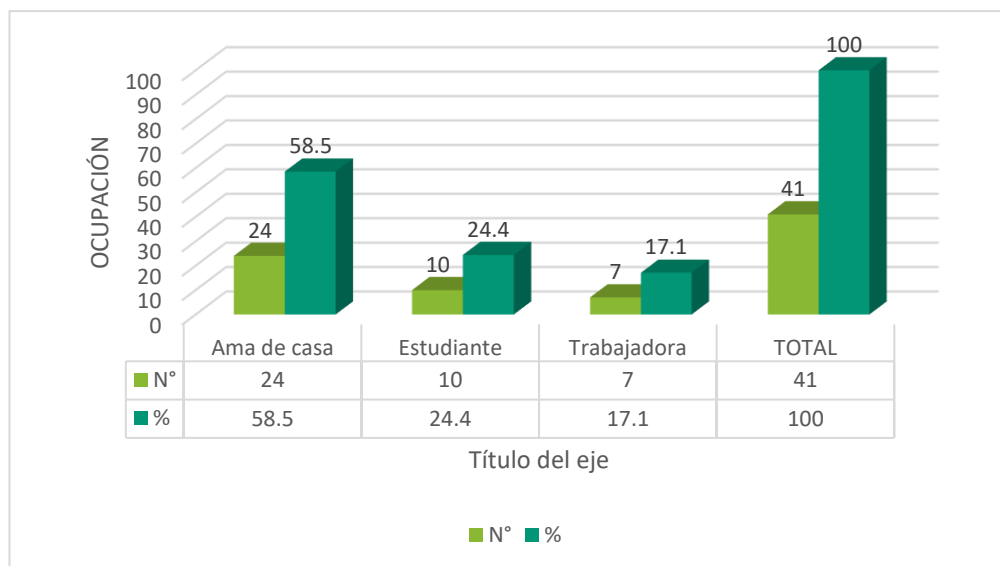
una relación de pareja estable (conviviente o casada: 85,4%), lo que sugiere disponibilidad potencial de apoyo del acompañante durante el trabajo de parto y en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. El subgrupo de solteras, aunque minoritario, podría requerir estrategias específicas de soporte psicoemocional y social para optimizar su experiencia de parto y adherencia a las recomendaciones educativas.

Tabla 4 Distribución porcentual según ocupación de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023

OCUPACIÓN	N°	%
Ama de casa	24	58.5
Estudiante	10	24.4
Trabajadora	7	17.1
TOTAL	41	100

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Gráfico 4 Distribución porcentual según ocupación de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023



Según la Tabla y Gráfico 04, la ocupación predominante fue ama de casa (58,5%), seguida de estudiante (24,4%) y trabajadora dependiente o independiente (17,1%). Este perfil sugiere que más de la mitad de las gestantes realiza labores domésticas no remuneradas, mientras que cerca de dos quintas partes combina el

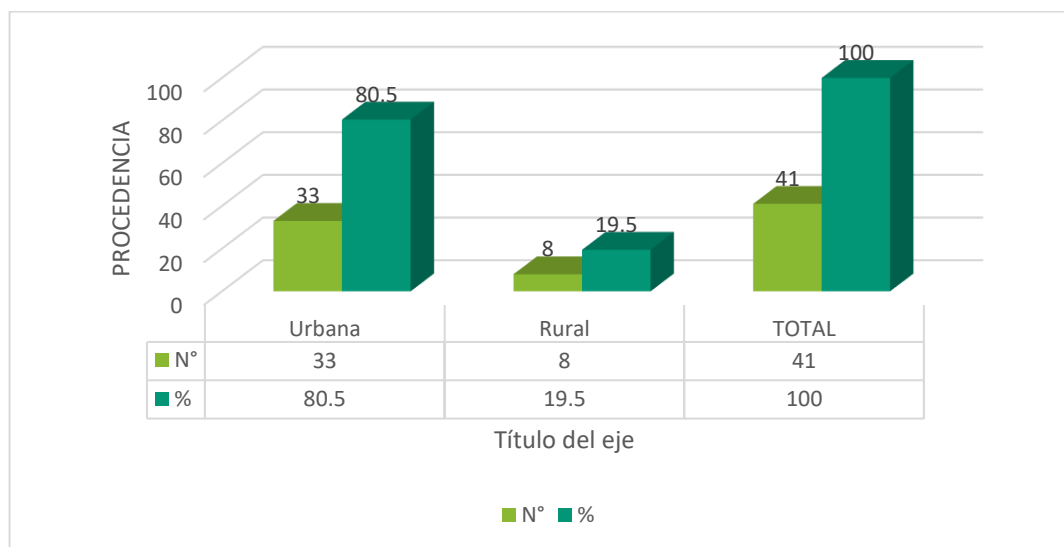
embarazo con estudios o actividad laboral. Desde la perspectiva programática, esta distribución respalda la pertinencia de horarios flexibles para las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica (turnos tarde/fin de semana) y estrategias diferenciadas de captación y adherencia para quienes estudian o trabajan, a fin de evitar inasistencias y asegurar la cobertura completa del ciclo educativo.

Tabla 5 *Distribución porcentual según procedencia de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023*

PROCEDENCIA	N°	%
Urbana	33	80.5
Rural	8	19.5
TOTAL	41	100

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Gráfico 5 *Distribución porcentual según procedencia de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023*



Como se presenta en la Tabla y Gráfico 05, la mayoría de las gestantes provino del ámbito urbano (80,5%), mientras que el 19,5% procedió de zonas rurales. Esta distribución indica que el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica del Centro de Salud de Acobamba alcanzó predominantemente a mujeres residentes en el casco urbano,

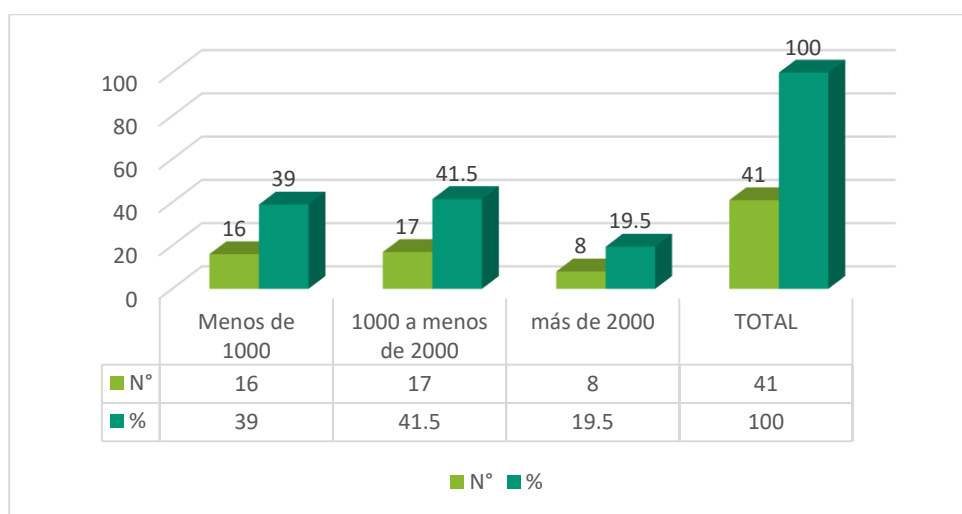
con una menor representación de gestantes rurales. Dado que la procedencia puede condicionar tiempos de traslado, disponibilidad horaria y acceso a información, estos hallazgos respaldan la necesidad de estrategias de acercamiento para mejorar la participación rural y asegurar la equidad en la cobertura del programa educativo.

