



Recibido: 2026-07-01

Aceptado: 2026-07-20

Publicado:2026-08-06

**Percepción sobre la integración de contenidos ginecológicos y neonatales
en la formación del fisioterapeuta para la atención del binomio madre–
premature: un estudio piloto descriptivo**

**Perception of the Integration of Gynecological and Neonatal Content in
Physiotherapy Education for the Care of the Mother–Preterm Dyad: A
Pilot Descriptive Study**

Autores

Pamela Stefania Paredes Venegas¹

Magister en atención temprana y desarrollo
infantil, especialidad en neonatología y
prematuridad

<https://orcid.org/0009-0007-2953-7556>
psparedes18@hotmail.com

Universidad Iberoamericana del Ecuador
Quito-Ecuador

María Escarly Calvopiña del Castillo²

Doctora en ginecología y obstetricia

ekarma@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0004-7381-5064>

Universidad Iberoamericana del Ecuador
Quito-Ecuador

Alex Wladimir Guayta Valladares³

Doctor en medicina crítica y cuidados intensivos, Máster en epidemiología clínica mención
investigación científica

aguayta@unibe.edu.ec
<https://orcid.org/0000-0002-7085-1797>

Universidad Iberoamericana del Ecuador
Quito, Ecuador

Resumen

Introducción: La atención del binomio madre–premature necesita la participación simultanea de varios profesionales de la salud para responder a las necesidades de la madre y del recién nacido durante el embarazo, el parto y el periodo neonatal. En este caso, el fisioterapeuta participa en la prevención, evaluación e intervención de condiciones maternas y neonatales que necesitan un abordaje especializado. Sin embargo, diversos programas de formación de pregrado aún presentan escasa incorporación de contenidos relacionados con la fisioterapia ginecológica, obstétrica y neonatal, situación que puede limitar la preparación de los futuros profesionales para desarrollarse en este ámbito específico. **Objetivo:** Determinar la percepción de profesionales, estudiantes y docentes del área de la salud sobre la importancia de integrar contenidos ginecológicos y neonatales en la formación del fisioterapeuta para fortalecer la atención del binomio madre–premature. **Metodología:** Se realizó un estudio piloto descriptivo transversal con enfoque cuantitativo, mediante la aplicación de una encuesta estructurada con preguntas dicotómicas a 60 participantes seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia; los datos se analizaron con estadística descriptiva e intervalos de confianza del 95%. **Resultados:** El 98,3% consideró necesaria la integración curricular de estos contenidos, el 95,0% indicó que su ausencia limita el desempeño profesional y el 58,3% manifestó que su formación actual es limitada para brindar una atención integral al binomio madre-premature. **Conclusión:** Los participantes demostraron la necesidad de la integración de contenidos ginecológicos y neonatales en la formación del fisioterapeuta y señalaron oportunidades de fortalecimiento curricular para la atención del binomio madre–premature. Estos hallazgos conforman evidencia exploratoria que deberá confirmarse mediante estudios con muestras más amplias y diseños metodológicos de mayor alcance.

Palabras clave: Fisioterapia materno-neonatal; percepción curricular; prematuridad; formación en fisioterapia; binomio madre–premature; estudio piloto.



Abstract

Introduction: Care for the mother-preterm infant dyad requires the simultaneous participation of various healthcare professionals to address the needs of both the mother and the newborn during pregnancy, childbirth, and the neonatal period. In this context, the physiotherapist plays a role in the prevention, assessment, and treatment of maternal and neonatal conditions requiring specialized care. However, many undergraduate training programs still lack sufficient content regarding gynecological, obstetric, and neonatal physiotherapy—a situation that may limit the preparedness of future professionals to work in this specific field. **Objective:** To determine the perceptions of healthcare professionals, students, and faculty regarding the importance of integrating gynecological and neonatal content into physiotherapy training to enhance care for the mother-preterm infant dyad. **Methodology:** A descriptive, cross-sectional pilot study with a quantitative approach was conducted using a structured survey with dichotomous questions administered to 60 participants selected via non-probability convenience sampling; data were analyzed using descriptive statistics and 95% confidence intervals. **Results:** 98.3% of participants deemed the curricular integration of this content necessary, 95.0% indicated that its absence limits professional performance, and 58.3% stated that their current training was insufficient for providing comprehensive care to the mother-preterm dyad. **Conclusion:** Participants demonstrated a need for integrating gynecological and neonatal content into physiotherapy training and identified opportunities to strengthen the curriculum regarding care for the mother-preterm infant dyad. These findings provide exploratory evidence that should be confirmed through studies with larger samples and broader methodological designs.

Keywords: Maternal-neonatal physiotherapy; curricular perception; prematurity; physiotherapy education; mother-preterm infant dyad; pilot study.

Introducción

El cuidado de la salud materno-neonatal es considerado una prioridad en los sistemas sanitarios, ya que, durante el embarazo, el nacimiento y las primeras etapas de vida se presentan múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales que influyen directamente en la salud de la madre y del recién nacido. (OMS, 2025; Díaz-Granda & Díaz-Granda, 2020). La reducción de la morbilidad materna e infantil constituye uno de los compromisos presentados en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, particularmente en el ODS 3, que propone garantizar una vida sana y promover el bienestar universal para todas las personas (OMS, 2025). En este marco, la atención integral del binomio madre-hijo ha adquirido especial relevancia, particularmente frente al incremento sostenido de los nacimientos prematuros y las complejas implicaciones clínicas, sociales y económicas que estos representan para los sistemas de salud, las familias y las comunidades (Díaz-Granda, 2020).

La prematuridad, definida como el nacimiento antes de las 37 semanas de gestación, es actualmente una de las principales causas de mortalidad en menores de cinco años a nivel global, así como un factor determinante en la aparición de secuelas neurológicas, respiratorias, sensoriales y conductuales que condicionan el desarrollo del individuo a corto, mediano y largo plazo (Casado Gómez et al., 2019; Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2019). Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (2025), aproximadamente 15 millones de bebés nacen prematuramente cada año en todo el mundo. De estos, más de un millón fallecen anualmente como consecuencia de complicaciones directamente relacionadas con la prematuridad, siendo el síndrome de dificultad respiratoria, la sepsis neonatal y las hemorragias intraventriculares las causas más frecuentes de morbilidad en esta población (Casado Gómez et al., 2019).

