Revista Médica ELECTRÓNICA
Rev Méd Electrón
v. 47. 2025
ISSN: 1684-1824

Artículo de investigación

Autoeficacia para el parto vaginal: efecto de un programa de intervención psicoeducativa durante el embarazo

Self-efficacy for vaginal birth: effect of a psycho-educational intervention program during pregnancy

Bladimir Becerra-Canales[1*] https://orcid.org/0000-0002-2234-2189

Bertha Esther Apolaya-Pareja[1] https://orcid.org/0000-0001-7379-0611

Juan Carlos Ruiz-Ocampo[1] https://orcid.org/0000-0002-6293-6352

[1] Universidad Autónoma de Ica. Ica, Perú.

[*] Autor para la correspondencia: bladimir.becerra@autonomadeica.edu.pe

RESUMEN

Introducción: La autoeficacia en el parto de la mujer determina la elección del modo de dar a luz; por tanto, desempeña un papel importante en la gestión del trabajo del parto e incrementa la tasa del parto vaginal normal.

Objetivos: Demostrar el efecto de un programa de intervención psicoeducativa sobre autoeficacia durante el embarazo para el parto vaginal.

Métodos: Estudio cuasiexperimental y longitudinal; 80 mujeres embarazadas fueron divididas de forma aleatoria en grupos de intervención y control. Las gestantes del grupo de intervención recibieron una intervención psicoeducativa basada en los componentes de autoeficacia de Bandura, y las del grupo control, atención de rutina. Las participantes de ambos grupos completaron la escala de autoeficacia para el parto vaginal, escala multidimensional de apoyo social percibido y la escala de inteligencia emocional, de Wong y Law, en dos ocasiones, antes y después de la intervención.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Resultados: Los hallazgos mostraron que la intervención psicoeducativa incrementó significativamente la puntuación de autoeficacia para el parto vaginal en el grupo de intervención, en comparación con el grupo control. Asimismo, esta estrategia aumentó la puntuación media del apoyo social percibido y la inteligencia emocional en las gestantes del grupo de intervención.

Conclusión: Las evidencias revelan que la intervención psicoeducativa basada en la teoría de autoeficacia de Bandura tiene efecto positivo sobre la autoeficacia para el parto vaginal.

Palabras clave: autoeficacia; parto obstétrico; embarazo.

ABSTRACT

Introduction: Self-efficacy in women's childbirth determines the choice of mode of giving birth; therefore, it plays an important role in labor management and increases the rate of normal vaginal delivery.

Objectives: To demonstrate the effect of a psycho-educational intervention program on self-efficacy for vaginal birth during pregnancy.

Methods: A quasi-experimental, longitudinal study was carried out. Eighty pregnant women were randomly divided into intervention and control groups. Pregnant women in the intervention group received a psycho-educational intervention based on Bandura's self-efficacy components, and those in the control group received routine care. Participants in both groups completed the Self-efficacy for Vaginal Birth Scale, the Multidimensional Scale of Perceived Social Support and the Wong and Law Emotional Intelligence Scale twice, before and after the intervention.

Results: The findings showed that the psycho-educational intervention significantly increased the self-efficacy score for vaginal birth in the intervention group compared to the control group. This strategy also increased the mean score of perceived social support and emotional intelligence in pregnant women in the intervention group.

Conclusion: The evidence reveals that psycho-educational intervention based on Bandura's self-efficacy theory has a positive effect on self-efficacy for vaginal birth.

Key words: self-efficacy; obstetric delivery; pregnancy.

Recibido: 03/02/2025.

