

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



“RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE PARTO HUMANIZADO Y LA ACTITUD DE LOS INTERNOS DE LA FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA. AREQUIPA, NOVIEMBRE – 2019”.

Tesis presentada por la Bachiller:

Gamero Rivera, Deyanira Kimiyo

Para optar el título profesional de:

Licenciada en Obstetricia.

Asesor:

Mg. Herrera Cárdenas, Marcos

Arequipa-Perú

2020

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 8 de setiembre del 2020

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

A: Mag. Ricardina Flores Flores
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura

DE: Mg. Ricardina Flores.
Dra. Yenhny Cárdenas Núñez
Mag. Marcos Herrera Cárdenas
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

“Relación entre el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019”.

PRESENTADO POR:

Bach. Gamero Rivera, Deyanira Kimiyo

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

Hechas las correcciones a las observaciones que se encontraron en el mencionado BORRADOR DE TESIS, se da el DICTAMEN FAVORABLE.

Atentame



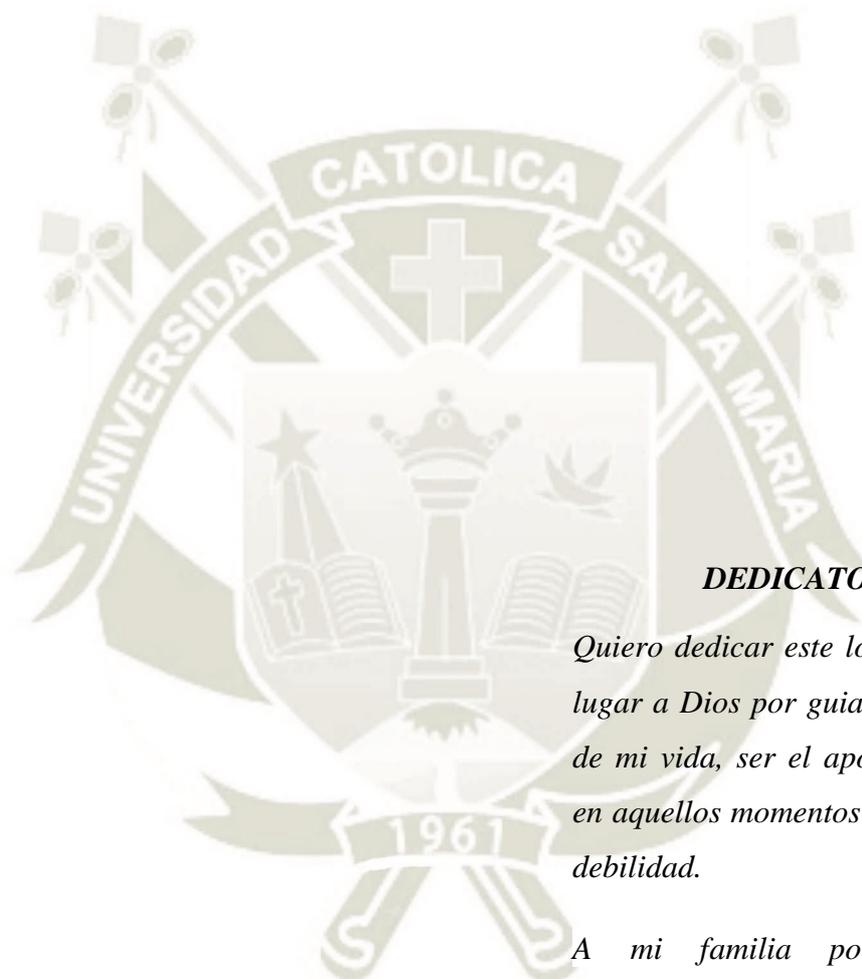
Mg. Ricardina Flores Flores



Dra. Yenhny Cárdenas Núñez



Mg Marcos Herrera Cárdenas

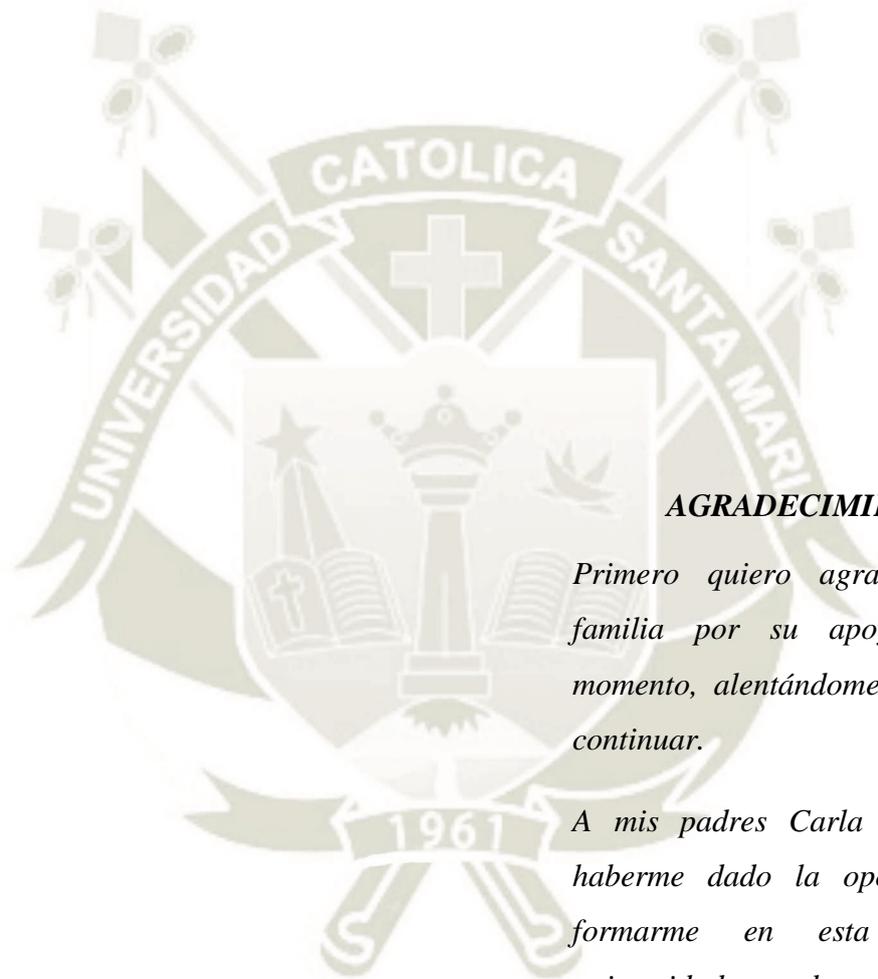


DEDICATORIA

Quiero dedicar este logro en primer lugar a Dios por guiarme a lo largo de mi vida, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y debilidad.

A mi familia por su apoyo incondicional y especialmente a mis padres porque con su amor, paciencia y esfuerzo me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más.

A mis amigos que siempre me alentaron a seguir adelante y me siguen dando su apoyo hasta el final.

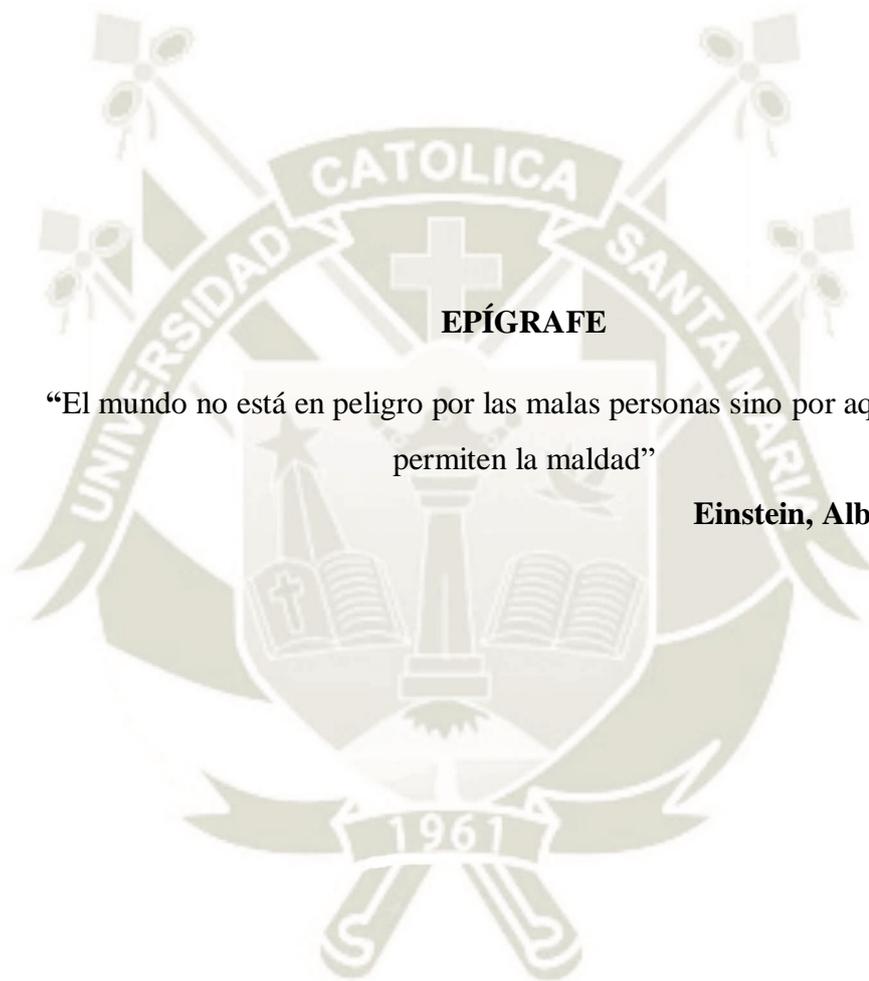


AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a mi familia por su apoyo en todo momento, alentándome día a día a continuar.

A mis padres Carla y Alain por haberme dado la oportunidad de formarme en esta prestigiosa universidad y darme su apoyo constante durante todos estos años.

A mi Facultad y a la Universidad Católica de Santa María por las oportunidades y conocimientos que me brindaron durante mi formación.



EPÍGRAFE

“El mundo no está en peligro por las malas personas sino por aquellas que permiten la maldad”

Einstein, Albert.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

Material y método: El estudio fue de campo, de nivel relacional, el instrumento aplicado fue la ficha de entrevista la cual fue tomada del trabajo de investigación de Erika Alessandra Parrales Morán, quien lo validó mediante juicio de expertos y una prueba piloto (Kuder Richardson y Alpha de Cronbach), la ficha se aplicó a 35 internos de la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María que realizaban sus respectivas rotaciones durante el internado en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital Goyeneche, C.S. Maritza Campos Díaz, C.S. Ampliación Paucarpata, C.S. Edificadores Misti y el Puericultorio Chávez de la Rosa.

Resultados: Las edades de la población en estudio se encontraron entre los rangos de 20 a 22 años en 54.3%, 85.7% son solteros, 94.3% de sexo femenino, donde un porcentaje importante se encontraba en su rotación de “Obstetricia” que se lleva a cabo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con un 28.6% del total, seguido por la rotación de “Pediatria” en el Hospital Goyeneche con un 17.1%.

En cuanto al nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, es “Bajo” en el 51.4% de la población en estudio, y la actitud es “Favorable” en el 51.4%.

Conclusiones: Existe relación inversa entre el nivel de conocimiento y la actitud de los internos de obstetricia con respecto al parto humanizado en los internos de la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.

Palabras clave: Parto Humanizado.

ABSTRACT

Goal: To determine the relationship between the level of knowledge about humanized childbirth and the attitude of the inmates of the Faculty of Obstetrics and Childcare of the Catholic University of Santa María. Arequipa, November - 2019.

Material and method: The study was field, relational level, the instrument applied was the interview sheet which was taken from the research work of Erika Alessandra Parrales Morán, who validated it through expert judgment and a pilot test (Kuder Richardson and Alpha de Cronbach), the file was applied to 35 inmates of the Professional School of Obstetrics and Childcare of the Catholic University of Santa María who carried out their respective rotations during the internship at the Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital Goyeneche, CS Maritza Campos Diaz, CS Expansion Paucarpata, C.S. Edifiers Misti and the Puericultorio Chávez de la Rosa.

Results: The ages of the study population were found in the ranges of 20 to 22 years in 54.3%, 85.7% are single, 94.3% female, where a significant percentage was in their "Obstetrics" rotation that is carried out at the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital with 28.6% of the total, followed by the rotation of "Pediatrics" at the Goyeneche Hospital with 17.1%.

Regarding the level of knowledge about the humanized childbirth of the inmates of the Faculty of Obstetrics and Childcare of the Catholic University of Santa María, it is "Low" in 51.4% of the study population, and the attitude is "Favorable" in 51.4%.

Keywords: There is an inverse relationship between the level of knowledge and the attitude of obstetric inmates towards humanized childbirth in the inmates of the Professional School of Obstetrics and Childcare of the Catholic University of Santa María.

Key words: Humanized Childbirth.

