

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y
NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN
GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO,
ANDAHUAYLAS, 2026**

PRESENTADO POR:

Br. THALIA VILCHEZ MAUCAYLLE

PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL

DE OBSTETRA

ASESORA:

Mg. SILVIA ZOILA VEGA MAMANI

ANDAHUAYLAS - PERÚ

2026



Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

INFORME DE SIMILITUD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-321-2025-UNSAAC)

El que suscribe, el Asesor SILVIA ZOILA VEGA MAMANI.....
..... quien aplica el software de detección de similitud al
trabajo de investigación/tesis titulada: RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE
VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE
SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD
SAN JERONIMO, ANDAHUAYLAS, 2026.

Presentado por: THALIA VILCHEZ MAUCAYLLE DNI N° 74309377;
presentado por: DNI N°:
Para optar el título Profesional/Grado Académico de OBSTETRA

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 3 veces, mediante el
Software de Similitud, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso del Sistema Detección de**
Similitud en la UNSAAC y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 5 %.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No sobrepasa el porcentaje aceptado de similitud.	<u>X</u>
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las subsanaciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, conforme al reglamento, quien a su vez eleva el informe al Vicerrectorado de Investigación para que tome las acciones correspondientes; Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de Asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y **adjunto**
las primeras páginas del reporte del Sistema de Detección de Similitud.

Cusco, 6 de Julio de 2026



Firma

Post firma SILVIA ZOILA VEGA MAMANI

Nro. de DNI 40039928

ORCID del Asesor N°0009-0006-9425-677X

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema de Detección de Similitud: **oid:** 27259:605200393

THALIA VILCHEZ MAUCAYLLE

RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA E...

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:605200393

Fecha de entrega

6 jul 2026, 6:26 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

6 jul 2026, 6:34 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBREdocx

Tamaño del archivo

8.3 MB

110 páginas

21.888 palabras

129.237 caracteres

5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Coincidencias menores (menos de 25 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 3%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

PRESENTACIÓN

SEÑOR RECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y SEÑOR DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD.

Para cumplir con el reglamento de grados y títulos de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, y con el objetivo de optar el título profesional de Obstetra, me permito presentar para su consideración la tesis titulada **“RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026.”**

La presente investigación ha sido desarrollada con fundamento metodológico en el campo de la obstetricia, orientada a generar evidencia relevante en el ámbito de la salud materna. Los hallazgos obtenidos permitirán aportar información científica para fortalecer las estrategias de promoción, prevención y educación en gestantes, favoreciendo la identificación oportuna de señales de alarma durante el embarazo. Asimismo, servirá como referencia para futuras investigaciones a nivel local, promoviendo el desarrollo de nuevos estudios en salud materna.

Br. Thalia Vilchez Maucaylle

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi guía inquebrantable en cada etapa de mi vida, por darme fortaleza y sabiduría en los momentos difíciles y permitirme alcanzar esta meta tan anhelada.

A mi amada madre, Julia Maucaylle, la mujer más importante de mi vida, mi mayor ejemplo de valentía. Eres mi motor y motivo, mi pilar fundamental. A pesar de los sacrificios y los innumerables desafíos que nos tocó enfrentar, siempre encontraste la manera de brindarme tu apoyo permanente e incondicional. Gracias por creer en mí, por impulsarme a seguir adelante. Te dedico este trabajo con todo mi corazón, como una muestra de mi eterno agradecimiento y del profundo amor que siento por ti. Eres y siempre serás mi mayor orgullo, mi inspiración y la razón por la que nunca dejo de luchar por mis sueños.

A mi padre, Lorenzo Vílchez, quien, a pesar de las adversidades y desafíos que la vida nos ha presentado cada día, nunca dejó de luchar por nuestro bienestar. Gracias por tu inmenso esfuerzo, por tu entrega y por transformar cada sacrificio en el mayor impulso para mis estudios.

A mis hermanas Katya, Liseth y Melina por ser un soporte esencial en mi vida, por su cariño, compañía y por compartir cada paso de este camino. Su presencia en mi vida es un regalo que valoro profundamente.

Dedicado también, con profundo respeto a mis abuelitos Casimiro, Eugenia y Venancia, quienes desde el cielo siguen guiando mis pasos por el camino del bien.

AGRADECIMIENTO

Mi más sincero agradecimiento a Dios por brindarme vida, fortaleza, sabiduría y la oportunidad de culminar una etapa tan importante en mi formación profesional.

Expreso mi más profundo agradecimiento a mis padres, Julia Maucaylle y Lorenzo Vilchez, por su amor incondicional, esfuerzo, sacrificio y apoyo constante durante cada etapa de mi vida académica. Gracias por creer en mí y motivarme a seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mis hermanas Katya, Liseth y Melina, por su cariño, comprensión y por acompañarme en este camino con palabras de aliento y por ser mi constante motivación.

A mi asesora, Mgt. Silvia Zoila Vega Mamani por su paciencia, por compartir sus conocimientos esenciales para el desarrollo de esta investigación.

Asimismo, agradezco a la Obstetra Karina Jasmín Sulca Carbajo quien me guio con su experiencia y rigurosidad metodológica en todo el proceso de mi investigación.

Finalmente, extendiendo mi gratitud a todas aquellas personas que, de manera directa o indirecta me brindaron su mano, sus consejos y su aliento para la culminación de este gran logro. ¡Muchas gracias a todos!

INDICE

PRESENTACIÓN	1
DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
INDICE	4
INDICE DE TABLAS.....	6
RESUMEN.....	7
ABSTRACT	8
INTRODUCCIÓN	9
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. Situación problemática	11
1.2. Formulación de problema	15
1.2.1. Problema general	15
1.2.2. Problemas específicos	16
1.3. Justificación de la investigación.....	16
1.3.1. Teórica.....	16
1.3.2. Metodológica.....	17
1.3.3. Practica.....	18
1.4. Objetivos de la investigación	18
1.4.1. Objetivo general	18
1.4.2. Objetivos específicos	18
II. MARCO TEÓRICO	19
2.1. Antecedentes de la Investigación	19
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	19
2.1.2. Antecedentes nacionales	25
2.1.3. Antecedentes regionales / locales	29
2.2. Bases teóricas.....	30
2.3. Bases conceptuales	35
2.4. Definición de términos básicos	52
III. HIPÓTESIS Y VARIABLES	53
3.1. Hipótesis	53
3.1.1. Hipótesis general	53
3.1.2. Hipótesis específica.....	53
3.2. Identificación de variables.....	53

3.3. Operacionalización de variables	54
IV. METODOLOGÍA.....	55
4.1 Ámbito de estudio: localización política y geográfica.....	55
4.2 Tipo y nivel de la investigación.....	55
4.3 Unidad de análisis	57
4.4 Población de estudio	57
4.5 Tamaño de muestra	58
4.6 Técnica de selección de muestra.....	59
4.7 Técnicas de recolección de información.....	59
4.8 Técnicas de análisis e interpretación de la información	60
4.9 Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas	61
4.10 Aspectos éticos	61
V. RESULTADOS	63
VI. DISCUSIÓN.....	74
VII. CONCLUSIONES	79
VIII. RECOMENDACIONES	79
IX. BIBLIOGRAFIA	81
X. ANEXOS.....	90
a. Matriz de consistencia.....	90
b. Solicitud de Validación de Instrumento por Juicio de Expertos	92
c. Hoja de Criterios para la Evaluación por Jueces y Expertos	93
d. Validación de Instrumento	94
e. Lista de expertos	99
f. Instrumento de recolección de datos (según las variables).....	100
g. Solicitud para la recolección de dato	101
h. Consentimiento informado para recolección de datos	102
i. Evidencias fotográficas.....	105

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.	65
Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.	67
Tabla 3. Frecuencia de visitas domiciliarias en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.	68
Tabla 4. Conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.	69
Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.	71
Tabla 6. Frecuencia de visitas domiciliarias y nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.	73
Tabla 7. Relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.	75

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes atendidas en dicho establecimiento de salud. **Metodología:** El estudio fue de tipo aplicado, enfoque cuantitativo, nivel correlacional-descriptivo y diseño no experimental de corte transversal. La población y muestra estuvo conformada por 69 gestantes de segundo y tercer trimestre de embarazo del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, durante el periodo de enero a abril del año 2026, empleándose un muestreo censal. La técnica utilizada fue la encuesta y los instrumentos fueron dos cuestionarios estructurados orientados a evaluar las variables de estudio. Para el análisis estadístico se empleó el programa SPSS versión 27, utilizando frecuencias, porcentajes y la prueba Chi cuadrado de Pearson. **Resultados:** El 58.0% presentó una alta frecuencia de visitas domiciliarias (3 a 4 visitas) con una periodicidad mensual de 66.7%, mientras que el 42.0% registró una frecuencia baja. Respecto al nivel de conocimientos en las gestantes de segundo y tercer trimestre, el 58.0% evidenció un nivel alto y el 42.0% un nivel bajo, denotándose una ausencia absoluta de casos en el nivel medio (0.0%). Que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables ($p=0.001$), con una intensidad de asociación de 0.520 mediante las pruebas estadísticas correspondientes. **Conclusión:** A mayor continuidad y regularidad mensual en el desarrollo de las visitas preventivas en el hogar, se suscita un incremento notable en la retención y comprensión materna de los signos de peligro obstétrico.

Palabras clave: Visitas domiciliarias, Señales de alarma obstétrica, Gestantes, Conocimiento materno.

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the frequency of home visits and the level of knowledge about warning signs in pregnant women in their second and third trimesters at the San Jerónimo Health Center, Andahuaylas, 2026.

Methodology: An applied, quantitative, descriptive-correlational, non-experimental, and cross-sectional study. The population and sample consisted of 69 pregnant women in their second and third trimesters selected through census sampling from January to April 2026. Structured questionnaires were used as instruments, and statistical analysis was performed using SPSS v.27, applying Pearson's Chi-square test. **Results:** 58.0% (40 pregnant women) presented a high frequency of home visits (three or more visits) with a predominantly monthly periodicity of 66.7%, while 42.0% (29 pregnant women) recorded a low frequency. Regarding the level of knowledge in second and third-trimester pregnant women, 58.0% showed a high level and 42.0% a low level, with an absolute absence of cases at the medium level (0.0%). Inferential analysis demonstrated the existence of a statistically significant relationship between both variables ($p = 0.001$), with an association intensity of 0.520 through the corresponding statistical tests.

Conclusions: Greater continuity and monthly regularity in the development of preventive visits in the home lead to a notable increase in maternal retention and understanding of obstetric danger signs.

Keywords: Home visits, Obstetric warning signs, Pregnant women, Maternal knowledge.

INTRODUCCIÓN

La salud materna constituye uno de los principales indicadores del desarrollo sanitario y social de una población, debido a que refleja las condiciones de acceso, calidad y oportunidad de los servicios de salud dirigidos a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio. A nivel mundial, las complicaciones obstétricas continúan representando una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal, especialmente en países en vías de desarrollo, donde persisten limitaciones relacionadas con el acceso a servicios de salud, educación sanitaria y seguimiento oportuno de las gestantes. En este contexto, el reconocimiento temprano de las señales de alarma durante el embarazo resulta fundamental para prevenir complicaciones graves y favorecer la búsqueda inmediata de atención médica. Las señales de alarma durante el embarazo comprenden un conjunto de signos y síntomas que indican posibles riesgos para la salud de la madre y el feto, entre ellos sangrado vaginal, pérdida de líquido amniótico, cefalea intensa, fiebre, visión borrosa, edema y disminución de movimientos fetales. La identificación oportuna de estas manifestaciones permite actuar precozmente frente a emergencias obstétricas y disminuir el riesgo de complicaciones maternas y neonatales. Sin embargo, diversos estudios internacionales y nacionales evidencian que un número importante de gestantes aún presenta deficiencias en el conocimiento de dichas señales, situación que incrementa el retraso en la búsqueda de atención sanitaria y favorece la aparición de complicaciones prevenibles. Frente a esta problemática, las visitas domiciliarias constituyen una estrategia esencial de la Atención Primaria en Salud, orientada a fortalecer el seguimiento prenatal, promover prácticas de autocuidado y mejorar el nivel de

conocimiento de las gestantes respecto a los riesgos obstétricos. Estas intervenciones permiten acercar los servicios de salud al entorno familiar, identificar factores de riesgo y brindar educación sanitaria personalizada según las necesidades de cada gestante. Asimismo, favorecen la continuidad de la atención prenatal y fortalecen el vínculo entre el personal de salud, la gestante y su familia. En el contexto peruano, el Ministerio de Salud promueve las visitas domiciliarias como parte de las estrategias preventivas dirigidas a reducir la morbilidad materna y mejorar la cobertura de atención prenatal. No obstante, en diversas zonas rurales y urbano marginales aún persisten dificultades relacionadas con la continuidad y frecuencia de estas intervenciones, lo que podría influir negativamente en el nivel de conocimiento de las gestantes sobre señales de alarma obstétrica.

En el Centro de Salud San Jerónimo, ubicado en la provincia de Andahuaylas, se ha observado que algunas gestantes presentan limitaciones para reconocer oportunamente signos y síntomas de riesgo durante el embarazo, a pesar de las actividades educativas desarrolladas por el establecimiento de salud. Asimismo, existen diferencias en la frecuencia de visitas domiciliarias recibidas por las usuarias, situación que podría influir en el fortalecimiento de sus conocimientos y capacidades preventivas frente a posibles complicaciones obstétricas. Por ello, surge la necesidad de desarrollar la presente investigación titulada “Relación entre frecuencia de visitas domiciliarias y nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes atendidas en dicho establecimiento de salud. Los resultados obtenidos permitirán generar evidencia

científica relevante para fortalecer las estrategias de promoción y prevención desarrolladas durante la atención prenatal, contribuyendo a mejorar la salud materna y reducir riesgos obstétricos en la población estudiada. El presente estudio de investigación está estructurado en cinco capítulos, organizados de manera sistemática para garantizar coherencia y rigor metodológico: Capítulo I: Comprende el planteamiento y la formulación del problema, así como la justificación y los objetivos de la investigación. Capítulo II: Desarrolla el marco teórico, incluyendo los antecedentes del estudio, las bases teóricas y conceptuales, y la definición de términos básicos. Capítulo III: Presenta las hipótesis, la identificación de variables y su correspondiente operacionalización. Capítulo IV: Describe el enfoque metodológico, detallando el contexto del estudio, el tipo y diseño de investigación, la unidad de análisis, la población y muestra, así como las técnicas e instrumentos de recolección de datos y los procedimientos para su análisis e interpretación. Capítulo V: Expone los resultados obtenidos, su análisis e interpretación, y culmina con las conclusiones y recomendaciones fundamentadas en la evidencia generada.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Situación problemática

La salud materna continúa siendo un problema prioritario de salud pública, debido a que una proporción importante de las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio pueden prevenirse mediante una atención prenatal oportuna, educación sanitaria continua y reconocimiento temprano de las señales de alarma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que en el 2023 ocurrieron aproximadamente 260 000 muertes maternas en el mundo, equivalentes a más de 700 muertes diarias por causas relacionadas con la gestación; la mayoría de ellas prevenibles mediante intervenciones sanitarias oportunas y de calidad (1). Esta

situación evidencia que la prevención de la morbilidad materna no depende únicamente de la disponibilidad de servicios de salud, sino también de la capacidad de las gestantes para identificar signos de riesgo y buscar atención inmediata. Los signos de alarma en gestantes son manifestaciones clínicas que indican un posible compromiso de la salud materna o fetal y requieren evaluación obstétrica inmediata. Entre ellos se incluyen sangrado vaginal, cefalea intensa, visión borrosa, dolor abdominal severo, fiebre, edema de cara y manos, convulsiones, pérdida de líquido amniótico, disminución de movimientos fetales, vómitos persistentes. Estos signos se asocian a complicaciones graves como hemorragia obstétrica, preeclampsia, eclampsia, infecciones, amenaza de parto pretérmino y sufrimiento fetal; por ello, el conocimiento adecuado de estos signos de alarma representa un componente esencial para la reducción de la morbilidad materna-perinatal (2,3). En este marco, la OMS recomienda que la atención prenatal integre consejería, educación para el autocuidado, integrando no solo controles clínicos, identificación de riesgos, preparación para el parto y orientación para la búsqueda oportuna de atención ante signos de peligro (2). Bajo este enfoque, las visitas domiciliarias constituyen una estrategia clave de la atención primaria, pues permiten acercar los servicios de salud al entorno familiar de la gestante, reforzar mensajes educativos y vigilar factores de riesgo (3).

A nivel mundial, el bajo conocimiento de las gestantes sobre señales de alarma sigue siendo una limitación importante. Estudios desarrollados en países de ingresos bajos y medianos, han demostrado que muchas gestantes no reconocen de manera integral los signos de peligro obstétrico, lo cual puede retrasar la decisión de acudir a un establecimiento de salud. En Etiopía, investigaciones publicadas en revistas indexadas reportaron que el conocimiento sobre estas

señales se relaciona directamente con factores como nivel educativo, la paridad y el acceso previo a información sanitaria (4,5).

En América Latina y el Caribe, la situación es similar; la Organización Panamericana de la Salud (OPS) informo que la razón de mortalidad materna regional se mantuvo en 59 muertes por cada 100 000 nacidos vivos, cifra que aún supera la meta regional de 30 muertes por cada 100 000 nacidos vivos establecida para el año 2030 (6). Asimismo, la OPS advierte que muchas defunciones maternas en la región están relacionadas con complicaciones prevenibles durante el embarazo, parto y puerperio, por lo que resulta necesario fortalecer la atención primaria, la educación prenatal, la referencia oportuna y el seguimiento comunitario (7).

En el Perú, aunque se han logrado avances, persisten brechas relacionadas con el acceso oportuno, calidad de atención prenatal, educación sanitaria y reconocimiento temprano de complicaciones. El Ministerio de Salud (MINSA) establece que la atención integral de la gestante debe incluir la orientación sobre signos de alarma (8). A nivel nacional, la mortalidad materna continúa representando un importante problema de salud pública. Según el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), las causas obstétricas directas, como la hemorragia y los trastornos hipertensivos del embarazo, entre ellos la preeclampsia y eclampsia, continúan contribuyendo significativamente a la mortalidad materna en el país, hasta la semana epidemiológica 52 del año 2024, el 60,6 % de las muertes maternas ocurrieron por causas directas (9).

Sin embargo, en zonas rurales y altoandinas, como Andahuaylas las gestantes pueden enfrentar barreras geográficas complejas, económicas, culturales y

lingüísticas que pueden limitar la comprensión de mensajes preventivos lo cual dificulta el acceso oportuno a la atención.

En este contexto, las visitas domiciliarias adquieren especial importancia, ya que permiten al personal de salud evaluar el entorno real de la gestante y reforzar la consejería de manera personalizada. En estas intervenciones se debe involucrar activamente a la familia, promoviendo el parto institucional y verificando si la gestante reconoce adecuadamente las señales de riesgo. La evidencia científica señala que una visita aislada podría no ser suficiente para generar un conocimiento sostenido; por el contrario, una mayor frecuencia de visitas favorece la repetición de contenidos, la aclaración de dudas, la identificación oportuna de riesgos y la toma de decisiones frente a posibles complicaciones (10,11).

En el Centro de Salud San Jerónimo se identifica una problemática de carácter estructural y operativo que afecta el seguimiento de las usuarias. El establecimiento cuenta con una alta demanda de atención prenatal, lo cual contrasta con la limitación de recursos humanos en el área de obstetricia. Esto provoca que el personal de salud deba priorizar las actividades asistenciales dentro del consultorio, reduciendo el tiempo real disponible para salir a la comunidad a realizar las visitas domiciliarias. Asimismo, debido a la dispersión geográfica de las gestantes en zonas rurales y periféricas de la jurisdicción, muchas de las visitas que logran ejecutarse se dan de forma tardía o discontinua. A esta situación se suma una barrera comunicacional y cultural en la transmisión de la información educativa in situ, lo que genera que las gestantes de segundo y tercer trimestre asimilen de forma deficiente las charlas preventivas.