Aceptado: 31/03/2025.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia en el parto es la percepción que tiene una mujer embarazada sobre su capacidad para manejar las demandas físicas y emocionales del trabajo de parto; desempeña un rol central en la promoción de partos vaginales seguros y en la reducción de cesáreas innecesarias.[1]

Según la teoría de la autoeficacia, de Albert Bandura, las creencias que una persona tiene sobre su capacidad para lograr un objetivo influyen de manera significativa en su motivación, esfuerzo y persistencia frente a desafíos. Estas creencias se desarrollan a partir de cuatro fuentes principales: experiencias de éxito previas, observación de modelos, persuasión social y manejo de los estados emocionales y fisiológicos.[2]

Intervenciones basadas en los principios de Bandura han demostrado ser efectivas para fortalecer esta creencia en gestantes. De ahí que un estudio demostró que las sesiones educativas redujeron de forma significativa el miedo al parto y aumentaron la autoeficacia, con el incremento de la tasa de partos vaginales.[3]

De esta manera, una alta autoeficacia se relaciona con una mayor confianza para afrontar el dolor, menor miedo al proceso y una transición más positiva hacia la maternidad. Por el contrario, una baja autoeficacia está asociada con mayor temor, intolerancia al dolor y progresión dificultosa del parto, lo que incrementa la probabilidad de cesáreas y afecta el bienestar materno y el vínculo madre-hijo.[4]

Los factores externos, emocionales y sociales, desempeñan un papel determinante en la percepción sobre el parto, sobre todo en mujeres primíparas, quienes sus niveles de autoeficacia se mantienen entre moderado y bajo, frente a la influencia negativa de dichos factores.[5]

Se ha evidenciado que ciertos factores, como ser menor de 24 años, un embarazo no planificado, poco apoyo social, miedo severo al parto y ansiedad, fueron determinantes significativos de baja autoeficacia para el parto vaginal (APV).[4] La educación prenatal, la experiencia previa con el parto y el acceso a información específica, son factores clave para mejorar la autoeficacia y disminuir la preferencia por cesáreas electivas.[6] Es así que las intervenciones educativas centradas en la autoeficacia son estrategias no invasivas y rentables, que contribuyen en la promoción de partos vaginales y en la mejora de la salud mental perinatal.[7]

El apoyo profesional[8] e incluir al compañero de la gestante en programas de preparación para el parto, contribuyen de manera positiva en la APV, subrayando la importancia del apoyo social en este proceso.[9] Las mujeres con alta autoeficacia tienen mayores probabilidades de intentar un parto vaginal.[10] A nivel global, los niveles de baja autoeficacia son altas,[4,10] lo que impacta directamente en la duración del trabajo de parto, la necesidad de anestesia y el uso de cesáreas como solución.[4]

Frecuentemente, en el proceso de nacimiento, la cesárea es percibida de manera errónea como un procedimiento seguro y sencillo. No obstante, puede acarrear complicaciones inmediatas y mediatas; por tanto, se opta por esta, solo por indicación médica.[11] Si bien las tasas de cesáreas han superado el estándar recomendado por la Organización Mundial

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

de la Salud (10-15 %),[12,13] se resalta la necesidad de promover estrategias que fortalezcan la autoeficacia materna y fomenten partos vaginales seguros y respetuosos.[13]

Por estas consideraciones, el estudio tiene como objetivo demostrar el efecto de un programa de intervención psicoeducativa sobre la autoeficacia para el parto vaginal durante el embarazo.

MÉTODOS

Estudio cuasiexperimental de dos grupos (intervención y control), con una evaluación en dos momentos. La población fueron mujeres embarazadas que acudieron a centros de atención primaria (CAP) de la Red de Salud Ica, Perú. El entorno de investigación fueron dos CAP seleccionados.

El número de muestras, con un intervalo de confianza del 95 %, un poder de prueba de 0,80, con antecedente más frecuente en los casos de 0,49, fueron 40 gestantes en cada grupo.

Así, el grupo de intervención fue seleccionado de forma aleatoria entre las mujeres embarazadas que expresaron su voluntad de participar en las actividades de la intervención psicoeducativa y cumplieron con los criterios de inclusión. Las gestantes del grupo control fueron seleccionadas de manera al azar entre las embarazadas que no querían participar en las actividades de intervención y cumplieron con los criterios de elegibilidad.

Los criterios de inclusión fueron: tener una edad entre 18 y 35 años, 20 semanas de edad gestacional, estar alfabetizada, tener un embarazo único, no tener antecedentes de cesárea, embarazo de bajo riesgo (sin enfermedades como las cardíacas, pulmonares, hipertensión, diabetes, enfermedad cervical), sin contraindicaciones para parto vaginal, sin antecedentes de asistencia a clases de entrenamiento para el embarazo, y sin antecedentes de trastornos del estado de ánimo y complicaciones del embarazo que pudieran causar síntomas de depresión y ansiedad.

Los criterios de exclusión se relacionan con la ocurrencia de complicaciones durante el embarazo, como placenta previa después de las 27 semanas de embarazo, sangrado persistente y ausencia de más de una sesión de la intervención (para el grupo de intervención).

Las mujeres embarazadas del grupo de intervención recibieron el programa psicoeducativo durante el control prenatal en el Servicio de Obstetricia y Psicología por 4 meses, y el contenido de las sesiones se basó en los componentes de autoeficacia de Bandura:

Informar: mediante sesiones de consejería individualizadas, se brindó educación obstétrica (actividad educativa para un parto seguro), con el objetivo de lograr que la gestante tomara conciencia sobre la importancia del parto vaginal normal.

Entrenamiento en habilidades sociales y de autorregulación: en el Servicio de Psicología se realizaron talleres de inteligencia emocional (IE) en dos sesiones mensuales, para

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

desarrollar la IE en las gestantes; esto permitió transformar la información en conductas efectivas en el trabajo de parto.

Entrenar en competencias sociales y autoeficacia: se ejecutaron sesiones de psicoprofilaxis obstétricas en un total de seis, con el objetivo de desarrollar al máximo las actividades regulatorias que conllevan al logro de la autoeficacia.

Crear redes de apoyo: se identificaron redes sociales que tuvieran influencia en la embarazada. Para tal efecto, se pidió a la gestante que seleccionara una persona especial para que le acompañara durante la intervención. Se incluyeron visitas domiciliarias con participación del obstetra y psicólogo para reunión con la familia, buscando la consolidación de redes de apoyo.

Las gestantes del grupo control, recibieron el control prenatal de rutina. Además, las mujeres embarazadas de ambos grupos completaron los siguientes instrumentos, antes y después de la intervención:

Cuestionario sociodemográfico: se consideró la edad, grado de instrucción, ocupación, estado civil, tipo de seguro y autopercepción de la salud.

Escala de autoeficacia para el parto vaginal (SEVB): consta de nueve ítems y cada uno se califica en una escala numérica de 0 a 10. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 90; una puntuación más alta indica un mayor nivel de autoeficacia.[7] En consecuencia, puntuaciones ≥ a la media, significan que se tiene una APV alta, y puntuaciones menores, una APV baja.[1]

Como el instrumento no estaba validado en población peruana, se realizó un proceso de traducción inversa, una validación de contenido por cinco expertos (cuatro profesionales obstetras, con grado de doctor y un experto en diseño y validación de instrumentos documentales), y finalmente una prueba piloto en 32 gestantes. La consistencia interna con el alfa de Cronbach fue alta (α = ,931).

Escala multidimensional de apoyo social percibido (MSPSS): integrada por 12 ítems que miden el apoyo percibido de la familia (preguntas 3, 4, 8 y 11), amigos (preguntas 6, 7, 9 y 12) y otras personas importantes (preguntas 1, 2, 5 y 10). Los ítems se califican en una escala de 7 puntos tipo Likert, que comprende de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7). Las puntuaciones más altas indican un mayor apoyo social percibido en el individuo.[14,15] La consistencia interna con el alfa de Cronbach fue adecuada (α =,906).

Escala de inteligencia emocional de Wong-Law (WLEIS-S): es un instrumento de autoinforme de 16 ítems, organizados en cuatro dimensiones: evaluación de las propias emociones (EPE, reactivo del 1-4), evaluación de las emociones de los demás (EED, reactivos del 5-8), uso de la emoción (UE, reactivos del 9-12) y regulación de la emoción (ROE, reactivos del 13-16). Consta de siete alternativas de respuesta en formato Likert, de totalmente en desacuerdo (1) a totalmente de acuerdo (7), puntuaciones mayores indican niveles de IE más altos.[16] La consistencia interna con el alfa de Cronbach fue óptima (α =,912).

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Con el propósito de describir los datos, se utilizaron estadísticas descriptivas que incluyen distribución de frecuencias, promedio, error típico y desviación estándar. Para inferir el efecto de la intervención, se evaluaron diferencias estadísticas entre las sumatorias de las puntaciones de la SEVB, MSPSS y WLEIS-S, antes y después de la intervención, con el estadístico paramétrico t-Student para muestras relacionadas. El tratamiento estadístico se realizó con el programa IBM SPSS Statistics. Un valor de $p < 0,01$ fue considerado como estadísticamente significativo.

El estudio fue autorizado por el Comité de Ética de la Universidad Autónoma de Ica (CO-001-10-2024/CE). Además, se obtuvo el consentimiento escrito de las participantes sobre su voluntad de involucrarse en el estudio y se dejó constancia sobre la posibilidad de abandonar el estudio en cualquier etapa del mismo, si lo creían conveniente.

RESULTADOS

En el estudio participaron 80 mujeres embarazadas (40 en el grupo de intervención y 40 en el grupo control). En el grupo experimental, en su mayoría tenían grado de instrucción superior (80 %); eran convivientes el 90 % y todas percibían la salud en nivel bueno (100 %). En el grupo control, el 100 % eran beneficiarios del Seguro Integral de Salud (SIS) y el promedio de edad fue mayor que el promedio en el grupo experimental. (Tabla 1)

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 1. Distribución de las variables generales de las mujeres embarazadas

Variables	Categorías	Experimental		Control	
		F	%	F	%
Grado de instrucción	Secundaria	8	20,0	24	60,0
	Superior	32	80,0	16	40,0
Ocupación	Ama de casa	40	100,0	28	70,0
	Economista	-	-	4	10,0
	Administradora	-	-	8	20,0
Estado civil	Casada	4	10,0	4	10,0
	Conviviente	36	90,0	32	80,0
	Soltera	-	-	4	10,0
Tipo de seguro	ESSALUD	4	10,0	-	-
	SIS	36	90,0	40	100,0
Autopercepción de la salud	Regular	-	-	36	90,0
	Buena	40	100,0	4	10,0
Variable	Indicadores	Experimental		Control	
Edad	Media	26,60		29,0	
	DE	4,75		6,12	

F= frecuencia absoluta; % = frecuencia relativa; DE = desviación estándar.

En las tablas 2 y 3 se observa el rendimiento del puntaje de APV, de acuerdo al estadístico paramétrico t-Student para muestras relacionadas, tanto para el grupo de intervención como para el control. Las gestantes del grupo de intervención obtuvieron mejores resultados en los puntajes de APV (88,90 ± 1,28) después de la aplicación de la intervención, respecto a las embarazadas del grupo control (66,50 ± 8,80). En consecuencia, la APV se incrementó en las mujeres embarazadas después de la intervención psicoeducativa.