INTRODUCCIÓN

El parto humanizado, es definido por el Ministerio de Salud (MINSA) como el conjunto de actividades y procedimientos dirigidos a dar como resultado madres y recién nacidos en buenas condiciones. Sin embargo, no es menos que un procedimiento natural, “son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan el resto de la vida humana” como se estableció en la Declaración de Ceará sobre la humanización del parto en Fortaleza, Brasil, en el 2002 (1,2).

En el documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 donde se proclaman recomendaciones sobre “Tecnologías de Parto Apropriadas”, se promueve y exalta la importancia de la mujer como sujeto activo y decisor en la planificación, control, evaluación y realización del parto, el nacimiento y el puerperio y, además, se exhorta a los Estados a redefinir sus instituciones de atención en todo el proceso de concepción, gestación y alumbramiento, para garantizar que dichas tecnologías, en su uso adecuado y oportuno, beneficien el parto con o sin riesgos (3).

En la actualidad existe una tendencia hacia un cambio que establezca un nuevo marco conceptual en la asistencia sanitaria perinatal en la que se pretende dar una atención más humana y cercana, donde la mujer sea la protagonista de su propio embarazo y parto dejando atrás un modelo medicalizado (4).

El parto humanizado es un modelo que pretende tomar en cuenta de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y su familia en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; teniendo como objetivo fundamental que la paciente viva esta experiencia como un momento único y placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su parto, reconociéndose el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir (5,6,7).

El propósito de este estudio es determinar el nivel de conocimiento que poseen los internos de Obstetricia sobre la humanización del parto y cuál es la actitud con la que ven esta posibilidad, además que ellos entiendan que necesitan capacitarse para poder atender un parto con un enfoque humanizado, en la posición que la

madre decida ,acompañada de una persona de confianza y con un manejo del dolor de forma adecuada, y tener todos los conocimientos necesarios para realizarlo.



ÍNDICE

RESUMEN.....	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN	VIII

CAPÍTULO I

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	2
2. OBJETIVOS.....	5
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1 Marco Conceptual.....	6
3.1.1 Conocimiento sobre parto humanizado	6
3.1.1.1 Definición de parto humanizado	7
3.1.1.2 Elección de la posición del parto.....	8
3.1.1.3 Acompañamiento durante el trabajo de parto	9
3.1.1.4 Manejo del dolor de parto	9
3.1.1.5 Derechos de la madre	10
3.1.2 Actitud hacia el parto humanizado.....	11
3.1.2.1 Percepción sobre el parto humanizado	14
3.1.2.2 Implementación en los establecimientos de salud	15
3.1.2.3 Libre elección de la posición para el parto de la gestante	17
3.1.2.4 Parto con acompañante.....	18
3.1.2.5 Uso de la analgesia en el parto.....	18
3.2 Análisis de Antecedentes Investigativos:.....	20
4 HIPÓTESIS.....	24

CAPÍTULO II

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	26
------------------------------------	----

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN....	26
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	27
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
3.1 Organización:.....	28
3.2 Recursos	29
3.3 Económicos: Autofinanciado.....	29
3.4 Consideraciones éticas:	29
4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS	29
4.1 Plan de Procesamiento.	29
4.2 Plan de análisis de datos.....	30
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	31
DISCUSIÓN.....	41
CONCLUSIONES.....	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
Anexos:	50
Anexo 1: Consentimiento Informado.	51
Anexo 2. Instrumento	52
Anexos 3: Escala de calificación	55
Anexo 4: Croquis.....	57
Anexo 5: Matriz de sistematización.....	58



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 Enunciado del Problema:

“Relación entre el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019”.

1.2 Descripción del Problema:

a) Área de Conocimiento:

- **Área General** : Ciencias de la salud.
- **Área Específica** : Materno Perinatal .
- **Especialidad** : Obstetricia

b) Análisis u Operacionalización de Variables:

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
INDEPENDIENTE Nivel de conocimiento sobre parto humanizado	Definición de parto humanizado	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento bajo • Conocimiento medio • Conocimiento alto
	Elección de la posición del parto.	
	Acompañamiento durante el trabajo de parto	
	Manejo del dolor de parto	
	Derechos de la madre	
VARIABLE DEPENDIENTE Actitud hacia el parto humanizado	Parto humanizado	<ul style="list-style-type: none"> • Actitud favorable • Actitud desfavorable
	Implementación en los establecimientos de salud	
	Libre elección de la posición para el parto de la gestante	
	Parto con acompañante	
	Uso de la analgesia en el parto	

c) Interrogantes Básicas

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019?
- ¿Cuál es la actitud con respecto al parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019?
- ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019?.

d) **Tipo de Investigación:** De campo.

e) **Nivel de Investigación:** Relacional

1.3 Justificación del Problema.

- **Relevancia Científica:** La idea de humanización en el parto se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, sus parejas y, en general, de sus familias; su objetivo es cambiar la idea de que el embarazo y el parto son patologías que necesitan de intervención médica, y trata de recuperar la naturaleza del proceso procreativo como un hecho trascendental, íntimo, personal y memorable (3,8).

Ya que en la práctica vemos que muchas veces el estrés, el entorno clínico poco íntimo, la falta de acompañamiento, pueden relacionarse con eventos inconvenientes para el normal desenvolvimiento del trabajo de parto. Es así que se ha descubierto que la ansiedad está asociada con altos niveles de epinefrina (adrenalina), hormona del estrés, y esta, a su vez, puede ocasionar una disminución en las contracciones uterinas, y de esta manera prolongar el trabajo de parto, incluso a tal punto de generar complicaciones obstétricas (9,10,11).

El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras (12).

- **Interés y Motivación Personal:** El propósito de este estudio es determinar el nivel de conocimiento que poseen los internos de Obstetricia sobre la humanización del parto y cuál es la actitud con la que ven esta posibilidad, además que ellos entiendan que necesitan capacitarse para poder atender un parto con un enfoque humanizado, en la posición que la madre decida ,acompañada de una persona de confianza y con un manejo

del dolor de forma adecuada, y tener todos los conocimientos necesarios para lograr realizarlo.

- **La relevancia social:** En el Perú existe una normativa legal que justifica y avala la humanización del parto y, a nivel local, ya se ha implementado el parto humanizado como una estrategia para mejorar la experiencia de las gestantes en su propio parto **(11)**. Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante **(1)**.
- **Factibilidad:** El presente estudio es factible por la disponibilidad de las unidades de estudio y el interés de ellas sobre este tema.
- **Contribución Académica:** Se considera que se podrá realizar una importante contribución a la Facultad de Obstetricia y Puericultura con el desarrollo del proyecto en el área de pregrado, cumpliendo así con la política de investigación de nuestra facultad y la universidad, en esta etapa tan importante para mi desarrollo como futura Obstetra.

2. OBJETIVOS

- Establecer el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.
- Identificar la actitud con respecto al parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.
- Determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco Conceptual.

3.1.1 Conocimiento sobre parto humanizado

Los conocimientos, constituyen la adecuada modelación de los objetos y fenómenos reales en la conciencia humana, representan la adquisición de datos verificables acerca de los fenómenos y procesos tanto de la naturaleza, la sociedad como del pensamiento, es decir implican la posición de información comprobada sobre el mundo exterior (13).

La forma actual de conducir el parto incluye maniobras y administración de drogas que se aplican dogmáticamente en forma rutinaria desde hace años, si haber realizado un análisis científico y objetivo de sus ventajas e inconvenientes.

Muchas de ellas se han introducido contemplando la conveniencia del obstetra. Un claro ejemplo es la adopción de la posición horizontal durante todo el trabajo de parto. Esta posición fue introducida por el partero francés François Mauriceau en el Siglo XVII y tiene como única finalidad el tornar más cómodas las maniobras que permitan conocer la dilatación cervical y la variedad de posición, así como también la aplicación de fórceps (14,15).

Actualmente la cesárea es una de las operaciones quirúrgicas más frecuentes del mundo, con tasas que siguen subiendo, en particular en los países de ingresos medios y altos. Aunque puede salvar vidas, la cesárea a menudo se realiza sin necesidad médica, poniendo a las mujeres y a sus bebés en riesgo de problemas de salud a corto y a largo plazo. Una nueva declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) recalca la importancia de enfocarse en las necesidades de cada paciente y desalienta centrar la atención en intentar alcanzar una tasa determinada (16).

La OMS manifestó su preocupación con respecto a la cantidad de cesáreas; ya que casi cuatro de cada diez partos son por esta modalidad dentro de la región, es así que Suzanne Serruya, directora del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional para las Américas de la

OMS, indica que: “Los médicos, las parteras, las enfermeras obstétricas, los responsables de la formulación de políticas sanitarias, las madres y padres, y la sociedad entera, debemos trabajar juntos para reducir ese número y recurrir a la cesárea solo cuando es necesaria por razones médicas”, señaló (16).

3.1.1.1 Definición de parto humanizado

Es el proceso de atención de parto en el que se busca respetar las opiniones y necesidades emocionales de la mujer y su familia como protagonistas del parto, además de adoptar medidas que sean beneficiosas, evitando prácticas intervencionistas innecesarias con la finalidad de crear un momento especial y en condiciones de dignidad humana (5,6,7).

El término Humanización del parto, se contempla por primera vez en Ceará (Ministerio de Salud de Brasil, 2000), recogido en el Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento, el cual fue instituido con base en los análisis de las necesidades de atención específica a la gestante, al recién nacido y a la madre en el periodo posparto. El objetivo primordial del Programa de Humanización en el Prenatal y Nacimiento (PHPN) es asegurar la mejora del acceso, de la cobertura y de la calidad del acompañamiento prenatal, de la asistencia al parto y puerperio a las gestantes y al recién nacido, en la perspectiva de los derechos de la ciudadanía. En la Declaración de Ceará en torno a la Humanización se pone de manifiesto la trascendental importancia de esta nueva visión del parto: “El parto y el nacimiento son el principio y punto de partida de la vida y son, por ello, procesos que afectan al resto de la existencia humana. De ahí que la humanización del parto constituya una necesidad urgente y evidente. Por tanto, creemos firmemente que la aplicación de la humanización en los cuidados que se proveen al comienzo de la vida humana será determinante y definitiva para las sociedades futuras” (4,17).

El enfoque referente al parto humanizado se centra más en las condiciones de riesgo de una gestante, en los elementos que llevan a un parto digno con participación de la gestante, familia y profesionales de la salud, entre estos elementos se encuentran las variables sociales como la edad, el nivel

educativo y la religión. Estas variables hacen parte de la esfera biosocial de la gestante, lo cual indica que, al momento de presentar un problema de salud, indirectamente se presentara problemas obstétricos o de otro tipo por la afección en su patrón emocional (18).

La atención humanizada del parto o humanización del parto comprende el cuidado de la gestante a partir de la observación de una serie de atributos con el fin de permitirle la vivencia satisfactoria del trabajo del parto y el parto, impidiendo en ella generar sentimientos de pérdida de la autonomía, soledad incompreensión, y percepción de peligro durante su trabajo de parto o al momento de este. En este proceso se llevan a cabo diferentes alternativas como maniobras, posiciones, implementación de música en el parto, e inclusive la adaptación de las salas para el trabajo de parto brindando comodidad a la gestante, las cuales son avaladas por organizaciones como La Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización de Parto y Nacimiento (19).

3.1.1.2 Elección de la posición del parto.

Una de las características más resaltantes en cuanto a las prácticas culturales de la atención del parto de forma humanizada es la posición que elige la parturienta para el momento de la fase expulsiva del parto. Es conocido que un gran porcentaje de mujeres que viven en zonas andinas y amazónicas dan preferencia a la posición vertical, considerado parto tradicional. El profesional de salud ha sido formado para la atención de parto en forma horizontal de forma cotidiana, ocurriendo así un choque cultural entre estas dos prácticas, teniendo como resultado que las gestantes en trabajo de parto opten por ser atendidas por algún familiar, o partera tradicional, representando un riesgo durante el parto para la mujer y el neonato conllevando complicaciones que pudieron ser prevenibles.

No existe posibilidad alguna en atender un parto dignamente sin comprender la verdadera naturaleza de este, contrario a lo que se piensa, el parto vertical no es un retroceso, por lo contrario, es recuperar la capacidad y la confianza en la sabiduría de la naturaleza y trabajar

conjuntamente con los conocimientos y las habilidades adquiridos con el tiempo. No debemos verlo como una amenaza; ya que no es renunciar a la tecnología, sino adjudicarle el lugar que le corresponde (20).

3.1.1.3 Acompañamiento durante el trabajo de parto

El nacimiento normal, es considerado como un episodio fisiológico y natural de la vida, el que representa una fuente de felicidad para la familia. La madre y el padre deben familiarizarse con los sucesos del nacimiento y con las personas encargadas de atenderlo. Estas deben tener toda la confianza de la familia (14).

Una de las bases para la atención de parto de manera humanizada se considera el acompañante para el trabajo de parto, sirviendo como complemento a la atención médica, mejorando así los aspectos psicoafectivos y culturales.

En el modelo se tiene en cuenta la parte biológica de la atención al parto que contribuye a la evaluación de la presencia del acompañante en sala de parto, enfatizando la seguridad de la mujer y el recién nacido que aporte a la prevención de las complicaciones en el momento de la etapa expulsiva, dando relevancia al acompañamiento por el personal de salud (21).

3.1.1.4 Manejo del dolor de parto

El parto con analgesia se define como el parto atendido con un adecuado manejo farmacológico del dolor, para mejorar la calidad de atención de la mujer durante el trabajo de parto y parto. Es lo que se conoce como “parto sin dolor” (22). El dolor es inherente a la experiencia del trabajo de parto, sin embargo se encuentra una variación de la respuesta al dolor entre una mujer y otra, las experiencias no son iguales.

La evidencia científica nos muestra que, un parto en el que se incluye oxitócicos e instrumental es más doloroso que un parto donde no se utiliza nada de lo antes mencionado, sin embargo el dolor siempre estará presente.

Es por ello que existen diferentes métodos para el alivio del dolor, desde técnicas de relajación, respiración, cuidados físicos y manejo de situaciones estresantes con diferentes estrategias metodológicas e

incluso se puede recurrir a fármacos o no, sin olvidar brindar un enfoque humanizado a la atención del parto respetando las preferencias y elección de la técnica analgésica que desee recibir, pero aún más fundamental es ofrecer una adecuada información a la gestante y a su compañero. Existen diversos métodos no invasivos, ni farmacológicos de alivio del dolor que pueden ser utilizados durante el proceso de parto, en este sentido parece ser efectivo el apoyo brindado por el acompañante mediante la realización de masajes en la zona lumbar, estos métodos se usan frecuentemente en combinación con otras estrategias que incluyen hacer frente al dolor mediante el uso de técnicas de respiración, relajación y preparación oral alejando la atención del dolor. Otros métodos no farmacológicos de alivio del dolor en el proceso de parto se incluyen métodos que activan los receptores sensoriales periféricos como estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (23,24).

3.1.1.5 Derechos de la madre

Según la Ley General de Salud (Ley 26842), la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de Salud Pública es irrenunciable y es su deber intervenir en la provisión de servicios de atención médica con principios de equidad. Toda persona tiene derecho a recibir en cualquier establecimiento de salud, atención médico-quirúrgica de emergencia cuando la necesite y mientras subsista el estado de grave riesgo para su vida o su salud. Las personas usuarias tienen derecho a exigir que los servicios que se prestan para la atención de su salud cumplan con niveles de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales (25).

En el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural y en beneficio de la población se lograr incluir la ley de parto humanizado en las normas del ministerio de salud, dando la aprobación de la Norma técnica de salud N°121 para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural fomentando a nivel nacional el protagonismo de la parturienta en todas las etapas de trabajo de parto, brindándole la opción

de elegir la posición de dar a luz, con el acompañamiento de su pareja u otro familiar, dejando sin efecto la Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural la cual sirve de mucho en esta nueva norma (26).

Basados en este enfoque el Estado debe garantizar la igualdad de trato y la no discriminación, ofertando así un a atención en salud libre de maltrato, tomando en cuenta que; como usuarios de servicios de salud, se tiene derecho al respeto de la persona, dignidad e intimidad; a la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica; a no ser sometidos/as sin consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; a no ser objeto de experimentación; a recibir información veraz, oportuna y completa, en términos comprensibles sobre su proceso, etc. (27). Es de suma importancia tomar en cuenta lo anteriormente mencionado, debido a que de no hacerlo la evidencia basa en estudios indica que muchas gestantes pueden preferir quedarse en casa al momento del parto y ser atendidas por parteras tradicionales o algún familiar, aumentando así la posibilidad de complicaciones durante el parto o posterior a este. Un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) hizo un cálculo, que se producirían 410 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; es decir en el Perú una mujer fallece cada cuatro horas a consecuencia del embarazo, durante el parto o después de él, debido a que no se acepta la posición del parto vertical como una costumbre típica de ellas (interculturalidad) (28).

3.1.2 Actitud hacia el parto humanizado

Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que, partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos

manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes. Las escalas son una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En nuestro caso, este fenómeno será una actitud cuya intensidad queremos medir. Dentro de las escalas, una de las más usadas es la escala de Likert, que es una escala aditiva la cual está constituida por una serie de ítems ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El interrogado señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem (13).

La interculturalidad debe estar basada en el diálogo y escucha de ambas partes, ya que algunos factores culturales que limitan el acceso a los establecimientos de salud son los servicios no adecuados a sus costumbres, el idioma y el uso de terminologías médicas al momento de explicar las intervenciones que se le realizará durante el parto, la vergüenza que sienten las mujeres de mostrar sus partes íntimas, temor a la episiotomía, el verse solas en un momento tan trascendental en su vida, que no se le permita llevarse la placenta. Concertando y respetando las creencias y particularidades de la gestante se puede llegar a ganar terreno, los aportes que se pueden obtener por parte de la gestante y el entorno, son importantes para la adecuación de la sala de parto y crear nuestra estrategia para abordar adecuadamente a la gestante (29).

La atención al parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres actuales. Sin embargo, es importante tomar en cuenta también uno de los enfoques actuales acerca del parto humanizado que consiste en el respeto de las decisiones, preferencias y expectativas de las pacientes, en este sentido es muy importante llegar a un balance entre el enfoque descrito en primera instancia que se basa en la evitación de actitudes intervencionistas y el segundo enfoque que pone a la

parturienta como protagonista de su parto. La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas; busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, y trata de recuperar la noción de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal (5).

La implantación a nivel nacional e internacional de este nuevo modelo de atención al parto conlleva un cambio profundo en la praxis profesional de todos los profesionales implicados en la asistencia perinatal y, especialmente en las matronas como profesionales principales y prioritarios que prestan esta atención (30).

Se habla del rol del personal de la salud cuando se introduce el modelo de atención del parto buscando el cambio hacia un modelo de atención integral, humanizada y con un enfoque basado en la participación de todo el equipo de salud, enfatizado en la atención de enfermería y el acompañamiento familiar, que lleve a la gestante a un estado de seguridad y confort. La calidad de la asistencia de enfermería es, por tanto, influenciada por diversos factores, sea por los profesionales de la salud o por los servicios ofrecidos (31). Sea cual sea la influencia de la cultura en los aspectos reproductivos, ésta no siempre es entendida por los profesionales sanitarios, que desde una actitud etnocéntrica, podemos manifestar prejuicios, así como discursos de incomprensión ante las diferencias culturales y sociales en las prácticas sanitarias, lo que puede conducir a desigualdades en la atención sanitaria. Sin embargo, no siempre se establece una relación causa-efecto entre estereotipos, prejuicio y discriminación. Esto ocurre con frecuencia en el ámbito sanitario, dónde las actitudes prejuiciosas no suelen generar conductas discriminatorias, dado que la ética profesional impele a actuar con equidad en el trato con mujeres inmigradas (32, 33).

3.1.2.1 Percepción sobre el parto humanizado

El Perú alberga muchas culturas que guardan entre sí relaciones muy diversas, a menudo conflictivas, pero que en ocasiones también revelan puntos de convergencia y aprendizajes recíprocos. El Estado nacional se define a sí mismo como democrático y representativo de esa pluralidad de culturas, pero con un sello propio que expresa pautas y valores hegemónicos sobre otras culturas escasamente reconocidas en él. Estas tensiones responden a relaciones de poder y asimetrías sociales y económicas. Es así como los grupos mejor posicionados respecto del aparato estatal logran propagar sus valores y modos de vida a la sociedad en su conjunto, en particular, a la forma de gobierno, el sistema educativo, la lengua, la administración de justicia, y las prácticas médicas. Puede ocurrir, sin embargo, que algunos elementos de las culturas no hegemónicas lleguen a formar parte de la comunidad nacional más amplia, que ciertos sectores sociales incorporen recursos culturales de otros, o que haya grupos que se resistan a adoptar nuevas ideas o prácticas (34).

El Perú es uno de los impulsores principales y referentes para otros países con respecto al parto vertical y humanización del parto, el modelo de parto vertical impulsado por Ministerio de Salud (MINSA) es destacado por diario “El País” de España, así lo anunciaba la página oficial del ministerio de salud el día Martes, 1 de diciembre del 2015 el artículo hacía mención sobre la premiación del texto, titulado: “Churcampa, el pueblo donde no mueren las embarazadas”, durante 2012, ese proyecto, en representación del Perú, logró obtener el primer lugar en el Concurso Regional de Buenas Prácticas de la Iniciativa Maternidad Segura de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así lo informó esa entidad, al precisar que el proyecto se impuso entre 121 otras experiencias de 22 países de las Américas.

El mencionado proyecto fue trabajado en conjunto por el Ministerio de Salud (MINSA) con Medicus Mundi Navarra, Calandria, Kallpa, Salud Sin Límites Perú y la Red de Salud de Churcampa, entre los años 2005 y

2008, en toda la provincia de Churcampa, por lo que esas instituciones también resultaron ganadoras (35).

La propuesta de humanización del parto y el nacimiento se basa en el respeto a los derechos humanos, los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y sus parejas; busca cambiar la idea de que el embarazo y el parto son una enfermedad, y trata de recuperar la noción de que es un hecho trascendente, sagrado, íntimo y personal. De esta manera se ofrece a las personas que lleguen a este mundo una bienvenida en un ambiente saludable; es decir, se busca que las mujeres puedan parir y los bebés nacer en un ambiente de amor, respeto y seguridad donde se reconozca la fuerza y sabiduría de su cuerpo, con alegría y acompañamiento (5,12).

La propuesta de parto humanizado se basa en tres ideas fundamentales:

- a) El embarazo y el parto son procesos fisiológicos para los que el cuerpo femenino se encuentra preparado y capacitado, en ambos las mujeres deben tener un papel protagónico.
- b) Las herramientas médicas de atención al embarazo y parto son útiles para salvar vidas, siempre y cuando se apliquen al evaluar los casos particulares y sólo en situación de emergencia obstétrica que lo requiera.
- c) La experiencia del parto debe ser satisfactoria para todas las personas involucradas; por ello, se capacita a las mujeres para ser madres más conscientes y seguras, a los bebés para crecer y desarrollarse con niveles óptimos y a las familias para crear vínculos de apoyo y solidaridad (12).

3.1.2.2 Implementación en los establecimientos de salud

El parto humanizado con enfoque intercultural, incluye un adecuado trato del profesional que atiende el parto, la libre elección de la gestante en la posición de su parto, el acompañamiento de la gestante y el manejo del dolor a través de la analgesia de parto, lo que brinda una mayor confortabilidad a la madre y mejores condiciones para el recién nacido, aportando a las tasas de reducción de la morbilidad materna en nuestro país (5).

Existe el cuestionamiento que se hace al profesional, no enfocándose en su personas, sino al modelo de formación y de ejercicio que se enseña y practica en los servicios de salud, el cual se ha naturalizado en la sociedad, y que toma en cuenta solo elementos técnico-biológicos sin considerar a las mujeres como sujetos de derechos en el momento del parto, realizando además por hábito, una serie de acciones que han sido identificadas y cuestionadas por el modelo científico basado en evidencias como perjudiciales para la salud emocional y física de las mujeres y sus hijas/os (36). Es así que observan así tensiones culturales entre la “medicina moderna” occidental y la medicina indígena. ¿Cómo abordar estas cuestiones? ¿Es posible conciliar estas prácticas? Lo que suele ocurrir es que se acepta sin más la imposición de la medicina occidental, dejando de lado las prácticas alternativas. Se pierde entonces parte del conocimiento y las tradiciones acumulados durante miles de años. No obstante, junto al creciente reconocimiento de la diversidad de culturas y de los derechos sociales y culturales de los pueblos indígenas, han surgido en los últimos tiempos propuestas de políticas públicas y se han establecido organismos estatales orientados a efectivizar en la práctica el ejercicio de tales derechos. En este modelo algunas de las prácticas que el profesional sanitario tiene que desempeñar son: restricción del uso de la episiotomía, no utilizar enema de evacuación, monitorización de la frecuencia cardíaca fetal intermitente o en ventana versus a la monitorización de la frecuencia cardíaca fetal continua, fomento del contacto precoz piel con piel, inicio temprano de la lactancia materna, pinzamiento tardío del cordón, técnica de sutura, libertad de movimientos de la mujer en fase de parto, participación activa, etc. (30,37).

De lo anterior, se desprende la pertinencia de diagnosticar la situación en el desempeño y la infraestructura de los servicios de salud de primer nivel que atienden durante la maternidad a la mujer, sobre todo la mujer rural, la mujer indígena, la mujer pobre y/o la mujer no derecho habiente. Al mismo tiempo, poder contar con un “Índice de Calidad de la Atención Materna” (38).