Desde el punto de vista epidemiológico, la prematuridad afecta más a los países de ingresos bajos y medios, donde las limitaciones en el acceso a servicios de salud de calidad, las condiciones socioeconómicas adversas y las desigualdades existentes colaboran a incrementar la incidencia de complicaciones y la mortalidad neonatal. (OMS, 2025). Este escenario resalta la importancia de generar fisioterapeutas con competencias en el abordaje integral del binomio madre-prematuro. En este sentido, resulta importante evaluar cómo se integran los contenidos ginecológicos y neonatales en la formación de pregrado, ya que ello

puede influir en la preparación de los futuros profesionales para responder a las necesidades de esta población.

En América Latina, y particularmente en el contexto ecuatoriano, la prematuridad sigue siendo una problemática de salud pública de primera magnitud. Según datos de Díaz-Granda y Díaz-Granda (2020), en Ecuador la prematuridad y el bajo peso al nacer constituyeron la primera causa de muerte infantil en el año 2013, evidenciando la urgencia de fortalecer tanto los sistemas de atención neonatal como la formación de los profesionales de salud que trabajan en este ámbito.

Frente a esta realidad, la atención del binomio madre–prematureo ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, transitando desde modelos tradicionales centrados exclusivamente en la supervivencia del neonato hacia enfoques integrales, interdisciplinarios y centrados en la familia. Este enfoque reconoce la estrecha relación existente entre la salud materna y el desarrollo del recién nacido, por lo que plantea la necesidad de una atención integral basada en intervenciones coordinadas que respondan de manera conjunta a las necesidades biológicas, psicológicas y sociales de ambos. (Plazas, 2020; Cáceres Palma et al., 2024). En Ecuador, el concepto de binomio madre–prematureo ha sido incorporado en las estrategias de atención materno-neonatal como un enfoque que reconoce a la madre y al recién nacido como una unidad de cuidado. Desde esta perspectiva, el estado de salud de ambos se encuentra estrechamente relacionado, por lo que la participación de la familia y el trabajo coordinado del equipo de salud constituyen elementos esenciales para favorecer una atención integral y la continuidad del proceso terapéutico (Plazas, 2020; Cáceres Palma et al., 2024).

La participación del fisioterapeuta en la atención materno-neonatal ha cobrado una importancia creciente dentro de los equipos interdisciplinarios de salud. En el cuidado del recién nacido, especialmente del prematuro, sus intervenciones se centran en favorecer el neurodesarrollo, reducir el riesgo de complicaciones respiratorias, estimular el desarrollo sensoriomotor y apoyar funciones esenciales para la alimentación y el desarrollo, como la succión, la deglución y la coordinación motora. (Fernández, 2023; Palacios Martínez et al., 2024). Estas intervenciones resultan especialmente críticas durante las primeras semanas de vida del prematuro, periodo en el que el sistema nervioso central presenta la mayor plasticidad y vulnerabilidad, y en el cual la calidad de la estimulación recibida puede

determinar de manera significativa el pronóstico funcional del neonato a largo plazo (Palacios Martínez et al., 2024).

Diversos estudios han evidenciado que la intervención fisioterapéutica temprana y especializada en neonatos prematuros contribuye de manera significativa a mejorar el desarrollo neuromotor, reducir la incidencia de parálisis cerebral y otras secuelas funcionales, favorecer la ganancia de peso y optimizar la transición a la alimentación oral (Fernández, 2023). Asimismo, la fisioterapia neonatal desempeña un papel crucial en el manejo de complicaciones como la broncodisplasia pulmonar, las alteraciones del tono muscular, la hipertonía o hipotonía de origen central y los trastornos sensoriales, contribuyendo a una mejor calidad de vida a largo plazo tanto del neonato como de su familia (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2019; Palacios Martínez et al., 2024).

En el ámbito materno, la fisioterapia ginecológica y obstétrica ha demostrado ser una herramienta clínica eficaz y de primera línea tanto en la prevención como en el tratamiento de diversas disfunciones asociadas al ciclo reproductivo femenino (Palacios Martínez et al., 2024). Las disfunciones del suelo pélvico representan una problemática de alta prevalencia en la población femenina: la incontinencia urinaria afecta aproximadamente a un tercio de las mujeres durante el primer año posparto; la incontinencia anal se presenta entre el 13% y el 14% de las mujeres en los primeros seis meses; y los prolapsos de órganos pélvicos afectan entre el 20% y el 65% de la población femenina en algún momento de su vida (Beamish et al., 2025). Estas condiciones impactan profundamente la calidad de vida, la salud mental y la funcionalidad cotidiana de las mujeres, y pueden comprometer adicionalmente su capacidad para establecer un vínculo afectivo adecuado con el recién nacido (Beamish et al., 2025).

Durante la gestación, la fisioterapia obstétrica interviene mediante programas de ejercicio terapéutico supervisado, educación postural, técnicas de respiración y control del dolor, entrenamiento del suelo pélvico y preparación para el parto, intervenciones que han demostrado reducir el riesgo de complicaciones durante el embarazo y favorecer un proceso de parto más eficiente y seguro (Membiela Zafra, 2022; Sánchez Rocamora, 2019). En el periodo posparto, la fisioterapia contribuye a la recuperación funcional del suelo pélvico, la reeducación abdominal, la prevención de secuelas a largo plazo y la promoción de la lactancia materna mediante técnicas de posicionamiento y manejo postural del binomio.

A pesar de la sólida evidencia científica que respalda la contribución de la fisioterapia en el ámbito materno-neonatal, la formación académica de pregrado en esta disciplina presenta importantes y documentadas limitaciones curriculares (Membiela Zafra, 2022). En muchos programas universitarios de fisioterapia en América Latina, los contenidos relacionados con la ginecología, la obstetricia y la neonatología son abordados de manera fragmentada, superficial o simplemente ausente dentro de la malla curricular (Membiela Zafra, 2022). Esta fragmentación curricular genera una brecha formativa significativa que se traduce en profesionales con limitadas competencias para intervenir de manera integral en la atención del binomio madre–premature, uno de los contextos clínicos más complejos y demandantes de la práctica sanitaria contemporánea (Membiela Zafra, 2022).

Esta problemática adquiere especial relevancia en el contexto ecuatoriano, donde los sistemas de salud enfrentan desafíos estructurales relacionados con la cobertura universal, la calidad de los servicios materno-neonatales y la equidad en el acceso a la atención especializada (Cáceres Palma et al., 2024). En este escenario, la formación de recursos humanos en salud con competencias pertinentes, actualizadas y orientadas a las necesidades reales de la población representa un imperativo estratégico para mejorar los resultados en salud materno-infantil a nivel nacional.