Tabla 6 Distribución porcentual según condición económica de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023

CONDICION ECONOMICA	N°	%
Menos de 1000	16	39
1000 a menos de 2000	17	41.5
más de 2000	8	19.5
TOTAL	41	100

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Gráfico 6 Distribución porcentual según condición económica de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023



Según la Tabla y Gráfico 06, predominó el estrato de S/ 1000 a < S/ 2000 mensuales (41,5%), seguido por < S/ 1000 (39,0%). El 19,5% refirió ingresos \geq S/ 2000. En conjunto, ocho de cada diez gestantes se ubicaron en niveles de bajos a medios ingresos, lo cual podría condicionar costos de transporte, disponibilidad horaria y acceso a recursos informativos para asistir regularmente a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica. Estos hallazgos sustentan la pertinencia de horarios

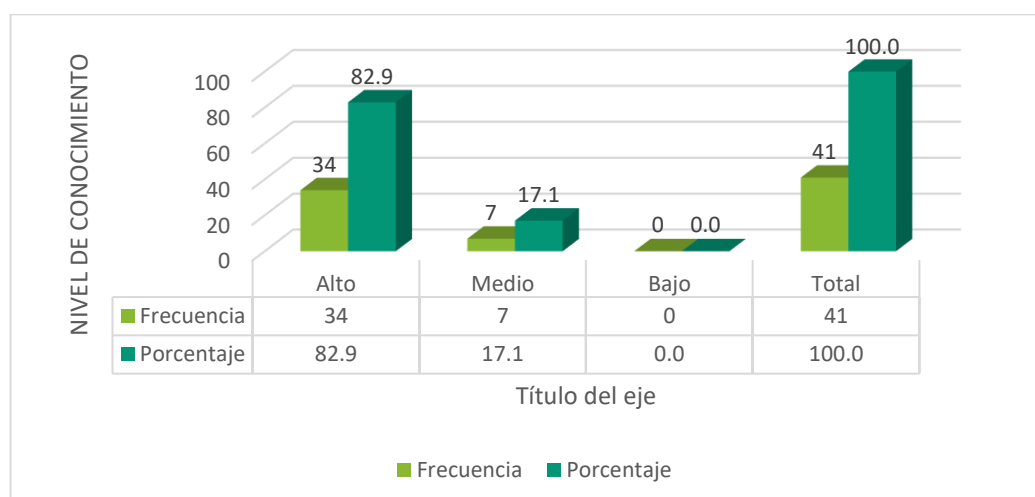
flexibles, difusión comunitaria y eventuales apoyos logísticos (p. ej., articulación con programas sociales) para favorecer la adherencia al programa y minimizar barreras económicas de participación.

Tabla 7 *Distribución según nivel de conocimiento de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023*

NIVEL DE CONOCIMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Alto	34	82.9
Medio	7	17.1
Bajo	0	0.0
Total	41	100.0

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Gráfico 7 *Distribución según nivel de conocimiento de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023*



La Tabla y Gráfica 07 evidencia que el 82,9% de las gestantes presentó un nivel de conocimiento alto, mientras que el 17,1% alcanzó un nivel medio; no se registraron casos con conocimiento bajo. Este patrón indica un alto dominio de contenidos teórico-prácticos de la psicoprofilaxis obstétrica en la cohorte evaluada, lo que sugiere adecuada cobertura y efectividad educativa del programa en el periodo de estudio. La ausencia de puntajes bajos reduce la dispersión y podría implicar un efecto techo en algunos ítems, aspecto a considerar para futuras revisiones del instrumento (mayor discriminación). Estos hallazgos sustentan la hipótesis operativa

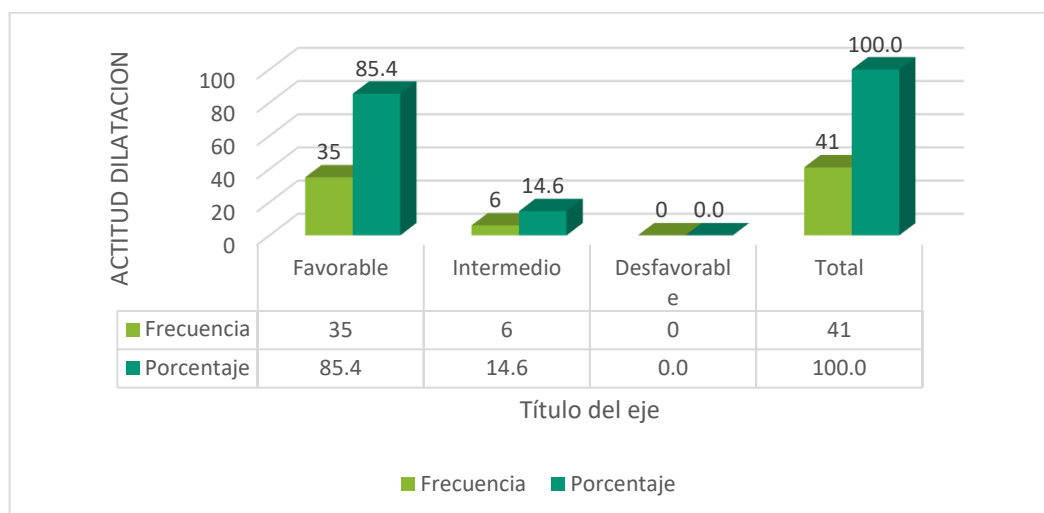
de prevalencia de conocimiento adecuado y motivan a explorar su asociación con la actitud durante el trabajo de parto en los análisis bivariados.

Tabla 8 Distribución según actitud durante el periodo de dilatación de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023

ACTITUD DILATACIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	35	85.4
Intermedio	6	14.6
Desfavorable	0	0.0
Total	41	100.0

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Gráfico 8 Distribución según actitud durante el periodo de dilatación de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023



La Tabla y Gráfico 08 muestra que, durante la fase de dilatación, la mayoría de gestantes evidenció una actitud favorable (85,4%), mientras que un 14,6% presentó actitud intermedia; no se registraron actitudes desfavorables. Este patrón sugiere una disposición favorable al afrontamiento del trabajo de parto en su primera etapa, con adecuada colaboración en técnicas de respiración y relajación, deambulación/posiciones libres y comunicación con el equipo de salud. La baja proporción de actitudes intermedias justificaría reforzar contenidos y simulaciones en

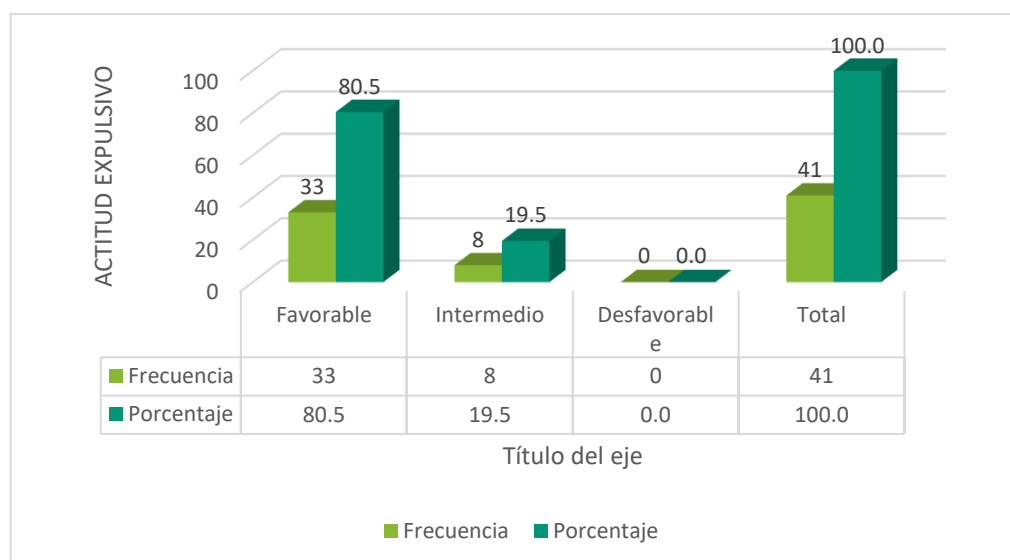
psicoprofilaxis para dicho subgrupo. En conjunto, los resultados respaldan la efectividad educativa del programa para promover conductas facilitadoras en la dilatación.