Como consecuencia directa, de estas limitaciones operativas y geográficas, el problema se materializa cuando las pacientes acuden por el servicio de urgencia

con cuadros graves de preeclampsia, hemorragias o pérdida de líquido amniótico, manifestando no haber reconocido a tiempo que sus vidas y las de sus bebés estaban en peligro en sus hogares. Esta situación crítica se corrobora con las evidencias epidemiológicas de la dirección de Red de Salud Andahuaylas (12), cuyos reportes sitúan al distrito de San Jerónimo como una de las zonas con mayor incidencia de Morbilidad Materna Extrema (MME) en la provincia, demostrando que muchas gestantes experimentan complicaciones que ponen en riesgo su vida debido a la falta de un reconocimiento temprano de las señales de alarma.

Ante esta problemática descrita, la presente investigación se desarrolla con el propósito de evaluar el impacto educativo real de las visitas domiciliarias preventivas en este establecimiento. La razón fundamental de realizar este estudio radica en la necesidad de analizar si el seguimiento en la comunidad está cumpliendo eficazmente su función orientadora; con ello, se busca proporcionar al Centro de Salud San Jerónimo un diagnóstico científico que permita optimizar las estrategias de intervención comunitaria en obstetricia, garantizando que la educación llegue de manera efectiva a la gestante rural y disminuyendo así los ingresos de emergencia por complicaciones críticas.

Se justifica por su relevancia científica, sanitaria y social. Científicamente, aportará a conocer la realidad local sobre una estrategia de atención primaria aplicada a gestantes. Sanitariamente, permitirá mejorar el trabajo de los personales de salud en la educación materna y en el seguimiento prenatal. Socialmente, contribuirá al empoderamiento de la gestante y su familia para reconocer oportunamente complicaciones y sepan reaccionar a tiempo ante una emergencia.

1.2. Formulación de problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026?

1.2.2. Problemas específicos

- PE1 ¿Cuál es la frecuencia de las visitas domiciliarias que reciben las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026?
- PE2 ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026?

1.3. Justificación de la investigación

1.3.1. Teórica

La presente investigación se fundamenta en el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS), el cual promueve intervenciones integrales orientadas a la prevención de enfermedades, promoción de la salud y fortalecimiento de la participación comunitaria, priorizando a poblaciones vulnerables como las gestantes. Asimismo, se sustenta en la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem, que considera a la persona como un ser capaz de desarrollar conductas orientadas al cuidado de su propia salud cuando recibe orientación adecuada y apoyo continuo del personal sanitario. Desde la perspectiva científica, este estudio busca ampliar la comprensión sobre la relación existente entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma durante el embarazo, considerando que el conocimiento materno constituye un factor determinante en la toma de decisiones oportunas frente a complicaciones obstétricas. La investigación no solo pretende describir una problemática sanitaria, sino también comprender cómo las estrategias educativas desarrolladas desde el primer nivel de atención pueden influir en la capacidad de respuesta de las gestantes ante situaciones de

riesgo. Además, esta investigación adquiere relevancia debido a la limitada evidencia científica local relacionado con ambas variables en contextos rurales y altoandinos, como Andahuaylas. En ese sentido, los hallazgos permiten fortalecer el cuerpo teórico existente y generar información actualizada que pueda servir como base para futuras investigaciones relacionadas con salud materna, educación prenatal y atención comunitaria

1.3.2. Metodológica

La investigación presenta relevancia metodológica porque permite abordar el problema de estudio mediante un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y nivel correlacional, facilitando el análisis objetivo de la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes. Este abordaje metodológico favorece la obtención de resultados medibles y verificables, permitiendo interpretar el comportamiento de las variables dentro de un contexto real de atención primaria. Asimismo, el estudio contempla el uso de instrumentos estructurados y sometidos a procesos de validación mediante juicio de expertos, garantizando la pertinencia, claridad y coherencia de los ítems planteados. De igual manera, se evaluó la confiabilidad estadística del instrumento para asegurar precisión en la recolección de los datos. Este proceso metodológico contribuye no solo a fortalecer la rigurosidad científica de la investigación, sino también a proporcionar una herramienta útil que pueda ser adaptada y empleada en futuros estudios relacionados con salud materna y educación prenatal. Por otro lado, la metodología planteada permitió generar evidencia objetiva sobre una problemática poco explorada en el ámbito local, contribuyendo a mejorar la producción científica regional y fortaleciendo las investigaciones desarrolladas en el primer nivel de atención

1.3.3. Practica

La presente investigación posee relevancia práctica porque busca identificar si la frecuencia de visitas domiciliarias influye en el nivel de conocimientos de las gestantes sobre señales de alarma durante el embarazo, información que resulta fundamental para fortalecer las estrategias de promoción y prevención desarrolladas por el personal de salud. Los resultados contribuirán a reconocer posibles debilidades en el seguimiento domiciliario y en las acciones educativas brindadas a las gestantes, favoreciendo la implementación de intervenciones más cercanas, continuas y contextualizadas a las necesidades de la población. Asimismo, busca a que los profesionales de salud, especialmente del primer nivel de atención, refuercen el acompañamiento comunitario desde una perspectiva más humana, preventiva y orientada a la protección materno-fetal. De igual manera, el estudio busca generar un impacto indirecto en la reducción de complicaciones obstétricas prevenibles, promoviendo en las gestantes una mayor capacidad para reconocer oportunamente signos de peligro y acudir tempranamente a los establecimientos de salud. Esto no solo fortalece la seguridad materna y neonatal, sino que también favorece el empoderamiento de la mujer respecto al cuidado de su salud y la de su hijo durante el proceso de gestación

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

1.4.2. Objetivos específicos

- OE1. Describir la frecuencia de visitas domiciliarias que reciben las

gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

- OE2. Identificar el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Misra G., Durga A., Sangem S. y Saharan V. (13) Desarrollaron una investigación en Hyderabad, Telangana, India, durante el año 2025, titulada “Awareness of Obstetric Danger Signs Among Pregnant Women Attending a Tertiary Care Hospital in Hyderabad, Telangana: A Cross-Sectional Study”. El estudio tuvo como propósito analizar el nivel de conocimiento que poseen las gestantes sobre las señales de alarma obstétrica, así como determinar la relación de dicho conocimiento con variables sociodemográficas y antecedentes obstétricos. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño transversal, en un hospital de atención terciaria. La muestra estuvo conformada por 165 mujeres gestantes que acudieron a control prenatal. Para la obtención de la información se utilizó un cuestionario semiestructurado, cuya puntuación permitió clasificar el conocimiento en adecuado o deficiente mediante una escala de 0 a 10 puntos. Los hallazgos evidenciaron que el 64.84% de las participantes presentó un nivel adecuado de conocimiento acerca de las señales de alarma durante el embarazo, mientras que el 35.15% mostró un conocimiento insuficiente. Respecto al reconocimiento de signos de alarma, las gestantes identificaron principalmente el sangrado vaginal (78.79%), la pérdida de líquido vaginal antes del trabajo de parto (71.52%), la hipertensión arterial (69.09%) y la disminución de movimientos fetales (64.85%). Sin embargo, el edema de manos y rostro fue uno de los signos menos

reconocidos, alcanzando solo el 26.06%. En relación con los síntomas de alarma, el dolor abdominal intenso fue identificado por el 80.00% de las encuestadas, seguido de fiebre (37.58%), visión borrosa (35.76%) y cefalea severa (34.55%). Estos resultados reflejan que, aunque existe reconocimiento de algunos signos frecuentes, aún persisten limitaciones en la identificación integral de síntomas obstétricos de riesgo. Asimismo, el estudio encontró asociación estadísticamente significativa entre el nivel adecuado de conocimiento y algunas características maternas, como desempeñarse como ama de casa, cursar una segunda gestación y no presentar antecedentes de aborto. Finalmente, los autores concluyeron que, pese a que más de la mitad de las gestantes evidenció un conocimiento adecuado sobre señales de alarma obstétrica, todavía existen vacíos importantes en el reconocimiento de determinados signos y síntomas, lo que resalta la necesidad de fortalecer las estrategias educativas durante la atención prenatal

Cockcroft A. et al. (14). Realizaron un estudio en Bauchi State, Nigeria, durante el año 2024, titulado “The Equity Impact of Universal Home Visits to Pregnant Women and Their Spouses in Bauchi State, Nigeria: Secondary Analysis From a Cluster Randomised Controlled Trial”. La investigación tuvo como finalidad evaluar la equidad en la aplicación de las visitas domiciliarias universales y analizar su influencia en los resultados relacionados con la salud materna, especialmente en el fortalecimiento del conocimiento sobre señales de alarma durante el embarazo y el parto.

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, mediante un ensayo controlado aleatorizado por conglomerados con diseño escalonado. La población evaluada estuvo conformada por 15,912 mujeres gestantes pertenecientes a distintas comunidades intervenidas. La estrategia consistió en la realización de

visitas domiciliarias periódicas dirigidas a las gestantes y sus parejas, con el propósito de brindar orientación preventiva, educación sanitaria y acompañamiento comunitario durante el proceso de gestación. En relación con la variable frecuencia de visitas domiciliarias, los resultados evidenciaron que el 57.2% de las mujeres incluidas en las zonas de intervención recibió tres o más visitas durante el embarazo, lo que reflejó una adecuada cobertura y continuidad de la estrategia implementada. Asimismo, respecto a la variable conocimiento sobre señales de alarma, se observó un incremento significativo en el reconocimiento de tres o más signos de peligro durante el embarazo entre las gestantes que participaron en la intervención. Del mismo modo, se identificó una mejora importante en el conocimiento de señales de alarma relacionadas con el parto. Los hallazgos también demostraron que las visitas domiciliarias tuvieron mayor impacto en mujeres pertenecientes a contextos socialmente vulnerables, favoreciendo el acceso a información preventiva y fortaleciendo la capacidad de respuesta ante posibles complicaciones obstétricas. Finalmente, los autores concluyeron que las visitas domiciliarias universales constituyen una estrategia efectiva y equitativa para mejorar el conocimiento materno sobre señales de alarma, especialmente en poblaciones desfavorecidas, contribuyendo al fortalecimiento de la salud materna desde el ámbito comunitario.

Koovimon P., Kaikaew K., Mahoree K. y Bumphenkiatikul T. (15). Realizo un estudio en Tailandia en el año 2023, titulado “Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among pregnant women attending antenatal care services at Thai community hospital”. El objetivo fue identificar la prevalencia del buen conocimiento sobre los signos de alarma obstétrica y los factores asociados en gestantes que acudían a controles prenatales en un hospital comunitario. La

metodología empleada fue de enfoque cuantitativo, con diseño transversal y analítico. La muestra estuvo conformada por 415 gestantes con embarazo único atendidas en el hospital Wang Saphung, en Loei, Tailandia. Como resultados, en relación con la variable conocimiento de señales de alarma durante el embarazo, se encontró que el 66.27% presentó buen nivel de conocimiento, el 24.34% nivel regular y el 9.40% nivel bajo. En los hallazgos vinculados con la dimensión signos de alarma, las gestantes identificaron con mayor frecuencia el sangrado vaginal con 92.29%, la disminución de movimientos fetales con 90.84%, las contracciones uterinas con 85.30%, la salida de líquido por vagina con 82.89% y la hinchazón corporal con 73.49%. Respecto de los resultados afines a la dimensión síntomas de alarma, se reconocieron en mayor proporción las náuseas y vómitos intensos con 82.89%, el dolor abdominal severo con 83.13%, la dificultad para respirar con 80.72% y la cefalea intensa con 72.05%. En contraste, la convulsión con 68.19%, el dolor epigástrico con 68.43% y la visión borrosa con 68.67% mostraron menor identificación. En conclusión, alrededor de dos tercios de las gestantes evidenciaron un buen conocimiento sobre señales de alarma obstétrica, aunque persistieron vacíos en el reconocimiento de algunas manifestaciones clínicas importantes, lo que demuestra la necesidad de reforzar la educación prenatal.

Wahyuningsih D., Linggardini K. (16) Realizaron un estudio en Indonesia durante el año 2022, titulado “Correlation Between Maternal Knowledge About Danger Signs and Antenatal Care (ANC) Visit Compliance in The Healthcare Center”. La investigación tuvo como propósito analizar la relación entre el nivel de conocimiento de las gestantes acerca de las señales de alarma durante el embarazo y el cumplimiento de las visitas de atención prenatal realizadas por el personal del Centro de Salud Lakhok. El estudio se desarrolló bajo un enfoque

cuantitativo, con diseño transversal correlacional. La muestra estuvo conformada por 35 mujeres gestantes atendidas en el establecimiento de salud. Para la recolección de información se emplearon instrumentos orientados a evaluar el nivel de conocimiento sobre signos de alarma obstétrica y el grado de cumplimiento de las visitas de atención prenatal, utilizando posteriormente pruebas estadísticas de correlación para determinar la asociación entre ambas variables. Los resultados evidenciaron que el 68.6% de las gestantes presentó un nivel suficiente de conocimiento respecto a las señales de alarma durante el embarazo. Asimismo, en relación con el cumplimiento de las visitas de atención prenatal, el 54.3% de las participantes evidenció un adecuado cumplimiento de las visitas programadas, mientras que el 45.7% mostró dificultades para cumplirlas de manera regular. Del mismo modo, el análisis estadístico permitió identificar una relación significativa entre el conocimiento materno sobre señales de alarma y el cumplimiento de las visitas prenatales, obteniéndose un valor de significancia de $p=0.027$. Este hallazgo sugiere que un mayor nivel de conocimiento en las gestantes podría favorecer una mejor adherencia a las actividades de seguimiento y control desarrolladas por el personal de salud. Finalmente, los autores concluyeron que existe una relación significativa entre el conocimiento de las gestantes sobre señales de alarma obstétrica y el cumplimiento de las visitas de atención prenatal, resaltando la importancia de fortalecer las estrategias educativas y de acompañamiento durante el embarazo para promover una atención materna más segura y oportuna

Tamang S., Dorji T., Yoezer S., Phuntsho T., y Dorji P. (17) Realizaron un estudio en Thimphu, Bután, durante el año 2021, titulado "Knowledge and Understanding of Obstetric Danger Signs Among Pregnant Women Attending the Antenatal Clinic

at the National Referral Hospital in Thimphu, Bhutan: A Cross-Sectional Study”. La investigación tuvo como propósito evaluar el nivel de conocimiento de las gestantes sobre las señales de alarma obstétrica, así como analizar su comprensión respecto a las medidas que deben adoptarse frente a emergencias durante el embarazo y el parto. El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con diseño transversal, y fue llevado a cabo en el principal hospital de referencia del país. La muestra estuvo conformada por 422 mujeres embarazadas que acudieron a atención prenatal, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado orientado a valorar el reconocimiento de signos y síntomas de peligro obstétrico. Los resultados evidenciaron que el 64.7% de las gestantes presentó un nivel satisfactorio de conocimiento sobre señales de alarma obstétrica, mientras que el 37.2% mostró un conocimiento deficiente y únicamente el 4.7% alcanzó un nivel considerado bueno. En relación con la dimensión signos de alarma, las participantes identificaron con mayor frecuencia la ruptura prematura de membranas (96%) y el sangrado vaginal acompañado de partes fetales (95.5%). Sin embargo, algunas manifestaciones clínicas relevantes mostraron bajo reconocimiento, como las manchas o sangrado leve durante el embarazo (19.9%) y los síntomas asociados a embolia pulmonar (1.8%). Respecto a la dimensión síntomas de alarma, los hallazgos mostraron que el dolor abdominal fue reconocido por el 67.8% de las encuestadas y la ausencia de movimientos fetales por el 90.5%. Por otro lado, síntomas importantes como la fiebre (19%) y ciertas manifestaciones relacionadas con hemorragia posparto (75.8%) evidenciaron menor identificación en comparación con otros signos obstétricos. Finalmente, los autores concluyeron que, aunque la mayoría de las gestantes logró reconocer diversas señales de emergencia obstétrica, todavía persistían limitaciones en el conocimiento de

algunos signos y síntomas específicos, situación que evidencia la necesidad de fortalecer las actividades de educación prenatal y las estrategias preventivas dirigidas a mejorar la capacidad de respuesta materna frente a complicaciones obstétricas

2.1.2. Antecedentes nacionales

Quispe M. (18) Realizo una investigación en Huancavelica titulado “Visitas domiciliarias de enfermería y conocimiento de complicaciones obstétricas en gestantes de una microrred de salud de Huancavelica, 2023”. La investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la frecuencia de las visitas domiciliarias de enfermería y el nivel de conocimiento sobre complicaciones obstétricas en gestantes. El estudio fue de enfoque cuantitativo, de nivel correlacional, diseño no experimental y de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 95 gestantes seleccionadas mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se utilizaron como instrumentos una ficha de registro de visitas y un cuestionario validado sobre complicaciones obstétricas. El análisis inferencial se realizó mediante el coeficiente de correlación Rho de Spearman. Los resultados evidenciaron que 54.7% de las gestantes recibió una frecuencia alta de visitas domiciliarias más de 3 visitas en el trimestre. Asimismo, el 61.1% evidenció un nivel de conocimiento alto sobre las complicaciones y señales de alarma. Al realizar el contraste de hipótesis, se halló una correlación positiva moderada y estadísticamente significativa ($r_s = 0.524$, $p < 0.001$). Finalmente, el estudio concluyó que existe una relación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos. Se concluyó que, a mayor continuidad y monitoreo en el hogar por el personal de salud, las gestantes logran retener y comprender mejor las señales de peligro asociadas al embarazo.

Bances L. y Gonzales W. (19) Realizaron una investigación en Piura durante el año 2024, titulada “Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-4 Tambo grande – Piura, 2024”. El estudio tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento que poseen las gestantes respecto a los signos y síntomas de alarma durante el embarazo en usuarias atendidas en dicho establecimiento de salud. La investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y corte transversal, con diseño no experimental. La muestra estuvo conformada por 174 mujeres gestantes, a quienes se les aplicó un cuestionario estructurado orientado a evaluar el reconocimiento de manifestaciones obstétricas de riesgo. Los resultados evidenciaron que predominó el nivel medio de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma, alcanzando el 59.2% de las participantes; seguido del nivel alto con 32.2% y del nivel bajo con 8.6%. En relación con la dimensión signos de alarma, las gestantes identificaron con mayor frecuencia la fiebre (95.4%), el sangrado vaginal (86.8%), la percepción de peligro fetal (86.8%), la hinchazón de pies, manos o rostro (73.6%) y las contracciones antes de las 37 semanas de gestación (73.0%). Sin embargo, se observó un menor reconocimiento respecto a la pérdida de líquido amniótico, la cual solo fue identificada por el 36.8% de las encuestadas. Respecto a la dimensión síntomas de alarma, los hallazgos mostraron altos porcentajes de reconocimiento en visión borrosa y molestias al orinar, ambas con 95.4%, además del zumbido de oídos con 77.6%. En contraste, síntomas importantes como las náuseas y vómitos persistentes fueron considerados señales de alerta únicamente por el 43.7% de las gestantes, mientras que la cefalea intensa y continua alcanzó apenas un 36.8% de identificación. Finalmente, los autores concluyeron que la mayoría de las gestantes presentó un

nivel intermedio de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma obstétrica, evidenciándose aún vacíos importantes en la identificación de determinadas manifestaciones clínicas de riesgo.

Palomino C y Huamán C. (20), Elaboraron un estudio en Apurímac, titulada “Efectividad de las visitas domiciliarias en el nivel de conocimientos sobre signos de alerta en embarazadas de un hospital de Apurímac, 2022”. Donde tuvieron como fin determinar el grado de relación entre las visitas domiciliarias ejecutadas por el equipo de salud y el nivel de conocimientos sobre signos de alerta en gestantes. Mediante un estudio cuantitativo, correlacional y transversal. En el estudio, se incluyeron 110 gestantes que se encontraban en el tercer trimestre de embarazo. Obteniendo como resultados que el 48.2% de las participantes tenía un conocimiento deficiente antes de intensificar el programa de visitas. Tras contabilizar una frecuencia de visitas regular, el nivel de conocimiento óptimo se elevó al 68.9%. Se concluyó que existe una relación directa y significativa entre ambas variables. Las visitas domiciliarias consecutivas disminuyen las brechas de información en las gestantes, permitiendo identificar de forma temprana sintomatologías de riesgo como cefaleas intensas, pérdida de líquido o contracciones prematuras.

Huarcaya M. (21) Realizó un estudio en Ica durante el año 2023, titulado “Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes controladas, Hospital Regional de Ica, 2023”. La investigación tuvo como propósito identificar el nivel de conocimiento que poseen las gestantes acerca de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. Con metodología tipo básica, desarrollada bajo un enfoque cuantitativo, de carácter prospectivo y corte transversal, con diseño no experimental. La muestra incluyó 85 mujeres gestantes atendidas en el Hospital

Regional de Ica, a quienes se les aplicó un instrumento orientado a evaluar el reconocimiento de manifestaciones obstétricas de riesgo. Obteniendo como resultados que en relación con la variable nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma, predominó el nivel medio con 64.7%, seguido del nivel bajo con 22.4% y del nivel alto con 12.9%. Estos hallazgos reflejan que una proporción considerable de gestantes aún presenta limitaciones en la identificación integral de señales de peligro durante la gestación. Respecto a la dimensión signos de alarma, el 57.6% de las participantes alcanzó un nivel alto de conocimiento, mientras que el 25.9% presentó un nivel medio y el 16.5% un nivel bajo. En cuanto a la dimensión síntomas de alarma, el mayor porcentaje correspondió al nivel medio con 47.1%, seguido del nivel alto con 32.9% y del nivel bajo con 20.0%. Se concluyó que el nivel de conocimiento predominante en las gestantes evaluadas fue de nivel medio respecto a los signos y síntomas de alarma obstétrica, lo que evidencia la necesidad de fortalecer las acciones educativas y preventivas durante la atención prenatal, con el fin de mejorar el reconocimiento oportuno de complicaciones maternas.

Muñoz M. (22) Realizó un estudio en la ciudad de Ica durante el año 2023, titulado “Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Guadalupe, Ica, Perú, 2022”. La investigación tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las gestantes acerca de los signos y síntomas de alarma durante el embarazo. La metodología es descriptiva, de tipo observacional, prospectivo y de corte transversal, con diseño no experimental. La muestra incluyó 100 mujeres gestantes atendidas en el Centro de Salud de Guadalupe, a quienes se les aplicó un instrumento orientado a evaluar el reconocimiento de señales de riesgo obstétrico. Los

resultados evidenciaron que predominó el nivel regular de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma, alcanzando el 69% de las participantes, seguido del nivel alto con 22% y del nivel bajo con 9%. Estos hallazgos muestran que, aunque una parte importante de las gestantes posee información básica sobre las complicaciones obstétricas, aún existen limitaciones en el reconocimiento integral de algunas manifestaciones de riesgo. En relación con la dimensión signos de alarma, las manifestaciones más reconocidas fueron la fiebre con 80%, el sangrado vaginal con 79% y la pérdida de líquido amniótico con 63%. Por otro lado, respecto a la dimensión síntomas de alarma, las participantes identificaron principalmente el dolor de cabeza con 75%, las contracciones uterinas antes de las 37 semanas de gestación con 59% y el zumbido de oídos con 47%. Se concluyó que la mayoría de las gestantes presentó un nivel regular de conocimiento sobre los signos y síntomas de alarma durante el embarazo, evidenciándose la necesidad de fortalecer las estrategias educativas y preventivas durante la atención prenatal para favorecer la identificación temprana de posibles complicaciones obstétricas.

2.1.3. Antecedentes regionales / locales

Lobatón F.E. (23) Realizó un estudio en San Jerónimo durante el año 2025, titulado “Efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, 2025”. La investigación tuvo como propósito determinar la efectividad de las visitas domiciliarias orientadas a la promoción de la salud en el fortalecimiento del conocimiento sobre signos de alarma durante el embarazo en mujeres gestantes atendidas en dicho establecimiento de salud. La metodología correspondió a un estudio de tipo aplicado, desarrollado bajo un enfoque cuantitativo y con diseño preexperimental. La muestra estuvo conformada por 42 gestantes, a quienes se les

evaluó el nivel de conocimiento respecto a los signos de alarma obstétrica antes y después de la intervención basada en visitas domiciliarias. Los resultados evidenciaron que, previo a la intervención, predominaba un nivel medio de conocimiento en el 59.5% de las gestantes, mientras que el 40.5% presentó un nivel bajo. Posteriormente, tras la aplicación de las visitas domiciliarias con enfoque promocional, se observó una mejora en el reconocimiento de los signos de alarma durante la gestación, reflejando un incremento en el nivel de conocimiento de las participantes. Se concluyó que las visitas domiciliarias constituyen una estrategia efectiva para fortalecer el conocimiento de las gestantes sobre signos de alarma obstétrica, favoreciendo la identificación oportuna de posibles complicaciones y promoviendo conductas preventivas orientadas a la protección de la salud materna y fetal.

2.2. Bases teóricas

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

La Teoría del Autocuidado propuesta por Dorothea Orem sostiene que las personas poseen la capacidad de desarrollar acciones orientadas a preservar la vida, la salud y el bienestar a través de conductas aprendidas y fortalecidas durante el proceso de desarrollo humano. Desde esta perspectiva, el autocuidado no constituye una conducta innata, sino una habilidad adquirida mediante la educación, la interacción social y la experiencia cotidiana. Orem plantea que las personas requieren orientación y apoyo profesional cuando presentan limitaciones para satisfacer sus necesidades de autocuidado, especialmente frente a situaciones de vulnerabilidad o riesgo para la salud (24,25). Desde un enfoque científico, esta teoría resalta la importancia de la educación sanitaria como estrategia para fortalecer la autonomía y la capacidad de toma de decisiones en relación con el cuidado de la salud. En el

caso de las gestantes, el reconocimiento de las señales de alarma durante el embarazo representa una conducta de autocuidado esencial, ya que permite identificar oportunamente posibles complicaciones obstétricas y buscar atención inmediata. Por ello, el conocimiento adecuado sobre signos de alarma favorece conductas preventivas orientadas a proteger la salud materna y fetal. Asimismo, el entorno domiciliario adquiere un papel fundamental dentro de esta teoría, debido a que constituye el espacio donde las gestantes desarrollan y refuerzan prácticas relacionadas con el cuidado personal y familiar. Las visitas domiciliarias permiten al profesional de salud intervenir directamente en dicho entorno, fortaleciendo el aprendizaje, aclarando dudas y promoviendo conductas saludables adaptadas a la realidad social y cultural de la gestante. De esta manera, el hogar se convierte en un escenario clave para consolidar hábitos de autocuidado y mejorar la adherencia a las recomendaciones prenatales.

En la presente investigación, la teoría del autocuidado aporta sustento conceptual para comprender cómo las visitas domiciliarias pueden influir en el fortalecimiento del conocimiento sobre señales de alarma en las gestantes. Además, permite explicar que una mayor orientación educativa y acompañamiento comunitario favorecen la capacidad de la mujer para reconocer riesgos obstétricos y actuar oportunamente frente a situaciones de emergencia.

Modelo de Atención Primaria en Salud (APS)

La Atención Primaria de Salud constituye un enfoque integral orientado a garantizar el acceso equitativo y oportuno a los servicios sanitarios, priorizando la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación activa de la comunidad. La Organización Mundial de la Salud define la APS como la estrategia más inclusiva, eficiente y sostenible para alcanzar la cobertura universal en salud,

mediante servicios centrados en las necesidades de las personas y desarrollados a lo largo del curso de vida (26).

Desde un enfoque científico y sanitario, la APS reconoce que muchos problemas de salud pueden prevenirse mediante intervenciones tempranas realizadas desde el primer nivel de atención. En este sentido, las visitas domiciliarias representan una estrategia fundamental, especialmente en poblaciones vulnerables, porque permiten acercar los servicios de salud al entorno familiar, fortalecer la educación sanitaria y detectar oportunamente factores de riesgo materno-perinatales. La APS también enfatiza la importancia de abordar los determinantes sociales de la salud, tales como nivel educativo, condiciones económicas, acceso geográfico y apoyo familiar, factores que pueden influir directamente en el conocimiento y comportamiento de las gestantes frente a las señales de alarma durante el embarazo. Asimismo, promueve la participación activa de la comunidad y el empoderamiento de las personas para asumir un rol responsable en el cuidado de su salud. En la presente investigación, este modelo aporta un enfoque metodológico y comunitario que permite comprender las visitas domiciliarias como una intervención preventiva desarrollada desde el primer nivel de atención. Además, sustenta la necesidad de fortalecer estrategias educativas dirigidas a las gestantes con el fin de reducir riesgos obstétricos y mejorar la identificación temprana de complicaciones maternas.

Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender se centra en la comprensión de los factores que motivan a las personas a adoptar conductas saludables y mantener estilos de vida orientados al bienestar. La autora sostiene que las

conductas de salud están influenciadas por experiencias previas, percepciones individuales, factores sociales, culturales y ambientales, así como por el grado de motivación y compromiso de cada persona hacia el cuidado de su salud (27).

Desde una perspectiva científica, este modelo considera que la promoción de la salud no se limita a prevenir enfermedades, sino que busca fortalecer capacidades personales que permitan tomar decisiones informadas y responsables. En el caso de las gestantes, el conocimiento sobre señales de alarma obstétrica favorece el desarrollo de conductas preventivas, la búsqueda oportuna de atención médica y una mayor participación en el cuidado de su salud y la de su hijo.

Asimismo, el modelo reconoce la influencia del entorno social y familiar en la adopción de conductas saludables. Factores como el apoyo familiar, las relaciones interpersonales y la educación brindada por el personal sanitario pueden influir positiva o negativamente en el comportamiento de las gestantes frente a situaciones de riesgo obstétrico. En este contexto, las visitas domiciliarias permiten fortalecer el acompañamiento educativo y promover prácticas preventivas desde el entorno cotidiano de la mujer.

En la presente investigación, el Modelo de Promoción de la Salud aporta una base teórica para explicar cómo las intervenciones educativas realizadas mediante visitas domiciliarias pueden mejorar el conocimiento de las gestantes sobre señales de alarma y favorecer conductas orientadas a la prevención de complicaciones durante el embarazo.

Teoría del Aprendizaje Social de Albert Bandura

La Teoría del Aprendizaje Social propuesta por Albert Bandura sostiene que gran parte del aprendizaje humano ocurre mediante la observación, la interacción social y la experiencia indirecta. Según esta teoría, las personas adquieren

conocimientos, habilidades y conductas observando el comportamiento de otros y las consecuencias derivadas de dichas acciones. Bandura enfatiza que los procesos cognitivos desempeñan un papel fundamental en la interpretación de la información y en la toma de decisiones relacionadas con la conducta humana (25). Uno de los conceptos centrales de esta teoría es la autoeficacia, entendida como la percepción que tiene una persona sobre su capacidad para ejecutar determinadas acciones y alcanzar objetivos específicos. En el ámbito de la salud, la autoeficacia influye directamente en la motivación para adoptar conductas preventivas y responder adecuadamente frente a situaciones de riesgo. Desde un enfoque científico, esta teoría permite comprender cómo las gestantes pueden fortalecer su aprendizaje sobre señales de alarma a través de la educación sanitaria, la observación de experiencias de otras mujeres y la orientación brindada por el personal de salud durante las visitas domiciliarias. La interacción constante con profesionales y familiares favorece la construcción de conocimientos y mejora la capacidad de respuesta ante posibles complicaciones obstétricas. Asimismo, Bandura plantea que el aprendizaje no depende únicamente de la experiencia directa, sino también de la observación de las consecuencias que otras personas enfrentan debido a determinados comportamientos. En este sentido, las actividades educativas desarrolladas durante las visitas domiciliarias pueden generar mayor conciencia sobre la importancia de reconocer signos de peligro y acudir oportunamente a los servicios de salud. En la presente investigación, esta teoría aporta una base conceptual para explicar cómo el aprendizaje adquirido mediante la interacción comunitaria y la educación prenatal puede influir en el nivel de conocimiento de las gestantes respecto a las señales de alarma durante el embarazo.

2.3. Bases conceptuales

Visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias constituyen una estrategia fundamental de la Atención Primaria en Salud, orientada al seguimiento, educación y acompañamiento de las familias dentro de su propio entorno social y comunitario. El Ministerio de Salud del Perú señala que esta intervención permite identificar necesidades de salud, fortalecer acciones preventivas y desarrollar actividades educativas adaptadas a la realidad de cada hogar, favoreciendo la promoción de hábitos saludables y la detección temprana de factores de riesgo (28).

Desde un enfoque científico y comunitario, las visitas domiciliarias representan una intervención integral que facilita el acercamiento entre el personal de salud y la familia, permitiendo comprender las condiciones sociales, culturales y ambientales que influyen en el estado de salud de las personas. Asimismo, esta estrategia fortalece la continuidad del cuidado y favorece la participación activa de la familia en la adopción de conductas preventivas y prácticas saludables.

El hogar, además de constituir un espacio físico, se convierte en un escenario de interacción y aprendizaje donde el profesional de salud puede observar dinámicas familiares, estilos de vida y condiciones que podrían influir positiva o negativamente en la salud materna. Por ello, las visitas domiciliarias permiten desarrollar intervenciones más personalizadas, humanizadas y orientadas a las verdaderas necesidades de la población.

Visita domiciliaria en gestantes

La visita domiciliaria en gestantes es una actividad extramural desarrollada por el personal de salud con la finalidad de realizar captación temprana, seguimiento y acompañamiento continuo durante el embarazo. Esta estrategia busca garantizar

el cumplimiento de medidas preventivas, promover estilos de vida saludables y fortalecer la educación prenatal dentro del entorno familiar de la gestante (29).

Asimismo, las visitas domiciliarias permiten reforzar aspectos esenciales como el consumo adecuado de sulfato ferroso, la alimentación rica en hierro, el cumplimiento de controles prenatales, la elaboración del plan de parto y la identificación oportuna de signos de alarma obstétrica. De igual manera, favorecen la participación activa de la pareja, familia y comunidad en el cuidado de la gestante, fortaleciendo la red de apoyo social durante el embarazo. La Norma Técnica de Salud N.º 105 del Ministerio de Salud establece que las visitas domiciliarias deben priorizar a las gestantes que no acuden a sus controles prenatales, aquellas con fecha probable de parto cercana o mujeres que presentan factores de riesgo obstétrico. Además, recomienda que estas visitas se realicen dentro de las primeras 72 horas posteriores a la inasistencia al establecimiento de salud, permitiendo brindar seguimiento oportuno, consejería y monitoreo continuo (29).

Objetivos de la visita domiciliaria en gestantes

Las visitas domiciliarias en gestantes tienen como finalidad fortalecer el cuidado integral de la salud materna y fetal mediante actividades preventivas, educativas y de seguimiento continuo. Entre sus principales objetivos destacan:

- Identificar condiciones de riesgo relacionadas con el entorno familiar, social y de salud de la gestante.
- Fortalecer el reconocimiento oportuno de signos y síntomas de alarma durante el embarazo.
- Promover el cumplimiento adecuado de los controles prenatales.
- Fomentar el consumo correcto de suplementos de hierro y ácido fólico.
- Incentivar una alimentación saludable rica en hierro y nutrientes esenciales.

- Mejorar el estado nutricional de la gestante.
- Favorecer la elaboración y cumplimiento del plan de parto.
- Promover estilos de vida saludables y prácticas de autocuidado.
- Fortalecer la participación de la pareja y la familia en el proceso de gestación (29).

Tipos de visitas domiciliarias

Visita domiciliaria efectiva

Se considera visita domiciliaria efectiva cuando el personal de salud logra contactar a la gestante o puérpera en su domicilio y desarrolla las actividades programadas de acuerdo con la edad gestacional y necesidades identificadas. Durante esta intervención se brindan orientaciones educativas, seguimiento preventivo y acuerdos de compromiso orientados al cuidado de la salud materna y neonatal (29).

Visita domiciliaria no efectiva

La visita domiciliaria no efectiva ocurre cuando el personal de salud no logra ubicar a la gestante o puérpera en su domicilio al momento programado. En estos casos, se recomienda coordinar previamente con la usuaria mediante llamadas telefónicas u otros medios de comunicación para disminuir las ausencias y garantizar una adecuada continuidad del seguimiento domiciliario (29).

Rol del personal de salud

El personal de salud desempeña un rol fundamental durante las visitas domiciliarias, debido a que no solo realiza vigilancia clínica, sino también actividades de educación, promoción de la salud, apoyo emocional y orientación preventiva. Su intervención permite fortalecer el vínculo entre el establecimiento de salud, la gestante y su familia, favoreciendo un acompañamiento más cercano y humanizado durante el embarazo (30). Asimismo, el profesional de salud actúa

como facilitador del aprendizaje, promoviendo conductas de autocuidado, reconocimiento de señales de alarma y adherencia a las recomendaciones prenatales. También cumple funciones de coordinación con otros servicios sanitarios y apoyo psicosocial, especialmente en gestantes con condiciones de vulnerabilidad social o riesgo obstétrico.

Importancia de la continuidad y frecuencia de las visitas domiciliarias

La continuidad y frecuencia de las visitas domiciliarias constituyen elementos esenciales para garantizar un seguimiento adecuado de la gestante y mejorar los resultados maternos y neonatales. Las intervenciones periódicas permiten reforzar conocimientos, monitorear cambios en el estado de salud y detectar tempranamente posibles complicaciones durante el embarazo (31). Desde el enfoque preventivo, las visitas frecuentes favorecen la educación continua de la gestante y fortalecen conductas saludables relacionadas con nutrición, suplementación, asistencia a controles prenatales y reconocimiento oportuno de signos de alarma. Asimismo, contribuyen a generar confianza entre la gestante y el personal sanitario, facilitando una comunicación más efectiva y una mayor adherencia a las recomendaciones de salud.

Frecuencia de las visitas domiciliarias

La frecuencia de las visitas domiciliarias hace referencia al número de intervenciones realizadas por el personal de salud en el domicilio de la gestante durante el embarazo. Esta frecuencia puede variar según el nivel de riesgo obstétrico, las condiciones de salud de la gestante, el cumplimiento de controles prenatales y las necesidades específicas identificadas durante el seguimiento (29). Una frecuencia adecuada de visitas domiciliarias permite garantizar atención oportuna, fortalecer la vigilancia preventiva y mejorar el acompañamiento educativo

brindado a las gestantes, especialmente en contextos de vulnerabilidad social o dificultades de acceso a los servicios sanitarios.

Clasificación según número de visitas

Visitas preconcepcionales

Son aquellas realizadas antes del embarazo con el propósito de promover hábitos saludables, suplementación con ácido fólico, educación sexual y planificación familiar. Generalmente se recomiendan dos visitas orientadas a preparar a la mujer para una futura gestación saludable (29).

Visitas durante el embarazo

Se desarrollan durante el periodo gestacional y su frecuencia depende del riesgo obstétrico y las necesidades de cada gestante. Las mujeres con embarazos de bajo riesgo pueden requerir menor número de visitas, mientras que aquellas con factores de riesgo o dificultades de acceso a servicios de salud necesitan un seguimiento más frecuente (29).

Visitas postparto

Son intervenciones realizadas después del nacimiento con la finalidad de supervisar la recuperación materna y el bienestar del recién nacido. El Ministerio de Salud recomienda efectuar la primera visita dentro de las primeras 72 horas posteriores al parto (29).

Beneficios de una frecuencia adecuada de visitas domiciliarias

Una adecuada frecuencia de visitas domiciliarias proporciona múltiples beneficios para la salud materna y neonatal, entre ellos:

Prevención de complicaciones

Las visitas periódicas permiten identificar tempranamente complicaciones como hipertensión gestacional, anemia, infecciones y preeclampsia, favoreciendo una

intervención oportuna y reduciendo riesgos maternos y fetales (29).

Educación continua

La interacción constante con el personal de salud facilita reforzar conocimientos sobre nutrición, suplementación, autocuidado y señales de alarma obstétrica, mejorando el cumplimiento de las recomendaciones sanitarias (31).

Monitoreo personalizado

El seguimiento continuo permite adaptar las intervenciones a las necesidades específicas de cada gestante y su entorno familiar, fortaleciendo la atención integral y el acompañamiento comunitario.

Mayor accesibilidad y cobertura

Las visitas domiciliarias mejoran el acceso a servicios de salud en comunidades rurales o zonas con limitaciones geográficas, favoreciendo una atención más equitativa y oportuna (30).

Apoyo emocional y social

El acompañamiento domiciliario fortalece la confianza entre la gestante y el personal sanitario, brindando apoyo emocional y orientación frente a dudas, temores o situaciones de vulnerabilidad.

Reducción de la morbilidad materna y neonatal

Diversos estudios han demostrado que el seguimiento domiciliario periódico contribuye a disminuir las complicaciones obstétricas y mejorar los resultados maternos y neonatales, especialmente mediante la detección temprana de riesgos y la búsqueda oportuna de atención sanitaria (30).

Embarazo

El embarazo es un proceso fisiológico y dinámico que inicia con la fecundación del óvulo por el espermatozoide, dando origen a un nuevo ser humano con información

genética proveniente de ambos progenitores. Posteriormente, el óvulo fecundado se implanta en el útero, iniciándose una serie de cambios anatómicos, hormonales, metabólicos y emocionales en el organismo materno destinados a favorecer el crecimiento y desarrollo fetal (32).

Durante este periodo, el cuerpo de la mujer experimenta múltiples adaptaciones orientadas a proteger al feto, garantizar el aporte adecuado de nutrientes y preparar al organismo para el parto y la lactancia. Estas modificaciones involucran cambios cardiovasculares, respiratorios, endocrinos y psicológicos, los cuales permiten mantener el equilibrio materno-fetal durante todo el proceso gestacional.

La duración promedio del embarazo oscila entre 38 y 40 semanas, contadas desde la fecundación hasta el nacimiento. Este periodo representa una etapa de especial vulnerabilidad para la mujer y el feto, razón por la cual requiere vigilancia continua, educación sanitaria y seguimiento oportuno para prevenir posibles complicaciones obstétricas y perinatales (32).

Atención prenatal

La atención prenatal constituye un conjunto de acciones preventivas, promocionales, diagnósticas y terapéuticas dirigidas a proteger la salud de la madre y el feto durante el embarazo. Su finalidad principal es garantizar un embarazo saludable, identificar factores de riesgo de manera temprana y reducir la morbilidad materna y neonatal mediante una vigilancia integral y continua (33).

La Organización Mundial de la Salud recomienda que toda gestante reciba como mínimo ocho controles prenatales durante el embarazo, debido a que un seguimiento adecuado disminuye significativamente el riesgo de complicaciones maternas y perinatales. Asimismo, se enfatiza que la primera atención prenatal

debe realizarse durante las primeras doce semanas de gestación o incluso antes, permitiendo una evaluación temprana del estado de salud materno-fetal (33).

Por su parte, el Ministerio de Salud del Perú, mediante la Norma Técnica de Salud N.º 105, define la atención prenatal como el conjunto de cuidados proporcionados a la gestante y al feto desde el inicio del embarazo hasta el parto, con el propósito de mantener y mejorar su estado de salud, así como favorecer el nacimiento de un recién nacido sano. Además, establece que la atención prenatal debe desarrollarse bajo principios de integralidad, continuidad, oportunidad y participación familiar (29). Desde un enfoque científico, la atención prenatal no solo permite detectar oportunamente enfermedades o complicaciones obstétricas, sino que también constituye un espacio fundamental para fortalecer el autocuidado, la educación materna y la identificación temprana de señales de alarma durante el embarazo.

Características de la atención prenatal

Atención prenatal precoz

La atención prenatal debe iniciarse tempranamente, preferentemente antes de las 14 semanas de gestación. El inicio precoz de los controles permite realizar una evaluación integral del estado de salud de la gestante, identificar factores de riesgo obstétrico y establecer intervenciones preventivas oportunas que disminuyan la probabilidad de complicaciones durante el embarazo (29).

Atención prenatal periódica

La periodicidad de los controles prenatales garantiza un seguimiento continuo de la evolución del embarazo y facilita la detección temprana de alteraciones maternas o fetales. Asimismo, permite reforzar la educación sanitaria, promover hábitos saludables y brindar orientación permanente sobre cuidados prenatales y señales

de alarma (29).

Atención prenatal integral

La atención prenatal debe desarrollarse de manera integral, considerando no solo el aspecto biológico, sino también los factores psicológicos, nutricionales, sociales y familiares que influyen en la salud de la gestante. Esto incluye evaluación médica, exámenes auxiliares, inmunizaciones, suplementación, educación sanitaria, consejería nutricional y preparación para el parto y puerperio (29).

Atención prenatal de calidad

La calidad de la atención prenatal implica que los servicios sean brindados por profesionales capacitados, utilizando procedimientos basados en evidencia científica y respetando principios de interculturalidad, equidad, enfoque de género y derechos humanos. Una atención de calidad favorece la confianza de la gestante y mejora la adherencia a los controles prenatales (29).

Atención prenatal oportuna

La atención prenatal debe brindarse en el momento adecuado y sin retrasos, especialmente frente a la presencia de factores de riesgo o señales de alarma obstétrica. El acceso oportuno a los servicios de salud contribuye a disminuir complicaciones maternas y fetales, favoreciendo intervenciones inmediatas ante posibles emergencias obstétricas (29).

Frecuencia de la atención prenatal

El Ministerio de Salud establece que la frecuencia ideal de atención prenatal comprende trece controles distribuidos estratégicamente durante todo el embarazo, permitiendo una vigilancia continua de la salud materna y fetal. La programación recomendada es la siguiente:

- Una consulta mensual hasta las 32 semanas de gestación.

- Una consulta cada dos semanas entre las 33 y 36 semanas.
- Una consulta semanal desde las 37 semanas hasta el parto.

Sin embargo, como mínimo, se recomienda que toda gestante reciba al menos seis controles prenatales durante el embarazo:

- Dos consultas antes de las 22 semanas.
- Una consulta entre las 22 y 24 semanas.
- Una consulta entre las 27 y 29 semanas.
- Una consulta entre las 33 y 35 semanas.
- Una consulta entre las 37 y 40 semanas (29).

La adecuada frecuencia de los controles prenatales permite fortalecer el monitoreo materno-fetal, prevenir complicaciones y brindar seguimiento continuo a las necesidades de la gestante.

Importancia de la salud materna

La salud materna comprende el bienestar físico, mental y social de la mujer antes, durante y después del embarazo. Incluye el adecuado seguimiento prenatal, la atención segura durante el parto y el cuidado oportuno en el puerperio, periodo que abarca hasta los primeros 42 días posteriores al nacimiento del bebé (34).

Desde el enfoque de salud pública, la reducción de la mortalidad materna constituye uno de los principales indicadores del desarrollo social y sanitario de un país. Una adecuada atención materna permite disminuir complicaciones obstétricas prevenibles, mejorar la calidad de vida de las mujeres y garantizar un desarrollo saludable para el recién nacido.

Asimismo, la protección de la salud materna favorece el fortalecimiento familiar y comunitario, debido a que el bienestar de la mujer influye directamente en el desarrollo social, económico y emocional de la familia y la sociedad.

Estrategias de promoción y prevención durante el embarazo

Las estrategias de promoción y prevención durante el embarazo tienen como finalidad fortalecer el bienestar materno-fetal mediante actividades educativas, preventivas y de seguimiento continuo. Estas intervenciones permiten reducir factores de riesgo y promover conductas saludables orientadas a prevenir complicaciones obstétricas (35).

Entre las principales estrategias desarrolladas durante la atención prenatal destacan:

- Educación nutricional personalizada según el estado nutricional de cada gestante.
- Suplementación con hierro y ácido fólico para prevenir anemia y defectos congénitos.
- Detección temprana de enfermedades maternas y factores de riesgo obstétrico.
- Pruebas de tamizaje para identificar posibles malformaciones congénitas.
- Vigilancia de patologías asociadas al parto pretérmino y otras complicaciones perinatales.
- Consejería sobre lactancia materna, planificación familiar y cuidados del recién nacido.
- Educación sobre señales de alarma obstétrica y búsqueda oportuna de atención médica.

La adecuada implementación de estas estrategias dentro del Programa Materno Infantil contribuye significativamente a mejorar los resultados maternos y neonatales, promoviendo embarazos más seguros y fortaleciendo la capacidad de las gestantes para participar activamente en el cuidado de su salud (35).

Conocimiento

El conocimiento es un proceso cognitivo mediante el cual la persona logra comprender, interpretar y explicar la realidad a partir de la interacción entre el sujeto y el objeto de estudio. Navarro define el conocimiento como la relación que se establece entre quien conoce y aquello que es conocido, permitiendo construir representaciones mentales, ideas y juicios sobre la realidad observable (36).

Desde un enfoque científico, el conocimiento constituye una herramienta esencial para la comprensión de fenómenos y la toma de decisiones fundamentadas. En el ámbito de la salud, el conocimiento permite que las personas desarrollen conductas preventivas, identifiquen riesgos y adopten medidas orientadas al cuidado de su bienestar. En las gestantes, el conocimiento sobre señales de alarma durante el embarazo resulta fundamental para reconocer oportunamente complicaciones obstétricas y buscar atención médica inmediata.

Tipos de conocimiento

Conocimiento reflexivo

El conocimiento reflexivo surge de la experiencia cotidiana y de la interacción continua con el entorno social y cultural. Se caracteriza por construirse a partir de vivencias personales, costumbres y aprendizajes adquiridos de manera espontánea, sin requerir necesariamente formación académica o procedimientos científicos estructurados (37).

Este tipo de conocimiento permite a las personas desenvolverse en su vida diaria, resolver problemas comunes y tomar decisiones basadas en experiencias previas. Sin embargo, al no sustentarse en métodos científicos rigurosos, puede estar influenciado por creencias, percepciones subjetivas o interpretaciones personales de la realidad.

Conocimiento científico

El conocimiento científico se obtiene mediante procesos sistemáticos de investigación, observación y comprobación objetiva de los hechos. Se caracteriza por utilizar métodos rigurosos que permiten verificar, explicar y reproducir los fenómenos estudiados, garantizando mayor validez y confiabilidad de la información obtenida (38).

Asimismo, este tipo de conocimiento se fundamenta en evidencia verificable, análisis crítico y razonamiento lógico. En el ámbito de la salud, el conocimiento científico resulta esencial para el desarrollo de intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas basadas en evidencia, permitiendo mejorar la calidad de atención y reducir riesgos para la población.

Conocimiento práctico

El conocimiento práctico se relaciona con la capacidad de aplicar teorías, habilidades y aprendizajes en situaciones reales para resolver problemas concretos. Este conocimiento se fortalece mediante la experiencia acumulada y el ejercicio continuo de determinadas actividades (39).

En el área sanitaria, el conocimiento práctico permite al profesional de salud implementar estrategias efectivas de educación, prevención y seguimiento, adaptadas a las necesidades reales de cada persona o comunidad.

Conocimiento empírico

El conocimiento empírico se adquiere a través de la experiencia directa, la observación y el contacto cotidiano con la realidad. Se basa en hechos observables y medibles que pueden ser comprobados mediante la práctica o la experimentación (40).

En investigación, el conocimiento empírico constituye la base para la recopilación

de información mediante encuestas, entrevistas, observaciones o análisis estadísticos, permitiendo establecer relaciones entre variables y comprender fenómenos de interés científico.

Nivel de conocimiento

Nivel bajo

El nivel bajo de conocimiento se caracteriza por una comprensión limitada de la información, centrada principalmente en la memorización de datos o conceptos sin lograr una adecuada interpretación o aplicación práctica. Este nivel corresponde a las categorías iniciales de la Taxonomía de Bloom, relacionadas con recordar y reconocer información básica (39).

Las personas con nivel bajo suelen presentar dificultades para relacionar conceptos, interpretar situaciones o identificar adecuadamente problemas relacionados con su salud.

Nivel medio

El nivel medio implica que la persona no solo recuerda información, sino que también comprende su significado y logra aplicarla en situaciones conocidas o cotidianas. En este nivel existe una mayor capacidad para relacionar conceptos y reconocer situaciones de riesgo simples (39).

Asimismo, permite desarrollar habilidades básicas para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud y aplicar recomendaciones previamente aprendidas.

Nivel alto

El nivel alto de conocimiento representa una comprensión profunda y crítica de la información. La persona es capaz de analizar, interpretar y relacionar distintos conceptos, además de generar soluciones o tomar decisiones fundamentadas

frente a situaciones complejas (39).

En el contexto de la salud materna, un nivel alto de conocimiento favorece el reconocimiento oportuno de signos y síntomas de alarma, permitiendo una respuesta inmediata frente a posibles complicaciones obstétricas.

Señales de alarma durante el embarazo

Las señales de alarma durante el embarazo son manifestaciones clínicas que indican posible riesgo para la salud de la madre y el feto. La Organización Panamericana de la Salud señala que la presencia de estos signos requiere atención médica inmediata debido a que pueden estar asociados a complicaciones obstétricas potencialmente graves (42).

El reconocimiento oportuno de estas señales permite disminuir retrasos en la búsqueda de atención y reducir la morbilidad materna y perinatal.

Edema

El edema durante el embarazo puede presentarse debido a retención de líquidos y cambios fisiológicos asociados al aumento del volumen sanguíneo. Sin embargo, cuando el edema afecta rostro, manos y miembros superiores acompañado de aumento rápido de peso, puede relacionarse con trastornos hipertensivos como la preeclampsia, requiriendo evaluación médica inmediata (43).

Pérdida de líquido amniótico

La pérdida de líquido amniótico o ruptura prematura de membranas ocurre cuando las membranas ovulares se rompen antes del inicio del trabajo de parto. Esta condición se asocia a mayor riesgo de infección materna, parto prematuro y complicaciones neonatales, especialmente cuando ocurre antes de las 37 semanas de gestación (44).

Contracciones uterinas antes de las 37 semanas

Las contracciones uterinas antes de término pueden constituir una amenaza de parto pretérmino, especialmente cuando provocan modificaciones cervicales. Su identificación temprana resulta fundamental para prevenir complicaciones maternas y neonatales asociadas al nacimiento prematuro (45).

Náuseas y vómitos excesivos

Las náuseas y vómitos son frecuentes durante el primer trimestre del embarazo; sin embargo, cuando son intensos y persistentes pueden evolucionar hacia hiperémesis gravídica, condición que ocasiona deshidratación, pérdida de peso y alteraciones metabólicas, requiriendo atención especializada (46).

Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos representan una de las principales causas de mortalidad materna a nivel mundial. La preeclampsia se caracteriza por presión arterial elevada después de las 20 semanas de gestación acompañada de proteinuria o daño orgánico. Entre sus manifestaciones destacan cefalea persistente, edema generalizado, alteraciones visuales y dolor epigástrico (47).

Cefalea

La cefalea puede presentarse durante el embarazo debido a cambios hormonales y fisiológicos. No obstante, cuando el dolor es intenso, persistente y se acompaña de alteraciones visuales o hipertensión arterial, puede constituir una señal de preeclampsia y requerir evaluación urgente (48,49).

Disminución de movimientos fetales

La disminución o ausencia de movimientos fetales constituye un signo de alarma importante relacionado con compromiso del bienestar fetal. Generalmente, los movimientos son percibidos a partir de las 18 semanas de gestación y su disminución puede asociarse a insuficiencia placentaria u otras complicaciones

obstétricas (50).

Fiebre

La fiebre persistente durante el embarazo puede indicar la presencia de infecciones urinarias, respiratorias, intrauterinas o sistémicas. Debido a los cambios inmunológicos propios de la gestación, las infecciones pueden evolucionar rápidamente y comprometer la salud materna y fetal (51).

Molestias al orinar

El dolor o ardor al orinar puede relacionarse con infecciones del tracto urinario, afección frecuente durante el embarazo debido a cambios anatómicos y hormonales. Estas infecciones requieren tratamiento oportuno para prevenir complicaciones como pielonefritis o parto pretérmino (52).

Sangrado vaginal

El sangrado vaginal durante el embarazo constituye una señal de alarma que puede estar asociada a diversas complicaciones según la edad gestacional. En etapas tempranas puede relacionarse con aborto, embarazo ectópico o mola hidatiforme; mientras que en etapas avanzadas puede asociarse a placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta o ruptura uterina (53,54).

Trastornos visuales y auditivos

Las alteraciones visuales como visión borrosa, destellos luminosos o escotomas, así como síntomas auditivos como zumbidos o tinnitus, suelen asociarse a trastornos hipertensivos del embarazo, especialmente preeclampsia severa (55).

Dolor epigástrico

El dolor epigástrico intenso y persistente constituye una manifestación frecuente de preeclampsia severa y puede relacionarse con compromiso hepático. Este síntoma requiere atención inmediata debido al riesgo de progresión hacia complicaciones

graves maternas y fetales (54).

Visita domiciliaria

La visita domiciliaria es una estrategia de atención extramural desarrollada por profesionales de salud con el propósito de brindar seguimiento, orientación y acompañamiento a la gestante dentro de su entorno familiar. Esta intervención permite fortalecer el autocuidado, promover prácticas saludables e identificar oportunamente señales de alarma obstétrica (29).

Asimismo, durante la visita domiciliaria se realizan actividades educativas relacionadas con nutrición, suplementación, preparación para el parto, monitoreo de movimientos fetales y evaluación del estado general de la gestante, favoreciendo una atención integral y humanizada.

2.4. Definición de términos básicos.

- **Gestación:** Es el proceso biológico que inicia con la implantación del óvulo fertilizado y culmina con el nacimiento, con una duración aproximada de 280 días o alrededor de 9 meses (32).
- **Frecuencia:** Es el número de visitas domiciliarias recibidas por la gestante durante el periodo de la gestación, realizadas por el personal de salud del Centro de Salud San Jerónimo (54).
- **Visitas domiciliarias:** son intervenciones realizadas por profesionales de la salud en el hogar de los pacientes, con el objetivo de ofrecer atención, seguimiento y orientación en su entorno habitual (29).
- **Conocimiento:** Es el conjunto de información, habilidades, experiencias y comprensiones adquiridas a través de la percepción, el estudio, la reflexión y la práctica, que permite interpretar y comprender el mundo que nos rodea (40).

- **Signos de alarma en el embarazo:** Son indicadores de posibles complicaciones que requieren atención médica inmediata, como sangrado vaginal, dolor abdominal intenso, pérdida de líquidos, visión borrosa, hinchazón excesiva, dolores de cabeza persistentes o disminución de los movimientos fetales (29).

III. HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general

H_1 : Existe relación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

H_0 : No existe relación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

3.1.2. Hipótesis específica

No se formularon hipótesis específicas debido a que el estudio se orientó a contrastar únicamente la hipótesis general de relación entre las variables.

3.2. Identificación de variables

Variable 1: Frecuencia de visitas domiciliarias

- Número de visitas recibidas
- Periodicidad de las visitas

Variable 2: Nivel de conocimientos sobre señales de alarma

- Identificación de señales de alarma
- Nivel de conocimiento

3.3. Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	CATEGORIA	ESCALA	INSTRUMENTO
V.1 Frecuencia de visitas domiciliarias	Número de visitas realizadas por el personal de salud al domicilio de la gestante durante el periodo gestacional.	Se medirá según la cantidad total de visitas domiciliarias recibidas por la gestante durante su proceso de embarazo.	Frecuencia de visitas domiciliarias	Cantidad total de visitas domiciliarias obstétricas en el hogar.	-Ninguna visita -1 a 2 visitas -3 a 4 visitas -5 a mas visitas	Ordinal	Cuestionario sobre frecuencia de visitas domiciliarias.
V.2 Nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes	Es el conjunto de saberes que posee la gestante sobre signos y síntomas de riesgo que pueden presentarse durante el embarazo y que requieren atención inmediata.	Se evaluará mediante un cuestionario midiendo la capacidad de la gestante para reconocer las señales de alarma y asignando un nivel según el puntaje final obtenido.	Identificación de señales de alarma	Las náuseas y vómitos frecuentes que no le permiten comer o tomar líquidos. El sangrado vaginal en poca o mucha cantidad. La fiebre mayor de 38°C. La hinchazón de cara, manos o pies. Si él bebe deja de moverse o se mueve menos de lo normal. El dolor de cabeza intenso y constante. La pérdida de líquido claro con olor a lejía por sus partes. La visión borrosa acompañada de mosquitos o manchitas flotando. La fiebre acompañada de malestar general como escalofríos, dolor muscular o debilidad. Los dolores bajo vientre o contracciones uterinas antes de la fecha del parto e inicio de parto.	(Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No)	Nominal	Cuestionario de conocimientos sobre señales de alarma.
			Nivel de conocimiento	Puntaje total obtenido en el cuestionario	Bajo 0 a 4 Medio 5 a 7 Alto 8 a 10	Ordinal	

IV. METODOLOGÍA

4.1 Ámbito de estudio: localización política y geográfica

El Distrito de San Jerónimo se ubica en la provincia de Andahuaylas, departamento de Apurímac, en la vertiente occidental de la Cordillera de los Andes, en la Sierra Centro Sur del Perú, en una altura de 3,162 m.s.n.m. Latitud: -13.6094, Longitud -73.3449, con una población de 9741 habitantes. Límites:

Por el Este: Con el distrito de Talavera

Por el Oeste: Con el distrito de Kishuara

Por el Norte: Con el distrito de Pacucha

Por el Sur: Con el distrito de Andahuaylas

4.2 Tipo y nivel de la investigación

Tipo de investigación

La presente investigación corresponde al tipo aplicada, debido a que busca generar conocimientos orientados a la solución de un problema específico relacionado con la salud materna. El estudio pretende analizar la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, con la finalidad de proporcionar evidencia científica que contribuya al fortalecimiento de las estrategias preventivas y educativas desarrolladas durante la atención prenatal (54).

Desde un enfoque sanitario, la investigación aplicada permite trasladar el conocimiento científico a contextos reales de intervención, favoreciendo la toma de decisiones y la implementación de acciones orientadas a mejorar la calidad de atención materna y reducir riesgos obstétricos en poblaciones vulnerables.

Método de investigación

La investigación se empleó el método deductivo, debido a que partió de

fundamentos teóricos, principios científicos y evidencia previa relacionada con las visitas domiciliarias y el conocimiento sobre señales de alarma obstétrica, para posteriormente analizar la realidad específica de las gestantes atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo (55).

A través de este método se establecerá una secuencia lógica que permitirá interpretar los resultados obtenidos y contrastarlos con las teorías y antecedentes científicos revisados, facilitando la formulación de conclusiones válidas respecto a la relación entre las variables estudiadas.

Nivel de investigación

El estudio corresponde al nivel correlacional - descriptivo, debido a que, en primera instancia, permitió describir las características de las variables frecuencia de visitas domiciliarias y nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes. Asimismo, busca determinar el grado de relación existente entre ambas variables, sin manipularlas ni intervenir sobre ellas (56).

El nivel correlacional permite identificar la magnitud de la asociación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma obstétrica, proporcionando evidencia científica relevante para fortalecer las estrategias de promoción y prevención en salud materna. Este tipo de estudio es coherente con el objetivo general de investigación, orientado a establecer relaciones entre variables dentro de un contexto natural.

Enfoque de investigación

La investigación adopta un enfoque cuantitativo, debido a que se orienta a la medición objetiva de las variables mediante procedimientos estadísticos y recolección sistemática de datos numéricos. Este enfoque permitirá analizar la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimiento sobre señales de

alarma obstétrica a través de indicadores medibles y verificables.

Asimismo, el enfoque cuantitativo facilita la comprobación de hipótesis, el establecimiento de relaciones estadísticas entre variables y la obtención de resultados confiables que puedan ser interpretados de manera objetiva y reproducible.

Diseño de investigación

El estudio es de diseño no experimental u observacional y de corte transversal. Es no experimental porque las variables no son manipuladas por el investigador, limitándose únicamente a observar y analizar los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural.

Asimismo, es observacional debido a que la información se recogió directamente de las gestantes sin intervenir sobre las condiciones en las que se desarrolla el fenómeno estudiado. Finalmente, es de corte transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento y tiempo determinado, permitiendo describir y analizar simultáneamente la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimiento sobre señales de alarma obstétrica.

El esquema del diseño de investigación será el siguiente:

4.3 Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por cada una de las gestantes del segundo y tercer trimestre de embarazo atendidas en el Centro de salud San Jerónimo, que cumplieron estrictamente con los criterios de inclusión establecidos para la presente investigación.

4.4 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 69 gestantes que se encontraban cursando el segundo y tercer trimestre de embarazo atendidas en el Centro de

Salud San Jerónimo, durante el periodo comprendido entre Enero y Abril del año 2026, la cual constituyo una población de tipo censal, accesible y delimitada bajo los reportes institucionales del establecimiento de salud.

4.5 Tamaño de muestra

Dado que la población de estudio es pequeña, delimitada y totalmente accesible, no se realizó un proceso de muestreo ni se calculó un tamaño de muestra, prescindiendo del uso de fórmulas estadísticas de selección. Por lo tanto, la investigación prescinde de una muestra y trabaja directamente con la población censada, constituida por las 69 gestantes que cumplen con los criterios de elegibilidad.

La utilización del muestreo censal permite obtener mayor representatividad y precisión en los resultados, disminuyendo sesgos relacionados con la selección de participantes y fortaleciendo la validez interna del estudio.

Criterios de inclusión

- Gestantes que se encuentren cursando el segundo y tercer trimestre de embarazo.
- Gestantes que reciban su control prenatal en el Centro de Salud San Jerónimo durante el periodo enero a abril del año 2026.
- Gestantes que otorguen su consentimiento informado por escrito.
- Gestantes que residan de manera permanente dentro de la jurisdicción comunitaria o urbana atendida por el Centro de Salud San Jerónimo, garantizando que hayan estado expuestas al programa de visitas domiciliarias.
- Gestantes cuya historia clínica se encuentre activa y debidamente registrada en el establecimiento de salud, con datos verificables sobre el

seguimiento de su embarazo.

Criterios de exclusión

- Gestantes con dificultades cognitivas, de comunicación o limitaciones idiomáticas que impidan responder autónomamente el cuestionario.
- Gestante que residen fuera de la jurisdicción del centro de salud.

4.6 Técnica de selección de muestra

No se aplicó ninguna técnica de muestreo probabilístico o no probabilístico. En su lugar, se empleó un procedimiento de tipo censal, mediante el cual se incorporó al 100% de la población objetivo para la recolección de datos. Al trabajar con la totalidad de la población accesible, se reduce la posibilidad de error asociado a la selección muestral.

4.7 Técnicas de recolección de información

- **Técnica.** La técnica que se empleó en la investigación fue la encuesta, debido a que permitió recopilar información de manera sistemática y objetiva sobre las variables de estudio mediante la aplicación de cuestionarios estructurados.
- **Instrumentos.** Para la recolección de datos se utilizó dos cuestionarios estructurados:
 - ✓ **Cuestionario sobre frecuencia de visitas domiciliarias:** Conformado por 3 preguntas politómicas orientadas a identificar el número de visitas, domiciliarias recibidas durante la gestación, la periodicidad de las visitas y el trimestre de inicio del seguimiento domiciliario.
 - ✓ **Cuestionario de nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes:** Conformada por 10 ítems dicotómicos (Sí/No) orientadas a evaluar el reconocimiento de las principales señales de alarma durante el embarazo, tales como sangrado vaginal, cefalea intensa, visión borrosa,

edema de cara y manos, fiebre, disminución o ausencia de movimientos fetales, pérdida de líquido amniótico y dolor abdominal intenso. Cada respuesta correcta recibió una puntuación de 1 y cada respuesta incorrecta una puntuación de 0, obteniéndose un puntaje total que permitió clasificar el nivel de conocimientos en bajo (0-4 puntos), medio (5-7 puntos) y alto (8-10 puntos).

- **Validez y confiabilidad.**

La validez de contenido de los instrumentos fue determinada mediante juicio de expertos, conformado por profesionales especializados en salud materna e investigación científica, quienes evalúan la claridad, pertinencia y coherencia de los ítems. Se alcanzaron coeficientes de concordancia de V de Aiken superiores a 0.80, declarándolos aptos para su aplicación.

Obteniéndose:

V de Aiken = 0.97

Para determinar la confiabilidad del instrumento sobre conocimientos acerca de las señales de alarma en gestantes, se realizó una prueba piloto en una población con características similares a la muestra de estudio. Posteriormente se calculó el coeficiente KR-20 (Kuder-Richardson 20), estadístico apropiado para instrumentos con ítems de respuesta dicotómica (Si/No), obteniéndose un valor de 0.927, el cual indica alta consistencia interna del instrumento.

4.8 Técnicas de análisis e interpretación de la información

- Posteriormente a la aprobación del proyecto por la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, se gestionó la autorización correspondiente ante el Centro de Salud San Jerónimo para la ejecución del estudio y recolección de información.

- Los datos obtenidos fueron codificados y registrados en una base de datos elaborada en el programa Microsoft Excel, para luego ser procesados mediante el software estadístico SPSS versión 27.
- En el análisis descriptivo se utilizó tablas de frecuencia absoluta y porcentual para presentar los resultados de las variables y dimensiones estudiadas.
- Para el análisis inferencial, previamente se evaluó la distribución de los datos mediante pruebas de normalidad.
- Considerando un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%.

4.9 Técnicas para demostrar la verdad o falsedad de las hipótesis planteadas

Para la contrastación estadística de hipótesis se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado de Pearson debido a que las variables de estudio fueron de naturaleza categórica. El análisis inferencial se realizó considerando un nivel de confianza del 95% y un nivel de significancia de $\alpha = 0.005$. Asimismo, para determinar la magnitud de la asociación entre las variables se empleó el coeficiente V de Cramer.

La decisión estadística se realizó considerando las siguientes reglas:

- Si el valor de $p < 0.05$, se rechazó la hipótesis nula (H_0) y se aceptará la hipótesis alterna (H_1), concluyendo que existe una relación estadísticamente significativa entre la frecuencia de visitas domiciliarias y nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes.
- Si el valor de $p \geq 0.05$, se aceptará la hipótesis nula (H_0), concluyendo que no existe evidencia estadísticamente significativa para afirmar una relación entre las variables estudiadas.

4.10 Aspectos éticos

La ejecución de esta investigación se rige estrictamente por las pautas

internacionales de ética en investigación biomédica, incluyendo los principios de la Declaración de Helsinki y las pautas CIOMS. El proyecto contará con la evaluación y aprobación expedida por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, escuela de Obstetricia, de forma previa a cualquier aproximación al trabajo de campo. Asimismo, se tramitará formalmente la autorización institucional ante la jefatura y dirección del Centro de Salud San Jerónimo.

- **Autonomía:** Se garantizará mediante la aplicación rigurosa del proceso de Consentimiento Informado escrito. Cada gestante recibirá información clara, detallada y comprensible sobre la naturaleza del estudio, su carácter voluntario y la potestad de retirarse en cualquier fase sin sufrir represalias ni verse afectada la calidad de su atención médica.
- **Beneficencia y No Maleficencia:** El estudio califica como una investigación con riesgo mínimo o nulo de acuerdo a la normativa de salud, puesto que no realiza intervenciones invasivas, modificaciones de dosis ni experimentos farmacológicos. El beneficio es indirecto y social, derivado de la generación de diagnósticos operativos para mejorar los programas preventivos del centro de salud.
- **Justicia y Confidencialidad:** Se implementarán estrictos protocolos de anonimización de datos. Las fichas clínicas y cuestionarios no contendrán nombres, apellidos ni números de documentos de identidad, identificándose a cada participante mediante un código alfanumérico aleatorio. La base de datos será de acceso restringido exclusivo de los investigadores responsables.

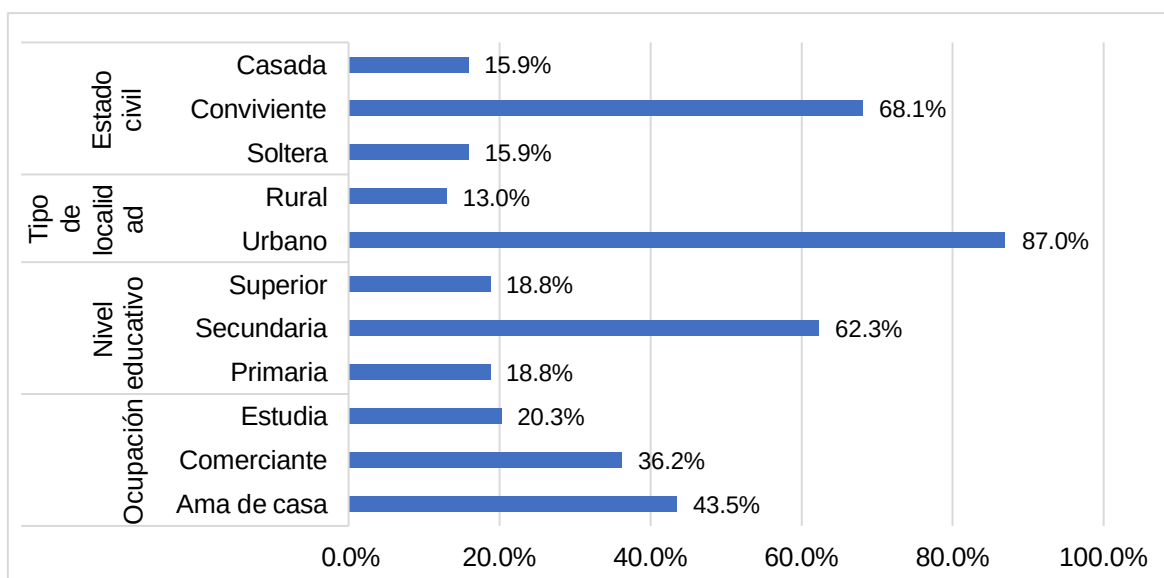
V. RESULTADOS

5.1. Análisis estadístico descriptivo

Tabla 1. Características sociodemográficas de las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

		Mediana	RIC
Edad		28.00	(22.00 – 32.50)
		Frecuencia	Porcentaje
Ocupación	Ama de casa	30	43.5
	Comerciante	25	36.2
	Estudia	14	20.3
Nivel educativo	Primaria	13	18.8
	Secundaria	43	62.3
	Superior	13	18.8
Tipo de localidad	Urbano	60	87.0
	Rural	9	13.0
Estado civil	Soltera	11	15.9
	Conviviente	47	68.1
	Casada	11	15.9
Total		69	100.0

Figura 1. Características sociodemográficas de las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

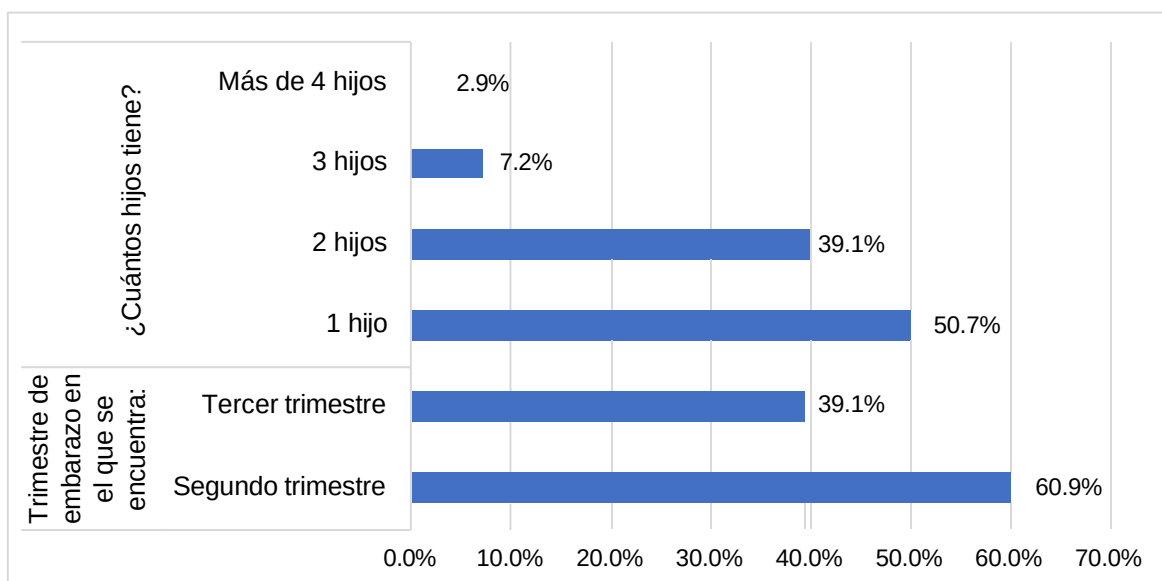


Interpretación: La tabla 1 y figura 1 muestra que la población de estudio presenta una mediana de edad de 28 años, donde el 43.5% se dedica a ser ama de casa y el 36.2% al comercio; además, el 62.3% cuenta con educación secundaria, el 87.0% reside en zonas urbanas y 68.1% tiene como estado civil conviviente. Estos resultados indican que se trata de una población de adultas jóvenes en edad reproductiva, con un nivel educativo básico intermedio y mayoritariamente integradas en el entorno urbano, lo que sugiere una estabilidad relativa en sus condiciones de vida y accesibilidad a servicios básicos.

Tabla 2. Características obstétricas de las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

		Mediana	RIC
Número de controles prenatales:		5.00	(4.00 – 6.00)
		Frecuencia	Porcentaje
Trimestre de	Segundo trimestre	42	60.9
embarazo en el que se encuentra: ¿Cuántos hijos tiene?	Tercer trimestre	27	39.1
	1 hijo	35	50.7
	2 hijos	27	39.1
	3 hijos	5	7.2
	Más de 4 hijos	2	2.9
Total		69	100.0

Figura 2. Características obstétricas de las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

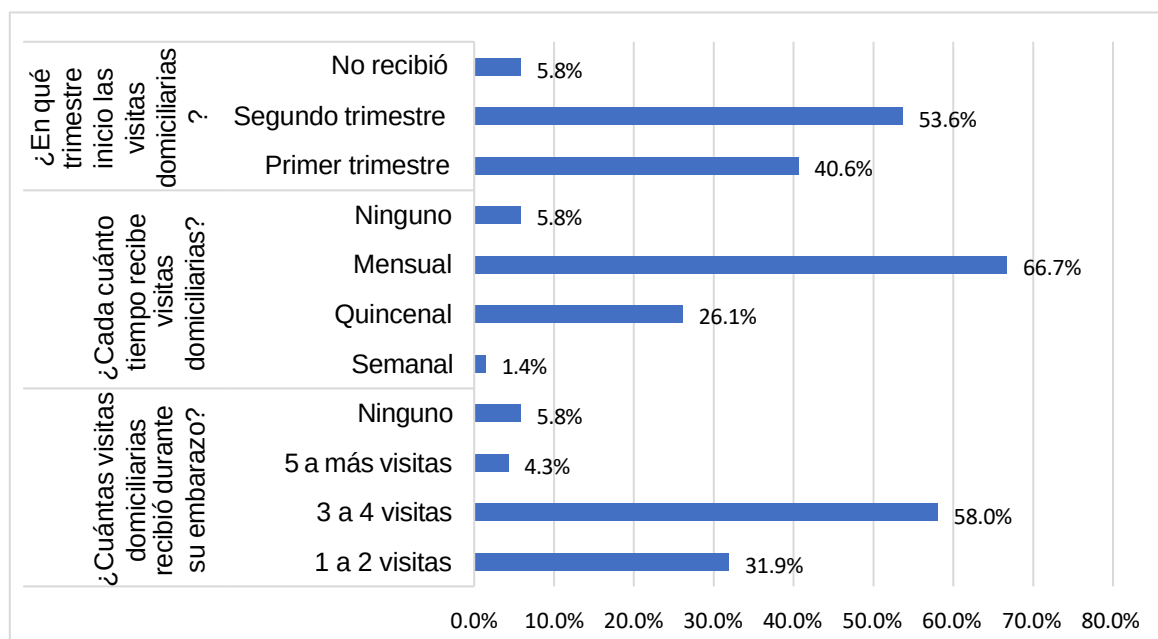


Interpretación: La tabla 2 y figura 2 muestra que las gestantes tienen una mediana de 5 controles prenatales, con un 60.9% cursando el segundo trimestre de embarazo y un 50.7% que tiene un hijo. Esto significa que la mayoría de las participantes no son primerizas y mantienen una asistencia regular a sus controles de salud, encontrándose en una etapa del embarazo (segundo trimestre) donde el seguimiento preventivo es crucial para detectar complicaciones de manera oportuna.

Tabla 3. Frecuencia de visitas domiciliarias en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

		Frecuencia	Porcentaje
¿Cuántas visitas domiciliarias recibió durante el segundo y tercer trimestre de embarazo?	1 a 2 visitas	22	31.9
	3 a 4 visitas	40	58.0
	5 a más visitas	3	4.3
	Ninguno	4	5.8
¿Cada cuánto tiempo recibe visitas domiciliarias?	Semanal	1	1.4
	Quincenal	18	26.1
	Mensual	46	66.7
	Ninguno	4	5.8
¿En qué trimestre inicio las visitas domiciliarias?	Segundo trimestre	28	40.6
	Tercer trimestre	37	53.6
	No recibió	4	5.8
Total		69	100.0

Figura 3. Frecuencia de visitas domiciliarias en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.



Interpretación: La tabla 3 y figura 3 muestra que el 58.0% de las gestantes recibió entre 3 a 4 visitas domiciliarias, las cuales fueron mensuales en el 66.7% de los casos e iniciaron mayoritariamente en el segundo trimestre (53.6%). Estos resultados reflejan que existe un programa de seguimiento activo por parte del

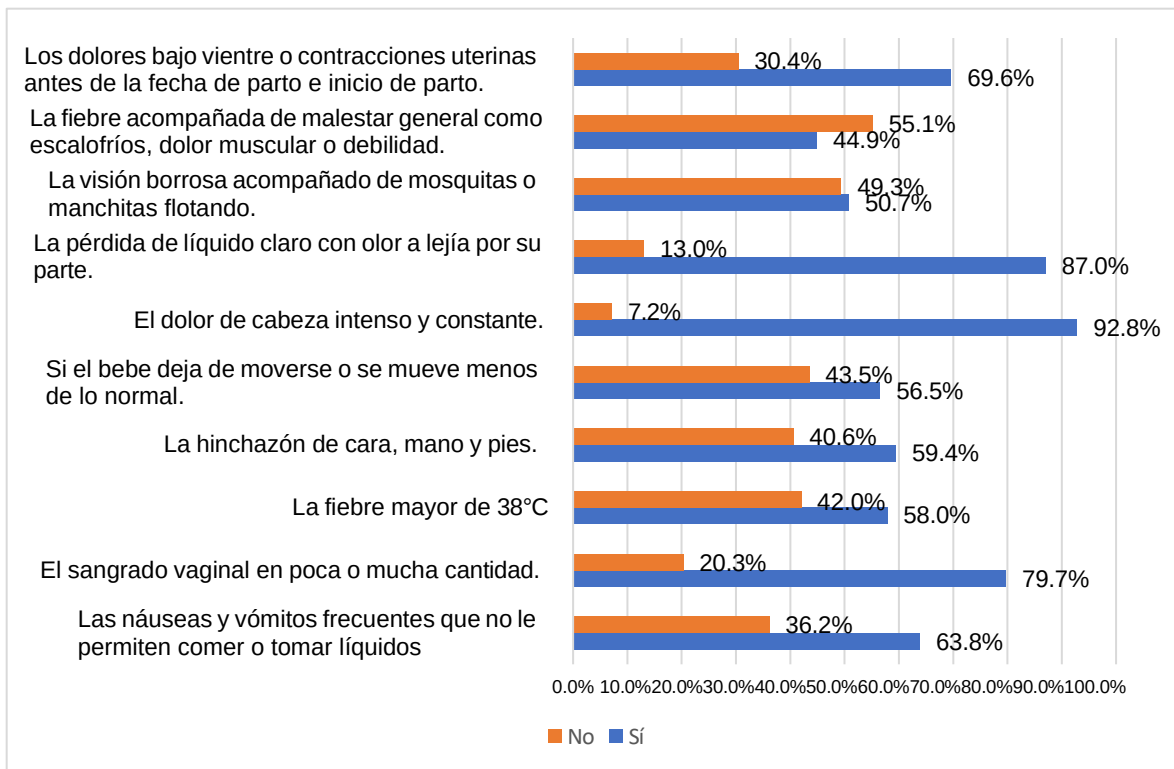
personal de salud, logrando un acompañamiento constante desde las primeras

etapas de la gestación para la mayoría de las pacientes.

Tabla 4. Conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

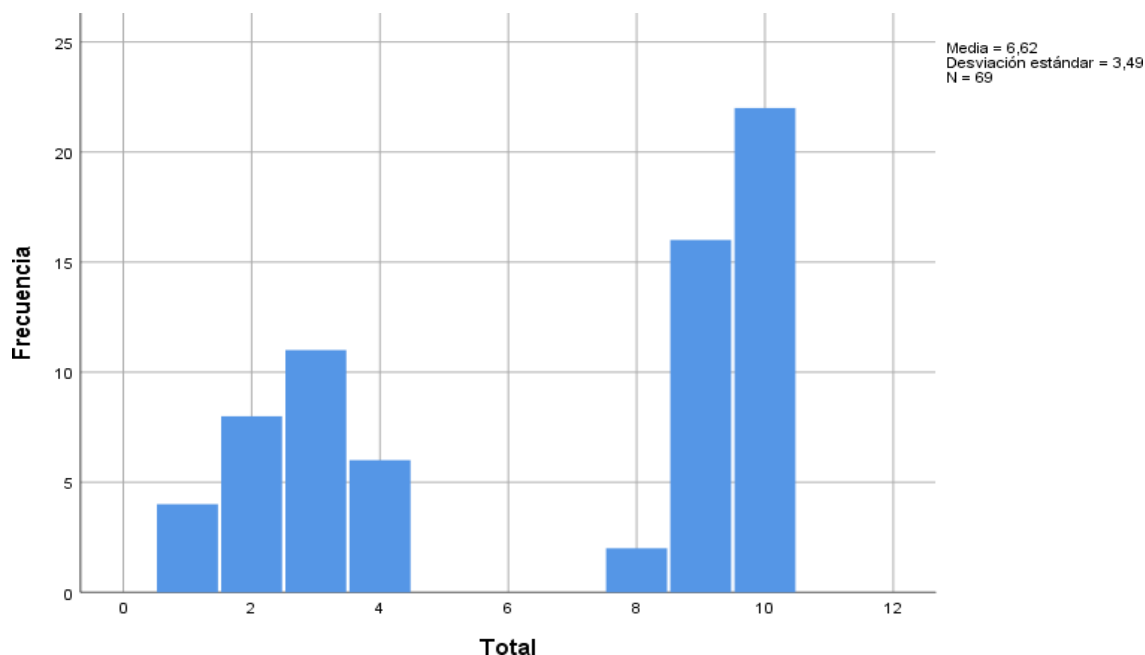
	Sí		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
1. Las náuseas y vómitos frecuentes que no le permiten comer o tomar líquidos	44	63.8	25	36.2	69	100.0
2. El sangrado vaginal en poca o mucha cantidad.	55	79.7	14	20.3	69	100.0
3. La fiebre mayor de 38°C	40	58.0	29	42.0	69	100.0
4. La hinchazón de cara, mano y pies.	41	59.4	28	40.6	69	100.0
5. Si él bebe deja de moverse o se mueve menos de lo normal.	39	56.5	30	43.5	69	100.0
6. El dolor de cabeza intenso y constante.	64	92.8	5	7.2	69	100.0
7. La pérdida de líquido claro con olor a lejía por su parte.	60	87.0	9	13.0	69	100.0
8. La visión borrosa acompañado de mosquitas o manchitas flotando.	35	50.7	34	49.3	69	100.0
9. La fiebre acompañada de malestar general como escalofríos, dolor muscular o debilidad.	31	44.9	38	55.1	69	100.0
10. Los dolores bajo vientre o contracciones uterinas antes de la fecha de parto e inicio de parto.	48	69.6	21	30.4	69	100.0

Figura 4. Conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.



Interpretación: La tabla 4 y figura 4 muestra que la mayoría de gestantes tiene conocimiento sobre las señales de alarma en el embarazo, destacando que dentro de las señales más reconocidas se tiene el dolor de cabeza intenso en el 92.8%, el 87.0% reconoce la pérdida de líquido y 79.7% reconoce el sangrado vaginal como señal de alarma; sin embargo, solo el 44.9% reconoce la fiebre con malestar general como un riesgo. Esto implica que, aunque existe un alto reconocimiento de signos físicos evidentes o clásicos, persiste una brecha de información en síntomas más sistémicos o sutiles que también podrían comprometer la salud de la madre y el hijo.

Figura 5. Distribución de nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes.

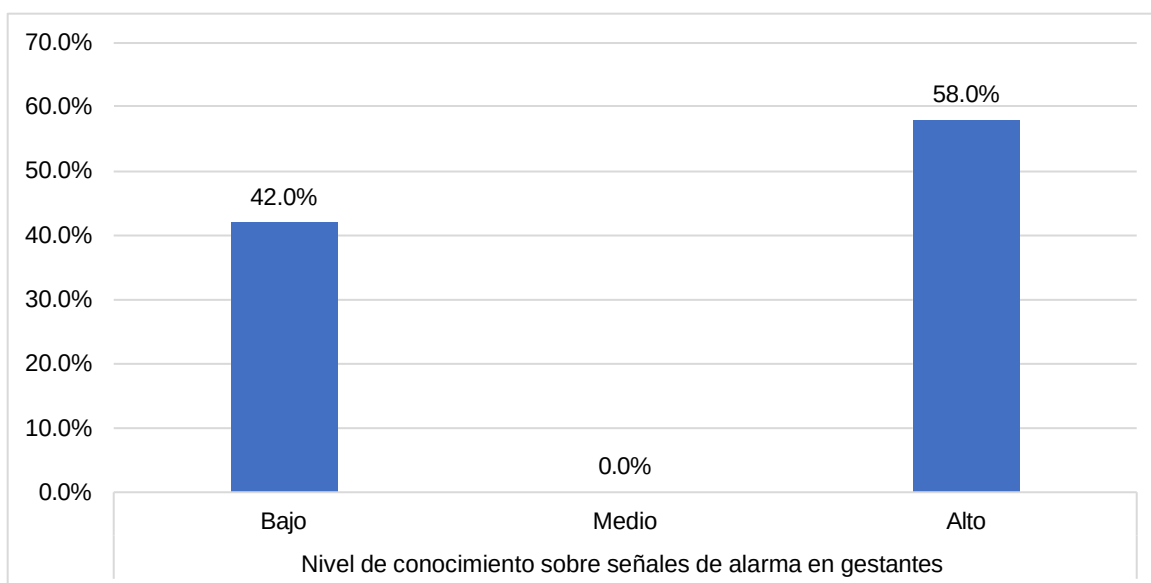


Interpretación: La figura 5 evidencia que los datos no siguen una distribución normal, observándose una distribución bimodal con dos agrupaciones claramente diferenciadas: una concentrada en puntajes bajos (1-4) y otra en puntajes altos (8-10), la media fue de 6.62 con una desviación estándar de 3.49. Asimismo, se aprecia una escasa frecuencia de valores intermedios, lo que sugiere la presencia de dos perfiles distintos dentro de la muestra.

Tabla 5. Nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

		Frecuencia	Porcentaje
Nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes	Bajo	29	42.0
	Medio	0	0.0
	Alto	40	58.0
Total		69	100.0

Figura 6. Nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.



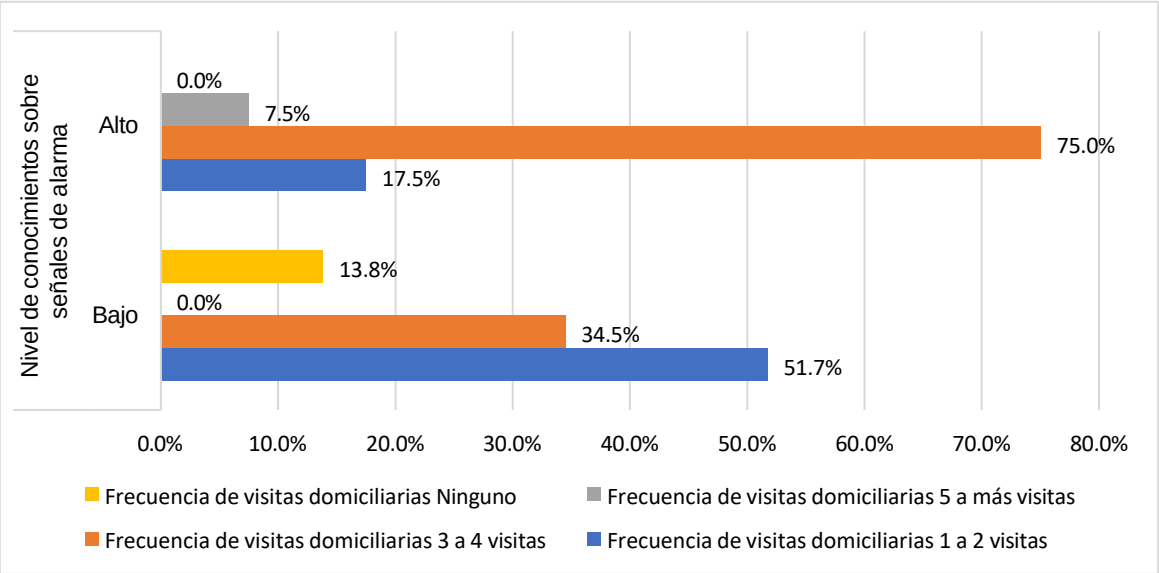
Interpretación: En la tabla 5 y figura 6, se reporta que el 58.0% de las gestantes posee un nivel de conocimiento alto, mientras que el 42.0% presenta un nivel bajo, sin registrarse casos en el nivel medio. Estos hallazgos significan que, si bien la mayoría de la población está bien informada sobre los riesgos obstétricos, existe un grupo considerable que se encuentran en una situación de vulnerabilidad por falta de información adecuada.

La ausencia del nivel medio de conocimientos constituye un hallazgo relevante en el presente estudio. Esta distribución polarizada podría atribuirse a que las gestantes que reciben visitas domiciliarias adquieren un conocimiento consolidado sobre las señales de alarma durante el embarazo, ubicándose predominantemente en el nivel alto. Por el contrario, aquellas que reciben escaso o ningún seguimiento presentan deficiencias importantes en el reconocimiento de dichas señales, clasificándose en el nivel bajo. En este sentido, la inexistencia de casos en la categoría intermedia podría reflejar el efecto de las intervenciones educativas brindadas durante las visitas domiciliarias, así como las características propias de la población estudiada.

Tabla 6. Frecuencia de visitas domiciliarias y nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

		Nivel de conocimientos sobre señales de alarma				Total	
		Bajo		Alto			
		f	%	f	%	f	%
Frecuencia de visitas domiciliarias	1 a 2 visitas	15	51.7	7	17.5	22	31.9
	3 a 4 visitas	10	34.5	30	75.0	40	58.0
	5 a más visitas	0	0.0	3	7.5	3	4.3
	Ninguno	4	13.8	0	0.0	4	5.8
Total		29	100.0	40	100.0	69	100.0

Figura 7. Frecuencia de visitas domiciliarias y nivel de conocimiento sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.



Interpretación: En la tabla 6 y figura 7, al cruzar las variables, se observa que, del grupo con conocimiento alto, el 75.0% recibió de 3 a 4 visitas, mientras que, en el grupo con conocimiento bajo, el 51.7% recibió solo de 1 a 2 visitas. Esta distribución sugiere de forma descriptiva que un mayor número de visitas domiciliarias se traduce en una mejor preparación de la madre para identificar signos de peligro.

5.2. Análisis estadístico inferencial

Prueba estadística

Chi cuadrado y V de Cramer

Criterio de decisión

- Si $p > 0.05$: No existe asociación estadísticamente significativa; se acepta la hipótesis nula
- Si $p < 0.05$: Existe asociación estadísticamente significativa; rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

5.2.1. Prueba de hipótesis

H_1 : Existe relación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2026.

H_0 : No existe relación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2026.

Tabla 7. Relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.

		Nivel de conocimientos sobre señales de alarma				Sig. Chi cuadrado	V de Cramer
		Bajo		Alto			
		f	%	f	%		
Frecuencia de visitas domiciliarias	1 a 2 visitas	15	51.7	7	17.5	0.001*	0.520
	3 a 4 visitas	10	34.5	30	75.0		
	5 a más visitas	0	0.0	3	7.5		
	Ninguno	4	13.8	0	0.0		
Total		29	100.0	40	100.0		

Nota. *: Factor significativo

Interpretación: La tabla 7 muestra la asociación entre la frecuencia de visitas

domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma del embarazo. Se

reporta un valor p de 0.001 para la prueba de chi cuadrado, por lo que, se acepta la hipótesis alterna, además el valor de V de Cramer es 0.520, evidenciando una relación moderada entre las variables, ante mayor frecuencia de visitas domiciliarias se registra también mayores niveles de conocimientos sobre señales de alarma, esto significa que existe relación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2026.

Prueba de confiabilidad del instrumento

Estadísticas de fiabilidad: variable conocimiento sobre señales de alarma en gestantes	
KR-20 (Kuder-Richardson)	N de elementos
0.927	10

La confiabilidad del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente KR–20 (Kuder-Richardson20), debido a que los ítems fueron dicotómicos (Si/No). Se obtuvo un valor de KR–20 = 0.927, el cual supera el umbral mínimo aceptable de 0.70, indicando una alta consistencia interna del instrumento.

VI. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como propósito determinar la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026. Los resultados estadísticos evidenciaron que las visitas domiciliarias constituyen una estrategia importante dentro de la atención prenatal, debido a su influencia en el fortalecimiento del conocimiento materno y en la identificación temprana de riesgos obstétricos. Asimismo, los hallazgos reflejan la relevancia del acompañamiento comunitario continuo como parte de las acciones preventivas desarrolladas desde el primer nivel de atención.

En relación a la frecuencia de las visitas domiciliarias preventivas en el Centro de Salud San Jerónimo, se determinó que el 58.0% (40 gestantes) presenta un nivel alto de seguimiento (3 a 4 visitas), mientras que el 42.0% (29 gestantes) registra un nivel bajo (1 a 2 visitas). Asimismo, es sumamente relevante destacar que el 66.7% de las participantes registraron una periodicidad predominantemente mensual en dicho monitoreo, evidenciando que las intervenciones comunitarias no ocurrieron como eventos aislados, sino bajo un cronograma de acompañamiento regular y consecutivo. Estos resultados evidencian una cobertura activa de visitas domiciliarias en la mayoría de las gestantes evaluadas; sin embargo, las brechas existentes en el porcentaje restante podrían limitar la detección oportuna de complicaciones obstétricas y disminuir las oportunidades de educación sanitaria en el entorno del hogar. Estos resultados coinciden con el estudio internacional realizado por **Cockcroft A. et al.** (14) en Nigeria, donde el 57.2% de las gestantes recibió tres o más visitas domiciliarias durante la gestación. Los autores concluyeron que las visitas domiciliarias mejoraron significativamente el

reconocimiento de señales de alarma obstétrica, especialmente en poblaciones vulnerables. Esta similitud se explica porque, tanto en el entorno internacional como en el contexto de San Jerónimo, las visitas domiciliarias forman parte de estrategias de atención primaria orientadas al seguimiento continuo, la educación prenatal y la promoción de conductas preventivas. De igual manera, los resultados coinciden con el estudio desarrollado por **Wahyuningsih D. y Linggardini K.** (16) en Indonesia, quienes encontraron un adecuado cumplimiento de las visitas prenatales y una relación significativa entre el conocimiento sobre señales de alarma y el seguimiento comunitario. Ambos estudios reflejan que la continuidad de las intervenciones educativas en la vivienda favorece la consolidación del aprendizaje y mejora la capacidad de las gestantes para reconocer situaciones de riesgo. Asimismo, los hallazgos guardan estrecha relación con la investigación nacional de **Quispe M.** (18) en Huancavelica, quien evidenció una correlación positiva y estadísticamente significativa entre las visitas domiciliarias de enfermería y el nivel de conocimiento sobre complicaciones obstétricas, concluyendo que, a mayor continuidad y monitoreo mensual en el hogar por el personal de salud, las gestantes logran retener y comprender mejor las señales de peligro asociadas al periodo gestacional.

Respecto al nivel de conocimiento global sobre las señales de alarma obstétrica, en las gestantes de segundo y tercer trimestre los hallazgos descriptivos revelaron que el 58.0% (40 gestantes) alcanzó un nivel de conocimiento alto, mientras que el 42.0% (29 participantes) exhibió un nivel bajo, identificándose un escenario particular caracterizado por la ausencia absoluta de casos en el nivel medio (0.0%). Esta delimitación gestacional es clínicamente relevante, dado que durante el segundo y tercer trimestre las complicaciones como los trastornos hipertensivos y

la rotura prematura de membranas incrementan su incidencia, haciendo imperativo que la mujer reconozca los síntomas de forma inmediata. Dicha tendencia concuerda con las investigaciones de **Tamang et al.** (17) en Bután y de **Wahyuningsih y Linggardini.** (16) en Indonesia, autores que identificaron que los conocimientos comunitarios sobre peligro materno tienden a polarizarse drásticamente en aquellas usuarias que interactúan de forma repetida con los servicios de salud logran memorizar signos evidentes, en tanto que el sector rezagado experimenta dificultades severas para discernir manifestaciones clínicas sutiles pero críticas.

Al profundizar en el análisis de las dimensiones de las señales de alarma, se observa una asimetría notable en el reconocimiento de signos específicos por parte de las gestantes. De manera consistente con la literatura médica, manifestaciones sumamente evidentes o ligadas a pérdidas biológicas directas, tales como el sangrado vaginal profuso o la pérdida de líquido amniótico, fueron identificadas casi de forma unánime por el grupo con conocimiento alto. Este comportamiento de los datos coincide con los hallazgos de **Bances y Gonzales.** (19) en Piura y **Huarcaya M.** (21) en Ica, quienes explicaron que las gestantes asocian de forma inmediata el sangrado y la hidrorrea con un peligro de aborto o parto inmaduro, lo que eleva el estado de alerta. Sin embargo, signos de carácter sistémico y de evolución silente, tales como las cefaleas intensas, los escotomas (visión de mosquitas), el tinnitus (zumbido de oídos) y los edemas faciales o podálicos, registraron tasas de reconocimiento deficientes en el segmento calificado como de nivel bajo, lo cual representa un riesgo epidemiológico latente en la jurisdicción de San Jerónimo.

La preocupante omisión de los síntomas indicados a los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia) por parte del grupo con bajo conocimiento se discute

bajo el marco epidemiológico regional de la Dirección de Red de Salud Andahuaylas (12), que sitúa a este distrito como un foco con alta incidencia de Morbilidad Materna Extrema (MME) por crisis hipertensivas y hemorragias. Como sostienen **Karrar et al.** (46) y la Organización Mundial de la Salud (47), el dolor de cabeza constante o la hinchazón no suelen ser percibidos por la gestante rural como emergencias, sino como malestares habituales del periodo gestacional. Esta brecha de comprensión teórica justifica plenamente los aportes de **Palomino y Huamán.** (20), quienes en su estudio en la región Apurímac recalcaron que la educación prenatal convencional impartida en el consultorio de forma rápida resulta insuficiente. Los citados autores defienden que únicamente mediante intervenciones educativas estructuradas, lúdicas y demostrativas realizadas directamente en la vivienda, se logra romper la barrera cultural e idiomática (quechua hablante), permitiendo que la gestante asimile los signos clínicos de la preeclampsia antes de que se suscite un cuadro crítico de emergencia.

Finalmente, el contraste inferencial de la hipótesis general aportó evidencia estadística contundente para confirmar la relación entre las variables de estudio, obteniéndose un valor de chi-cuadrado altamente significativo ($p = 0.001$) y una fuerza de asociación estadística calculada de 0.520 a través de las pruebas asociativas correspondientes. Este hallazgo valida plenamente la hipótesis de investigación y ratifica los resultados de **Lobatón E.** (23) referidos a la efectividad de las visitas con enfoque promocional en el propio Centro de Salud San Jerónimo, demostrando que la regularidad de los controles en el hogar ejerce una influencia directa y sustancial sobre el nivel de preparación materna. Al confirmarse que a mayor número de visitas domiciliarias se suscita un incremento en el nivel de conocimientos, queda en evidencia la necesidad de fortalecer este componente de

la atención primaria de salud (26), alineándose con las directrices ministeriales del Perú plasmadas en las Resoluciones Ministeriales N.º 241-2024-MINSA (29) y N.º 827-2013-MINSA (30). Optimizar el impacto educativo de las visitas domiciliarias en el segundo y tercer trimestre es la estrategia más costo-efectiva para asegurar el reconocimiento temprano de las complicaciones en el hogar, evitando que las pacientes ingresen a los servicios de urgencia en estados críticos y contribuyendo de forma activa a la reducción de los indicadores locales de morbilidad extrema.

En conclusión, los resultados del presente estudio permitieron evidenciar una asociación estadísticamente significativa entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026 ($\chi^2= 16.802$, $gl=3$, $p=0.001$, $V=0.520$). Estos hallazgos respaldan la implementación sistemática del seguimiento domiciliario como estrategia para promover el reconocimiento oportuno de las señales de alarma durante el embarazo.

Un mayor número de visitas favorece el fortalecimiento de capacidades preventivas, el reconocimiento oportuno de complicaciones y la búsqueda temprana de atención sanitaria. Por ello, resulta necesario fortalecer las estrategias de seguimiento domiciliario desde el primer nivel de atención, especialmente en contextos vulnerables, con el fin de contribuir a la reducción de riesgos maternos y perinatales. Asimismo, aunque se trabajó mediante muestreo censal con 69 gestantes atendidas en el Centro de Salud San Jerónimo, los resultados obtenidos corresponden específicamente a esta población, por lo que su generalización a otros contextos debe realizarse con cautela.

VII. CONCLUSIONES

En base a los principales hallazgos se concluye lo siguiente:

Primero: Se determinó que existe una relación estadísticamente significativa y directa entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026 ($p = 0.001$), con una intensidad de asociación de 0.520, demostrando a nivel local que el seguimiento extramural continuo funciona como un determinante preventivo clave para empoderar cognitivamente a la gestante en sus etapas de mayor riesgo, confirmando que una mayor regularidad en las visitas eleva significativamente el nivel cognitivo de la gestante frente a las emergencias obstétricas.

Segundo: Al describir la frecuencia de visitas domiciliarias que reciben las gestantes del segundo y tercer trimestre, se concluye que coexisten dos realidades operativas diferenciadas: el 58.0% presenta una alta frecuencia de monitoreo comunitario de 3 a 4 visitas con una periodicidad predominantemente mensual de 66.7%. No obstante, persiste una brecha crítica del 42.0% de gestantes que registró una baja frecuencia de visitas de 1 a 2 visitas, quedando expuestas a un menor seguimiento de su salud en las etapas mas avanzadas del embarazo.

Tercero: Al identificar el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en las gestantes, se concluye que el saber preventivo global se encuentra fuertemente polarizado en la población de estudio, denotándose una ausencia absoluta de casos en el nivel medio 0.0%. El 58.0% de las gestantes evaluadas alcanzó un nivel de conocimiento alto, mientras que un preocupante 42.0% exhibió un nivel bajo, lo que representa un riesgo epidemiológico latente ante posibles complicaciones obstétricas.

Cuarto: El principal aporte de la investigación radica en demostrar empíricamente que la visita domiciliaria es la herramienta de educación sanitaria más efectiva para romper las barreras de accesibilidad geográfica y cultural. Al evidenciar que el 42.0% de gestantes con baja frecuencia de visitas coincide exactamente con el nivel bajo de conocimientos, esta tesis aporta una línea de base estadística real y actualizada para que las autoridades de salud reorienten los recursos hacia el cuidado extramural.

VIII. RECOMENDACIONES

Primero: Se recomienda a la Jefatura del Centro de Salud San Jerónimo y al área de Salud Materno-Perinatal, optimizar y priorizar el programa de visitas domiciliarias en gestantes de segundo y tercer trimestre, reconociéndolo como una estrategia educativa clave para disminuir el riesgo de morbi-mortalidad materna. Como aporte práctico, se sugiere la creación de un Padrón de Monitoreo Prioritario para el Tercer Trimestre en el establecimiento, utilizando los hallazgos para focalizar los recursos humanos en aquellas gestantes con menor conocimiento.

Segundo: Al personal de Obstetricia del Centro de Salud, San Jerónimo, se recomienda reestructurar el sistema de seguimiento comunitario mediante un cronograma estricto que garantice la cobertura del 100% de las gestantes que ingresan al segundo trimestre. Se debe implementar una estrategia de captación activa orientada específicamente a intervenir a las gestantes que registran baja frecuencia de visitas, asegurando que alcancen de forma obligatoria el estándar óptimo de 3 a 4 visitas consecutivas.

Tercero: Se recomienda al personal asistencial rediseñar las sesiones educativas y el material informativo entregado durante las visitas domiciliarias. Se sugiere migrar de un modelo de enseñanza tradicional hacia el uso de rotafolios interactivos

y herramientas lúdicas con enfoque de pertinencia intercultural y lingüística local, reforzando con especial énfasis didáctico los signos sistémicos complejos (como las cefaleas intensas, zumbido de oídos y edemas) que suelen pasar desapercibidos en la zona rural.

Cuarto: A la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC) y a las unidades de docencia e investigación de la Red de Salud, se recomienda utilizar el aporte métrico y conceptual de este estudio como insumo pedagógico en las asignaturas de Salud Pública y Salud Comunitaria, asegurando que el conocimiento generado trascienda el ámbito académico y se traduzca en políticas de prevención de la mortalidad materna.

IX. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Trends in maternal mortality 2000 to 2023: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 2026 Enero 17]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240108462>
2. Word Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. Geneva: WHO;2016 [citado 2026 May 17]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
3. Organización Panamericana de la Salud. OPS conmemora el Día Mundial de la Salud destacando avances y desafíos en salud materna y neonatal en la Región [Internet]. Washington DC: OPS; 2025 [citado 2026 Enero 17]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/7-4-2025-ops-conmemora-dia-mundial-salud-destacando-avances-desafios-salud-materna>
4. Bolanko A, Namoh H, Minsamo K, Addisu N, Gebre M. Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among pregnant women in Wolaita Sodo

- town, South Ethiopia: A community-based cross-sectional study. SAGE Open Med. 2021;9:20503121211001161.
5. Woldeamanuel GG, Lemma G, Zegeye B. Knowledge of obstetric danger signs and its associated factors among pregnant women in Angolela Tera District, Northern Ethiopia. BMC Res Notes. 2019;12(1):606.
 6. Organización Panamericana de la Salud. Razón de mortalidad materna [Internet]. Washington DC: OPS; 2024 [citado 2026 mayo 17]. Disponible en: <https://pbdigital.paho.org/es/reporte-fin-de-bienio-2022-2023/impact-results/06-razon-de-mortalidad-materna>
 7. Organización Panamericana de la Salud. OPS y socios lanzan campaña para acelerar la reducción de la mortalidad materna en América Latina y el Caribe [Internet]. México: Naciones unidas; 2023 [citado 2026 Mayo 17]. Disponible en: <https://mexico.un.org/es/222324-ops-y-socios-lanzan-campa%C3%B1a->
 8. Brito Hjar AD, Oriundo Arbizu DE. Atención prenatal adecuada y de calidad en gestantes de un hospital de Lima: prevalencia y factores asociados. Rev Peru Investig Materno Perinat. 2025;14(1):e438. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33421/inmp.2025438>
 9. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín epidemiológico del Perú. Semana epidemiológica 52-2024 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2025 [citado 2026 Junio 11]. Disponible en: https://epipublic.dge.gob.pe/uploads/boletin/boletin_202452_30_101117.pdf
 10. Anthony ER, Cho Y, Fischer RL, Matthews L. Examining the causal impact of prenatal home visiting on birth outcomes: A propensity score analysis. Matern Child Health J. 2021;25(6):947–55.
 11. Rokicki S, Oviedo D, Perreault N, Zera C, McGregor AJ, Bates MA, et al. Home

visits and the use of routine and emergency postpartum care among low-income people: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Netw Open*. 2024;7(12): e2451605.

12. Dirección de Red de Salud Andahuaylas (DISA Apurímac II). Boletín Epidemiológico de Morbilidad Materna Extrema. Andahuaylas: Ministerio de Salud, Gobierno Regional de Apurímac; 2025.
13. Misra G, Durga A, Sangem S, Saharan V. Awareness of obstetric danger signs among pregnant women attending a tertiary care hospital in Hyderabad, Telangana: A cross-sectional study. *Cureus*. 2025;17(7): e89132. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.89132>
14. Cockcroft A, Belaid L, Omer K, Ansari U, Aziz A, Gidado Y, et al. The equity impact of universal home visits to pregnant women and their spouses in Bauchi State, Nigeria: Secondary analysis from a cluster randomised controlled trial. *Community Health Equity Res Policy*. 2025;45(2):141–51.
15. Koovimon P, Kaikaew K, Mahoree K, Bumphenkiatikul T. Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among pregnant women attending antenatal care services at Thai community hospital. *F1000Res*. 2023;12:851.
16. Wahyuningsih D, Linggardini K. Correlation between maternal knowledge about danger sign and antenatal care (ANC) visit compliance in the health care center. *Proceedings Series on Health & Medical Sciences*. 2022; 3:28-31.
17. Tamang S, Dorji T, Yoezer S, Phuntsho T, Dorji P. Knowledge and understanding of obstetric danger signs among pregnant women attending the antenatal clinic at the National Referral Hospital in Thimphu, Bhutan: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):1-9.

18. Quispe Mendoza M. Visitas domiciliarias de enfermería y conocimiento de complicaciones obstétricas en gestantes de una microrred de salud de Huancavelica, 2023 [Tesis de grado]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica; 2023 [citado 2026 Jun 6]. Disponible en: <https://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/5621>
19. Bances Juárez L, Gonzales Neira WA. Nivel de Conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes atendidas en el Centro de Salud I-4 Tambo grande-Piura, 2024 [Tesis de grado]. Tumbes: Universidad Nacional de Tumbes; 2025 [citado 2026 mayo 17]. Disponible en: <https://repositorio.untumbes.edu.pe/items/5a0f2d70-8ea6-410a-bc2c-f7f9d1e665ec>
20. Palomino Ramos C, Huamán Ccahuana E. Efectividad de las visitas domiciliarias en el nivel de conocimientos sobre signos de alerta en embarazadas de un hospital de Apurímac. Rev Perú Investig Materno Perinat. 2022;11(2):45-51. doi:10.33421/rpimp.2022.284.
21. Huarcaya M. Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma en gestantes controladas, Hospital Regional de Ica, 2023 [tesis de bachillerato]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2023. [citado 2026 mar 16]. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/bitstreams/d1ebbb01-7c34-425f-b668-0b19749c9118/download>
22. Muñoz Sender MB. Nivel de conocimiento sobre signos y síntomas de alarma del embarazo en gestantes atendidas en el Centro de Salud de Guadalupe, Ica, Perú 2022 [tesis de bachillerato]. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga; 2024. [citado 2026 mar 16]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.13028/4910>

23. Lobatón Quispe FE. Efectividad de las visitas domiciliarias con enfoque promocional en el conocimiento de signos de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, 2025 [tesis en Internet]. Cusco: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2025 [citado 2026 mar 20]. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/handle/20.500.12918/11721>
24. Xie Y, Wang D, Zhou J, Zhou T, Huang Y, Zhang K, et al. Impact of nursing based on Orem's self-care theory on self-care behaviours in older patients with heart failure: a randomised controlled trial. *Australas J Ageing*. 2025;44(3). doi:10.1111/ajag.70059.
25. Seyednazari MA, Amini K, Ramezani-Badr F, Markani AK. Effect of a structured Orem's self-care model nursing intervention on sleep quality and academic self-efficacy in nursing students. *BMC Nurs*. 2025;24(1):248. doi:10.1186/s12912-025-02886-4.
26. World Health Organization. Atención primaria de salud [Internet]. Ginebra: WHO; [citado 2026 Mar 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
27. Rojas-Torres IL, Garizábalo Dávila CM, Ruidíaz Gómez KS, Fernández Aragón SP, Perea-Rojas DM, Rodelo Olmos GM, et al. Effectiveness of Nola Pender's Health Promotion Model: a comprehensive approach for enhancing healthy behaviors and quality of life in adults. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(10):1506. doi:10.3390/ijerph22101506.
28. Schunk DH, DiBenedetto MK. Albert Bandura's legacy in education. *Theory Pract*. 2023;62(3):205-206. doi:10.1080/00405841.2023.2226560.
29. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 241-2024-MINSA [Internet]. Lima: MINSA; 2024 [citado 2026 Mar 16]. Disponible en:

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5431129-241-2024-minsa>

30. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 827-2013-MINSA [Internet]. Lima: MINSA; 2013 [citado 2026 Mar 15]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>
31. Lee S, Kasibante S, Eminai A, Wani S, Opii DJ, Levine LD, et al. Effectiveness of a community health worker-led education intervention on knowledge, attitude, and antenatal care attendance among pregnant women in Eastern Uganda. *J Health Popul Nutr.* 2025;44(1):232. doi:10.1186/s41043-025-00876-5.
32. Motawi B, Dowelbait A. Impact of pregnancy intention on antenatal care utilization and maternal outcomes in Jordan: evidence from a nationally representative survey. *Discov Public Health.* 2025;22(1):650. doi:10.1186/s12982-025-01037-z.
33. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Dashe JS, Hoffman BL, Casey BM, et al. *Williams obstetricia.* 25a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2020.
34. World Health Organization. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación [Internet]. Ginebra: WHO; 2016 [citado 2026 Mar 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-16.12>
35. Health Organization. Maternal and perinatal health [Internet]. Ginebra: WHO; [citado 2026 Mar 16]. Disponible en: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/maternal-and-perinatal-health)
36. Albarqi MN. The impact of prenatal care on the prevention of neonatal

- outcomes: a systematic review and meta-analysis of global health interventions. Healthcare. 2025;13(9):1076. doi:10.3390/healthcare13091076.
37. Concepto De Conocimiento científico [Internet]. [citado 2026 Mar 16]. Disponible en: <https://concepto.de/conocimiento-cientifico/>
38. Psicología y Mente. Los 4 elementos del conocimiento [Internet]. [citado 2026 Mar 16]. Disponible en: <https://psicologiaymente.com/cultura/elementos-conocimiento>
39. Smowl. Taxonomía de Bloom: qué es, objetivos, niveles y para qué sirve [Internet]. 2023 [citado 2026 Mar 16]. Disponible en: <https://smowl.net/es/blog/taxonomia-de-bloom/>
40. Pan American Health Organization. Capacitación en detección de signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio [Internet]. Washington DC: PAHO; 2021 [citado 2026 Mar 15]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/capacitacion-deteccion-signos-alarma-embarazo-parto-puerperio>
41. Pregnancy and lower limb swelling. Singapore: Springer; 2022. doi:10.1007/978-981-16-6206-5_19.
42. BH, Biks GA, Gete YK, Gelaye KA. Incidence of preterm premature rupture of membranes and its association with inter-pregnancy interval: a prospective cohort study. Sci Rep. 2022; 12:5714. doi:10.1038/s41598-022-09743-3.
43. Jenkins SM, Mikes BA. Preterm labor. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 2026 Mar 16]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536939/>
44. Liu C, Zhao G, Qiao D, Wang L, He Y, Zhao M, et al. Emerging progress in nausea and vomiting of pregnancy and hyperemesis gravidarum: challenges

- and opportunities. *Front Med.* 2022; 8:809270. doi:10.3389/fmed.2021.809270.
45. Miclin CDB. Hipertensión arterial y embarazo: una revisión actualizada del tema. *EsTuSalud.* 2025;7: e402.
46. Karrar SA, Martingano DJ, Hong PL. Preeclampsia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 2026 Mar 16]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK570611/>
47. World Health Organization. Pre-eclampsia [Internet]. Ginebra: WHO; [citado 2026 Mar 16]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pre-eclampsia>
48. Monari F, Menichini D, Salerno C, Gei V, Facchinetti F, Neri I. Women's perception of fetal movements and perinatal outcomes: results of a prospective cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023;36(1):2193664. doi:10.1080/14767058.2023.2193664.
49. Thomas SM, Thomas E, Benjamin S, Vijayaselvi R, Satyendra S, Rajan SJ. Acute febrile illness in pregnancy: spectrum of disease and impact on maternal and foetal outcome. *Trop Doct.* 2024;54(4):317-323. doi:10.1177/00494755241262544.
50. Mera-Lojano LD, Mejía-Contreras LA, Cajas-Velásquez SM, Guarderas-Muñoz SJ. Prevalencia y factores de riesgo de infección del tracto urinario en embarazadas. *Rev Médica Inst Mex Seguro Soc.* 2023;61(5):590-596. doi:10.5281/zenodo.8316437.
51. Matar M, Yared G, Massaad C, Ghazal K. Vaginal bleeding during pregnancy: a retrospective cohort study assessing maternal and perinatal outcomes. *J Int Med Res.* 2025;53(2):03000605251315349. doi:10.1177/03000605251315349.
52. Karimi A, Sayehmiri K, Vaismoradi M, Dianatinasab M, Daliri S. Vaginal

bleeding in pregnancy and adverse clinical outcomes: a systematic review and meta-analysis. J Obstet Gynaecol. 2024;44(1):2288224. doi:10.1080/01443615.2023.2288224.

53. Stern EM, Blace N. Ocular manifestations of preeclampsia. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 [citado 2026 Mar 16]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK576389/>
54. Carrasco Díaz S. Metodología de la investigación científica. Lima: Editorial San Marcos; 2006.
55. Hernández Sampieri R. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 2a ed. Ciudad de México: McGraw-Hill Education; 2023.
56. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6a ed. México: McGraw-Hill Education; 2014.

X. ANEXOS

a. Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Metodología
Problema general ¿Cuál es la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026? Problemas específicos • ¿Cuál es la frecuencia de las visitas domiciliarias que reciben las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026? ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre señales de alarma en las gestantes	Objetivo general Determinar la relación entre la frecuencia de visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026. Objetivos específicos • Describir la frecuencia de visitas domiciliarias que reciben las gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026. Identificar el nivel de conocimientos	Hipótesis general H₁: Existe relación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas 2026. H₀: No existe relación significativa entre la frecuencia de las visitas domiciliarias y el nivel de conocimientos sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo,	V1: Frecuencia de visitas domiciliarias V2: Nivel de conocimientos sobre señales de alarma	Frecuencia de visitas domiciliarias Identificación de señales de alarma	Número de visitas recibidas durante el embarazo - Las náuseas y vómitos frecuentes que no le permiten comer o tomar líquidos. - El sangrado vaginal en poca o mucha cantidad. - La fiebre mayor de 38°C. - La hinchazón de cara, manos o pies. - Si él bebe deja de moverse o se mueve menos de lo normal. - El dolor de cabeza intenso y constante. - La pérdida de líquido claro con olor a lejía por su parte. - La visión borrosa acompañada de mosquitos o manchitas flotando. - La fiebre acompañada de malestar general con escalofríos, dolor muscular o debilidad. - Los dolores bajo vientre o contracciones uterinas antes de la fecha de parto e inicio de parto.	-Ninguna visita -1 a 2 visitas -3 a 4 visitas 5 a mas visitas (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No) (Si) (No)	Tipo de investigación: Aplicada Enfoque de investigación: Cuantitativo Nivel de investigación: Descriptivo - Correlacional Diseño de investigación: No experimental, de corte transversal Población y muestra: Estuvo conformada por 69 gestantes de segundo y tercer trimestre atendidas en el Centro de Salud San

del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026?	sobre señales de alarma en gestantes del Centro de Salud San Jerónimo, Andahuaylas, 2026.	Andahuaylas 2026. Hipótesis específica No se formularon hipótesis específicas debido a que el estudio se orientó a contrastar únicamente la hipótesis general de relación entre las variables.		Nivel de conocimiento	Puntaje total obtenido en el cuestionario	- Bajo 0-4 - Medio 5-7 - Alto 8-10	Jerónimo durante el periodo de enero a abril del año 2026. Técnica de selección de muestra: Se emplea el muestreo censal, debido a que incluye a la totalidad de la población accesible. Técnica de recolección de información: La técnica de recolección de datos será la encuesta
--	---	---	--	-----------------------	---	--	---

b. Solicitud de Validación de Instrumento por Juicio de Expertos

Andahuaylas, 15 de abril de 2026

Señor (a) (Sta.):

Ciudad: Andahuaylas

Presente:

En mi consideración:

Es grato dirigirme, a usted para manifestarle que está en ejecución el estudio: "RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026.", cuyo instrumento de recolección de información está dirigido a los Obstetras.

Considerando que el instrumento citado debe ser validado por JUICIO DE EXPERTOS, solicito a Ud. tenga a bien de emitir su opinión al respecto, en calidad de persona entendida en la materia. Para este fin acompaño a la presente los instrumentos de investigación con su respectiva guía de estimación. Agradeciendo anticipadamente por la atención favorable, hago propicia la ocasión para expresarle mi estima personal.

Atentamente.



.....
Thalia Vilchez Maucaylle

DNI: 74309377

c. Hoja de Criterios para la Evaluación por Jueces y Expertos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

“RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026”.

PREGUNTAS	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje. **ADJUNTO:** 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de las variables

6. Instrumento del recojo

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: APLICA

☐ APLICA

☐

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

d. Validación de Instrumento



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

“RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026”.

Preguntas	Escala de validación				
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?				X	
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación
3. Hipótesis de la investigación
4. Metodología de la investigación
5. Operacionalización de las variables
6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica [X] No aplica [_]

Mag. Roberto Torres Ruiz
OBSTETRA
C.O.P. 0456 RUC 1003 E.T.

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026".

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					X
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de las variables

6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica ☒ No aplica ☐


Karina Ysabel Caceres
OBSTETRA ESP. C. COPIA

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

“RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026”.

Preguntas	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?					X
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				X	
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación
3. Hipótesis de la investigación
4. Metodología de la investigación
5. Operacionalización de las variables
6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica [X] No aplica [_]


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE CUSCO
Dr. Billi Marco Cárdenas Gutiérrez
GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA
C.M. 70319 - P. 11 82 00000
FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

"RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026".

Preguntas	Escala de validación				
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?	1	2	3	4	5
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?					X
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?					X
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje. ADJUNTO: 1. Problema de investigación

2. Objetivos de la investigación

3. Hipótesis de la investigación

4. Metodología de la investigación

5. Operacionalización de las variables

6. Instrumento del recojo de datos

OBSERVACIONES:

VALIDACIÓN: Aplica ☒ No aplica ☐


My Alexander Better Salazar
MAESTRIA EN SALUD PUBLICA
Y COMUNITARIA CON MENCIÓN
EN GERENCIA EN SALUD
RENOMA - COP: 168 N° 438 - 2016

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

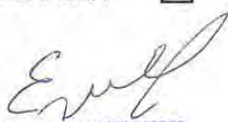
"RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026".

PREGUNTAS	Escala de validación				
	1	2	3	4	5
1. ¿Considera usted que los ítems del instrumento miden lo que pretenden evaluar?				X	
2. ¿Considera usted que la cantidad de ítems registrados en esta versión son suficientes para tener una comprensión de la materia en estudio?					X
3. ¿Considera usted que los ítems contenidos en este instrumento son una muestra representativa del universo, materia de estudio?				X	
4. ¿Considera usted que los conceptos utilizados en este instrumento son todos a cada uno de ellos propios de las variables de estudio?					X
5. ¿Considera usted que, si aplicamos en reiteradas oportunidades este instrumento a muestras similares, obtendríamos también datos similares?					X
6. ¿Considera usted que todos y cada uno de los ítems contenidos en este instrumento están relacionados con el problema y/o los objetivos de la investigación?					X
7. ¿Considera usted que el lenguaje utilizado en el presente instrumento es claro, sencillo y no da lugar a diferentes interpretaciones?				X	
8. ¿Considera usted que la estructura del presente instrumento es adecuada al tipo de usuario a quien va dirigido el instrumento?					X
9. ¿Considera usted que el tipo de preguntas e ítems utilizados son apropiados a los objetivos, materia de estudio?					X

Nota: Marque con una "X" en la escala, siendo el uno (1) de menor puntaje y cinco (5) de mayor puntaje.

OBSERVACIONES:.....

VALIDACIÓN: APLICA ☒ NO APLICA ☐


Obst. Evelyn Karla Medina Nolasco
MAGISTER EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA
COP- 27554 RENOMA COP-115

FIRMA Y SELLO DEL EXPERTO

e. Lista de expertos

EXPERTOS	NOMBRES Y APELLIUDOS	OPINION DE APLICALIDAD
Experto 1	Alexander Better Salazar	ACEPTABLE
Experto 2	Evelyn Karla Medina Nolasco	ACEPTABLE
Experto 3	Bill Cárdenas Gutiérrez	ACEPTABLE
Experto 4	Roberto Torres Rúa	ACEPTABLE
Experto 5	Karina Sulca Carbajo	ACEPTABLE

Fuente: Elaboración Propia.

f. Instrumento de recolección de datos (según las variables)

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABADEL CUSCO FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA				
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS				
“RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026”.				
INSTRUCCIONES: Marque con una “X” y no deje en blanco.				
I. DATOS GENERALES				
1. Edad (años):	2. Ocupación actual: ☐ Ama de casa ☐ Comerciante ☐ Estudia	3. Nivel educativo: ☐ Sin estudio ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior	4. Tipo de localidad: ☐ Urbano ☐ Rural	5. Estado civil: ☐ Soltera ☐ Conviviente ☐ Casada
II. DATOS OBSTETRICOS				
1. Número de controles prenatales:	2. Trimestre de embarazo en el que se encuentra: ☐ Primer trimestre ☐ Segundo trimestre ☐ Tercer trimestre	3. ¿Cuántos hijos tiene incluyendo el actual? ☐ 1 hijo ☐ 2 hijos ☐ 3 hijos ☐ Mas de 4 hijos		
III. FRECUENCIA DE VISTAS DOMICILIARIAS				
1. ¿Cuántas visitas domiciliarias recibió durante el segundo y tercer trimestre de embarazo?		a. Ninguna visita b. 1 a 2 visitas c. 3 – 4 visitas d. 5 a mas		
2. ¿Cada cuánto tiempo recibe visitas domiciliarias?		a. Semanal b. Quincenal c. Mensual d. No recibe		
3. ¿En qué trimestre inicio las visitas domiciliarias?		a. Primer trimestre b. Segundo trimestre c. Tercer trimestre d. No recibió		
IV. CONOCIMIENTO SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES				
¿ES SEÑAL DE ALARMA?			SI	NO
1. Las náuseas y vómitos frecuentes que no le permiten comer o tomar líquidos.			()	()
2. El sangrado vaginal en poca o mucha cantidad.			()	()
3. La fiebre mayor de 38°C.			()	()
4. La hinchazón de cara, mano o pies.			()	()
5. Si él bebe deja de moverse o se mueve menos de lo normal.			()	()
6. El dolor de cabeza intenso y constante.			()	()
7. La pérdida de líquido claro con olor a lejía por su parte.			()	()
8. La visión borrosa acompañado de mosquitas o manchitas flotando.			()	()
9. La fiebre acompañada de malestar general como escalofríos, dolor muscular o debilidad.			()	()
10. Los dolores bajo vientre o contracciones uterinas antes de la fecha de parto e inicio de parto.			()	()

g. Solicitud para la recolección de dato

"AÑO DE LA ESPERANZA Y EL FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA"

SOLICITO: Autorización de las historias clínicas para obtener datos generales para recolección de datos en el Centro de Salud San Jerónimo

Dr. AUGUSTO ALTAMIRANO FUENTES

DIRECTOR DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO – ANDAHUAYLAS

Yo, Thalia Vilchez Maucaylle identificada con DNI N° 74309377, Bachiller en Obstetricia de la Escuela Profesional de Obstetricia de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco - Filial Andahuaylas; ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

6-4-2026 10:27 am

181 y

Que, habiendo aprobado mi proyecto de investigación titulado: "RELACIÓN ENTRE FRECUENCIA DE VISITAS DOMICILIARIAS Y NIVEL DE CONOCIMIENTOS SOBRE SEÑALES DE ALARMA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, ANDAHUAYLAS, 2026". Por lo expuesto, SOLICITO a su autoridad me brinde las facilidades y autorización correspondiente para:

- Recolectar datos generales de las gestantes para realizar mis visitas domiciliarias e identificar cuanto saben de los signos de alarma de este establecimiento de salud
- Aplicar mi instrumento de investigación (cuestionario/encuesta) a las gestantes en su respectivo domicilio.
- Acceder a las historias clínicas de las gestantes para obtener datos relevantes para mi investigación
- Realizar el trabajo de campo en las instalaciones del Centro de Salud San Jerónimo durante el periodo de investigación

La información obtenida tendrá carácter estrictamente confidencial y será utilizada únicamente con fines de investigación académica, asimismo se respetará la privacidad e intimidad de las pacientes, aplicando el consentimiento informado correspondiente.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted, señor director, acceder a mi petición por ser de justicia. Sin otro particular, me despido atentamente.

San Jerónimo 06 de abril del 2026


74309377
Thalia Vilchez Maucaylle



h. Consentimiento informado para recolección de datos.

h. Consentimiento informado para recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo:..... previo a ser informado sobre el proyecto de tesis denominado **“ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL SULFATO FERROSO Y LA PRESENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, AÑO 2026”** y conociendo sobre la voluntariedad, confidencialidad, de la participación en esta doy el consentimiento para realizar la encuesta y tratar los datos que brinde con fines científicos y de investigación.

Una firma manuscrita en tinta azul sobre un fondo blanco rectangular.

Firma:

h. Consentimiento informado para recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: previo a ser informado sobre el proyecto de tesis denominado **“ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL SULFATO FERROSO Y LA PRESENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, AÑO 2026”** y conociendo sobre la voluntariedad, confidencialidad, de la participación en esta doy el consentimiento para realizar la encuesta y tratar los datos que brinde con fines científicos y de investigación.

Una firma manuscrita en tinta negra sobre un fondo blanco rectangular.

Firma:

h. Consentimiento informado para recolección de datos

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo: previo a ser informado sobre el proyecto de tesis denominado **"ASOCIACIÓN ENTRE LA ADHERENCIA AL SULFATO FERROSO Y LA PRESENCIA DE ANEMIA EN GESTANTES DEL CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO, AÑO 2026"** y conociendo sobre la voluntariedad, confidencialidad, de la participación en esta doy el consentimiento para realizar la encuesta y tratar los datos que brinde con fines científicos y de investigación.

Una firma manuscrita en tinta negra, que parece ser "B. B.", sobre un fondo blanco rectangular.

Firma:

i. Evidencias fotográficas





j. Recolección de datos.

Ocupacion

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Ama de casa	34	42.5	42.5	42.5
Comerciante	32	40.0	40.0	82.5
Estudia	14	17.5	17.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Nivel educativo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Primaria	14	17.5	17.5	17.5
Secundaria	49	61.3	61.3	78.8
Superior	17	21.3	21.3	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Tipo de localidad

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Urbano	70	87.5	87.5	87.5
Rural	10	12.5	12.5	100.0
Total	80	100.0	100.0	

Estado civil

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				

Tabla cruzada ¿Cuántas visitas domiciliarias recibió durante su embarazo?
*Categorizado

			Categorizado		Total
			Bajo	Alto	
¿Cuántas visitas domiciliarias recibió durante su embarazo?	1 a 2 visitas	Recuento	18	13	31
		% dentro de Categorizado	56.3%	27.1%	38.8%
	3 a 4 visitas	Recuento	10	32	42
		% dentro de Categorizado	31.3%	66.7%	52.5%
5 a mas visitas	Recuento	0	3	3	
	% dentro de Categorizado	0.0%	6.3%	3.8%	
Ninguno	Recuento	4	0	4	
	% dentro de Categorizado	12.5%	0.0%	5.0%	
Total	Recuento	32	48	80	
	% dentro de Categorizado	100.0%	100.0%	100.0%	

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16.802 ^a	3	.001
Razón de verosimilitud	19.411	3	.000
Asociación lineal por	366	1	.545

k. Validez de instrumento.

$$V = \sum s / (n(c-1))$$

$$S = r - l$$

S= Diferencia entre la puntuación otorgada y la mínima de la escala.

r = Puntuación otorgada por el juez.

l = Puntuación mínima de la escala.

N = Número de jueces.

C = Número de categorías de respuesta.

I. Confiabilidad de instrumento

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	69	100.0
	Excluido ^a	0	.0
	Total	69	100.0

Estadísticas de fiabilidad: variable conocimiento sobre señales de alarma en gestantes	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0.625	10

Estadísticas de fiabilidad: variable conocimiento sobre señales de alarma en gestantes	
KR - 20 (Kuder-Richardson)	N de elementos
0.927	10