Reconociendo esta brecha formativa como punto de partida, la presente investigación se propone determinar la percepción de profesionales, estudiantes y docentes del área de la salud respecto a la importancia de integrar contenidos ginecológicos y neonatales en la formación del fisioterapeuta, como estrategia para fortalecer la atención integral del binomio madre–premature en Ecuador. La pregunta de investigación que orienta el estudio es: ¿Cuál es la percepción de los actores del área de la salud respecto a la necesidad de integrar contenidos ginecológicos y neonatales en la formación del fisioterapeuta para la atención integral del binomio madre–premature en el contexto ecuatoriano?

El objetivo general del estudio fue determinar la percepción de profesionales, estudiantes y docentes del área de la salud respecto a la importancia de integrar contenidos ginecológicos y neonatales en la formación del fisioterapeuta para la atención integral del binomio madre–premature en Ecuador.

Metodología

Diseño del estudio

El presente trabajo constituye un estudio piloto de tipo descriptivo con enfoque cuantitativo y corte transversal. El carácter piloto de este estudio responde a su propósito exploratorio, orientado a obtener evidencia inicial sobre la percepción de estudiantes, docentes y profesionales de fisioterapia respecto a la incorporación de contenidos materno-neonatales en la formación de pregrado. Los resultados obtenidos permiten identificar tendencias y necesidades formativas que pueden servir de base para el desarrollo de investigaciones posteriores con muestras más amplias, instrumentos validados y diseños metodológicos de mayor alcance. También, la elaboración de estudios piloto constituye una estrategia ampliamente aceptada para evaluar la factibilidad de investigaciones futuras y generar información preliminar en áreas donde la evidencia disponible es limitada, como ocurre con la integración curricular de la fisioterapia materno-neonatal en el contexto ecuatoriano.

El diseño no experimental impidió la manipulación de variables, limitándose a la observación y descripción de los fenómenos tal como ocurren en su contexto natural. El corte transversal garantizó la recolección de datos en un único momento temporal, lo que permitió capturar una fotografía sincrónica de las percepciones de los participantes, sin pretender establecer relaciones causales ni evoluciones temporales de las variables analizadas.

Población y muestra

La población objetivo estuvo conformada por estudiantes de pregrado, profesionales en ejercicio y docentes universitarios de las áreas de fisioterapia, medicina y enfermería vinculados con la atención materno-neonatal en Ecuador. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia ($n=60$), modalidad apropiada para estudios pilotos exploratorios donde el objetivo principal es identificar tendencias y generar hipótesis, más que producir estimaciones estadísticas poblacionales (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

La muestra final estuvo compuesta por 44 profesionales de la salud (73.3%), 15 estudiantes de pregrado (25.0%) y 1 docente universitario (1.7%), reflejando una mayor representación del ejercicio profesional activo. La representación reducida del grupo docente limita la

interpretación de la perspectiva académica sobre el currículo. Si bien esta composición heterogénea puede presentar variabilidad en las percepciones, puesto que los profesionales con experiencia clínica pueden tener perspectivas distintas a las de los estudiantes en formación, también aporta variedad a la visión conjunta del fenómeno estudiado al tener múltiples perspectivas del sistema formativo y asistencial.

Instrumento de recolección de datos

Se diseñó una encuesta específica para este estudio, la cual fue sometida a una revisión de coherencia interna y pertinencia de contenido por parte de los autores del estudio, verificando la alineación de cada ítem con los objetivos de investigación y la claridad en su formulación. Como parte de las proyecciones metodológicas del estudio, se reconoce que versiones futuras del instrumento deberán incluir validación por juicio de expertos externos y estimación de consistencia interna mediante el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20), indicador estadístico apropiado para escalas con ítems de respuesta dicotómica.

El instrumento estuvo compuesto por ítems de tipo dicotómico (Sí/No), organizada en tres secciones temáticas: (1) características del participante y formación previa en fisioterapia ginecológica y neonatal; (2) percepción del rol del fisioterapeuta en la atención materno-neonatal; y (3) valoración de la necesidad de integración curricular de estos contenidos. La estructura dicotómica del instrumento fue seleccionada deliberadamente para facilitar la participación y reducir la carga cognitiva de los encuestados en este estudio exploratorio inicial.

Con el propósito de fortalecer el rigor metodológico de futuras investigaciones, será conveniente someter el instrumento a un proceso formal de validación mediante juicio de expertos y evaluar su consistencia interna utilizando el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20), debido a la naturaleza dicotómica de sus ítems. Estos procedimientos permitirán aportar evidencia sobre la validez de contenido y la fiabilidad del instrumento, favoreciendo la precisión y estabilidad de las mediciones en estudios posteriores.

Procedimiento de recolección

La información se recopiló mediante un cuestionario en línea distribuido a través de plataformas digitales, lo que facilitó la participación de estudiantes, docentes y

profesionales de distintas localidades y con diferentes disponibilidades de tiempo. Antes de responder la encuesta, todos los participantes recibieron información sobre los objetivos de la investigación, el carácter voluntario de su participación y las medidas adoptadas para garantizar la confidencialidad de los datos. La recolección de la información se desarrolló en un periodo previamente establecido, siguiendo un procedimiento uniforme para la aplicación del instrumento y el registro de las respuestas.

Análisis de datos

Los datos recolectados fueron organizados y procesados mediante análisis estadístico descriptivo univariado. Para cada variable se calcularon frecuencias absolutas y porcentajes, con el fin de resumir la distribución de las respuestas. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos de distribución porcentual, lo que facilitó la descripción e interpretación de los datos recopilados. Adicionalmente, se realizaron análisis descriptivos bivariantes mediante tablas de contingencia que permiten explorar la distribución de las respuestas según la condición del participante (profesional, estudiante o docente), aportando una aproximación al comportamiento diferencial de las percepciones entre grupos.

Además de las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), se calcularon intervalos de confianza al 95% (IC 95%) para las principales proporciones observadas, con el fin de estimar la precisión de los resultados obtenidos en la muestra estudiada.

En coherencia con el carácter piloto del estudio, el análisis se circunscribe a la estadística descriptiva. Investigaciones futuras de mayor escala deberán incorporar pruebas de inferencia estadística —como la prueba Chi-cuadrado (χ^2) o la prueba exacta de Fisher— para determinar si las diferencias observadas entre grupos alcanzan significación estadística ($p < 0.05$), y regresión logística para identificar predictores de la percepción de necesidad formativa.

Consideraciones éticas

La investigación se llevó a cabo de acuerdo con los principios éticos aplicables a los estudios con seres humanos y en concordancia con la Declaración de Helsinki y la normativa nacional vigente. La participación fue voluntaria y estuvo precedida por la aceptación del consentimiento informado. Asimismo, se protegió la identidad de los participantes mediante

el tratamiento anónimo y confidencial de la información, la cual fue utilizada exclusivamente con fines de investigación.