Tabla 9 Distribución según actitud durante el periodo expulsivo de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023

ACTITUD EXPULSIVO	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	33	80.5
Intermedio	8	19.5
Desfavorable	0	0.0
Total	41	100.0

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Gráfico 9 Distribución según actitud durante el periodo expulsivo de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023



Según la Tabla y Gráfico 09, durante el período expulsivo el 80,5% de las gestantes evidenció actitud favorable, mientras que el 19,5% presentó actitud favorable; no se registraron actitudes desfavorables. Aunque la proporción de actitud favorable se mantiene alta, es ligeramente menor que en la fase de dilatación (85,4%), lo que sugiere mayores demandas físicas y emocionales en esta etapa. El subgrupo con actitud intermedia podría beneficiarse de refuerzos prácticos en psicoprofilaxis y

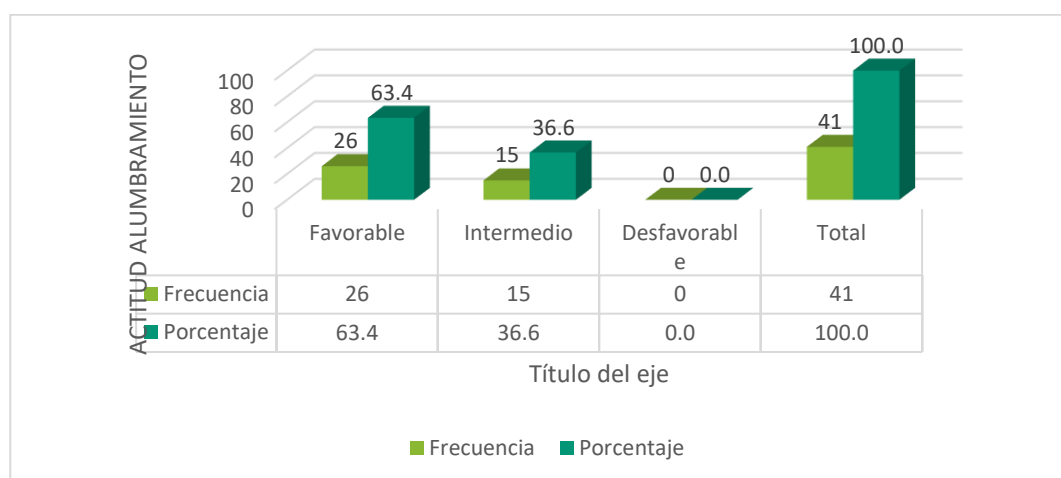
apoyo continuo del acompañante/personal. En conjunto, los resultados respaldan un buen nivel de preparación conductual para el expulsivo, con oportunidades de mejora focalizada.

Tabla 10 Distribución según actitud durante el periodo de alumbramiento de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023

ACTITUD ALUMBRAMIENTO	Frecuencia	Porcentaje
Favorable	26	63.4
Intermedio	15	36.6
Desfavorable	0	0.0
Total	41	100.0

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Gráfico 10 Distribución según actitud durante el periodo de alumbramiento de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023



La Tabla y Gráfico 10 muestra que, en el alumbramiento, el 63,4% de las gestantes evidenció actitud favorable, mientras que el 36,6% presentó actitud intermedia; no se registraron actitudes desfavorables. En comparación con la dilatación (85,4%) y el expulsivo (80,5%), se observa una disminución de la actitud favorable en esta tercera etapa, probablemente vinculada al cansancio pos parto, el dolor uterino y la necesidad de colaborar con el manejo activo del alumbramiento, además de facilitar contacto piel a piel e inicio precoz de lactancia. Este patrón sugiere

reforzar en psicoprofilaxis los contenidos prácticos del posparto inmediato, estrategias de regulación emocional y el apoyo continuo del acompañante/personal para sostener conductas colaborativas hasta la expulsión placentaria y cuidados inmediatos del RN.

Tabla 11 Nivel de conocimiento y actitud durante el periodo de dilatación de gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023

Nivel de Conocimiento	Actitud durante el periodo de dilatación							
	Favorable		Intermedia		Desfavorable		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto	31	75.6%	3	7.3%	0	0.0%	34	82.9%
Medio	4	9.8%	3	7.3%	0	0.0%	7	17.1%
Bajo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
TOTAL	35	85.4%	6	14.6%	0	0.0%	41	100.0%

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

En la Tabla N.º 11 se observa que durante la dilatación la actitud favorable predominó en la muestra (35/41; 85,4%). Entre las gestantes con conocimiento alto, 31/34 (91,2%) mostraron actitud favorable y 3/34 (8,8%) actitud intermedia; en las de conocimiento medio, la actitud favorable fue 4/7 (57,1%) y la intermedia 3/7 (42,9%). No se registraron actitudes desfavorables en ningún nivel de conocimiento.

Dado que la categoría “desfavorable” tiene frecuencia cero, el contraste de asociación se realizó sobre una tabla 2x2 (favorable vs. intermedia). Considerando celdas esperadas pequeñas, se aplicó Fisher exacta (bilateral) como criterio principal: $p = 0,051$. La razón de momios (OR) estimada fue 7,75, con IC95% amplio (incluye 1), lo que indica tendencia no concluyente a mayor probabilidad de actitud favorable entre quienes poseen conocimiento alto. En suma, aunque las proporciones sugieren un patrón positivo, no se obtuvo evidencia estadísticamente significativa al nivel $\alpha = 0,05$ para afirmar asociación en esta etapa.

Tabla 12 Nivel de conocimiento y actitud durante el periodo expulsivo de gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023

Nivel de Conocimiento	Actitud durante el periodo Expulsivo							
	Favorable		Intermedia		Desfavorable		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto	29	70.7%		12.2%	0	0.0%	34	82.9%
Medio	4	9.8%		7.3%	0	0.0%	7	17.1%
Bajo	0	0.0%		0.0%	0	0.0%	0	0.0%
TOTAL	33	80.5%		19.5%	0	0.0%	41	100.0%

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

La Tabla N.º 12 evidencia predominio de actitud favorable en el período expulsivo (33/41; 80,5%). Entre las gestantes con conocimiento alto, 29/34 (85,3%) mostraron actitud favorable y 5/34 (14,7%) actitud intermedia; en las de conocimiento medio, la actitud favorable fue 4/7 (57,1%) y la intermedia 3/7 (42,9%). No se registraron actitudes desfavorables.

Para contrastar la asociación se reagrupó en una tabla 2x2 (favorable vs. intermedia) y, por la presencia de celdas esperadas pequeñas, se aplicó Fisher exacta (bilateral): $p = 0,120$, lo que no alcanza significación al 5%. La razón de momios (OR) fue 4,35 con IC95% 0,74–25,60, indicando una tendencia no concluyente a mejor actitud entre quienes poseen conocimiento alto. La ausencia de la categoría “desfavorable” y el tamaño muestral limitado pueden haber reducido la potencia del contraste.

Tabla 13 Nivel de conocimiento y actitud durante el periodo de alumbramiento de gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023

Nivel de Conocimiento	Actitud durante el periodo Alumbramiento							
	Favorable		Intermedia		Desfavorable		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto	21	51.2%	13	31.7%	0	0.0%	34	82.9%
Medio	5	12.2%	2	4.9%	0	0.0%	7	17.1%
Bajo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
TOTAL	26	63.4%	15	36.6%	0	0.0%	41	100.0%

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

La Tabla N.º 13 muestra que, en el período de alumbramiento, la actitud favorable alcanzó 63,4% (26/41) y la intermedia 36,6% (15/41); no se registraron actitudes desfavorables. Entre las gestantes con conocimiento alto, 21/34 (61,8%) presentaron actitud favorable y 13/34 (38,2%) intermedia. En el grupo con conocimiento medio, 5/7 (71,4%) mostraron actitud favorable y 2/7 (28,6%) intermedia.

Para contrastar la asociación se reagrupó en una tabla 2x2 (favorable vs. intermedia) y, debido a celdas esperadas pequeñas, se empleó como criterio principal la prueba exacta de Fisher (bilateral), obteniéndose $p \approx 0,64$. La razón de momios (OR) = 0,65 con IC95% 0,11–3,83.

No se encontró evidencia estadísticamente significativa de asociación entre nivel de conocimiento y actitud durante el alumbramiento ($\alpha=0,05$). En comparación con dilatación y expulsivo, se observa una atenuación del patrón favorable, posiblemente influida por el cansancio pos parto y las demandas del manejo activo del tercer período, lo que podría diluir el efecto del conocimiento sobre la conducta observada en esta etapa.

Tabla 14 *Relación entre nivel de conocimiento y actitud por etapas del trabajo de parto de las gestantes del programa de psicoprofilaxis obstétrica del Centro de Salud de Acobamba – 2023*

Nivel de Conocimiento	Actitud durante el periodo de dilatación								p Valor
	Favorable		Intermedio		Desfavorable		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Alto	31	75.6%	3	7.3%	0	0.0%	34	82.9%	0,51
Medio	4	9.8%	3	7.3%	0	0.0%	7	17.1%	
Bajo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
TOTAL	35	85.4%	6	14.6%	0	0.0%	41	100.0%	
Nivel de Conocimiento	Actitud durante el periodo Expulsivo								p Valor
	Favorable		Intermedio		Desfavorable		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Alto	29	70.7%	5	12.2%	0	0.0%	34	82.9%	0,120
Medio	4	9.8%	3	7.3%	0	0.0%	7	17.1%	
Bajo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
TOTAL	33	80.5%	8	19.5%	0	0.0%	41	100.0%	
Nivel de Conocimiento	Actitud durante el periodo Alumbramiento								p Valor
	Favorable		Intermedio		Desfavorable		Total		
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Alto	21	51.2%	13	31.7%	0	0.0%	34	82.9%	0,64
Medio	5	12.2%	2	4.9%	0	0.0%	7	17.1%	
Bajo	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
TOTAL	26	63.4%	15	36.6%	0	0.0%	41	100.0%	

FUENTE: CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

La Tabla N.º 14 resume la asociación entre el nivel de conocimiento y la actitud observada en cada periodo del trabajo de parto. En dilatación, el 91,2% (31/34) 31 con actitud favorable de un total de 34 con conocimiento alto, frente al 57,1% (4/7) 4 con actitud favorable de 7 con conocimiento medio, no se encontró nivel de conocimiento bajo ni actitud desfavorable. En el período expulsivo, estas proporciones fueron 85,3% (29/34) 29 con actitud favorable de 34 con conocimiento alto y 57,1% (4/7) 4 con actitud favorable de 7 con conocimiento medio, respectivamente; no se encontró nivel de conocimiento bajo ni actitud desfavorable; mientras que en el alumbramiento descendieron a 61,8% (21/34) 21 con actitud favorable de 34 con

conocimiento alto y 71,4% (5/7) 5 con actitud favorable de 7 con conocimiento medio, no se encontró nivel de conocimiento bajo ni actitud desfavorable.

Dado que existen celdas esperadas pequeñas, se aplicó como criterio principal la prueba exacta de Fisher (bilateral): dilatación $p = 0,051$; expulsivo $p = 0,120$; alumbramiento $p = 0,64$. En consecuencia, no se evidenció asociación estadísticamente significativa entre nivel de conocimiento y actitud en ninguna etapa con p menor 0,05, aunque en dilatación y expulsivo se observa un patrón favorable no concluyente (mayor proporción de actitud favorable entre quienes poseen conocimiento alto). En alumbramiento la asociación se atenúa, probablemente por factores clínicos del posparto inmediato que modulan la conducta (cansancio, manejo activo del tercer período). Estos resultados son coherentes con una tendencia positiva en las primeras fases, pero carecen de evidencia suficiente para afirmar una relación significativa conocimiento–actitud por etapa.

4.3. Prueba de hipótesis

4.3.1. Hipótesis general

H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0: No existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

$p = 0,05$; prueba exacta de Fisher, bilateral

Dilatación: $p = 0,051 \rightarrow$ no significativa (tendencia).

OR $\approx 7,75$; IC95% amplio (indica efecto positivo no concluyente).

Expulsivo: $p = 0,120 \rightarrow$ no significativa.

OR $\approx 4,35$; IC95% 0,74–25,60 (tendencia positiva, IC cruza 1).

Alumbramiento: $p = 0,64 \rightarrow$ no significativa

OR $\approx 0,65$; IC95% 0,11–3,83 (sin evidencia de asociación).

Con el criterio pre especificado ($p < 0,05$), se acepta la H_0 y, por tanto, se rechaza la H_1 . Es decir, no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud en las etapas del trabajo de parto.

4.3.2. Hipótesis específicas

H1 La proporción de gestantes con nivel de conocimiento alto sobre psicoprofilaxis obstétrica es mayor al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0 La proporción de gestantes con nivel de conocimiento alto sobre psicoprofilaxis obstétrica es menor o igual al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

$H_1: p > 0.70$

$H_0: p \leq 0.70$

La Tabla y Gráfica 07 evidencia que el 82,9% de las gestantes presentó un nivel de conocimiento alto.

82,9% (34/41) → **$p = 0,036$**

El 82,9% supera 70% y el **$p = 0,036 < 0,05$** .

Por lo que se se **rechaza H_0** y se **apoya H_1** .

H2 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de dilatación es mayor al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de dilatación es menor o igual al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

$H_2: p \text{ favorable, dilatación } > 0.70$

$H_0: p \text{ favorable, dilatación } \leq 0.70$

La Tabla y Gráfico 08 muestra que, durante la fase de dilatación, la mayoría de gestantes evidenció una actitud favorable con un 85,4%

Dilatación: 85,4% (35/41) → $p = 0,016$

El porcentaje observado (85,4%) está bastante por encima del 70% y, con $n=41n$, la prueba da $p=0,016 < 0,05$.

Por lo que se rechaza H_0 y se apoya H_1 .

hay evidencia suficiente de que la proporción de actitudes favorables en dilatación supera el 70%. (El IC95% de la proporción estará completamente o mayormente por encima de 0,70).

H3 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período expulsivo del trabajo de parto es mayor al 70% durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período expulsivo del trabajo de parto es menor o igual al 70%. durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

$H_3: p \text{ favorable, expulsivo} > 0.70$

$H_0: p \text{ favorable, expulsivo} \leq 0.70$

Según la Tabla y Gráfico 09, durante el período expulsivo el 80,5% de las gestantes evidenció actitud favorable

Aunque 80,5% es $>70\%$, el **p-valor** es **0,071**, ligeramente **mayor** que 0,05.

Por lo que **no se rechaza H_0** (no hay evidencia suficiente para afirmar $p > 0,70p$).

H4 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de alumbramiento del trabajo de parto es mayor al 70%. durante el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

H0 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de alumbramiento del trabajo de parto es menor o igual al 70% en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.

$H_4 p \text{ favorable, alumbramiento} > 0.70$

$H_0 p \text{ favorable, alumbramiento} \leq 0.70$

La Tabla y Gráfico 10 muestra que, en el alumbramiento, el 63,4% de las gestantes evidenció actitud favorable.

Proporción observada de actitud favorable: $26/41 = 63,4\%$.

Por lo que se acepta la H_0 y se rechaza la H_1

Aunque la mayoría mostró actitud favorable, el porcentaje (63,4%) **no alcanza** el umbral programático del 70% y la incertidumbre estadística (IC95%) incluye 70%. Por tanto, con los datos disponibles no puede concluirse que, en el alumbramiento, la actitud favorable esté por encima del estándar; esto sugiere **oportunidad de mejora** en el soporte sobre educación para el tercer período del parto.

4.4. **Discusión de resultados**

En nuestra investigación cuya muestra fue de 41 gestantes del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) del Centro de Salud de Acobamba se observó un perfil sociodemográfico acorde al patrón reproductivo esperado con el predominio de adultas jóvenes, convivencia estable y escolaridad mayor de secundaria sobre superior, condiciones que suelen facilitar la comprensión de contenidos educativos. En efecto, el 82,9% alcanzó nivel alto de conocimiento sobre PPO, y la actitud favorable predominó en dilatación (85,4%) y en el período expulsivo (80,5%), con un descenso en alumbramiento (63,4%). No obstante, al contrastar nivel de conocimiento (alto vs. medio) con actitud por etapa, la prueba exacta de Fisher no evidenció asociación estadísticamente significativa (dilatación $p=0,051$; expulsivo $p=0,120$; alumbramiento $p=0,64$), pese a un patrón descriptivo que favorece a las mujeres con mayor conocimiento.

Estos resultados convergen parcialmente con la literatura internacional, que ha documentado beneficios de la PPO en variables conductuales y clínicas. Morales et al. (25) y Sandoval et al. (10) reportan que mayor exposición a sesiones y uso sistemático de técnicas (respiración, relajación, esferodinámica) se asocian con mejor desempeño intraparto y partos más favorables. En Acobamba, las proporciones descriptivas también favorecieron a quienes tenían conocimiento alto (p.ej., actitud

favorable en dilatación 91,2% vs. 57,1%), lo que apoya la dirección del efecto descrita internacionalmente. El componente psicoemocional destacado por Kowalska et al. (11) y Nosratabadi et al. (12) mejor autoeficacia, menor ansiedad y cambio de creencias es compatible con nuestras altas actitudes favorables en fases de mayor demanda (dilatación/expulsivo). Bellocq (13) y Tamara & Vallejo (15) enfatizan la utilidad de estrategias no farmacológicas y entrenamiento en relajación; la ausencia de actitudes desfavorables en nuestra muestra sugiere un terreno preparado por el PPO para conductas colaborativas.