3.1.2.3 Libre elección de la posición para el parto de la gestante

Brindarles libertad de posición y movimiento durante el trabajo de parto; la superficie del área del canal de parto puede aumentar hasta en el 30% cuando la mujer pasa de estar acostada a la posición en cuclillas. En la posición supina, el peso del útero grávido reduce el flujo sanguíneo placentario por la compresión de la arteria aorta descendente y de la vena cava inferior. Estudios recientes también comprobaron ventajas que una embarazada tiene cuando camina, o hace variaciones de la posición erecta, durante el trabajo de parto, en detrimento de aquellas que se mantienen en el lecho (30).

Como se ha visto, en la antigüedad durante el parto la mujer elegía la posición más cómoda permitiendo su movilidad y la posición vertical. Los servicios de atención, implantación del nuevo modelo de atención al parto. La actitud de los profesionales con respecto al parto ha cambiado mucho en los últimos años por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (27,40).

El diálogo intercultural pasa por cinco momentos:

- a) **Reconocimiento:** Es la acción de reconocer y aceptar a las personas con quienes interactuamos y de nosotros mismos, reconociendo la heterogeneidad.
- b) **Conocimiento:** Facultad de reconocer que somos diferentes y que podemos compartir recíprocamente conocimientos. Es conocer procedencia, necesidades, expectativas, saber quién es la otra persona, qué piensa y qué siente.
- c) **Colaboración:** Desarrollo de hechos y circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar vínculos de reciprocidad. Al establecer una cultura de reciprocidad espontánea se logra un trabajo con mayor horizontalidad.
- d) **Cooperación:** Acción de establecer formas sistemáticas de cooperación ante un problema común para compartir actividades. Su ejecución permite que las personas establezcan un trabajo conjunto cooperativo, buscando corresponsabilidad en las acciones.

- e) **Asociación:** Es el nivel óptimo de la construcción, que está encaminado a compartir responsabilidades y recursos en un marco de respeto y horizontalidad. Es reconocer que cada uno de los niveles es el cimiento que sirve de soporte al siguiente (27,40).

3.1.2.4 Parto con acompañante

El acompañamiento de la gestante significa en primera instancia el apoyo de personas que tienen una formación acerca del parto y que está familiarizada con una gran variedad de métodos de atención hacia las personas. Se le ofrece apoyo emocional a base de elogios, tranquilidad, medidas encaminadas a mejorar la comodidad de la mujer, contacto físico a través de masajes en la espalda de la mujer y tomando sus manos, explicaciones acerca de lo que está aconteciendo en el parto y una constante presencia amistosa y amable. Todo el apoyo ofrecido por estas personas reduce significativamente la ansiedad y el sentimiento de haber tenido un parto complicado 24 horas después de haber dado a luz. A su vez tiene efectos positivos en el número de madres que seguirán dando pecho a las 6 semanas del parto (41).

En el año 1998 se instauró el proyecto del Parto con Acompañante en el Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal, tanto para gestantes adolescentes como adultas. Este proyecto quedó incluido en el servicio de Psicoprofilaxis Obstétrica de dicha institución y en la actualidad aún se encuentra vigente, sin embargo, en nuestra localidad no existe evidencia de que el personal encargado de la atención del parto brinde las facilidades de que un acompañante designado por la parturienta ingrese con ella, pese a la evidencia científica sobre los beneficios (42).

3.1.2.5 Uso de la analgesia en el parto

El miedo al parto y al dolor del parto lo llevamos inculcado desde dentro en nuestra cultura. Ese ancestral mandato bíblico de “parirás con dolor”, puede clavarse en la mujer como una sentencia fatal y generar un auténtico terror a lo que se pueda sufrir en el momento del parto. Es importante conocer todos estos miedos y trabajarlos antes del parto para poder controlarlos. El diálogo con otras mujeres, una doula, la propia matrona

que nos atenderá en nuestro parto e incluso la pareja, puede ayudarnos a ahuyentar estos miedos (43).

Por lo tanto el uso de la analgesia durante el parto consiste en la forma de aliviar el dolor mediante técnicas farmacológicas y no farmacológicas para mejorar la percepción del dolor y la experiencia del parto. El profesional que atiende el parto debe aplicar las técnicas de psicoprofilaxis para el manejo del dolor del parto. Como el masaje y el tacto tranquilizador durante el parto, es un método de alivio del dolor con efectos relajantes, que estimula la producción de endorfinas y disminuye las hormonas del estrés, además de transmitir interés y comprensión (44).

Actualmente no existe suficiente personal para cubrir la demanda en salud, habría que mencionar también que es evidente la falta de profesionales Obstetras, por lo que la tarea de ofrecer una atención de calidad y sobre todo calidez, muchas veces recae en el interno de obstetricia, muchas veces sin éxito.

3.2 Análisis de Antecedentes Investigativos:

a) **Autores:** Suarez M, Armero D, Canteras M, Martinez M (45).

Título: Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado

Fuente: Revista Latino-Americana de Enfermería 2015.

Resumen: El estudio de corte cuantitativo, transversal, observacional descriptivo comparativo, en un bienio. Se ha seleccionada a la totalidad de mujeres que dieron a luz en el periodo de estudio, incluyéndose en el estudio un total de 9303 mujeres, con el objetivo de conocer, analizar y describir la situación actual de los Planes de Parto y Nacimiento en nuestro entorno, comparando el proceso de parto y la finalización del mismo entre las mujeres que han presentado un Plan de Parto y Nacimiento y las que no lo han hecho.

Resultados: El número de Planes de Parto y Nacimiento presentados en el primer año de estudio fue de 132, y en el segundo de 108. De las variables analizadas se encontró una diferencia significativa en “contacto piel con piel”, “elección de postura en dilatación y parto”, “uso de enema”, “ingestión de alimentos o líquidos”, “partos eutócicos”, “pinzamiento tardío del cordón” y “rasurado del periné”

Conclusiones: Los Planes de Parto y Nacimiento influyen positivamente en el proceso de parto y en la finalización del mismo. Son necesarias políticas sanitarias para aumentar el número de Planes de Parto y Nacimiento que se presentan en nuestros hospitales.

b) **Autora:** Parrales Morán, Erika Alessandra (11).

Título: Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo - 2016.

Fuente: Tesis de pregrado - Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2016.

Resumen: La presente investigación fue observacional, con diseño descriptivo correlacional, prospectivo y de corte transversal. Para ello se trabajó con una muestra conformada por 53 internos de obstetricia que tienen como sede principal al Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2016. Para el estudio se analizaron los datos en el programa SPSS v.22, utilizándose medidas de tendencia central y dispersión, así como frecuencias absolutas y porcentajes. Además, se realizó la prueba de Kolmogorov – Smirnov para evaluar la distribución de los datos usando como pruebas no paramétricas la prueba de Chi cuadrado.

Resultados: La edad promedio de los estudiantes fue de 23.3 años, siendo el estado civil soltero el más predominante (96.2%). El 26.4% de los internos de obstetricia del INMP han recibido capacitación sobre parto humanizado. Respecto al nivel de conocimiento el 64.2% tiene conocimiento “medio” y el 20.8% conocimiento “bajo”. Asimismo, el 50.9% tiene actitud favorable y el 49.1% actitud desfavorable. Después de aplicar la prueba de Kolmogorov – Smirnov, se observa que no hay distribución normal de los datos, por lo tanto, se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrada. Al analizar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado se observó que no existe relación entre ambas variables ($p=0.191$), evidenciándose porcentajes similares en los datos.

Conclusiones: No existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016.

c) **Autora:** Vela Coral, Gabriela del Pilar (5).

Título: Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015.

Fuente: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Resumen: La investigación fue observacional, descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 100 puérperas inmediatas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. En el análisis descriptivo de variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas, el objetivo fue determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015.

Resultados: La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor en la atención del parto. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del profesional (73%). En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). En la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general el 35% de las

pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo, el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular.

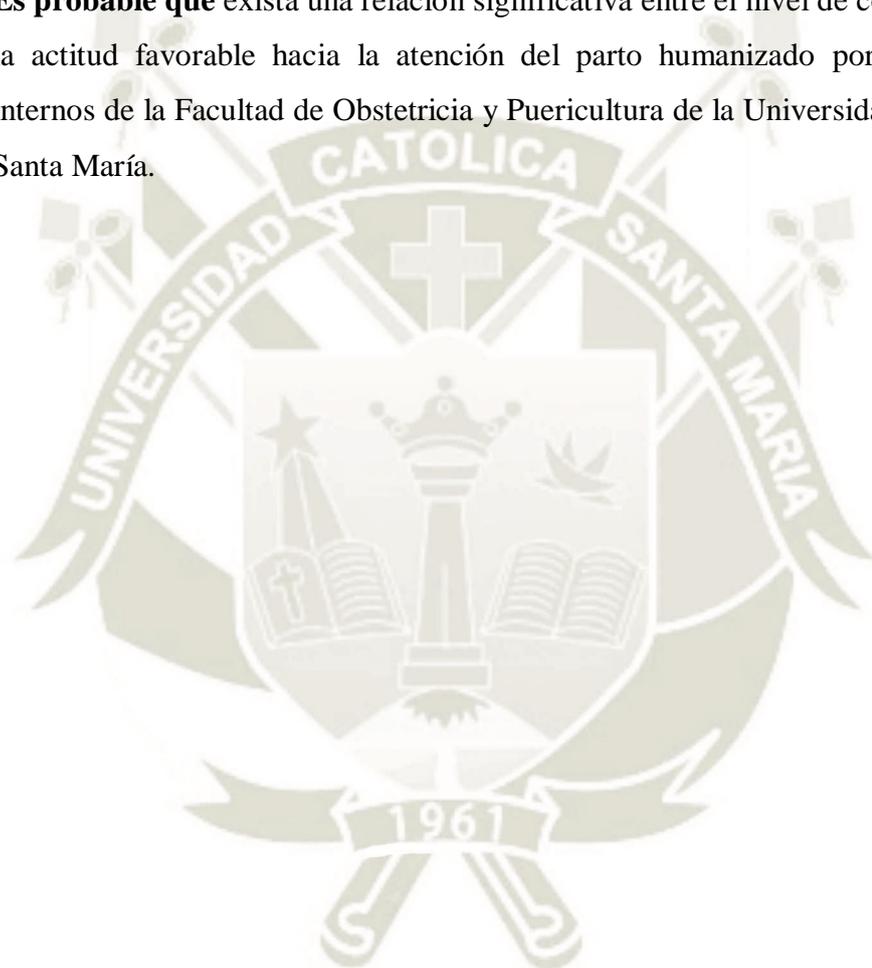
Conclusiones: Más de la mitad de las puérperas percibieron una atención de parto humanizado de nivel regular donde la comunicación, explicación de los procedimientos y respeto a la intimidad fueron percepciones adecuadas a diferencia de la libre elección de posición del parto.



4 HIPÓTESIS.

Dado que basado en las evidencias científicas, en el enfoque de pertinencia intercultural y en beneficio de la población de nuestro país se logró incluir la ley de parto humanizado en las Normas del Ministerio de Salud, para su aplicación en los distintos establecimientos prestadores de salud con el nivel de complejidad correspondiente.

Es probable que exista una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud favorable hacia la atención del parto humanizado por parte de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.





II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 **Técnica:** La técnica que se aplicó es la Encuesta.

1.2 **Instrumento:** El instrumento que se aplicó fue la Ficha de entrevista

Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
Independiente Nivel de conocimiento sobre parto humanizado	<ul style="list-style-type: none"> Definición de parto humanizado. Elección de la posición del parto. Acompañamiento durante el trabajo de parto. Manejo del dolor de parto. Derechos de la madre. 	Encuesta	Ficha de entrevista (Anexo 2)
Dependiente Actitud hacia el parto humanizado	<ul style="list-style-type: none"> Parto humanizado. Implementación en los establecimientos de salud. Libre elección de la posición para el parto de la gestante. Parto con acompañante. Uso de la analgesia en el parto. 		

Fuente: Adaptado de Parrales (2016)(**11**).

El instrumento que se utilizó fue tomado del trabajo de investigación de Erika Alessandra Parrales Morán, para su estudio: Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo – 2016 (**11**), los cuales fueron previamente verificados por expertos obteniendo concordancia entre los evaluadores ($p < 0.05$). Asimismo, se realizó una prueba piloto, en la que se obtuvo un coeficiente de KuderRichardson de 0.801 (excelente confiabilidad) en el cuestionario de

conocimientos y un coeficiente de Cronbach de 0.78 (alta confiabilidad) en el cuestionario de actitudes, siendo confiables para su utilización.

El instrumento consta de 3 partes

Primero: Se encargó de recabar los datos generales de los sujetos en estudio.

Segundo: La conforman 9 preguntas, las cuales están elaboradas en base a los indicadores del estudio.

Tercero: La conforman 10 preguntas con respuestas tipo escala de Likert.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1 Ubicación espacial

2.1.1 Precisión del Lugar:

La investigación se ubicó geográficamente en la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María

- **País:** Perú.
- **Región:** Arequipa.
- **Provincia Distrito:** Cercado.
- **Ámbito específico:** Urb. San José s/n.

2.1.2 Delimitación Gráfica del Lugar: (Anexo 4)

2.2 Ubicación Temporal

2.2.1 **Cronología:** Noviembre - 2019.

2.2.2 **Visión Temporal:** Prospectivo.

2.2.3 **Corte Temporal:** Trasversal.

2.3 **Unidades de estudio:** Internos de Obstetricia.

2.3.1 Universo:

2.3.1.1 Cualitativo

Criterios de Inclusión:

- Internos de Obstetricia periodo 2019 de los establecimientos de salud dónde vienen desarrollando sus actividades pre profesionales (Centros de Salud y Hospitales), pertenecientes a la facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.

- Participación voluntaria en el estudio.

Criterios de Exclusión:

- Internos de Obstetricia que no acepten a participar voluntariamente en el estudio.

2.3.1.2 Cuantitativo

Población

Las unidades de estudio para esta investigación fue de 35 Internos de Obstetricia de la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio 2019.

Establecimiento de salud	Nro. De internos/as de obstetría
C. S Maritza Campos Días - Zamacola	5
C. S Ampliación Paucarpata	5
C. S Edificadores Misti	4
Hospital Honorio Delgado Espinoza	10
Hospital Goyeneche	6
Puericultorio Chávez de la Rosa	5

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1 Organización:

- Primero: Obteniendo el visto bueno de los dictaminadores para la aplicación del presente proyecto de investigación, se solicitó la autorización respectiva a la Mgter. Ricardina Flores Flores, actual decana de la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.
- Se procedió a aplicar el instrumento, previa firma del consentimiento informado (Anexo 1).
- La información brindada por parte de los internos de obstetricia se vació en una matriz de sistematización en el programa Excel 2016, luego se

presentó en cuadros y gráficos para su mayor comprensión, previamente procesados por un paquete estadístico y se realizó la discusión con cada antecedente.

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos:

Bachiller: Gamero Rivera, Deyanira Kimiyo

Asesor: Mg. Herrera Cárdenas, Marcos Everth

3.2.2 Físicos:

- Materiales de escritorio.
- Papelería
- Computadora.
- Impresora.

3.3 Económicos: Autofinanciado.

3.4 Consideraciones éticas:

- Se le explico al interno de Obstetricia la naturaleza de la investigación.
- Se realizó el cuestionario por consentimiento voluntario del sujeto de estudio.
- Se respetó y mantuvo en el anonimato la identidad del interno de Obstetricia.
- Se respetó las respuestas del interno de Obstetricia.

4. ESTRATEGIA PARA MANEJAR LOS RESULTADOS

4.1 Plan de Procesamiento.

4.1.1 Tipo de procesamiento:

Se realizó la tabulación de los datos mediante un conteo de respuestas en cuadros estadísticos con la ayuda del software estadístico SPSS 22.0.

4.1.2 Plan de Operaciones:

La presente investigación se ejecutó con matrices de clasificación utilizando codificación; el recuento será manual y electrónico. La

tabulación se realizó una vez obtenida la totalidad de los datos. Mediante tablas. Las gráficas se eligieron según las tablas. La relación entre variables y la comparación entre las muestras en estudio se evaluaron mediante la prueba de chi cuadrado (χ^2) y se determinará la relación estadística de las variables, la diferencia entre el nivel de conocimientos y la actitud mostrada los cuales estarán en un cuadro de contingencia (el cruce de dos variables) obtenido con datos de una muestra.

Esta prueba se definió con la fórmula que exige el uso de frecuencias absolutas.

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

4.2 Plan de análisis de datos

4.2.1 Tipo de análisis:

El análisis de los resultados se contrastó con información recabada en el marco teórico, con el cual se concretó las discusiones indicador por indicador para llegar a las conclusiones del presente estudio.



CAPÍTULO III
RESULTADOS

TABLA N° 1

Edad de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

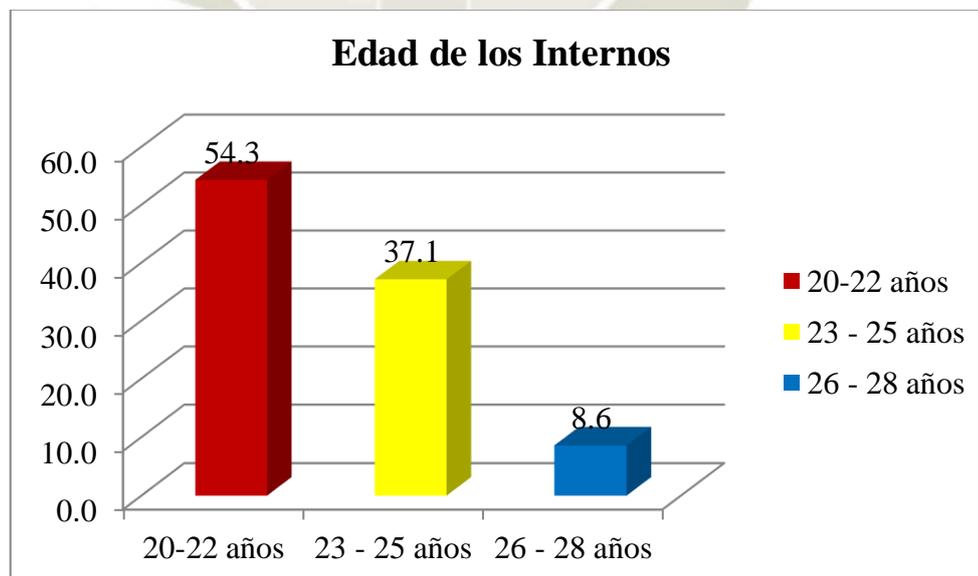
Edad de los Internos	Frecuencia	Porcentaje
20-22 años	19	54.3
23 - 25 años	13	37.1
26 - 28 años	3	8.6
Total	35	100.0

Fuente: Matriz de datos.

En la Tabla N° 1 se observa que el 54.3% de los internos de obstetricia se encuentra entre los rangos de 20 a 22 años de edad y el 37.1% entre los 23 y 25 años de edad.

GRÁFICO N° 1

Edad los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.



Fuente: Matriz de datos.

TABLA N° 2

Estado Civil de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

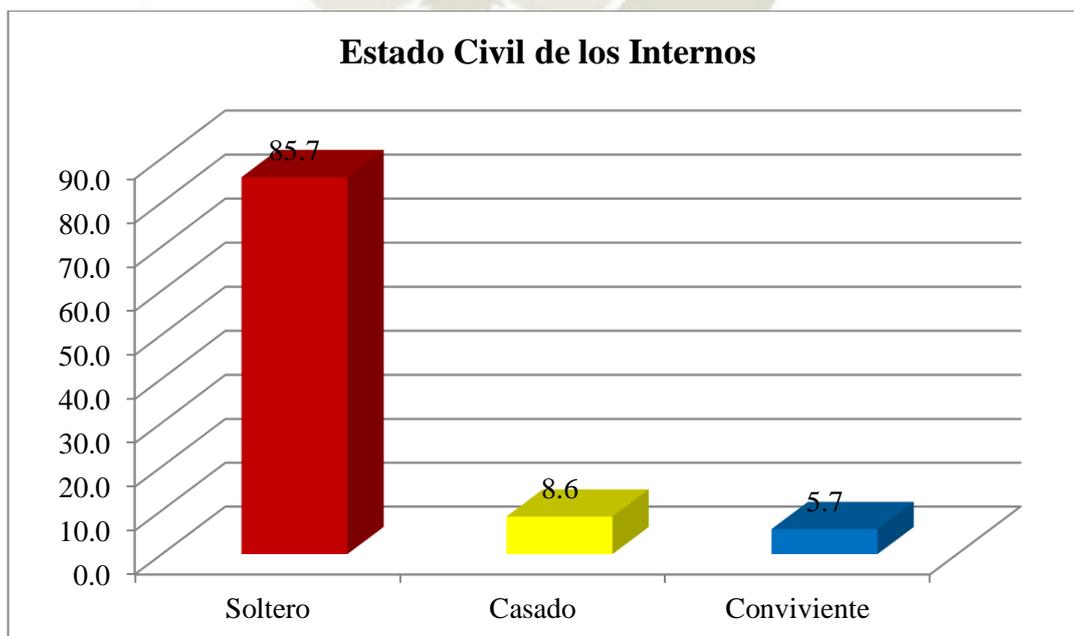
Estado Civil de los Internos	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	30	85.7
Casado	3	8.6
Conviviente	2	5.7
Total	35	100.0

Fuente: Matriz de datos.

En la Tabla N° 2 se evidencia que el 85.7% de los interno son solteros, 8.6% casados y un 5.7% convivientes.

GRÁFICO N° 2

Estado Civil de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.



Fuente: Matriz de datos.

TABLA N° 3

Sexo de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

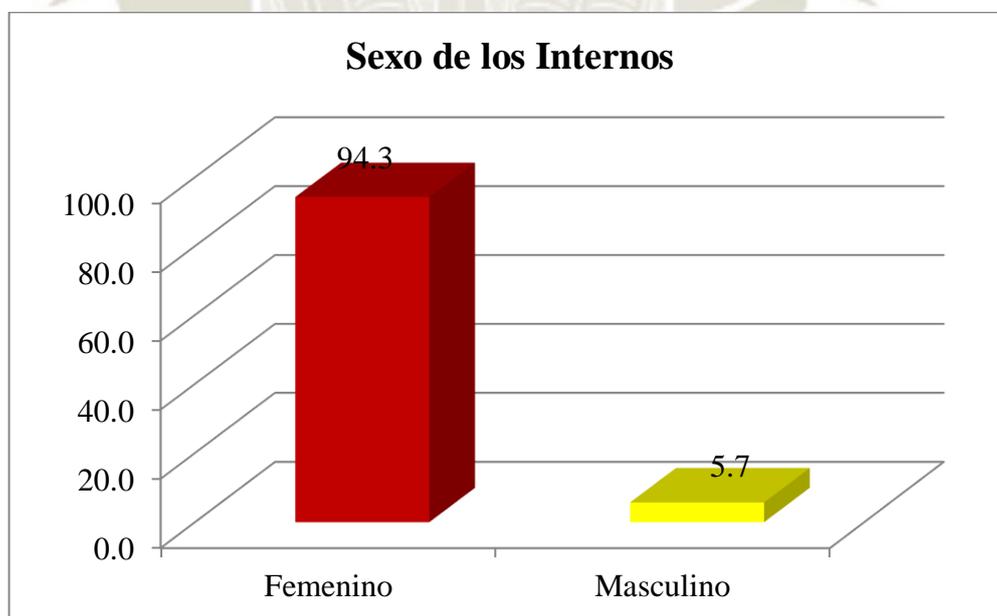
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	33	94.3
Masculino	2	5.7
Total	35	100.0

Fuente: Matriz de datos.

En la Tabla N° 3 evidencia que el 94.3% de los internos son mujeres y un 5.7% de sexo masculino.

GRÁFICO N° 3

Sexo de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.



Fuente: Matriz de datos.

TABLA N° 4

Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

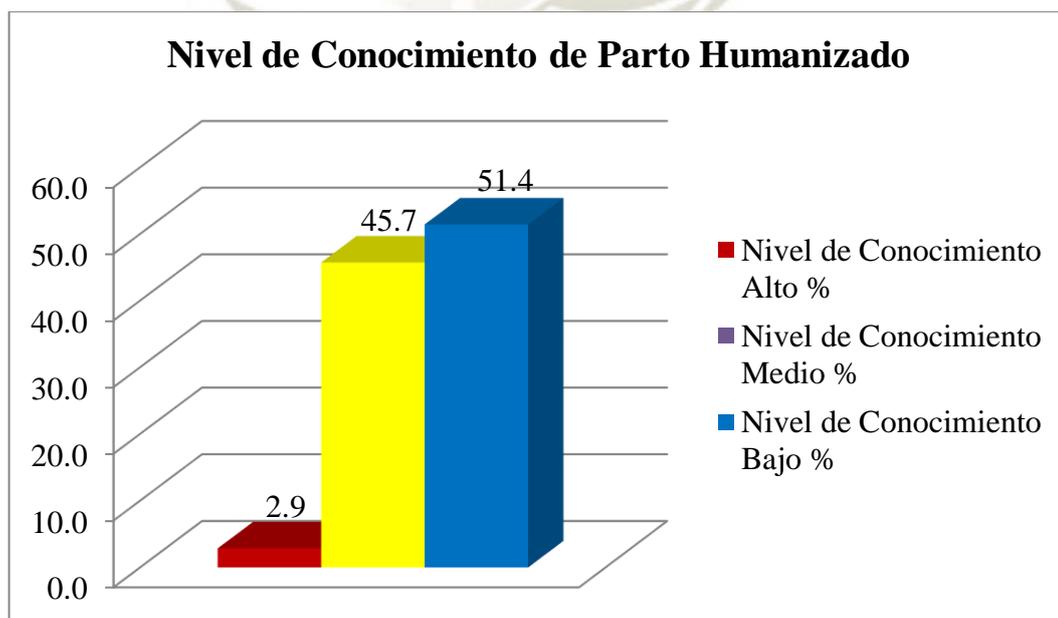
Nivel de Conocimiento						TOTAL	
Alto		Medio		Bajo			
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	2.9	16	45.7	18	51.4	35	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la Tabla N° 4 observamos que el nivel de conocimiento sobre parto humanizado por parte de los internos de obstetricia es “Bajo” en el 51.4% y “Alto” solo en el 2.9%.

GRÁFICO N° 4

Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.



Fuente: Matriz de datos.

TABLA N° 5

Respuesta por ítems sobre el parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

ITEM	Respuesta de los internos						
	Correcto		Incorrecto		Total		
	N°	%	N°	%	N°	%	
1.	El parto humanizado es, según el Ministerio de Salud.	6	17.1	29	82.9	35	100.0
2.	Las alternativas de solución más importantes referentes al parto humanizado.	5	14.3	30	85.7	36	100.0
3.	La madre puede elegir tener su parto en	34	97.1	1	2.9	36	100.0
4.	Son contraindicaciones para la libre elección de la posición para el parto	14	40.0	21	60.0	36	100.0
5.	Para que la madre pueda tener un acompañante durante su proceso de parto, es obligatorio	24	68.6	11	31.4	36	100.0
6.	Sobre el acompañante	29	82.9	6	17.1	36	100.0
7.	Con respecto a la analgesia en el parto	19	54.3	16	45.7	36	100.0
8.	Es contraindicación para la analgesia en el parto	8	22.9	27	77.1	36	100.0
9.	La ley que defiende el parto humanizado	14	40.0	21	60.0	36	100.0

Fuente: Adaptado de Parrales(2016)(11).

En la Tabla N° 5 se observa que el 97.1% contestó adecuadamente en cuanto a la libre elección de la posición al momento del parto, en cuanto a la elección de la madre con respecto a su acompañante el 82.9% de los internos de obstetricia también respondieron de manera adecuada.

TABLA N° 6

**Actitud de los internos con respecto al parto humanizado de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.
Arequipa, Noviembre – 2019.**

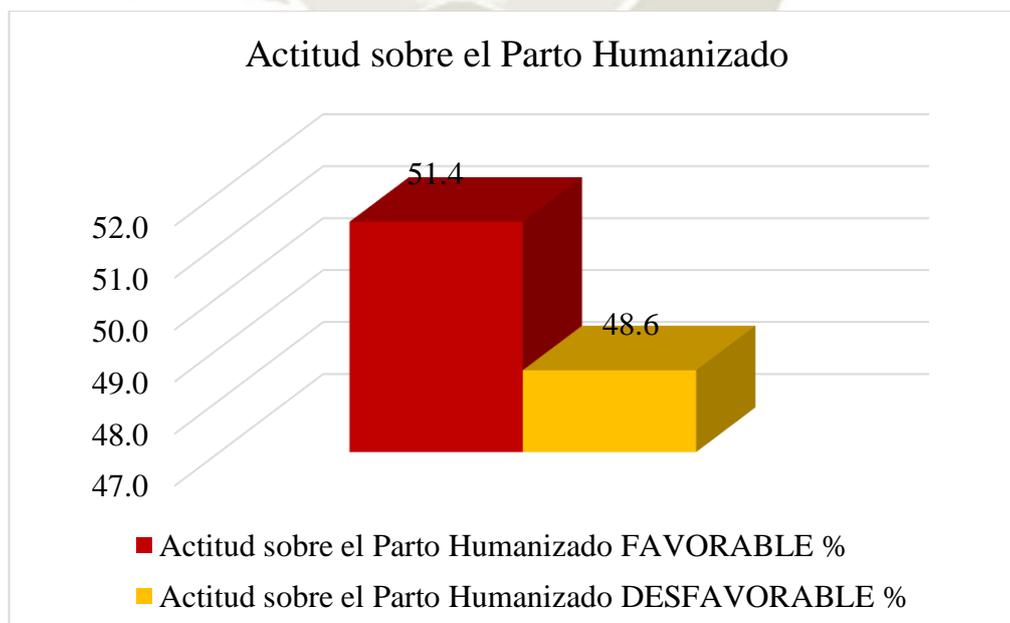
Actitud sobre el Parto Humanizado				TOTAL	
FAVORABLE		DESFAVORABLE			
N°	%	N°	%	N°	%
18	51.4	17	48.6	35	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la Tabla N° 9 se observa que la actitud de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado en un 51.4% tiene una actitud “FAVORABLE” y un 48.6% “DESFAVORABLE”.

GRÁFICO N° 6

**Actitud de los internos con respecto al parto humanizado de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.
Arequipa, Noviembre – 2019.**



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 7

Respuesta por ítems de los internos con respecto al parto humanizado de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

ITEM	ACTITUDES							
	En Desacuerdo		Ni en acuerdo ni en desacuerdo		De Acuerdo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
1	¿Se ha informado sobre el parto humanizado?							
	1	2.9	7	20.0	27	77.1	35	100.0
2	¿Está de acuerdo que se haya implementado la humanización del parto en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?							
	2	5.7	5	14.3	28	80.0	35	100.0
3	¿Está de acuerdo que la gestante elija la posición en el parto?							
	1	2.9	2	5.7	32	91.4	35	100.0
4	¿Está de acuerdo que se haya implementado el parto con acompañante en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?							
	3	8.6	3	8.6	29	82.9	35	100.0
5	¿Está de acuerdo que se haya implementado la analgesia del parto en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?							
	6	17.1	13	37.1	16	45.7	35	100.0
6	¿Está interesado en capacitarse o adiestrarse en atención de parto humanizado?							
	0	0.0	0	0.0	35	100.0	35	100.0
7	¿Considera Ud. que todos los establecimientos de salud del país deben implementar a la brevedad posible la humanización del parto?							
	0	0.0	3	8.6	32	91.4	35	100.0
8	¿Cree usted que esta implementación traerá beneficios para las gestantes?							
	0	0.0	2	5.7	33	94.3	35	100.0
9	¿Cree usted que esta implementación traerá beneficios para el personal de salud que participa en la atención de la gestante?							
	0	0.0	7	20.0	28	80.0	35	100.0

Fuente: Adaptado de Parrales (2016)(11).

En la Tabla N° 7 se observa que el 100% de los internos de obstetricia presentan interés en capacitarse o adiestrarse en atención de parto humanizado, el 94.3% se manifiesta de acuerdo con que la implementación del parto humanizado traerá beneficios para las gestantes, a su vez el 91,4% también está de acuerdo con que todos los establecimientos de salud del país deben implementar a la brevedad posible la humanización del parto.



TABLA N° 8

Relación entre el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019.

Actitud	Nivel de Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	11	31.4	6.0	17.1	1	2.9	18	51.4
Desfavorable	7	20.0	10.0	28.6	0	0.0	16	48.6
Total	18	51.4	16.0	45.7	1	2.9	35	100.0

$X^2=2.00$

$P<0.05$

Fuente: Matriz de datos

En la Tabla N° 8 se observa según la prueba de chi cuadrado ($X^2=2.00$) que el nivel de conocimiento y la actitud presentaron relación estadística significativa inversa ($P<0.05$).

Así mismo se observa que el 31.4% de la población en estudio presentan un nivel de conocimiento bajo y una actitud favorable, por lo que la relación estadística es inversa.

DISCUSIÓN

La población en estudio cuenta con edades entre los 20 a 22 años en 54.3%, 85.7% son solteros, 94.3% son de sexo femenino, la mayor cantidad de internos se encontraban en la rotación de Obstetricia que se lleva a cabo en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con un 28.6% del total, seguido por Pediatría en el Hospital Goyeneche con un 17.1%.

Se consideran como dificultad para el accionamiento del parto humanizado; la falta de orientación y preparación del acompañante, insuficiencia y malas condiciones estructurales de los establecimientos de salud de nuestro país, la relación poco simétrica y armónica entre profesionales de la salud y mujeres parturientas, esto muchas veces debido a la falta de conocimiento y tolerancia por parte del personal de salud, es así que dentro del presente estudio se pudo evidenciar que el nivel de conocimiento sobre parto humanizado por parte de los internos de obstetricia es “Bajo” en el 51.4%, esto a pesar de que el 77.1% indico haber recibido capacitación al respecto y que 17.1% lo recibió más de una vez, estos hallazgos no concuerdan con el estudio de Parrales (7), indicando que el 64.2% tiene conocimiento “Medio” y el 20.8% conocimiento “Bajo” sobre parto humanizado, los principales limitantes en cuanto al nivel de conocimiento sobre parto humanizado de los internos de obstetricia de la Universidad Católica de Santa María se mostraron en dos ítems los cuales indagaban sobre la definición del parto humanizado según el Ministerio de Salud donde solo el 17.1% de la población en estudio respondió de manera “Correcta”, y el 14.3% también respondió de manera correcta con respecto a las soluciones más importantes referentes al parto humanizado los cuales son: Parto con acompañante, analgesia en el parto y el buen trato profesional.

La atención del parto se debe realizar bajo el concepto general de que el nacimiento es un proceso fisiológico en el que sólo se debe intervenir para corregir desviaciones de la normalidad, y que los profesionales sanitarios que participan atendiendo el parto deben favorecer un clima de confianza, seguridad e intimidad, respetando la privacidad, dignidad y confidencialidad de las mujeres (4), la Actitud de los internos de Obstetricia sobre el parto Humanizado es

favorable en el 51.4%, donde el 91.4% “Está de acuerdo que la gestante elija la posición en el parto”, el 100% se encuentra de acuerdo o está interesado en capacitarse y adiestrarse en atención de parto humanizado, al obtener estos resultados podemos ver que los internos están sensibilizados, sin embargo la falta de capacitación los limita. Según Vela (4) en la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), esto debido a que en el estudio “Uso e influencia de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado” los profesionales encargados de la atención del parto estuvieron altamente sensibilizados hacia la promoción de este, por lo tanto, si actualmente los internos de obstetricia de la Universidad Católica de Santa María muestran una actitud favorable en su mayoría, es más fácil incentivar el conocimiento en ellos.

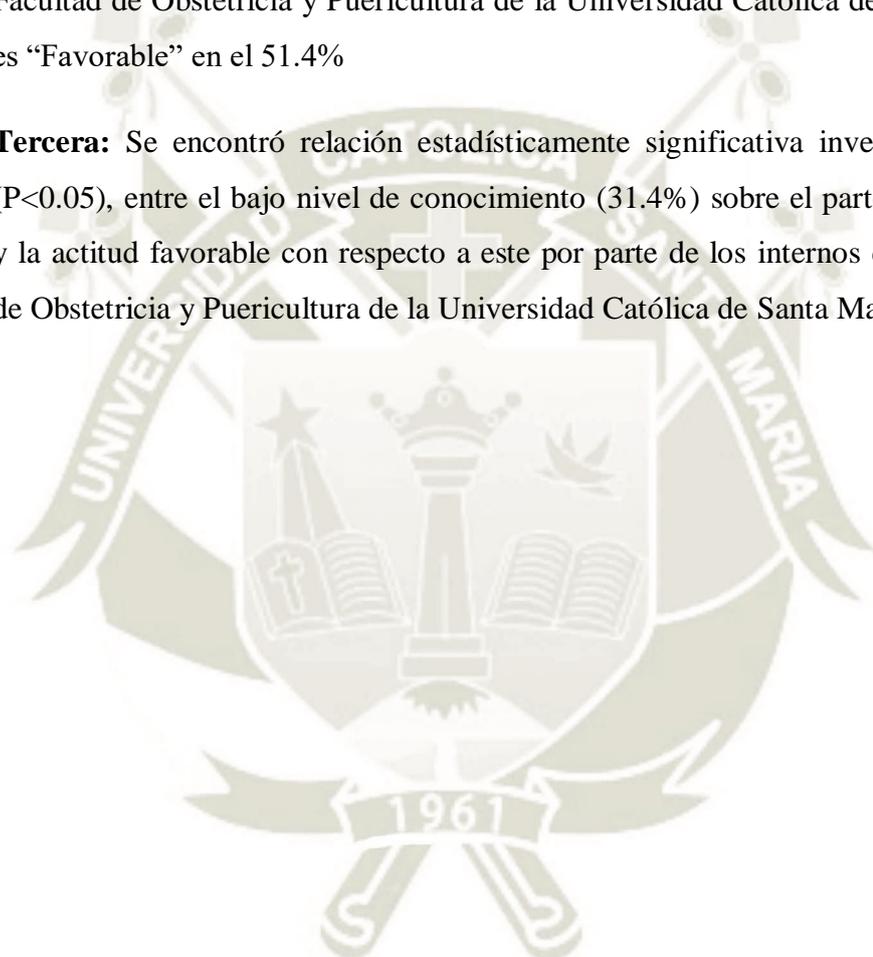
Según el Chi cuadrado, se encontró una relación estadísticamente significativa inversa ($X^2=2.00$) ($P<0.05$), entre el bajo nivel de conocimiento (31.4%) sobre el parto humanizado y la actitud favorable con respecto a este por parte de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, este resultado no encuentra similitud por lo encontrado por PARRALES (7), porque al analizar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado, se encontró que no existía relación entre las dos variables ($p=0.191$), lo que mostró porcentajes similares en los datos.

CONCLUSIONES

Primera: El nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, es “Bajo” en el 51.4% de la población estudiada.

Segunda: La actitud con respecto al parto humanizado de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María, es “Favorable” en el 51.4%

Tercera: Se encontró relación estadísticamente significativa inversa ($X^2=2.00$) ($P<0.05$), entre el bajo nivel de conocimiento (31.4%) sobre el parto humanizado y la actitud favorable con respecto a este por parte de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María.



RECOMENDACIONES

Primera: A los alumnos de último año de la Facultad de Obstetricia y Puericultura que vienen realizando su internado en los diferentes establecimientos de salud de Arequipa, se sugiere con base a lo hallado en la presente investigación, en cuanto al nivel de conocimiento de parto humanizado se recomienda reforzar los conocimientos sobre la ley que defiende y promueve el parto humanizado en nuestro país.

Segunda: A las obstetras de los diferentes establecimientos de salud de Arequipa, con respecto a las actitudes favorables que se reflejó en este estudio, en base a las normas técnicas de parto vertical, se recomienda implementar elementos que permitan fomentar la atención de parto respetando la libre elección de la posición para el parto.

Tercera: A los alumnos de último año de la Facultad de Obstetricia y Puericultura se les sugiere que se sigan haciendo otros estudios profundizando en el tema. Dado que la existencia de una relación inversa entre el bajo nivel del conocimiento parto humanizado con las actitudes favorables hacia este.

Cuarta: A los alumnos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura que están a punto de empezar el internado en los diferentes establecimientos de salud de nuestra localidad, se les recomienda que considerando los resultados de esta investigación busquen tomar una iniciativa con los conocimientos reforzados que tendrán sobre la ley que promueve y defiende el derecho de la madre a un parto humanizado para cambiar la idea que tiene una gestante sobre un parto medicalizado en donde ella no tiene decisión ni información sobre sus derechos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

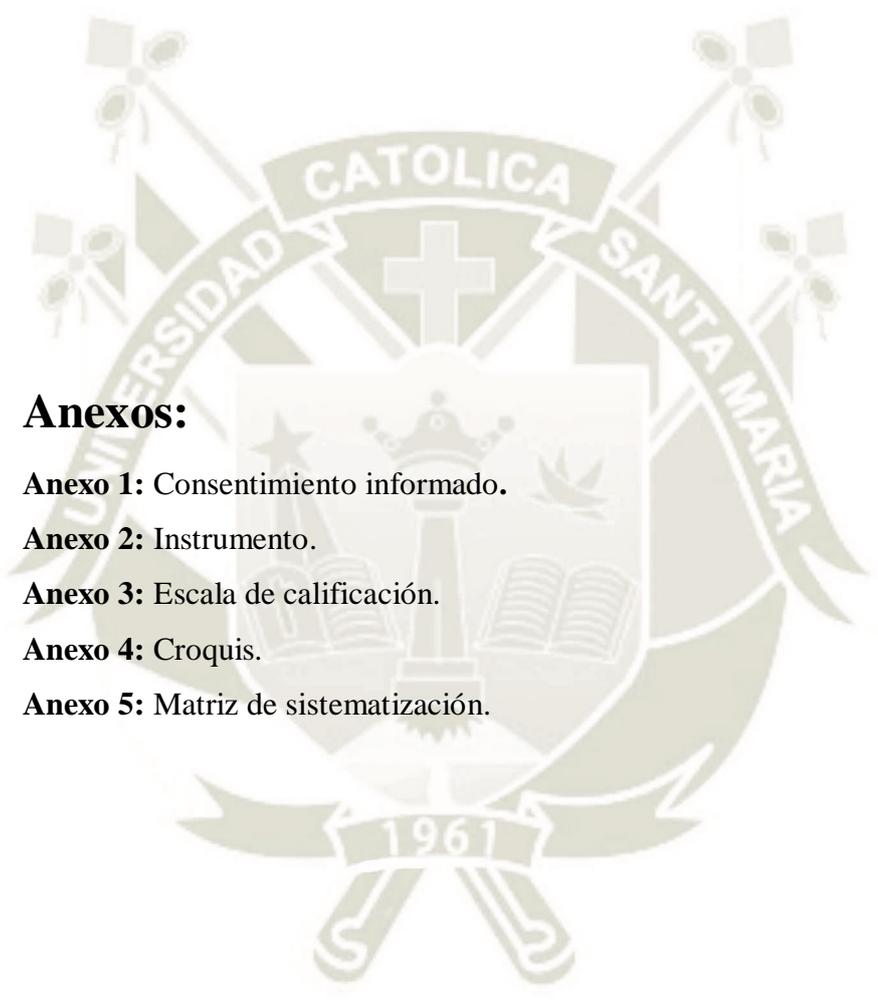
1. CONGRESO DE LA REPUBLICA DEL PERÚ. Ley de Promoción y Protección del Derecho al Parto Humanizado y de la Salud de la Mujer Gestante. Dictamen de la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República. Perú: Lima; 2015.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Declaración de Fortaleza, “Tecnología apropiada para el parto”, en TheLancet, traducción ACPAM. 1985; 2:436-437
3. FUNDACIÓN JUAN VIVES SURIA. parto y nacimiento humanizado como derecho humano: Un desafío para la transformación social. Defensoría del pueblo. Caracas; 2012
4. MACÍAS M, TACOAMÁN I, GILER L , QUIMIS W, CHOEZ M, ÁLVAREZ M. Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento.2018; 2 (3):730-745
5. VELA G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. [tesis]. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2015
6. ZEGARRA CARO, R. D. R. Percepciones y expectativas en púérperas sobre parto humanizado en el servicio de Obstetricia del Hospital Referencial-Ferreñafe, Lambayeque-Perú 2018[tesis]. [Chiclayo]: Universidad Cesar Vallejo;2019
7. VARGAS, A., LÉVANO, J. Y LAZO M. Parto vaginal después de una cesárea: aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital.RevistaPeruanade Ginecología y Obstetricia. 2013;59 (4), 261-266.
8. INTRIAGO, M. G. M., ALVARADO, J. I. H., GÓMEZ, F. E. P., SOLEDISPA, G. L. G., MOLINA, M. D. C. Q., & VERA, B. N. T. Importancia y beneficios del parto humanizado. Dominio de las Ciencias. 2018; 4(3), 392-415.

9. LEDERMAN RP, LEDERMAN E, WORKBAJR, MCCANN DS. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. Am J Obstet Gynecol. 1979; 132: 495-500.
10. CIBIL LA, POSE SV, ZUSPAN FP. Effect of norepineph infusion on uterine contractility and cardiovascular system. Am J Obstet Gynecol.1982; 84:307-316.
11. PARRALES E. Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo - 2016. [Tesis].[Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2016
12. FREYERMUTH, G, SESIA, P. La muerte materna - Acciones y estrategias hacia una maternidad segura. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2009.
13. VALDEZ CASTILLO, EVELYN GERALDINE. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por virus del papiloma humano en usuarias del centro de salud “Chancas de Andahuaylas” de Santa Anita, primer semestre del 2015. [internet]. Lima [fecha de acceso 13 de setiembre 2017]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4338/1/Valdez_ce.pdf
14. CALDEYRO R. Bases fisiológicas y psicológicas para el manejo humanizado. Tokio: Publicación Científica No. 858 del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano; 1979
15. MARCOTE V. Nosotras parimos: Guía para un parto respetado
16. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La cesárea solo debería realizarse cuando es médicamente necesaria. OMS [Internet] [fecha de consulta 01 de agosto del 2019] Disponible en: https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2943:la-cesarea-solo-deberia-realizarse-cuando-es-medicamente-necesaria&Itemid=900
17. ARNAU J, MARTÍNE M, VIGUERAS D, BAS E, MORALES R, ÁLVAREZ L, Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia.. AIBR. Revista de

- Antropología Iberoamericana [Internet]. 2012;7(2):225-247. [Fecha de consulta 20 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62323322005>
18. MUNARES GARCÍA, O. Características biosociales, reproductivas y obstétricas asociadas al resultado adecuado del parto en Ica, Perú, 2013. Revista Médicas UIS. 2015; 28 (3):291.
 19. RECALAHUPAN- URUGUAY. Parto Humanizado. [Fecha de consulta 11 de agosto de 2019]. Disponible en: <http://fliphtml5.com/nwzd/wlgg/basic/>
 20. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica para la atención del Parto Vertical con adecuación intercultural. Lima: Dirección General de Salud de las Personas Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva; 2005.
 21. Vargas, J., & Maryori, L. Atención del parto humanizado en instituciones de salud de algunos países de Latinoamérica. [Tesis] [Bogotá]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A; 2018
 22. INSTITUTO NACIONAL MATERNO PERINATAL. Proyecto de mejora: Implementación de la atención del parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Dirección Ejecutiva de Docencia, Investigación y Atención en Obstetricia y Ginecología. Lima; 2015.
 23. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Cuidados en el parto normal: Una guía práctica. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996.
 24. DE ALDANA, M. S. C. Manejo del dolor durante el trabajo de parto en gestantes de un centro de salud. Revista Cuidarte. 2010;1(1), 35-43.
 25. HUVIDIA M A, MOLINEDO T A. Estudio comparativo entre el nivel de conocimiento relacionado a la actitud del profesional Obstetra en la atención del parto vertical del C.S Edificadores Misti y C. S Maritza Campos Díaz. Arequipa, noviembre -2017. [Tesis] 2017[Arequipa]. Universidad Católica de Santa María.
 26. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Lima; 2016

27. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud. Lima: Publimagen ABC sac; 2010
28. ARTEMISA NOTICIAS «mujeres hoy» publicado en el 2005 [internet]. 2009 [fecha de acceso 3 de agosto del de 2019]. Url disponible en: <http://www.convencion.org.uy/menu4-757.htm>
29. OROS MONTOYA. C. Relación entre nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra en la atención del parto en posición vertical del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Diciembre - 2016. [Tesis pre grado]. Lima: Universidad Católica de Santa María; 2017.
30. MARTÍNEZ J, Implantación del nuevo modelo de atención al parto. Actitud del profesional. Revista de Enfermagem.2011; III (5):65-71
31. MAURA, M., FERNÁNDEZ E-SILVA, G., SANTOS, C., & DE ARAUJO-SILVA, V. La calidad de asistencia de enfermería en el periodo prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. Aquichan,2014; 14(2): 199.
32. LÓPEZ AM, MARTÍN MA, RODRÍGUEZ RM, ROSA R, SÁNCHEZ MI. Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. Matronas Profesión, 2002; 10: 32-39
33. Luque Fernández, M. A., & Oliver Reche, M. I. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: el caso de las mujeres inmigradas. Index de enfermería, 2005;14(48-49), 9-13.
34. NUREÑA, C. R. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Revista panamericana de salud publica. 2009; 26, 368-376.
35. LA REPUBLICA. [internet]. Gestantes podrán optar por parto vertical en Arequipa; 2017. [Fecha de acceso 25 de agosto del 2019] disponible en: <http://larepublica.pe/impres/sociedad/876490-gestantes-podran-optar-por-parto-vertical>.
36. Almaguer González, J. A., García Ramírez, H. J., & Vargas Vite, V. Nacimiento humanizado. Aportes de la atención intercultural a las mujeres en el embarazo, parto y puerperio. Género y Salud en cifras.2012; 44-59.

37. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal. Vitoria: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusla;2010
38. Sachse, M., Sesia, P., Pintado, A., & Lastra, Z. Calidad de la atención obstétrica, desde la perspectiva de derechos, equidad e interculturalidad en centros de salud en Oaxaca. Revista Conamed. 2012;17(s1), 4-15.
39. ANDRADE SAMPAIO ÁLIDA, VASCONCELOS SILVA ÂNGELA REGINA DE, REJANE FERREIRA MOURA ESCOLÁSTICA. Atención humanizada del parto de adolescentes: ¿norma, deseo o realidad? Rev. chil. obstet. ginecol. 2008;73(3): 185-191.
40. PROYECTO AMARES. Informe de Consultoría; 2006.
41. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe presentado por el Grupo Técnico de Trabajo. GINEBRA Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1999.
42. N. LAM, B. AYALA, M. CASTAÑEDA. Parto con Acompañante capacitado. Instituto Nacional Materno Perinatal; Lima -Perú; 2006.
43. CARRASCOSA, L. El miedo al dolor en el parto y como afecta a su desarrollo. Importancia del parto natural. Madrid. 7ª edición; 2009
44. Huntley, A. L., Coon,J. T., y Ernst,E,. Complementary and alternative medicine for labor pain: a systematic review. Obstetric Gynecology. 2004;191(1), 36-44. [Fecha de acceso 30 de diciembre del 2019] disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15295342>
45. Suárez-Cortés María, Armero-Barranco David, Canteras-Jordana Manuel, Martínez-Roche María Emilia. Uso e influencia de los Planes de Parto y Nacimiento en el proceso de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23 (3): 520-526.



Anexos:

Anexo 1: Consentimiento informado.

Anexo 2: Instrumento.

Anexo 3: Escala de calificación.

Anexo 4: Croquis.

Anexo 5: Matriz de sistematización.

Anexo 1: Consentimiento Informado.

Yo.....de..... años de edad,
DNI....., indico mediante la presente que se me informo de las particularidades del presente estudio de investigación, que lleva como título: Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de obstetricia. Entiendo que al acceder participar del estudio tomo el compromiso de contestar con sinceridad las preguntas planteadas en el cuestionario.

Soy consciente de que no obtendré ningún beneficio económico, así como el participar del estudio no implicará riesgo hacia mi persona.

Entiendo que de tener dudas puedo realizar las preguntar convenientes para mi mejor entendimiento las cuales deben ser respondidas inmediatamente por la investigadora y también entiendo que puedo abandonar en cualquier momento el estudio sin que eso me afecte de ninguna manera.

Tomando ello en consideración, otorgo mi consentimiento a la Bach. _____ para participar en su investigación y la información que obtenga sea utilizada para el logro de sus objetivos.

Nombre del investigador: _____

Correo electrónico: _____

Celular: _____

Nombre investigador

.....
Firma Investigador

Fecha hora

.....
Firma Participante

Anexo 2. Instrumento - Parrales (2016) (11)

Ficha de entrevista de los conocimientos y actitud sobre parto humanizado

I. DATOS DE LOS INTERNOS DE OBSTETRICIA:

1. Edad del interno: _____
2. Estado civil: _____
3. Rotación actual: _____
4. Recibió capacitación sobre el parto humanizado:
 - a. Si ()
 - b. No ()

II. PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO: Por favor marque con un aspa (X) la respuesta que Ud. crea conveniente.

1. El parto humanizado es, según el Ministerio de Salud:
 - a) Proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, encauzado hacia el entendimiento de la vida.
 - b) Dar a luz en la posición y con el acompañante que la madre decida
 - c) Conjunto de actividades y procedimientos, dirigidos lograr madres y recién nacidos en buenas condiciones, siendo este un proceso natural.
 - d) Todas las anteriores
2. Las alternativas de solución más importantes referentes al parto humanizado son:
 - a) Elección de la posición vertical para el parto, la analgesia del parto y el buen trato de los profesionales.
 - b) Parto con acompañante, buen trato de los profesionales obstetras y parto vertical.
 - c) Parto vertical, parto con acompañante y analgesia en el parto.
 - d) Parto con acompañante, analgesia en el parto y el buen trato profesional.
3. La madre puede elegir tener su parto en:
 - a) Posición vertical
 - b) Cuclillas
 - c) Posición horizontal
 - d) Todas las anteriores
4. Son contraindicaciones para la libre elección de la posición para el parto (marque la incorrecta):
 - a) Preeclampsia y eclampsia

- b) Falta del consentimiento informado
 - c) Vasa previa
 - d) Analgesia en el parto
5. Para que la madre pueda tener un acompañante durante su proceso de parto, es obligatorio:
- a) La madre puede elegir a cualquier acompañante cuente o no con preparación previa.
 - b) El acompañante debe ser el papa del bebé.
 - c) El acompañante debe contar con 4 a 6 sesiones de psicoprofilaxis obstétrica.
 - d) Todas las anteriores
6. El acompañante:
- a) Debe haber participado de todas las sesiones del curso de psicoprofilaxis obstétrica.
 - b) Tiene como función el de brindar apoyo en todo sentido a la gestante.
 - c) Debe hacer caso a las indicaciones del personal que atenderá el parto
 - d) Solo B y C son correctas.
7. Con respecto a la analgesia en el parto:
- a) Solo se puede aplicar en la fase activa del trabajo de parto
 - b) Los medicamentos utilizados son: bupivacaína 0.25% + epinefrina
 - c) Deben firmar un consentimiento informado la gestante y su acompañante.
 - d) a y b son correctas.
8. Es contraindicación para la analgesia en el parto:
- a) Hipotensión materna
 - b) Bacteremia no tratada
 - c) Coagulopatía materna
 - d) Todas las anteriores
9. La ley que defiende el parto humanizado es:
- a) Ley contra la violencia en el parto.
 - b) Ley de promoción y protección del derecho al parto humanizado y de la salud de la mujer gestante.
 - c) Ley de protección del derecho al parto humanizado y de la salud de la mujer gestante y el recién nacido.
 - d) Ninguna de las anteriores.

III. CUESTIONARIO DE ACTITUDES (ESCALA DE LICKERT) -
Parrales (2016) (11): A continuación, encontrará una serie de preguntas con tres opciones de respuesta, con la cuales pueden estar en desacuerdo o no. Coloque un aspa (X) debajo de la columna que considere adecuada.

Nº	PROPOSICIONES	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo
1.	¿Se ha informado sobre el parto humanizado?			
2.	¿Está de acuerdo que se haya implementado la humanización del parto en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?			
3.	¿Está de acuerdo que la gestante elija la posición en el parto?			
4.	¿Está de acuerdo que se haya implementado el parto con acompañante en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?			
5.	¿Está de acuerdo que se haya implementado la analgesia del parto en el establecimiento donde Ud. realiza su internado?			
6.	¿Está interesado en capacitarse o adiestrarse en atención de parto humanizado?			
7.	¿Considera Ud. que todos los establecimientos de salud del país deben implementar a la brevedad posible la humanización del parto?			
8.	¿Cree usted que esta implementación traerá beneficios para las gestantes?			
9.	¿Cree usted que esta implementación traerá beneficios para el personal de salud que participa en la atención de la gestante?			

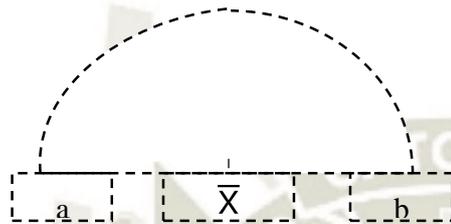
Gracias.

Anexos 3: Escala de calificación. Parrales (2016) (11):

Calculo de los puntajes para la variable Conocimiento

Para categorizar los niveles de conocimientos se utilizó la escala de Estanones, la cual permitió baremar la variable en tres niveles (Alto, Medio y Bajo).

Procedimiento: teniendo en cuenta:

**Campana de Gauss**

$$a/b = X \pm (0.75) (DS)$$

- “Alto” = mayor a “b”
- “Medio” = igual a “a” hasta igual a “b”
- “Bajo” = menor a “a”
- Campana de Gauss: donde a y b fueron los puntos de corte para establecer los niveles de conocimientos.
- Una constante de 0,75
- Media (x)
- Desviación estándar (DS) de los puntajes de conocimiento de los internos de obstetricia del INMP.

Reemplazando en la fórmula

$$a = 5.49 - (0.75) (1.22) = 4.58$$

$$b = 5.49 + (0.75) (1.22) = 6.41$$

Entonces

Categorías para el nivel de conocimientos (Prueba de Estanones):

- Conocimiento bajo: menor de 4.58
- Conocimiento medio: 4.58 a 6.414
- Conocimiento alto: mayor de 6.41

Escala para medir las actitudes de los internos: consta de 10 preguntas con respuestas tipo Likert, esta escala estuvo dirigida a obtener datos acerca de la actitud de los internos de obstetricia frente al parto humanizado.

Las categorías de las respuestas fueron:

- “De acuerdo” = 3
- “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” = 2
- “En desacuerdo” = 1

Calculo de los puntajes para la variable Actitudes respecto al parto humanizado:

Fue calculado mediante Puntos de corte en media y desviación estándar basados en los casos explorados, clasificando en actitudes favorables y desfavorables. Para la obtención de estos datos se usó el programa estadístico spss v.22.

Procedimiento: se tomó en cuenta lo siguiente.

Actitud: $A = X + DS$

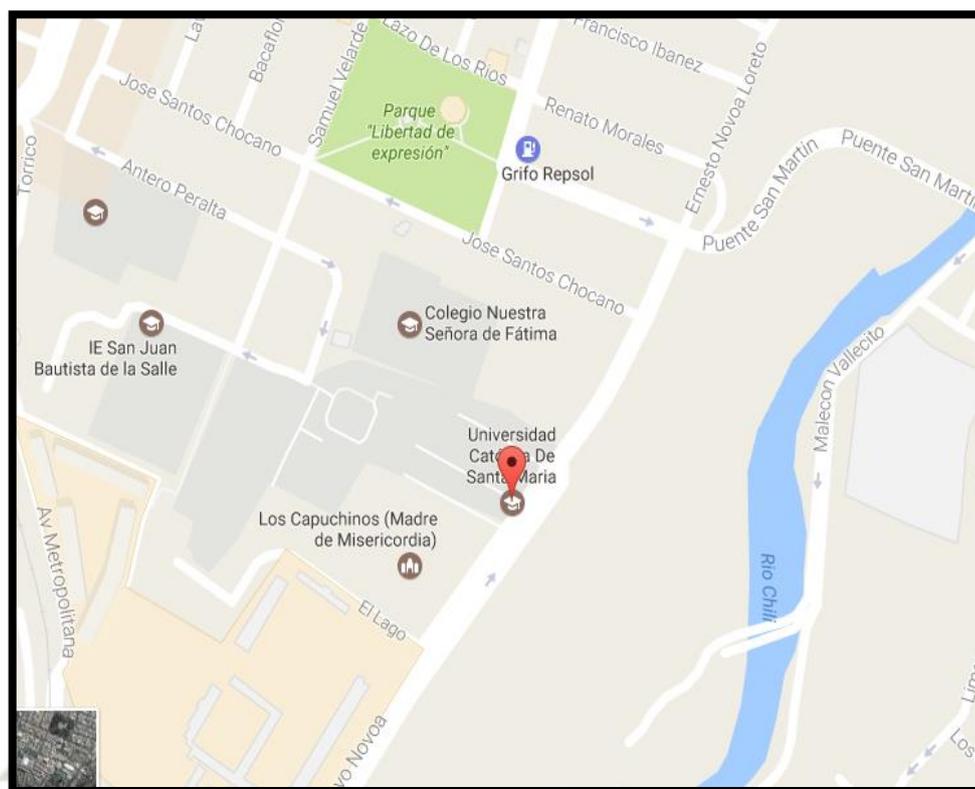
- Actitud Favorable: Puntaje mayor o igual A.
- Actitud Desfavorable: Puntaje menor A.
- Media=x
- Desviación estándar= DS

Dando como resultados las siguientes actitudes:

- Actitud favorable: más de 26.21
- Actitud desfavorable: menor o igual a 26.21

Anexo 4: Croquis

Delimitación Gráfica del Lugar



Anexo 5: Matriz de sistematización.

n°	edad	estado civil	sexo	rotación actual	recibió capacitación	recibió cap.	veces que recibió cap.	Preguntas nivel de conocimiento									Conocimiento Puntaje Global	Preguntas sobre actitud									Actitud Global		
								1	2	3	4	5	6	7	8	9		1	2	3	4	5	6	7	8	9			
								1	2	2	1	4	1	1	3	1		0	1	0	0	1	0	0	0	1		3	3
2	1	1	2	4	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2
3	1	1	1	6	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2
4	1	1	1	6	1	1	2	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
5	1	1	1	6	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	2
6	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
7	2	1	1	3	2	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2
8	1	1	1	3	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2
9	2	1	1	3	2	2	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
10	1	1	1	1	2	2	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1
11	1	1	1	1	2	2	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2
12	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	2	2	3	3	3	1	3	2	3	3	3	2	2
13	2	2	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
14	3	2	1	6	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
15	1	1	1	6	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2
16	1	1	1	6	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
17	2	1	1	5	2	2	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
18	1	1	1	5	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
19	1	1	1	4	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1
20	1	1	1	4	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	2	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	2
21	1	1	2	4	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2
22	1	1	1	5	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1
23	1	1	1	5	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	1
24	2	3	1	5	1	1	4	0	0	1	0	1	1	1	1	0	2	2	1	3	1	1	3	3	2	2	2	2	2
25	2	1	1	2	2	2	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	2	3	2	3	1	2	3	3	3	3	3	3	2
26	3	1	1	2	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
27	1	1	1	2	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	3	2	3	2	1	3	2	3	2	3	3	2
28	2	1	1	2	1	1	2	0	1	1	0	1	1	0	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
29	2	1	1	2	1	1	2	0	1	1	0	0	1	0	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1

30	2	1	1	2	1	1	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1
31	2	1	1	2	2	2	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
32	3	1	1	2	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1
33	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	
34	1	1	1	2	2	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	3	2	2	1	1	3	3	3	3	2	
35	2	3	1	2	1	1	3	0	0	1	0	1	1	1	1	0	2	3	3	1	2	2	3	2	2	2	2	