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones de la APV en el grupo de intervención, antes y después de la intervención psicoeducativa

Medidas	Grupo de intervención			T-Student
	APV antes	APV después	Diferencia de APV	
Tamaño del grupo (n)	40	40	40	T = 10,638 p = 0,000
Promedio ($\bar{X}$)	69,90	88,90	19,00	
Error típico (ET)	3,63	0,40	3,71	
Desviación estándar (DE)	11,49	1,28	11,75	

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 3. Comparación de las puntuaciones de la APV en el grupo control, antes y después de la intervención psicoeducativa

Medidas	Grupo control			T-Student
	APV antes	APV después	Diferencia de APV	
Tamaño del grupo (n)	40	40	40	T = 0,230 p = 0,819
Promedio ($\bar{X}$)	66,80	66,50	-,30	
Error típico (ET)	1,50	1,39	1,30	
Desviación estándar (DE)	9,51	8,80	8,25	

Las tablas 4 y 5 muestran el rendimiento del puntaje de apoyo social percibido, de acuerdo al estadístico paramétrico t-Student para muestras relacionadas, tanto para el grupo de intervención como para el control. Las gestantes del grupo de intervención obtuvieron mejores puntuaciones de ASP (77,90 ± 8,27) después de la aplicación de la intervención, respecto a las embarazadas del grupo control (71,01 ± 7,75). La diferencia estadística resultó significativa para el caso del grupo de intervención ($p < 0,01$); asimismo para el caso del grupo control, dado que en los CAP, como parte de la atención prenatal, se busca garantizar el apoyo social para la gestante como política del MINSA. En consecuencia, la percepción del apoyo social se vio incrementada en las gestantes de ambos grupos de trabajo.

Tabla 4. Comparación de las puntuaciones del apoyo social en el grupo de intervención, antes y después de la intervención psicoeducativa

Medidas	Grupo intervención			T-Student
	ASP antes	ASP después	Diferencia de AS	
Tamaño del grupo (n)	40	40	40	T = 4,583 p = 0,000
Promedio ($\bar{X}$)	70,90	77,90	7,00	
Error típico (ET)	1,23	1,30	1,52	
Desviación estándar (DE)	7,82	8,27	9,66	

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 5. Comparación de las puntuaciones del apoyo social en el grupo control, antes y después de la intervención psicoeducativa

Medidas	Grupo control			T-Student
	ASP antes	ASP después	Diferencia de AS	
Tamaño del grupo (n)	40	40	40	T = 0,667 p = 0,000
Promedio ($\bar{X}$)	69,02	71,01	1,99	
Error típico (ET)	1,20	1,22	,79	
Desviación estándar (DE)	7,63	7,75	5,03	

En las tablas 6 y 7 se observa el rendimiento del puntaje de IE, de acuerdo al estadístico paramétrico t-Student para muestras relacionadas, tanto para el grupo de intervención como para el control. Las gestantes del grupo de intervención obtuvieron mejores resultados en las puntuaciones de IE (101,60 ± 28,90) después de la aplicación de la intervención, respecto a las embarazadas del grupo control (91,20 ± 16,40). La diferencia estadística resultó significativa para el caso del grupo de intervención ($p < 0,01$); no obstante, en el grupo control las diferencias no resultaron significativas ($p > 0,01$). En consecuencia, la IE se incrementó en las mujeres embarazadas después de la intervención psicoeducativa.

Tabla 6. Comparación de las puntuaciones de la IE en el grupo de intervención, antes y después de la intervención psicoeducativa

Medidas	Grupo intervención			T-Student
	IE antes	IE después	Diferencia de IE	
Tamaño del grupo (n)	40	40	40	T = 5,140 p = 0,000
Promedio ($\bar{X}$)	90,10	101,60	9,50	
Error típico (ET)	1,73	4,57	5,16	
Desviación estándar (DE)	10,98	28,90	32,65	

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Tabla 7. Comparación de las puntuaciones de la IE en el grupo control, antes y después de la intervención psicoeducativa

Medidas	Grupo control			T-Student
	IE antes	IE después	Diferencia de IE	
Tamaño del grupo (n)	40	40	40	T = 1,840 p = 0,073
Promedio ($\bar{X}$)	90,25	91,20	0,95	
Error típico (ET)	1,81	3,43	4,21	
Desviación estándar (DE)	8,22	16,40	22,32	

DISCUSIÓN

Los hallazgos del estudio reflejaron un incremento significativo en las valoraciones de APV, el apoyo social percibido y la IE en las participantes del grupo de intervención, comparadas con el grupo control. Estos resultados destacan el impacto positivo de la intervención psicoeducativa, al evidenciarse que las mujeres del grupo de intervención presentaron una puntuación media de APV de 88,90 ± 1,28, significativamente superior al grupo control (66,50 ± 8,80; $p < 0,01$). Lo anterior consolida la hipótesis que la educación y el apoyo emocional durante la atención prenatal fortalecen la APV. Este hallazgo es congruente con el estudio de Donyaei-Mobarrez et al.,[6] quienes demostraron que los factores educativos y el apoyo social se asocian de forma positiva con mayor APV.

Si bien la intervención mostró un claro efecto positivo, al potenciar la autoeficacia al generar una experiencia de parto más favorable, contrariamente, una baja APV eleva la probabilidad de partos asistidos.[4] Por su parte, Firouzan et al.[17] reportaron que las intervenciones psicoeducativas reducen significativamente el miedo al parto y aumentan la autoeficacia en las gestantes. Además, Gandomi et al.[18] observaron una menor incidencia de cesáreas por emergencia y electivas.

En cuanto al ASP, los participantes del grupo de intervención reportaron una media de 77,90 ± 8,27, cifra superior al grupo control (71,01 ± 7,75; $p < 0,01$); esto fortalece la efectividad de la intervención al considerar el soporte social como un factor crucial en la autoeficacia durante el parto. Li et al.,[19] sostienen que el apoyo profesional y el conocimiento del proceso de parto son predictores significativos de una autoeficacia elevada, y Kucukkaya et al.[20] señalan que el apoyo social, especialmente el apoyo conyugal, se asocia con mayores niveles de APV; estas evidencian respaldan los resultados de este estudio.

Además, las evaluaciones de IE reflejan un impacto positivo derivado de la intervención. Las mujeres en el grupo de intervención mostraron un puntaje promedio de 101,60 ± 28,90, notablemente superior al grupo control (91,20 ± 16,40; $p < 0,01$). Este hallazgo se vincula con la capacidad de las gestantes para gestionar emociones y enfrentar situaciones de estrés durante el proceso de parto, una relación que es respaldada en investigaciones previas,[21] al observar que una mayor autoeficacia en el parto está relacionada con expectativas de parto más optimistas y eficaces, especialmente en poblaciones jóvenes, como las madres adolescentes.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Estos resultados son paralelos con los reportados por Donyaei-Mobarrez et al.[6] y Firouzan et al.,[17] quienes encontraron que el nivel educativo y el apoyo social percibido influyen en la autoeficacia de las gestantes, así como también la reducción del miedo al parto y un aumento en la preferencia por el parto vaginal en el grupo de intervención. En consecuencia, el desarrollo de la IE puede ser un mediador en la APV, porque una mayor IE permite manejar el estrés y afrontar el parto de manera más segura.

Por su parte, Koyuncu et al.[22] encontraron en las mujeres que practican yoga tienen una disminución significativa del miedo al parto y un incremento en la autoeficacia, aunque la metodología y el enfoque de la intervención difieren (el yoga es una práctica física y la intervención psicoeducativa es una actividad de soporte y formación emocional); en ambos casos se subraya la importancia de intervenciones estructuradas para fortalecer la autoeficacia en el parto.

Si las características sociodemográficas de las participantes podrían potenciar o limitar el impacto de la intervención, resulta pertinente mencionar que una baja autoeficacia puede prevalecer más en mujeres jóvenes (≤ 24 años), sin planificación del embarazo y con deficiencias en el conocimiento sobre el parto, entre otros.[4] Asimismo, se advierte que las primíparas tienen un nivel de miedo al parto más alto que las multíparas.[23]

A pesar de los hallazgos positivos, el estudio presenta ciertas limitaciones. La investigación se realizó en dos CAP de Ica, esto podría restringir la generalización de los resultados a otras poblaciones con características diferentes. Aunque el diseño cuasiexperimental permitió evaluar cambios entre los grupos, no establece relaciones causales directas; por lo tanto, es necesario desarrollar estudios experimentales con seguimiento a largo plazo. No obstante, el trabajo permitió validar una intervención basada en los componentes de Bandura con el empleo de la escala de autoeficacia para el parto vaginal, previamente validada, lo que posibilita hacer comparaciones internacionales.

En conclusión, la intervención psicoeducativa tuvo un impacto positivo en la APV, en el grupo de intervención, lo cual destaca la importancia de implementar programas de educación prenatal y apoyo emocional para mejorar la autoeficacia, el apoyo social y la IE en mujeres embarazadas. Este enfoque podría contribuir significativamente a reducir el miedo al parto, mejorar la percepción de apoyo social y fortalecer las competencias emocionales para enfrentar el proceso de parto, por ello se sugiere replicar la intervención en diversos contextos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mbwali I, Mbalinda SN, Kaye DK, et al. Factors associated with low childbirth self-efficacy for normal birth amongst women attending an urban prenatal clinic in Eastern Uganda. Midwifery. 2022;111:103358. DOI: 10.1016/j.midw.2022.103358.

2. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review [Internet]. 1977 [citado 08/11/2024];84(2):191-215. Disponible en: https://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

3. Çankaya S, Şimşek B. Efectos de la educación prenatal sobre el miedo al parto, la depresión, la ansiedad, la autoeficacia en el parto y el modo de parto en mujeres embarazadas primíparas: un estudio prospectivo, aleatorizado y controlado. Clin Nurs Res. 2020;30(6):818-29. DOI: 10.1177/1054773820916984.

4. Simon T, Fikadu K, Afework B, et al. Childbirth self-efficacy and its associated factors among pregnant women in Arba Minch town, Southern Ethiopia, 2023: A cross-sectional study. J Pregnancy. 2024;2024:478172. DOI: 10.1155/2024/6478172.

5. Bay H, Erkal Aksoy Y, Dereli Yılmaz S. Factors affecting primiparous pregnant women's prenatal attachment levels, Childbirth Self-efficacy beliefs, and labor worry levels. Clin Nurs Res. 2022;31(5):952-9. DOI: 10.1177/10547738221078900.

6. Donyaei-Mobarrez Y, Rezasoltani P, Rafat F, et al. Evaluación de la autoeficacia en el parto y factores asociados entre mujeres embarazadas. J Educ Health Promot. 2023;(1):330. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1770_22.

7. Mohammadi F, Kohan S, Farzi S, et al. The effect of pregnancy training classes based on bandura self-efficacy theory on postpartum depression and anxiety and type of delivery. J Educ Health Promot. 2021;10:273. DOI: 10.4103/jehp.jehp_105_21.

8. Zhao Y, Wu J, Yang H, et al. Factores asociados con la autoeficacia en el parto: un estudio transversal multicéntrico en China. Midwifery. 2021;93:102883. DOI: 10.1016/j.midw.2020.102883.

9. Munkhondya BMJ, Munkhondya TE, Chirwa E, et al. Eficacia de la preparación para el parto con acompañamiento para el miedo al parto, la autoeficacia y el apoyo materno en mujeres primigrávidas en Malawi. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(48). DOI: 10.1186/s12884-019-2717-5.

10. Chu KH, Chen AC, Tai CJ, et al. Development and validation of the self-efficacy regarding vaginal birth scale. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2017;46(1):e13-21. DOI: 10.1016/j.jogn.2016.08.010.

11. Lupu VV, Miron IC, Raileanu AA, et al. Difficulties in adaptation of the mother and newborn via cesarean section versus natural birth—A narrative review. Life. 2023;13(2):300. DOI: 10.3390/life13020300.

12. Betrán AP, Torloni MR, Zhang JJ, et al. WHO Statement on Caesarean Section Rates. BJOG [Internet]. 2016 [citado 08/11/2024];123(5):667-70. Disponible en: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26681211/

13. Ministerio de Salud de Perú. Salud Materna (Parte 2). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [Internet]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2021 [citado 08/11/2024]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3098343/Salud%20materna%20%28Parte%202%29.pdf

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

14. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, et al. La escala multidimensional del apoyo social percibido. J Pers Assess. 1988;52(1):30-41. DOI: 10.1207/s15327752jpa5201_2.

15. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, et al. Características psicométricas de la escala multidimensional de apoyo social percibido. J Pers Assess. 1990;55(3–4):610-7. DOI: 10.1080/00223891.1990.9674095.

16. Moreyra-Ruiz MG, Olivas-Ugarte LO. Escala de Inteligencia Emocional de Wong-Law (WLEIS-S): propiedades psicométricas y datos normativos en población adulta peruana. Rev Investigag Psicol [Internet]. 2023 [citado 11/11/2024];26(2):105-25. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1609-74752023000200102&lng=pt&nrm=iso

17. Firouzan L, Kharaghani R, Zenoozian S, et al. The effect of midwifery led to counseling based on Gamble's approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. BMC Pregnancy Childbirth. 2020;20(522). DOI: 10.1186/s12884-020-03230-1.

18. Gandomi N, Sharifzadeh G, Torshizi M, et al. The effect of educational intervention based on self-efficacy theory on pregnancy anxiety and childbirth outcomes among Iranian primiparous women. J Educ Health Promot. 2022;11(1):14. DOI: 10.4103/jehp.jehp_1548_20.

19. Li M, Wacharasin C, Tachasuksri T, et al. Factors predicting self-efficacy during birth in Chinese women: a cross-sectional study. Br J Midwifery. 2023;31(7):396-406. DOI: 10.12968/bjom.2023.31.7.396.

20. Kucukkaya B, Basgol S. The effect of perceived spousal support on childbirth self-efficacy on pregnant women in turkey. BMC Pregnancy Childbirth. 2023;23(173). DOI: 10.1186/s12884-023-05508-6.

21. Rahmawati VY, Rachmawati IN, Budiati T. Childbirth self-efficacy and childbirth expectation of adolescent mothers in Indonesia. Compr Child Adolesc Nurs. 2019;42(sup1):208-16. DOI: 10.1080/24694193.2019.1594452.

22. Koyuncu SB, Bülbül M. The impact of yoga on fear of childbirth and childbirth self-efficacy among third trimester pregnancy. Complement Ther Clin Pract. 2021;44:101438. DOI: 10.1016/j.ctcp.2021.101438.

23. Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, et al. Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21(642). DOI: 10.1186/s12884-021-04114-8.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado por los autores.

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu

Financiamiento

El estudio fue financiado por la Universidad Autónoma de Ica, Perú.

Contribución de autoría

Bladimir Becerra-Canales: conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original y redacción, revisión y edición.

Bertha Apolaya-Pareja: conceptualización, adquisición de fondos, investigación, administración del proyecto, recursos, *software*, supervisión, validación, visualización y redacción del borrador original.

Juan Ruiz-Ocampo: análisis formal, adquisición de fondos, investigación, recursos, *software*, supervisión, validación, visualización y redacción del borrador original.

Editor responsable: Silvio Soler-Cárdenas.

CÓMO CITAR EL ARTÍCULO

Becerra-Canales B, Apolaya-Pareja BE, Ruiz-Ocampo JC. Autoeficacia para el parto vaginal: efecto de un programa de intervención psicoeducativa durante el embarazo. Rev Méd Electrón [Internet]. 2025 [citado: fecha de acceso];47:e6399. Disponible en: http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/6399/6213

Los artículos de Revista Médica Electrónica de la Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas se comparten bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución– NoComercial 4.0.
Email: rme.mtz@infomed.sld.cu