Las **diferencias** respecto de estudios con efectos claros ((9), (28) (28)) pueden explicarse por tres factores. Primero, la **baja variabilidad** del conocimiento (83% alto; 0% bajo) generó un **efecto techo** y frecuencias pequeñas que obligaron a usar pruebas conservadoras, disminuyendo el poder para detectar efectos moderados. Segundo, la **categorización** de puntajes (alto/medio; favorable/intermedia) implicó pérdida de información frente a análisis con escalas continuas pre-post, frecuentes en la literatura. Tercero, no se registró la **“dosis” real** del PPO (número y calidad de sesiones, práctica domiciliaria) ni **mediadores** como ansiedad o autoeficacia, variables que la bibliografía identifica como **vías de impacto** sobre la conducta intraparto ((11) (28)).

El **descenso de la actitud favorable en el alumbramiento** sugiere un fenómeno de etapa: el cansancio pos expulsivo, el dolor uterino y los requerimientos del **manejo activo del tercer período** podrían “desconectar” temporalmente la traducción del conocimiento en conducta colaborativa. Este matiz coincide con estudios que subrayan la necesidad de reforzar contenidos y simulaciones del posparto inmediato, así como habilidades de regulación emocional y apoyo continuo del acompañante ((10) (41)). En el contexto nacional, la evidencia es heterogénea: se han descrito niveles altos de conocimiento en clínicas ((16) (17)), niveles regulares y prácticas indiferentes en el primer nivel (19), y múltiples barreras para asistir a la PPO ((42)). Nuestro perfil urbano y con escolaridad media/alta puede explicar el techo de

conocimiento observado, mientras que las restricciones económicas mayoritarias podrían afectar la continuidad asistencial y el descanso intraparto.

Programáticamente, estos hallazgos respaldan fortalecer la PPO con tres énfasis: (a) posparto inmediato (alumbramiento, piel a piel y lactancia precoz) mediante ensayos simulados y guías prácticas; (b) monitoreo de la dosis de intervención (asistencia, adherencia y práctica en casa), incorporando técnicas con evidencia como esferodinámica y relajación progresiva (10,15); y (c) reducción de barreras de acceso —horarios vespertinos/fin de semana, articulación comunitaria y apoyo logístico— especialmente para quienes estudian, trabajan o provienen de zonas rurales (20).

Entre las fortalezas del estudio destacan la estandarización del observador, la combinación de encuesta y observación no participante, y la evaluación diferenciada por etapa del parto. Las limitaciones incluyen el tamaño muestral, el efecto techo (ausencia de conocimiento bajo y de actitud desfavorable), la categorización de variables y la falta de medición de mediadores y de la intensidad de exposición a la PPO. En conjunto, estas restricciones invitan a cautela al interpretar la no significación estadística.

En nuestra investigación encontramos un alto nivel de conocimiento y actitudes favorables en dilatación y expulsivo, con tendencia positiva no concluyente de mayor conocimiento asociado a mejor actitud y una atenuación en el alumbramiento. A la luz de la evidencia disponible, la ausencia de asociación significativa parece reflejar limitaciones de potencia y medición más que ausencia de efecto ((12) (14) (20)

CONCLUSIONES

1. Con base en los cruces por etapa y empleando la prueba exacta de Fisher (bilateral) —criterio principal por celdas esperadas pequeñas— no se encontró evidencia estadísticamente significativa de asociación entre el nivel de conocimiento (alto/medio) y la actitud de las gestantes en ninguna fase del trabajo de parto (dilatación: $p=0,051$; expulsivo: $p=0,120$; alumbramiento: $p\approx 0,64$). En dilatación y expulsivo se observó patrón favorable no concluyente ($OR\approx 7,75$ y $OR=4,35$, respectivamente), mientras que en alumbramiento la asociación se atenúa ($OR=0,65$). Por tanto, no se confirma una relación significativa conocimiento–actitud al 5% en las etapas evaluadas. La mayoría de gestantes presentó conocimiento alto (82,9%, 34/41) seguido de nivel medio (17,1%); no se registraron casos con conocimiento malo. Este resultado evidencia un alto dominio de contenidos de psicoprofilaxis obstétrica en la población estudiada.
2. Predominó una actitud favorable (85,4%, 35/41) y 14,6% mostró actitud intermedia; no hubo casos desfavorables. El comportamiento observado sugiere buena adherencia a técnicas de respiración, relajación y posiciones libres en esta fase.
3. Se observó actitud favorable en 80,5% (33/41) e intermedia en 19,5% (8/41); no se registraron actitudes desfavorables. Aunque la proporción favorable se mantiene alta, es ligeramente menor que en dilatación, lo que podría reflejar las mayores demandas físicas y emocionales del expulsivo.
4. La actitud favorable descendió a 63,4% (26/41) y la intermedia ascendió a 36,6% (15/41); no hubo actitudes desfavorables. Este descenso sugiere que factores clínicos del posparto inmediato (cansancio, dolor, uso de uterotónicos, manejo activo del tercer período) pueden atenuar la expresión conductual favorable pese al buen conocimiento previo.

RECOMENDACIONES

1. Fortalecer el PPO con mejora continua: Ampliar horarios (tarde/fin de semana) y recordatorios; verificar “dosis” con checklist (sesiones, práctica, acompañante); tamizar ansiedad/autoeficacia e integrar micro intervenciones; formalizar rol del acompañante; usar guías visuales y recursos en sala; monitorear mensualmente KPIs (cobertura, dosis, actitud, satisfacción) con ciclos PDCA.
2. Consolidar talleres prácticos (respiración, relajación, posiciones) con simulación breve; asegurar acompañamiento continuo y coaching del personal; aplicar checklist intraparto con retroalimentación inmediata; disponer de pelota, colchonetas y señalización para deambulación; reforzar regulación emocional y educación visual (pósters, tarjetas).
3. Estandarizar entrenamiento en pujo fisiológico y economía del esfuerzo con simuladores; indicaciones breves y consistentes del equipo; garantizar analgesia no farmacológica (compresas, masaje, respiración guiada); facilitar posiciones eficaces; recordatorios visuales; roles claros del acompañante; checklist de adherencia para corrección oportuna.
4. Reforzar manejo activo del tercer período con guiones simples (2–3 pasos) y práctica simulada; asegurar piel a piel e inicio precoz de lactancia; optimizar analgesia pos-expulsivo y micro-pausas; entrenar acompañante para sostener calma; estandarizar protocolos/recordatorios; revisar carga laboral para mantener apoyo continuo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Sousa CS. CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE MADRES GESTANTES DEL BARRIO DE VISTA ALEGRE DE AYACUCHO. Puriq [Internet]. 2021 [citado 28 de octubre de 2025];3(1):26-38. Disponible en: <https://portal.amelica.org/ameli/journal/514/5143084004/>
- Schulte AM, Krivitzky SK. Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. Acta Médica Grupo Angeles [Internet]. 14 de octubre de 2021 [citado 28 de octubre de 2025];19(3):361-7. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101728>
- El-Shrqawy EH, Elnemer A, Mohamed Elsayed H. Effect of antenatal education on pregnant women`s knowledge, attitude and preferences of delivery mode. BMC Pregnancy Childbirth. 12 de noviembre de 2024;24(1):740.
- García Peña D. Nivel de conocimiento y actitud sobre la psicoprofilaxis obstétrica en las gestantes de dos asentamientos humanos del distrito de san juan bautista – Iquitos enero a marzo 2020. 2021.
- Basilio_Rojas MR. Atención prenatal y psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del primer nivel de un distrito del Callao. Peruvian J Health Care Glob Health [Internet]. 28 de junio de 2020 [citado 28 de octubre de 2025];4(1):11-5. Disponible en: <https://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/58>
- OMS. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. 2015 [citado 28 de octubre de 2025]. La OMS señala que las embarazadas deben poder tener acceso a una atención adecuada en el momento adecuado. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
- Laica-Sailema SA, Ramos-Velastegui AJ, Jimenez-Diaz HD. La psicoprofilaxis obstetrica y su importancia en el periodo gestacional. Gac Médica Estud [Internet]. 28 de julio de 2024 [citado 28 de octubre de 2025];5(2):e485-e485. Disponible en: <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/485>

- Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clin Nurs Res*. julio de 2021;30(6):818-29.
- Morales VN, Nader JD, Rodríguez K, Baño C, Jiménez G. COMPARATIVE ANALYSIS OF THE BENEFITS AND DIFFICULTIES OF OBSTETRIC PSYCHOPROPHYLAXIS, IN PREGNANT WOMEN OF THE HEALTH CENTERS OF CUMANDÁ AND CERECITA - ECUADOR. *Int J Res -GRANTHAALAYAH* [Internet]. 31 de marzo de 2020 [citado 29 de octubre de 2025];8(3):297-303. Disponible en: https://www.granthaalayahpublication.org/journals/granthaalayah/article/view/32_IJR_G20_B03_3219
- Sandoval MGC, Ayala GMI, Ayala SYM. Identification of more effective obstetric psychoprophylaxis techniques for pregnant adolescents. *Salud Cienc Tecnol - Ser Conf* [Internet]. 28 de diciembre de 2024 [citado 29 de octubre de 2025];3:674-674. Disponible en: <https://conferencias.ageditor.ar/index.php/sctconf/article/view/674>
- Kowalska J, Dulnik M, Guzek Z, Strojek K. The emotional state and social support of pregnant women attending childbirth classes in the context of physical activity. *Sci Rep* [Internet]. 11 de noviembre de 2022 [citado 29 de octubre de 2025];12(1):19295. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-022-23971-7>
- Nosratabadi M, Hekmat K, Dencker A, Abbaspoor Z. Individual and Group Psycho-Educational Counseling on Knowledge, Attitude and Preference for Birth Method in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. *J Fam Reprod Health* [Internet]. junio de 2018 [citado 29 de octubre de 2025];12(2):103-10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6391307/>
- García Bellocq M, Peñate Brito J, Sánchez Bermúdez A, Mella Rodríguez A, Estrada García A, García Bellocq M, et al. Consideraciones sobre la psicoprofilaxis obstétrica en la adolescencia. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. diciembre de 2019 [citado 29 de octubre de 2025];41(6):1550-63. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242019000601550&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Machado Diaz M, Gómez Fonseca I, Ramírez Puig NM, López Pérez N, Machado Diaz M, Gómez Fonseca I, et al. Programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el confinamiento por la pandemia de la COVID-19. Rev Cienc Médicas Pinar Río [Internet]. diciembre de 2020 [citado 29 de octubre de 2025];24(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1561-31942020000600006&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Dayana Tamara MV. “Técnica de Jacobson en la Psicoprofilaxis del parto” [Internet] [bachelorThesis]. Universidad Nacional de Chimborazo,2020; 2020 [citado 29 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/6315>

Alado Silva FL. Nivel de conocimiento de psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el establecimiento de salud clínica Aviva. 2024.

Ochoa Aranibar AS. Nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes de la clínica San Miguel Arcángel en SJL, 2022. 2023.

De la Cruz- Abregu V, Martínez-Asmad GM, Zavaleta -Pesantes AO, Villanueva Huamancayo AE, Cáceres - Cavallo P, Rueda-Soto AM, et al. Ansiedad en gestantes con y sin participación en un programa educativo de psicoprofilaxis obstétrica en un Centro Materno Infantil de Lima Metropolitana - Perú. E-Rev Multidiscip Saber [Internet]. diciembre de 2025 [citado 29 de octubre de 2025];3. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2960-24672025000100208&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Olaechea Vasquez MI. Conocimiento y práctica de la psicoprofilaxis obstétrica en gestantes del Centro de Salud de Sunampe, Chincha 2023. 2024 [citado 29 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/5407>

Pozo Martínez CE. Factores que limitan la asistencia al programa de psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco

2023. Univ Huánuco [Internet]. 2025 [citado 29 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/xmlui/handle/20.500.14257/5829>
- El-shrqawy EH, Elnemer A, Mohamed Elsayed H. Effect of antenatal education on pregnantwomen`s knowledge, attitude and preferences of delivery mode. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 12 de noviembre de 2024 [citado 2 de noviembre de 2025];24(1):740. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06922-0>
- Martínez Schulte A, Karchmer Krivitzky S. Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. Acta Médica Grupo Ángeles [Internet]. septiembre de 2021 [citado 2 de noviembre de 2025];19(3):361-7. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1870-72032021000300361&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Zambrano Macías KB, Tórres Vasconez MP, Brito Martínez AT, Pazmiño Mera YY. Psicoprofilaxis obstétrica y sus beneficios para la gestante. RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc [Internet]. 2018 [citado 2 de noviembre de 2025];2(3):242-59. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6732850>
- Morales Alvarado S, Guibovich Mesinas A, Yábar Peña M. Psicoprofilaxis Obstétrica: actualización, definiciones y conceptos. Horiz Méd Lima [Internet]. octubre de 2014 [citado 2 de noviembre de 2025];14(4):53-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2014000400010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Morales VEN, Vera AER, Baño KÁR, Valle GEJ. Beneficios y dificultades de la psicoprofilaxis obstétricaen gestantes de la comunidad de Progreso, Guayas. Sci Rev Prod Cienc E Investig [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 2 de noviembre de 2025];4(33):30-40. Disponible en: <https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/300>
- Delle Fave A, Pozzo M, Bassi M, Cetin I. A Longitudinal Study on Motherhood and Well-Being: Developmental and Clinical Implications. Ter Psicológica [Internet]. abril de 2013 [citado 2 de noviembre de 2025];31(1):21-33. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0718-48082013000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=en

Soto L C, Teuber L H, Cabrera F C, Marín N M, Cabrera D J, Da Costa S M, et al. EDUCACIÓN PRENATAL Y SU RELACIÓN CON EL TIPO DE PARTO: UNA VÍA HACIA EL PARTO NATURAL. Rev Chil Obstet Ginecol [Internet]. 2006 [citado 2 de noviembre de 2025];71(2):98-103. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75262006000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Nosratabadi M, Hekmat K, Dencker A, Abbaspoor Z. Individual and Group Psycho-Educational Counseling on Knowledge, Attitude and Preference for Birth Method in Nulliparous Women: A Randomized Controlled Trial. J Fam Reprod Health [Internet]. 23 de septiembre de 2018 [citado 2 de noviembre de 2025];103-10. Disponible en: <https://jfrh.tums.ac.ir/index.php/jfrh/article/view/862>

Norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/1893862-norma-tecnica-de-salud-para-la-atencion-integral-y-diferenciada-de-la-gestante-adolescente-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio>

Maternal and Child Health [Internet]. The Human Journey. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: <https://humanjourney.us/health/global-health/maternal-and-child-health/>

de la Rosa Marín M, Solernou Mesa IA, Marrero Hidalgo MM, de la Rosa Marín M, Solernou Mesa IA, Marrero Hidalgo MM. Aprendizaje significativo y su aplicación en la educación médica. Educ Médica Super [Internet]. septiembre de 2023 [citado 2 de noviembre de 2025];37(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21412023000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Natsiou KP. Psychoprophylaxis revisited in the 21st century: Effects on labor and postpartum period. World J Adv Res Rev [Internet]. 2025 [citado 2 de noviembre de 2025];27(1):2376-81. Disponible en:

<https://journalwjarr.com/content/psychoprophylaxis-revisited-21st-century-effects-labor-and-postpartum-period>

Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research. Vol. 27. 1975.

García Bellocq M, Peñate Brito J, Estrada García A, Rodríguez Curbelo M, Sánchez García AS. Consideraciones sobre la psicoprofilaxis obstétrica familiar. Rev Medica Electron [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2025];2659-73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000602659

Rodrigues G de O, Jardimino D da S, Maciel N de S, Ferreira D da S, Chaves AFL, Costa CC da, et al. Conocimiento, actitud y práctica de gestantes antes y después de una intervención grupal. Enferm Glob [Internet]. 2022 [citado 2 de noviembre de 2025];21(66):235-73. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412022000200235&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychol Rev. 1977;84(2):191-215.