Alcance y proyección del estudio piloto

Siendo este un estudio piloto, sus resultados no pretenden ser representativos de la totalidad de la población de fisioterapeutas, estudiantes y docentes del Ecuador, sino constituir una primera aproximación exploratoria a la problemática de la integración curricular en fisioterapia materno-neonatal. Los hallazgos obtenidos servirán como base para el diseño de estudios confirmatorios de mayor alcance, con muestras probabilísticas estratificadas, instrumentos validados psicométricamente y análisis estadísticos inferenciales, orientados a generalizar los hallazgos y establecer relaciones estadísticamente significativas entre las variables de interés.

Resultados y discusión

A continuación se presentan los resultados del estudio piloto organizados en función de las tres secciones del instrumento aplicado. Se incluyen las distribuciones de frecuencia globales, las representaciones gráficas de cada variable y los análisis de contingencia por condición del participante.

Caracterización de la muestra

Se encuestaron un total de 60 participantes. La Tabla 1 y la Figura 1 presentan la distribución por condición actual. El grupo mayoritario correspondió a profesionales del área de la salud en ejercicio activo (73,3%), seguido de estudiantes de pregrado (25,0%) y docentes universitarios (1,7%). Esta distribución sugiere que los hallazgos reflejan principalmente la percepción de actores con experiencia asistencial directa en el ámbito materno-neonatal, lo que aporta una visión fundamentada en la práctica clínica; sin embargo, la escasa participación de docentes limita la representación de la perspectiva académica sobre la integración curricular de estos contenidos.

Tabla 1.

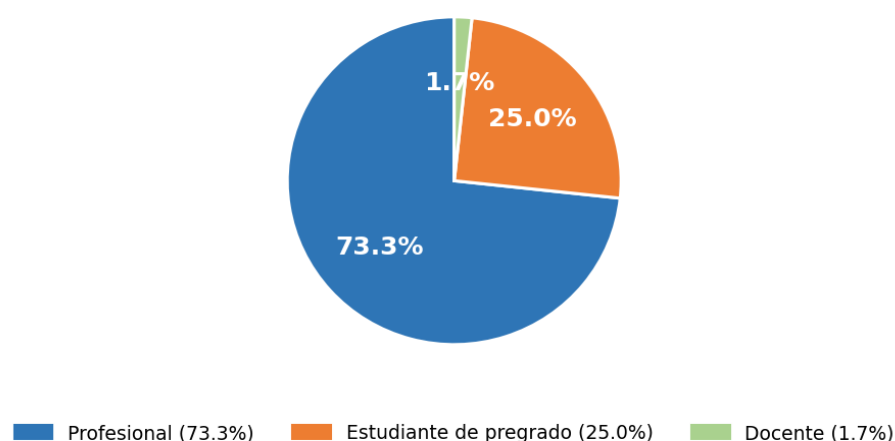
Caracterización de los participantes según condición actual (n=60)

Condición actual del participante	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Profesional de la salud	44	73.3
Estudiante de pregrado	15	25.0
Docente universitario	1	1.7
Total	60	100.0

Nota: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el estudio.

Gráfico 1.

Distribución porcentual de los participantes según condición actual (n=60)



Nota: Diagrama circular de información obtenida.

Sección 1: Formación académica en fisioterapia ginecológica y neonatal

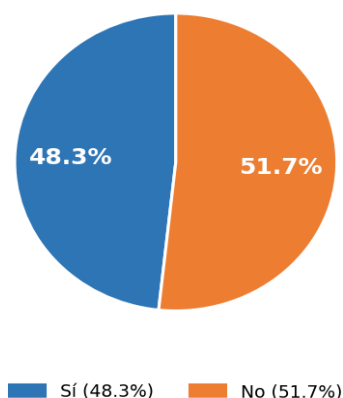
Los resultados de la primera sección del instrumento evidencian brechas formativas significativas en la muestra estudiada (Figuras 2, 3 y 4). En cuanto a la recepción de formación específica en fisioterapia ginecológica y neonatal, el 51.7% de los encuestados (n=31) indicó no haberla recibido durante su proceso de formación de pregrado, mientras que el 48.3% (n=29) refirió haber tenido algún tipo de instrucción en estas áreas. Esta distribución casi equitativa sugiere una marcada heterogeneidad curricular entre las instituciones de educación superior de origen de los participantes.

Respecto a la percepción de suficiencia de los conocimientos adquiridos, el 58.3% de los participantes (n=35; IC 95%: 45.7%–70.0%) consideró que su formación no le permite

realizar un abordaje integral del binomio madre–recién nacido, frente a un 41.7% (n=25) que sí percibió contar con los conocimientos necesarios. Adicionalmente, la comprensión de la relación entre la condición materna y el desarrollo del recién nacido prematuro mostró una distribución perfectamente equitativa: el 50.0% de los participantes afirmó poseer dicha comprensión, mientras que el otro 50.0% indicó no contar con ella. Esta paridad refleja una brecha formativa extendida que trasciende la simple recepción de contenidos e impacta en la comprensión conceptual de la interdependencia materno-neonatal. Los hallazgos coinciden con tendencias internacionales que promueven una formación interdisciplinaria basada en competencias para profesionales que participan en atención neonatal.

Gráfico 2.

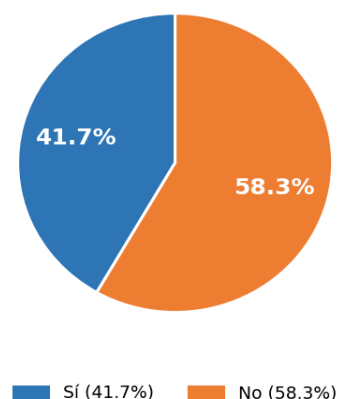
¿Ha recibido formación específica en fisioterapia ginecológica y neonatal? (n=60)



Nota: Diagrama circular de infomación obtenida.

Gráfico 3.

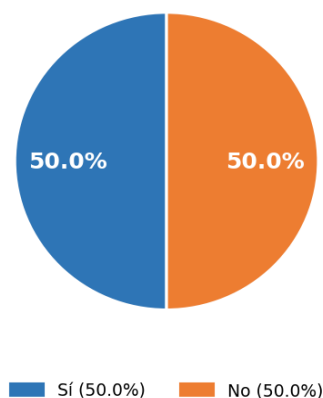
¿Sus conocimientos permiten un abordaje integral madre–recién nacido? (n=60)



Nota: Diagrama circular de información obtenida.

Gráfico 4.

¿Comprende la relación entre condición materna y desarrollo del prematuro? (n=60)



Nota: Diagrama circular de información obtenida.

