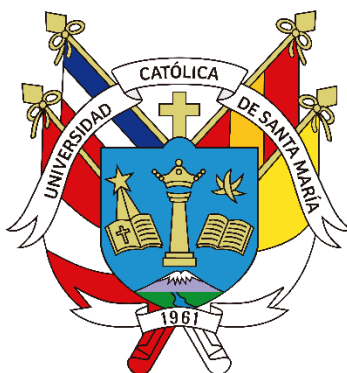


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de la ansiedad en la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola - Arequipa, Agosto - Octubre 2025

Tesis presentada por las Bachilleres:

Anchapuri Arizapana, Briceida Diana

ORCID: 0009-0008-5101-533X

Condori Chávez, Heydi Melissa

ORCID: 0009-0002-9272-1835

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

Asesora:

Dra. Flores Pari, Lizbeth Yannine

ORCID: 0000-0002-8736-2500

Arequipa - Perú

2026

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 13 de Diciembre del 2025

Dictamen: 016487-C-EPOYP-2025

Visto el borrador del expediente 016487, presentado por:

2020894352 - ANCHAPURI ARIZAPANA BRICEIDA DIANA

2020894862 - CONDORI CHÁVEZ HEYDI MELISSA

Titulado:

**EFFECTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL NIVEL DE LA ANSIEDAD EN LA FASE
LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DIAZ - ZAMÁCOLA - AREQUIPA, AGOSTO - OCTUBRE 2025**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

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

LICENCIADA EN OBSTETRICIA

**29528535 - ARENCIO HEREDIA MARCELINA LOURDES
DICTAMINADOR**



**29541138 - RODRIGUEZ MEZA GIOVANNA ROCIO
DICTAMINADOR**



**29630138 - MEZA FLORES FABIOLA CARMEN
DICTAMINADOR**



EFFECTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA EN EL NIVEL DE LA ANSIEDAD EN LA FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ - ZAMÁCOLA - AREQUIPA, AGOST

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María	6%
	Trabajo del estudiante	
2	tesis.ucsm.edu.pe	2%
	Fuente de Internet	
3	repositorio.ujcm.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	
4	hdl.handle.net	1%
	Fuente de Internet	
5	alicia.concytec.gob.pe	1%
	Fuente de Internet	
6	1library.co	1%
	Fuente de Internet	
7	repositorio.uwiener.edu.pe	1%
	Fuente de Internet	

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado

DEDICATORIA

A Dios, por iluminar mi camino, por nunca dejarme sola y por guiarme con sabiduría y fortaleza para alcanzar la meta que tanto anhelé.

A mi madre Juliana, por apoyarme siempre, por ser la persona más importante y la fuente de mi mayor felicidad; ejemplo de esfuerzo y amor incondicional en cada paso de mi vida.

A mi tía Juana, por su constante apoyo, comprensión y por acompañarme con cariño durante mi etapa universitaria.

A mi hermana Alondra, por su ternura y la felicidad que siempre me transmite.

A Henry, por su amor y cariño, por acompañarme en este camino y brindarme alegría y motivación para seguir adelante.

Briceida Diana Anchapuri Arizapana

A Dios, por haberme concedido la salud y la perseverancia necesaria para alcanzar esta meta tan importante en mi vida.

A mis padres Silveria y José, por ser mi mayor inspiración; gracias por su amor incondicional, por cada palabra de aliento y por estar siempre presentes, acompañándome con firmeza y cariño en cada paso de este camino.

A mi tío David, por su constante apoyo y por estar siempre pendiente de que pudiera alcanzar esta meta.

A mis hermanos Beder, Jonathan y Estiven, por su compañía y brindarme su apoyo emocional.

Su cariño y confianza han sido una motivación constante a lo largo de este recorrido.

Heydi Melissa Condori Chávez

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por guiarnos en cada momento, darnos la fuerza necesaria para superar los desafíos y el valor para continuar con fé y esperanza.

A nuestros padres y familia, por su amor incondicional, comprensión y apoyo constante en cada paso de este camino.

A nuestra asesora Dra. Lizbeth por su tiempo, paciencia y valiosas enseñanzas que contribuyeron significativamente al desarrollo de esta tesis.

A nuestras dictaminadoras Mgter. Giovanna R., Mgter. Lourdes A. y Mgter. Fabiola M., por su orientación, enseñanza y respaldo, brindados con una alta excelencia profesional

Al Centro de Salud, por abrirnos sus puertas y permitirnos llevar a cabo nuestro trabajo de investigación, brindándonos el espacio y la colaboración necesaria.

A la Universidad Católica de Santa María, por ofrecernos la oportunidad de formarnos profesional y personalmente, y por ser parte fundamental de esta etapa tan importante de nuestras vidas.

Briceida Diana Anchapuri Arizapana y Heydi Melissa Condori Chávez

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica en el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto - Octubre 2025.

MATERIALES Y MÉTODOS: La presente investigación fue de tipo comparativo, explicativo y de corte transversal. Se encuestó un total de 102 gestantes en un periodo de tres meses en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz, ubicado en la ciudad de Arequipa, durante el año 2025. Se utilizaron dos encuestas: la primera, para la recolección de datos sociodemográficos; y la segunda, para evaluar el nivel de ansiedad según William Zung en las gestantes que se encontraban en la fase latente del trabajo de parto. Los datos obtenidos se procesaron en el programa estadístico SPSS, versión 27. Los resultados se presentaron en tablas de frecuencia y, para el contraste de la hipótesis, se aplicó la prueba chi cuadrado.

RESULTADOS: Se evaluó a 102 gestantes durante la fase latente del trabajo de parto. El nivel de ansiedad mostró diferencias significativas según la realización y el número de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica ($p < 0.05$). Las gestantes que no realizaron psicoprofilaxis obstétrica presentaron mayores niveles de ansiedad, con predominio de ansiedad leve a moderada con el 82.6% y presencia de ansiedad grave con el 4.3%. Entre quienes asistieron a una y dos sesiones, predominó exclusivamente la ansiedad leve a moderada al 100%. En la tercera sesión, se observaron los tres niveles de ansiedad, en la cuarta hasta la sexta sesión, la ansiedad disminuyó progresivamente, predominando los niveles leves y reduciéndose la ansiedad moderada y grave.

CONCLUSIONES: La psicoprofilaxis obstétrica demostró un efecto significativo durante la fase latente del trabajo de parto. Aunque se identificaron niveles leves, moderados y graves de ansiedad, los niveles más elevados se presentaron con mayor frecuencia en las gestantes que no recibieron psicoprofilaxis obstétrica o que participaron en un número reducido de sesiones, especialmente durante la tercera sesión. En la cuarta a la sexta sesión la ansiedad fue disminuyendo de manera constante, evidenciando que la continuidad en la participación del programa contribuye a un mejor control emocional de las gestantes.

PALABRAS CLAVES: Psicoprofilaxis obstétrica, ansiedad, trabajo de parto.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the effect of obstetric psychoprophylaxis on the level of anxiety during the latent phase of labor in pregnant women attended at the Maritza Campos Diaz Health Center – Zamácola – Arequipa, August - October 2025.

MATERIALS AND METHODS: This research was comparative, explanatory, and cross-sectional. A total of 102 pregnant women were surveyed over a three-month period at the Maritza Campos Diaz Health Center, located in the city of Arequipa, during the year 2025. Two surveys were used: the first to collect sociodemographic data; and the second to assess the Zung anxiety level in pregnant women in the latent phase of labor. The data obtained were processed using SPSS statistical software, version 27. The results are presented in frequency tables, and the chi-square test was applied to test the hypothesis.

RESULTS: A total of 102 pregnant women were evaluated during the latent phase of labor. Anxiety levels showed significant differences depending on whether obstetric psychoprophylaxis sessions were performed and the number of sessions attended ($p < 0.05$). Pregnant women who did not undergo psychoprophylaxis had higher levels of anxiety, with a predominance of mild to moderate anxiety 82.6% and severe anxiety 4.3%. Among those who attended one or two sessions, mild to moderate anxiety predominated exclusively 100%. In the third session, all three levels of anxiety were observed, including 8.3% severe anxiety. From the fourth to the sixth session, anxiety decreased progressively, with mild levels predominating and moderate and severe anxiety decreasing.

CONCLUSIONS: Obstetric psychoprophylaxis demonstrated a significant effect during the latent phase of labor. Although mild, moderate, and severe levels of anxiety were identified, the highest levels were more frequently observed in pregnant women who did not receive obstetric psychoprophylaxis or who participated in a limited number of sessions, especially during the third session. From the fourth to the sixth session, anxiety steadily decreased, demonstrating that continued participation in the program contributes to better emotional control among pregnant women.

KEY WORDS: Obstetric psychoprophylaxis, anxiety, labor.

ÍNDICE

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCIÓN..... 1

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO..... 3

1.	PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	4
1.1.	Enunciado.....	4
1.2.	Descripción del problema.....	4
1.2.1.	Área del conocimiento:.....	4
1.2.2.	Análisis y operacionalización de variables.....	4
1.2.3.	Interrogantes básicas.....	5
1.2.4.	Tipo de investigación.....	6
1.2.5.	Nivel de investigación.....	6
1.3.	Justificación.....	6
2.	OBJETIVOS.....	7
3.	MARCO TEÓRICO.....	8
3.1.	Marco conceptual.....	8
3.1.1.	Psicoprofilaxis Obstétrica.....	8
3.1.2.	Ansiedad.....	16
3.1.3.	Trabajo de Parto.....	21
3.2.	Análisis de Antecedentes investigativos.....	28
3.2.1.	Antecedentes Internacionales.....	28
3.2.2.	Antecedentes Nacionales.....	31
3.2.3.	Antecedentes Locales.....	34

4. HIPÓTESIS..... 36

CAPÍTULO II PLANTEAMIENTO OPERACIONAL..... 37

1.	TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	38
1.1.	Técnica.....	38
1.2.	Instrumento.....	38
1.3.	Materiales de verificación.....	39
2.	CAMPOS DE VERIFICACIÓN.....	39

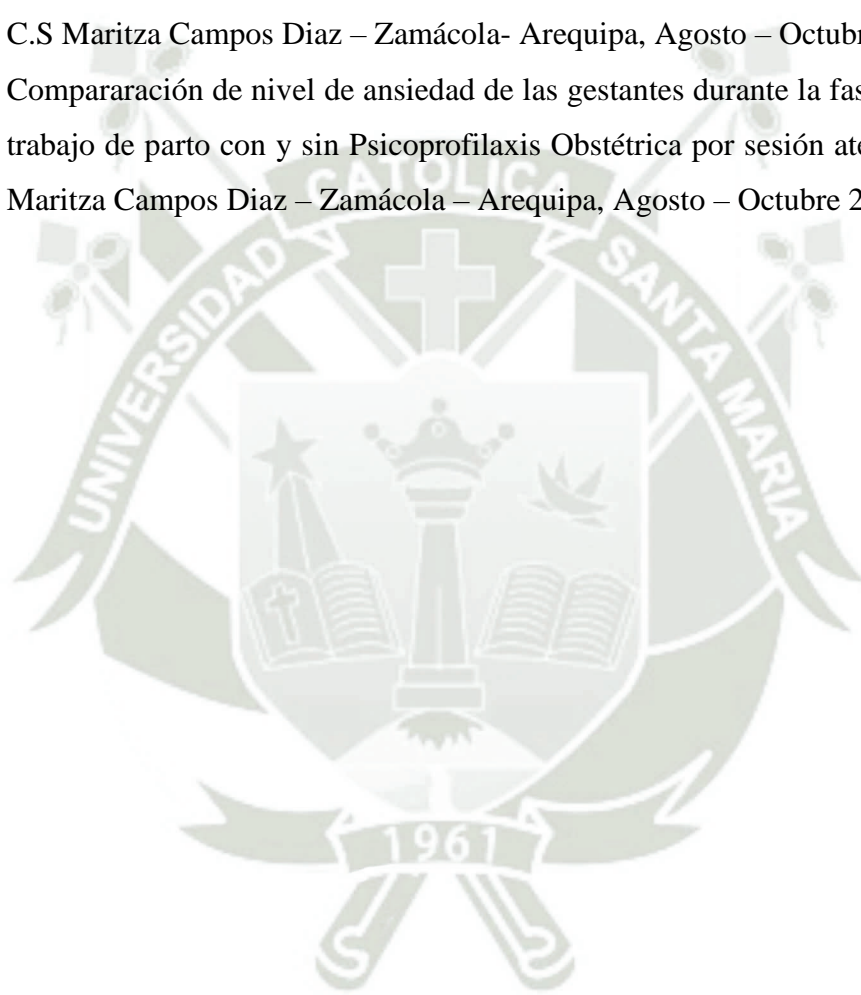
2.1. Ubicación Espacial.....	39
2.2. Ubicación Temporal.....	39
2.3. Unidades de Estudio	39
2.3.1. Población de Estudio	39
2.3.1.1. Criterios de inclusión.....	40
2.3.1.2. Criterio de exclusión.....	40
2.3.2. Muestra.....	40
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	40
3.1. Organización	40
3.2. Recursos	40
3.2.1. Recursos Humanos	40
3.2.2. Recursos físicos	41
3.2.3. Recursos económicos	41
3.3. Validación de Instrumento	41
3.3.1. Instrumento para medir el nivel de ansiedad.....	41
3.3.2. Identificación del número de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y factores sociodemográficos	42
4. ESTRATEGIA PARA LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS	42
4.1. Planes de operación.....	42
4.1.1. Plan de procesamiento	42
4.1.2. Plan de análisis estadístico	42
4.1.3. Plan de clasificación	42
4.1.4. Plan de recuento	42
4.1.5. Plan de graficación	42
CAPÍTULO III RESULTADOS	43
DISCUSIÓN.....	56
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Análisis y Operacionalización de Variables.....	4
Tabla 2	Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica.....	12
Tabla 3	Instrumentos de las variables.....	38
Tabla 4	Edad de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	44
Tabla 5	Ocupación de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	45
Tabla 6	Grado de instrucción de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	46
Tabla 7	Estado civil de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	47
Tabla 8	Número de hijos de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	48
Tabla 9	Experiencias emocionales del parto anterior de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	49
Tabla 10	Nivel de ansiedad en la fase latente del trabajo de parto que no realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica en pacientes en el C.S de Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	50
Tabla 11	Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica según el número de sesiones sobre el nivel de ansiedad durante la Fase Latente del Trabajo de Parto en Gestantes atendidas en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola- Arequipa, Agosto – Octubre 2025	51
Tabla 12	Comparación de nivel de ansiedad de las gestantes durante la fase latente del Trabajo de Parto con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica por sesión atendidas en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	53
Tabla 13	Nivel de ansiedad de las gestantes durante la fase latente del trabajo de parto con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica atendidas en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025	55

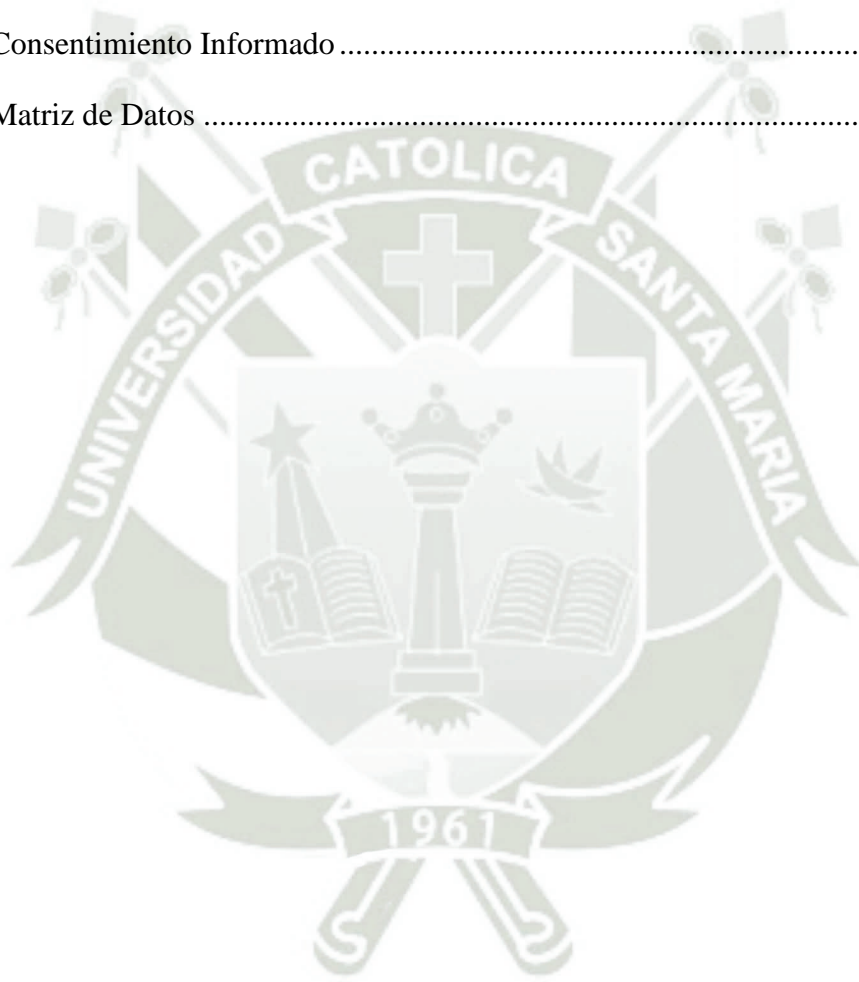
ÍNDICE DE FIGURAS

- Figura 1 Nivel de ansiedad en la fase latente del trabajo de parto que no realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica en pacientes en el C.S de Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto - Octubre 2025 50
- Figura 2 Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica según el número de sesiones sobre el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola- Arequipa, Agosto – Octubre 2025 52
- Figura 3 Comparación de nivel de ansiedad de las gestantes durante la fase latente del trabajo de parto con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica por sesión atendidas en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025 54



ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Ubicación del C.S Maritza Campos Diaz	68
Anexo 2 Autorización	69
Anexo 3 Escala de Zung para Ansiedad.....	70
Anexo 4 Instrumento de Recolección de Datos	71
Anexo 5 Consentimiento Informado	73
Anexo 6 Matriz de Datos	74



INTRODUCCIÓN

La transición a la maternidad conlleva grandes cambios a nivel emocional, social y fisiológico, por lo que constituye un período de mayor riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en la gestante. Se han encontrado investigaciones relacionadas con el efecto que la presencia de estos estados emocionales negativos puede tener sobre la evolución del embarazo y el desarrollo del feto. El miedo a lo desconocido genera tensión y aumenta la ansiedad. Sin embargo, si la gestante logra relajarse física y emocionalmente durante las pausas entre cada contracción, mantiene una respiración con espiración prolongada, recibe masajes que le ayuden a liberar la tensión muscular y se siente protegida para enfrentar sus temores, podrá mantenerse tranquila. En ese estado, los estímulos que perciban no serán de alerta, sino de calma, lo que permitirá normalizar sus reacciones psicológicas y favorecer la producción de endorfinas. Sin embargo, si la mujer se enfrenta al dolor del parto con miedo y niveles de ansiedad elevados, estos alterarán los mecanismos fisiológicos, favoreciendo la tensión muscular que dificultará la dilatación (1).

Las gestantes que realizaron el curso de psicoprofilaxis prenatal participan en forma activa durante el trabajo de parto, controlan el temor y dolor, y aplican técnicas no farmacológicas, logrando con ello en disminuir el nivel de ansiedad y adquirir conocimientos acerca del proceso del parto, lo que rompe con la cadena de temor – tensión – dolor. El propósito principal de la psicoprofilaxis es complementar la educación y, a su vez, motivar a las gestantes a perder la actitud pasiva (2).

La literatura explica que el trabajo de parto es un conjunto de fenómenos fisiológicos cuyo objetivo es la salida del feto viable a través de los genitales maternos. Este proceso se divide en tres periodos; borramiento y dilatación, expulsión del feto y alumbramiento. El manejo de la ansiedad durante el trabajo de parto no es solo una realidad física, sino que también está relacionada con los pensamientos y actitudes individuales, siendo este un acontecimiento fisiológico normal en que la madre experimenta sentimientos negativos como dolor, tristeza y ansiedad. Se puede asociar como una mala experiencia del trabajo de parto (3).

En la presente investigación se plantea determinar la efectividad de la Psicoprofilaxis Obstétrica en la reducción de la ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz. Para alcanzar este objetivo se busca identificar el nivel de ansiedad que presentan las gestantes durante la fase latente en dicho centro de salud, proporcionando la línea de base para comprender la magnitud del problema.

El presente trabajo de investigación se estructura en tres capítulos; el capítulo I, denominado Planteamiento teórico, comprende la formulación del problema de investigación, los objetivos, el desarrollo del marco teórico y la hipótesis; capítulo II, denominado Planteamiento operacional describe las técnicas, instrumentos y materiales de verificación utilizados, el campo de verificación, así como las estrategia de recolección de datos y estrategias para manejar los resultados; finalmente, el capítulo III - Resultados.





CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de la ansiedad en la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola - Arequipa Agosto – Octubre 2025.

1.2. Descripción del problema

1.2.1. Área del conocimiento:

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

1.2.2. Análisis y operacionalización de variables

Tabla 1
Análisis y Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	VALORES
Variable Independiente Psicoprofilaxis obstétrica	Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica	<ul style="list-style-type: none"> • No hizo • 1 sesión • 2 sesiones • 3 sesiones • 4 sesiones • 5 sesiones • 6 sesiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Variable Dependiente Ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto.	Nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Leve • Moderado • Grave 	<ul style="list-style-type: none"> • <36 puntos • 36-47 puntos • 48-59 puntos • ≥ 60 puntos

VARIABLES INTERVINIENTES Factores sociodemográficos	Características Sociodemográficos	Grupo etario	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescente (10 – 19 años) • Joven (20 – 29 años) • Adulto (30 – 42 años)
		Grado de instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Superior
		Estado civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera • Casada • Conviviente
		Ocupación	<ul style="list-style-type: none"> • Estudiante • Ama de casa • Trabajadora
	Factores obstétricos	Paridad	<ul style="list-style-type: none"> • Nulípara • Primípara • Multípara
		Experiencias emocionales del parto anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Buena • Mala • Ninguna

Fuente. Elaboración propia

1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Cuál es el nivel de ansiedad en las gestantes que no realizaron psicoprofilaxis obstétrica durante la fase latente del trabajo de parto atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola - Arequipa, Agosto - Octubre 2025?

- ¿Cuál es el efecto de 1,2,3,4,5 y 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica sobre el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola - Arequipa, Agosto - Octubre 2025?
- ¿Cuál es la diferencia del nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto entre gestantes atendidas que realizaron y no realizaron psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola - Arequipa, Agosto - Octubre 2025?

1.2.4. Tipo de investigación

Comparativo - observacional

1.2.5. Nivel de investigación

Explicativo.

1.3. Justificación

- **Relevancia Científica:** En diversos estudios han documentado de manera específica que la ansiedad materna se presenta durante el embarazo, el desarrollo y crecimiento del bebe. El ilustre profesor Dr. Roberto Cadeyro, indicó las ventajas de la psicoprofilaxis obstétrica en el binomio, así como para el equipo de salud, ayudando a reducir complicaciones, acortar la duración del trabajo de parto y facilitar el manejo del dolor y el estrés. La Sociedad Peruana de Psicoprofilaxis Obstétrica (ASPPPO) realiza un trabajo de difusión y promoción para mejorar la atención y garantizar una adecuada preparación para el parto. En la fase latente se puede presentar niveles de ansiedad que influyen en la percepción del dolor (4).
- **Relevancia Social:** La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su declaración de fortaleza, dictó las principales recomendaciones sobre cómo debía ser la atención a la maternidad en todo el mundo. Esta atención debía centrarse en los factores sociales, emocionales y psicológicos, los cuales son fundamentales y complementan una atención prenatal de calidad (5).
- **Relevancia Académica:** El presente trabajo posee una relevancia académica, al obtener una mejor comprensión de la ansiedad durante la fase

latente del trabajo de parto y su impacto en la salud materna y neonatal. Asimismo, posibilita evaluar la efectividad de la psicoprofilaxis obstétrica en la reducción de la ansiedad y así disminuir los riesgos obstétricos. El conocimiento profundo de la ansiedad durante la fase latente en el trabajo de parto fortalecerá a los futuros profesionales de la salud para brindar una atención más integral, empática y efectiva. Les permitirá comprender mejor las necesidades emocionales de las gestantes, comunicarse de manera más asertiva, implementar estrategias de manejo adecuado y contribuir a la mejora continua de la atención obstétrica.

- **Factibilidad:** El estudio es factible dado que es autofinanciado y diseñado para una población accesible de gestantes a través de encuestas para determinar de esta manera cuales son los niveles de ansiedad que presentan durante la fase latente en el trabajo de parto.
- **Interés Personal:** El interés por realizar este estudio surge a partir de la observación realizada en el centro de salud con alta afluencia de partos. Lo que nos motiva a evaluar la eficacia de la psicoprofilaxis obstétrica en los niveles de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto en gestantes que realizaron y no realizaron psicoprofilaxis obstétrica.

El motivo de nuestra investigación no solo es satisfacer nuestra curiosidad personal, sino que también se logre informar y fortalecer las prácticas de atención obstétrica. Como personal de salud debemos motivar a la gestante en su control prenatal en la importancia de acudir a sus seis sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, mejorando así la calidad de vida y la experiencia de su parto eutócico en gestantes de nuestra comunidad.

2. OBJETIVOS

- Determinar el nivel de ansiedad en las gestantes que no realizaron psicoprofilaxis obstétrica durante la fase latente del trabajo de parto atendidas en el Centro de Salud de Maritza Campos Diaz – Zamácola - Arequipa, Agosto - Octubre 2025.
- Determinar el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica de 1,2,3,4,5 y 6 sesiones sobre el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas

en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola - Arequipa, Agosto - Octubre 2025.

- Comparar el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto entre gestantes atendidas que realizaron y no realizaron psicoprofilaxis obstétrica en el Centro de Salud de Maritza Campos Diaz – Zamácola - Arequipa, Agosto - Octubre 2025.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Marco conceptual

3.1.1. Psicoprofilaxis Obstétrica

Es el proceso educativo que busca la preparación integral de la gestante, promoviendo hábitos saludables y una actitud positiva durante el embarazo, parto y el puerperio, con la finalidad de lograr una experiencia segura para la madre, el recién nacido y su familia. Esta preparación reduce complicaciones prenatales y postnatales al fortalecer el bienestar físico y emocional de la gestante, y disminuye riesgos perinatales al favorecer un parto más eficiente y una adecuada oxigenación materno-fetal (6).

3.1.1.1. Fundamento de la Psicoprofilaxis Obstétrica

Durante la gestación, la gestante atraviesa cambios anatómicos y fisiológicos naturales; sin embargo, un adecuado entrenamiento psicofísico le permite colaborar mejor durante el trabajo de parto, administrar su energía de forma eficiente y recuperarse con mayor facilidad, esto favorece su bienestar inmediato y facilita en la atención del recién nacido, especialmente en la primera lactancia materna (7).

3.1.1.2. Bases Doctrinales de Psicoprofilaxis Obstétrica

- **Escuela Inglesa:** Esta planteada por el Tocólogo Dr. Grantly Dick Read publicada en 1932, explica que el parto natural es un fenómeno fisiológico, el dolor surge principalmente del miedo, que va generando tensión muscular. Se propone el triángulo miedo-tensión-dolor, es un método basado en información, técnicas de respiración y fortalecimiento de la confianza en el

equipo de salud, no prioriza los ejercicios gimnásticos y advierte en contra del entrenamiento muscular (8).

- **Escuela Rusa:** Fue desarrollada por los Drs. Velvoski, Platinov y Nikolaiev, quienes, basándose en sugestión hipnótica (hipnosugestión) y en la teoría del condicionamiento de Pavlov, plantearon que el dolor del parto es una respuesta influida por factores sociales y culturales, su propuesta buscó eliminar ese condicionamiento mediante un lenguaje neutro, técnicas de relajación, ideas positivas sobre la maternidad e información obstétrica. Además, promovieron la participación activa de la gestante mediante ejercicios respiratorios y musculares. Su método, simple y accesible, se difundió ampliamente en Rusia, Europa oriental y China (8).
- **Escuela Francesa:** Es impulsada por el Dr. Lamaze, publicada en 1940, promovió un modelo más técnico de preparación para el parto, resaltando un ambiente adecuado, el acompañamiento de la pareja y la participación activa de la pareja. Aportes que luego fueron reforzados por Leboyer con prácticas de nacimiento respetado, se considera el precursor del parto en agua (8).
- **Escuela Ecléctica:** Está representada por los Dres. Leboyer, Gavensky y otros, la escuela favorece el momento adecuado para el encuentro de padre-madre-hijo, se representa como el “parto sin dolor, parto sin violencia”. La escuela ecléctica escoge lo mejor de cada escuela o teoría dirigiendo su atención hacia el recién nacido (6).
- **La Escuela de hipnosis y sugestión vigil:** Desde 1922, las escuelas de Charcot y la escuela de Berheim estudiaron sobre la hipnosis clínica. Luego, se observó que la preparación educativa prenatal facilitaba el estado hipnótico y la autosugestión; sin embargo, estas técnicas tenían limitaciones, lo que impulsó la búsqueda de nuevos métodos para aliviar el dolor durante el parto (9).

3.1.1.3. Beneficios de la Psicoprofilaxis Obstétrica

- Disminución del nivel de ansiedad materna, que permite adquirir una actitud positiva.

- Respuesta apropiada ante las contracciones uterinas, aplicando correctamente técnicas de relajación, respiración y masajes.
- Mayor probabilidad de acudir al establecimiento de salud en fase activa de trabajo de parto, evitando innecesarias y repetidas evaluaciones previas.
- Reducción del tiempo del periodo de dilatación.
- Menor duración del periodo expulsivo.
- Esfuerzo materno más eficiente, manteniendo la concentración.
- Disminución del uso de medicamentos en general.
- Menor probabilidad de presentar complicaciones obstétricas durante el trabajo de parto.
- Reducción de la frecuencia de cesáreas y partos instrumentados.
- Recuperación más rápida y cómoda.
- Favorece una lactancia materna exitosa.
- Menor prevalencia de depresión post parto (6).

3.1.1.4. Preparación para el parto

- **Preparación física:** Consiste en un entrenamiento adaptado a las condiciones generales y obstétricas de la gestante, orientado a favorecer el bienestar físico y mental mediante técnicas de respiración, relajación, posturas antiálgicas y masajes, entre otras técnicas (2).
- **Preparación psicoafectiva:** Es el apoyo emocional que se brinda a la gestante y su pareja, permitiéndole disfrutar la bienvenida del bebé sin temores o ideas negativas, logrando en ellos tranquilidad, felicidad. Ayuda también en el proceso que rompe con el fenómeno de temor-tensión-dolor (2).
- **Preparación teórica:** Se brinda orientación de manera oportuna a la gestante para que entienda aspectos relacionados con el embarazo y parto, lo cual fortalece su tranquilidad y seguridad, empoderando respecto a los cuidados de su salud y promoviendo una actitud preventiva (2).

3.1.1.5. Técnicas complementarias

3.1.1.5.1. Métodos y técnicas

- a. **Técnicas de respiración:** Es un conjunto de técnicas orientadas a mejorar la respiración mediante el uso coordinado de los músculos respiratorios, especialmente el diafragma; una adecuada oxigenación ayuda a reducir el nerviosismo, la irritabilidad y ansiedad, disminuye la tensión muscular y favorece la comodidad y la relajación, contribuyendo al mejor control de las molestias propias del embarazo y del trabajo de parto (6,10).
- b. **Técnicas de relajación:** Son las diferentes modalidades de lograr un estado de reposo tanto físico como mental en la madre, con la finalidad de hacerle ahorrar energía, lograr alivio de tensiones o molestias y mejorar su capacidad de concentración. Las técnicas de relajación pueden ser de manera profunda o progresiva (técnica de Jacobson y Shultz), utilizadas como técnicas básicas en sofrología, para un mejor autocontrol de las molestias (6).
- c. **Calistenia:** Consiste en la preparación progresiva de los músculos mediante movimientos suaves y rítmicos, con el fin de prevenir lesiones articulares y favorecer mayor elasticidad, flexibilidad y comodidad durante el trabajo de parto (2,6).
- d. **Visualización:** Es donde se crea mentalmente imágenes construidas en base a la motivación y pensamientos especialmente durante la relajación, para lograr un estado emocional más agradable, placentero y reconfortante (9).

3.1.1.5.2. Métodos alternativos

- a. **Aromaterapia:** Es un método complementario que utiliza fragancias de aceites esenciales para favorecer el bienestar físico, mental y emocional, su aplicación ayuda a restablecer el equilibrio y la armonía en la gestante, lo cual también contribuye al bienestar del bebé (9).
- b. **Esferodinamia:** Es una técnica que se realiza sobre pelotas de distintos tamaños, que facilita movimientos y posturas, orientado para la corrección postural, aumentar la movilidad articular, fortalecer la coordinación y el equilibrio, además de que contribuye a la preparación física de la madre durante el periodo prenatal y posnatal (2,6).

- c. **Cromoterapia:** Es una técnica tradicional empleada en diversas culturas que utiliza la acción terapéutica del color mediante la aplicación de longitudes de onda del espectro visible y cercano al infrarrojo, estas radiaciones no ionizantes buscan equilibrar desajustes energéticos y favorecer el bienestar integral (6,10).
- d. **Masoterapia:** Es la manipulación manual de los tejidos blandos, es un efecto mecánico sobre la piel que va generando relajación y bienestar emocional, contribuye a mejorar el descanso, estabilizar el estado emocional y reducir la fatiga física y mental en la gestante (6,10).
- e. **Matronatación prenatal:** Es una técnica que aprovecha las propiedades físicas del agua para disminuir la carga gravitacional, facilitar el movimiento y reducir el esfuerzo físico. El hidromasaje uniforme contribuye a disminuir la inquietud y a generar bienestar integral en la gestante; su indicación debe realizarse con criterio clínico, considerando las contraindicaciones relativas y absolutas (10).
- f. **Musicoterapia:** Es el uso de la música o de elementos musicales como; el sonido, ritmo, melodía y armonía, con la finalidad de lograr en facilitar y promover la comunicación, aprendizaje y la expresión con el objeto de atender necesidades físicas, emocionales, sociales y cognitivas en la gestante o púérpera y su pareja durante su preparación (6,9).

3.1.1.6. Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica

Tabla 2
Sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica

SESIÓN EDUCATIVA	ACTIVIDADES	EJERCICIOS	TÉCNICAS Y MÉTODOS
Primera sesión Se enseña a reconocer la anatomía y fisiología del aparato reproductor y los cambios que va tener durante	<ul style="list-style-type: none"> Breve introducción del programa de la Psicoprofilaxis. Anatomía y fisiología del aparato 	Gimnasia obstétrica: <ul style="list-style-type: none"> Calentamiento. Ejercicios para mejorar la elasticidad corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> Fondo musical de la zona. Expositiva Participativa Dinámica

<p>el embarazo. También se enseña en reconocer los signos y síntomas de alarma durante el embarazo (6). TIEMPO: 1 hora</p>	<p>reproductor femenino y masculino.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menstruación. • Ovulación. • Fecundación 	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptación de posturas correctas durante la gestación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas • Audiovisual • Exposición dialogada
<p>Segunda sesión Se destaca la importancia de la atención prenatal y autocuidado para lograr en obtener una maternidad saludable y segura con una participación activa de la familia y comunidad. Educar a la gestante con el conocimiento de signos y síntomas de alarma, también identificar y aclarar los mitos, creencias y costumbres relacionados al embarazo, parto, puerperio y al niño por nacer (6). TIEMPO: 1 hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo Fetal • Cambios anatómicos y funcionales en el embarazo. • Cuidados del embarazo. 	<p>Gimnasia obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de calentamiento. • Ejercicios de fortalecimiento de la columna vertebral. • Ejercicio de fortalecimiento de suelo pélvico. • Posiciones de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lluvia de ideas • Audiovisual • Exposición dialogada • Participativa • Dinámica
<p>Tercera sesión Se reconocen las causas fisiológicas y psicológicas del dolor en el parto. También considerar los signos de alarma y señales del inicio de labor de parto. Informar sobre la importancia del contacto precoz piel a piel de la madre-recién nacido, el rol de la pareja y la familia. Enseñarla</p>	<p>Factores del Parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pelvis o canal del parto. • Contracciones uterinas. • Feto o móvil. 	<p>Gimnasia Obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de calentamiento. • Reconocimiento de la contracción uterina y control horario. • Técnicas de respiración en contracción uterina. • Posturas antálgicas. • Masajes integrales y 	<p>Fondo musical de la zona.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expositiva • Participativa • Dinámica • Posiciones útiles durante la primera etapa del parto (fase de dilatación) • Deambulación

<p>las técnicas y estrategias para reducir el dolor en el parto (6).</p> <p>TIEMPO: 1 hora</p>		<p>localizados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclinarsse sobre la cama y/o banco. • Sentarse en una silla, pelota, banco, sillón, etc. • Posición de cuatro puntos de apoyo. • Posición de rodillas. • Posición semi horizontal de costado.
<p>Cuarta sesión</p> <p>Es importante enseñar a la gestante sobre el parto y sus periodos, también brindarle información de los tipos y posturas del parto con adecuación, intercultural y atención humanizada, proyectar a las gestantes para el parto y sus periodos mediante técnicas que ayuden a reducir el estrés y la ansiedad (6).</p> <p>TIEMPO: 1 hora</p>	<p>Primer periodo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dilatación. <p>Segundo Periodo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Expulsivo. <p>Tercer Periodo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alumbramiento. 	<p>Gimnasia obstétrica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de calentamiento. • Posturas para el parto. • Técnicas de respiración y relajación. • Posturas para el periodo expulsivo • Posiciones de relajación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo musical de la zona • Expositiva • Participativa • Dinámica • Lluvia de ideas • Audiovisual • Exposición dialogada
<p>Quinta sesión</p> <p>Se brinda orientación a la gestante, pareja y familia sobre signos de alarma en el puerperio y el recién nacido,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puerperio. • Autocuidado en el Puerperio. • Signos de Alarma. • Alimentación. 	<p>Gimnasia obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de calentamiento. • Ejercicios de control neuromuscular: 	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo musical de la zona. • Participativa. • Dinámica • Lluvia de

<p>cuidados posparto, apoyo emocional a la puérpera, lactancia materna, salud sexual y reproductiva, y planificación familiar (6).</p> <p>TIEMPO: 1 hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lactancia Materna. • Planificación Familiar 	<p>miembros superiores, pectorales, circulatorios, perineales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnica y postura de amamantamiento. • Respiración sostenida. • Relajación progresiva profunda. <p>Rutina de gimnasia postparto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estiramiento: a nivel del tronco. • Ejercicios postparto: periné, pectorales, abdominales. 	<p>ideas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audiovisual. • Exposición dialogada. • Musicoterapia • Cromoterapia • Aromaterapia.
<p>Sexta sesión</p> <p>Se le debe aclimatar a la gestante con los ambientes y el personal que labora en el establecimiento de salud. Valorar el proceso de aprendizaje de las sesiones. Indicar que debe de preparar el maletín básico para que esté preparada para el momento del parto. Se finaliza la clausura del programa (6).</p> <p>TIEMPO: 30 minutos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Visita a los ambientes. • Contenido del maletín de parto. 	<p>Gimnasia obstétrica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita guiada. • Retroalimentación y satisfacción del usuario. • Repaso de las rutinas anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fondo musical de la zona • Expositiva • Participativa • Dinámica • Reconocimiento de ambientes

Fuente. Elaboración propia

3.1.1.7. Gestante preparada y no preparada

- a. **Gestante preparada:** Se denomina a la gestante que concluyó sus 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétricas, como: haber recibido educación sobre el proceso del embarazo, etapas de trabajo de parto, el manejo del dolor, las sesiones educativas para prepararla física, psicológica y emocionalmente para el trabajo de parto, tener mayor confianza y menor ansiedad (6).
- b. **Gestante no preparada:** Se denomina a la gestante que no concluyó sus 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, como: no haber recibido educación formal, haber tenido menor información y menos conocimiento sobre el trabajo de parto y habilidades para manejar el dolor. Tiene más probabilidad de experimentar niveles de ansiedad (6).

3.1.2. Ansiedad

Es un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma. El sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno.

Etimológicamente no existe ninguna causa exacta de los trastornos de ansiedad, pero existe una interacción entre diversos factores biológicos, sociales, psicodinámicos, traumáticos y de aprendizaje (11).

En el ámbito clínico se pone en curso una sobre activación del sistema nervioso que pueda provenir de problemas endógenos o exógenos momentáneos, como resultado de esto se da una activación del sistema simpático y endocrino al secretar hormonas provenientes de las glándulas suprarrenales (11).

Así, la combinación de la activación del sistema simpático con la segregación de adrenalina genera los signos de ansiedad (11).

Entre sus características de ansiedad tenemos:

- a. **Cognitivos:** Anticipaciones de peligro, riesgo, pensamientos negativos, imágenes indeseables, etc.
- b. **Fisiológicos:** Activación de mecanismos nerviosos, que implica cambios cardiorrespiratorios.

- c. **Motores:** Incremento de la actividad motora, actitud defensiva, búsqueda de seguridad, etc. (12).

3.1.2.1. Epidemiología

Se estima que en las américas 264 millones de personas han sufrido ansiedad alguna vez en la vida. En Perú, los trastornos de salud mental afectan a 13.5% de la población general y 7.7% de las mujeres tienen o han sufrido episodios de ansiedad (13).

En el mundo de acuerdo a la Organización mundial de la salud, el 10% de mujeres gestantes y el 13% de mujeres que han tenido un parto experimentan algún trastorno mental, principalmente depresión y ansiedad. En los países en vías de desarrollo las cifras son mayores, llegando a 15.6% durante el embarazo y 19.8% postparto (14).

3.1.2.2. Categorías de la ansiedad:

Para Stein y Hollander (2010), los factores predisponentes pueden organizarse en diversos grupos.

- a. **Genética:** Los antecedentes familiares del trastorno pueden influir en la aparición de síntomas de ansiedad cuando la persona se enfrenta a determinadas situaciones o contextos. En este sentido, se considera relevante la presencia de una vulnerabilidad genética que puede predisponer al desarrollo del trastorno, la cual no actúa de manera aislada sino en interacción con factores ambientales, psicológicos y sociales (15).
- b. **Enfermedades somáticas:** Los trastornos de ansiedad pueden presentarse de manera simultánea con diversas afecciones físicas. No obstante, resulta fundamental evaluar si existe un origen fisiológico subyacente relacionado con la ansiedad, ya que el abordaje adecuado de la condición somática puede contribuir a la disminución o resolución de los síntomas ansiosos (15).
- c. **Trauma psicológico:** El trauma representa un elemento que incrementa la predisposición personal a la ansiedad, sobre todo cuando se origina en etapas tempranas de la vida. Estas experiencias pueden reactivarse ante la exposición a situaciones que implican amenaza o peligro, así como frente

contextos que presentan similitudes con aquellos vividos durante el evento traumático (15).

- d. **Ausencia de mecanismos de afrontamiento:** La carencia de estrategias adecuadas para afrontar situaciones estresantes constituye un factor que favorece la aparición de trastornos de ansiedad, especialmente cuando se acompaña de una percepción negativa o distorsionada de las propias capacidades de manejar las dificultades
- ✓ Como consecuencia, la persona puede experimentar una mayor sensación de vulnerabilidad, lo que limita su capacidad para enfrentar eventos de la vida diaria y se manifiesta en dificultades cotidianas (15).
- e. **Pensamientos, creencias, supuestos y procesamiento cognitivo distorsionado:** De acuerdo con el modelo cognitivo, determinadas creencias y esquemas mentales influyen en la forma en que las personas interpretan los acontecimientos, predisponiéndolas a responder con ansiedad ante situaciones que perciben como amenazantes. Estas interpretaciones suelen estar condicionadas por experiencias previas y por la presencia de esquemas cognitivos negativos, especialmente cuando existen similitudes con situaciones anteriormente vividas (15).

3.1.2.3. Tipos de ansiedad

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad leve, moderada, grave. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (16).

Según Martínez Y Cerna clasifica la ansiedad en tres niveles:

- a. **Ansiedad leve:** Este nivel de ansiedad también es conocida como ansiedad benigna o de baja intensidad.
- ✓ **Reacción fisiológica:** Puede manifestarse a través de una respiración levemente acelerada, incremento ocasional de la frecuencia cardiaca y una ligera elevación de la tensión arterial, así como síntomas digestivos leves, enrojecimiento facial temblor discreto en los labios (16).

- b. **Ansiedad moderada:** Se caracteriza por una disminución de la capacidad para percibir el entorno de manera amplia, ya que la atención de la persona tiende a centrarse en estímulos específicos, dificultando la observación de lo que ocurre a su alrededor.
- ✓ **Reacción fisiológica:** Puede presentarse respiración acelerada y frecuente, aumento sostenido de la frecuencia cardiaca y de la tensión arterial, sequedad bucal, molestias gastrointestinales como náuseas o alteraciones del tránsito intestinal, temblor corporal, expresión facial de temor, tensión muscular, inquietud, respuestas exageradas de sobresalto, dificultad para relajarse y problemas para conciliar el sueño (16).
- c. **Ansiedad grave:** En este nivel, la presenta una marcada dificultad para comprender lo que sucede en su entorno, incluso cuando recibe orientación externa. Su atención se fija en detalle aislados, pudiendo distorsionar lo que observa; presenta dificultad para aprender, reducción de la visión periférica y problemas para organizar la información de manera lógica.
- ✓ **Reacción fisiológica:** Puede presentar respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo, expresión facial de terror (16).

3.1.2.4. Ansiedad en el embarazo

Es un problema de salud mental complejo y multifactorial, que puede estar relacionado con factores biológicos, psicológicos y sociales. Entre los principales factores de riesgo se incluyen los antecedentes de trastornos mentales, falta de apoyo social, complicaciones médicas en el embarazo y estrés relacionados con la atención prenatal. Asimismo, puede manifestarse a través de diversos síntomas físicos como palpitaciones, tensión muscular, insomnio y dificultad para la concentración (17).

Durante el embarazo tienen efectos a largo y corto plazo tanto a la madre como al bebé. Los mecanismos biológicos subyacentes no se han entendido completamente, pero se ha sugerido una disminución en el flujo sanguíneo al feto y una mayor exposición del feto al cortisol, pueden ser algunos de los

posibles factores intervinientes. El aumento de los niveles maternos de cortisol que se han asociado con la depresión, la ansiedad y el estrés, puede atravesar la placenta y transferirse al entorno fetal y afectar al feto en desarrollo. También se han asociado en la madre una nutrición inadecuada y aumento de peso, un mayor consumo de alcohol, abuso de sustancias y tabaquismo. En el feto se han relacionado con la muerte fetal, el parto prematuro, el bajo peso al nacer, las puntuaciones bajas de Apgar, la circunferencia de la cabeza más pequeñas y las anomalías congénitas más importantes; además, en la infancia se pueden presentar un temperamento más difícil y un mayor riesgo de problemas emocionales especialmente ansiedad y depresión, deterioro del desarrollo cognitivo y síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad y trastorno de conducta durante la infancia. Estos niños tienen un mayor riesgo de impulsividad y trastornos cognitivos a los 14 y 15 años y desarrollar depresión en la adolescencia y la edad adulta, podría dificultar la relación de madre-hijo (18).

En conjunto, las gestantes que presentan ansiedad prenatal tienen una mayor probabilidad de acceder tardíamente a los servicios perinatales, asistir con menor frecuencia a las citas prenatales y no realizarse revisiones constantes. Por ello, es importante centrarse en el periodo prenatal para desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas (18).

3.1.2.5. Escala de Autoevaluación de William Zung (EAA)

La Escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung fue desarrollada por el psiquiatra William W. K. Zung en el año de 1965, con la finalidad de contar con un instrumento que permita identificar y cuantificar el nivel de ansiedad en las personas. Este instrumento facilita la evaluación de la intensidad de la ansiedad a través de la percepción subjetiva del propio individuo (19).

Dicha escala está conformada por 20 ítems, los cuales evalúan diferentes manifestaciones de la ansiedad, incluyendo síntomas emocionales, cognitivos y somáticos, considerados característicos de este trastorno (19).

Calificación del Instrumento:

Se califica sumando las puntuaciones de cada ítem, que van de 1 a 4. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, siendo la denominación (19):

- 1: “Nunca o muy pocas veces”
- 2: “Algunas veces”
- 3: “Frecuentemente”
- 4: “La mayoría del tiempo o siempre”

Dimensiones:

- Afectiva (ítems: 1,2,3,4 y 5)
- Somáticos (ítems: 6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19 y 20)

Nivel de interpretación:

- <36 puntos = no hay ansiedad
- De 36-47 puntos = ansiedad leve
- De 48-59 puntos = ansiedad moderada
- ≥ 60 puntos = ansiedad grave

3.1.3. Trabajo de Parto

Es un proceso fisiológico mediante el cual se produce la expulsión de un feto viable a través del canal del parto. Se desarrolla en tres períodos: el primero comprende la dilatación y el borramiento del cuello uterino; el segundo corresponde a la expulsión del feto; y el tercero consiste en la salida de la placenta y las membranas, denominado período de alumbramiento (20).

Las contracciones uterinas constituyen el principal mecanismo de fuerza durante el trabajo de parto, ya que permiten la dilatación cervical y la expulsión fetal. A su vez, los pujos maternos colaboran en la fase expulsiva. En este proceso se reconocen fenómenos activos, representados por las contracciones y los pujos, y fenómenos pasivos, relacionados con los cambios producidos en el canal del parto y el feto (20).

3.1.3.1. Periodos del Trabajo de Parto

A. Primera Etapa: Dilatación

En esta etapa inicial del trabajo de parto, las contracciones uterinas producen modificaciones progresivas en el cuello uterino, principalmente el borramiento y la dilatación, como consecuencia de la fuerza ejercida por el útero. Conforme el cuello uterino alcanza su maduración, la dilatación avanza de manera gradual, acompañándose de un incremento progresivo en la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas (21).

- **Fase Latente**

Este periodo corresponde al período de preparación del organismo materno para el parto y suele presentarse al final del embarazo. Durante esta etapa, la gestante percibe contracciones uterinas regulares que favorecen la maduración y el borramiento del cuello uterino. Esta fase culmina aproximadamente cuando la dilatación cervical alcanza los 4 centímetros de dilatación (22,23).

a) Fenómenos Activos del Trabajo de Parto

Las contracciones uterinas representan el principal fenómeno activo durante el trabajo de parto, ya que generan la fuerza necesaria para el avance del proceso fisiológica del nacimiento.

- **Métodos de Registro:** En la mayoría de los partos, la valoración de las contracciones uterinas se realiza mediante la palpación abdominal, acompañada del control de la frecuencia cardiaca fetal por auscultación. En determinadas circunstancias, se recurre a la monitorización materno-fetal, lo cual permite obtener un registro conjunto y más preciso tanto de la actividad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal (20).
- **El método la tocografía externa:** Técnica que permite evaluar las variaciones de la tensión del miometrio mediante colocado sobre la pared abdominal y fijado con una banda elástica. Este procedimiento es inocuo, no invasivo y de fácil aplicación, y puede emplearse cuando el cuello uterino permanece cerrado y las membranas ovulares se encuentran íntegras (20).

- **Características de las contracciones uterinas**

- a) **Tono:** Es la presión más baja registrada entre las contracciones.
- b) **Intensidad:** (amplitud) es el aumento de la presión intrauterina causado por cada contracción.
- c) **Frecuencia:** Corresponde a la cantidad de contracciones uterinas que se presentan durante un período de diez minutos. El intervalo se refiere al tiempo que transcurre entre una contracción y la siguiente, el cual disminuye conforme aumenta la frecuencia de las contracciones.
- d) **Actividad uterina:** Se entiende como el resultado de la interacción entre la intensidad y la frecuencia de las contracciones uterinas. Este parámetro se expresa en mmHg por cada diez minutos o mediante las denominadas unidades de Montevideo (20).

- **Parto**

En las últimas semanas de la gestación, especialmente después de las 30 semanas, se intensifica la actividad uterina debido al aumento gradual de las contracciones de Braxton Hicks, que se vuelven más frecuentes, intensas y rítmicas.

Estas contracciones favorecen la maduración del cuello uterino, proceso del parto que prepara al cérvix para el inicio del trabajo de parto, se clasifica su grado de madurez cervical (20).

- **Grado I:** Cuello inmaduro, situación muy posterior respecto del eje de la vagina, de consistencia firme, con una longitud de 3-4cm, sin dilatación del orificio interno (ni del externo de la nulípara)
- **Grado II:** Cuello parcialmente maduro, presenta distintas variedades intermedias entre los grados I y III.
- **Grado III:** Cuello maduro, bien centralizado en el eje de la vagina, de consistencia muy blanda, longitud acortada a 1cm o menos, borrado o en vías de borramiento, dehiscente hasta 2-3cm (20).

b) Fenómenos Pasivos del Trabajo de Parto

Las modificaciones consecutivas a la actividad contráctil del útero constituyen los fenómenos que se agrupan bajo esta denominación.

Estos son: la ampliación del segmento inferior, el borramiento y dilatación del cuello, la expulsión de los limos, la formación de la bolsa de las aguas, la ampliación del canal de parto, el mecanismo de parto y los fenómenos plásticos del feto (20).

- **Desarrollo del segmento inferior:** Durante el trabajo de parto, el segmento uterino inferior completa su desarrollo como continuación de los cambios iniciados en el embarazo. En esta etapa, el útero se divide en tres partes: el cuerpo (zona superior y contráctil), el segmento inferior (zona intermedia) y el cuello uterino (zona inferior) (20).

Al final de la dilatación, el segmento inferior y el cuello uterino se distienden y forman el canal cervical segmentario o canal de Braun, que permite el paso del feto. El cuerpo uterino, al contraerse, actúa como motor expulsivo, mientras que la parte inferior del útero se adapta y se dilata (20).

- **Borramiento y dilatación del cuello:** El borramiento y la dilatación son procesos clave durante el trabajo de parto. Representan la extensión natural del segmento uterino inferior, el cual se forma al incluir progresivamente el cuello uterino.

En mujeres nulíparas, el borramiento (adelgazamiento del cuello) suele preceder a la dilatación, ocurriendo desde la parte superior hacia el orificio externo.

Diversos factores pueden influir en este proceso: la paridad, posición materna, integridad de las membranas, tipo de presentación fetal, uso de anestesia o fármacos uterinos. El grado de dilatación se evalúa mediante tacto vaginal, estimando los centímetros según el número de dedos (1 dedo = 1.5 cm; 2 dedos = 2.5 – 3 cm). Por último, el labio anterior del cuello uterino es el que más tarda en retraerse y puede quedar edematizado o comprimido entre la presentación fetal y el pubis (20).

- **Dilatación de la inserción cervical de la vagina:** Durante el borramiento el anillo vaginal que rodea el cuello se dilata progresivamente hasta alcanzar unos 3 a 4 cm. A medida que avanza la dilatación, este anillo continúa ensanchándose y puede aproximarse a los 10 cm incluso antes de que el cuello uterino haya completado su apertura (20).
- **Expulsión de los limos:** La expulsión del tapón mucoso ocurre cuando inicia la dilatación y, en nulíparas, se considera un signo temprano de trabajo de parto. Las contracciones actúan sobre el polo inferior del saco gestacional, formando la bolsa de las aguas, en algunos casos, el líquido puede filtrarse entre las membranas y generar una bolsa amniorial que simula una rotura verdadera. Cuando la presentación fetal está bien flexionada, la bolsa es poco prominente; si la adaptación a la pelvis es deficiente, puede alargarse e incluso llegar al periné con la presentación alta (20).

Fase Latente Prolongada

Friedman y Sachtleben (1963) describieron esta condición como un periodo de latencia prolongada, que supera las 20 horas en mujeres nulíparas y las 14 horas en multíparas, sin que se evidencie un avance de la dilatación cervical mayor a 3 centímetros.

En las nulíparas, la causa más frecuente es un cuello uterino inmaduro al iniciar el trabajo de parto, mientras que en las multíparas suele deberse al falso trabajo de parto. La fase latente también puede prolongarse por sedación excesiva, analgesia epidural temprana, anestesia conductiva previa a la fase activa, hipodinamia uterina o causas no identificadas, su pronóstico es favorable, en la mayoría de los casos. Culmina en parto normal. (24).

Fase Activa

Corresponde a la dilatación del cuello uterino a partir de los 4 centímetros en adelante, acompañada de contracciones uterinas. Según la curva de Friedman, esta etapa se subdivide en tres fases; la primera es la fase

aceleración, que se caracteriza por ser breve y marca el inicio real del trabajo de parto, iniciándose al culminar la fase latente. La segunda es la fase de máxima pendiente, en la cual la dilatación cervical progresa de manera más rápida, desde los 5 cm hasta los 8 cm aproximadamente, durante un periodo alrededor de 3 horas. En esta fase, la dilatación progresa a una velocidad promedio de 1.2 cm por horas en nulíparas y multíparas 1.5 centímetros por hora aproximadamente y la última división es la desaceleración que va desde los 8 centímetros a la dilatación completa (25,20).

- **Falso Trabajo de Parto**

El falso trabajo de parto es una condición frecuente y constituye una causa habitual de consulta en gestantes próximas al término del embarazo. Se caracteriza por la presencia del dolor abdominal originado por el aumento de la intensidad de las contracciones de Braxton-Hicks, las cuales suelen manifestarse con mayor frecuencia a partir de la semana 30 de gestación. Estas contracciones generan distensión del segmento uterino y del cuello uterino, sin producir cambios cervicales efectivos (24).

A continuación, se describen las principales diferencias entre las contracciones propias del trabajo de parto y aquellas correspondientes al trabajo de parto verdadero.

- ✓ **Contracciones del falso trabajo de parto:** Las contracciones se presentan de manera irregular y no siguen un patrón definido. Generalmente disminuyen o desaparecen con la deambulación o el cambio de posición. El dolor suele localizarse en la región hipogástrica y, en la mayoría de los casos, cede con la administración de analgésicos. Asimismo, estas contracciones no generan dilatación ni borramiento del cuello uterino (24).
- ✓ **Contracciones del trabajo de parto verdadero:** Las contracciones del trabajo de parto verdadero se caracterizan por ser regulares, progresivas y cada vez más intensas y frecuentes. No se alivian con la caminata ni con el reposo, y el dolor se

localiza en el hipogastrio con irradiación hacia las caderas o la región lumbar. Además, no ceden con analgésicos y producen modificaciones cervicales evidentes, como la dilatación y el borramiento del cuello uterino (24).

B. Segunda Etapa: Periodo Expulsivo

Cuando el cuello uterino se ha dilatado totalmente, las contracciones uterinas completan el descenso y causan el parto del feto con la ayuda de los esfuerzos de pujo. Durante el periodo expulsivo, la frecuencia de las contracciones aumenta hasta un promedio de 5 cada 10 minutos y la intensidad sube de 22 hasta 47 mmHg. La actividad uterina promedio es de 235 unidades Montevideo, la más alta que se registra durante el embarazo y el parto normal. El tono promedio es de 12 mm Hg (22).

C. Tercera Etapa: Periodo De Alumbramiento

Consiste en el desprendimiento, descenso y expulsión de la placenta y membranas ovulares, durante esta etapa la actuación médica de rutina casi siempre es manejada mediante conducta expectante y se deja evolucionar de forma espontánea (26).

3.1.3.2. Experiencias emocionales del parto

El trabajo de parto es una experiencia única para cada mujer, el dolor se llega a considerar como un fenómeno multidimensional, que influyen en las gestantes una expresión y reacción al dolor de parto que se encuentra en los factores genéticos, culturales, sociales, psicológicos, las experiencias previas y circunstancias de cada parto. La experiencia previa de cada mujer gestante es la atención, la comprensión, el control, expectativas y el significado hacia el mismo, también afectan a la percepción dolorosa. Algunos estudios mencionan que el estado mental de la mujer durante el trabajo de parto influye con su cuerpo y su experiencia ante el dolor del parto (27).

Estas se dividen en:

- **Experiencias positivas:** Una experiencia positiva está relacionada con niveles altos de confianza, tranquilidad, felicidad lo que fortalece el vínculo madre-hijo, afianza el desempeño del nuevo rol, favorece el éxito de una

lactancia eficaz, mantenida, se define las expectativas ante posibles próximos partos e incluso modifica las relaciones entre la pareja (28).

- **Experiencias negativas:** Por otro lado, en las experiencias negativas la parturienta pudo haber presentado dolor, miedo en el trabajo de parto y esto puede inducir a la depresión postparto, al estrés postraumático, a posibles problemas de pareja o familiares, también posibles problemas con posteriores embarazos y partos, llegando incluso a que las mujeres con experiencias negativas después de un parto vaginal, prefieran una cesárea en su próximo parto (28).

3.2. Análisis de Antecedentes investigativos

3.2.1. Antecedentes Internacionales

- **Título:** Una comparación de la autoeficacia en el parto, el miedo al parto y la intensidad del dolor del parto entre primíparas y multíparas durante la fase latente del parto: un estudio transversal.

Autores: Yue Huang, Yuehua Zhong, Qiaozhu Chen, Jun Zhou, Bailing Fu, Yongfang Deng, Xianfang Deng, Xianfang Tu, Yingfand Wu.

Año: 2024

Fuente: BMC Pregnancy and Childbirth, China 2024.

Resumen:

Métodos: La información general de las participantes se obtuvo mediante un cuestionario, y sus registros obstétricos se obtuvieron de las historias clínicas electrónicas extraídas del sistema de registro médico electrónico (EMRS). Se compararon la autoeficacia en el parto, el miedo al parto (FOC) y el dolor de parto entre primíparas y multíparas. Se utilizaron pruebas t pareadas, pruebas de chi-cuadrado, pruebas de Mann-Whitney y análisis de regresión univariado y multivariado para analizar el dolor de parto entre los dos grupos e investigar los factores relacionados con la intensidad percibida del dolor de parto.

Resultados: Las puntuaciones totales relacionadas con el miedo al parto, la salud fetal, el autocontrol y la lesión por dolor de parto de las multíparas se

redujeron notablemente en comparación con las primíparas (todos $P < 0,05$). La intensidad del dolor de parto percibido y la duración de la primera etapa del parto se redujeron en el grupo de multíparas en comparación con el grupo de primíparas. La sensación de control del parto de las multíparas fue mejor que la de las primíparas. La intensidad del dolor de parto percibido se correlacionó negativamente con la edad avanzada (edad ≥ 35 años), la puntuación de autoeficacia, el apoyo familiar y la educación (todos $P < 0,05$). Por el contrario, la intensidad del dolor de parto percibido se correlacionó positivamente con la tensión, el miedo intenso al parto y la ansiedad ($P < 0,05$). La autoeficacia, la gravidez, la cognición del parto y el miedo al parto fueron factores de riesgo independientes para la intensidad del dolor de parto percibido en el período de latencia (todos $P < 0,05$).

Conclusiones: El miedo al parto predice la intensidad del dolor percibido durante el parto. La intensidad del dolor (mínimo y máximo) puede predecirse según el nivel de miedo que experimente la futura madre. Durante la fase latente del parto, la autoeficacia, el miedo al parto y el dolor difieren entre primíparas y multíparas (29).

- **Título:** Análisis de conglomerados del miedo al parto, la ansiedad, la depresión y la autoeficacia en el parto.

Autores: Ingegerd Hildingsson, Carita Nordin-Remberger, Michael B. Wells, Margareta Johansson.

Año: 2024

Fuente: Elsevier, Revista de enfermería obstétrica, ginecológica y neonatal, Suecia 2024.

Resumen:

Objetivo: Identificar grupos de mujeres en función de la ansiedad, la depresión, el miedo al parto y la autoeficacia en el parto y los factores asociados con los grupos.

Método: Recopilamos datos mediante cuestionarios en línea. Incluimos escalas para medir la ansiedad, la depresión, la preocupación y el miedo al parto, y la autoeficacia en un análisis de conglomerados de medias kappa.

Calculamos las razones de probabilidades con intervalos de confianza del 95% entre los conglomerados y las variables de base.

Resultados: Identificamos 4 grupos según la gravedad: Ingenioso-Robusto, Ingenioso-Temeroso, Vulnerable-Temeroso y Frágil-Temeroso. Los participantes en los grupos Ingenioso-Temeroso y Vulnerable-Temeroso tenían más probabilidades de informar problemas de salud mental que aquellos en el grupo Ingenioso-Robusto. Los participantes en los grupos Vulnerable-Temeroso y Frágil-Temeroso tenían más probabilidades de informar problemas de salud mental que aquellos en el grupo Ingenioso-Robusto. Los participantes en el grupo Frágil-Temeroso tenían más probabilidades de ser multíparas, informar que su embarazo no fue normal y preferir el parto por cesárea que aquellos en el grupo Ingenioso-Robusto.

Conclusiones: Las mujeres con miedo al parto pueden ser vulnerables a la ansiedad y la depresión durante el período perinatal, aunque la gravedad puede variar. La autoeficacia podría mediar en la prevención de problemas de salud mental. Los hallazgos demostraron distintos niveles de gravedad, y el enfoque universal en la atención médica sueca podría beneficiarse de un enfoque más específico para las mujeres con miedo al parto (30).

- **Título:** El efecto de la educación prenatal sobre la ansiedad por la salud de las mujeres primigestas.

Autores: Sahar Nikoozad, Faranak Safdari - Dehcheshmeh, Farangis Sharifi, Forouzan Ganji.

Año: 2024

Fuente: BMC Pregnancy and Childbirth, Suroeste Irán 2024.

Resumen:

Objetivo: La ansiedad por la salud es un trastorno mental que se caracteriza por un miedo excesivo a la salud y a los síntomas físicos. Un alto nivel de ansiedad durante el embarazo se asocia con resultados adversos. El objetivo de este estudio fue investigar el efecto de la educación prenatal en la ansiedad por la salud de mujeres primigestas.

Método: El presente estudio fue un estudio cuasiexperimental. 122 mujeres embarazadas primíparas derivadas a las clínicas de servicios de salud integrales de Shahrekord (una ciudad en el suroeste de Irán) en 2019, después de recibir el consentimiento para participar en el estudio, divididas aleatoriamente en dos grupos de intervención y control. El grupo de intervención participó en 8 sesiones (1,5 h), una vez cada 2 semanas, desde las 20 a las 37 semanas de gestación. El cuestionario de ansiedad por la salud se completó en las semanas 20 (antes del inicio de los cursos), 28 y 37 por dos grupos. Las consecuencias del embarazo incluyeron peso, puntuación de Apgar, tipo de parto, tiempo de parto y momento de la primera lactancia. Se utilizó el software SPSS versión 16 para el análisis de datos.

Resultados: No se encontraron diferencias significativas en cuanto al tipo de parto, la edad gestacional, la altura, el peso, la longitud cefálica, la puntuación de Apgar, la duración de la hospitalización ni el momento de la primera lactancia. La duración de la fase activa y latente del parto fue significativamente menor, y el peso del recién nacido fue significativamente mayor en el grupo de intervención que en el grupo control ($p < 0,05$). A la semana 37, las puntuaciones de preocupación por la enfermedad, consecuencias negativas y ansiedad total por la salud en el grupo de intervención disminuyeron en 3,42, 0,93 y 4,36, respectivamente, y en el grupo control aumentaron en 2,82, 0,03 y 2,86.

Conclusiones: Los cursos educativos sobre el embarazo tienen efectos positivos en la ansiedad por la salud, reducen la duración del parto y aumentan el peso del recién nacido. Para mejorar el resultado del embarazo, se deben considerar cursos educativos durante el mismo (31).

3.2.2. Antecedentes Nacionales

- **Título:** Psicoprofilaxis obstétrica: ansiedad y complicaciones materno perinatales del parto. Centro de salud materno infantil baños del inca. Cajamarca, 2021.

Autor: Lazetti Milena Huaripata Villegas

Año: 2021

Fuente: Tesis Pregrado de la Facultad de Obstetricia de la Universidad Nacional de Cajamarca 2021.

Resumen:

Objetivo: El estudio tuvo como propósito evaluar la relación entre la ansiedad y la presencia de complicaciones maternas y perinatales durante el trabajo de parto en gestantes que recibieron y no recibieron psicoprofilaxis obstétrica.

Metodología: Mediante un diseño cuantitativo, cuasi experimental, longitudinal, correlacional, comparativo, prospectivo. La muestra conforma por 30 gestantes, distribuidas en dos grupos: preparadas y no preparadas en PPO, empleando un muestreo por conveniencia.

Resultados: Los hallazgos del estudio demostraron que la preparación en psicoprofilaxis obstétrica se asocia de manera significativa con el nivel de ansiedad en las gestantes ($p=0,002$). De igual manera, se evidenció una relación estadísticamente significativa entre la psicoprofilaxis obstétrica y la aparición de complicaciones tanto maternas ($p= 0,013$) como perinatales ($p= 0,008$). Entre estas últimas, solo la depresión perinatal ($p= 0,006$) y el período expulsivo prolongado ($p= 0,032$) mostraron asociación significativa. Asimismo, se observó que el nivel de ansiedad presentó influencia significativa únicamente en la presencia de depresión perinatal ($p= 0,002$). Finalmente, la ansiedad se relacionó con la aparición de complicaciones maternas ($p= 0,001$), principalmente en el grupo de gestantes que no recibieron preparación en psicoprofilaxis obstétrica ($p= 0,017$), sin evidenciarse asociación significativa con las complicaciones perinatales ($p = 0,141$).

Conclusiones: PPO sí disminuye los niveles de ansiedad durante el parto; asimismo influye en las complicaciones maternas de las gestantes no preparadas en PPO, a diferencia de las que se prepararon; más no en las complicaciones perinatales (32).

- **Título:** Ansiedad en gestantes sin y con participación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica en el centro materno infantil Ollantay, Moquegua 2022.

Autor: Verónica de la Cruz Abregu

Fuente: Tesis Pregrado de la Facultad de Obstetricia de la Universidad José Carlos Mariátegui, Moquegua 2022.

Resumen:

El presente estudio fue determinar si existe discrepancia en experimentar ansiedad en el proceso de parto en gestantes sin y con participación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica prenatal, en el Centro Materno Infantil Ollantay, 2022.

Metodología: El presente estudio fue: observacional, prospectivo, transversal, analítico cuantitativo y relacional. conformada por las gestantes que reciben atención de parto los meses de junio, julio y agosto, 2022, siendo un total de 25 con control prenatal y 25 sin control prenatal del Centro Materno Infantil Ollantay, 2022. Los datos se procesaron en un programa estadístico IBM SPSS versión 23 trabajando según el tipo de variable, objetivos estadísticos; la cual se presentarán en tablas.

Resultados: se presenta la experiencia de ansiedad de estado que presentan las gestantes en el proceso de parto con y sin participación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica prenatal. Con nivel bajo 7 (28%) y 9 (36%); con nivel medio 17 (68%) y 16 (64%) y con nivel alto 1 (4%) y ninguno par el grupo sin participación en un programa de psicoprofilaxis, conclusión: existe diferencia significativa entre saberes del control prenatal referente síntomas y signos de alarma durante el proceso de embarazo en nuligestas y primigestas que asisten a un establecimiento de salud de Lima Metropolitana, 2022 ($p < 0.0001$).

Conclusión: No existe diferencia en experimentar ansiedad de estado en el proceso de parto en gestantes con y sin participación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica prenatal, en el Centro Materno Infantil Ollantay, 2022 (33).

- **Título:** Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en los niveles de estrés y ansiedad en gestantes del Centro Materno Infantil El Progreso, Lima 2023.

Autor: Valery María, Damacén Oblitas.

Fuente: Tesis de Pregrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Arequipa 2023.

Resumen:

Objetivo: Determinar el efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en los niveles de estrés y ansiedad en las gestantes del Centro Materno Infantil El Progreso, 2023.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio preexperimental de naturaleza cuantitativa y longitudinal que incluyó la participación de 44 gestantes. La recopilación de datos se realizó mediante dos instrumentos de medición: el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Estrés Percibido (PSS – 10). En términos estadísticos, se empleó el análisis descriptivo para las variables cualitativas y cuantitativas, y se aplicó la prueba de Wilcoxon con un nivel de significancia del 95% para el análisis inferencial.

Resultados: En el pretest, se observó que el 75% de las gestantes experimentaban niveles de estrés moderado, y el 63.6% presentaban ansiedad leve. Al concluir el estudio, se registró una disminución significativa, con un 52.3% de gestantes reportando estrés moderado y un 40.9% sin manifestar ansiedad.

Conclusión: Los resultados obtenidos indican que la Psicoprofilaxis Obstétrica tiene un efecto significativo en la reducción de los niveles de estrés y ansiedad en las gestantes evaluadas en el Centro Materno Infantil El Progreso, durante el 2023 (34).

3.2.3. Antecedentes Locales

- **Título:** Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes Gestantes entre 18 a 40 años en el Centro de Salud Miguel Grau de Arequipa 2023.

Autor: Michelle Mabel, Pérez Flores

Fuente: Tesis de pregrado de la Facultad de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, Arequipa 2023.

Resumen:

Objetivo: Identificar los factores que se relaciona con la presencia de depresión y ansiedad en gestantes entre 18 a 40 años Centro de Salud Miguel Grau.

Metodología: El presente estudio, de acuerdo con la clasificación propuesta por Altmann, corresponde a un diseño observacional, prospectivo y de corte transversal. La investigación se desarrolló en el Perú, departamento de Arequipa, Provincia de Arequipa, distrito de Paucarpata, en el Centro de Salud Miguel Grau B, se tomó toda la población de gestantes que acudió al centro de salud Miguel Grau en el periodo del mes de mayo hasta junio del presente año, contando con 52 gestantes. Para el procesamiento y análisis de los datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 21. Se realizó estadística descriptiva mediante tablas de frecuencia absoluta, así como análisis bivariado utilizando la prueba de chi cuadrado de las asociaciones de interés, con el fin de identificar los factores asociados a ansiedad y depresión en gestantes atendidas en el centro de salud Miguel Grau B, Arequipa.

Resultados: Los resultados evidenciaron que el 21,15% de las gestantes presenta ansiedad estado, de las cuales el 43,75% tenían una edad de entre 18 a 24 años ($p < 0,05$), el 66,67% eran primíparas ($p < 0,05$) y el 57,14% tenían familia incompleta ($p < 0,05$). En relación con la ansiedad rasgo, esta se identificó en el 30,77% de las gestantes tiene ansiedad rasgo, de las cuales el 62,50% tienen entre 18-24 años ($p < 0,05$), el 50,00% con grado de instrucción secundaria ($p < 0,05$), el 66,67% eran primíparas ($p < 0,05$) y el 71,43% tenía familia incompleta ($p < 0,05$). Así mismo se encontró que el 23,08% de gestantes presentaban depresión, respecto a las cuales el 50,00% tenían de 18 a 24 años ($p < 0,05$), el 45,45% presentaba sólo educación secundaria ($p < 0,05$), el 37,04% eran amas de casa ($p < 0,05$), el 37,04% de gestantes cuya fuente de ingresos es el apoyo familiar ($p < 0,05$) y el 44,44% con familia extensa ($p < 0,05$).

Conclusiones: Se evidenció que los factores sociodemográficos, como edad, el tipo de familia y la paridad, se encuentra asociados a la ansiedad estado; además, la edad, el grado de instrucción, la paridad y el tipo de familia se relacionan con la ansiedad rasgo. Finalmente, la edad, el grado de instrucción, la ocupación, la fuente de ingresos y el tipo de familia presentan asociación asociados con la depresión en las gestantes de 18 a 40 años (35).

4. HIPÓTESIS

Dado que, la Psicoprofilaxis Obstétrica es un programa integral de educación materna con preparación psíquica y física en la gestante que busca prevenir el riesgo obstétrico materno-perinatal.

Es probable que, reduzca el nivel de ansiedad en la fase latente del trabajo de parto, ya que brinda información y herramientas que ayudan a disminuir el temor a lo desconocido a través de programas de educación materna.



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Se aplicó la técnica de encuesta a la población de estudio para obtener datos y opciones sobre un tema específico.

1.2. Instrumento

Se utilizaron, dos cuestionarios de preguntas que constaron de 27 ítems.

Tabla 3
Instrumentos de las Variables

VARIABLE INVESTIGATIVA	INDICADORES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Psicoprofilaxis obstétrica	Sesiones de psicoprofilaxis obstétrica	Encuesta	Cuestionario
VARIABLE DEPENDIENTE Ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto	Escala de autoevaluación de ansiedad “William Zung”	Encuesta	Cuestionario
VARIABLE INTERVINIENTE Factores sociodemográficos	Edad	Encuesta	Cuestionario
	Grado de Instrucción		
	Estado civil		
	Paridad		
	Experiencias emocionales del parto anterior		

Fuente. Elaboración Propia

1.3. Materiales de verificación

- Computadora con programa de procesamiento de textos, base de datos y estadístico.
- Material de escritorio.
- Impresora.
- Fichas de recolección de datos.
- Consentimiento informado.

2. CAMPOS DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

- **Precisión del lugar:** El presente estudio, se llevó a cabo, en el país de Perú, en el departamento de Arequipa, provincia de Arequipa, en el distrito de Cerro Colorado.
- **Características del Lugar:** Ámbito institucional Centro de Salud Maritza Campos Diaz, establecimiento con capacidad de salud 1-4.
- **Delimitación gráfica:** Se adjunta (Anexo 01).

2.2. Ubicación Temporal

- **Cronología:** Agosto, septiembre y octubre del 2025.
- **Visión temporal:** Prospectivo
- **Corte temporal:** Transversal

2.3. Unidades de Estudio

2.3.1. Población de Estudio

Estuvo conformado por 137 gestantes en la fase latente en trabajo de parto que acudieron al Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola, durante el periodo de estudio; siendo 102 gestantes las que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión:

2.3.1.1. Criterios de inclusión.

- Gestantes en trabajo de parto con dilatación menor a 4 cm.
- Firma con el consentimiento informado de las gestantes (o asentimiento en caso de menores de edad, con consentimiento del apoderado).

2.3.1.2. Criterio de exclusión.

- Diagnóstico médico previo de trastornos de ansiedad generalizada o depresión.
- Gestantes que no desean participar en el proyecto de investigación.

2.3.2. Muestra

No se seleccionó una muestra, debido a que se trabajó con todas las gestantes que acudieron durante ese periodo, resultando 56 gestantes que realizaron en al menos una sesión de psicoprofilaxis obstétrica y 46 gestantes que no realizaron ninguna sesión de psicoprofilaxis obstétrica.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización

Se realizó una solicitud al Cir. Dent: Juan Rosendo Alarcon Arenas jefe de la Microred Maritza Campos Diaz – Zamácola con el fin de obtener la autorización del estudio (Anexo 02).

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Asesora de investigación:

- Obstetra Dra. Lizbeth Flores Pari.

Investigadoras:

- Bach. Condori Chávez Heydi Melissa
- Bach. Anchapuri Arizapana Briceida Diana

3.2.2. Recursos físicos

Ambientes servicio de obstetricia (sala de dilatación) en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola.

3.2.3. Recursos económicos

Es autofinanciado, por las investigadoras.

3.3. Validación de Instrumento

La escala de autoevaluación de la ansiedad fue desarrollada y validada por Zung en el año 1965, siendo aplicada inicialmente a un grupo de pacientes ambulatorios del Duke Psychiatry Hospital que presentaban diagnósticos relacionados con ansiedad. Dicho instrumento mostró una consistencia interna adecuada, evidenciada por un coeficiente Alfa de Cronbach de 0.77.

Se recolecto información de una tesis de investigación elaborada para la obtención del título profesional de Médico Cirujano por Torres Medina M. en el año 2023, la cual se declara que el instrumento de escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung ya fue validado. En Perú la escala obtuvo un alfa de Cronbach de 0.75 (34).

3.3.1. Instrumento para medir el nivel de ansiedad

Para la medición del nivel de ansiedad se utilizó el cuestionario denominado “Escala de Zung para ansiedad” (Anexo 03), ya está validado por tres especialistas en el campo de investigación por Zung en 1965 y por el médico cirujano Torres Medina M. en el 2023 en Perú, consta de 20 ítems donde el participante debe de mostrar su nivel de ansiedad. El tiempo estimado para completar el cuestionario es breve, generalmente no supera los diez minutos, lo que facilita su aplicación (19).

Cada ítem se califica de 1 a 4 se otorga 1 punto cuando la respuesta es nunca, 2 puntos cuando es a veces, 3 puntos cuando es casi siempre y 4 puntos cuando es la mayoría de veces o siempre. La interpretación de los resultados se realiza en función de puntaje total obtenido: valores dentro del rango normal indica ausencia de ansiedad; puntajes entre 36 y 47 sugieren ansiedad leve, entre 48 y 59 indican ansiedad moderada; y valores iguales o superiores a 60 corresponden

a ansiedad grave. Este test cuenta con validez y confiabilidad para ser aplicado en Perú (36).

3.3.2. Identificación del número de sesiones de Psicoprofilaxis Obstétrica y factores sociodemográficos

Para la recolección de datos se utilizó una ficha dirigida a las gestantes, con el propósito de registrar información relacionada con sus características sociodemográficos. Entre las variables consideradas se incluyeron la edad, el nivel educativo y el estado civil.

Asimismo, factores obstétricos, como la paridad, las experiencias emocionales vividas durante partos anteriores y el número de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica realizadas durante la gestación (Anexo 04).

4. ESTRATEGIA PARA LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS

4.1. Planes de operación

4.1.1. Plan de procesamiento

Los datos obtenidos, fueron ordenados y codificados en matrices que permitieron su análisis. Se usó el software estadístico SPSS (Anexo 06).

4.1.2. Plan de análisis estadístico

Se realizó la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

4.1.3. Plan de clasificación

La información fue sistematizada mediante una matriz elaborada en Excel 2019, donde se tabularon los datos obtenidos a partir de las fichas de recolección de datos y el cuestionario aplicado (Anexo 03 y 04).

4.1.4. Plan de recuento

El recuento fue manual y electrónico, se usó matrices de conteo.

4.1.5. Plan de graficación

Gráfico de barras.



CAPÍTULO III RESULTADOS

Tabla 4

Edad de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025

Edad (años)	PSICOPROFILAXIS			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
10 – 19	10	17.9	1	2.2
19 – 29	29	51.8	24	52.2
30 – 42	17	30.4	21	45.7
Total	56	100	46	100

$X^2=7.347$ $P=0.025$ $P<0.05$

Fuente. Matriz de Datos

La tabla 4 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=7.347$) muestra que la edad en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica presentó diferencias estadísticas significativa ($P<0.05$).

Así mismo el 51.8% de las gestantes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica tienen una edad entre 19 y 29 años, frente al 52.2% de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica con el mismo grupo etario.

Tabla 5

Ocupación de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza

Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025

Ocupación	PSICOPROFILAXIS			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Estudiante	6	10.7	4	8.6
Ama de casa	37	66.1	34	72.3
Trabajadora	13	23.2	9	19.1
Total	56	100	46	100

$X^2=0.744$ $P=0.689$ $P>0.05$

Fuente. Matriz de Datos

La tabla 5 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=0.744$) muestra que la ocupación en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica no presentó diferencias estadísticas significativa ($P>0.05$).

Así mismo el 66.1% de las gestantes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica tienen una ocupación ama de casa, frente al 72.3% de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica con el mismo nivel de ocupación.

Tabla 6

**Grado de instrucción de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S
Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025**

Grado de Instrucción	PSICOPROFILAXIS			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Primaria	1	1.8	2	4.4
Secundaria	28	50.0	36	78.2
Superior	27	48.2	8	17.4
Total	56	100	46	100

$X^2=10.771$ $P=0.005$ $P<0.05$

Fuente. Matriz de Datos

La tabla 6 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=10.771$) muestra que el grado de instrucción en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica presentó diferencias estadísticas significativa ($P<0.05$).

Así mismo el 50.0% de las gestantes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica tienen un grado de instrucción secundaria y el 48.2% con el nivel superior. Entre las gestantes que no realizaron psicoprofilaxis obstétrica, el 78.2% posee el nivel secundario.

Tabla 7

**Estado civil de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza
Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025**

Estado Civil	PSICOPROFILAXIS			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Soltera	3	5.4	7	15.2
Casada	9	16.1	5	10.9
Conviviente	44	78.6	34	73.9
Total	56	100	46	100

$X^2=3.074$ $P=0.215$ $P>0.05$

Fuente. Matriz de Datos

La tabla 7 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=3.074$) muestra que el estado civil en las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica no presentó diferencias estadísticas significativa ($P>0.05$).

Así mismo el 78.6% de las gestantes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica tienen un estado civil de convivencia, frente al 73.9% de las gestantes sin psicoprofilaxis obstétrica con el mismo estado civil.

Tabla 8

**Número de hijos de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza
Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025**

Número de Hijos Vivos	PSICOPROFILAXIS			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Nulípara	30	53.6	12	26.1
Primípara	21	37.5	17	37.0
Múltipara	5	8.9	17	37.0
Total	56	100	46	100

$X^2=13.833$ $P=0.001$ $P<0.05$

Fuente. Matriz de Datos

La tabla 8 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=13.833$) muestra que el número de hijos de las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica presentó diferencias estadísticas significativa ($P<0.05$).

Así mismo, el 53.6% de las gestantes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica son nulíparas, mientras las que no realizaron psicoprofilaxis obstétrica predominaron el 37.0% en primíparas y múltiparas.

Tabla 9

Experiencias emocionales del parto anterior de las gestantes con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025

Experiencias Emocionales del Parto Anterior	PSICOPROFILAXIS			
	Si		No	
	Nº	%	Nº	%
Buena	9	16.1	16	34.8
Mala	15	26.8	19	41.3
Ninguna	32	57.1	11	23.9
Total	56	100	46	100

$X^2=11.820$ $P=0.003$ $P<0.05$

Fuente. Matriz de Datos

La tabla 9 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=11.820$) muestra que las experiencias emocionales de parto anterior de las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica presentó diferencias estadísticas significativa ($P<0.05$).

Así mismo, se identificó las experiencias previas como una variable interviniente. Entre las gestantes que realizaron psicoprofilaxis obstétrica, el 57.1% refirió no haber tenido ninguna experiencia debido a su paridad, mientras el 41.3% a pesar de haber tenido una mala experiencia en su parto anterior no realizaron psicoprofilaxis obstétrica.

Tabla 10

Nivel de ansiedad en la fase latente del trabajo de parto que no realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica en pacientes en el C.S de Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025

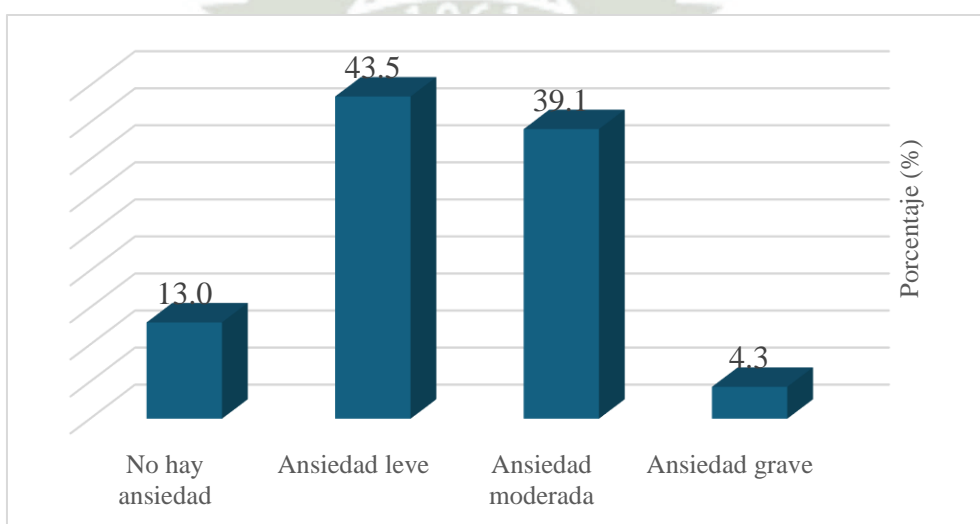
Nivel de Ansiedad Que No Realizaron Psicoprofilaxis	Nº	%
No hay ansiedad	6	13.0
Ansiedad leve	20	43.5
Ansiedad moderada	18	39.1
Ansiedad grave	2	4.3
Total	46	100

Fuente. Matriz de Datos

La tabla 10 muestra que el 43.5% de las gestantes que no realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica tuvieron una ansiedad leve, el 39.1% de las gestantes presentaron ansiedad moderada y sólo el 4.3% de ellas manifestaron una ansiedad grave.

Figura 1

Nivel de ansiedad en la fase latente del trabajo de parto que no realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica en pacientes en el C.S de Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025



Fuente. Elaboración propia

Tabla 11

Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica según el número de sesiones sobre el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola- Arequipa, Agosto – Octubre 2025

Nivel de Ansiedad	NÚMERO DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS OBSTÉTRICA											
	1 sesión		2 sesiones		3 sesiones		4 sesiones		5 sesiones		6 sesiones	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No hay ansiedad	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	1	50.0	11	44.0
Ansiedad leve	3	75.0	8	100	10	83.3	2	40.0	1	50.0	13	52.0
Ansiedad moderada	1	25.0	0	0.0	1	8.3	2	40.0	0	0.0	1	4.0
Ansiedad grave	0	0.0	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	4	100	8	100	12	100	5	100	2	100	25	100

$X^2=25.998$ $P=0.038$ $P<0.05$

Fuente. Matriz de Datos

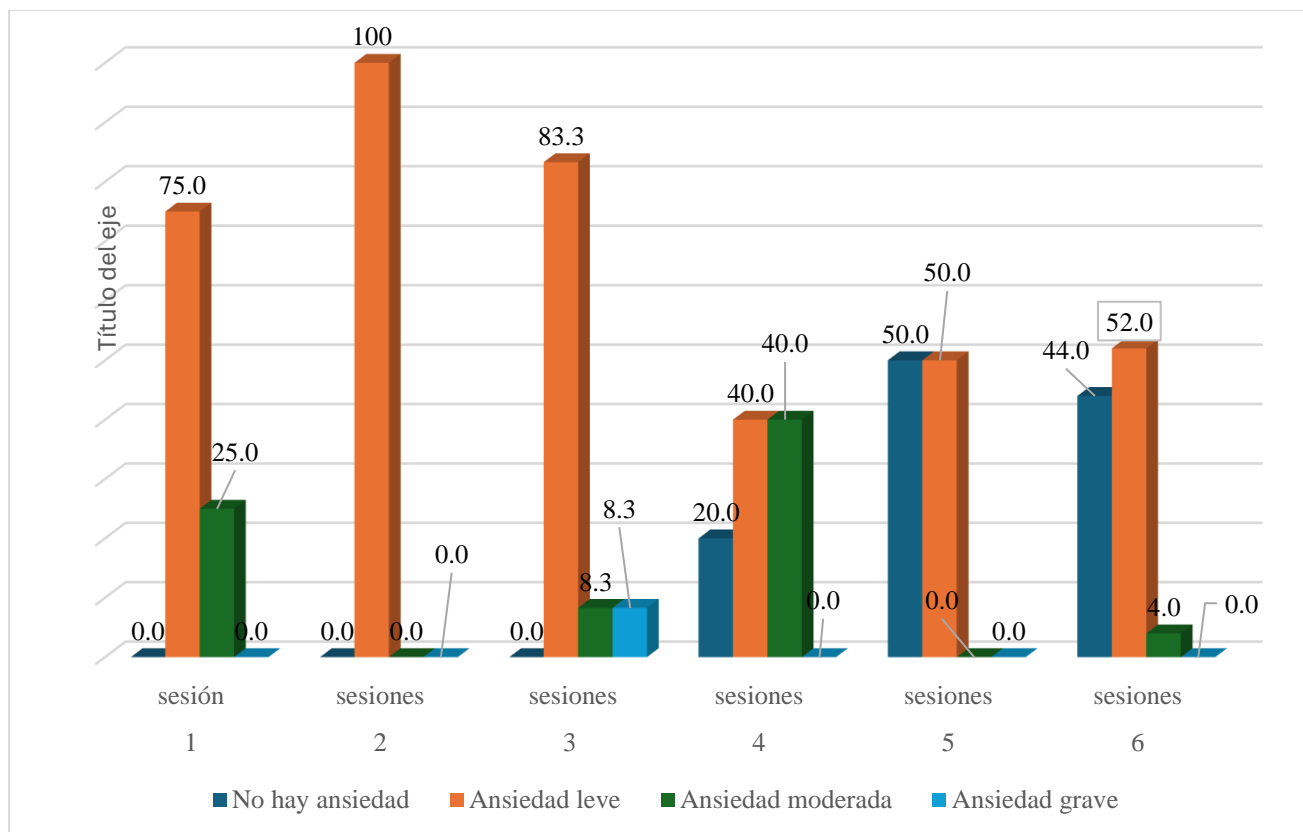
La tabla 11 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=25.998$) muestra que el efecto de la psicoprofilaxis obstétrica según el número de sesiones sobre el nivel de ansiedad presentó diferencias estadísticas significativa ($P<0.05$).

El 100% de las gestantes en fase latente que realizaron una y dos sesiones de psicoprofilaxis obstétrica presentaron ansiedad leve a moderada, el 91.6% de gestantes que realizaron tres sesiones presentaron este mismo nivel de ansiedad. En cuanto a las gestantes que asistieron a cuatro, cinco y seis sesiones, el 80%, 50% y el 56 % respectivamente presentaron ansiedad leve a moderada. Dentro del grupo con tres sesiones, el 8.3% presentaron ansiedad grave.

Figura 2

Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica según el número de sesiones sobre el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el C.S

Maritza Campos Diaz – Zamácola- Arequipa, Agosto – Octubre 2025



Fuente. Elaboración propia

Tabla 12

Comparación de nivel de ansiedad de las gestantes durante la fase latente del trabajo de parto con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica por sesión atendidas en el C.S Maritza Campos Díaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025

Nivel de Ansiedad	NÚMERO DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS													
	No hizo ninguna sesión de psicoprofilaxis		1 sesión		2 sesiones		3 sesiones		4 sesiones		5 sesiones		6 sesiones	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No hay ansiedad	6	13.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	1	50.0	11	44.0
Ansiedad leve	20	43.5	3	75.0	8	100	10	83.3	2	40.0	1	50.0	13	52.0
Ansiedad moderada	18	39.1	1	25.0	0	0.0	1	8.3	2	40.0	0	0.0	1	4.0
Ansiedad grave	2	4.3	0	0.0	0	0.0	1	8.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	46	100	4	100	8	100	12	100	5	100	2	100	25	100

$X^2=37.410$ $P=0.005$ $P<0.05$

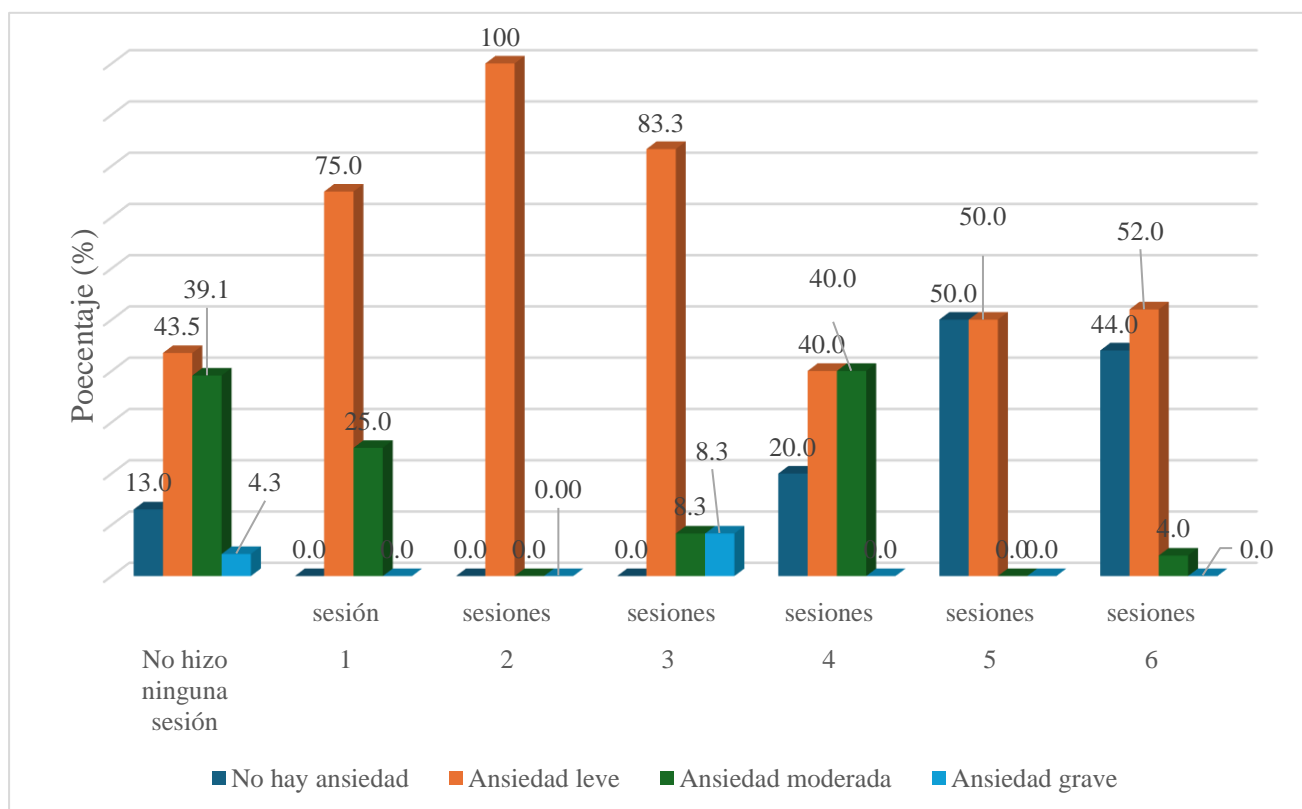
Fuente. Matriz de Datos

La tabla 12 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=37.410$) muestra que el nivel de ansiedad en las gestantes que no recibieron y recibieron psicoprofilaxis obstétrica según el número de sesiones presentó diferencias estadísticas significativa ($P<0.05$).

El 82.6% de las gestantes en fase latente del trabajo de parto que no tuvieron ninguna sesión de psicoprofilaxis obstétrica presentó un nivel de ansiedad entre leve a moderada y el 4.3% presentaron ansiedad grave. Las gestantes que participaron en la primera y segunda sesión presentaron el 100% niveles de ansiedad entre leve a moderada, en la tercera sesión se observó un incremento de ansiedad grave con el 8.3%, en la cuarta sesión el 80% presentó ansiedad leve a moderada, en la quinta sesión los niveles de ansiedad disminuyeron al 50% con ansiedad leve y en la sexta sesión el 56% se mantuvo ansiedad leve a moderada.

Figura 3

Comparación de nivel de ansiedad de las gestantes durante la fase latente del trabajo de parto con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica por sesión atendidas en el C.S Maritza Campos Díaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025



Fuente. Elaboración propia

Tabla 13

Nivel de ansiedad de las gestantes durante la fase latente del trabajo de parto con y sin Psicoprofilaxis Obstétrica atendidas en el C.S Maritza Campos Diaz – Zamácola – Arequipa, Agosto – Octubre 2025

Nivel de Ansiedad	PSICOPROFILAXIS			
	No		Si	
	Nº	%	Nº	%
No hay ansiedad	6	13.0	13	23.2
Ansiedad leve	20	43.5	37	66.1
Ansiedad moderada	18	39.1	5	8.9
Ansiedad grave	2	4.3	1	1.8
Total	46	100	56	100

$X^2=14.489$ $P=0.002$ $P<0.05$

Fuente. Matriz de Datos

La tabla 13 según la prueba del chi cuadrado ($X^2=14.489$) muestra que el nivel de ansiedad de las gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica presentó diferencias estadísticas significativa ($P<0.05$).

Así mismo, se muestra que las gestantes que no realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica presentaron los niveles más altos de ansiedad, ya que concentraron mayores porcentajes de ansiedad leve 43.5%, moderada 39.1% y grave 4.3% en comparación con el grupo que si realizaron psicoprofilaxis obstétrica.

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue identificar y comparar el nivel de ansiedad en gestantes durante la fase latente del trabajo de parto las que realizaron por sesión y las que no hicieron Psicoprofilaxis Obstétrica, que fueron atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz – Zamácola - Arequipa, agosto - octubre 2025. Nuestra investigación se inspiró por el incremento de ansiedad en gestantes, esto debido a factores que conllevan a su incidencia, por lo que es importante monitorear el nivel de ansiedad para tomar medidas de prevención y control.

En las características sociodemográficas, la edad en las gestantes que realizaron Psicoprofilaxis Obstétrica (PPO) y no realizaron PPO fueron jóvenes. Este hallazgo coincide con Huaripata L. (32), quien también reportó que ambos grupos se concentraron en mujeres jóvenes. Esto se explica porque la juventud es la etapa de mayor fertilidad y mayor inicio de la maternidad. En la ocupación las gestantes que realizaron PPO y no realizaron PPO son amas de casa. Estos hallazgos guardan similitud con la investigación por De la Cruz V. (33), donde predominaron la ocupación amas de casa en ambos grupos de PPO. Estos resultados evidencian que la mayoría de las gestantes se dedica al hogar y tienen mayor disponibilidad para asistir a las sesiones educativas y de preparación al parto. En el grado de instrucción, las gestantes que realizaron PPO, predominaron los niveles de instrucción secundario y superior, en las gestantes que no realizaron PPO predominó el nivel secundario. Mientras que la investigación de Huaripata L. (32), señala que las gestantes que no realizaron PPO destacó el nivel superior y las que si realizaron PPO predominó el nivel secundario. Estos resultados difieren en las gestantes que no realizaron PPO, dicha variación se explica por el tamaño muestral y las características particulares de cada población estudiada. En el estado civil, en ambos grupos fueron convivientes con PPO y sin PPO. El estudio realizado por De la Cruz. V. (33), indica que ambos grupos con PPO y sin PPO presentaron el estado civil convivientes. Por ello la convivencia es el estado civil más frecuente en la población gestante, lo que refleja la estabilidad emocional y el apoyo de la pareja durante el embarazo, factores que favorecen la participación en actividades de preparación prenatal.

En las características obstétricas, en la tabla N° 8, el 53.6% de las gestantes que realizaron PPO fueron nulíparas, mientras las que no realizaron PPO predominaron el 37.0% en primíparas y multíparas. Estos resultados evidencian que las nulíparas participaron en mayor proporción en las sesiones de PPO, lo cual refleja su interés por recibir información y apoyo profesional ante la falta de experiencia previa durante la etapa gestacional. De acuerdo con los hallazgos estos difieren por Huaripata L. (32), quien encontró que el 80% de las gestantes preparadas fueron

multíparas, frente al 67% de las gestantes no preparadas con la misma paridad. Esta discrepancia puede explicarse por las diferencias socioculturales y en el acceso a los servicios de salud entre ambas poblaciones, así como por el nivel de información disponible que influye en la decisión de participar o no en las sesiones de PPO. Asimismo, de manera complementaria Yue Huang et al. (29), señala que las multíparas suelen tener una mayor sensación de control durante la fase latente del trabajo de parto, debido a su experiencia previa, mientras que las primíparas presentan más temor y ansiedad. Estos antecedentes permiten comprender que la participación en PPO está influenciada por múltiples factores individuales, sociales y culturales lo que puede generar variaciones.

En la tabla N° 9, se observa entre las gestantes las gestantes que realizaron PPO el 57.1% no presentaron ninguna experiencia por no haber tenido un parto previo y el 26.8% reportaron una mala experiencia emocional en su parto anterior, cifra que incrementa a un 41.3% en el grupo sin PPO a pesar de haber tenido una mala experiencia en su parto anterior. Una vivencia previa desfavorable puede generar temor, ansiedad y desconfianza hacia el proceso del parto y hacia los servicios de salud, lo que conduce a conductas de evitación. Esto indica que las gestantes no preparadas presentan con mayor frecuencia experiencias negativas previas, mientras que la PPO puede brindar mejores recursos para afrontar y procesar lo vivido. En cambio, las gestantes que sí acudieron a las clases de PPO tienden a buscar mayor información, apoyo y estrategias para afrontar su próximo parto. Hallazgos similares fueron encontrados por, Ingegerd H. et al. (30), señalan que el miedo al parto (Fear of Childbirth - FOC) lo clasifican en dos tipos: primario y secundario, el FOC primario se presenta en nulíparas, mientras que el FOC secundario ocurre en multíparas, generalmente asociado a una experiencia de parto negativa o traumática previa. Esta evidencia respalda los resultados del presente estudio al evidenciar menor incidencia de experiencias desfavorables en gestantes que recibieron preparación psicoprofiláctica.

En la tabla N° 10, el 43.5% de las gestantes que no realizaron PPO, presentaron ansiedad leve, seguido de niveles moderadas y graves en menor proporción. Aunque la mayoría mostró ansiedad leve, estos resultados sugieren que la ausencia de preparación de PPO puede influir en la aparición de niveles más altos de ansiedad. Estos hallazgos difieren por Huaripata L. (32), que reportó un mayor porcentaje de ansiedad leve con el 64.4% y 15.6% de ansiedad grave. A diferencia del estudio de Huaripata L, en nuestros resultados la distribución de la ansiedad es menos elevada. Asimismo, se evidencia que en ambos estudios las gestantes sin PPO presentan riesgos de ansiedad moderada o grave, mientras que la teoría de afrontamiento emocional

propone que la preparación prenatal reduce la ansiedad. Los datos obtenidos respaldan esta afirmación al demostrar que, en ausencia del PPO, la ansiedad tiende a incrementarse.

En la Tabla N.º 11 se observa que, conforme aumenta el número de sesiones de PPO, predominan los niveles leves de ansiedad en las gestantes que realizaron una y dos sesiones, lo que refleja un efecto favorable inicial del programa. En la tercera sesión se presentaron los tres niveles de ansiedad, lo cual podría explicarse por los temas abordados relacionados al inicio del trabajo de parto y por factores familiares, internos y psicológicos, como el miedo al dolor o el escaso apoyo emocional. A partir de la cuarta sesión, la distribución de la ansiedad muestra mayor estabilidad, y en la quinta y sexta sesión se observa principalmente ansiedad leve. Es importante recalcar que en la población en la cuarta y quinta sesión fue mínima de cuatro y uno en gestantes, respectivamente. Lo que evidencia que la continuidad del programa de PPO contribuye a un mejor control emocional aun cuando existan influencias familiares o psicológicas. De acuerdo con los hallazgos anteriores, De la Cruz V. (33), quien encontró que el 68% de las gestantes que participaron en un programa de PPO presentó ansiedad leve durante el proceso de parto. Estos resultados indican que, aunque muchas gestantes ya inician con niveles leves de ansiedad, la asistencia continua a las sesiones de PPO contribuye a conservar la estabilidad emocional durante la fase latente del trabajo de parto, evitando que la ansiedad progrese hacia niveles moderadas o graves.

En la tabla N.º 12, los niveles más altos de ansiedad se observaron en las gestantes que no realizaron PPO con niveles de ansiedad leve, moderada y grave. En cambio, entre quienes asistieron de una a seis sesiones predominó la ansiedad leve, lo que muestra un mejor control emocional, aunque sin una reducción completa de la ansiedad. La tercera sesión concentró los tres niveles de ansiedad, porque aborda temas sobre el inicio del trabajo de parto, como las contracciones y el dolor, que suelen generar temor y aumentar temporalmente la ansiedad. Desde la cuarta sesión se evidenció una disminución, predominando la ansiedad leve y moderada, lo que podría deberse al enfoque de atención humanizada, que brinda mayor seguridad a la gestante al comprender mejor el proceso del trabajo de parto. En la quinta sesión volvió a predominar la ansiedad leve, y en la sexta sesión tuvo un porcentaje considerable en gestantes que no presentaron ansiedad, pero el nivel predominante continuó siendo leve. Es importante recalcar que en la población en la cuarta y quinta sesión fue mínima de cuatro y uno en gestantes, respectivamente. Esto se relaciona con los temas abordados sobre el recién nacido y la familiarización con el entorno hospitalario, lo que ayuda a que la gestante se sienta más segura y preparada para el parto. Datos similares fueron encontrados por Huaripata L. (32), reporto que las gestantes no preparadas presentaron ansiedad moderada y severa al momento

del parto, en contraste con aquellas que recibieron preparación psicoprofiláctica, quienes mostraron ansiedad leve. En síntesis, aunque la PPO no eliminó por completo la ansiedad, si demostró ser una intervención formativa capaz de modularla, fortaleciendo la seguridad, la anticipación informada y la capacidad adaptativa de las gestantes a lo largo del proceso. De manera complementaria, Nikoozad S. et al. (31), demostraron que un programa de educación prenatal de ocho sesiones redujo significativamente las puntuaciones de ansiedad, además de disminuir la duración de la fase latente y activa del trabajo de parto. Estos hallazgos refuerzan que la PPO es un método seguro, económico y sin complicaciones, capaz de controlar y reducir la ansiedad, favoreciendo un trabajo de parto más tranquilo y satisfactorio.

En la Tabla N.º 13 se observa que las gestantes que no realizaron PPO presentaron los niveles más altos de ansiedad. Este hallazgo difiere por De la Cruz V. (33), quien informó que las gestantes que sí participaron en la PPO evidenciaron los tres niveles de ansiedad, con predominio del moderado. Es importante señalar que la investigación por De la Cruz, contó con una población de 25 gestantes que no realizaron PPO, lo que influye en la distribución de los niveles de ansiedad reportados. En contraste, en el presente estudio se trabajó con una población mayor, la ansiedad se concentra principalmente en las gestantes que no asistieron a la preparación de PPO, revelando un patrón diferente al planteado por De la Cruz. Asimismo, también se identifican diferencias con los hallazgos de Damacén V. (34), quien encontró que, tras completar las sesiones de PPO, el 40.9% de las gestantes no presentó ansiedad y los demás niveles aparecieron en proporciones menores. Esta discrepancia se debe al momento de la evaluación, ya que Damacén V., analizó los resultados después de culminar el programa, mientras que en este estudio la comparación se realizó entre gestantes que participaron o no en la PPO durante la fase latente del trabajo de parto

Siendo entonces con nuestra hipótesis planteada en nuestra investigación, podemos afirmar que la participación en el programa de PPO contribuye de manera significativa al control del nivel de ansiedad en las gestantes durante la fase latente del trabajo de parto. Esta preparación proporciona herramientas emocionales que permitan a las gestantes enfrentar el proceso con mayor seguridad y confianza. Sin embargo, es importante señalar que, aunque la ansiedad fue menor en el grupo preparado, en ambos predominó la ansiedad leve. Esto indica que la PPO no elimina por completo la ansiedad, pero sí favorece un mejor manejo de las emociones, disminuye la respuesta ansiosa y optimiza la adaptación de la gestante frente al trabajo de parto. En conjunto estos resultados respaldan la importancia de la PPO como una intervención efectiva para promover una experiencia obstétrica más tranquila y positiva.

CONCLUSIONES

- Primera:** Durante la fase latente del trabajo de parto, las gestantes que no realizaron psicoprofilaxis obstétrica presentaron, en su mayoría, niveles de ansiedad lo que evidencia que la ausencia de esta preparación no descarta la manifestación de ansiedad en dicho periodo.
- Segunda:** La psicoprofilaxis obstétrica se asoció significativamente con el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto; aunque la ansiedad se mantuvo presente y se identificó ansiedad grave en el grupo que realizó tres sesiones, en las gestantes que completaron un mayor número de sesiones no se evidencio este nivel de severidad, predominando la ansiedad leve y moderada.
- Tercera:** Se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en el nivel de ansiedad durante la fase latente del trabajo de parto entre gestantes con y sin psicoprofilaxis obstétrica; aquellas que asistieron a las sesiones presentaron predominantemente ansiedad leve y modera, mientras que las que no realizaron mostraron mayores niveles de ansiedad moderada y grave.

RECOMENDACIONES

- Primera:** Se recomienda al Equipo de Salud, promover y motivar la participación activa de las gestantes en las sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, mediante la orientación oportuna sobre los beneficios que ofrece este programa en la disminución de la ansiedad y la preparación integral para el proceso del parto.
- Segunda:** Se recomienda al servicio de Obstetricia fomentar la asistencia constante de las gestantes y el cumplimiento completo del paquete de sesiones de psicoprofilaxis obstétrica, promoviendo el apoyo de la pareja y considerando los factores sociales y económicos que influyen en su bienestar y en una experiencia de parto positiva.
- Tercera:** Se recomienda al Centro de Salud promover de forma continua programas de educación y apoyo para la gestante y su pareja, orientados a la preparación física, psicológica y emocional durante el embarazo, con el fin de mejorar la calidad de la atención y el bienestar integral de la madre y el recién nacido.
- Cuarta:** Se recomienda a los futuros investigadores, realizar estudios similares con un mayor tamaño muestral y en diferentes etapas del trabajo de parto, para conocer mejor cómo la psicoprofilaxis obstétrica se relaciona con otros aspectos psicológicos o físicos que puedan influir en la experiencia materna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Molina Fernández I, Rubio Rico L, Roca Biosca A, Jimenez Herrera M, De la Flor Lopez M, Sirgo A. Ansiedad y miedos de las gestantes ante el parto: La importancia de su detección. Scielo [Internet]. 2015 [citado el 22 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n13/n13a03.pdf>
2. Martínez Schulte A, Karchmer Krivitzky S. Psicoprofilaxis obstétrica. La realidad actual. Acta méd Grupo Ángeles [Internet]. 2021 [citado el 22 de mayo de 2025];19(3):361–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300361
3. Kundarti FI, Kiswati, Komalya INT. Mindfulness based intervention reduce anxiety in labor. Gac Sanit [Internet]. 2024 [citado el 22 de mayo de 2025];38(102359):102359. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112024000100400
4. Recomendaciones de la OMS para los cuidados durante el parto, para una experiencia de parto positiva, transformar la atención a mujeres y neonatos para mejorar su salud y bienestar [Internet]. Who.int. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272435/WHO-RHR-18.12-spa.pdf>
5. Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento [Internet]. Elpartoesnuestro.es. 1985 [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/oms/Recomendaciones%20OMS%20Fortaleza.pdf>
6. Guía técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica & Estimulación Prenatal [Internet]. Gob.pe. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: [Guía_técnica_para_la_psicoprofilaxis_obstétrica_y_estimulación_prenatal20190716-19467-rkusju.pdf](https://www.gob.pe/gobierno/guia-tecnica-para-la-psicoprofilaxis-obstetrica-y-estimulacion-prenatal-20190716-19467-rkusju.pdf)
7. García Bellocq M, Peñate Brito J, Estrada García A, Rodríguez Curbelo M, Sánchez García AS. Consideraciones sobre la psicoprofilaxis obstétrica familiar. Rev médica electrón [Internet]. 2020 [citado el 30 de octubre de 2025];42(6):2659–73. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000602659

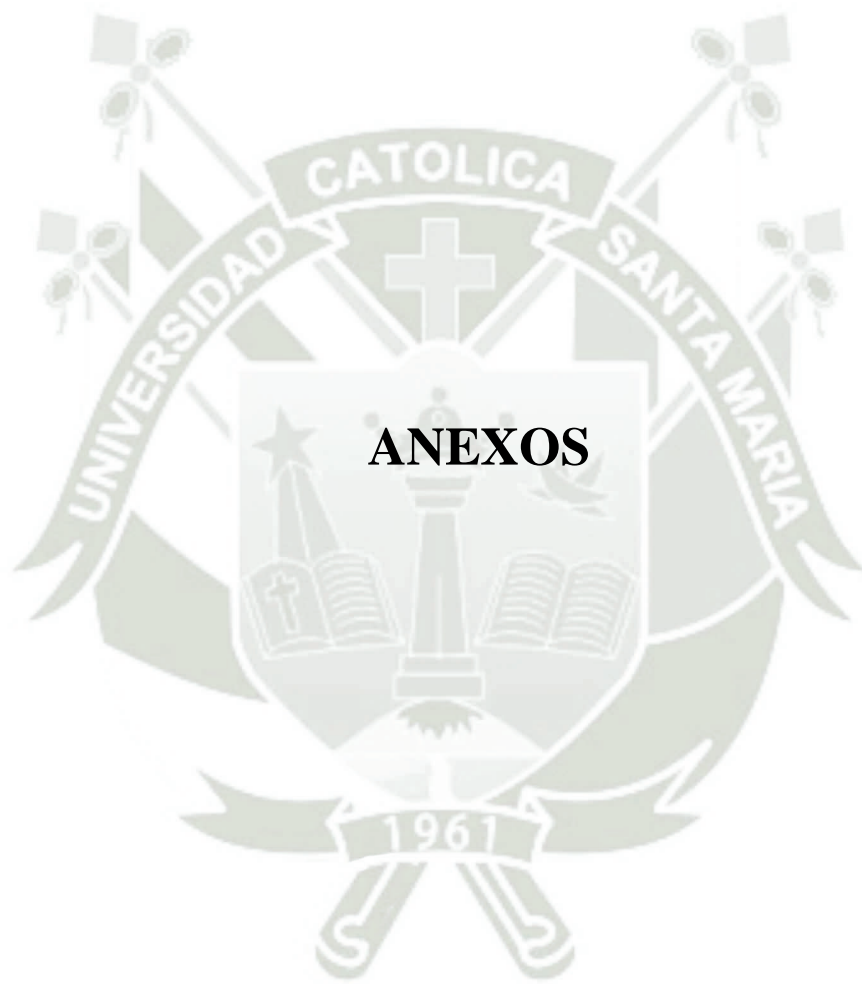
8. Fernández M. y Fernández-Arroyo Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado el 30 de octubre de 2025];22(1–2):40–4. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100009
9. Sánchez C. Obstetric Psychoprophylaxis For Midwives [Internet]. NPunto. 2020 [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.npunto.es/revista/24/psicoprofilaxis-obstetrica-para-matronas>
10. Morales A, Mesinas G, Peña Y. Obstetric Psychoprophylaxis: Update, definitions and concepts. Horiz méd [Internet]. 2014 [citado el 30 de octubre de 2025];14(4):53–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2014000400010
11. Diaz M, Amato R., Chávez J., Ramirez M., Rangel. S, Rivera L., López J. Depresión y Ansiedad en Embarazadas. Salus [Internet]. 2013 [citado el 22 de mayo de 2025];17(2):32–40. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-71382013000200006
12. Martinez M, Cándido J, Cano A, García J. Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. ISSN: 1134-7937. :2012, 18(2-3), 201–219[Internet]. Ansiedadystres.es. [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2012/anyes2012a17.pdf>
13. Salgado R, Torres M, Salazar R, Bolívar L, Quispe Y, Chilipio M, editor. Nivel de ansiedad según el trimestre del embarazo en un establecimiento de salud de atención primaria [Internet]. Vol. 91. Nieto Editores; 2023. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2023/gom237b.pdf>
14. Requejo A, Bustamente E. Prevalencia y factores asociados a ansiedad y depresión en gestantes de tres Centros de Salud de un distrito de Chiclayo, Perú, 2023 [Internet]. [Chiclayo]: Universidad San Martín de Porres; 2024 [citado el 22 de mayo de 2025]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/13409/requejo_bustamante.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Kikuyama CMK. Relación entre creencias irracionales y ansiedad social en estudiantes de la facultad de psicología de una Universidad privada de Lima Metropolitana [Internet].

- [Lima]: Universidad Peruana Cayetano Heredia; [citado el 8 de julio de 2025]. Disponible en:
[https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/659/Relaci%
c3%b3n_KubaKikuyama_Clara.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/659/Relaci%c3%b3n_KubaKikuyama_Clara.pdf?sequence=3&isAllowed=y).
16. García R. Nivel de ansiedad según la escala de Zung en los pacientes que acuden a la consulta de emergencia del Hospital regional de Loreto [Internet]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2014 [citado el 22 de mayo de 2025]. Disponible en: https://repositorio.unapikitos.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12737/3709/Ricardo_Tesis_Titulo_2014.pdf?sequence=1
 17. Azúa M, Carvajal B. Actualización del trastorno de ansiedad durante el embarazo. Revista Medica [Internet]. 2024;9(2):8. Disponible en: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/1140>
 18. Biaggi Alessandra, Conroy Susan, Pawlby Susan, Pariante Carmine. Identificación de las mujeres en riesgo de ansiedad y depresión prenatal: una revisión sistemática. Journal of Affective Disorders. 2016;191:16
 19. Torres M. Relación entre factores sociodemográficos y niveles de ansiedad según la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung en internos de medicina humana en dos hospitales públicos de Arequipa [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado el 22 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e59424dc-7ad4-49af-8c1f-60221e77fb65/content>
 20. Horacio R, Schwarcz R, Duverges C. (Abril de 2016). Obstetricia 7ma Edicion (R. Fescina, S. R. Leopold, & C. Duverges, Eds.). El Ateneo.
 21. Dávila A, Lazo L. Efecto de la Digitopuntura sobre la Intensidad del Dolor y la Evolución del Trabajo de Parto en Primigestas Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza del 17 de Febrero al 15 de Marzo Arequipa - Perú - 2016 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2016. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/d71fddef-ff7b-476f-9353-e8912b83200d>
 22. Ibarcena M. QR. Influencia de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el Nivel de Ansiedad de la Gestante Joven, Durante el Trabajo de Parto en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz -Zamácola Arequipa. Noviembre - Diciembre 2016 [Internet]. [Arequipa]: Universidad

Católica de Santa María; 2017. Disponible en:
<https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/6178>

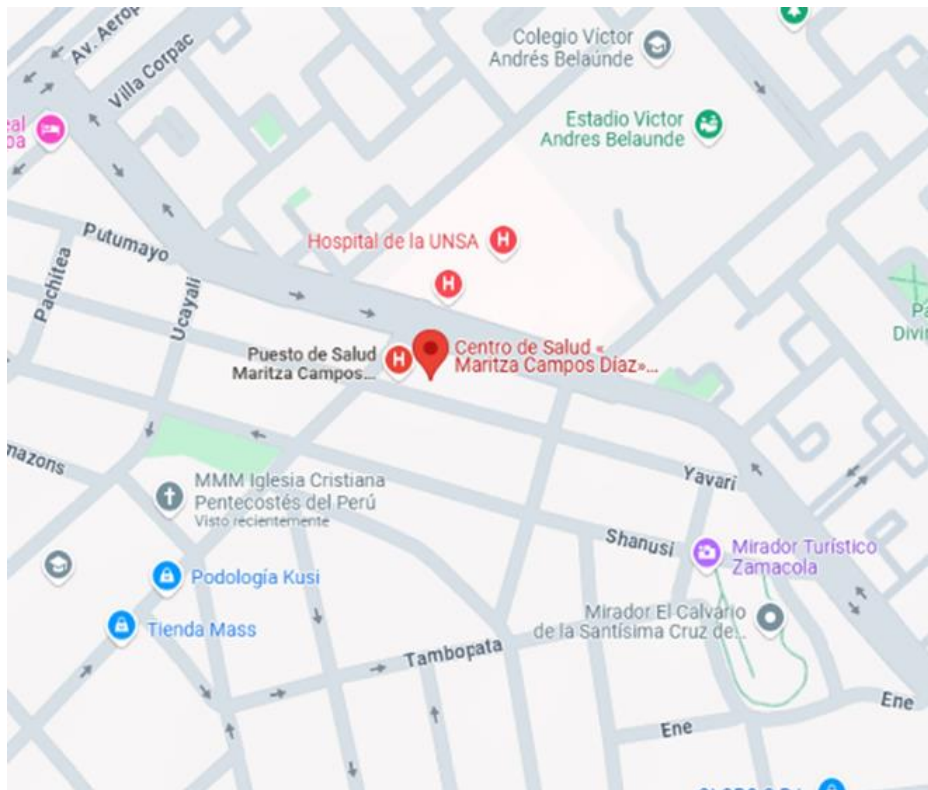
23. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado 29 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>
24. Balmaceda L. Compliance with the completion and interpretation of the partogram during the monitoring of labor in the labor and delivery room of the Alfonso Moncada Guillén–Ocotal Hospital, in the period October to December 2018 [Internet]. [Nicaragua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2019. Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/id/eprint/11169/>
25. Mandarachi P., Simon L. Factores maternos y su asociación con el tiempo de trabajo de parto en gestantes atendidas en el Hospital Regional Docente Materno Infantil El Carmen, enero - junio del 2017 [Internet]. [Huancayo]: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12894/4356>
26. Maiellano B, Hernández P. Alumbramiento dirigido con oxitocina intraumbilical. J Negat No Posit Results [Internet]. 2020 [citado el 30 de octubre de 2025];428–35. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000400005
27. Villar M. Evaluación del uso de la hidroterapia para el alivio del dolor durante el trabajo de parto en gestantes de bajo riesgo. Proyecto de estudio cuasiexperimental [Internet]. [Madrid]: Universidad Pontificia Comillas; [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11531/36469>
28. González R. Monografía sobre las emociones del parto [Internet]. Fundación de enfermería de Cantabria; [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/8/59>
29. Huang Y, Zhong Y, Chen Q, Zhou J, Fu B, Deng Y, et al. A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2024;24(1):400. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-024-06571-3>
30. Hildingsson I, Nordin-Remberger C, Wells MB, Johansson M. Cluster analysis of fear of childbirth, anxiety, depression, and childbirth self-efficacy. J Obstet Gynecol Neonatal

- Nurs [Internet]. 2024;53(5):522–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogn.2024.04.004>
31. Nikoozad S, Safdari-Dehcheshmeh F, Sharifi F, Ganji F. The effect of prenatal education on health anxiety of primigravid women. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2024;24(1):541. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-024-06718-2>
32. Huaripata L. Psicoprofilaxis Obstétrica: Ansiedad y complicaciones materno perinatales del parto. Centro de salud materno infantil baños del inca. [Internet]. [Cajamarca]: Universidad nacional de Cajamarca; 2021 [citado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5315/Tesis%20final%20La zetti%20Milena%20Huaripata%20Villegas.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5315/Tesis%20final%20La%20zetti%20Milena%20Huaripata%20Villegas.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
33. De La Cruz V. Ansiedad en gestantes sin y con participación en un programa de psicoprofilaxis obstétrica en el centro materno infantil Ollantay, 2022 [Internet]. [Moquegua]: Universidad José Carlos Mariátegui; 2024 [citado el 27 de mayo de 2025]. Disponible en: [https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/2694/Veronica tesis_grad-acad_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/2694/Veronica%20tesis%20grad-acad%202024.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Damacén V. Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en los niveles de estrés y ansiedad en gestantes del Centro Materno Infantil El Progreso, 2023 [Internet]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; [citado el 2 de julio de 2025]. Disponible en: Microsoft Word - C694_2024_Damacen_ov_referencia
35. Perez M. Factores asociados a depresión y ansiedad en pacientes gestantes entre 18 a 40 años en el centro de salud Miguel Grau B Arequipa, 2023 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; [citado el 2 de julio de 2025]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12773/16407>
36. Torres M. Relación entre factores sociodemográficos y niveles de ansiedad según la escala de autoevaluación de ansiedad de Zung en internos de medicina humana en dos hospitales públicos de Arequipa en el mes de Junio del 2023 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado el 30 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/e59424dc-7ad4-49af-8c1f-60221e77fb65/content>



Anexo 1

Ubicación del C.S Maritza Campos Diaz



Anexo 2 Autorización



MEMORANDUM N° 1901 -2025-GR/GRS/GR-RSAC-D-OA-J-PERS-CAP y SERUMS.

**A : Cir. Dent. JUAN ROSENDO ALARCON ARENAS
JEFE DE LA MICRORED DE MARITZA CAMPOS DIAZ – ZAMACOLA**

ASUNTO : TRABAJO DE INVESTIGACION

REFERENCIA : DOC. N° 8605380, EXP. N° 5253484

FECHA : AREQUIPA, 03 DE SETIEMBRE DEL 2025

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y en mérito al documento de la referencia me permito presentar a **BRICEIDA DIANA ANCHAPURI ARIZAPANA Y HEYDI MELISSA CONDORI CHAVEZ**, estudiantes la Escuela de Obstetricia y Puericultura de la *Universidad Católica de Santa María*, quienes realizaran su trabajo de investigación titulado "EFECTO DE LA PSICOPROFILAXIS OBSTETRICA EN EL NIVEL DE LA ANSIEDAD EN LA FASE LATENTE DEL TRABAJO DE PARTO ATENDIDAS EN EL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ, AREQUIPA SETIEMBRE, 2025." en la Microred de Salud Maritza Campos Días -Zamácola de la Red de Salud Arequipa Caylloma, durante el mes de setiembre 2025, debiendo coordinar con el responsable de Personal, sobre los horarios para la realización de las mismas.

Así mismo al culminar la aplicación del instrumento se deberá realizar la entrega de la constancia de aplicación del instrumento por el establecimiento en el que se aplicó.

Sin otro particular, agradeceré brindarle las facilidades del caso.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Dr. Christian J. Gamero Rendón
CAMP 34966
Director Ejecutivo

CIGR/M/GM/ACV/PBR/abc.
Se adjunta Dpc. N°
SISGEDO Reg. Doc: 8671020
Fólio : (01)

Reg. Expediente: 5253484

AREQUIPA SOMOS TODOS

Av. Independencia con Paucarpata, Edificio
Héroes Anónimos, bloque E N° 600 interior N° 424
T. 054-200823 - 208777 - 202279

Anexo 3

Escala de Zung para Ansiedad

Estimada gestante marque con una (X) lo que usted crea apropiado, le pedimos sinceridad al marcar, de acuerdo a lo siguiente:

- 1 = Nunca o muy pocas veces
- 2 = Algunas veces
- 3 = Frecuentemente
- 4 = La mayoría de veces o siempre

REACTIVOS	1	2	3	4
1. Me siento agotada y melancólica ante mi estado gestacional.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo ataques de llantos o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormir en la noche.				
5. Me siento igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más rápido que de costumbre.				
10. Me canso, aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquila y no puedo mantenerme quieta.				
14. Tengo esperanza en el futuro por mi estado de gestación.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesaria.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

Nivel de interpretación:

- <36 puntos = no hay ansiedad
- De 36-47 puntos = ansiedad leve
- De 48-59 puntos = ansiedad moderada
- \geq 60 puntos = ansiedad grave

Anexo 4

Instrumento de Recolección de Datos

Estimada gestante, marque con un ASPA (X) la alternativa que considere adecuada. El presente instrumento tiene como finalidad recopilar información para fines de investigación.

Datos Generales

1. Edad: AÑOS

2. Ocupación:

- Estudiante
- Ama de casa
- Trabajadora

3. Grado de Instrucción:

- Primaria
- Secundaria
- Superior

4. Estado Civil:

- Soltera
- Casada
- Conviviente

5. Número de hijos vivos:

- 0 hijos
- 1 hijo
- 2 a más hijos

6. Experiencias emocionales del parto anterior. ¿Cuál fue la emoción que sentiste en tu parto anterior?

- Felicidad
- Tranquilidad
- Miedo
- Dolor
- Ninguna

7. Sesiones de Psicoprofilaxis:

- No hizo ninguna sesión de psicoprofilaxis
- 1 sesión
- 2 sesiones
- 3 sesiones
- 4 sesiones
- 5 sesiones
- 6 sesiones



Anexo 5

Consentimiento Informado

Reciba un cordial saludo, a través de este documento le invitamos a participar de manera voluntaria en nuestro proyecto de investigación titulado “Efecto de la Psicoprofilaxis Obstétrica en el nivel de la ansiedad en la fase latente del trabajo de parto en gestantes atendidas en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz - Zamácola - Arequipa, Agosto – Octubre 2025”.

Mediante este documento se le garantiza y asegura la total confidencialidad de sus datos proporcionados, así como el anonimato de su identidad. Queda explícitamente establecido que los datos recolectados serán utilizados y analizados exclusivamente para los propósitos académicos de la investigación.

Declaro que:

- Me han brindado una explicación clara y he comprendido plenamente el propósito.
- Las investigadoras han resuelto todas mis dudas con relación a mi participación en dicho estudio.

Por consiguiente, acepto participar de forma voluntaria.

FIRMA:

Condori Chávez,
Heydi Melissa
Investigadora responsable

Anchapuri Arizapana,
Briceida Diana
Investigadora responsable

Anexo 6
Matriz de Datos

ID	EDAD	OCUPACION	GRADO DE INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	Nº DE HIJOS VIVOS	EXPERIENCIAS EMOCIONALES DEL PARTO	Nº DE SESIONES DE PSICOPROFILAXIS	PSICOPROFILAXIS	NIVEL DE ANSIEDAD	FILTER
1	2	2	2	3	1	2	1	2,00	2	0
2	2	1	3	1	1	3	1	2,00	3	0
3	2	1	2	3	1	3	1	2,00	1	0
4	2	3	3	3	1	3	1	2,00	3	0
5	2	1	2	1	1	3	1	2,00	3	0
6	3	3	1	1	2	2	1	2,00	1	0
7	3	2	2	3	3	2	1	2,00	2	0
8	2	1	3	3	1	3	1	2,00	3	0
9	3	2	2	1	1	3	1	2,00	3	0
10	2	2	2	3	2	2	1	2,00	2	0
11	2	2	2	3	1	3	1	2,00	2	0
12	1	2	2	3	1	3	1	2,00	1	0
13	3	3	2	1	2	2	1	2,00	2	0
14	3	2	2	3	3	1	1	2,00	1	0
15	2	2	3	3	2	2	1	2,00	2	0
16	3	3	2	3	3	1	1	2,00	2	0
17	2	2	1	3	2	2	1	2,00	2	0
18	3	3	2	3	3	2	1	2,00	3	0
19	2	2	2	3	3	1	1	2,00	4	0
20	3	2	2	3	3	1	1	2,00	3	0
21	3	2	2	2	3	2	1	2,00	3	0
22	2	2	2	3	2	2	1	2,00	4	0
23	3	2	3	2	2	1	1	2,00	3	0
24	2	2	2	3	3	2	1	2,00	2	0
25	2	2	2	3	2	2	1	2,00	2	0
26	2	2	2	3	3	1	1	2,00	2	0
27	2	2	2	3	3	2	1	2,00	2	0
28	3	2	2	2	2	1	1	2,00	3	0
29	2	2	3	3	1	3	1	2,00	2	0

30	3	3	3	3	3	1	1	2,00	2	0
31	3	3	2	1	2	1	1	2,00	3	0
32	3	2	2	3	3	1	1	2,00	3	0
33	2	2	2	3	2	2	1	2,00	3	0
34	2	2	2	3	1	3	1	2,00	1	0
35	2	2	2	3	2	1	1	2,00	2	0
36	3	2	2	3	3	2	1	2,00	3	0
37	3	2	2	3	3	1	1	2,00	2	0
38	2	2	2	3	2	1	1	2,00	2	0
39	2	2	2	2	3	1	1	2,00	3	0
40	3	2	2	1	1	3	1	2,00	3	0
41	3	2	2	3	2	2	1	2,00	2	0
42	3	2	3	2	3	1	1	2,00	3	0
43	3	2	3	3	3	2	1	2,00	3	0
44	3	3	2	3	2	2	1	2,00	1	0
45	2	2	2	3	2	2	1	2,00	2	0
46	2	2	2	3	2	1	1	2,00	2	0
47	3	2	3	3	2	3	2	1,00	2	1
48	1	2	2	1	1	3	2	1,00	2	1
49	2	2	2	3	2	2	2	1,00	3	1
50	3	2	2	3	3	2	2	1,00	2	1
51	2	2	3	3	1	3	3	1,00	2	1
52	1	2	2	3	1	3	3	1,00	2	1
53	1	3	2	3	1	3	3	1,00	2	1
54	2	2	2	3	1	3	3	1,00	2	1
55	3	2	3	3	2	2	3	1,00	2	1
56	2	2	2	3	1	3	3	1,00	2	1
57	3	2	2	3	2	2	3	1,00	2	1
58	3	3	2	3	2	1	3	1,00	2	1
59	2	2	3	3	1	3	4	1,00	2	1
60	1	2	2	3	1	3	4	1,00	2	1
61	1	2	3	3	1	3	4	1,00	2	1
62	2	1	3	3	1	3	4	1,00	4	1
63	1	1	3	1	1	3	4	1,00	2	1
64	3	2	2	3	2	1	4	1,00	2	1
65	1	2	3	3	1	3	4	1,00	2	1
66	2	1	3	2	2	2	4	1,00	2	1

67	2	1	3	1	1	3	4	1,00	3	1
68	1	1	2	3	2	3	4	1,00	2	1
69	2	2	2	3	2	2	4	1,00	2	1
70	2	2	2	3	1	3	4	1,00	2	1
71	1	2	3	3	1	3	5	1,00	3	1
72	2	2	2	3	1	3	5	1,00	2	1
73	3	2	2	3	3	1	5	1,00	3	1
74	1	2	2	3	1	3	5	1,00	2	1
75	2	2	2	3	1	3	5	1,00	1	1
76	2	1	3	3	1	3	6	1,00	2	1
77	2	3	3	2	2	1	6	1,00	1	1
78	3	3	3	2	1	3	7	1,00	2	1
79	3	3	3	2	2	2	7	1,00	2	1
80	2	2	3	3	1	3	7	1,00	2	1
81	2	2	3	3	1	3	7	1,00	1	1
82	2	2	3	3	2	2	7	1,00	1	1
83	3	2	2	3	2	1	7	1,00	1	1
84	3	3	1	3	3	1	7	1,00	1	1
85	3	3	2	3	3	1	7	1,00	2	1
86	3	2	2	2	2	2	7	1,00	2	1
87	3	3	3	3	2	2	7	1,00	1	1
88	2	3	3	3	3	2	7	1,00	2	1
89	2	3	2	3	2	2	7	1,00	2	1
90	2	2	2	3	2	1	7	1,00	2	1
91	3	2	3	3	2	2	7	1,00	1	1
92	2	3	3	2	1	3	7	1,00	1	1
93	3	3	3	2	2	2	7	1,00	2	1
94	2	2	2	3	1	3	7	1,00	1	1
95	2	2	3	3	1	3	7	1,00	2	1
96	2	2	2	3	1	3	7	1,00	2	1
97	2	2	3	2	1	3	7	1,00	3	1
98	3	2	2	3	2	2	7	1,00	2	1
99	2	3	3	3	1	3	7	1,00	2	1
100	2	2	2	3	1	3	7	1,00	1	1
101	2	2	2	3	2	1	7	1,00	1	1
102	2	2	3	2	1	3	7	1,00	1	1