Ypanaqué Acajima J, Narva Roncal I, Ypanaqué Acajima J, Narva Roncal I. Psicoprofilaxis obstétrica en la adolescencia y reducción de los niveles de ansiedad. Rev Médica Electrónica [Internet]. junio de 2021 [citado 2 de noviembre de 2025];43(3):868-71. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1684-18242021000300868&Ing=es&nrm=iso&tIng=es

Yábar Peña M. La Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes adolescentes: Características y beneficios integrales. Horiz Méd Lima [Internet]. abril de 2014 [citado 2 de noviembre de 2025];14(2):39-44. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-558X2014000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Cunningham FG, Leveno KJ, Dashe JS, Hoffman BL, Spong CY, Casey BM. Williams Obstetrics 26e. McGraw Hill Professional; 2022. 1323 p.

Dalley A, Agur A. Moores Clinically Oriented Anatomy | Wolters Kluwer [Internet]. [citado 2 de noviembre de 2025]. Disponible en: https://shop.lww.com/moore-s-clinically-oriented-anatomy/p/9781975209544?srsIid=AfmBOoqiVWSQscclJTX5p6CYkC1QsQBV8N7s ilbvsswjPlwH_sbm6wlc

Vidal Martí A, Reyes López M, Fernández Rabasa Y, González Cuesta G, Acosta Garrido T, Yero Arniella L. Preparación psicofísica para el parto: seguridad y satisfacción a las gestantes. MediSur [Internet]. febrero de 2012 [citado 29 de octubre de 2025];10(1):17-21. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727-897X2012000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Pozo Martínez CE. Factores que limitan la asistencia al programa de psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco 2023. Univ Huánuco [Internet]. 2025 [citado 2 de noviembre de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.udh.edu.pe/xmlui/handle/20.500.14257/5829>

ANEXOS

ANEXO 01

Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

I DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

1. Edad a) > de 20 años b) 21 a 30 años c) 31 a 40 años
2. Nivel de Instrucción a) Sin instrucción b) Primaria c) Secundaria
d) Superior no universitario e) Superior universitario
3. Estado civil a) Soltera b) Conviviente c) Casada
4. Ocupación a) Ama de casa b) Estudiante c) Trabajador
5. Procedencia a) Urbana b) Rural
6. Condición Económica a) Menos de 1000 b) 1000 a menos de 2000
c) más de 2000

II CONOCIMIENTOS

1. ¿Cuál es el propósito principal de la psicoprofilaxis obstétrica?

- A) Reemplazar la analgesia farmacológica
- B) Preparar a la gestante con información y técnicas para un parto seguro y humanizado
- C) Aumentar el número de controles prenatales
- D) Evitar el parto vaginal

Clave: B

2. La **fase activa** del trabajo de parto se caracteriza por:

- A) Contracciones irregulares y dilatación escasa
- B) Dilatación rápida y contracciones más intensas y regulares
- C) Ausencia de borramiento cervical
- D) Únicamente ruptura de membranas

Clave: B

3. Durante la **contracción**, la respiración recomendada es:

- A) Apnea prolongada
- B) Respiración superficial y rápida
- C) Respiración lenta y profunda dirigida
- D) No respirar

Clave: C

4. Entre contracciones, para **relajarse** se sugiere:

- A) Tensión voluntaria de hombros
- B) Mantenerse inmóvil boca arriba
- C) Relajación muscular progresiva y respiración tranquila

D) Hiperventilar

Clave: C

5. Un beneficio de las **posiciones libres/deambulaci3n** en dilataci3n es:

A) Aumentar el dolor

B) Disminuir el descenso fetal

C) Favorecer el progreso del trabajo de parto

D) Incrementar la necesidad de episiotomía

Clave: C

6. ¿Cuál es una **señal de alarma** que amerita acudir o avisar de inmediato?

A) Contracciones cada 20 minutos

B) Dolor lumbar leve

C) Sangrado vaginal abundante o líquido verde/maloliente

D) No sentir sed

Clave: C

7. El **pujo más efectivo** durante el expulsivo suele ser:

A) Dirigido en apnea prolongada fija

B) Espontáneo, sincronizado con la contracci3n y la sensaci3n de pujo

C) Fuera de las contracciones

D) Solo cuando lo indique el acompañante

Clave: B

8. El **acompañante** durante el parto tiene como funci3n prioritaria:

A) Decidir intervenciones médicas

B) Sustituir al personal de salud

C) Brindar apoyo emocional, facilitar respiraci3n y posiciones

D) Registrar el partograma

Clave: C

9. El **contacto piel a piel** inmediato favorece principalmente:

A) Hipotermia neonatal

B) Vínculo y estabilidad térmica del recién nacido

C) Retraso de la lactancia

D) Mayor sangrado materno

Clave: B

10. El **inicio precoz de la lactancia** se recomienda:

A) Después de 24 horas

B) En la primera hora posparto

C) A la semana de vida

D) Solo si el RN llora

Clave: B

11. El **partograma** registra, entre otros:

A) Solo el peso materno

B) Dilataci3n, descenso, dinámica uterina y FCF

C) Tipo de vivienda

D) Nivel socioeconómico

Clave: B

12. Un método **no farmacológico** para el dolor en el parto es:

- A) Ayuno prolongado
- B) Baño/ducha tibia y masajes
- C) Hiperventilación sostenida
- D) Compresión abdominal constante

Clave: B

13. En el **manejo activo del alumbramiento** se aplica de rutina:

- A) Uterotónico (p. ej., oxitocina)
- B) Antibiótico profiláctico
- C) Sedación
- D) Restricción hídrica

Clave: A

14. En el embarazo, un **signo de alarma** compatible con preeclampsia es:

- A) Sueño reparador
- B) Cefalea intensa con visión borrosa
- C) Aumento de apetito
- D) Náusea matutina leve

Clave: B

15. Indicio de **inicio de trabajo de parto** que requiere control es:

- A) Contracciones irregulares aisladas
- B) Contracciones regulares cada 3–5 minutos por ~1 hora
- C) Movimientos fetales normales
- D) Ausencia de contracciones

Clave: B

16. El **parto humanizado** prioriza:

- A) Intervenciones rutinarias sin indicación
- B) La comodidad del equipo sobre la mujer
- C) Respeto de preferencias, apoyo continuo y decisiones informadas
- D) Episiotomía sistemática

Clave: C

17. En expulsivo, respecto a la **técnica de pujo**, se recomienda prioritariamente:

- A) Pujo espontáneo con respiración coordinada
- B) Tres apneas forzadas por contracción
- C) Evitar pujar
- D) Solo pujar en decúbito supino

Clave: A

18. **Líquido amniótico** que exige evaluación inmediata:

- A) Claro e inodoro
- B) Verdoso y maloliente
- C) Claro y templado

D) Transparente con escasas partículas

Clave: B

19. Si el RN nace vigoroso, el **clampaje del cordón** recomendado por OMS es:

A) Inmediato (<15 s)

B) Tardío (≈1–3 minutos)

C) Después de 24 horas

D) Solo si hay cesárea

Clave: B

20. Signo de **hemorragia posparto** que requiere avisar de inmediato:

A) Sangrado escaso tipo menstruación

B) Sangrado abundante con coágulos y mareos

C) Leve manchado rosado

D) Ausencia de sed

Clave: B

Puntuación: 1 punto por respuesta correcta (0–20).

Clasificación del conocimiento: Alto ≥ 16 , Medio 12–15, Bajo ≤ 11

Guía de observación

SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DE LA GESTANTE DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO.

Instrucciones

- Observar ≥ 10 min por etapa (o toda la etapa si es breve).
- Puntuar cada ítem con escala 0–3 (anclajes conductuales).
- Marcar “NA” si no aplica (no suma al denominador).
- Puntaje por etapa = (suma / puntaje máximo posible) \times 100.
- Clasificación: Favorable $\geq 75\%$; Intermedia 50–74%; Desfavorable $< 50\%$.

Escala de puntuación (anclajes conductuales)

- 3 = Siempre (conducta consistente y oportuna).
- 2 = Frecuente ($\geq 50\%$ de las ocasiones, leves inconsistencias).
- 1 = A veces ($< 50\%$ o con errores repetidos).
- 0 = Nunca (no realiza o es inadecuado).

CONOCIMIENTO DE PSICOPROFILAXIS OBSTRETRICA

- () Favorable
- () Intermedio
- () Desfavorable

A. ACTITUD DURANTE EL PERÍODO DE DILATACIÓN

1. Respiración durante contracción (ritmo, profundidad, oportunidad). (0–3 / NA)
2. Relajación entre contracciones (soltar hombros/mandíbula). (0–3 / NA)
3. Movilidad/posiciones libres (deambulación, pelota, lateral). (0–3 / NA)
4. Colaboración con el equipo (comunica dolor, acepta reencuadre). (0–3 / NA)
5. Regulación emocional (mantiene calma, evita desesperanza). (0–3 / NA)

Puntaje A (%): _____ Clasificación: Favorable / Intermedia / Desfavorable

B. ACTITUD EN EL PERÍODO EXPULSIVO

1. Pujo sincronizado con contracción (evita pujar sin contracción). (0–3 / NA)
2. Técnica de pujo eficaz (economía del esfuerzo). (0–3 / NA)

3. Respiración entre pujos (recupera aire, evita hiperventilación). (0–3 / NA)

4. Postura facilitadora (semisentada, lateral, cuclillas con apoyo). (0–3 / NA)

5. Seguimiento de indicaciones críticas (pausar/pujar suave). (0–3 / NA)

Puntaje B (%): _____ Clasificación: Favorable / Intermedia / Desfavorable

C. ACTITUD EN EL PERÍODO DE ALUMBRAMIENTO

1. Evita pujar salvo indicación (cooperación con manejo activo). (0–3 / NA)

2. Relajación y quietud cuando se indica. (0–3 / NA)

3. Colabora con indicaciones breves (respirar, no pujar, tos suave). (0–3 / NA)

4. Contacto piel a piel e inicio de lactancia (cuando es posible). (0–3 / NA)

5 Regulación del malestar (acepta medidas no farmacológicas). (0–3 / NA)

Puntaje C (%): _____ Clasificación: Favorable / Intermedia / Desfavorable.

D. Transferencia observable de conocimientos PPO (en TP)

Nota: El conocimiento teórico se evalúa con cuestionario previo; aquí se observa su traslado a la práctica.

1. Anticipa la contracción (se prepara a tiempo). (0–3 / NA)

2. Elige/ajusta postura útil según fase y comodidad. (0–3 / NA)

3. Solicita/aprovecha apoyo del acompañante. (0–3 / NA)

4. Sigue indicaciones breves del personal sin demora. (0–3 / NA)

Puntaje D (%): _____ Clasificación: Favorable / Intermedia / Desfavorable

E. Síntesis y clasificación global

Dilatación: % _____ → () Favorable () Intermedia () Desfavorable

Expulsivo: % _____ → () Favorable () Intermedia () Desfavorable

Alumbramiento: % _____ → () Favorable () Intermedia () Desfavorable

**ANEXO 02
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

“Nivel de conocimiento y actitud de la gestante del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema principal: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es el nivel de conocimiento de la gestante sobre la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023? ¿Cuál es la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023? ¿Cuál es la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023? ¿Cuál es la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes del programa de Psicoprofilaxis Obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.</p> <p>Objetivos específicos: Determinar el nivel de conocimiento de la gestante sobre la psicoprofilaxis obstétrica durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023. Determinar la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de dilatación del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023. Determinar la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023. Determinar la actitud de la gestante del programa de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.</p>	<p>Variable independiente: Nivel de conocimiento sobre Psicoprofilaxis Obstétrica</p> <p>Variable dependiente: Actitud de la gestante en el trabajo de parto.</p> <p>Hipótesis general: H1: Existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre la psicoprofilaxis obstétrica y la actitud de las gestantes durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.</p> <p>Hipótesis específica: H1 La proporción de gestantes con nivel de conocimiento alto sobre psicoprofilaxis obstétrica es mayor al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023. H2 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de dilatación es mayor al 70% durante el trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023. H3 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período expulsivo del trabajo de parto es mayor al 70% durante el periodo expulsivo del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023. H4 La proporción de gestantes con actitud favorable durante el período de alumbramiento del trabajo de parto es mayor al 70%. durante el periodo de alumbramiento del trabajo de parto en el Centro de Salud de Acobamba, 2023.</p>	<p>1. Nivel de Conocimiento. Alto Medio Bajo</p> <p>2. Actitud Dilatación: Favorable Intermedio Desfavorable Expulsivo: Favorable Intermedio Desfavorable Alumbramiento: Favorable Intermedio Desfavorable</p>	<p>Diseño de estudio: No experimental, transversal, correlacional.</p> <p>Población: Estuvo conformada por todas las gestantes atendidas en el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) del Centro de Salud de Acobamba durante el período enero–diciembre de 2023: N = 41 gestantes (marco poblacional según registros del programa).</p> <p>Muestra: Dado el tamaño reducido de la población (N=41) y con el fin de maximizar la precisión y la validez externa de los resultados, se optó por un muestreo censal (censo), incluyéndose a todas las gestantes que cumplieron los criterios de inclusión y no presentaron criterios de exclusión.</p> <p>Técnicas: Encuesta estructurada. Observación no participante.</p> <p>Instrumento: Cuestionario Guía de observación</p>

ANEXO 03
OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Independiente Nivel de Conocimiento	Grado de información y comprensión que posee la gestante sobre contenidos teórico-prácticos de la PPO, necesarios para afrontar el trabajo de parto con seguridad	Recepción de conocimientos sobre psicoprofilaxis obstétrica que se imparte para la madre gestante y el padre	Conocimiento Alto Medio Bajo	Alto: 70 a 100% de respuestas correctas	Cuantitativa ordinal
				Medio: Entre 50 a 70% de respuestas correctas	Cuantitativa ordinal
				Bajo: menos del 50% de respuestas correctas	Cuantitativa ordinal
Dependiente Actitud durante el trabajo de parto	Disposición cognitiva, afectiva y conductual para afrontar el trabajo de parto, reflejada en confianza, colaboración y manejo del temor/dolor.	Manifestación de la gestante durante el trabajo de parto y parto.	Dilatación: Favorable Intermedio Desfavorable	Cumple con las técnicas de respiración, relajación y colaboración Cumple con 2 de las 3 técnicas de respiración, relajación y colaboración Cumple con 1 técnicas de respiración, relajación y colaboración	Cualitativa nominal
			Expulsivo: Favorable Intermedio Desfavorable	Cumple con las técnicas de respiración y puja durante la contracción. No cumple con todas las técnicas de respiración y puja durante la contracción. No cumple con ninguna las técnicas de respiración y puja sin haber contracción.	Cualitativa nominal
			Alumbramiento Favorable Intermedio Desfavorable	Cumple con la relajación. Cumple con la relajación, pero se mueve. Continua pujando y no se relaja	Cualitativa nominal

ANEXO 04
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

Me han informado detalladamente sobre la investigación a desarrollarse.

He podido hacer preguntas sobre el estudio.

He recibido suficiente información sobre el estudio.

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio en las siguientes situaciones:

1. Cuando quiera
2. Sin tener que dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante.....

Nombre en imprenta del participante.....

En el caso de una persona no alfabeto, puede poner su huella digital en el consentimiento informado.

Le he explicado este proyecto al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que comprende la información descrita en este documento y accede a participar en forma voluntaria.

Fecha y hora.....

Firma del Investigador/a.....

Nombre del Investigador/a.....

ANEXO 05

BASE DE DATOS

BASE DE DATOS FINAL PSICOPROFILAXIS ACOBAMBASAV [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Edad	Numérico	8	0	Edad	{0, menos d...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
2	Proc	Numérico	8	0	Procedencia	{0, Urbana}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	Ocup	Numérico	8	0	Ocupación	{0, ama de ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	Nivins	Numérico	8	0	Nivel de Instruc...	{0, Sin Instr...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	EstCiv	Numérico	8	0	Estado Civil	{0, soltera}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	Conecon	Numérico	8	0	Condicion Econ...	{0, menos d...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
7	SegnivConoc	Numérico	8	0	Según Nivel de ...	{1, Bueno}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	Segactdil	Numérico	8	0	Según actitud d ...	{1, Bueno}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	Segactexp	Numérico	8	0	Según actitud e ...	{1, Bueno}...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
10	Segactalum	Numérico	8	0	Según actitud e ...	{1, Bueno}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada