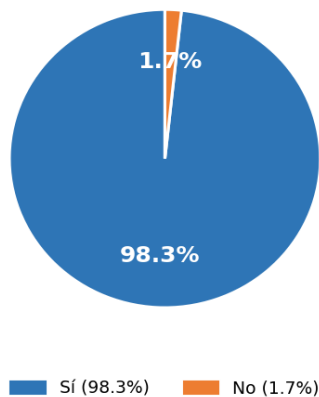
Sección 2: Percepción del rol del fisioterapeuta en la atención materno-neonatal

La segunda sección del instrumento exploró la percepción de los participantes respecto al rol clínico del fisioterapeuta en el ámbito materno-neonatal (Figuras 5, 6 y 7). Los resultados de esta sección exhiben el mayor nivel de consenso de todo el instrumento. El 98.3% de los encuestados (n=59; IC 95%: 91.1%–99.9%) reconoció que el fisioterapeuta cumple un rol relevante en la atención ginecológica y obstétrica de la madre, porcentaje idéntico al registrado para el reconocimiento del rol del fisioterapeuta en la atención del recién nacido prematuro. Esta convergencia casi absoluta en la percepción del rol profesional, independientemente de la condición del participante (profesional, estudiante o docente), constituye uno de los hallazgos más sólidos del estudio.

Asimismo, el 96.7% de los participantes (n=58; IC 95%: 88.5%–99.1%) consideró que la intervención fisioterapéutica contribuye de manera significativa a la atención integral del binomio madre–prematuro dentro de los equipos interdisciplinarios de salud. Este alto nivel de reconocimiento del aporte profesional de la fisioterapia contrasta directamente con las brechas formativas identificadas en la sección anterior, configurando una paradoja formativa central: los actores del sistema de salud reconocen ampliamente la relevancia clínica de la fisioterapia materno-neonatal, pero la formación académica no se alinea con ese reconocimiento.

Gráfico 5.

¿El fisioterapeuta cumple un rol en la atención ginecológica y obstétrica? (n=60)

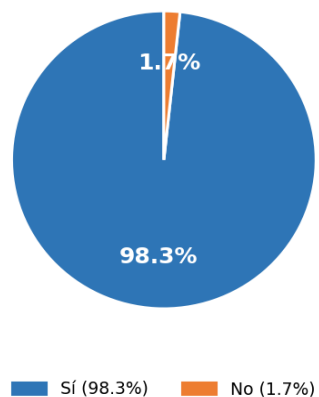


Nota: Diagrama circular de información obtenida.

Gráfico 6.

¿El fisioterapeuta cumple un rol en la atención del recién nacido prematuro? (n=60)

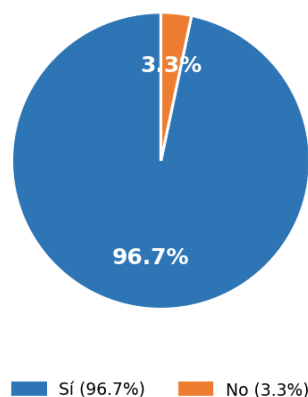
Figura 6. ¿El fisioterapeuta cumple un rol en la atención del recién nacido prematuro?



Nota: Diagrama circular de información obtenida.

Gráfico 7.

¿La fisioterapia contribuye a la atención integral del binomio madre-prematuro? (n=60)



Nota: Diagrama circular de información obtenida.

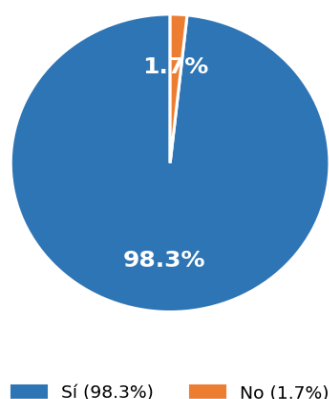
Sección 3: Valoración de la integración curricular

La tercera sección del instrumento exploró la percepción de los participantes respecto a la necesidad de integrar formalmente contenidos ginecológicos y neonatales en la malla curricular de fisioterapia (Figuras 8, 9 y 10). Los resultados de esta sección evidencian el mayor nivel de consenso favorecedor de la integración curricular registrado en el estudio. El 98.3% de los participantes ($n=59$; IC 95%: 91.1%–99.9%) afirmó que dicha integración es necesaria, y un porcentaje idéntico consideró que la malla curricular de fisioterapia debería fortalecerse en esta área. El 96.7% ($n=58$; IC 95%: 88.5%–99.1%) indicó que una formación integrada mejoraría la calidad de la atención brindada al binomio, y el 95.0% de los participantes ($n=57$; IC 95%: 86.1%–98.9%) señaló que la falta de integración curricular limita actualmente el desempeño del fisioterapeuta en el área materno-neonatal.

La coherencia interna de estas respuestas —donde prácticamente la totalidad de los participantes sostiene una posición favorable a la integración curricular en los cuatro ítems de la sección— refuerza la solidez del hallazgo principal del estudio y sugiere que esta percepción es robusta ante variaciones en la formulación de la pregunta.

Gráfico 8.

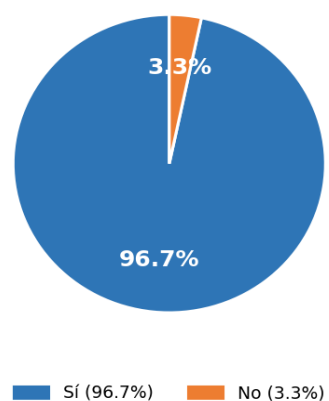
¿Es necesaria la integración de contenidos ginecológicos y neonatales en la formación?
($n=60$)



Nota: Diagrama circular de información obtenida.

Gráfico 9.

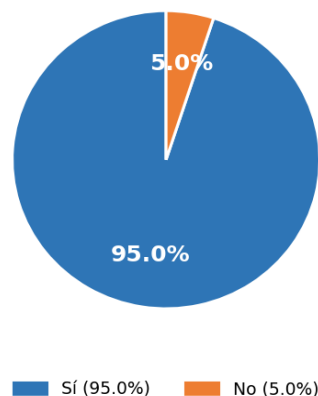
¿La formación integrada mejoraría la calidad de la atención brindada? (n=60)



Nota: Diagrama circular de información obtenida.

Gráfico 10.

¿La falta de integración limita el desempeño profesional materno-neonatal? (n=60)



Nota: Diagrama circular de infomación obtenida.

Tabla resumen y análisis de contingencia

La Tabla 2 consolida los resultados descriptivos de las tres secciones del instrumento con sus frecuencias absolutas y relativas. Las Tablas 3 y 4 presentan los análisis de contingencia que cruzan la condición del participante con las variables de mayor relevancia para los objetivos del estudio.

Tabla 2.

Distribución de frecuencias y porcentajes por sección del instrumento (n=60)

Ítem evaluado	Respuesta Sí — n (%)	IC 95%	Respuesta No — n (%)
SECCIÓN 1 — Formación académica			
1. ¿Ha recibido formación en fisioterapia ginecológica y neonatal?	29 (48.3)	35.7–60.9	31 (51.7)
2. ¿Sus conocimientos permiten un abordaje integral madre–recién nacido?	25 (41.7)	29.2–54.1	35 (58.3)
3. ¿Comprende la relación entre condición materna y desarrollo del prematuro?	30 (50.0)	37.4–62.6	30 (50.0)
SECCIÓN 2 — Percepción del rol del fisioterapeuta			

Ítem evaluado	Respuesta Sí — n (%)	IC 95%	Respuesta No — n (%)
4. ¿El fisioterapeuta cumple un rol en la atención ginecológica y obstétrica?	59 (98.3)	91.1– 99.9	1 (1.7)
5. ¿El fisioterapeuta cumple un rol en la atención del prematuro?	59 (98.3)	91.1– 99.9	1 (1.7)
6. ¿La fisioterapia contribuye a la atención integral del binomio?	58 (96.7)	88.5– 99.1	2 (3.3)
SECCIÓN 3 — Integración curricular			
7. ¿Es necesaria la integración de contenidos ginecológicos y neonatales?	59 (98.3)	91.1– 99.9	1 (1.7)
8. ¿Debería fortalecerse la malla curricular de fisioterapia en esta área?	59 (98.3)	91.1– 99.9	1 (1.7)
9. ¿La formación integrada mejoraría la calidad de la atención brindada?	58 (96.7)	88.5– 99.1	2 (3.3)
10. ¿La falta de integración limita el desempeño profesional materno-neonatal?	57 (95.0)	86.1– 98.9	3 (5.0)

Nota: Elaboración propia a partir de los datos recolectados en el estudio.

Tabla 3.

Análisis de contingencia: condición del participante vs. percepción de necesidad de integración curricular

Condición del participante	N total	¿Necesaria la integración? Sí — n (%)	¿Necesaria la integración? No — n (%)
Profesional de la salud	44	43 (97.7)	1 (2.3)
Estudiante de pregrado	15	15 (100.0)	0 (0.0)

Condición del participante	N total	¿Necesaria la integración? Sí — n (%)	¿Necesaria la integración? No — n (%)
Docente universitario	1	1 (100.0)	0 (0.0)
Total	60	59 (98.3)	1 (1.7)

Nota. La distribución por grupos refleja el consenso casi unánime en los tres perfiles de participantes. Se recomienda aplicar la prueba Chi-cuadrado (χ^2) o prueba exacta de Fisher en estudios con muestras más amplias para evaluar la significación estadística de las diferencias entre grupos ($p < 0.05$).

Tabla 4.

Análisis de contingencia: condición del participante vs. percepción de insuficiencia formativa

Condición del participante	N total	¿Formación insuficiente? Sí — n (%)	¿Formación insuficiente? No — n (%)
Profesional de la salud	44	26 (59.1)	18 (40.9)
Estudiante de pregrado	15	8 (53.3)	7 (46.7)
Docente universitario	1	1 (100.0)	0 (0.0)
Total	60	35 (58.3)	25 (41.7)

Nota. Los datos sugieren que la percepción de insuficiencia formativa es transversal a todos los grupos, con porcentajes superiores al 50% en los tres perfiles de participantes. Futuros estudios con muestras estratificadas y mayor tamaño permitirán determinar si estas diferencias son estadísticamente significativas.

Marco conceptual: fundamentos de la atención materno-neonatal

Atención integral al binomio madre–prematureo

El modelo de atención integral al binomio madre–hijo, promovido en Ecuador a través del Manual de Atención Integral Binomio Madre-Hijo (Cáceres Palma et al., 2024), concibe la

relación entre la madre y el producto de su embarazo como un vínculo funcional y terapéutico que trasciende los aspectos biológicos del cuidado. Bajo este enfoque, el entorno familiar es reconocido como un agente activo en el proceso de recuperación y desarrollo del neonato, y el equipo interdisciplinario de salud —que incluye médicos, enfermeras, fisioterapeutas y psicólogos— tiene la responsabilidad de empoderar a la familia para asumir un rol protagónico en el cuidado del recién nacido (Plazas, 2020).

Los ejes fundamentales de este modelo son: la familia como centro del cuidado; la protección de los derechos maternos y neonatales; el empoderamiento parental sobre el cuidado del recién nacido; y el uso de prácticas efectivas, seguras y basadas en evidencia durante el embarazo, el parto y el puerperio (Plazas, 2020; Cáceres Palma et al., 2024). En partos sin complicaciones, el modelo ecuatoriano recomienda un mínimo de 24 horas de permanencia hospitalaria con atención del equipo integral, seguida de tres contactos de seguimiento en las primeras seis semanas posparto, donde se brinda educación para la salud, apoyo psicosocial y vigilancia del desarrollo del neonato (Plazas, 2020; Cáceres Palma et al., 2024).

Prematurez: clasificación e implicaciones clínicas

La Organización Mundial de la Salud (2025) clasifica la prematuridad según el grado de inmadurez gestacional en: prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas) y prematuros moderados o tardíos (32 a 36 semanas). Esta clasificación tiene implicaciones directas en el pronóstico clínico: a menor edad gestacional, mayor es el riesgo de mortalidad y de secuelas a largo plazo. Entre los nacimientos pretérmino, el 10% desarrollan deficiencias neurológicas con retrasos sensoriales y motores, y entre el 50% y el 60% presentan alteraciones de conducta o dificultades de aprendizaje que persisten durante la infancia y la adolescencia (Casado Gómez et al., 2019).

Las principales comorbilidades asociadas a la prematuridad incluyen la broncodisplasia pulmonar, la retinopatía del prematuro, la osteopenia, las afecciones visuales y auditivas, la disminución del crecimiento somático y los problemas cognitivos y motores (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2019; Díaz-Granda & Díaz-Granda, 2020). El impacto de la prematuridad trasciende al individuo y afecta directamente a la familia, la comunidad y los servicios de salud, con costos económicos y sociales considerables, que recaen desproporcionadamente sobre los hogares de menores ingresos económicos.

Rol de la fisioterapia en ginecología y obstetricia

La fisioterapia obstétrica y ginecológica ha alcanzado un reconocimiento creciente como primera línea de intervención en la prevención y tratamiento de las disfunciones del suelo pélvico, condición de alta prevalencia en la población femenina. Beamish et al. (2025) documentan que la incontinencia urinaria afecta a un tercio de las mujeres en el primer año posparto, la incontinencia anal al 13–14% en los primeros seis meses, y los prolapsos de órganos pélvicos entre el 20% y el 65% de las mujeres a lo largo de su vida. La fisioterapia obstétrica interviene mediante el entrenamiento muscular del suelo pélvico, la reeducación posturales, el ejercicio terapéutico supervisado y la educación prenatal y posnatal (Membiela Zafra, 2022; Sánchez Rocamora, 2019), aportando beneficios clínicamente significativos en la calidad de vida materna y en la preparación para el proceso de parto (Membiela Zafra, 2022; Sánchez Rocamora, 2019).

Rol de la fisioterapia en neonatología

La fisioterapia neonatal comprende la evaluación, intervención y seguimiento del neonato durante el primer mes de vida, con el objetivo de prevenir o minimizar las complicaciones derivadas de la prematuridad mediante la promoción activa del neurodesarrollo (Fernández, 2023; Palacios Martínez et al., 2024). Las intervenciones abarcan las áreas respiratoria, sensoriomotora oral, sensorial (auditiva, visual y cutánea) y de desarrollo neuromotor global, integrando en cada sesión a la familia como coeducadora del proceso de estimulación (Colegio Oficial de Fisioterapeutas de La Rioja, 2025). Para el ejercicio competente de esta especialidad, los fisioterapeutas requieren una formación específica y rigurosa que les permita actuar con seguridad y eficacia en la maduración de funciones vitales básicas del neonato, incluyendo la respiración, la succión y la deglución (Fernández, 2023).

Los resultados de este estudio piloto revelan una convergencia notable en la percepción de los participantes respecto a la necesidad de integrar contenidos ginecológicos y neonatales en la formación del fisioterapeuta. La adhesión prácticamente unánime a esta posición —registrada en los tres grupos de participantes y en los cuatro ítems de la Sección 3— confiere solidez a este hallazgo central, aun considerando las limitaciones metodológicas propias del diseño piloto adoptado. Esta consistencia interna es particularmente significativa dado que

la muestra incluye perfiles con distintos niveles de experiencia y formación, lo que podría haber generado divergencias de perspectiva.

El hallazgo principal del estudio es coherente con la literatura científica disponible, que documenta de manera creciente la relevancia clínica de la fisioterapia en el ámbito materno-neonatal y las deficiencias formativas que persisten en los programas universitarios de la región. Autores como Membiela Zafra (2022) y Sánchez Rocamora (2019) han señalado que los contenidos de fisioterapia obstétrica son frecuentemente marginales o electivos en los planes de estudio de pregrado, lo que genera egresados con escasas competencias para intervenir en este ámbito. Por su parte, Fernández (2023) y Palacios Martínez et al. (2024) destacan que la fisioterapia neonatal requiere una formación especializada que difícilmente puede adquirirse a través de contenidos fragmentados o superficiales dentro del currículo general.

La paradoja formativa identificada en los resultados —donde el 98.3% reconoce la relevancia clínica del fisioterapeuta en el ámbito materno-neonatal, pero el 58.3% percibe que su formación es insuficiente para un abordaje integral— constituye un hallazgo de especial interés analítico. Esta brecha entre reconocimiento y competencia percibida evidencia que la valoración del rol profesional no se traduce automáticamente en una formación curricular adecuada, y que existe una demanda activa de actualización formativa por parte de los propios actores del sistema de salud. En este sentido, el presente estudio identifica no solo un déficit formativo, sino también una disposición favorable a la mejora curricular, lo que representa un punto de partida favorable para implementar cambios en los programas académicos.

Un hallazgo que merece análisis específico es la distribución casi equitativa entre quienes sí recibieron formación en fisioterapia ginecológica y neonatal (48.3%) y quienes no la recibieron (51.7%). Esta paridad sugiere que la exposición a estos contenidos durante la formación de pregrado no es universal ni sistemática, sino que depende de factores institucionales y contextuales que varían significativamente entre programas. Entre las explicaciones posibles de esta heterogeneidad se pueden identificar: diferencias en el diseño curricular de los programas universitarios de fisioterapia (donde estos contenidos pueden ser asignaturas optativas en algunas instituciones y obligatorias en otras); el año de egreso de los profesionales (quienes finalizaron su formación en épocas más recientes pueden

haberse beneficiado de actualizaciones curriculares que incorporaron estos contenidos); la tipología del programa académico (con mayor o menor énfasis en rotaciones clínicas en servicios de ginecología y neonatología); y el perfil de la institución de formación, tanto en términos de su orientación clínica como del acceso a campos de práctica especializados en atención materno-neonatal. Esta heterogeneidad constituye en sí misma un argumento sólido para la estandarización de los contenidos materno-neonatales dentro de los currículos nacionales de fisioterapia.

El análisis de contingencia presentado en las Tablas 3 y 4 muestra que la percepción de insuficiencia formativa es transversal a todos los perfiles de participantes: el 59.1% de los profesionales, el 53.3% de los estudiantes y el único docente de la muestra consideraron que su formación actual es insuficiente para el abordaje integral del binomio. Este dato es particularmente relevante en el caso de los profesionales en ejercicio, dado que su percepción se fundamenta en la experiencia clínica real y no únicamente en expectativas académicas. La insuficiencia percibida por quienes ya trabajan en el sistema de salud constituye un indicador directo de las limitaciones que la brecha formativa genera en la práctica asistencial cotidiana.

Desde una perspectiva de política sanitaria y educativa, los resultados del presente estudio apoyan la necesidad de revisión y actualización de los planes de estudio de fisioterapia en Ecuador, en consonancia con las recomendaciones de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud respecto a la formación de recursos humanos en salud materno-infantil. La integración curricular estructurada de contenidos ginecológicos y neonatales no solo respondería a una demanda percibida por los propios actores del sistema, sino que se alinearía con los compromisos nacionales e internacionales de mejora de la calidad de la atención materno-neonatal y reducción de la morbilidad en este grupo poblacional.

En cuanto a las fortalezas del estudio, cabe destacar que el instrumento aplicado abarca tres dimensiones complementarias del fenómeno estudiado (formación recibida, percepción del rol profesional e integración curricular), lo que aporta una visión más completa que la que ofrecería el análisis de una sola dimensión. Adicionalmente, la inclusión de tres perfiles de participantes (profesionales, estudiantes y docentes) enriquece la perspectiva del análisis al incorporar diferentes posicionamientos dentro del sistema formativo y asistencial.

Finalmente, el diseño piloto permite sentar precedentes metodológicos y conceptuales para investigaciones de mayor escala que puedan generar evidencia estadísticamente más robusta sobre esta problemática en el contexto ecuatoriano.

Aunque el instrumento utilizado permitió obtener información relevante para los objetivos descriptivos planteados, una limitación metodológica adicional corresponde a la ausencia de una evaluación formal de su consistencia interna. La incorporación de indicadores de confiabilidad, como el coeficiente KR-20, constituye una prioridad para futuras aplicaciones del instrumento en muestras más amplias.

Conclusiones

En la muestra piloto evaluada se evidenció una percepción favorable hacia la integración de contenidos ginecológicos y neonatales en la formación del fisioterapeuta. Asimismo, una parte importante de los participantes consideró que su preparación académica actual es insuficiente para brindar una atención integral al binomio madre–premature. Estos hallazgos presentan la percepción de los participantes respecto a las necesidades de formación en el ámbito materno-neonatal y sugieren la necesidad de fortalecer la incorporación de estos contenidos en los programas de pregrado. No obstante, debido al diseño descriptivo y transversal del estudio, al tamaño de la muestra y al muestreo por conveniencia, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que no pueden generalizarse a la totalidad de los programas de fisioterapia ni permiten establecer relaciones causales entre la integración curricular y el desarrollo de competencias clínicas o la mejora de los resultados en salud. Desde la perspectiva de los participantes, la incorporación de contenidos ginecológicos y neonatales podría contribuir a responder a las necesidades formativas identificadas; sin embargo, esta hipótesis deberá ser evaluada mediante investigaciones con muestras representativas, instrumentos previamente validados y diseños metodológicos de mayor alcance que permitan analizar el efecto de estas modificaciones curriculares sobre la formación profesional y la atención del binomio madre–premature.



Limitaciones

El estudio presenta limitaciones relacionadas con el tamaño reducido de la muestra ($n = 60$), por lo que es un estudio piloto, y con el uso de un muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que disminuye la representatividad de los participantes y la posibilidad de generalizar los resultados a la población de estudiantes, docentes y profesionales de fisioterapia en Ecuador. También, la distribución de la muestra mostró predominio de profesionales de la salud sobre docentes universitarios, lo que pudo influir en las percepciones y disminuir la representatividad de la perspectiva académica. También el instrumento utilizado fue diseñado específicamente para esta investigación y, aunque fue sometido a revisión de coherencia y pertinencia de contenido por los autores, no contó con un proceso de validación psicométrica formal ni con la evaluación de su consistencia interna mediante indicadores como el coeficiente Kuder-Richardson 20 (KR-20). Por ello, los resultados deben interpretarse con cautela y limitarse a resultados exploratorios.

Se recomienda que futuras investigaciones deberían incluir muestras probabilísticas de mayor cantidad, una representación más equilibrada de los diferentes participantes del ámbito académico y profesional, así como la validación formal del instrumento para fortalecer la confiabilidad y la generalización de los hallazgos.



Referencias Bibliográficas

- Beamish, N. F., Davenport, M. H., Ali, M. U., Gervais, M. J., Sjwed, T. N., Bains, G., Sivak, A., Deering, R. E., & Ruchat, S. M. (2025). Impact of postpartum exercise on pelvic floor disorders and diastasis recti abdominis: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 59(8), 562–575. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2024-108619>
- Cáceres Palma, S. G., Villacreses Merino, K. M., Cantos Sánchez, M. M., Alay García, M. J., Delgado Bernal, D. S., Lucas Tumbaco, I. J., & Álcazar Marcillo, A. A. (2024). Atención integral: Binomio madre-hijo. Repositorio MAWIL. <https://mawil.us/repositorio/index.php/academico/catalog/view/111/166/242>
- Casado Gómez, C., Moya Maya, A., & Corrales González, A. (2019). Los recién nacidos muy prematuros: dificultades en la escuela. *Enfermería Global*, (55), 554–567. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.347121>
- Colegio Oficial de Fisioterapeutas de La Rioja. (2025). Fisioterapia neonatal. Recuperado de <https://www.cofrioja.org/fisioterapia-neonatal/>
- Díaz-Granda, R., & Díaz-Granda, L. (2020). Factores fetales asociados a prematuridad. *Archivos de Medicina (Col)*, 20(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.20.1.3204.2020>
- Fernández, G. (2023). ¿Cuál es el papel del fisioterapeuta en el servicio de neonatología? E-Fisioterapia.net. <https://www.efisioterapia.net/articulos/cual-es-papel-fisioterapeuta-servicio-neonatologia>
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza Torres, C. P. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana.
- Membuela Zafra, M. (2022). Intervención fisioterapéutica en obstetricia. *NPunto*, 5(55), 100–118. <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/635fe8ed0c59bart5.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay. (2019). Recomendaciones para la asistencia del recién nacido prematuro. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/sites/default/files/2021-05/Recomendaciones%20para%20la%20asistencia%20del%20recien%20nacido%20prematuro%20web.pdf>



Organización Mundial de la Salud. (2025, noviembre 14). WHO promotes lifesaving intervention for small and preterm babies on first official World Prematurity Day. <https://www.who.int/es/news/item/14-11-2025-who-promotes-lifesaving-intervention-for-small-and-preterm-babies-on-first-official-world-prematurity-day>

Palacios Martínez, M., Sánchez Ruiz, E., Torronteras Merino, I. J., Jaldo Asenjo, F., Gascón-Navarro, J. A., & Berbel Jiménez, A. (2024). Fisioterapia en neonatología (artículo monográfico). Revista Sanitaria de Investigación. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/fisioterapia-en-neonatologia-articulo-monografico/>

Plazas Mouriz, L. (2020). Binomio madre e hijo. Enfermería Buenos Aires. <https://enfermeriabuenosaires.wordpress.com/2020/07/25/binomio-madre-e-hijo/>

Sánchez Rocamora, E. (2019). Intervención de la fisioterapia durante la gestación y el periodo previo al parto en la mujer: Revisión bibliográfica [Trabajo de Fin de Grado]. Universidad de Valladolid. <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/38653/TFG-O-1696.pdf>

Contribuciones de los autores:

Pamela Stefania Paredes Venegas¹: redacción de recolección de datos, redacción de encuesta, análisis de datos, desarrollo de metodología, desarrollo de resultados.

Maria Escarly Calvopiña del Castillo²: redacción, recolección de bibliografía, desarrollo de resultados.

Alex Wladimir Guayta Valladares³: tutorías y guías del artículo.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés