

UNIVERSIDAD NACIONAL
“SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO”

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



**CONOCIMIENTO DEL PARTO HUMANIZADO Y ACTITUDES
DE GESTANTES CLAS HUANCHAC- MARIAN,
INDEPENDENCIA, HUARAZ, ANCASH, 2020.**

**TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE:
LICENCIADAS EN OBSTETRICIA**

Bach. ROMERO TREJO JINA LISBETH
Bach. SANCHEZ MATA GLORIA MARGARITA
ASESOR: Dr. MARCELO IDO AROTOMA ORE

HUARAZ – PERÚ

2020



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A
OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1. Datos del autor:

Apellidos y Nombres: _____

Código de alumno: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

D.N.I. n°: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Para optar el Título Profesional de:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela o Carrera: _____

7. Línea de Investigación (*): _____

8. Sub-línea de Investigación (*): _____

() Según resolución de aprobación del proyecto de tesis*

9. Asesor:

Apellidos y nombres _____ D.N.I n°: _____

E-mail: _____ ID ORCID: _____

10. Referencia bibliográfica: _____

11. Tipo de acceso al Documento:

Acceso público* al contenido completo.

Acceso restringido** al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:



12. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

13. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia Creative Commons, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

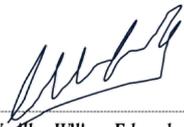
14. Para ser verificado por la Dirección del Repositorio Institucional

Seleccione la
Fecha de Acto de sustentación:

Huaraz,

Firma:




Varillas William Eduardo
Asistente en Informática y Sistemas
- UNASAM -

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron virtualmente para calificar la Tesis presentada por la Bachiller en Obstetricia:

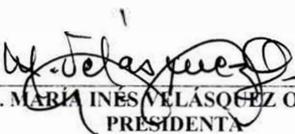
ROMERO TREJO JINA LISBETH

De la Tesis Titulada

“CONOCIMIENTOS DEL PARTO HUMANIZADO Y ACTITUDES DE GESTANTES CLASS HUANCHAC MARIAN, INDEPENDENCIA, HUARAZ, ANCASH, 2020”

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas, lo declaran aprobado con el calificativo de: *aprobado* (*16*), en consecuencia la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

Huaraz, 05 de Noviembre del 2021.


Dra. MARÍA INÉS VELÁSQUEZ OSORIO
PRESIDENTA


Dra. ELIZABETH VELEZ SALAZAR
SECRETARIA


Dr. AUGUSTO FÉLIX OLAZA MAGUINA
VOCAL

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, CONDUCENTES A
OPTAR TÍTULOS PROFESIONALES Y GRADOS ACADÉMICOS EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1. Datos del autor:

Apellidos y Nombres: _____

Código de alumno: _____

Teléfono: _____

E-mail: _____

D.N.I. n°: _____

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Tipo de trabajo de investigación:

Tesis

Trabajo de Suficiencia Profesional

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Tesinas (presentadas antes de la publicación de la Nueva Ley Universitaria 30220 – 2014)

3. Para optar el Título Profesional de:

4. Título del trabajo de investigación:

5. Facultad de: _____

6. Escuela o Carrera: _____

7. Línea de Investigación (*): _____

8. Sub-línea de Investigación (*): _____

() Según resolución de aprobación del proyecto de tesis*

9. Asesor:

Apellidos y nombres _____ D.N.I n°: _____

E-mail: _____ ID ORCID: _____

10. Referencia bibliográfica: _____

11. Tipo de acceso al Documento:

Acceso público* al contenido completo.

Acceso restringido** al contenido completo

Si el autor eligió el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Santiago Antúnez de Mayolo una licencia no exclusiva, para que se pueda hacer arreglos de forma en la obra y difundirlo en el Repositorio Institucional, respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso de que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:



12. Originalidad del archivo digital

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.



Firma del autor

13. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para las investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia Creative Commons, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica.



El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Institucional, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12º del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI "Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Recolector Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA".

14. Para ser verificado por la Dirección del Repositorio Institucional

Seleccione la
Fecha de Acto de sustentación:

Huaraz,

Firma:



Varillas William Eduardo

Asistente en Informática y Sistemas

- UNASAM -

***Acceso abierto:** uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

**** Acceso restringido:** el documento no se visualizará en el Repositorio.



UNIVERSIDAD NACIONAL "SANTIAGO ANTÚNEZ DE MAYOLO"
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIDAD DE GRADOS Y TÍTULOS
Av. Agustín Gamarra s/n – Tele/Fax 423576
HUARAZ – ANCASH – PERÚ

ACTA DE SUSTENTACIÓN VIRTUAL DE TESIS

Los miembros del jurado que suscriben, se reunieron virtualmente para calificar la Tesis presentada por la Bachiller en Enfermería:

SANCHEZ MATA GLORIA MARGARITA

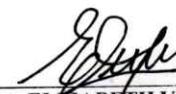
De la Tesis Titulada

“CONOCIMIENTOS DEL PARTO HUMANIZADO Y ACTITUDES DE GESTANTES CLAS HUANCHAC MARIÁN, INDEPENDENCIA, HUARAZ ANCASH, 2020”

Después de haber escuchado la sustentación y las respuestas a las preguntas, lo declaran aprobado con el calificativo de: *Distintus* (*16*), en consecuencia la sustentante queda en condición de recibir el Título Profesional de **LICENCIADA EN OBSTETRICIA**; otorgado por el Consejo Universitario de la UNASAM en conformidad a las normas Estatutarias y la Ley Universitaria.

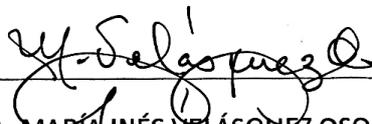
Huaraz, 05 de Noviembre del 2021.


Dra. MARÍA JINES VELÁSQUEZ OSORIO
PRESIDENTA


Dra. ELIZABETH VELEZ SALAZAR
SECRETARIA


Dr. AUGUSTO FÉLIX OLAZA MAGUINA
VOCAL

FIRMA DE LOS JURADOS



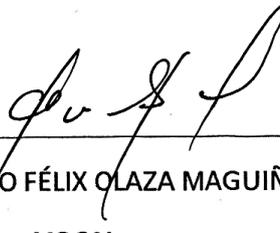
DRA. MARÍA INÉS VELÁSQUEZ OSORIO

PRESIDENTA



DRA. ELIZABETH VÉLEZ SALAZAR

SECRETARIA



DR. AUGUSTO FÉLIX OLAZA MAGUIÑA

VOCAL

FIRMA DEL ASESOR



DR. MARCELO IDO AROTOMA ORE

ASESOR

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación científica está dedicado a mi familia, por el apoyo constante e incondicional, asimismo; por los sabios consejos brindados día a día, en mi formación profesional y ser una buena profesional Obstetra.

Jina

A Dios por guiar mis pasos; a mis padres por ser mi fortaleza, por su amor, paciencia, comprensión y por el esfuerzo desmedida que hacen para que pueda cumplir con mis metas trazadas.

Gloria

AGRADECIMIENTO

A Dios por ser mi guía e iluminar mi camino y a mi familia por el apoyo y comprensión que me brindaron desde un inicio. A mi Alma Mater la Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, por haberme acogido durante el tiempo de mi formación profesional. Asimismo; agradecer a nuestro asesor Dr. Marcelo Ido Arotoma Ore, por ser nuestra guía en la culminación de tesis y su apoyo incondicional.

Jina

A mis maestros de la Escuela Académico Profesional Obstetricia, por su tiempo, su apoyo y constante motivación en compartir sus conocimientos e ideas que fueron valiosas para el desarrollo de mi formación profesional.

A mis padres por haberme fomentado en mí, el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida profesional.

Gloria

INDICE

RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
1. INTRODUCCIÓN	7
2. HIPÓTESIS.....	13
3. BASES TEÓRICAS.....	17
4. MATERIALES Y MÉTODOS	44
5. RESULTADOS.....	51
6. DISCUSIÓN	63
7. CONCLUSIONES	66
8. RECOMENDACIONES	67
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS	50

RESUMEN

Se planteó el siguiente problema: ¿Cuál es el nivel de conocimiento del parto humanizado y que actitudes asumen las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, distrito Independencia, provincia Huaraz, Departamento Ancash, 2020? Con el objetivo general de determinar conocimiento y las actitudes sobre parto humanizado en gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, Huaraz, Ancash, 2020. Hipótesis: El nivel de conocimiento del parto humanizado tiene significancia estadística con las actitudes que tienen las gestantes del CLAS Huanchac-Marian. Metodología, estudio descriptivo, prospectivo, comparativo y analítico con muestra de 58 gestantes. Se usó como instrumento dos cuestionarios, la información se procesó mediante el Programa estadístico SPSS V26.0. Realizándose la contrastación de hipótesis a través de la prueba Chi cuadrado. Resultados: el nivel de conocimiento de las gestantes respecto al parto humanizado es medio en 46.6%, actitud positiva en 75.0% de multigestas, mientras que la relación entre variables sociodemográfica-obstétrica con las actitudes son estadísticamente significativos ($p=0.025$) en multigestas el 75.0% tienen actitudes positivas y relacionando condición sociodemográfica-obstétrica y conocimiento sobre parto humanizado, son estadísticamente significativos las gestantes comprendidas > 35 años, ($p=0.025$) el 93.3% tienen alto nivel de conocimiento, además; las gestantes con nivel educativo secundario ($p=0.0001$), el 74.2% tienen nivel medio de conocimiento y las segundigestas ($p=0.0000$), el 83.3% tienen nivel medio de conocimiento. Conclusiones: las gestantes del ámbito del CLAS Huanchac-Marian, poseen nivel medio de conocimientos y actitud positiva, en relación al parto humanizado.

Palabras clave: parto respetado, parto humanizado, actitud.

ABSTRACT

The following problem was raised: What is the level of knowledge of humanized childbirth and what attitudes do pregnant women of CLAS Huanchac-Marian assume, Independencia district, Huaraz province, Ancash Department, 2020? With the general objective of determining knowledge and attitudes about humanized childbirth in pregnant women attended at CLAS Huanchac-Marian, Huaraz, Ancash, 2020. Hypothesis: The level of knowledge of humanized delivery has statistical significance with the attitudes of CLAS pregnant women Huanchac-Marian. Methodology, descriptive, prospective, comparative and analytical study with a sample of 58 pregnant women. Two questionnaires were used as an instrument, the information was processed using the SPSS V26.0 statistical program. Hypothesis testing being carried out through the Chi square test. Results: the level of knowledge of the pregnant women regarding humanized delivery is medium in 46.6%, positive attitude in 75.0% of multigens, while the relationship between sociodemographic-obstetric variables with attitudes are statistically significant ($p = 0.025$) in multigens the 75.0% have positive attitudes and relating sociodemographic-obstetric condition and knowledge about humanized childbirth, pregnant women > 35 years old are statistically significant, ($p = 0.025$) 93.3% have a high level of knowledge, in addition; pregnant women with a secondary educational level ($p = 0.0001$), 74.2% have a medium level of knowledge and second pregnant women ($p = 0.0000$), 83.3% have a medium level of knowledge. Conclusions: pregnant women in the CLAS Huanchac-Marian field have a medium level of knowledge and a positive attitude in relation to humanized childbirth.

Keywords: respected delivery, humanized delivery, attitude.

1. INTRODUCCIÓN

El Perú, es un país que alberga culturas con conocimientos valiosos, especialmente en el campo de la salud, y en la atención del parto, lo importante y distintivo es que son patrimonio intangible que perdura en el saber y práctica de familias y comunidades. La gravidez, desde la formalización de vida en pareja es considerada como un episodio de importancia en todas las culturas del mundo, toda vez que las mujeres transitan cambios físicos, psicológico, social y reproductivo, desde allí surge como un punto de partida generando mucha diversidad de rituales, costumbres y prácticas entorno a la cultura de la atención del parto, los cuales hacen eco a las particularidades de cada pueblo o etnia, cuando aún no había acceso a los servicios de salud con profesionales idóneos para la atención del parto ya sea normal o distócico. (1)

Es a partir de los inicios del siglo XX la atención del parto se inició en nosocomios con la finalidad de evitar la tasa de morbilidad materna perinatal, por ser un indicador preocupante para la salud pública, por lo que los responsables de brindar salud han adoptado estrategias para atender el parto con ciertas dificultades. (1)

El hecho más trascendental e importante en la vida de la mujer perdió protagonismo y se tuvieron que someter a las normas hospitalarias, así la atención del parto se volvió en un “acto médico” dejando los aspectos prioritarios de las pacientes y el derecho de las mismas a decidir en qué postura atenderían su parto o también a elegir a su acompañante.

Uno de los países en los que en ese momento se estaba produciendo una medicalización exagerada en la atención del parto era Brasil, donde el porcentaje de parto por cesárea era 35%, llegando a alcanzar el 80% en algunos hospitales. (2)

Mientras que los porcentajes que recomendaba la OMS, en la Declaración de

fortaleza, era el de conseguir obtener una tasa de cesárea en torno al 10% y no superar el 15% de nacimientos mediante esta práctica; ante estos acontecimientos en el año 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS), llevo a cabo una convención en Brasil - Fortaleza donde se planteó diversas recomendaciones sobre el uso de tecnologías apropiadas en los partos y nace la afirmación “el nacimiento no es una enfermedad”, en la conferencia se concluyó que toda mujer como persona, tiene derecho a una atención en el trabajo de parto adecuada, y debe desempeñar un papel central en todos los aspectos de dicha atención; de esta manera se fue facilitando otro enfoque y fue lugar de partida en la transformación del modelo de atención del parto, hasta la actualidad, se denomina Parto Humanizado. (3)

El proceso de maternidad y parto es un hecho social y cultural; como tal compromete todos los aspectos de la realidad de la mujer, de su pareja, de sus hijos, de su familia y del medio social al cual pertenece. En la República Argentina, en los últimos años se viene trabajando desde diferentes disciplinas alternativas o complementarias para mejorar las condiciones del parir y del nacer. Actualmente, el parto y el nacimiento son presentados desde sus operadores institucionales (sociedades científicas, médicos, parteras) como un hecho médico sometido a un proceso de medicalización, despersonalización y de secularización. El parto y el nacimiento humanizado aparecen como una alternativa que le brinda a la pareja o a la mujer, la posibilidad de una nueva oportunidad de crecimiento personal, y más aún, de placer, de respeto y de humanización del parto y del nacimiento. (4)

El siglo XX apporto cambios fundamentales en la práctica médica, modificando claramente la posición del parto en nuestro medio y pasando a ser un acontecimiento

anecdótico; ya que se perdió la posición natural para el parto, y se pasó del parto vertical al horizontal.

Es desde el año 2005 el parto vertical es un derecho de las gestantes; es decir, por ley todos los establecimientos de salud del Perú deben respetar la posición que decida las gestantes ofreciendo beneficios que, han demostrado muchos investigadores acerca del parto vertical en cualquiera de sus modalidades como: menos desgarros, reduce tiempo y dolor en el trabajo de parto, y para el feto menores casos de sufrimiento fetal, garantizando mayor oxigenación; además, está demostrado que reduce la morbilidad materna perinatal, lastimosamente en la actualidad son pocos los establecimientos de salud ofertan la modalidad del parto vertical, aduciendo muchas justificaciones por parte de los profesionales de salud, de esta manera se está vulnerando los derechos de las gestantes, pues no se les permite la libre elección de la posición del parto institucional. Norma Técnica de Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural. (5)

En España, el parto en posición vertical, como parte de atención del parto humanizado existe a libre elección de las parturientas; aunque, aunque solo un 15% de las parturientas eligen dicha postura, pero; todas valoran positivamente las bondades, pues, reducen el tiempo del trabajo de parto, facilidad en el alumbramiento y ofrece menos duración de tiempo en la fase expulsiva y la presencia de contracciones menos dolorosas, pero intensas y menos desgarros perineales. (1)

Asimismo; el parto vertical, al requerir menor medicalización y tecnificación (sueros, acentuación, monitoreo electrónico, suturas, anestésicos, instrumentación y cesárea), disminuye los riesgos que de ellos devienen, menor estancia hospitalaria, menos

complicaciones por intervencionismo, menores complicaciones perinatales y también disminuiría los costos de atención hospitalaria. (6)

Por lo señalado, el parto humanizado tiene muchos beneficios por lo que debe ser tomado como una estrategia para que las mujeres opten por tener parto institucionalizado, particularmente en gestantes cuya procedencia es de la zona urbano marginal, y porque en forma indirecta sería una de las estrategias para disminuir el índice de cesáreas que a nivel nacional se incrementó. Así mismo, se debe categorizar para diferenciarlo del parto vaginal horizontal, a fin de realizar una evaluación a largo plazo con respecto a los beneficios y complicaciones frente al parto horizontal, mal llamado tradicional.

En el contexto social peruano, se puede observar que las mujeres del área rural tienen mayor conocimiento sobre el parto vertical en relación a las mujeres del área urbana; por ello, las gestantes que proceden del área rural tienen una actitud predispuesta a recibir atención en un establecimiento de salud, siempre que esta realice un servicio tomando en cuenta su costumbre ancestral.

Asimismo; Capuñay del Perú en su estudio en relación a las características de la atención del parto humanizado en gestantes del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, concluyo que en su mayoría las gestantes no están acompañadas durante su trabajo de parto, que solo un pequeño porcentaje recibe analgesia de parto cuando lo solicita y que en su mayoría siempre están informadas de los procedimientos que se les realiza. (7)

Está demostrado por muchos estudios que el factor en la humanización de la atención del parto es el suministro adecuado de información desde el primer nivel de atención hasta en los establecimientos de salud donde la gestante recibe atención prenatal y

parto institucional, donde se debe promover el establecimiento de una comunicación permanente y eficaz entre los profesionales de la salud y las gestantes, sobre los beneficios de la atención de parto humanizado. (8)

El Ministerio de Salud del Perú, busca nuevas estrategias sanitaria para la atención del parto con adecuación intercultural y que la gestante pueda acudir sin temor al establecimiento de salud para poder atenderse afianzando así la confianza y sus conocimientos generando actitudes positivas hacia esta práctica, lo cual me despertó el interés del problema identificado, pues; en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, lastimosamente en la actualidad no ofertan con regularidad la modalidad del parto vertical, aduciendo muchas justificaciones por parte de los profesionales de salud, de esta manera se está vulnerando los derechos de las gestantes, pues no se les permite la libre elección de la posición del parto institucional, en cumplimiento a la Norma Técnica de Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural.

Frente a lo manifestado se formuló la interrogante: ¿Cuál es el nivel de conocimiento del parto humanizado y que actitudes asumen las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, distrito Independencia, provincia Huaraz, Departamento Ancash, 2020?

Teniendo como **objetivo general**: Determinar conocimiento y las actitudes sobre parto humanizado en gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, distrito Independencia, provincia Huaraz, Ancash, 2020 y **los objetivos específicos fueron**: Establecer datos sociodemográficos y obstétrico, identificar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado, comparar los datos sociodemográficos, obstétricos, nivel de conocimiento y las actitudes de las gestantes en relación al parto humanizado en las gestantes del CLAS Huanchac-Marian.

De esta manera se concluyó los datos sociodemográfico y obstétrico prevalentes fueron: edad de 19 a 35 años, grado de instrucción secundaria y multigestas, el nivel de conocimiento considerado medio y la actitud positiva; según relación entre datos sociodemográfico y obstétrico, prevalece ser segundigesta edad mayor de 35 años y grado de instrucción secundaria sobre el parto humanizado.

La presente investigación consta de seis partes:, en la primera parte se describe la introducción, hipótesis, variables y su operacionalización; en la segunda parte se describen los fundamentos teóricos y antecedentes del estudio internacional y nacional; en la tercera parte se muestra los materiales y análisis de la información; en la cuarta y quinta parte se exponen y discuten los resultados de la investigación, de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio y en la sexta parte se presentan las conclusiones y recomendaciones correspondientes y en los anexos se incluye el instrumento utilizado para la recolección de los datos correspondientes.

Cabe manifestar que la justificación de la presente tesis se fundamenta que conociendo los resultados de la relación entre estas dos variables nivel de conocimiento y actitudes sobre el parto humanizado en las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, permitirá tomar decisiones a las autoridades del sector salud a fin de cumplir con la "Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos, con Pertinencia Intercultural", dispuesto por el Ministerio de Salud del Perú donde estipula la atención del parto institucional humanizado a nivel nacional, como una respuesta frente al modelo convencional que desestima el proceso natural de las mujeres y no toma en cuenta sus necesidades emocionales, culturales y sociales, la

perspectiva de género, ni las recomendaciones sustentadas en el enfoque basado en evidencias y los principios propuestos por la OMS.

Pues; el modelo de atención del parto que pretende tomar en cuenta, de manera explícita y directa, las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; persiguiendo como objetivo fundamental que se viva la experiencia del nacimiento como un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, donde la mujer sea sujeto y protagonista de su propio parto, reconociendo el derecho de libertad de las mujeres o las parejas para tomar decisiones sobre dónde, cómo y con quién parir, en este momento tan importante de su historia.

A nivel nacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima es el único lugar donde se viene realizando el parto humanizado, que permite un mejor pronóstico de salud para la madre y el recién nacido, mejorando la satisfacción de las madres que dan a luz al respetar todas sus decisiones referentes a su trabajo de parto y parto; mientras en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, aun no se ha implementado dicha actividad.

2. HIPÓTESIS

El nivel de conocimiento del parto humanizado tiene significancia estadística con las actitudes que tienen las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, del distrito Independencia, Huaraz, Ancash, 2020.

2.1. Variables:

Variable Independiente: Conocimientos sobre el parto humanizado

Variable Dependiente: Actitud frente al parto humanizado

2.2. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Escala			
Variable independiente: Conocimientos sobre el parto humanizado.	Conjunto de información, ideas y prejuicios sobre el parto humanizado, que tienen las gestantes. (9)	Conocimiento del parto humanizado, con respecto a definición, manejo, ventajas, indicaciones, beneficios, contraindicaciones y las distintas posiciones que adopta la gestante en el parto.	Datos sociodemográficos y obstétrico.	Edad	1. < 19 años 2. > 19 años a 35 años 3.> de 35 años	De razón			
				Grado de instrucción.	1.Primaria 2.Secundaria 3.Superior	Nominal			
				Numero de gestación	1.Primigesta 2.Segundigesta 3.Multigesta	Nominal			
			Conocimientos del parto humanizado.				Conocimientos básicos sobre la atención del parto humanizado.	Alto Medio Bajo	Ordinal
							Conocimientos básicos de las distintas posiciones del parto vertical.		Ordinal
							Conocimientos sobre las ventajas del parto vertical.		Ordinal
							Conocimientos sobre las indicaciones del parto vertical.		Ordinal
							Conocimientos sobre las contraindicaciones del parto vertical.		Ordinal

Variable dependiente: Actitud frente al parto humanizado.	Es la predisposición y los valores ante el Parto Humanizado.	Actitud en la atención, participación del parto humanizado.	Actitud frente al parto humanizado.	Actitud en la participación del parto humanizado.	Positiva	Nominal
					Negativa	

3. BASES TEÓRICAS

3.1. Antecedentes de la Investigación

Tenecela y Chazo (2020) Acciones de enfermería en el parto humanizado en pacientes que acuden al Centro de Salud Vinchoa del Cantón Guaranda, Provincia Bolívar, 2020. Ecuador. Objetivo: evaluar el cumplimiento de las acciones de enfermería en el fomento del parto humanizado, debido a que se ha comprobado que el nivel de conocimiento sobre el alumbramiento natural no es el adecuado. Muestra: 55 gestantes que asistieron al Centro de Salud Vinchoa del cantón Guaranda. Metodología: enfoque cuali-cuantitativo, debido a que se procesó información obtenida mediante indicadores; el tipo investigación fue de campo, descriptiva y transversal. Resultados: el nivel de conocimiento sobre parto humanizado de las gestantes es bajo, representado un 38,2%. Conclusión: el nivel de satisfacción de las madres en cuanto a la atención recibida es bueno. (9)

Santos, A. et al. (2019) Grado de conocimiento de las gestantes del servicio público sobre el parto humanizado / Nivel de conocimiento de las gestantes en el servicio público sobre el parto humanizado. Brasil. Objetivo: evaluar el grado de conocimiento de las gestantes en dos servicios públicos sobre parto humanizado. Métodos: estudio descriptivo se seleccionó una muestra de 200 gestantes Metodología: se utilizaron pruebas estadísticas de asociaciones de variables (Chi-cuadrado y Exacto de Fisher). Resultados: la edad media de las embarazadas fue de 26,6 años. El 71% prefirió el parto normal, el 66,5% de profesionales de atención prenatal no proporcionó información sobre parto humanizado. El 30,5% de gestantes sabía de parto humanizado, de estos el

83,6% tenía un concepto adecuado. Hubo asociación entre conocimiento sobre parto humanizado y origen rural (Aracaju) ($p = 0.03$) y ser de condición multigesta ($p=0.01$), y nivel educativo secundario ($p = 0.02$). Conclusión: la mayoría de gestantes tienen concepto adecuado del parto humanizado, multigestas y de nivel educativo secundario. (10)

Franco, C. (2018) Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi “Dr. José Cevallos Ruíz. Ecuador. Objetivo: evaluar el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en mujeres embarazadas del Hospital de Yaguachi “Dr. José Cevallos Ruíz”. Métodos: estudio descriptivo prospectivo transversal con las mujeres embarazadas del Hospital de Yaguachi “Dr. José Cevallos Ruíz” desde el mes de enero hasta febrero del 2018, con una muestra de 10 mujeres gestante sin diferentemente sea su edad gestacional. Resultados: Predominó el grupo de 18-25 años con el 50%. El 100% de mujeres en gestación encuestadas en el cantón Yaguachi de Ecuador presentan desconocimiento sobre el parto humanizado. Conclusiones: la población de Yaguachi tiene un alto déficit acerca del conocimiento sobre el parto humanizado, el conocimiento y la decisión de optar por este tipo de parto depende mucho del profesional de salud que les informe en los controles prenatales. (11)

Crespo, A. (2018) Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud Biblián. Ecuador. El objetivo determinar la percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián. El tipo de estudio fue

observacional, comparativo, transversal. Muestra: 160 mujeres que asisten al Centro de Salud de Biblián. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario contentivo de 18 preguntas cerradas. Resultados: el 75% de las gestantes desconocen el parto vertical; posterior al parto, lo perciben como más rápido (93,8% vs 75%), más cómodo (63,8% vs 72,5%) y menos doloroso (62,5% vs 81,3%) el parto vertical; la mayoría de las mujeres con parto vertical tuvo la satisfacción de ver la salida de su bebé (96,3% vs. 42,5%) y la mayoría de las mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las 160 mujeres). Conclusiones: El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio. (12)

Bastidas, Z (2016) Ventajas del parto vertical manifestado por embarazadas que se atienden en la sala de partos del hospital básico de Sucúa. Ecuador, con el objetivo: determinar las ventajas del parto vertical manifestado por embarazadas que se atienden en la sala de partos del hospital Básico de Sucúa. El objetivo fue conocer las ventajas del parto vertical en Hospital Básico de Sucúa. Metodología: estudio observacional y descriptivo. Resultados: Predomina la etnia indígena con el 64%, mestizas 34% y afro ecuatorianas 2%. El nivel de escolaridad se encuentra en mayor porcentaje el nivel secundario 54%, seguido del superior 24%, de primaria 20% y ninguna el 2%. La prevalencia del parto vertical fue de 23.15% Las ventajas del parto vertical identificados por las madres fueron que mejora la frecuencia y eficacia de las contracciones con el 94%, facilita la salida del bebe en un 62%. Proporciona mayor descanso entre las contracciones con el 86%. El grado de dolor durante

el parto se reportó como moderado en el 88% de las mujeres. El periodo expulsivo en el 84% fue menos o igual a 5 minutos y el volumen desangrado fue menor de 250cc en el 84% de parturientas. Concluyendo que las ventajas que más se destacan son; menor sangrado en un 84%, disminución del cansancio en un 86%. (13)

Huallanca, P. (2018) Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en gestantes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo. Ica, octubre-diciembre 2018. Objetivo: Determinar el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en gestantes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo entre Octubre – Diciembre del 2018. Métodos y técnicas: Se utilizó el método de investigación de tipo descriptivo simple. La población 110 gestantes. Metodología: estudio descriptivo y transversal. Resultados: un 77.3 % mostró un nivel regular sobre los conceptos básicos del parto humanizado, 86.4% conocimiento alto sobre las posiciones del parto humanizado y 52.7% tuvo conocimiento bajo sobre las actividades que se realizan durante el parto humanizado. Conclusiones: Un alto porcentaje de gestantes con instrucción secundaria, poseen un conocimiento de conceptos básicos de manera regular; aquellas que han tenido paridad poseen a su vez un alto nivel de conocimientos en posiciones con respecto al parto; y, por último, encontramos que no acuden a tiempo a sus APN y no asisten a psicoprofilaxis, lo cual repercute en un bajo conocimiento en las actividades que se realizan en el parto humanizado. (14)

Cárdenas y León (2018) Nivel de Conocimiento Sobre Parto Vertical en gestantes que se Atienden en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital

San Juan de Lurigancho. Lima, 2018. Objetivo: determinar el nivel de conocimiento sobre parto vertical en gestantes que se atendieron en el Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018. Tipo y diseño: observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. La población estuvo constituida por 521 gestantes, con una muestra de 221. Como técnica se utilizó la encuesta auto administrada y como instrumento un cuestionario de conocimientos. Resultados. Tuvieron edad promedio de 27 ± 7 años, en su mayoría con grado de instrucción secundaria, a nivel global, 77,4% tuvieron conocimiento de nivel alto sobre parto vertical; para el indicador aspectos generales y el indicador indicaciones - contraindicaciones fue de nivel alto con 52% y 43,4% respectivamente; para el indicador ventajas, beneficios y desventajas de nivel medio con 47.1%; y, el indicador complicaciones de nivel medio con 41.2%; y, para el indicador técnicas fue de nivel alto 45,2%. Conclusiones. A nivel global el conocimiento sobre parto vertical tuvo un predominio de nivel alto; en los indicadores fue de nivel medio y alto. (15)

Atocsa, C. (2017) Conocimientos y actitudes sobre derecho al parto humanizado en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, julio - agosto 2017. Tesis de pregrado. Objetivo: Establecer el nivel de conocimiento y las actitudes sobre derecho al parto humanizado en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el periodo julio a agosto de 2017. Material y métodos: investigación de tipo observacional, descriptivo de corte transversal. Muestra: 230 gestantes. Se aplicó un cuestionario de conocimientos sobre el derecho al parto humanizado en gestantes y un instrumento (Escala de Likert) de actitud validado anteriormente en un trabajo

de investigación en la Universidad Autónoma de Madrid. Resultados: el 80% (186) tienen entre 20 a 34 años, el 47% (109) tienen secundaria completa. En los datos obstétricos el 36% (83) son primigesta, el 38% (88) se encuentra entre las 33 a 37 semanas de gestación, el 55% (127) tiene entre 2 a 5 controles. Respecto al conocimiento de parto humanizado, el 55% tuvo un conocimiento medio, 37% un conocimiento alto y el 8% conocimiento bajo. Con respecto a las actitudes, predominó el 71% de multíparas una actitud indiferente, el 22% una actitud favorable y el 7% una actitud desfavorable. Conclusión: Las gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2017, presentan un nivel de conocimiento “Medio” (55%) y una actitud “Indiferente” (71%), sobre el derecho al parto humanizado en gestantes. (16)

Quispe, C. (2014) Conocimiento del parto vertical y la actitud de las madres gestantes que acuden al Hospital II Essalud- Huamanga y Hospital regional de Ayacucho, Setiembre-noviembre 2014. Tesis pregrado. Objetivo: determinar el nivel de conocimiento y la actitud que poseen las madres gestantes, que acuden al Hospital II Essalud-Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho. Metodología, estudio descriptivo, comparativo, transversal y prospectivo. Muestra 200 gestantes, tipo de estudio aplicada, descriptivo, comparativo y trasversal. Resultados: 43% (43) gestantes tuvieron un nivel de conocimiento considerado bueno sobre parto vertical, 24% (24) expresaron una actitud neutral, el 22% (22) expresaron una actitud positiva en el grupo de multigestas, además; la edad, procedencia, condición socioeconómica y el nivel educativo, son factores que se asociaron significativamente con el nivel de conocimiento y la actitud hacia el parto vertical. (17)

3.2. MARCO TEORICO

3.2.1. Conocimiento

El conocimiento, es un conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, fundados o inexactos, ordenados; en base a ello se tipifica el conocimiento en científico y/o inexacto; el conocimiento científico son las representaciones verdaderas que pasan por la prueba de contrastación, también es definido como el resultado del proceso de aprendizaje. Un producto final que queda grabado o plasmado en el sistema cognitivo, principalmente en la memoria, seguidamente después de haber ingresado por medio de la percepción, es asimilado a las estructuras cognitivas y los conocimientos previos con los que el sujeto cuenta. (18)

Conocimiento, también es la capacidad de cada individuo donde utiliza su habilidad y realiza el juicio a un contexto tomando en cuenta las generalizaciones o normas de su sociedad. (19)

Además, los conocimientos adquiridos tienen gran importancia ya que crea conductores de desarrollo de nuevos conocimientos con resultado de un proceso innovador en una organización donde implementa nuevas metodologías, técnicas que permite facilitar su gestión. (20)

a. Niveles o grados de conocimiento.

Se definen tres niveles de conocimientos:

- Bueno: (optimo) existe una adecuada visión cognitiva, el manejo de acuerdo a la circunstancia son positivas, concepto y el pensamiento están relacionados, y una conexión básica con el tema.
- Regular: (medianamente logrado) conocimiento parcial; el individuo maneja conceptos básicos, desconoce de algunos temas principales emite otros eventualmente propone ideas para más logros. Intenta buscar nuevas teorías y conceptos, pero se dificulta en relacionar la idea con la teoría.
- Deficiente:(pésimo/malo) conceptos desorganizados, inadecuada visión cognitiva; en enunciado no son precisos y no tienen relación la idea con la teoría. (21)

b. Comienzos del Parto y su Transformación

A comienzo de la humanidad unos 40000 años a. c., la atención del parto era efectuada por el marido sin participación de la gestante, luego el año 6000 a. c., se inicia con la motivación de la participación y ayuda de algunas mujeres considerando el nacimiento como un arte del ciclo de la vida, siendo desde allí el inicio de uno de los oficios más antiguos de la humanidad para las mujeres como lo es el de comadrona y partera. (22)

Además; se conoce que las civilizaciones del antiguo Egipto documentaron mediante escrituras ideográficas las primeras imágenes de partos. En estos retratos se puede observar una mujer parir en cuclillas o agachada sobre dos ladrillos; a través de la historia se ha

acreditado que el parto era llevado a cabo entre la mujer parturienta y otras mujeres amigas, familiares o parteras que le asistían durante el proceso, esto era conocido como la filosofía social del parto; la documentación existente apunta a que las comadronas atendían básicamente todos los partos, de todas las mujeres, incluyendo la realeza. (23)

Hasta los comienzos del siglo XX, en Puerto Rico, al igual que en Estados Unidos y América del sur, la gran mayoría de los nacimientos eran atendidos por comadronas y ocurrían en el hogar, es a partir de la década del 1920 comenzó una medicalización acelerada y se transfirió el parto a las aulas del hospital; la medicalización del parto se favoreció como medida aséptica y formaba parte de una estrategia para disminuir la mortalidad materno-infantil; ya para el año 1930 los médicos observaron que el parto se había alterado, que habían surgido nuevos problemas y que no se obtenían mejores resultados. (24)

c. Enfoques del Parto Humanizado desde el Ministerio de Salud del Perú.

La atención del parto humanizado tiene como principales puntos de vista en la gestante los riesgos en su proceso, las variables sociales y el acceso a servicios de salud para tomar en cuenta de manera explícita y directa las opiniones, necesidades y valoraciones emocionales de las mujeres y sus familias en los procesos de atención del embarazo, parto y puerperio; transformando esta intervención en un modelo humanizado. (25)

El enfoque referente al parto humanizado se centra, más que 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. (25)

Otro de los elementos identificados en este enfoque son los esfuerzos preventivos que realiza el sistema de salud en este ámbito, es decir, la importancia del cuidado prenatal de calidad y la estimulación prenatal que busca un resultado adecuado del parto; además, 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. (25)

d. El Parto Humanizado.

El parto humanizado desde la definición de diversos estudios, es un modelo de atención al parto que pretende generar en la gestante un momento especial, placentero, en condiciones de dignidad humana, protagonismo y libertad para la toma de decisiones sobre las condiciones en las que quiere parir, tratando de disminuir sensaciones de miedo e inseguridad por medio de su acompañamiento por el personal

de enfermería basado en el cuidado humanizado y del bienestar de la gestante o del familiar. (25) (26)

Entre las prácticas más conocidas y ejecutadas para llegar a un parto humanizado se encuentra el parto con acompañante, el cual se complementa con “atención médica y mejora aspectos psicoafectivos y culturales; el enfoque referente al parto humanizado se centra, más que en las condiciones de riesgo de una gestante, en un enfoque centrado en los elementos que llevan a un parto digno con la participación de la familia; este enfoque identifica diferentes maneras de realizar un parto humanizado, de acuerdo a las necesidades y preferencias de la mujer, entre esos están:

1. El Parto Respetado. Es la reivindicación de la autonomía corporal femenina, con la capacidad de decisión y sensación de transformar lo personal en político; según la Organización Panamericana de Salud (OPS), este modelo del parto implica recuperar el protagonismo de las mujeres sin distinción de clases al momento del parto, la subjetividad y la libertad de ellas mismas y sus parejas para elegir como parir.
2. Parto sin dolor/ sin Temor. Fue implementado teniendo como base de los reflejos condicionados del fisiólogo Ruso Iván Pavlov, donde crea una idea positiva sobre el parto y la proporción de entrenamiento de técnicas de relajación, respiración y pujo a las mujeres generando participación activa en el momento del parto y disminuyendo su propio

dolor sin necesidad de amnesia, esta teoría toma en cuenta en la Psicoprofilaxis obstétrica.

Este tipo de parto tiene su base cuando al instruir a las gestantes sobre las características del proceso para superar así el síndrome del temor, tensión y dolor provocado por el desconocimiento de las contracciones uterinas que se produce en el trabajo de parto hasta la expulsión del feto; este método desarrolla cuatro puntos básicos: educación, respiración correcta, relajamiento, y ejercicios concurrentes con la respiración para llegar a un parto normal o eutócico, permitiendo que la madre se conecte con sus miedos confiándoselos al profesional que atiende el parto y así evitar que interfieran en el momento del parto de una manera equivocada, es decir, dejar que la gestante se adelante a los sucesos generando sus propias imágenes mentales de lo que está ocurriendo en su cuerpo y con el bebé ayudando a encontrar la calma necesaria para atravesar la situación. El parto donde se presenta el temor, no es otra cosa que la convivencia de la gestante con sentimientos conflictivos como el miedo, el deseo del nacimiento de su bebé y su interés por compartir este momento.

3. Parto Psicoprofiláctico. Es aquel que se presenta de manera espontánea, después de que la mujer y su pareja han recibido una preparación física, emocional y conocimiento del proceso del parto para tener un parto sin anestesia, ni medicamentos y sin intervenciones quirúrgicas; entre estas técnicas es necesario el conocimiento de los diferentes tipos de

respiración para adiestrar los músculos que tendrán que efectuar un esfuerzo particular y aprovechar al máximo el descanso entre cada contracción. (27)

Este tipo de parto contribuye a la disminución de complicaciones obstétricas prenatales y postnatales al preparar física y psicológicamente a la gestante para un parto sin temor; además, contribuye a la disminución de complicaciones perinatales al acortar el tiempo del proceso del parto y mejorar la oxigenación de la madre y el feto. (28)

4. Parto sin violencia

Es un modelo de parto que Modelo que busca el manejo del dolor y el temor de la gestante en el parto por medio del equipo de salud que interfiere en el apoyo terapéutico como un componente ineludible, donde se otorga a la mujer y al bebe un protagonismo especial. Allí se genera un espacio de intimidad, relajación, iluminación tenue, posición vertical y la vinculación activa del padre, la familia y/o acompañantes en todo el proceso, sin dejar a un lado la ética y la moral que éste requiera como el respeto a la autonomía de la materna para lograr el momento más importante de este proceso, es decir, un nacimiento satisfactorio. (28)

5. Parto Horizontal.

Es la posición más utilizada en los establecimientos de salud para la atención del parto, los miembros inferiores de la gestante deben

permanecer inmovilizados y actuar como peso muerto evitando los esfuerzos para “el pujo” y los movimientos pélvicos de acomodamiento de los diámetros del polo cefálico fetal con los diámetros pélvicos maternos desfavoreciendo la expulsión final, es decir, el útero de la gestante podría comprimir los grandes vasos como la aorta y la vena cava originando la disminución del gasto cardíaco, hipotensión, bradicardia e incluso la irrigación de la placenta y por ende la reducción de oxigenación que recibe el feto, causando un sufrimiento fetal si la etapa expulsiva se prolonga, por lo tanto, no es recomendable manejar este tipo de posiciones en el parto. (29)

6. Parto Vertical. Es un tipo de parto que es fundamental en el parto humanizado, porque defiende y lo ilustra como “parto instintivo” siendo la forma natural en que trabajan las fuerzas que expulsan y pueden acortar la segunda etapa del trabajo de parto a la mitad, especialmente las primíparas, puesto que, el buen trato a las gestantes como humanizado y digno, logra resultados altamente positivos al respetar sus sentimientos, valores, derechos y deberes, además; en la parturienta permite mayor participación y autonomía por la posición en la que realiza el alumbramiento, además presenta un componente psicoafectivo al lograr disminuir la ansiedad y el estrés materno a un proceso completamente natural. (29)

Desde la definición del Ministerio de Salud del Perú, el parto vertical es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (parada,

sentada, de rodillas o de cuclillas), mientras que el profesional de la salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. Esta posición permite que el/la recién nacido/a actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientándose principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el/la recién nacido/a. (30)

En el Instituto Materno Perinatal de Lima, en el año, desde el año 2002 hasta la actualidad se ha implementado el parto humanizado con muy buenos resultados, es así que en el año 2019, el más solicitado el 60% de parturientas han solicitado parto con acompañante, el 58% el vertical y un 22% solicitan parto sin dolor”, siendo las más solicitadas la posición “semi sentada”, para ello el personal obstetra “cuando una gestante acude a sus cuidados prenatales, son captados desde el inicio, para ingresar al programa de psicoprofilaxis, donde se les prepara, se les informa sobre el parto humanizado, como tiene que comportarse la mamá, el papá, indicándoles sus roles en el trabajo de parto. (31)

Las posiciones que adopta la gestante en el periodo expulsivo son:

- a. Posición de cuclillas. Es una de las posiciones de mayor preferencia por las mujeres de nuestro país, ya que facilita la separación de las articulaciones entre los huesos pelvianos, lo cual aumenta los diámetros pélvicos favoreciendo el descenso del feto por el canal del parto.

- El profesional de la salud que atiende el parto deberá realizar los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda (arrodillado, en cuclillas o sentado en un banco)
- Se debe verificar que la gestante mantenga las piernas hiper flexionadas y separadas para mejorar la amplitud de los diámetros transversos y anteroposterior de la pelvis, posteriormente adecuar la posición de la parturienta para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante actúa como el soporte de la parturienta, dicha persona puede estar por detrás o frente a la paciente.

Ventajas:

- Promueve el deseo de pujo
- Diámetros pélvicos aumentados.
- El tronco presiona sobre el fondo uterino y promueve el descenso del bebé.
- Aumento de presión en suelo pelviano.
- Disminuye el dolor de espalda y cadera.
- Se puede dar soporte a los músculos abdominales.
- Se puede atender el parto por delante facilitando el contacto precoz piel a piel.
- Participación más activa del acompañante.
- Luego del parto la mujer se puede acostar con facilidad
- Menos riesgo de laceraciones perineales. (25)

b. Posición de Rodillas.

- El profesional de la salud que atiende el parto se ubicará delante o detrás de la gestante para así proteger el periné en todo momento y evitar que se desgarre. Posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante puede estar al frente o detrás de la paciente, dicha persona deberá abrazar a la gestante por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante.

Ventajas:

- Al estar de rodillas le facilitará sentarse entre contracciones sobre sus pantorrillas protegiendo su intimidad.
- Puntos de apoyo múltiple y seguro.
- Facilidad para la protección pasiva.
- No existe riesgo de caída brusca del bebé la distancia entre la pelvis y el suelo es menor, además quien atiende el parto está preparado para recibir al/la recién nacido/a.
- Puede pasar rápidamente a la posición de gatas que es una variedad de la posición de rodilla que tiene la ventaja de permitir una mayor oxigenación y mayores diámetros óseos. (25) (32) (33)

c. Posición Sentada. El profesional de la salud que atiende el parto se colocará delante de la gestante y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que

le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

- El acompañante debe estar sentado en una silla o en la camilla con las piernas separadas abrazando a la gestante por la región del tórax, permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante. En esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla de partos al mismo nivel en el que se encuentra el acompañante.
- La gestante en trabajo de parto en posición semi sentada se apoyará en el acompañante. Esta posición relaja y permite que aumenten los diámetros de la pelvis.

Ventajas:

- Facilita el contacto precoz con la madre
- Promueve el descanso y la relajación.
- Ventaja de la fuerza de gravedad.
- Permite el monitoreo fetal continuo.
- Se pueden realizar exámenes vaginales.
- Disminuye dolor de espalda y cadera.
- Posición favorable para recibir un masaje (lumbosacro).
- Buena visibilidad y movilización para la madre.
- Cómoda para la recepción del bebé y de la placenta. (5) (25)

(32)

d. Posición Parada o Sostenida de una Soga

- El profesional de la salud se colocará frente a la gestante en trabajo de parto. Realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido. El acompañante se colocará detrás y tendrá que sostener a la paciente para que no se mueva.
- La gestante en trabajo de parto deberá sujetarse de una soga suspendida de una viga del techo. Al hacer esto el feto es favorecido, ya que la fuerza de gravedad le ayuda a avanzar por el canal del parto de manera suave y calmada.
- Esta posición podría dificultar las maniobras correspondientes cuando hay circular de cordón, o para detectar cualquier complicación que pudiera surgir en el momento.

Ventajas:

- Mejora la oxigenación del feto
- Total, libertad de movimiento.
- Contracciones menos dolorosas y más efectivas.
- Ayuda al encajamiento y acelera el trabajo de parto.
- Aumenta la urgencia del deseo de pujo durante el expulsivo.

(25) (31) (32)

e. Posición de Cuatro (pie, rodillas y manos)

- Algunas gestantes prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyarse hacia delante, en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento del parto adoptará una posición

más reclinada con el fin de facilitar el control del parto, la recepción del bebé se realiza por detrás de la mujer.

- Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.
- El profesional de la salud que atiende el parto se colocará detrás de la gestante cuidando el periné para evitar los desgarros, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El profesional de la salud que atiende el parto vertical deberá instruir a la parturienta en trabajo de parto para que realice la respiración jadeante, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza de los músculos del abdomen. (25) (32) (33) (34)

En todos los procedimientos de atención del parto después de pinzar el cordón umbilical se debe esperar de 2 a 3 minutos después del nacimiento o cuando deje de latir, esta regla es necesario practicar en todas las posiciones de atención del parto vertical u horizontal; siendo el objetivo, lograr una/un recién nacido con mayor hemoglobina y evitar anemia. (35)

1. Los Criterios de Inclusión del Parto Vertical.

Los profesionales de la salud responsables de la atención del parto, deberán observar las indicaciones clínicas para proceder a la atención del parto vertical tomando en cuenta lo siguiente:

- ✓ Gestación a término
- ✓ Gestantes sin complicación obstétrica, incluye las adolescentes y mujeres jóvenes.
- ✓ Pelvis ginecoide
- ✓ Presentación cefálica del feto y
- ✓ Compatibilidad feto pélvica.

