

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS

**EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA DE PSICOPROFILAXIS
OBSTÉTRICA EN EL CONOCIMIENTO SOBRE
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO. PRIMIGESTAS DEL
CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO. CAJAMARCA,
2020**

Para optar el Título Profesional de

OBSTETRA

Presentado por:

Bachiller Imelda Jackeline Cerquín Izquierdo

Asesor

M. Cs. Obsta. Rossana Patricia León Izquierdo

Cajamarca-Perú

2021

Copyright © 2021 by
Imelda Jackeline Cerquín Izquierdo
Derechos reservados

“Sólo hay un bien: el conocimiento. Sólo hay un mal: la ignorancia”.

(Sócrates)

SE DEDICA A:

Dios por haberme otorgado una familia maravillosa

Mis abuelos, porque siempre tuve sus consejos en mi mente, sus bendiciones a diario a lo largo de mi vida me protegen y me llevan por un buen camino, por eso les doy en ofrenda mi trabajo, porque todo es por ellos.

Mi hija, que es mi orgullo y mi gran motivación, me impulsas a cada día superarme, no es fácil, eso lo sé, pero tal vez si no te tuviera no habría logrado tantas grandes cosas junto a ti y serás siempre el estímulo en todo momento de mi vida.

Mis padres, por su dedicación y apoyo incondicional; por creer en mí, dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo. Todo lo que soy se lo debo a ellos. A ustedes es dedicado este trabajo.

Mis hermanos por estar conmigo en cada logro, por dedicarme su tiempo y un hombro para descansar y por siempre apoyarme.

Imelda

SE AGRADECE A:

La Universidad Nacional de Cajamarca abrimme las puertas de su seno científico para forjarme como profesional; asimismo, a todos los docentes que me brindaron sus conocimientos y apoyo para seguir adelante día a día.

Mi asesora de tesis, M. Cs. Obsta. Rossana Patricia León Izquierdo, por haberme brindado la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento científico y por, su paciencia infinita en el desarrollo de la presente investigación.

Imelda

INDICE GENERAL

EPÍGRAFE	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE GENERAL	vi
INDICE DE TABLAS	viii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
EL PROBLEMA	2
1.1 Definición y delimitación del problema	2
1.2 Formulación del problema	3
1.3. Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivos específicos	3
1.4 Justificación	4
CAPÍTULO II	5
MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes	5
2.1.1. Antecedentes internacionales	5
2.1.2 Antecedentes nacionales	6
2.1.3 Antecedentes locales	8
2.2 Bases teóricas	8
2.2.1 Conocimiento	8
2.2.2. Psicoprofilaxis obstétrica	12
2.2.2.1 Ventajas de la psicoprofilaxis	13
2.2.2.2. Para la madre	13
2.2.2.3. Ventajas perinatales	13
2.2.2.4. Principales corrientes de psicoprofilaxis	14
2.2.2.5. Métodos y técnicas que aplica la psicoprofilaxis	16
2.2.2.6. Estructura de las sesiones de psicoprofilaxis	16
2.2.2.7. Entorno Virtual: el nuevo reto para educación en psicoprofilaxis obstétrica	18
2.2.2.8. Conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio	19

2.3 Hipótesis	23
2.4 Variables	23
2.3.1.1. Variable independiente	23
2.3.1.2. Variable dependiente	23
2.3.2. Conceptualización y operacionalización de variables	23
CAPÍTULO III	25
METODOLOGÍA	25
3.1 Diseño y tipo de estudio	25
3.2 Área de estudio y población	26
3.3 Muestra	26
3.3.1. Tamaño de la muestra y muestreo	26
3.4 Unidad de análisis	26
3.5 Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	26
3.6 Consideraciones éticas de la investigación	27
3.7 Procedimiento para recolección de datos	27
3.8 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.9 Procesamiento y análisis de datos	30
3.10 Control de calidad de datos	31
CAPÍTULO IV	32
Interpretación de resultados	32
CAPÍTULO V	44
Análisis y discusión de resultados	44
CONCLUSIONES	52
SUGERENCIAS	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS	60
Anexo 1: Instrumento	61
Anexo 2: Consentimiento informado	64
Anexo 3: Cartillas de validación	65
Anexo 4: Generación de baremos	71
Anexo 5: Sesiones de psicoprofilaxis	73
Anexo 6: Evidencia fotográfica	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las primigestas que participaron en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.	32
Tabla 2. Conocimiento de las primigestas sobre embarazo, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.	33
Tabla 3. Conocimiento de las primigestas sobre embarazo en sus dimensiones signos de alarma, frecuencia de alimentación e importancia del consumo del sulfato ferroso, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo 2021.	34
Tabla 4. Conocimiento sobre los tipos de alimentos que debe consumir una gestante para favorecer el crecimiento y desarrollo del feto previo a su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Cajamarca, 2021.	35
Tabla 5. Conocimiento sobre los tipos de alimentos que debe consumir una gestante para favorecer el crecimiento y desarrollo del feto luego de haber participado en el programa de PPO. Cajamarca, 2021.	37
Tabla 6. Conocimiento de la primigesta sobre parto, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.	38
Tabla 7. Conocimiento de las primigestas sobre parto en sus dimensiones signos de peligro e inicio del parto, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo 2021.	39

Tabla 8. Conocimiento de la primigesta sobre puerperio, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021. 40

Tabla 9. Conocimiento de las primigestas sobre puerperio en sus dimensiones signos de alarma, lactancia materna y uso de método anticonceptivo, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo 2021. 41

Tabla 10. Prueba de hipótesis para determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio, en primigestas que participaron del programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021. 43

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AEP	Asociación española de psicoprofilaxis
ASPPO	Asociación Peruana de Psicoprofilaxis
DA	De acuerdo
EDA	En desacuerdo
EM	Educación maternal
EpS	Educación para la salud
ICEA	Children Education Association
LME	Lactancia materna exclusiva
MAC	Método anticonceptivo
MEDA	Muy en desacuerdo
MDA	Muy de acuerdo
MINSA	Ministerio de Salud
NIH	National Institute Health
OMS	Organización Mundial de la Salud
PPO	Psicoprofilaxis obstétrica
RDA	Requerimiento diario de alimentos
RN	Recién nacido
SNC	Sistema nervioso central
TR	Técnica de relajación
TR	Técnica de respiración

RESUMEN

El presente estudio, que tuvo como objetivo determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, Cajamarca durante el año 2021, fue diseñado como pre experimental de preprueba - posprueba con un solo grupo; se empleó como técnica la encuesta; instrumento, el cuestionario, el que fue aplicado a 13 primigestas que participaron en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Resultados: la edad 20 a 30 años alcanzó 53,8%, grado de instrucción secundaria completa 38,5%, amas de casa 69,2%. Antes del programa de psicoprofilaxis obstétrica, el conocimiento sobre embarazo fue medio 84,6% y; bajo, 7,7%; en el parto y puerperio, 53,8% tuvieron conocimiento bajo y; 46,2%, medio. Luego de su participación en el programa, se incrementó el conocimiento alto al 100%, y; el conocimiento alto en parto y puerperio, alcanzó 92,3%. En cuanto a los temas que registraron mejores resultados fue el reconocimiento de signos de alarma de embarazo, parto y puerperio; alimentación y consumo de proteínas durante el embarazo, signos e inicio del trabajo de parto. Concluyendo que el programa de psicoprofilaxis obstétrica es efectivo, al registrarse un incremento significativo en el conocimiento de primigestas sobre embarazo, parto y puerperio observándose un valor $p=0,001<0,05$ con la prueba de rangos de Wilcoxon; por tanto, se acepta la hipótesis de investigación

Palabras clave: Conocimiento sobre embarazo, parto, puerperio, psicoprofilaxis obstétrica.

ABSTRACT

The present study, which aimed to determine the effectiveness of the obstetric psychoprophylaxis program in the knowledge about pregnancy, childbirth and the puerperium in primigravida of the Magna Vallejo Health Center, Cajamarca during the year 2021, was designed as a pre-experimental pre-test - post-test with a single group; the survey was used as a technique; instrument, the questionnaire, which was applied to 13 primiparas who participated in the obstetric psychoprophylaxis program. Results: the age 20 to 30 years reached 53.8%, complete secondary education level 38.5%, housewives 69.2%. Before the obstetric psychoprophylaxis program, knowledge about pregnancy was average 84.6% and; low, 7.7%; in childbirth and puerperium, 53.8% had low knowledge and; 46.2%, medium. After participating in the program, high knowledge increased to 100%, and; high knowledge in childbirth and puerperium, reached 92.3%. Regarding the subjects that registered the best results, it was the recognition of warning signs of pregnancy, childbirth and the puerperium; diet and protein consumption during pregnancy, signs and onset of labor. Concluding that the obstetric psychoprophylaxis program is effective, when registering a significant increase in the knowledge of primiparas about pregnancy, childbirth and the puerperium, observing a value $p = 0.001 < 0.05$ with the Wilcoxon rank test; therefore, the research hypothesis is accepted

Key words: Knowledge about pregnancy, childbirth, puerperium, obstetric psychoprophylaxis.

INTRODUCCIÓN

La psicoprofilaxis obstétrica surgió a raíz del proceso traumatizante que para algunas mujeres, solía ser el parto; situación asociada al dolor intenso que manifiestan sentir durante las contracciones uterinas. Tuvo sus inicios en Inglaterra con Dick Read, quien sostuvo que la causa del mencionado dolor era producto del temor, generando su teoría de círculo vicioso miedo-tensión-dolor; posteriormente, en Rusia Velvoski y compañía infirieron que la causa del dolor estaba condicionada por algunos estímulos asimilados por la madre durante su existencia; posteriormente, en base a estas dos corrientes fueron emergiendo muchas más como la escuela francesa con Lamaze, ecléctica con Leboyer, entre otras.

Actualmente se define como un proceso educativo de preparación integral de la mujer embarazada que le permitirá desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio. Transformándola en una experiencia feliz tanto para ella como para la familia (1). Es así que, ya no sólo se limita a controlar el dolor de parto, sino que implica una visión mucho más integral; todo ello con la finalidad de salvaguardar la vida tanto de la madre como del bebé.

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica para mejorar el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en primigestas que participaron del mencionado programa, en el Centro de Salud Magna Vallejo; la hipótesis que se pretendió comprobar fue: el programa de psicoprofilaxis obstétrica será efectivo si el conocimiento de las primigestas sobre embarazo, parto y puerperio se incrementa.

Este documento está estructurado en cinco capítulos; el primero corresponde a la delimitación y definición del problema; en el segundo se presentan las bases teóricas que fundamentarán los hallazgos del estudio; en el tercer capítulo se describe la metodología empleada para el desarrollo de la investigación, en el cuarto capítulo se presenta los resultados de la aplicación del instrumento, y finalmente en el último capítulo se desarrolla el análisis y discusión de resultados. En las últimas secciones se muestra conclusiones, sugerencias y anex

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Definición y delimitación del problema

El embarazo, parto y puerperio son procesos fisiológicos y naturales; por los cuales atraviesa gran parte de las mujeres en etapa reproductiva; sin embargo, cabe preguntarse cuanto conocen sobre los cambios que se generan durante estas etapas como parte de la adaptación del cuerpo de la madre para albergar en su vientre un nuevo ser que necesita, no sólo nutrición, sino también muestras de amor para lograr un desarrollo integral. Pues, con un simple sondeo se puede verificar que menos del 20% de madres puede brindar información correcta sobre temas como signos de alarma del embarazo, parto o puerperio o importancia del consumo de proteínas.

Uno de los métodos más empleados, a nivel mundial, para mejorar los conocimientos de las madres sobre los procesos del embarazo, parto y puerperio, es la psicoprofilaxis obstétrica (PPO), cuyo objetivo, no sólo es incrementar los conocimientos, sino también desarrollar habilidades en la gestante para enfrentar en forma positiva estos cambios, de tal manera que esta etapa culmine, salvaguardado el bienestar tanto de la mujer como del recién nacido.

Pero, ¿cuánto mejora el conocimiento de las madres con las sesiones de psicoprofilaxis?; una revisión realizada en España, en el Foro I+E (Información+ Educación) sobre Impacto Social del Conocimiento, se presentó algunos de los estudios realizados sobre los beneficios de la PPO, denominado también Educación Maternal (EM), entre ellos se menciona que las madres tienden a mejorar sus hábitos alimenticios, reconocer los signos de inicio del trabajo de parto para acudir al establecimiento de salud, reconocer la importancia de los controles prenatales, y sobre todo favorece la predisposición de la mujer para brindar una lactancia materna exclusiva; concluyeron, finalmente, que el principal objetivo de la EM es incrementar los conocimientos de la madre sobre embarazo, parto y puerperio, lo que le permitirá disminuir el temor y ansiedad frente a los cambios producidos por este proceso, mejorando su capacidad de respuesta y autocuidado (2).

El desarrollo de sesiones de PPO en el Perú no ha sido uniforme; mientras algunos establecimientos cuentan con todos los recursos humanos, materiales e infraestructura para ejecutarlo, otros carecen de personal; esta realidad se recrudece generalmente en zonas rurales o urbano marginales. Pese a ello continúan reportándose algunos estudios sobre los beneficios de su aplicación, en su mayoría dirigidos a evaluar sobre todo sus efectos en la disminución de los periodos de dilatación o expulsivo, así como reducción de las complicaciones materno fetales. Son pocos los que evalúan cuanto mejora el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio; aunque se reporta brevemente el aumento de conocimientos sobre periodos del parto, tipo de alimentación, beneficios de lactancia materna (1).

En Cajamarca, son escasos los establecimientos de salud que desarrollan el programa de psicoprofilaxis obstétrica; a su vez, es limitada la evidencia científica sobre cuáles son los efectos que tiene las sesiones de la psicoprofilaxis en el incremento del conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en las gestantes que participan en el mencionado programa; razón por la cual se planteó el siguiente objetivo: determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo Cajamarca, 2021?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Identificar el conocimiento sobre embarazo de la primigesta antes y después del programa de psicoprofilaxis obstétrica.
2. Especificar el conocimiento sobre parto de la primigesta antes y después del programa de psicoprofilaxis obstétrica.

3. Identificar el conocimiento sobre puerperio de la primigesta antes y después del programa de psicoprofilaxis obstétrica.

1.4. Justificación de la investigación

El presente estudio se planteó debido a que, a pesar del tiempo que viene desarrollándose procesos de educación dirigidos a las gestantes con la finalidad de mejorar sus conocimientos sobre embarazo, parto y puerperio; aún se registra una proporción considerable de mujeres que no posee los conocimientos suficientes sobre estos temas; esto se ve reflejado cuando no acuden oportunamente a un establecimiento de salud ante la presencia de algunas señales de alarma ya sea del embarazo, parto, puerperio o en el recién nacido; muchas veces por desconocimiento. En otros casos, tienden a adoptar ciertos comportamientos que pueden ser perjudiciales para su salud y la del feto; como es el caso de la deficiencia de consumo de proteínas o micronutrientes; también por desconocer la importancia de su ingesta.

Es por ello, que la presente investigación tiene como finalidad determinar si el programa de PPO es efectivo para mejorar el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio; especialmente en primigestas, ya que, debido a su condición de ser madres, por primera vez, serán invadidas por la ansiedad y el temor justamente por no poseer los conocimientos necesarios para sobrellevar este proceso ante los cambios que su cuerpo puede estar atravesando, permitiéndole diferenciar los aspectos fisiológicos o normales de aquellos que podrían causar algún daño tanto a ella como al bebé por nacer.

En la actualidad, se visualizan nuevas formas de desarrollar las actividades de educación para la salud, empleando medios digitales, es por ello la importancia de generar evidencias referentes a los resultados de su aplicación en psicoprofilaxis obstétrica, sobre todo en cuanto a la mejora de los conocimientos de las madres; para que, en base a ellos se puedan replantear las formas de intervención para optimizar los resultados. De tal forma que todas las gestantes puedan participar en este programa permitiéndoles gozar de sus beneficios durante todo el proceso del embarazo, parto y puerperio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Maidana de Zarza A, Goiriz N, Troche G, Insfrán J y Martínez D. (Paraguay, 2019), publicaron un artículo sobre la implementación de un Club de madres en unidades de salud de la familia Carapeguá para facilitar su participación en los programas de educación en la etapa prenatal (PPO), en este caso reportaron que este programa mejora los conocimientos en cuanto a signos de alarma, lactancia materna exclusiva, cuidados del cordón umbilical (3).

Rosales C. (Ecuador, 2017), realizaron una investigación sobre la efectividad de la PPO durante el embarazo; hallando finalmente que el desarrollo de este programa es efectivo para mejorar diversos aspectos del mismo a través del incremento de conocimientos sobre el proceso de la gestación (4).

Montiel F, Pérez V y Saborio Y. (Nicaragua, 2017), su investigación tuvo por finalidad identificar el conocimiento de las embarazadas antes y después de la intervención en psicoprofilaxis obstétrica. Los investigadores señalaron como resultados que el nivel de conocimientos de las embarazadas sobre el proceso de la gestación y el parto antes de la intervención de psicoprofilaxis obstétrica era bueno para el 17% y malo para el 83%; mientras que después de la intervención el 83% tenía un buen nivel de conocimientos y el 17% un mal nivel de conocimientos. Llegando a la conclusión, que solo a través de una oportuna y adecuada educación psicoprofiláctica sobre el embarazo, el parto y el post parto se obtendrán resultados favorables para la gestante, ya que mejorarán sus conocimientos y los aplicará en el momento de respirar y actuar en forma correcta durante el trabajo de parto, y además permitirá evitar posibles traumatismos y complicaciones maternas y neonatales que conviertan al parto en un proceso patológico (5).

Mata M, Sánchez M y López C. (2015), realizaron una revisión bibliográfica sobre los estudios que reportaron los beneficios de la educación maternal; para ello efectuaron una búsqueda tanto en idioma español como en inglés; y, en bases de datos de reconocida

trayectoria como Medline, PubMed, Cocchrane Library, Scielo, etc. A su vez, incluyeron algunas guías o manuales asociados al tema, así como páginas web de órganos internacionales como OMS o algunas asociaciones profesionales como Asociación Española de Psicoprofilaxis (AEP). Concluyeron finalmente que el principal objetivo de la educación maternal es incrementar los conocimientos de las madres sobre embarazo, parto y puerperio; esto permitirá que la gestante tome conocimiento sobre los cuidados que debe darse en cuanto a alimentación, identificación de signos de alarma o el momento de inicio del parto, lactancia materna exclusiva; entre otros temas. Indicaron además que este conocimiento contribuirá con facilitar la toma de decisiones oportunas en beneficio del binomio madre-niño (2).

Guerrero J y Paguay C. (Ecuador, 2013), realizaron un estudio sobre los beneficios de la PPO; encontrándose que 57% de las gestantes fueron primigestas; en cuanto a los resultados obtenidos después de haber formado parte del programa se tuvo que 100% de las participantes conocía que tipo de alimentos consumir, 83% reconocía el número de contracciones durante la labor de parto y, 87% reconoció los signos de inicio de labor de parto; 96% conocía cuanto tiempo debe durar la lactancia materna exclusiva (LME). 100% identificó por lo menos un signo de alarma del puerperio; concluyendo finalmente, que la PPO mejora los conocimientos de las gestantes sobre embarazo, parto y puerperio (6).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Vásquez B. (Huancavelica, 2018), realizó un estudio que tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes atendidas en el Centro de Salud el Tambo - Ayacucho 2017. Entre los resultados encontrados señaló que el 34,1% tiene un conocimiento adecuado sobre la psicoprofilaxis obstétrica; el 63,4% tiene conocimientos adecuados sobre algunos temas relacionados a la gestación; el 48,8% tiene conocimientos sobre algunos temas relacionados al trabajo de parto; y, el 31,7% tiene buenos conocimientos sobre algunos temas relacionados al puerperio. Llegando a la conclusión que la mayoría de las gestantes conocen el propósito de la psicoprofilaxis obstétrica y algunos temas sobre el embarazo, parto y puerperio; además, se mostraron interesadas que se implemente el programa en el establecimiento de salud en estudio (7).

Eusebio A y Meza A. (Huancayo, 2018), realizaron una investigación con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y práctica de la Psicoprofilaxis Obstétrica en 125 gestantes que asisten a la 5° y 6° sesión de psicoprofilaxis. Para lo cual, señalaron entre sus resultados que el 35,5% tenían un buen nivel de conocimientos sobre el proceso de la gestación; 29% un mal nivel, y 35,5% un nivel regular. Además, el

58% de las gestantes tienen una práctica adecuada en psicoprofilaxis obstétrica y el 42% de las gestantes tienen una práctica inadecuada. Llegando a la conclusión, que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la práctica correcta de la Psicoprofilaxis Obstétrica (8).

Baca W y Quispe K. (Arequipa, 2016), en su investigación tuvieron como objetivo comparar el nivel de conocimiento sobre el embarazo, parto y puerperio entre gestantes preparadas y no preparadas antes y después de la aplicación del Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica. En cuanto a los resultados, los investigadores manifestaron que, al inicio del proceso investigativo, el nivel de conocimiento sobre el embarazo, parto y puerperio no presentó diferencias significativas entre el grupo de gestantes preparadas y no preparadas. Con respecto al nivel de conocimiento sobre el embarazo, obtuvieron que el 69% de gestantes tenía un nivel malo, el 29% nivel regular, el 2% nivel bueno y el 0% un nivel muy bueno; sobre el parto, el 92% tenía nivel malo, 7% nivel regular, 1% nivel bueno; y sobre el puerperio, el 99% nivel malo, 1% nivel regular. Al finalizar el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica el nivel de conocimiento sobre el embarazo, parto y puerperio en el grupo de las gestantes preparadas presentó un incremento; siendo sobre el embarazo un 56% nivel muy bueno; sobre el parto un 50% nivel bueno y sobre el puerperio un 66% nivel muy bueno. El grupo de gestantes no preparadas mantuvo su nivel malo de conocimiento sobre el embarazo, parto y puerperio. Concluyendo que el Programa de Psicoprofilaxis Obstétrica, influyó en el aumento del nivel de conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en las gestantes preparadas (9).

Gonzáles E. (2018), en su investigación sobre beneficios de la PPO y nutrición preconcepcional realizado en Lima, reportó que 98% de las primigestas recibieron preparación teórica en temas de embarazo, parto y puerperio relacionados, entre otros temas; con la alimentación adecuada y consumo de micronutrientes como el sulfato ferroso. Finalmente, informó que 77% de gestantes refirió conocer, y por tanto haber consumido una alimentación balanceada; y 58% manifestó conocer los beneficios que supone la ingesta de sulfato ferroso tanto para la madre y el niño, pero aun así no lo ha consumido (10).

Rafael N, Rodríguez E. (2013), investigaron sobre la efectividad del programa de PPO en el trabajo de parto en un grupo experimental y grupo control; en primigestas del hospital de Huaraz observando que el 89,8% de partícipes del grupo experimental mejoró sus conocimientos sobre el reconocimiento del inicio del trabajo de parto lo que les permitió acudir oportunamente al establecimiento de salud (11).

2.1.3 Antecedentes locales

Díaz F. (Cajamarca, 2019), en su estudio buscó determinar la efectividad de la psicoprofilaxis obstétrica en primigestas; encontrando como resultados que solo el 10% si lo conoce; además, el 60% tiene conocimientos adecuados sobre la gestación, el 30% sobre el trabajo de parto y el 90% sobre el puerperio. Llegando a la conclusión, que el programa de psicoprofilaxis obstétrico, resultó efectivo para mejorar el nivel de conocimientos y en la evolución del embarazo, parto, puerperio (12).

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Conocimiento

Para iniciar con el desarrollo de esta sección, se procedió a precisar brevemente qué es el conocimiento, sus tipos y los sistemas de medición; esto podrá permitir tener una visión general de lo que se pretende evaluar en las gestantes.

El conocimiento se ha venido estudiando desde las primeras civilizaciones, Aristóteles por ejemplo aseveraba que el camino hacia la verdad inicia en el conocimiento del mundo sensible y determinó dos tipos de conocimiento teórico y práctico. Por su parte, Platón manifestó que el mundo sensible es una representación de la imaginación, estableciendo la diferencia entre opinión que proviene de las creencias, y conocimiento que procede del entendimiento e inteligencia. Hume explicó que este conocimiento es resultante de las experiencias sensibles, en las que las ideas son asociaciones de las mencionadas experiencias (13).

Aristóteles definió diversos tipos de conocimiento, el primero lo denominó como el *ínfimo* saber cuya característica es el gusto por las sensaciones, propio de las personas y también los animales, en este caso el aprendizaje emana de la persistencia del recuerdo en la memoria. También indicó que existe el saber por la experiencia considerado como una forma superior de saber, consistente en la familiaridad de las cosas de manera inmediata y concreta; este tipo de conocimiento no se puede enseñar. El Segundo, denominado la *tékhne*, (arte o técnica) es decir, saber hacer las cosas, se conoce como un saber superior que se puede enseñar. Tercero, la *ciencia o episteme*, nombrado como saber demostrativo; caracterizado por ser un conocimiento organizado, propio de diversas especialidades. Permite tener conocimiento de las causas y principios de los fenómenos. Cuarto, el *noús* o conocimiento intuitivo, este se basa en la intuición de principios no demostrables, que se originan naturalmente por iluminación sin que provengan de nada

concreto. Para culminar, se tiene el saber supremo, *sophía* o llamada también sabiduría verdadera, que es una combinación del *noús* y el *episteme* (13).

Entonces, ¿en qué consiste el conocimiento que cada gestante debe poseer o adquirir para cuidar su propio embarazo?; en principio se debe tener en cuenta lo mencionado por Aristóteles (13); que toda persona tiene un conocimiento basado en su experiencia y esta forma de conocer no se puede enseñar; esto implica que, cuando las mujeres embarazadas forman parte de algún proceso de capacitación no acuden con la mente en blanco pues vienen con muchos saberes que los han adquirido en su vida diaria: sin embargo, también existe numerosa información que desconocen y que es parte vital para cuidar su salud e incluso su vida; esta forma de conocer sí se puede enseñar; por ello es imprescindible que en cualquier programa de capacitación el facilitador debe procurar reconocer sus saberes para reforzarlos si son positivos; corregir los que pudieran ocasionarle algún daño e introducir aquellas nociones que ignoran pero que son necesarias para el cuidado de su salud. Por otro lado, retomando lo manifestado por Acebedo (2016); el conocimiento que estas mujeres deben aprender tiene que configurarse generalmente en hechos tangibles que pueda permitirles hallar soluciones inmediatas a los problemas que podrían afectarles durante el desarrollo de su embarazo (13).

Otra definición de conocimiento proporcionado en el estudio de Alayo y Baltazar (2014) (15) quienes lo enuncian como la acumulación de información que adquieren las personas con el pasar del tiempo sobre el mundo que lo rodea y sobre sí mismo, a esto se suma la experiencia producto de asociaciones mentales que finalizan en una construcción personal. Se tiene entonces que, el conocimiento y la información están estrechamente relacionados, “siendo el conocimiento sinónimo de entendimiento, constituye la acción y efecto de conocerlo; que comprende saberes sobre determinado tema. Constituye también el conjunto de datos sobre hechos, necesidades e información almacenados a través de la experiencia del aprendizaje o a través de la introspección” (20). Tomando en cuenta estos preceptos; se tienen entonces que las gestantes adquieren ciertos conocimientos sobre embarazo, parto y puerperio a través de la información que recibe por diferentes vías; algunos basados únicamente en la experiencia como los proporcionados por sus familiares o vecinos; sin embargo, también pueden recibir información especializada proveniente del sector salud cuando acuden a sus controles de embarazo o a través de los medios de comunicación masiva.

Ahora bien, antes de medir el conocimiento que puedan o no tener las mujeres sobre embarazo parto o puerperio; se revisará brevemente cómo se genera ese conocimiento a

través de un proceso de enseñanza aprendizaje o también llamado educación. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), se define educación para la salud (EpS) desde dos puntos de vista. El primero, consiste en facilitar a la población los conocimientos y capacidades necesarias para el cuidado de su propia salud. Y, el segundo punto, permite promover la participación activa de las personas para identificar sus necesidades, y elaborar sus propuestas para alcanzar determinadas metas en salud. Por consiguiente, no se debe pretender que el individuo adquiera comportamientos específicos preestablecidos por un experto, sino más bien promover el desarrollo de su capacidad para tomar sus propias decisiones conscientes y autónomas acerca del cuidado de su salud. Tomando en cuenta lo antes mencionado, se entiende a la educación como un proceso en el que el individuo se torna más consciente de su realidad y contexto, aumentando sus conocimientos y valores, así como el desarrollo de capacidades para ajustar sus acciones a la realidad en la que se desenvuelve. Todo ello se origina mediante sus propias experiencias y saberes, reorganizándolos y cambiándolos ante los nuevos conocimientos o experiencias que se dan en el proceso educativo. En la educación para la salud, se abordan contenidos relacionados con los comportamientos humanos, los mismos que pueden estar influenciados por factores ambientales o personales. Pero, para alcanzar mejorar la salud se considera imprescindible lograr un aprendizaje significativo, de allí que se debe tomar en cuenta que la persona aprende desde su experiencia y sus propios conocimientos reorganizándolos y modificándolos de acuerdo a la nueva información y experiencias que se producen durante el proceso educativo (16).

Continuando con lo mencionado por la OMS (2021), algunas de las recomendaciones para que un proceso de enseñanza-aprendizaje sea eficaz, son: la persona debe ser capaz de conocer y expresar su situación, luego profundizará sus propios conocimientos para analizar las causas y reflexionar sobre sus consecuencias; para finalmente, tomar la decisión de actuar desarrollando sus habilidades y experimentando su realidad, así como empezar a evaluarla para luego reajustarla. Por lo anterior, se trataría entonces de permitir que las personas reconozcan la situación en la que se encuentran, comenten y dialoguen sobre la misma; es decir, la función del facilitador es ayudarles principalmente a que el docente piense en su contexto más que indicarles qué es lo que deben o no hacer. En consecuencia, es muy importante que las personas aprendan a encontrar soluciones a sus problemas; pues no se debe intentar imponer ciertas conductas, lo que se debe hacer es promoverlas. En conclusión, para lograr cambios de conducta, lo primero que se debe hacer es reconocer en qué momento personal se encuentra cada individuo frente a determinada conducta, habilidad o actitud (16).

Tomando en cuenta la forma de aprendizaje característico de las personas adultas, queda preguntarse entonces ¿cómo lograrlo?; en respuesta, Prochaska y Diclemente (2012) proponen un modelo espiral del proceso de cambio de comportamientos diseñado en cinco etapas el mismo que se basa en los comportamientos de la persona, si desea cambiar o no, si practica o no este cambio y si lo conserva en el tiempo (16). Estas etapas son:

Pre contemplación: no hay ninguna intención de cambio en un futuro próximo. No es que no se vea la solución, es que no se ve el problema.

Contemplación: se tiene consciencia de que existe un problema y se piensa en superarlo, pero aún no se ha decidido pasar a la acción.

Preparación: se combinan intención y toma de decisión, se empiezan a introducir pequeños cambios.

Acción: se modifica a sí mismo o misma modifica su comportamiento, su entorno con el fin de superar el problema.

Mantenimiento: persisten y se consolidan los resultados obtenidos en su acción” (17)

Por consiguiente, se puede inferir que, las personas adquieren sus conocimientos (conceptos y/o experiencias) a través de los procesos de enseñanza-aprendizaje, o también denominado proceso educativo. Teniendo en cuenta que La educación es un constructo social que consiste en un proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas que finalmente debe concluir en el cambio de comportamientos (15).

Por su parte, Otero (2016) manifiesta que para que se produzca un cambio en el conocimiento que poseen las personas, se requiere un estímulo que sea capaz de influenciar en sus propias concepciones. Pues bien, una de las alternativas para que este proceso cumpla con su principal objetivo, es la aplicación de los programas educativos (17) como es el caso del programa de psicoprofilaxis obstétrica generado para mejorar los conocimientos de la gestante sobre embarazo, parto, puerperio, técnicas de respiración y relajación, gimnasia obstétrica y cuidados del recién nacido.

Es también importante agregar que en todo proceso de enseñanza-aprendizaje, para obtener los resultados esperados se recomienda desarrollar enfoques de pedagogía activa e interactiva que incluya la participación activa de todos los actores involucrados; más que un método tradicional.

2.2.2 Programa de psicoprofilaxis obstétrica

La finalidad de la presente investigación fue determinar si la PPO puede mejorar los conocimientos sobre embarazo, parto y puerperio en una población de primigestas; ahora bien, ¿en qué consiste el mencionado programa?, en las siguientes líneas se presentará algunas definiciones de PPO según la corriente de donde proviene:

Para la Asociación Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPO), viene a ser la preparación física, psicológica y temática para tener una gestación, parto y puerperio sin temor, en muy buenas condiciones y con mejores probabilidades de tener una recuperación rápida (10).

Para Morales S (2017), Guibovich A y Yábar M (2018), la PPO además de preparar integralmente a la mujer para que tenga una experiencia satisfactoria de este proceso; menciona también que este programa permite que el padre se involucre activamente en su ejecución, indica que debe desarrollarse con un enfoque de riesgo, criterio clínico y de modo personalizado y humanístico; afirma que la PPO permite una rápida recuperación de la madre, reduce las complicaciones obstétricas así como la morbilidad materna (18).

Mongrut (2000), define la PPO como la preparación psicofísica para el momento del parto, realizada a través de la educación de la gestante, permitiéndole tomar el control de sus emociones negativas para eliminar las relaciones de tensión y angustia durante el parto (18).

Mata et al. (2015) manifiesta que la PPO es un programa de educación dirigido a madres embarazadas, reafirmando que es una actividad básica de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, y que se origina por la necesidad de evitar el dolor del parto. La PPO está conformado por un grupo de medidas educativas y de apoyo que permite a los padres que comprendan sus propias necesidades sociales, emocionales, psicológicas y físicas durante la gestación, el trabajo de parto y la paternidad (2).

Por su lado, MINSA (2011) define la PPO como un proceso educativo de preparación integral de la mujer embarazada que le permitirá desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto y puerperio. Transformándola en una experiencia feliz tanto para ella como para la familia (1).

Ventajas de la PPO

Varios autores coinciden en que algunas de las ventajas de la PPO son (7,10,11):

Para la madre

- El nivel de ansiedad disminuye, lo que puede favorecer una actitud positiva frente a este proceso.
- Tener una actitud apropiada durante las contracciones uterinas, realizando adecuadamente las técnicas de respiración, relajación, etc.
- Tener los conocimientos sobre el inicio del trabajo de parto, lo que permitirá que acuda al centro de salud en el momento oportuno.
- Limitar los exámenes innecesarios antes del ingreso a sala de parto.
- Reduce la duración de tiempo de los periodos de dilatación y expulsivo, así como de todo el trabajo de parto.
- Disminuye el riesgo a presentar complicaciones obstétricas.
- Reducir el dolor o malestar durante el trabajo de parto.
- Permitir una recuperación más cómoda y rápida.
- Favorece la lactancia materna exclusiva precoz (7,10,11).

Las ventajas perinatales

Prenatal:

- Promueve una mayor estimulación intrauterina.
- Favorece una curva de crecimiento intrauterino dentro de los parámetros normales.
- Puede disminuir el sufrimiento fetal agudo o crónico (7,10,11).

Intranatal:

- Facilita el periodo expulsivo, haciéndolo menos traumático.
- Reduce el sufrimiento fetal agudo (7,10,11).

Post natal:

- Mejora el puntaje APGAR al minuto y a los cinco minutos.
- Disminuye las complicaciones neonatales.
- Favorece la lactancia materna exclusiva y precoz (7,10,11).

El objetivo primordial de la PPO es disminuir o evitar el dolor durante el trabajo de parto, para ello es necesario explicar desde el punto de vista de la fisiológico cuáles podrían ser

sus posibles causas. Para que exista dolor se debe tener en cuenta tres aspectos: terminaciones nerviosas, estímulo (físico o psíquico: reflejo condicionado) y umbral del dolor; aunque todavía no se han determinado exactamente sus orígenes, los científicos empezaron a investigar las formas de reducirlo o eliminarlo, pues su presencia podría aumentar los riesgos para la madre y el feto, a pesar de su condición natural o fisiológica (18,19). Entre los métodos para controlar el dolor durante el trabajo de parto se tiene a la anestesia epidural que consiste en el bloqueo de la sensación dolorosa de la gestante, analgesia farmacológica que implica el uso de drogas para reducir o eliminar el dolor y, los métodos hipnosuggestivos producido por influencia magnética. Este último puede evitar que la gestante coopere en el periodo expulsivo, así como afectar la relación psicoafectiva de la madre con el recién nacido (1).

El 2013 Matilde Fernández en España presentó un artículo en el que realizó un análisis comparativo sobre las principales escuelas de educación maternal o PPO, que a continuación se comentarán:

1. *La escuela de hipnosis y sugestión vigil:* se inició con las escuelas de Charcot en Paris y de Berheim (Nancy), indagaron sobre la hipnosis clínica. En 1922 los obstetras Schultze y Rhonhof evidenciaron que la implementación de sesiones educativas previas al parto puede disminuir el tiempo para alcanzar el estado hipnótico. Luego, En 1923 Kogerer, empleó la autosugestión posthinótica. Sin embargo, estas dos técnicas presentaron algunos problemas, debido a ello se buscaron otros métodos para apaciguar el dolor en el parto (20).
2. *Escuela Inglesa:* en 1932, Grantly Dick Read (tocólogo) y su teoría sobre parto natural (Natural Childbirth) refiere que éste es un fenómeno fisiológico donde el dolor es originado por el miedo, este mismo termina liberando mecanismos de protección en forma de tensión muscular. Fue el creador del triángulo *Miedo-Tensión-Dolor* y generó un método que consistió en desarrollar sesiones explicativas acompañadas de técnicas de relajación y respiratorias además de acciones dirigidas a mejorar la confianza de la gestante en el personal de salud. De otro lado, desestima la gimnasia y el entrenamiento muscular. Es muy difundido internacionalmente existiendo diversas variaciones (1,9,20).
3. *Escuela Rusa:* los médicos Velvoski, Platinov y Nikolaiev (1947), trabajaban con hipnosugestión, pero al mismo tiempo buscaron nuevos métodos (Psicoprofilaxis Obstétrica). Llegaron a la conclusión que el dolor durante el parto es una reacción condicionada por estímulos sociológicos y religioso-culturales, como lo explica Pavlov

en su teoría sobre el reflejo condicionado. Plantean descondicionar el miedo a través de lenguaje asequible, relajación (Schultze), pensamientos positivos, valoración de la maternidad e información obstétrica. Para fomentar el papel activo de la mujer durante el parto, incluyó ejercicios respiratorios y musculares. Crearon un método simple y accesible que favoreció su expansión en toda Rusia, Europa oriental y China (1,18,20)

4. *Escuela Francesa*: se inició con el Dr. Lamaze hacia los años 1940, siendo conocedor de las escuelas inglesa y rusa, creó un modelo basado en la necesidad de ayudar a la parturienta a vivir este proceso en un ambiente amigable y con la presencia de la pareja. A su vez, el Dr. Vellay, se reafirma en los beneficios que puede tener la palabra y promueve la participación activa de la mujer durante este proceso. Luego el año 1975, Leboyer en su texto *Nacimiento sin violencia* difunde los métodos ambientales de los centros de atención de partos, se le considera como el precursor del parto en el agua al promover la inmersión de los recién nacidos en una bañera con agua caliente (1,20).
5. *Escuela Española*: en 1955, la matrona Consuelo Ruiz publica su libro *El parto sin dolor* donde explica las nuevas tendencias de atención del parto. Luego, el año 1956, Aguirre de Cárcer crea la escuela de *Sofropedagogía Obstétrica o Educación Maternal* dando un giro importante a la PPO pues deja de lado el enfoque del dolor en el parto para implantar un novedoso patrón sociocultural, que también favorece la participación de ambos padres. Se fundamenta en mejorar los conocimientos de ambos sobre este proceso, y esto podrá permitir disminuir sus miedos y tomar plena consciencia de este momento viviéndolo como un período valioso en sus vidas lleno de satisfacción al favorecer también el desarrollo del recién nacido a través del contacto precoz o la llamada *Urdimbre Afectiva*. A raíz de este trabajo, en 1959, el Seguro Obligatorio de Enfermedad de España, le solicita formule un programa y en 1986 la Educación Maternal se incluye en la carpeta de servicios del Sistema Nacional de Salud. Esto último facilita su difusión lográndose un gran desarrollo posterior (20).
6. *Nuevas Escuelas de Educación Prenatal*: posterior a las escuelas antes mencionadas, Fernández (2013) manifiesta que se originó a nivel internacional numerosos estudios con la finalidad de contribuir con la disminución del dolor durante el parto, entre ellas se tiene:

En 1960 se crea la International Childbirth Educators Association [ICEA], que evoluciona el método Lamaze. Es un organismo sin fines de lucro que promociona que la mujer y su pareja con pleno conocimiento, sean libres de elegir su tipo de parto.

Se basa en el cuidado de la madre y el recién nacido desde el seno familiar, y también en el respeto a la autonomía e individualidad de la madre (20).

En 1965, Robert Bradley, conocido como el pionero del entrenamiento de los padres, introdujo la participación activa del mismo en el proceso del parto, refiriendo que éste es el responsable de certificar que la mujer esté en un ambiente seguro y sereno, y que debe conocerla muy bien para poder ayudarla. Todo ello se logrará a través de la capacitación de los padres en temas como técnicas de relajación y masaje. Toda su doctrina la publicó en su obra *La Participación del Hombre en el Parto Natural*; y creó la *Academia Americana de Marido-Entrenado Parto* (20).

Métodos y Técnicas que Aplica la Psicoprofilaxis

Técnicas de relajación (TR): son técnicas dirigidas a lograr un estado de reposo mental y físico de la gestante, con la finalidad de mejorar su capacidad de concentración reducir tensiones y molestias para ahorrar energía (18).

Técnicas de respiración (TR): estas técnicas no sólo permiten una adecuada oxigenación pulmonar, sino también mejoran la oxigenación celular de la gestante y feto; a través de una adecuada respiración la madre logrará también relajarse; y, por consiguiente, podrán disminuir las que podrían presentarse durante la gestación y el parto (18).

Técnicas de vinculación prenatal (TVpn): éstas actividades se desarrollan con la finalidad de mejorar el lazo afectivo de ambos padres referente al nacimiento de su hijo, asumiendo este proceso de forma positiva, natural, lleno de amor (18).

Calistenia (Cl): consistente en ejecutar ligeros y graduales ejercicios, al inicio de la preparación física de la gestante para facilitar el estiramiento natural logrando una mayor comodidad, elasticidad y flexibilidad durante la realización de la actividad física (18,1).

Visualización: es una técnica que consiste en generar mentalmente imágenes generalmente durante la relajación, con la finalidad de conseguir un momento emocional muy agradable (1,18).

Estructura de las sesiones de PPO

En cuanto al diseño de las sesiones de PPO no existe mucha variación entre las escuelas, pues todas coinciden en que debe incluirse aspectos teóricos sumado a la actividad física; el número de sesiones a desarrollar varía entre 6 a 8; con una extensión de 60 a 90 minutos; en conclusión, cada país determina la organización del programa de acuerdo a

las necesidades de las gestantes, a su entorno, y también según los avances de las investigaciones realizadas.

En el Perú, el año 2011 se aprobó la Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal con RM N° 361-2011/MINSA con el objetivo de “estandarizar las actividades de psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal, aplicándolas en sesiones teórico-prácticas, con enfoque de interculturalidad en el marco de los derechos que contribuyan al logro de una maternidad saludable y segura” (1), entre las recomendaciones generales para la asistencia de las gestantes se menciona:

- El personal encargado de su desarrollo es únicamente el Obstetra.
- Podrán participar gestantes a partir de las 20 semanas, y que no presenten complicaciones obstétricas o alguna enfermedad intercurrente que ponga en riesgo la vida de ambos.
- En un inicio se consideraba desarrollar las sesiones tanto en forma individual como grupal con un máximo 10 gestantes, sin embargo, por el contexto sanitario actual, se están llevando a cabo individualmente y por vía internet; es decir cada gestante coordina con su obstetra el horario para realizar la sesión de forma síncrona.
- Las sesiones se van a programar una vez por semana, hasta completar un mínimo de 6 sesiones; y de preferencia debe ser de forma ininterrumpida, aunque no sea una exigencia haber participado en el 100% de las mismas.
- En caso de gestantes que hayan iniciado el programa durante el último trimestre, es recomendable que lleven al menos tres sesiones.
- La actividad se ejecuta mediante sesiones teórico-prácticas, acompañándose también de la gimnasia obstétrica.
- Según lo indicado en la guía, en los establecimientos de salud FONP, en cada reunión se desarrollará dos temas uno corresponde a PPO y el segundo a estimulación prenatal, finalizada esta parte teórica, se procederá a la actividad física, sin embargo, como ya se mencionó; en la actual situación estas sesiones se ejecutan a través de internet, por lo que no es posible mantener la atención de la mujer por más de 30 minutos, debido a ello se está desarrollando sólo la sesión de PPO. En este caso se solicita también el acompañamiento de algún familiar (1).

Los temas generales desarrollados fueron:

- Cambios durante el embarazo y signos de alarma
- Atención prenatal y autocuidado
- Fisiología del parto

- Atención del parto y contacto precoz
- Puerperio y recién nacido
- Reconocimiento virtual de los ambientes

Entorno virtual: el nuevo reto para educación en psicoprofilaxis obstétrica

La educación virtual viene desarrollándose hace muchos años atrás; en un inicio quizás como una oportunidad de acceso a procesos de enseñanza aprendizaje, sin embargo, en el contexto actual de pandemia; se ha convertido en una necesidad y a la vez en la solución la misma que permitirá retomar las actividades de promoción de la salud, y demás acciones educativas como en el caso de PPO, ya que es imposible programar las sesiones en un ambiente cerrado con la participación de 8 ó 10 gestantes, debido al riesgo de contagio. Ante ello la obstetra ha decidido desarrollar el programa por este medio (21).

Por su parte, Díaz (2017) (21) (Citando a Salgado García), refiere que, la andragogía es la principal disciplina que explica el abordaje de la enseñanza y el aprendizaje de los adultos. Y; en definitiva, la educación virtual (O también llamada a distancia) tiene su origen en la necesidad de brindar una formación durante toda la vida, que no sólo se limita a la escolaridad formal. De otro lado, Suárez (2018) (22) define andragogía como “un área del conocimiento encargada de comprender el proceso de educación del adulto; estudia aspectos históricos, filosóficos, culturales, biológicos y pedagógicos de la educación para adultos (Citando a Castro Pereira 2017)” (21).

Algunas estrategias que se recomienda para favorecer el aprendizaje en línea de los adultos son, según Castilla M son:

- Realizar un diagnóstico de necesidades para diseñar y/o modificar un curso,
- Certificar que el contenido del curso sea relevante y aplicable en la vida cotidiana de los participantes.
- Tomar en cuenta los estilos de aprendizaje.
- Crear una comunidad de aprendizaje.
- Animar a los asistentes a participar de manera activa y a ser responsables de su propio aprendizaje
- Implementar un ambiente de aprendizaje que esté centrado en el participante.
- Dar retroalimentación positiva, consistente y frecuente.
- Considerar las obligaciones personales de los participantes (23).

Algunas de las motivaciones personales que pueden facilitar el aprendizaje de los adultos son:

- Mejorar su condición actual.
- Satisfacer su curiosidad personal.
- Desempeñar mejor su trabajo.
- Enriquecimiento personal.
- Clarificar sus relaciones interpersonales.
- Ampliar conocimientos o adquirir una titulación.
- Solucionar algún problema (23).

Conocimientos sobre embarazo, parto y puerperio

En esta investigación se consideró valorar conocimientos muy puntuales pero que son importantes para que la primigesta acuda a recibir un manejo precoz y oportuno si el caso lo amerita; o mejoren los índices nutricionales materno infantiles. Por su puesto todos son abordados dentro del desarrollo de los temas generales programados por el MINSA.

Embarazo

El Instituto Nacional del Cáncer (NIH) (24) define el embarazo como el período que transcurre entre la concepción (fecundación de un óvulo por un espermatozoide) y el parto; sin embargo otros autores consideran que este periodo inicia con la implantación del cigoto en el útero hasta el momento del parto (25); pero coinciden al mencionar que durante este tiempo se llevan a cabo los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo fetal. Tiene una duración de 288 días; 40 semanas a partir de la última menstruación y 38 desde la fecundación, es decir 9 meses lunares.

Para disminuir los casos de morbimortalidad materna, el MINSA hace varios años implementó estrategias de atención que a la actualidad lleva el nombre de *Atención prenatal reenfocada* definida como la “vigilancia y evaluación integral de la gestante y el feto, idealmente antes de las catorce semanas de gestación, para brindar un paquete básico de intervenciones que permita la detección oportuna de signos de alarma, factores de riesgo, la educación para el autocuidado y la participación de la familia [...]” (26). Justamente dentro de este paquete de atención se encuentra desarrollar el programa de PPO.

Signos de alarma del embarazo

Es la expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo del embarazo. Su presencia obliga a referir inmediatamente al establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, según el caso para su atención (26,27). Cuando la madre acude a su atención prenatal es de rutina hacerle recordar cuáles son estos signos; el MINSA indica que estos signos son:

- Náuseas y vómitos incoercibles.
- Disuria.
- Fiebre/escalofríos.
- Sangrado vaginal.
- Desmayo o mareos.
- Convulsiones.
- Hinchazón de cara, manos y pies.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Disminución o ausencia de movimientos fetales.
- Contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación (26).

Importancia del consumo de proteínas y sulfato ferroso durante el embarazo

Es ya bien conocido que, la ingesta de una dieta saludable es fundamental durante el periodo gestacional, puesto que permitirá garantizar una buena salud tanto para la madre como el feto y también del recién nacido. Cuando inicia el embarazo, las necesidades energéticas no son muy diferentes a las de una mujer no gestante; sin embargo, a medida que aumenta el crecimiento fetal y placentario (ocurrido generalmente desde el segundo trimestre), estas necesidades también se van incrementando (28).

Martínez et al. (2020) (28) refieren que “los hidratos de carbono son la principal fuente energética para el feto y se recomienda la ingesta de 4-5 raciones/día . Existe una relación entre su consumo, principalmente integrales, y una menor probabilidad de recién nacidos de bajo peso”. De otro lado, los alimentos constructores o fuentes de proteínas son importante para la formación de nuevos tejidos, así como de los músculos, desarrollo cerebral y del sistema endocrino del bebé. También son importantes para un correcto crecimiento de la placenta, los tejidos maternos y la producción de sangre (29,30).

La anemia ferropénica continúa siendo un problema a nivel nacional, puesto que el número de madres que tienen reservas adecuadas de hierro para cubrir los

requerimientos propios del embarazo, es muy reducido. Las RDA recomiendan un consumo de 30 mg/día durante el embarazo y 15 mg/día en el periodo de lactancia. Como una medida de prevención de anemia gestacional se recomienda la administración de dosis bajas de hierro en el segundo y tercer trimestre, 30 mg de hierro elemental al día; esta cantidad se halla en 150 mg de sulfato ferroso, 300 mg de gluconato ferroso, o 100 mg de fumarato ferroso (31).

Las consecuencias de la grave deficiencia congénita de hierro durante la gestación, para el feto y el recién nacido son devastadoras se menciona entre ellas deterioro del desarrollo cerebral y cognitivo; menor cociente de inteligencia, prematuridad, bajo peso al nacer, niveles bajos de hierro y anemia durante los primeros años de vida (32).

Parto

MINSA (2019) (26) define parto como “la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos o más de peso, más los anexos (placenta, cordón umbilical y membranas)”. En condiciones normales se debe producir entre las 38 y 42 semanas de gestación; pero al igual que en el embarazo existen algunos signos y síntomas que pueden indicar la presencia de alteraciones del desarrollo normal de este proceso, entre éstos se tiene a sangrado excesivo, dolor de cabeza intenso, zumbido de oídos, ver lucecitas, el bebé se mueve poco o no se mueve, pérdida de líquido antes de inicio del parto.

Pero es importante que la gestante reconozca los signos de inicio del parto para que acuda en forma oportuna al establecimiento de salud; evitando así las falsas alarmas pues en algunos casos la madre ya no regresa al establecimiento; más aún en este contexto de emergencia sanitaria en el que ya no está permitido permanecer por tiempo prolongado en un centro sanitario por el peligro de contagio. Los signos de inicio de parto que MINSA (26) refiere, son:

- Contracciones uterinas que aumentan a medida que pasa el tiempo en frecuencia, duración e intensidad.
- Pérdida de abundante tapón mucoso.
- Pérdida de líquido amniótico.
- Cambios en el cuello uterino (borramiento y dilatación).

Puerperio

El MINSA (2019) define el puerperio como la etapa biológica que se inicia con la expulsión completa de la placenta y membranas ovulares, considerándose una duración de seis semanas o 42 días (26). Sin embargo, Herráiz et al. considera que este período se extiende desde el parto hasta 6 a 8 semanas. Se caracteriza por la involución de todos los cambios biológicos, fisiológicos, físicos; que se produjeron durante la gestación de tal forma que se retorne al estado pre gravídico y establecer la lactancia (31).

Signos de alarma

Pero en el transcurso de este proceso también se puede presentar algunas complicaciones, por lo que es necesario que la gestante identifique los signos y síntomas que se podrían presentar, entre ellos se tiene (26):

- Sagrado abundante mayor a una regla después del parto.
- Fiebre, escalofríos.
- Pérdida de loquios con mal olor por la vagina.
- El útero está blando y doloroso.

Lactancia materna

Herráiz et al. (2015) (31) indica que el calostro se produce en los cuatro primeros días; pero autores como Williams (2020), Shwarcs (2019), Pérez Sánchez (2019) reportan que éste se produce hasta el tercer día. El calostro se caracteriza por su gran contenido proteico, sales y con en menor proporción contiene grasa y lactosa. También es abundante en anticuerpos IgA, por ello su consumo constituye una excelente protección frente a las infecciones en el recién nacido; posteriormente a partir del cuarto día empieza la producción de leche materna hasta que al décimo día se tiene una leche madura (31).

Manejo de complicación tumefacción y dolor

La LM debe ser lo más precoz posible, es decir al momento del nacimiento pues de esta manera se contribuye con la calidad y duración de la lactancia, así como también promueve la relación afectiva entre madre e hijo. De otro lado, la frecuencia de tomas en los primeros días debe ajustarse a la demanda del bebé, y se recomienda que la duración de las tetadas debe ser de unos 5 minutos, de esta forma se asegurará que se desencadene el reflejo de eyección. Por último, es primordial vaciar las mamas frecuentemente, en forma manual y aplicando compresas calientes y húmedas; pero

también se puede utilizar un extractor de leche, todo ello para prevenir la ingurgitación mamaria y estimular la secreción láctea.

En cuanto a la planificación familiar post parto, MINSA (33) recomienda que para su administración se debe tener en cuenta algunos criterios como: el método a elegir, riesgo de embarazo, fertilidad de la comunidad, las consideraciones programáticas y una elección libre e informada por parte de la usuaria.

Durante este período puerperal, se brinda consejería a la mujer sobre el uso de la LME como un método efectivo de planificación familiar, siempre y cuando ésta sea verdaderamente exclusiva y aún no haya retornado la menstruación. No obstante, existe un riesgo de embarazo; ante ello la recomendación es iniciar con algún método seguro tanto para ella como para el recién nacido dentro del primer mes post parto (33).

El conocimiento sobre los procesos de embarazo, parto y puerperio es muy amplio y desarrollarlos en seis sesiones de 45 minutos es todo un reto, más aún cuando está dirigido a una población que, posiblemente no esté familiarizada con los procesos de enseñanza aprendizaje. Por ello es muy necesario seleccionar con sumo cuidado cuáles son los contenidos que el público objetivo los valore como importantes; porque de cierta manera les va a ayudar a solucionar algunos de los problemas que actualmente la aquejan; sólo si se cumple con este requisito, se podrá lograr que las personas tengan un aprendizaje significativo, que muy probablemente se transforme posteriormente en un tipo de comportamiento cotidiano.

2.3 Hipótesis

Ha: El programa de psicoprofilaxis obstétrica es efectivo si el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio de las primigestas presenta un incremento significativo.

2.4. Variables

Variable independiente:

Conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio

Variable dependiente:

Psicoprofilaxis obstétrica

2.5. Definición conceptual y operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Variable dependiente Programa de psicoprofilaxis obstétrica	Es un proceso educativo para la preparación integral de la mujer gestante que le permita desarrollar hábitos y comportamientos saludables, así como una actitud positiva frente al embarazo, parto, puerperio, producto de la concepción y al recién nacido, convirtiendo este proceso en una experiencia feliz y saludable, tanto para ella como para su bebé y su entorno familiar. (MNSA 2011)	Proceso educativo sobre psicoprofilaxis obstétrica que puede ser efectivo o no efectivo.	Programa de psicoprofilaxis obstétrica	Efectivo No efectivo	Nominal
Variable independiente Conocimientos sobre embarazo, parto y puerperio	Hechos o información que una persona aprende y comprende a través de la experiencia, la educación, la reflexión teórica o la experimental.	Conocimiento alto, medio o bajo sobre embarazo, parto y puerperio que posee las primigestas	Signos de alarma Frecuencia de alimentación Importancia del consumo de sulfato ferroso Tipo de alimentos que favorecen el crecimiento del feto Signos de alarma Inicio del parto Signos de alarma del puerperio Lactancia materna exclusiva Cuidados de los pechos durante la lactancia Inicio de método anticonceptivo	Alto Medio Bajo Alto Medio Bajo Alto Medio Bajo	Ordinal Ordinal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

La presente investigación fue de tipo explicativa, diseño no observacional, preexperimental de pre y post test con un solo grupo (35-38).

Tomando la clasificación de Arias (2012) citado por Gallardo (2017) (36), la presente investigación según su alcance, fue de tipo explicativa dado que en este caso se buscó determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis en el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio, mediante la prueba de hipótesis, y son los resultados y conclusiones los que establecen el nivel más profundo de conocimientos.

En cuanto al diseño; de acuerdo a la teoría de Campbell y Stanley (2005) citado por numerosos investigadores como Sánchez-Reyes (1984), Hernández et al. (2016), Kelinger (2001), Sierra Bravo (2000), Ary et al. (2012); este estudio fue no observacional porque se registró la manipulación de una variable que fue programa de psicoprofilaxis obstétrica; también es preexperimental de pre y post test con un solo grupo, porque se tuvo un único grupo que por su naturaleza ya estuvo formado por 13 primigestas (no se realizó ninguna selección aleatoria y tampoco se tuvo un grupo control), a quienes se les aplicó un pre test antes de su participación en el programa; al culminar el tratamiento se le aplicó un post test (35-38).

Los diseños preexperimentales son útiles cuando la investigación se desarrolla en contextos naturales, pues en estos casos no se puede realizar un control absoluto de las variables externas; pero tampoco, de las características de la población en estudio como por ejemplo historia, maduración, personalidad u otros elementos que no se pueden controlar mediante las técnicas de igualación de sujetos; y son muy utilizadas en investigaciones educativas, sociológicas, psicológicas (38).

Esquema del diseño preexperimental

G: O1 - X - O2

Donde:

G : Primigestas
O₁ : Pre-test.
X : Programa de psicoprofilaxis
O₂ : Post-test

3.2. Área de estudio y población

El presente estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud Magna Vallejo.

La población estuvo conformada por 13 primigestas del establecimiento de Salud; quienes participaron del programa durante los meses de abril a mayo del 2021 y además cumplieron con los criterios de inclusión.

3.3. Muestra

3.3.1. Tamaño de la muestra

La muestra estuvo conformada por las 13 primigestas; es decir, por la población total o como Sampieri (37) denomina muestra universal.

3.4. Unidad de análisis

Conformada por cada primigesta que participó en el programa de psicoprofilaxis obstétrica.

3.5. Criterios de inclusión, exclusión

Criterios de inclusión:

- Primigesta a partir de las 20 semanas de gestación, que realice su control en el Centro de Salud Magna Vallejo.
- Primigesta que acepte participar de la investigación.
- Primigesta que no presente ningún factor de riesgo, complicación o enfermedad intercurrente.

Criterios de exclusión:

- Primigesta que antes de iniciar el estudio haya participado en alguna sesión de psicoprofilaxis obstétrica.
- Primigesta que no participe en las seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica durante el periodo de estudio.

3.6. Consideraciones éticas de la investigación

La presente investigación se rigió bajo los siguientes principios éticos:

Autonomía: se solicitó de manera verbal a las pacientes su participación voluntaria para la aplicación del cuestionario y el uso de la información sólo para fines referentes al estudio. No se documentó de manera escrita el consentimiento informado, dado que la presente investigación, no representa un riesgo para el participante (39).

Beneficencia: (no hagas daño) este principio fue considerado como uno de los más importantes en el presente estudio; puesto que en ningún momento se pretendió causar daño alguno a las participantes. Por el contrario, en todo el proceso de la investigación se vigiló su integridad física y emocional (39).

Confidencialidad de la información obtenida: la aplicación del instrumento se realizó de manera anónima, para proteger la identidad de las participantes de la investigación. Del mismo modo, la codificación de datos se realizó a través de números secuenciales sin ingresar nombres o documentos de identidad a la base de datos (39).

Justicia: Todos los participantes de la investigación fueron tratados bajo el principio de la igualdad y la no discriminación. Del mismo modo los conocimientos o sesgos fueron excluidos para evitar prácticas injustas al momento del recojo de la información (39).

3.7. Procedimiento para la recolección de datos

Para el recojo de información sobre el número de primigestas que reciben atención prenatal se solicitó autorización al director del establecimiento de salud, quien derivó a la obstetra responsable del programa para las respectivas coordinaciones.

Con la autorización de la obstetra, se empezó a revisar el carnet perinatal para identificar las primigestas que cumplieron con los criterios de inclusión; y posteriormente, contactarlas a través del celular para invitarles a participar en el programa de PPO, así como informarles sobre el desarrollo de la investigación; al momento que la madre aceptó

voluntariamente participar en el estudio, procedió a firmar el consentimiento informado; el mismo que formó parte del pre test aplicado (anexo 2).

La aplicación del pre test se realizó antes de iniciar la primera sesión, para ello se acordó con la gestante el día y hora para interrogarla; en este caso se tuvo la ventaja de poder ejecutar esta actividad en forma presencial, cuando acudieron al establecimiento de salud para su control prenatal; cumpliendo estrictamente con todas las medidas de prevención del Covid 19. Esta actividad tuvo una duración aproximada de 15 minutos y se ejecutó previo al ingreso de la madre a su consulta.

Luego de haberse completado los 13 pre test, se continuó con el desarrollo de las sesiones, las mismas que se ejecutaron una vez por semana, durante seis semanas; según la metodología establecida en la guía técnica del MINSA (Anexo 5).

El post test se aplicó después de culminar la sexta sesión, para ello se coordinó con cada una de las gestantes para programar la hora, según su disponibilidad de tiempo. Debido al número de participantes, se tomó la decisión de realizarlo a través de una videollamada por Wasap; con la finalidad de completar los 13 post test dentro de las 48 horas de haber finalizado el programa.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica empleada para el recojo de información fue la encuesta, y el instrumento, un cuestionario oral; es decir, el investigador fue el encargado de registrar la información. Se tomó esta decisión para evitar algunos sesgos puesto que, tanto el pre como el post test fueron idénticos; además en algunos reactivos se consideró incluir todas las posibles respuestas correctas (como es el caso de los signos de alarma de embarazo, parto y puerperio), esto podría producir en la gestante un efecto déjã vu o lo que Sampieri (37) denomina, efecto de recordación. No sólo porque se utilizó el mismo instrumento, sino también porque en los controles prenatales reciben consejería sobre algunos temas investigados; y leer las posibles alternativas, podría ayudarles a recordarlos fácilmente; por el contrario, cuando se inicia el programa no supone que será interrogada teniendo que responder aspectos que forman parte de su conocimiento cotidiano.

El instrumento estuvo estructurado en tres secciones, la primera recogió información sobre datos generales de las gestantes como ocupación, edad, instrucción y estado civil. En la segunda sección se interrogó sobre conocimientos del embarazo, como signos de alarma, tipo de alimentación y consumo de micronutrientes. En este caso se consideraron preguntas cerradas de opción múltiple, en los ítems 7 y 9 cada respuesta correcta tuvo

un valor de 1 punto y la opción *no conoce* 0 puntos. El ítem 8 tuvo una valoración del 1 a 5 puntos, respectivamente.

En cuanto al ítem 10, que es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta MDA= muy de acuerdo (4 puntos); DA= de acuerdo (3 puntos), EDA= en desacuerdo (2 puntos) y por último MEDA= muy en desacuerdo (1 punto). Esta valoración se aplicó a las preguntas de 1 a 7; y del punto 8 al 11 la valoración de la escala se invierte (1, 2, 3 y 4 para cada opción de respuesta respectivamente).

La cuarta sección del cuestionario corresponde a los conocimientos sobre parto como reconocimiento del inicio el parto y signos de alarma durante este periodo. En este caso cada respuesta correcta estuvo codificada con 1, y 0 para la opción no conoce.

Finalmente, se tiene la última parte que contiene ítems sobre la etapa del puerperio, que incluye signos de alarma, lactancia materna exclusiva, y cuidados durante la lactancia; con codificación 1 en caso de respuesta correcta y 0 para no conoce.

En conclusión, para la variable conocimiento sobre embarazo, parto o puerperio; se otorgó un punto por cada respuesta correcta y cero puntos por respuesta incorrecta. Luego, se determinó la distribución de los puntajes y se estableció los puntos de corte para los parámetros de conocimiento bajo, medio o alto. Los baremos se presentan en el anexo 4.

Desarrollo de sesiones

En el anexo 5 se presenta los contenidos, objetivos materiales y técnicas con las que se desarrollan las sesiones propuestas por el MINSA en la guía técnica N°361, de acuerdo a este documento se programó las sesiones como sigue:

1. Se acordó con la gestante el horario para desarrollar la sesión a través de su celular o de una laptop; ello implicaba que ella estaría en su hogar.
2. Previo al inicio de las sesiones la obstetra revisó el carnet perinatal de todos sus controles para descartar algún factor de riesgo, y determinar si la gestante está cumpliendo con su cronograma respectivo.
3. Cada sesión tuvo una duración de 45 minutos; y, estuvo estructurada en tres partes: la primera correspondió al desarrollo de los temas básicos, seguido de gimnasia obstétrica para culminar con la relajación.

4. El desarrollo de la parte temática tuvo una duración de 30 minutos y estuvo estructurado en tres momentos instruccionales:

Primer momento: inicio (5 minutos): cuyo objetivo fue activar la atención e incrementar el interés y la motivación y presentar la visión preliminar del tema a desarrollar.

Segundo momento: desarrollo del tema (20 minutos): en donde se recuerda conocimientos previos relevantes, se procesa la nueva información y se focaliza la atención.

Tercer momento: cierre (5 minutos): en donde se revisa y resume la lección, se reforzó o aclararon dudas y se cerró la parte teórica.

En cuanto a la organización de los temas desarrollados, se tuvo en cuenta los contenidos consignados por el MINSA en la guía técnica; sin embargo, se tuvo que reajustar y/o priorizar de acuerdo a las necesidades de las primigestas (Ver anexo 5).

5. En cuanto a la gimnasia, se seleccionaron los ejercicios más simples de tal forma que pudieran ser reproducidos por la pareja o acompañante, puesto que la obstetra no se encuentra presente en el ambiente. Para ello se solicitó autorización a la primigesta para poder visualizarla a través de la cámara.
6. Previo acuerdo con las primigestas, se programó desarrollar las sesiones los días miércoles en horario de 3:30 a 5:00 pm; Se inició la primera sesión el día 21 de abril para culminar en forma ininterrumpida el 26 de mayo.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información se procedió a analizarlos en el Software SPSS v.26; cada variable fue analizada con estadística descriptiva mediante frecuencias y proporciones; y para comprobar la hipótesis se aplicó la estadística inferencial mediante la prueba de rangos de Wilcoxon, donde se procedió a comparar los resultados del pre test y post test para determinar la efectividad del programa de PPO.

Los resultados se presentaron a través de tablas estadísticas con frecuencias absolutas y relativas, además de gráficos estadísticos.

3.10. Control de calidad de datos

El control de los datos se realizó en el momento del llenado de la encuesta, así como al ingreso de la información en la base de datos creado en Excel; el registro se realizó el mismo día de aplicada la encuesta. Así mismo, mediante la validez y confiabilidad del instrumento, se verificó que las variables midan lo que se debe medir.

Para la validez, se aplicó el método de agregados individuales, es decir la validez por juicio de expertos; para ello se contó con tres profesionales; cuyas observaciones se centraron en utilizar un lenguaje más sencillo en la elaboración de los reactivos (Anexo 3).

La confiabilidad del instrumento se realizó mediante prueba piloto; posteriormente se analizó con Alfa de Cronbach por consistencia interna; cuyo valor encontrado fue de 0,7; lo que indicó que la información obtenida con este instrumento es altamente confiable; es decir, su aplicación repetida obtendrá resultados similares.

CAPITULO IV

INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las primigestas que participaron en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021

Característica	N°	%
Ocupación		
Su casa	9	69,2
Estudia	0	0,0
Estudia y trabaja	1	7,7
Trabaja	3	23,1
Edad		
15 a 19 años	4	30,8
20 a 30 años	7	53,8
31 a 40 años	2	15,4
Nivel de instrucción		
Sin instrucción	0	0,0
Primaria incompleta	0	0,0
Primaria completa	1	7,7
Secundaria incompleta	3	23,1
Secundaria completa	5	38,5
Superior incompleta	1	7,7
Superior completa	3	23,1
Estado civil		
Casada	0	0,0
Conviviente	13	100,0
Soltera	0	0,0
Divorciada	0	0,0
Viuda	0	0,0
Total	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 1 se halló que 69,2% de las primigestas es ama de casa, y 23,1% trabaja fuera de su hogar, en cuanto a edad 53,8% pertenece al grupo de edad de 20 a 30 años; pero es muy relevante el porcentaje de primigestas adolescentes pues llega a 30,8% de la población estudiada. Sobre el nivel educativo o grado de instrucción, se tiene que ninguna participante figura como sin instrucción o con primaria incompleta, encontrándose los porcentajes más elevados con secundaria y superior completas (38,5% y 23,1% respectivamente). Otro punto resaltante corresponde al estado civil de las primigestas, pues 100% son convivientes, no se registró madres solteras.

Tabla 2. Conocimiento de las primigestas sobre embarazo, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.

Conocimiento sobre embarazo	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Bajo	1	7,7	0	0,0
Medio	11	84,6	0	0,0
Alto	1	7,7	13	100,0
Total	13	100,0	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 2 se presenta el conocimiento sobre embarazo que registró la primigesta antes y después de haber participado en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. En el pre test se visualiza que 84,6% de madres se encuentra en el nivel medio y 7,7% posee conocimiento bajo, culminado el programa se logró que 100% de gestantes alcanzara un conocimiento alto sobre embarazo.

Tabla 3. Conocimiento de las primigestas sobre embarazo en sus dimensiones signos de alarma, frecuencia de alimentación e importancia del consumo del sulfato ferroso, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo 2021.

Conocimiento sobre embarazo	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Signos de alarma				
Zumbido	3	23,1	13	100,0
Visión borrosa	1	7,7	13	100,0
Cefalea intensa	6	46,2	13	100,0
Fiebre	3	23,1	13	100,0
Pérdida de líquido	3	23,1	13	100,0
Vómitos	4	30,8	9	69,2
Ginecorragia	5	38,5	13	100,0
Disminuye /ausencia movimientos fetales	2	15,4	13	100,0
Mareos o desmayos	2	15,4	11	84,6
Contracciones intensas	0	0,0	10	76,9
No conoce	3	23,1	0	0,0
Frecuencia de alimentación				
1 vez/día	2	15,4	0	0
2 vez/día	2	15,4	0	0
3 vez/día	1	7,7	0	0
4 vez/día	3	23,1	0	0
5 vez/día	5	38,5	13	100,0
Importancia del consumo de sulfato ferroso				
Disminuye anemia en madre	5	38,5	13	100,0
Evita anemia del recién nacido	0	0,0	11	84,6
Desarrolla cerebro del feto	5	38,5	5	38,5
Crecimiento de feto	3	23,1	4	30,8
No conoce	2	15,4	0	0,0
Total	13	100,0	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 3 se presenta los conocimientos sobre embarazo antes y después de la participación de la primigesta en el programa de psicoprofilaxis, para ello se tomó en cuenta las dimensiones evaluadas en este estudio, como son signos de alarma del embarazo, frecuencia de alimentación e importancia del consumo de sulfato ferroso. En cuanto a la identificación de los signos de alarma del embarazo se verificó que en el pre

test el signo más reconocido fue cefalea intensa (46,2%), seguido de hemorragia (38,5%), vómitos (30,8%). Se observa también que zumbido, fiebre y pérdida de líquido son reconocidos sólo por 23,1% de gestantes. Por otro lado, el signo menos mencionado fueron visión borrosa (6,7%) y contracciones intensas fue totalmente ignorado; además 23,1% respondió no conocer ninguno. Pero luego en el post test, se observó que se incrementó el reconocimiento de estos signos; es decir, el 100% de mujeres los identificó; sólo en el caso de vómitos, mareos y contracción uterinas intensas se logró que 69,2%, 84,6% y 76,9% de señoras los reconozca, aunque igualmente se registró un incremento en la identificación de todos los signos.

En referencia al segundo punto sobre frecuencia de alimentación de una mujer embarazada se puede observar que, en un inicio 60% de las encuestadas indica una frecuencia de alimentación menor a 5 veces por día y posteriormente al finalizar el programa 100% reconoció que una gestante debe consumir sus alimentos 5 veces al día. Ante la interrogante sobre la importancia del consumo de sulfato ferroso se tuvo que 38,5% manifestó que sirve para el desarrollo del SNC (cerebro) del bebé e igual porcentaje sostuvo que disminuye la anemia de la madre; pero nadie reconoció que evita la anemia del recién nacido y 15,4% desconoce su importancia; luego en el post test el reconocimiento de los beneficios del sulfato ferroso para evitar la anemia en el neonato se incrementó a 84,6% y 100% indicó que disminuye anemia de la madre; en cuanto al desarrollo del SNC del feto no se registró cambios manteniéndose en 38,5% en el pre y post test.

Por consiguiente, queda demostrado que el conocimiento de las primigestas sobre signos de alarma del embarazo y tipo de alimentación se incrementó sustancialmente luego de la intervención con las sesiones de psicoprofilaxis.

Tabla 4. Conocimiento sobre los tipos de alimentos que debe consumir una gestante para favorecer el crecimiento y desarrollo del feto previo a su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Cajamarca, 2021

Tipo de alimento	MDA		DA		EDA		MEDA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Carnes rojas, hígado	4	30,8	5	38,4	4	30,8	0	0,0
Pescado	8	62	4	30,8	1	7,7		0,0
Pollo, pavos	4	30,8	4	30,8	4	30,8	1	7,6
Cuy, conejo	6	46,2	3	23,1	3	23	1	7,6
Menestras como arveja, lenteja, habas, frijol, garbanzo	9	69,2	4	30,8	0	0,0	0	0,0
Productos lácteos leche, quesos, yogurt	8	61,6	3	23,1	1	7,7	1	7,7
Huevos	8	61,6	3	23,1	2	15,3	0	0,0
Arroz, papa, camote, yuca	3	23,1	8	61,5	2	15,4	0	0,0
Fideos	2	15,4	3	46,1	6	23	2	15,4
Pan, galletas, kekes	2	15,4	1	7,7	6	46,1	4	30,8
Gaseosas, jugos envasados	0	0,0	0	0,0	7	53,8	6	46,2
Total	13	100,0	13	100,0	13	100,0	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 4 se presenta el pre test sobre conocimientos de la primigesta respecto al tipo de alimentos que debe consumir durante el embarazo y que son indispensables para el crecimiento y desarrollo del SNC del feto, visualizándose que 69,2% esta MDA y 30,8% DA que son principalmente las menestras como arveja, frijol, lenteja las que cumplen con esta función; otro tanto está MDA (62%) y DA (30,8%) que es el pescado, y en igual proporción se encuentra el consumo de productos lácteos y huevos con 61,6% MDA y 23,1% DA. Por el contrario, 23,1% están MDA y 61,5% DA que son el arroz, papa, camote los que favorecen el crecimiento del feto; similarmente 15,4 está MDA y 46,1% DA que es el fideo. Cabe resaltar que 30,8% están EDA y 7,7% MEDA que las carnes rojas y el hígado, así como la carne de pollo o pavo además del cuy y conejo (23% EDA) permitan el crecimiento del feto.

Tabla 5. Conocimiento sobre los tipos de alimentos que debe consumir una gestante para favorecer el crecimiento y desarrollo del feto luego de haber participado en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Cajamarca, 2021

Tipo de alimento	MDA		DA		EDA		MEDA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Carnes rojas, hígado	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pescado	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Pollo, pavos	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Cuy, conejo	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Menestras como arveja, lenteja, habas, frijol, garbanzo	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Productos lácteos leche, quesos, yogurt	13	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Huevos	12	92,4	1	7,7	0	0,0	0	0,0
Arroz, papa, camote, yuca	0	0,0	7	45,2	4	30,8	2	15,4
Fideos	0	0,0	4	30,8	9	69,2	1	7,7
Pan, galletas, kekes	0	0,0	0	0,0	2	15,4	11	84,6
Gaseosas, jugos envasados	0	0,0	0	0,0	0	0,0	13	100,0
Total	13	100,0	13	100,0	13	100,0	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 5 se tienen los resultados del post test sobre conocimientos de tipos de alimentos que permiten el crecimiento y desarrollo del SNC del feto: este instrumento se aplicó luego de la participación de la primigesta en el programa de psicoprofilaxis; hallándose entonces que el 100% de participantes conoce que son las carnes rojas, hígado; pescados, pavos, pollo; cuy, conejo; menestras y productos lácteos; los alimentos que facilitan el crecimiento del feto. Así mismo se logró que el 100% de asistentes esté MEDA que el consumo de gaseosas y jugos envasados puedan hacer crecer al feto al igual que la ingesta de pan galletas, kekes (84,6% MEDA y 15,4% EDA).

No obstante, aún persiste la idea que el consumo de arroz, camote, papa, yuca o fideos pueden generar el crecimiento del feto; al encontrarse que 45,2% y 30,8% están DA respectivamente.

Pero también se puede indicar que la participación de las gestantes en las sesiones de psicoprofilaxis incrementó sus conocimientos referentes a los tipos de alimentos que debe consumir para mejorar el desarrollo del SNC y el crecimiento del feto, permitiéndoles reconocer que son las proteínas ya sea de origen animal o vegetal las que favorecerán el desarrollo normal de su bebé.

Tabla 6. Conocimiento de las primigestas sobre parto, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021

Conocimiento sobre parto	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Bajo	7	53,8	1	7,7
Medio	6	46,2	0	0,0
Alto	0	0,0	12	92,3
Total	13	100,0	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 6 se presenta el conocimiento sobre parto, que registró la primigesta antes y después de haber participado en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. En el pre test se visualiza que 53,8% de madres se encuentra en el nivel bajo y 46,2% posee conocimiento medio, culminado el programa el conocimiento bajo disminuyó a 7,7%, el medio disminuyó totalmente; incrementándose el conocimiento alto a 92.3%.

Tabla 7. Conocimiento de las primigestas sobre parto en sus dimensiones signos de peligro e inicio del parto, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo 2021

Conocimiento sobre parto	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Señales de peligro				
Hemorragia	5	38,5	13	100,0
Cefalea intensa	3	23,1	13	100,0
Zumbido oído	3	23,1	13	100,0
Ver luces	2	15,4	11	100,0
Ausencia o disminuyen movimientos fetales	2	15,4	10	66,7
Pérdida de líquido Amniótico	1	7,7	9	60,0
No conoce	7	53,8	0	0,0
Inicio de parto				
Contracciones frecuentes (3/10m)	5	38,5	9	69,2
Irradiación a cintura y pelvis	4	30,8	13	100,0
Pérdida de tapón mucoso	2	15,4	11	84,6
Rotura de membranas	4	30,8	7	53,8
No conoce	5	38,5	0	0,0
Total	13	100,0	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 7 se visualiza el conocimiento de las primigestas sobre parto antes y después de haber participado en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. En este caso se indagó sobre las señales de peligro durante el parto y signos de inicio del parto. Donde se observó en el pre test que 53,8% de participantes no reconocía ninguna señal de peligro, 38,5% identificó a la hemorragia, y apenas el 23,1% mencionó la cefalea intensa y el zumbido de oídos, siendo el signo menos indicado la pérdida de líquido amniótico con 7,7%. Luego de su participación en el programa de PPO se logró que el 100% identifique a la hemorragia, zumbido de oídos, ver lucecitas y cefalea intensa. En cuanto a la identificación del inicio de parto se tuvo que menos del 40% reconoce algún signo de inicio siendo el menos mencionado la pérdida de tapón mucoso. Luego en el post test 100% reconoce las contracciones uterinas con irradiación lumbar como inicio del parto y 84% refiere la pérdida del tapón mucoso. Esto implica que la participación de las primigestas en el programa de PPO incrementó sus conocimientos sobre el tema.

Tabla 8. Conocimiento de las primigestas sobre puerperio, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021

Conocimiento sobre puerperio	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Bajo	7	53,8	1	7,7
Medio	6	46,2	0	0,0
Alto	0	0,0	12	92,3
Total	13	100,0	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 8 se presenta el conocimiento sobre puerperio, que registró la primigesta antes y después de haber participado en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. En el pre test se visualiza que 53,8% de madres se encuentra en el nivel bajo y 46,2% posee conocimiento medio, culminado el programa el conocimiento bajo disminuyó a 7,7%, el medio disminuyó totalmente; incrementándose el conocimiento alto a 92,3%.

Tabla 9. Conocimiento de las primigestas sobre puerperio en sus dimensiones signos de alarma, lactancia materna y uso de método anticonceptivo, antes y después de su participación en el programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo 2021

Conocimientos sobre puerperio	Pre test		Post test	
	N°	%	N°	%
Signos de alarma del puerperio				
Ginecorragia	0	0,0	13	100,0
Fiebre, escalofríos	2	15,4	13	100,0
Loquios mal olientes	2	15,4	12	92,3
Útero blando y doloroso	0	0,0	10	76,9
No conoce	10	76,9	0	0,0
Qué es calostro				
Conoce	6	46,2	13	100,0
No conoce	7	53,8	0	0,0
El recién nacido debe consumir el calostro				
Sí debe consumirlo	5	38,5	12	92,3
No debe consumirlo	0	0,0	1	7,7
No sabe/no opina	8	61,5	0	0,0
Alimentación del recién nacido hasta los 6 meses				
LME	11	84,6	13	100,0
Leche materna más agüitas	0	0,0	0	0,0
Leche materna más otras leches	2	15,4	0	0,0
Sólo otras leches	0	0,0	0	0,0
Qué debe hacer la madre si no tiene leche los tres primeros días del parto				
Consumir alimentos 5v/día	9	69,2	13	100,0
Esperar que se produzca la leche al tercer día	2	15,4	6	46,2
Continuar con lactancia	1	7,7	1	7,7
No conoce	1	7,7	0	0,0
Qué debe hacer la madre si los pechos se ponen duros y dolorosos				
Ponerse paños de agua tibia y sacarse la leche diariamente	6	46,2	13	100,0
Continuar con lactancia	0	0,0	4	30,8
No conoce	7	53,8	0	0,0
En qué momento iniciar con método anticonceptivo post parto				
Antes de cumplir un mes del parto	2	15,4	6	46,2
Después de un mes del parto	1	7,7	7	53,8
Cuando vea regla	11	84,6	0	0,0
Total	13	100,0	13	100,0

Fuente: encuesta aplicada a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, 2021.

En la tabla 9 se visualiza los conocimientos de las gestantes sobre puerperio antes y después de participar en el programa de psicoprofilaxis obstétrica, en el primer punto se valora los signos de alarma del puerperio encontrándose en el pre test que 76,9% no conocía ninguno de ellos y sólo 15,4% mencionaron la fiebre y loquios mal olientes; pero luego de las sesiones se logró que 100% identifique la hemorragia y fiebre; seguido de loquios mal olientes con 92,3%; en este caso se redujo totalmente el porcentaje de mujeres que desconocen el tema.

En cuanto al conocimiento sobre el calostro o si el recién nacido debe consumirlo; se reportó que 53,8% de participantes desconocía este punto y 61,5% no sabe/no opina sobre el mismo, al finalizar el programa se logró que 100% reconozca lo que es el calostro y 92,3% manifieste que el recién nacido debe consumirlo debido a que previene diversas enfermedades. De otro lado, 84,6% afirmaba en el pre test que el bebé debe recibir LME hasta los seis meses, y en el post test se incrementó a 100%.

En lo que se refiere a los cuidados de la madre durante el puerperio se indagó sobre las medidas que debe tomar durante los tres primeros días post parto cuando aún no hay producción de leche; ante ello 69,2% indicó que se debe consumir alimentos 5 veces por día, 15,4% manifiesta que se debe esperar hasta que se produzca la leche; posteriormente en el post test se halló que 100% también refiere que debe alimentarse 5 veces al día; 46,2% menciona que además de alimentarse, debe esperar hasta el tercer día porque a partir de allí se empieza a producir leche. En los casos que sus pechos se sientan endurecidos y dolorosos 53,8% declara que no conoce el manejo de esta molestia y 46,2% indica que debe colocarle compresas de agua tibia y extraer la leche diariamente; luego del programa de PPO 100% reconoce el uso de compresas de agua tibia y 30,8% menciona además que se debe continuar con lactancia, disminuyéndose reduciéndose completamente la proporción de madres que no conocía sobre el tema.

Finalmente se indagó sobre el momento indicado para iniciar con el método anticonceptivo, en un inicio 84,6% refirió que se debe colocar cuando vea su menstruación; no obstante, luego de las sesiones sólo 46,2% reconoció que se debe colocar antes de cumplir un mes después del parto.

Tabla 10. Prueba de hipótesis para determinar la efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio, en primigestas que participaron del programa de psicoprofilaxis obstétrica. Centro de Salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.

Prueba de rangos de Wilcoxon

		Rangos		
		N	Rango promedio	Suma de rangos
POST - PRE	Rangos negativos	0 ^a	,00	,00
	Rangos positivos	13 ^b	7,00	91,00
	Empates	0 ^c		
	Total	13		

a. POST < PRE

b. POST > PRE

c. POST = PRE

Estadísticos de prueba^a

	POST - PRE
Z	-3,182 ^b
Sig. asintótica(bilateral)	,001

a. Prueba de rangos con signo de Wilcoxon

b. Se basa en rangos negativos.

En la tabla 10 se observa que el valor $p=0.001$, es menor a 0.05, entonces se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, la mediana del puntaje de conocimientos sobre embarazo, parto y puerperio es mayor en el post test en comparación al pre test.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La PPO está definida como la preparación integral física y psicológica de la mujer durante la gestación con la finalidad de llevar su embarazo, parto y puerperio en las mejores condiciones de salud tanto para ella como para su bebé; y esto se podrá lograr a través de la educación brindada en seis sesiones en las que se proporcione conocimientos para su autocuidado, así como actividad física y técnicas de relajación. Sin embargo, una de las interrogantes para los profesionales que facilitan estas sesiones es contar con información científica sobre cuánto mejoran sus conocimientos; por ello el desarrollo del presente estudio.

En este primer punto se analizaron brevemente las características sociodemográficas de las gestantes (tabla 1) donde se registró que el mayor porcentaje se encuentra en el rango de edad de 20 a 30 años (53,8%), este resultado es un reflejo de la pirámide poblacional nacional pues en ella se muestra que el mayor porcentaje de la población nacional justamente se encuentra en este rango de edad (40); también es un dato a tomarse en cuenta pues, para algunos autores este es el período más favorable para la maternidad; sin embargo, en esta población de estudio se halló que 30,8% son gestantes adolescentes siendo un elevado porcentaje pues supera ampliamente el valor nacional (10,1 en zona urbana y 22,7% en zona rural) (41) ya que, hasta ahora es un grave problema que enfrenta la sociedad peruana.

En cuanto al nivel de instrucción, predomina secundaria completa seguida de superior, este dato es muy alentador pues da cuenta que en los últimos años se ha facilitado el acceso de la población femenina a tener una educación que ya no se estanca en los niveles básicos; esto finalmente puede ser un factor protector pues la mujer o madre podrá tener una independencia económica sostenible; pero para ello se tienen que promover que las adolescentes continúen con sus estudios superiores. Otro dato importante es el predominio del estado civil conviviente; al respecto el INEI (42) infiere que en las parejas jóvenes es mucho más frecuente esta convivencia pero a medida que van madurando, va cambiando esta condición por estado civil casados. En lo referente a ocupación se tiene que 69,2% son amas de casa, lo que significa que económicamente estarían dependiendo de alguna otra persona que generalmente es la pareja.

Luego se procedió a analizar los resultados del pre y post test sobre los conocimientos de la madre referente a embarazo, parto y puerperio; para ello se tomó en cuenta tres temas fundamentales que están relacionados con los principales problemas que actualmente afecta al binomio madre niño que son anemia, desnutrición crónica, signos de alarma y cuidados generales durante la lactancia.

En la tabla 2, se muestran los resultados obtenidos al aplicar el pre test, cuando la madre ha aceptado participar del estudio; justamente antes que se inicie el programa de PPO. Se observa entonces, un predominio de conocimiento medio sobre el proceso del embarazo (84,6%) con un reducido porcentaje de madres que mostraron conocimiento bajo y alto (7,7% en cada una). Sin embargo, luego de su asistencia al programa; se verifica un incremento significativo (tabla 3) en el conocimiento del embarazo, migrando en su totalidad de conocimiento bajo y medio a conocimiento alto. Con esta información se confirma lo postulado por todas las corrientes que promueven la PPO al indicar que efectivamente mejora los conocimientos de la gestación; de otro lado, Montiel et al. (5) también reveló un porcentaje elevado de madres que incrementaron sus conocimientos sobre embarazo.

Empero, de lo reportado anteriormente cabe preguntarse ¿cuáles son los temas en los que se incrementó el conocimiento de las puérperas?; pues bien, en la tabla 2 se especifica en cuáles temas se generó estos cambios. Para ello se tomó en cuenta dos aspectos: conocimiento de los signos de alarma y alimentación relacionado a la frecuencia, importancia del consumo de sulfato ferroso, y tipo de alimentos que favorecen el desarrollo del SNC y crecimiento del feto. Sobre el primer punto es importante que las gestantes reconozcan los signos de alarma del embarazo pues de su identificación y tratamiento precoz dependerá su sobrevivencia; para este caso se midió en relación a los signos que son identificados con mayor frecuencia por cada una de las participantes se tuvo así que el más reconocido en el pre test fue cefalea; en segundo lugar se menciona a tres signos vómitos, hemorragias y disminución de movimientos fetales; pero llamó la atención que, los signos relacionados con la enfermedad hipertensiva (preeclampsia) fueron los que menos se identificaron, entre ellos, visión borrosa (7,7%), mareos o desmayos (15,4%), zumbido de oídos (23,1%); lo que puede significar una alerta pues en la región Cajamarca es una de las principales causas de muerte materna.

Posteriormente, luego de haber desarrollado el programa de PPO se tuvo que el 100% de primigestas reconoció los signos de alarma como zumbido, visión borrosa, cefalea, fiebre, pérdida de líquido, hemorragia y disminución de movimientos fetales;

pero no se alcanzó el mismo nivel en el caso de mareos y desmayos, disminución o ausencia de contracciones uterinas que fue mencionada por 84,6%; el signo que ninguna madre mencionó fue contracciones intensas. Se puede inferir entonces que hubo un incremento en la frecuencia de reconocimiento de los signos de alarma del embarazo. Estos resultados son similares a los hallados por Maidana de Zarsa et al. (3) en Paraguay donde concluye que los programas de educación prenatal mejoran los conocimientos en cuanto a los signos de alarma, pues en su estudio halló que 83,87% de las mujeres que participaron en programas de PPO conoce que la pérdida de sangre durante la gestación es uno de los signos de alarma;

El siguiente aspecto sobre conocimientos del embarazo corresponde a la alimentación; dado que a nivel nacional los problemas de anemia y desnutrición crónica infantil tienen su origen en la deficiente alimentación de la gestante; y son bien conocidas las consecuencias no solo inmediatas sino también a mediano y largo plazo, limitando el desarrollo integral socioeconómico del niño. En la tabla 3 se indaga sobre la frecuencia de alimentación, es decir cuántas veces al día debe ingerir sus alimentos, sorprendentemente un promedio de 40% de las participantes indica entre 1 y 3 veces, esto significaría que este grupo no lograrán cubrir sus requerimientos nutricionales diarios con las subsiguientes consecuencias ya conocidas; cabe resaltar que este porcentaje se asemeja a los índices de anemia gestacional la misma que se ha incrementado este último año como consecuencia del estado de emergencia sanitaria. De otro lado 60% señala que la ingesta debe ser entre 4 y 5 veces al día lo que de alguna forma ayuda a cubrir con las necesidades nutricionales diarias. Pero luego de la intervención el 100% de madres manifiesta que se debe ingerir los alimentos 5 veces al día.

Otro factor sustancial para el desarrollo de la gestación es que la madre identifique porqué es importante el consumo de sulfato ferroso (tabla 3), para el caso es indispensable pues de ello depende la disminución o prevención de la anemia tanto de la madre y el feto durante este periodo, además de contribuir con el normal desarrollo del SNC del bebé; 38,5% indicaron que favorece el desarrollo del encéfalo del niño, igual proporción manifestó que disminuye la anemia de la madre; sin embargo, no conocen que ayuda a disminuir la anemia del recién nacido; peor aún 15,4% ignoraba su importancia. Pero luego de la intervención se halló que si bien disminuyó a cero el porcentaje de madres que desconocían su importancia; todas ellas reconocieron que el consumo del sulfato ferroso disminuye la anemia materna (100%) y evita la anemia del recién nacido (84,6%), pero el incremento fue mínimo

en cuanto a indicar que este fármaco favorece el crecimiento y desarrollo del SNC del producto de la gestación; queda entonces realizar estudios a profundidad para determinar porqué estos puntos no fueron internalizados por la madre. Guevara (29) halló en su estudio realizado en Lima con un grupo de gestantes que llevaron PPO, que el 84% de gestantes logró un nivel alto de conocimiento sobre alimentación saludable incluyendo dentro de éste el consumo de micronutrientes y proteínas; aunque no tuvo en cuenta evaluar específicamente cuál es la importancia de su consumo tanto para la madre como para el feto; Gonzáles (10) también realizó un estudio similar encontrando que 58% de gestantes reconoce su importancia.

En las tablas 4 y 5 se indaga sobre los tipos de alimentos que debería ingerir la gestante para favorecer principalmente el crecimiento del feto, así como el desarrollo de su SNC (encéfalo), ciertamente la madre debe consumir una dieta balanceada que incluya la ingesta no sólo de proteínas sino también carbohidratos, vitaminas y micronutrientes; sin embargo durante este periodo de desarrollo fetal son muy importantes las proteínas pues son los responsables del crecimiento de los tejidos, la reposición de los tejidos atrofiados así como de la formación de hormonas y enzimas (29). En el pre test se pudo observar que más del 95% de mujeres reconoce que cumplen con esta función las menestras o legumbres como arveja, lenteja, frijol, habas y el pescado; 84% aproximadamente refiere que son los huevos y productos lácteos; menos del 70% menciona la carne de cuy, pollo y carnes rojas. Pero también 84,6% manifiesta que el arroz, papa, camote, yuca cumple con la función de crecimiento celular; de igual forma 46,1% y 15,4 % están DA y MDA en señalar a los fideos; esto puede significar que, si la madre consume frecuentemente productos de origen animal o menestras, puede creer que estos alimentos podrían reemplazarlos, lo que culmina en el consumo diario de sólo carbohidratos y menor cantidad de proteínas. Pero luego de la intervención se pudo observar que más del 95% de asistentes si reconoce que los productos de origen animal y las menestras son los responsables del crecimiento fetal incluido el SNC; no obstante, aún persiste en un grupo de gestantes el reconocer que el arroz, papa, camote y fideos pueden cumplir la función de las proteínas. Prochaska y Diclemente, citado por Riquelme (16) al proponer su modelo espiral del proceso de cambio de comportamientos mencionaron que se debe atravesar por 5 etapas; la primera es reconocer el problema denominada *precontemplación*; pues bien, esto puede estar sucediendo en este pequeño grupo que de cierta manera no reconocen que existe el problema por la falta de consumo de proteínas. Por su parte, Mata et al. en la revisión bibliográfica que realizaron detectaron también que, la PPO promueve prácticas de alimentación saludable y se

debe evitar el consumo de sustancias nocivas, resultado similar al reportado en este estudio, donde el 100% de madres está MEDA y EDA con el consumo de gaseosas, jugos envasados, pan, galletas y kekes (100%); pues no contribuyen con el crecimiento fetal. Otro resultado similar tuvo Guerrero et al. (6) en Ecuador pues el reporte de su estudio fue que el 100% de madres tenía conocimiento sobre los tipos de alimentos que debe consumir para favorecer el normal desarrollo fetal.

El siguiente punto corresponde al análisis de los conocimientos sobre parto, en la tabla 6 se expone el conocimiento obtenido por las primigestas antes y después de haber participado en el programa de PPO. En el pre test 53,8% presentó conocimiento bajo y 46,2 medio; posteriormente en el post test 92,3% logro incrementarlo, aunque todavía persistió 7,7% de gestantes que no logró mejorar sus conocimientos.

Ahora bien, corresponde explicar cuáles son los temas que se desarrollaron; para este caso se tomó en cuenta dos aspectos: signos de alarma y reconocimiento de signos y síntomas del inicio de trabajo de parto. En el primer caso sobre signos de alarma, 53,8% manifestó no conocer ningún signo, es decir qué; no estaban en condiciones de reconocerlos aun si los haya presentado, lo que implicaría no buscar ayuda en el momento oportuno. Por el contrario, el signo más identificado fue hemorragia (38,5%), seguido de cefalea y zumbido de oídos (15,4). Pues bien, luego de la intervención se logró que 100% reconozca la hemorragia, cefalea, zumbido y ver luces. Cabe resaltar que lo más importante de este punto es que cada madre debe tener la capacidad de reconocer todos los signos de alarma pues no se podría predecir en qué momento o cual de todos se podría manifestar.

El otro punto tiene que ver con el reconocimiento del inicio de trabajo de parto, se tuvo por ejemplo que en el pre test, 38,5% de primigestas no reconocieron en qué momento ya ha iniciado el trabajo de parto y, como son primigestas es muy frecuente que, a la primera molestia acudirán al establecimiento de salud incluso semanas antes del parto. Se puede verificar también que no es muy alto este valor pese a que se trata de mujeres que nunca han pasado por todo este proceso. Entre los signos más reconocidos se tiene a las contracciones uterinas (38,5) que aumentan en frecuencia e intensidad y se irradian a la zona lumbo sacra (30,8), Para este punto se considera también primordial que la madre reconozca todos los signos de alarma; pero al finalizar el programa de PPO se incrementó a 100% la identificación de las contracciones uterinas con irradiación lumbo sacra; y 84,6 indica la pérdida de tapón mucoso, reduciéndose a cero la falta de conocimiento sobre inicio del parto. Guerrero

et al. (6) halló también en su estudio que la PPO permitió que 83% de mujeres reconozca el número de contracciones durante el parto y 87% conozca cómo es el inicio de la labor de parto; Rafael et al. (11) obtuvo también resultados similares al indicar que 89,8% de madres que llevaron PPO estaban en condiciones de reconocer el inicio del trabajo de parto.

El último punto corresponde al análisis de los conocimientos sobre puerperio, en la tabla 8 se muestra el conocimiento obtenido por las primigestas antes y después de haber participado en el programa de PPO. En el pre test 53,8% presentó conocimiento bajo y 46,2 medio; posteriormente en el post test 92,3% logró incrementarlo, aunque todavía persistió un 7,7% que no mejoró sus conocimientos. En la tabla 9, al igual que en los casos anteriores, se especifica el conocimiento del puerperio según sus dimensiones. En cuanto a signos de alarma del puerperio, sorprendentemente 76,9% no reconocía ninguno de ellos, y sólo 15,4% afirmaron que son la fiebre y loquios mal olientes. Desde el punto de vista epidemiológico, este resultado es muy importante, pues la tercera causa de muerte materna son las infecciones que, generalmente suelen presentarse durante este periodo, y por ello es imprescindible que la primigesta los identifique precozmente. Posteriormente, al finalizar el programa de PPO, 100% aseveró que son signos de alarma la ginecorragia y fiebre; 92,3% identificó los loquios mal olientes y 76,9% mencionó el útero blando doloroso. Guerrero et al. (6) reveló similares resultados al encontrar en su trabajo que 100% de mujeres estaba en condiciones de reconocer por lo menos un signo de alarma del puerperio luego de participar en el programa del PPO.

Otro aspecto explorado fue la lactancia materna y los cuidados de la madre durante este periodo, ante la interrogante sobre ¿qué el calostro? 53,8% no conocía esta palabra; 61,5% tampoco tenía conocimiento sobre la importancia de la ingesta por parte del recién nacido; esto significaría que en esos primeros días quizás el bebé reciba algún producto adicional hasta el momento que se produzca la leche, limitando la posibilidad de proporcionarle gran cantidad de anticuerpos que puedan protegerlo de las principales enfermedades de la infancia como son las diarreas e infecciones respiratorias; en contraparte, 84,6% refirió que hasta los seis meses el niño debe alimentarse únicamente con lactancia materna. Posterior al programa de PPO se obtuvo que 100% conoce el calostro y 93,3% indica que debe ser proporcionado al bebé; además 100% de madres está de acuerdo que hasta los seis meses debe ser alimentado sólo con leche materna. Análogamente Guerrero et al. (6) reportó que 96% de mujeres que llevaron PPO mejoraron sus conocimientos sobre el tiempo que

debe durar la LME; Mata et al. (2) manifiesta que la PPO mejora los conocimientos sobre LME al igual Maidana de Zarsa (3).

Sobre los cuidados de la madre al inicio de la lactancia materna se indagó en primer lugar, qué se debe hacer durante los tres primeros días post parto teniendo en cuenta que la leche materna empieza a producirse luego del tercer día, pero para que efectivamente haya producción de leche es necesario que la madre tenga una buena alimentación y principalmente continúe con la lactancia. Además, la capacidad gástrica del recién nacido es menor que una cucharada lo que implica que el volumen de calostro producido este corto periodo de tiempo, es suficiente para cubrir las necesidades alimenticias del RN, por lo que no es necesario la administración de ningún otro producto.

En cuanto al manejo de la tumefacción mamaria, propio de mujeres que por vez primera darán de lactar; se consideró tres opciones de respuesta que en su conjunto son las indicaciones para su manejo, por consiguiente, la madre debiera conocerlas íntegramente. Sin embargo, 46,7% desconocía el tema, 53,3% refiere colocarse paños de agua tibia; ninguna mencionó continuar con la lactancia, lo que podría entrever que ésta sería la última opción de la madre cuando presente este problema. Este punto es necesario resaltarlo puesto que es la succión del niño la que va a ayudar a la producción de leche. Al finalizar el programa de PPO 100% reconoció que la madre lactante debe consumir sus alimentos 5 veces al día para favorecer la producción de leche; 46,2% manifiesta que se debe esperar hasta que se produzca leche; pero persiste la renuencia a continuar con la lactancia, pues únicamente 7,7% lo mencionó.

El último punto indagado correspondió al periodo de inicio del uso de algún método de planificación familiar, se observa que 86,7% indica que se puede iniciar con su método después del mes post parto o cuando empieza a menstruar lo que implicaría que para esta fecha la mujer podría embarazarse. Sin embargo, luego de la intervención no se registró un resultado satisfactorio pues más de la mitad de mujeres (53,3%) persiste en la idea que se debe utilizar un método anticonceptivo después del mes post parto. La OMS (16) realizó algunas recomendaciones para lograr el aprendizaje de la población adulta, entre ellos se debe permitir que las madres sean capaces de reconocer su situación, piense y analice el contexto para luego tomar su propia decisión; y no tratar de imponer nuevas ideas pues éstas al final terminan siendo totalmente rechazadas. Pues bien, para solucionar estas brechas podría ser necesario plantear determinadas estrategias de seguimiento y/o reforzamiento, pues

no se puede asumir que todas las formas de pensar y conocer de las señoras van a cambiar con una simple sesión. De todas formas, la PPO si mejoró el conocimiento sobre puerperio como también se demostró en el estudio de Guerrero et al (6), Vásquez (7) Baca (9).

Finalmente, se presenta en la tabla 10 la prueba de hipótesis para determinar si el programa de PPO estructurado por el MINSA, puede mejorar los conocimientos de primigestas sobre embarazo, parto y puerperio. Para este caso se empleó la prueba estadística no paramétrica para comparar dos mediciones en una misma muestra denominada prueba de rangos de Wilcoxon en el que se halló un valor p menor a 0.05 (**$p=0,001<0,05$**); por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación; resultado que ha sido corroborado en el análisis de cada una de las dimensiones.

Si bien es cierto algunos conocimientos tuvieron una mejora sustancial; sin embargo, en otros casos no se registró variaciones o la mejora fue relativamente baja; en consecuencia, se genera la necesidad de realizar investigaciones a profundidad que abarquen no solo las experiencias, expectativas, percepciones y emociones de la gestante referidos a PPO; sino también se tome en cuenta el punto de vista de los facilitadores. También es necesario estudiar que tan efectivas son las diversas metodologías empleadas en el desarrollo de los procesos de enseñanza aprendizaje específicamente en psicoprofilaxis obstétrica.

CONCLUSIONES

Al finalizar el presente estudio de investigación, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El mayor porcentaje de primigestas se encuentra en el rango de edad de 20 a 30 años; el grado de instrucción con mayor proporción es secundaria completa seguido de secundaria incompleta; el estado civil más frecuente es conviviente, y; en su mayoría son amas de casa.
2. Antes de la aplicación del programa de psicoprofilaxis obstétrica, el mayor porcentaje de primigestas tenía conocimiento **medio** y **bajo** sobre embarazo; y, después de su participación, el total de ellas logró obtener un conocimiento **alto**.
3. Previo a la aplicación del programa de psicoprofilaxis obstétrica, la mayoría de gestantes primigestas obtuvo conocimiento **bajo** y **medio** sobre parto; y, luego de su participación, el mayor porcentaje logró obtener un conocimiento **alto**.
4. Antes de iniciar el programa de psicoprofilaxis obstétrica, un gran porcentaje de primigestas tuvo conocimiento bajo y medio sobre puerperio; y, después de su participación, el mayor porcentaje obtuvo conocimiento **alto**.
5. El programa de psicoprofilaxis obstétrica es efectivo, al registrarse un incremento significativo en el conocimiento de primigestas sobre embarazo, parto y puerperio observándose un valor $p=0,001 < 0,05$ con la prueba de rangos de Wilcoxon; por tanto, se acepta la hipótesis de investigación.

SUGERENCIAS

1. El personal Obstetra del establecimiento de salud debe optimizar los mecanismos que promuevan la participación de todas las gestantes en las actividades de psicoprofilaxis obstétrica; y aprovechar el uso de las tecnologías modernas de educación; pues se ha demostrado que este programa puede mejorar el conocimiento de la mujer en puntos cruciales que pueden significar la diferencia entre la vida y la muerte. Así mismo, debe promover alianzas estratégicas con las universidades públicas y privadas para facilitar el material educativo, lo que le significaría un ahorro del presupuesto público.
2. Los egresados de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional e Cajamarca tienen la responsabilidad de generar nuevas hipótesis de investigación que propongan modelos de intervención en psicoprofilaxis obstétrica a través de las plataformas virtuales que permitan facilitar la ejecución de la actividad física; pues todo este proceso se basa fundamentalmente en esta actividad y actualmente se presentan numerosas dificultades; ello no implica dejarlas de lado, sino más bien, generar nuevas evidencias para su aplicación, que garanticen la integridad de la gestante y posteriormente se incorporen en las guías nacionales de psicoprofilaxis.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. MINSA. Guía técnica para la psicoprofilaxis obstétrica y estimulación prenatal. Biblioteca Nacional del Perú; 2013 [citado 28 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4172.pdf>
2. Mata M, Sánchez M, López M. Beneficios de la educación maternal en el parto. En Granada, España: INDEX; 2015 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/pdf/250.pdf>
3. Maidana de Zarza A, Goiriz N, Troche G, Insfrán J, Martínez D. Implementación de Club de Madres en Unidades de Salud de la Familia Carapeguá. IX Región Sanitaria Paraguari. 2016- 2018. Revista de la Sociedad Científica del Paraguay. diciembre de 2019 [citado 29 de marzo de 2021];24(2):305-20. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2617-47312019000200305&lng=en&nrm=iso&tlng=es
4. Rosales C. Efectividad de la psicoprofilaxis durante el embarazo. [Tesis de pregrado]. [Ecuador]: Universidad Técnica de Ambato; 2017 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25906/2/Tesis%20%E2%80%9C EFECTIVIDAD%20DE%20LA%20PSICOPROFILAXIS%20DURANTE%20EL%20EMBARAZO.pdf>
5. Montiel F, Pérez V, Saborio Y. Intervención educativa sobre la psicoprofilaxis obstétrica en las embarazadas que asisten al Hospital primario Monte Carmelo Nandaime-Granada, segundo semestre 2016. [Tesis de pregrado]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2017 [citado 31 de marzo de 2021]. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/4652/3/96351.pdf>
6. Guerrero J, Paguay C. Beneficios maternos perinatales asociados a la psicoprofilaxis obstétrica en embarazadas atendidas en Centro de Salud de Guano, abril 2012-2013. 2013 [citado 1 de abril de 2021]; Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/4352>
7. Vásquez B. Nivel de conocimiento de psicoprofilaxis obstétrica en gestantes atendidas en el Centro de Salud el Tambo Ayacucho 2017. [Segunda especialidad]. [Huancavelica]: Universidad Nacional de Huancavelica; 2018 [citado 1 de abril de

- 2021]. Disponible en:
<https://repositorio.unh.edu.pe/bitstream/handle/UNH/2375/TESIS-SEG-ESP-OBSTETRICA-2018-VASQUEZ%20GOMEZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Eusebio A, Meza N. Nivel de conocimiento y práctica de la Psicoprofilaxis Obstétrica en gestantes del Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen Huancayo. [Tesis de pregrado]. [Huancayo-Perú]: Universidad Peruana Los Andes; 2018. Disponible en:
<https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/364/EUSEBIO%20A.%20MEZA%20A..pdf?sequence=2&isAllowed=y>
 9. Baca W, Quispe K. Influencia del programa de psicoprofilaxis obstétrica sobre el nivel de conocimiento del embarazo, parto y puerperio en gestantes del Centro de Salud Maritza Campos Díaz – Zamácola junio – julio 2016. [Arequipq]: Universidad Católica de Santa María; 2016.
 10. Gonzáles E. Beneficios de la psicoprofilaxis obstétrica y la nutrición preconcepcional en primigestas del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima [Internet] [Tesis de máster]. [Lima-Perú]: Universidad Inca Garcilazo De La Vega; 2018 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en:
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3097/TESIS_MAEST_I NV.EDUC.UNIV_EVELYN%20MAGALI%20GONZALES%20CARBAJAL.pdf?sequence=2&isAllowed=y
 11. Rafael N, Rodríguez E. Efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en el trabajo de parto en el Hospital de Ventanilla-Callao, 2012. [Tesis de pregrado]. [Huaraz]: Universidad Nacional Santiago Atúnez de Mayolo; 2013. Disponible en:
<http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/963/EFFECTIVIDAD%20DEL%20PROGRAMA%20DE%20PSICOPROFILAXIS%20OBSTETRICA%20EN%20EL%20TRABAJO%20DE%20PARTO%20EN%20EL%20HOSPITAL%20DE%20VENTANILLA-CALLAO%202012.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 12. Villanueva E. Efectividad del programa de psicoprofilaxis obstétrica en primigestas atendidas en el centro de salud de fila alta - Jaén - 2012. Universidad Nacional de Cajamarca. 2019 [citado 8 de abril de 2021]; Disponible en:
<http://repositorio.unc.edu.pe/handle/UNC/2923>
 13. Acevedo A, Linares C, Cachay O. Tipos de conocimiento y preferencias para la resolución de problemas. IDATA. 22 de marzo de 2014 [citado 7 de abril de

- 2021];13(2):025. Disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/idata/article/view/6181>
14. Flores M. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas. *Espacios*. 2005 [citado 7 de abril de 2021];26(2):22. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>
 15. Alayo L, Baltazar D. Efectividad del programa educativo en el conocimiento materno sobre estimulación temprana y desarrollo psicomotor del preescolar. Huamachuco, 2013. [Pregrado]. [La Libertad]; 2013 [citado 10 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13822/1545.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 16. Riquelme M. Metodología de educación para la salud. *Pediatría Atención Primaria*. junio de 2012 [citado 10 de abril de 2021];14:77-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1139-76322012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 17. Aguilar J, Gonzáles P. Eficacia de un programa educativo en el nivel conocimiento sobre hipertensión arterial en adultos mayores. Programa del Adulto Mayor del C.M.I. “Santa Lucía” – Moche, 2015. [Pregrado]. [La Libertad]: Universidad Nacional de Trujillo; 2016 [citado 10 de agosto de 2021]. Disponible en: <http://www.dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13666/1673.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 18. Mamani A. Preparación en psicoprofilaxis obstétrica y los resultados materno perinatales en parturientas del Centro Materno Infantil César López Silva. Villa El Salvador, Lima: septiembre 2017 a septiembre 2018. [Tesis de pregrado]. [Cañete-Perú]: Universidad Privada Sergio Bernales; 2019 [citado 29 de marzo de 2021]. Disponible en:
http://repositorio.upsb.edu.pe/bitstream/UPSB/171/1/Mamani_A_Tesis.pdf
 19. Merino W. Percepción del dolor durante el trabajo de parto. Una revisión de los factores involucrados – *Revista Chilena de Anestesia*. 2019 [citado 17 de abril de 2021];49(5):614-24. Disponible en:
<https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv49n05-05/>
 20. Fernández y Fernández-Arroyo M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index de Enfermería*. junio de 2013 [citado 29 de marzo de

2021];22(1-2):40-4. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1132-12962013000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

21. Universidad Cooperativa DE. Diseño de un entorno virtual de aprendizaje para adultos desde la Andragogía. 2017 [citado 3 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.ucc.edu.co:443/noticias/conocimiento/Paginas/CatalogItem-Conocimiento.aspx?TermStoreId=da8489ba-c815-42d8-af38-471476d1c4fc&TermSetId=0bc14484-1712-42fb-9e0d-e3313df39213&TermId=857f4f4a-d999-425f-8691-0b7132028d0c&UrlSuffix=diseño-de-un>
22. Suárez, Y. Impacto de la Educación Virtual y las TIC en la Andragogía. Revista Ciencias de la Educación, 2018. 28(51), 326-347.,
23. Castilla M. Los adultos en los entornos virtuales. 2019 [citado 3 de junio de 2021]. Disponible en: <https://slideplayer.es/slide/13969418/>
24. NIH. Definición de embarazo - Diccionario de cáncer del NCI - Instituto Nacional del Cáncer. 2011 [citado 31 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/embarazo>
25. INATAL. Gestación - Enciclopedia. El embarazo semana a semana. [citado 31 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://inatal.org/el-embarazo/enciclopedia/71-gestacion.html>
26. MINSA. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. MINSA; 2015 [citado 31 de mayo de 2021]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf
27. Martínez M. Signos de alarma en el desarrollo psicomotor. 2014. Disponible en: <http://www.avpap.org/documentos/bilbao2014/AlarmaDSM.pdf>
28. Martínez R, Jiménez A, Peral Á, Bermejo L, Rodríguez. Importancia de la nutrición durante el embarazo. Impacto en la composición de la leche materna. Nutrición Hospitalaria. 2020 [citado 20 de julio de 2021];37(SPE2):38-42. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0212-16112020000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

29. Guevara E. Nivel de conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable relacionados con la anemia en gestantes que asisten al programa de psicoprofilaxis Baby Hope de la Clínica Good Hope, Lima, 2014. [Tesis de pregrado]. [Lima-Perú]: Universidad Peruana Unión; 2015 [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/196/Evelin_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
30. CONASI. ¿Sabes la importancia que tiene la proteína en el embarazo?. Blog Conasi. 2016 [citado 31 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.conasi.eu/blog/consejos-de-salud/importancia-de-la-proteina-en-el-embarazo/>
31. Bajo J, Merchor J, Mercé L (ed.). Fundamentos de Obstetricia. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2007. 1162 p.
32. Milman N. Fisiopatología e impacto de la deficiencia de hierro y la anemia en las mujeres gestantes y en los recién nacidos/infantes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2012 [citado 31 de mayo de 2021];58(4):293-312. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322012000400009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. MINSA. Norma técnica de salud de planificación familiar. 1ra ed. Lima-Perú: Industria Gráfica MACOLE S.R.L; 2017 [citado 31 de mayo de 2021]. 131 p. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
34. OMS. Lactante, recién nacido. WHO. World Health Organization; 2020 [citado 1 de junio de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/topics/infant_newborn/es/
35. Ñaupá H ed. Metodología de la investigación científica y elaboración de tesis. 3° ed.. Lima: UNMSM; 2013. 454 p.
36. Gallardo E. Metodología de la investigación. Manual auto formativo interactivo. Huancayo-Perú; 2017 [citado 10 de agosto de 2021]. 98 p. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/4278/1/DO_UC_EG_MAI_UC0584_2018.pdf
37. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. México: McGraw Hill Interamericana; 2014.

38. Salas Blas E. Diseños preexperimentales en psicología y educación: una revisión conceptual. *Liberabit*. enero de 2013 [citado 20 de julio de 2021];19(1):133-41. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-48272013000100013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
39. Piscoya J. Principios éticos en la investigación biomédica. *Rev Soc Peru Med Interna*. 2018;31(4):159-164. Disponible en: <http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/SPMI%202018-4%20159-164.pdf>
40. Pirámides de población del mundo desde 1950 a 2100. *Population Pyramid.net*. [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.populationpyramid.net/es/perú/2021/>
41. Diario Oficial El Peruano. MINSA: En el Perú, 12 de cada 100 adolescentes están embarazadas o ya son madres. *Diario Oficial El Peruano*. 2020 [citado 30 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/104213-minsa-en-el-peru-12-de-cada-100-adolescentes-estan-embarazadas-o-ya-son-madres>
42. INEI. Perú: cambios en el estado civil o conyugal 1981-2017 [Internet]. Lima-Perú: INEI; 2020 [citado 30 de mayo de 2021]. 97 p. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1742/Libro.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: INSTRUMENTO

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

Buen día mi nombre es Imelda Cerquín Izquierdo, soy alumna de Obstetricia y en esta oportunidad estoy desarrollando un trabajo de investigación sobre conocimientos de embarazo, parto y puerperio; por lo que solicito su colaboración para responder las preguntas, asegurándole que son confidenciales y serán empleadas únicamente para la investigación.

Lugar: Centro de salud Magna Vallejo	N.º de encuesta:
---	-------------------------------

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1. Ocupación: Su casa () Estudia () Estudia y trabaja () Trabaja ()
2. Edad: 15 a 19 años () 20 a 30 años () 31 a 40 años ()
3. Nivel de Instrucción: Sin instrucción () Primaria incompleta () Primaria completa () Secundaria incompleta () Secundaria completa () Superior incompleta () Superior completa ()
4. Estado civil: Casada () Conviviente () Soltera () Viuda () Divorciada ()

II. CONOCIMIENTOS SOBRE EL EMBARAZO

5. Indique usted ¿cuáles son los signos de alarma del embarazo? Zumbido de oídos () Visión borrosa () Fuerte dolor de cabeza () Fiebre(calentura) () Pérdida de líquido olor a lejía por la vagina () Náuseas y vómitos muy frecuentes () Pérdida de sangre por la vagina sin importar la cantidad () Disminución o ausencia de movimientos fetales () Tiene mareos o desmayos frecuentes () Tienes dolores fuertes en la barriga o se pone duro antes de la fecha de parto () No conoce ()
6. ¿Cuántas veces al día debe comer una mujer cuando está embarazada? 1 vez () 2 veces () 3 veces () 4 veces () 5 veces ()

7. ¿Por qué es importante que la mujer durante el embarazo consuma sus pastillas de sulfato ferroso? (puede marcar más de una opción) Ayuda a reducir la anemia en la madre () Evita la anemia en el recién nacido () Ayuda a desarrollar el cerebro del bebé () Ayuda al crecimiento del bebé () No conoce ()

8. **Qué tipos de alimentos debe consumir una madre para que el bebé crezca y desarrolle su cerebro normalmente:** (Marque con una “X” según lo que manifiesta la gestante, tomando en cuenta que MDA=muy de acuerdo, DA= de acuerdo; EDA=en desacuerdo y MEDA=muy en desacuerdo)

Tipo de alimento	MDA	DA	EDA	MEDA
8.1. Carnes rojas, hígados				
8.2. Pescados				
8.3. Pollo, pavo				
8.4. Cuy, conejo				
8.5. Menestras como arveja, lenteja, habas, frijol, garbanzo				
8.6. Productos lácteos como leche, quesos, yogurt				
8.7. Huevos				
8.8. Arroz, papa, camote, yuca				
8.9. Fideos				
8.10. Pan, galletas, kekes				
8.11. Gaseosas, jugos envasados				

III. CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO

<p>9. Indique usted ¿Cuáles son las señales de peligro que debemos tener en cuenta cuando ya se ha iniciado su parto?</p> <p>Sangrado excesivo por la vagina () Dolor de cabeza intenso () Zumbido de oídos ()</p> <p>Ve lucecitas () El bebé se mueve poco o deja de moverse ()</p> <p>Pérdida de líquido por la vagina antes de que usted haya llegado al establecimiento de salud ()</p> <p>No sabe ()</p>
<p>10. Indique usted ¿Cómo se daría cuenta que ya ha iniciado su trabajo de parto?</p> <p>El útero se contraerá con más frecuencia/ 3 contracciones en 10 minutos ()</p> <p>La contracción se refleja en la espalda y la cadera de la madre ()</p> <p>La madre pierde gran cantidad de moco con manchas de sangre por la vagina ()</p> <p>Cuando se rompen la fuente y pierde líquido claro ()</p> <p>No sabe ()</p>

III. CONOCIMIENTOS SOBRE EL PUERPERIO

<p>11. Indique usted ¿Cuáles son los signos de alarma en el puerperio?</p> <p>Sangrado abundante mayor a una regla después del parto () Fiebre, escalofríos ()</p> <p>Pérdida de loquios con mal olor por la vagina ()</p> <p>El útero está blando y doloroso ()</p> <p>No sabe ()</p>
<p>12. ¿Qué es el calostro?</p> <p>Es el líquido amarillento que producen los senos, los tres primeros días después del parto ()</p> <p>No sabe ()</p>
<p>13. El recién nacido debe consumir el calostro, porque</p> <p>Sí porque lo va a proteger de las enfermedades como diarrea y neumonías ()</p> <p>No debe tomarlo porque no sirve para nada ()</p> <p>No sabe/ no opina ()</p>
<p>14. Como debe alimentarse un bebé desde el primer día de nacimiento hasta los seis meses</p> <p>Sólo con leche materna () Leche materna más agüitas ()</p> <p>Leche materna más otras leches () Leches de tarro ()</p>

15. ¿Qué debe hacer la madre si no tiene leche los tres primeros días después del parto?

Consumir sus alimentos cinco veces al día, con líquido como avena, chocolate ()

Esperar que se produzca la leche a partir del tercer día ()

Continuar dando de lactar al bebé ()

No sabe/no conoce ()

16. Que debe hacer la madre si los pechos se ponen duritos y dolorosos

Ponerse paños de agua tibia y sacarse la leche diariamente ()

Continuar dando de lactar al bebé ()

No sabe/no conoce ()

17. Indique usted ¿En qué momento debe empezar a utilizar un método anticonceptivo?

Antes de cumplir un mes después del parto ()

Después de 1 mes del parto ()

Cuando vea regla ()

GRACIAS

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Yo _____, con documento de identidad
No. _____, certifico que he sido informado(a) con la claridad y veracidad
debida respecto al proyecto de investigación denominado:

Realizado por el bachiller:

_____.al
que me ha invitado a participar; que actúo consecuente, libre y voluntariamente como
colaborador, con la única finalidad de contribuir con el desarrollo del conocimiento
científico. Soy conocedor(a) de la autonomía suficiente que poseo para retirarme u
oponerme a continuar en la investigación, cuando lo estime conveniente y sin necesidad
de justificación alguna ni perjuicio a mi integridad. Conozco además que se respetará la
buena fe, la confiabilidad e intimidad de la información por mí suministrada, lo mismo que
mi seguridad física y psicológica.

Nombre del participante:
Firma o huella

ANEXO 3

CARTILLA DE VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTO



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



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participación para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.											
1. NOMBRE DEL JUEZ					Zoila Luz Quiroz Bazán						
2. PROFESIÓN					Obstetra						
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO					Obstetra						
ESPECIALIDAD					Alto riesgo obstétrico						
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)					22 años						
INSTITUCIÓN DONDE LABORA					Hospital Simón Bolívar						
CARGO					Psicorprofilaxis-Consultorio externo						
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:											
CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA. PRIMIGESTAS DEL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO. CAJAMARCA, 2020											
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Bachiller Imelda Jackeline Cerquín Izquierdo											
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN					Determinar la efectividad de la aplicación del programa de psicoprofilaxis obstétrica para mejorar el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en primigestas atendidas en el centro de salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.						
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:											
La encuesta dirigida a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, que hayan participado en el programa de psicoprofilaxis en la que se recogerá información sobre conocimientos de embarazo, parto y puerperio.											
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.											
Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	
1	X		X			X	X		X		*****
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
7	X		X			X		X	X		Mayor claridad en la redacción
8	X		X			X	X		X		
9	X		X			X	X		X		
10	X		X			X	X		X		
11	X		X			X	X		X		
12	X		X			X		X	X		Mayor claridad en la redacción
13	X		X			X	X		X		Debe considerar la respuesta correcta: regularidad en las contracciones
14	X		X			X		X	X		Mayor claridad en la redacción
15	X		X			X	X		X		
16	X		X			X	X		X		
17	X		X			X	X		X		
18	X		X			X	X		X		
19	X		X			X	X		X		
20	X		X			X	X		X		
Aspectos Generales									Sí	No	*****

El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		X	Mejorar indicaciones
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación	X		
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial	X		
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir	X		
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:			
APLICABLE <input type="checkbox"/>	APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES	X <input type="checkbox"/>	NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
Fecha: 04/04/2020	Firma: Zoila Luz Quiroz Bazán	E mail: zoilquroz@gmai.com	Teléfono: 970892524
Elaborado por Corral Y (2009)			



Zoila Luz Quiroz Bazán
Experta en Instrumentos
de Evaluación



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participacion para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ		Balbina Ocas Huamán									
2. PROFESIÓN		Obstetriz									
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO		Obstetriz/Maestra									
ESPECIALIDAD		Gestión Pública									
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)		15 años									
INSTITUCIÓN DONDE LABORA		Municipalidad de Bambamarca y Municipalidad de Cajabamba- Programa de vaso de leche.									
CARGO		Consultora									
3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:											
CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA. PRIMIGESTAS DEL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO. CAJAMARCA, 2020											
4. NOMBRE DEL TESISISTA: Bachiller Imelda Jackeline Cerquín Izquierdo											
5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN					Determinar la efectividad de la aplicación del programa de psicoprofilaxis obstétrica para mejorar el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en primigestas atendidas en el centro de salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.						
6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:											
La encuesta dirigida a primigestas del Centro de Salud Magna Vallejo, que hayan participado en el programa de psicoprofilaxis en la que se recogerá información sobre conocimientos de embarazo, parto y puerperio.											
A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.											
Ítem	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	SÍ	No	
1	X		X			X	X		X		*****
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X		X		
6	X		X			X	X		X		
7	X		X			X	X		X		
8	X		X			X	X		X		
9	X		X			X	X		X		
10	X		X			X	X		X		
11	X		X			X	X		X		
12	X		X			X	X		X		
13	X		X			X	X		X		
14	X		X			X	X		X		
15	X		X			X	X		X		
16	X		X			X	X		X		
17	X		X			X	X		X		
18	X		X			X	X		X		
19	X		X			X	X		X		
20	X		X			X	X		X		

Aspectos Generales		Si	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario		X		
Los ítemes permiten el logro del objetivo de la investigación		X		
Los ítemes están distribuidos en forma lógica y secuencial		X		
El número de ítemes es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítemes a añadir		X		
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:				
APLICABLE <input checked="" type="checkbox"/>		APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input type="checkbox"/>		NO APLICABLE <input type="checkbox"/>
Fecha: 04/04/2020	Firma:  Mg. Obst. Balbina Ocas Huamán DNI: 26680850	E mail: balbi158@hotmail.com	Teléfono: 959708182	
Elaborado por Corral Y (2009)				



CARTILLA DE VALIDACION POR JUICIO DE EXPERTOS

Estimado profesional, siendo conocedor de su extraordinaria trayectoria solicito su participacion para la validación del presente instrumento para recojo de información; siendo éste un requisito solicitado en toda investigación. Por ello adjunto a este formato el instrumento y el cuadro de operacionalización de variables. Agradezco por anticipado su especial atención.

1. NOMBRE DEL JUEZ	NANCY NOEMI VASQUEZ BARDALES
2. PROFESIÓN	OBSTETRA
TITULO Y /O GRADO ACADÉMICO OBTENIDO	OBSTETRA
ESPECIALIDAD	MAESTRO EN CIENCIAS, LINEA PROMOCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD
EXPERIENCIA PROFESIONAL (en años)	20
INSTITUCIÓN DONDE LABORA	UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
CARGO	

3. TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:
CONOCIMIENTO SOBRE EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA. PRIMIGESTAS DEL CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO. CAJAMARCA, 2020


4. NOMBRE DEL TESISISTA: Imelda Cerquín Izquierdo

5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN
Determinar la efectividad de la aplicación del programa de psicoprofilaxis obstétrica para mejorar el conocimiento sobre embarazo, parto y puerperio en primigestas atendidas en el centro de salud Magna Vallejo. Cajamarca, 2021.

6. DETALLE DEL INSTRUMENTO:

A continuación, sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede anotar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Item	Claridad en la redacción		Coherencia interna		Inducción a la respuesta (Sesgo)		Lenguaje adecuado con el nivel del informante		Mide lo que pretende medir		Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem por favor indique)
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
1	X		X			X	X		X		*****
2	X		X			X	X		X		
3	X		X			X	X		X		
4	X		X			X	X		X		
5	X		X			X	X			X	Se considera gestante preparada en psicoprofilaxis cuando asiste a 6 sesiones
6		x		x		x		x		X	No hay coherencia entre el objetivo y lo que se pretende medir
7		x		x		x		x		X	Mejorar redacción y ser específico
8	X		X			X	X		X		
9	x		x			x	x			X	Incluir la opción todas las anteriores
10	X			x		X	X			X	Incluir frutas y verduras
11		x		x		x				X	Mejorar redacción e incluir otros signos de peligro como presencia del cordón umbilical, o un miembro inferior o superior (pie, mano) en el canal vaginal, etc.
12		x		x		x		x		X	Mejorar redacción son gestantes que han participado en la sesiones de psicoprofilaxis
13		x		x		x		x		X	Mejorar redacción son gestantes que han participado en la sesiones de psicoprofilaxis
14		x		x		x		x		X	Mejorar redacción son gestantes que han participado en la sesiones de psicoprofilaxis
15		x		x		x		x		X	Mejorar redacción y ortografía son gestantes que han

										participado en la sesiones de psicoprofilaxis	
16		x		x		x		x		X	Mejorar redacción y ortografía son gestantes que han participado en la sesiones de psicoprofilaxis
17		x		x		x		x		X	Mejorar redacción y ortografía son gestantes que han participado en la sesiones de psicoprofilaxis
18		x		x		x		x		X	Mejorar redacción y ortografía son gestantes que han participado en la sesiones de psicoprofilaxis
19		x		x		x		x		X	Mejorar redacción y ortografía son gestantes que han participado en la sesiones de psicoprofilaxis
III											
Aspectos Generales									Si	No	*****
El instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario										x	Incluir lugar y fecha de la investigación, y luego de las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación										X	Se tiene que incluir ítems para medir: 1. Cambios físicos y psíquicos durante el embarazo, parto y puerperio. 2. Comportamientos y hábitos saludables: a. alimentación y nutrición b. Higiene postural 3. Cuidados del recién nacido
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial										X	Incluir ítems para medir si la gestante logro educarse en las sesiones de psicoprofilaxis
El número de ítems es suficiente para recoger la información. En caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir										X	Incluir ítems para medir que cambios físicos y psicológicos ocurren en el embarazo, parto y puerperio y son identificados por las gestantes luego de asistir a las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica
JUICIO FINAL DE VALIDEZ DEL EXPERTO: marque con un aspa en la opción que considere conveniente según su análisis del presente instrumento:											
APLICABLE <input type="checkbox"/>			APLICABLE ATENDIENDO A LAS OBSERVACIONES <input checked="" type="checkbox"/>					NO APLICABLE <input type="checkbox"/>			
Fecha: 03/06/2021		Firma: 			E mail: nvasquezb@unc.edu.pe			Teléfono: 976666470			
Elaborado por Corral Y (2009)											

ANEXO 4: GENERACIÓN DE BAREMOS

Nº de Ítems Conocimiento sobre embarazo	Puntaje
5– 8	Alto [45 – 59]
	Medio [28 – 44]
	Bajo [11 – 27]

Valor máximo esperado : 59
 Valor mínimo esperado : 11
 Rango de puntaje total : 16
 Numero de categorías : 3

Nº de Ítems Conocimiento sobre parto	Puntaje
9 – 10	Alto [7– 10]
	Medio [4 – 6]
	Bajo [0 – 3]

Valor máximo esperado : 10
 Valor mínimo esperado : 0
 Rango de puntaje total : 3
 Numero de categorías : 3

Nº de Ítems Conocimiento sobre puerperio	Puntaje
11 – 17	Alto [9 – 13]
	Medio [4 – 8]
	Bajo [0 – 3]

Valor máximo esperado : 13
 Valor mínimo esperado : 0
 Rango de puntaje total : 4
 Numero de categorías : 3

ANALISIS DE FIABILIDAD

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,661	,693	23

Para el análisis de confiabilidad se realizó la prueba piloto con una población con características similares; luego se realizó el análisis por consistencia interna es decir verificar que no exista contradicciones en los reactivos, obteniéndose finalmente una confiabilidad de 0,7 es decir una confiabilidad alta según Ruiz Bolívar (2002) y Pallella y Martins (2003) (35).

ANEXO 5: PLANIFICACIÓN DE CONTENIDOS TEMÁTICOS DESARROLLADOS EN LAS SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA

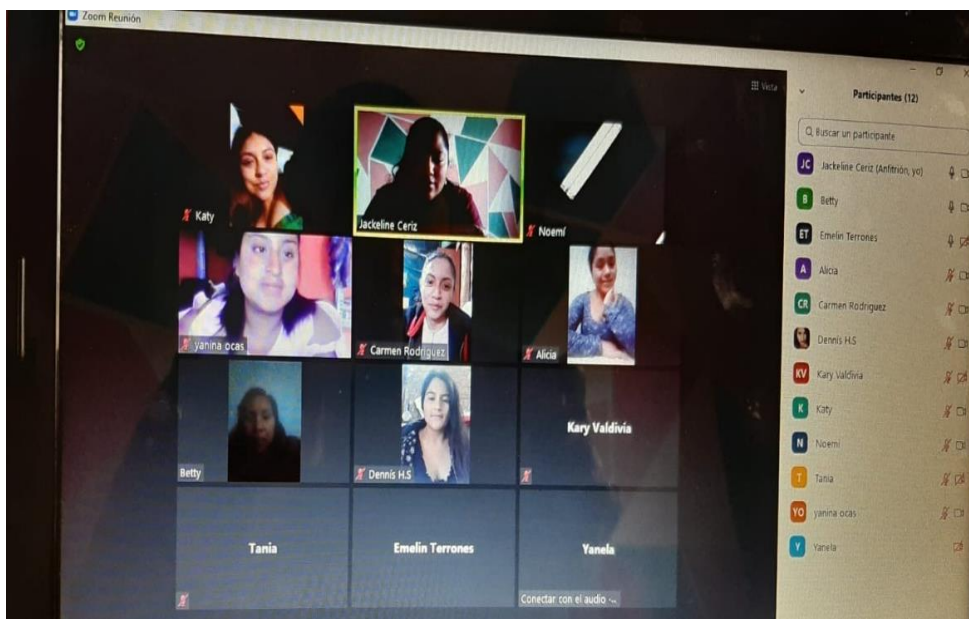
SESIONES DE PSICOPROFILAXIS DESARROLLADAS CON PRIMIGESTAS DE CENTRO DE SALUD MAGNA VALLEJO				
N°	Sesión	Objetivo	Contenido teórico	Metodología
1	Cambios durante el embarazo y signos de alarma	Enseñar a reconocer los signos y síntomas de alarma del embarazo	Principales cambios fisiológicos del embarazo Signos y síntomas de alarma	Audiovisual Lluvia de ideas Demostración
2	Atención prenatal y autocuidado	Identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto y puerperio	Nutrición y alimentación, suplementación de hierro	Audiovisual Lluvia de ideas Demostración
3	Fisiología del parto	Reconocer los signos y señales de inicio de labor del parto Reconocer los signos de peligro del parto	Inicio de labor de parto y signos de alarma	Audiovisual Lluvia de ideas Demostración
4	Atención del parto y contacto precoz	Enseñar a gestante sobre el parto y sus periodos	Tipos de parto Diferencias entre parto verdadero y falso parto	Audiovisual Lluvia de ideas Demostración
5	Puerperio y recién nacido	Enseñar a gestante y la familia a reconocer los signos y síntomas de alarma y sobre los cuidados de la madre durante este periodo Capacitar a la madre y la pareja para una lactancia materna exclusiva y exitosa. Planificación familiar	Cuidados en el puerperio. Signos de alarma durante el puerperio. Lactancia materna exclusiva. El calostro. Planificación familiar. Inicio de método anticonceptivo	Audiovisual Lluvia de ideas Demostración
6	Reconocimiento de los ambientes	Familiarizar a la gestante con los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud, según corresponda. Evaluar el proceso de aprendizaje de las sesiones. Clausura del programa.	Reconocimiento de ambientes a través de un video.	Audiovisual Lluvia de ideas Demostración Elementos de fijación.

Fuente: elaboración propia.

ANEXO 6: EVIDENCIA FOTOGRÁFICA



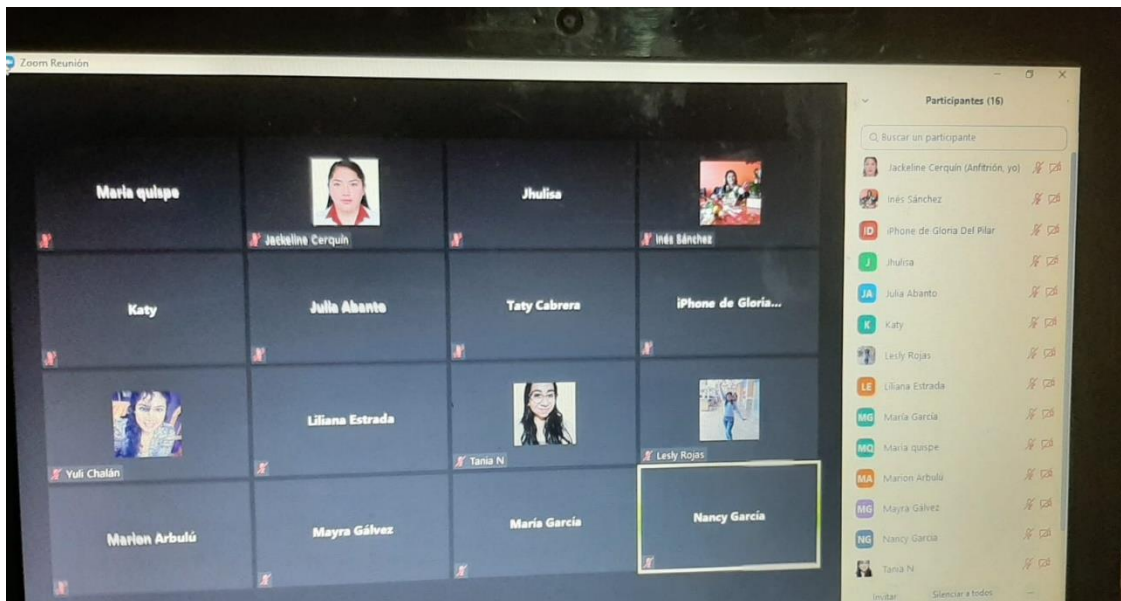
Aplicación del pre test a gestantes del Centro de Salud Magna Vallejo marzo-abril 2021



Primera sesión de psicoprofilaxis obstétrica 21 de abril del 2021



Desarrollo de sesiones virtuales de psicoprofilaxis obstétrica abril-mayo 2021



Sexta sesión de psicoprofilaxis obstétrica 26 de mayo del 2021