2. Los criterios de Exclusión para Parto Vertical. Según las indicaciones que determinan una cesárea también determinan la imposibilidad de un parto vertical u horizontal, entre ellas, las más frecuentes son:

- ✓ Incompatibilidad feto pélvica
- ✓ Cesáreas iterativas (más de dos).
- ✓ Cirugía uterina previa (miomectomías).
- ✓ Embarazo gemelar.
- ✓ Feto en presentación podálica.
- ✓ Falta de colaboración de la gestante para el trabajo de parto y la atención del mismo (problemas psiquiátricos).
- ✓ Distocia de cordón umbilical
- ✓ Distocia de presentación.
- ✓ Distocias de contracción.
- ✓ Luxación traumática de caderas

- ✓ Prematuros.
- ✓ Sufrimiento fetal.
- ✓ Hemorragia del III trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta).
- ✓ Ruptura prematura de membranas solo con presentación alta.
- ✓ Preeclampsia severa (dependiendo del periodo y fase que se encuentre).
- ✓ Eclampsia.

Las Posibles Complicaciones que se pudieran dar en la atención del parto en posición vertical pueden presentarse las siguientes:

- ✓ Prolapso del cordón umbilical
- ✓ Laceraciones a nivel del periné.
- ✓ Salida brusca del feto.
- ✓ Distocia de hombros
- ✓ Prolapso de miembros superiores.

En caso de presentarse alguna complicación realizar el manejo adecuado según nivel de complejidad. (5)

i. Actitud

Los psicólogos han abordado ampliamente el problema de las actitudes, ya que tienen que ver con la conducta de las personas en relación al medio social en la que se desenvuelven. Para definir el concepto Actitud, utilizaré la definición establecida por Tomas Ibáñez Gracia. Para este autor, el concepto actitud es un constructo teórico; es decir, no se refiere a nada que pueda ser observado directamente, sino que es una variable

intermediaria o una estructura hipotética que se infiere a partir de conductas observables en sus consecuencias. Su utilidad es que nos permite explicar el vínculo que hay entre ciertos objetos sociales y el comportamiento que la gente tiene hacia éstos; es decir, tiene un carácter mediador. En otras palabras, una actitud no es una cosa, sino una relación. Además, tiene un carácter dinámico u orientador de la conducta, por ello se espera que la gente sea congruente con sus actitudes a la hora de actuar. La actitud es una estructura cognoscitiva-emocional que canaliza la significación de los objetos y orienta el comportamiento hacia los objetos. (36)

a. Componentes de las Actitudes.

Partiendo de la conceptualización del modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland, la actitud es una predisposición a responder a una clase de estímulo, con cierta clase de respuesta, pudiendo ser estas respuestas tanto afectivas como cognitivas o conductuales. Estos componentes tienen las siguientes características:

- ✓ Componente Afectivo: son los sentimientos o emociones que provoca el objeto de actitud y pueden ser positivos o negativos.
- ✓ Componente Cognitivo: en este se incluye el modo como se percibe al objeto de actitud y los pensamientos, ideas y creencias sobre él. Las percepciones o información pueden ser favorables o desfavorables.
- ✓ Componente conductual: es la tendencia o predisposición a actuar de determinada manera en relación con el objeto de actitud. (37)

b. Medición de las actitudes.

Según Eysenck, las actitudes pueden ser clasificadas, medidas o valoradas de la siguiente manera:

- ✓ Favorable: Consiste en “estar de acuerdo con lo que se realiza”, es decir el sujeto muestra cierta tendencia de acercamiento hacia el objeto, generalmente está unido con el sentimiento de apoyo, estimulación, ayuda y comprensión (lo cual predispone a la comunicación y la interacción humana).
- ✓ Desfavorable: Es cuando el sujeto evita el objeto, como motivo de la actitud, se presenta el recelo, la desconfianza y en algunos casos la agresión y frustración que generalmente lleva a la persona a un estado de tensión constante.
- ✓ Medianamente Favorable: es un sentimiento de apatía, el sujeto no muestra aceptación ni rechazo al objeto, prevalece el desinterés, la rutina y en algunos casos el aburrimiento. (38)

También los estudios de “Psicología Social”, mide a las actitudes como:

1. Actitud de aceptación: La Actitud es positiva cuando se organiza, la propia conducta en pro del establecimiento de una relación en la que predomina la aceptación, estimación, apoyo, ayuda y cooperación. , medición Las manifestaciones principales de esta actitud se traducen en comportamiento que se describe como: ir hacia; buscar el contacto, respuestas que se presentan como actos de aproximación, como resultado de un estilo cognoscitivo abierto que obedece a un conjunto

de rasgos más o menos estructurales de la personalidad y se cristaliza en un sistema total que sirve al hombre no solo para conocer sino también para valorar y actuar sobre la realidad física social y sobre sí mismo.

2. Actitud de rechazo: Cuando una Actitud es negativa se presenta el recelo que aleja a las personas y las predispone en contra suya. El recelo es opuesto a la cooperación por el distanciamiento que suscita y genera aislamiento, desconfianza y agresión, siendo mecanismo de defensa con que responde a la persona que se encuentra en tensión. Los mecanismos de defensa se utilizan generalmente para anticipar y detener la intensidad provocada por un estímulo frustrante; el presente estudio utilizara esta clasificación. (38)

3.3. Definición de términos

- a. Parto Humanizado. Es un tipo de atención que se les brinda a todas las mujeres durante la gestación, trabajo de parto, parto y post parto con un enfoque intercultural, donde se respeta las opiniones y necesidades emocionales, en la que se considera a de la mujer y familia como los únicos protagonistas durante el parto, asimismo se incluye diversos recurso y medidas que son beneficiosas para ellas, eliminando una práctica de intervenciones innecesarias y convencionales, para que el parto sea un proceso natural y fisiológico y así lograr que la gestante tenga un momento especial y una perspectiva positiva sobre el parto. (25)
- b. Parto con acompañante. Es el proceso de atención del parto individualizado y seguro con la presencia de una persona de confianza elegida por la

gestante, previamente preparada e informada, con el fin de fortalecer el vínculo familiar. (33)

- c. Nivel de Conocimiento. Es una serie de información acumulada desde el uso de razón de un ser humano mediante la experiencia, introspección o lo aprendido a través del aprendizaje. En otras palabras, el nivel de conocimiento es un conjunto de datos que cada ser humano posee, es un valor cualitativo no tan relevante. (39)
- d. Actitudes. Es cuando el personal de salud muestra una predisposición ordenada para percibir, sentir y comportarse selectivamente para hacer diversas cosas, en la que puede mostrar aceptación, indiferencia o rechazo en un tema determinado. (36)
- e. Atención Prenatal. Es la atención integral en la preparación del embarazo, parto, puerperio y de los cuidados del recién nacido donde no sólo participa la gestante sino la pareja y familia. Considerando no sólo la evaluación clínica de la gestante, con la finalidad de lograr un recién nacido sano sin poner en riesgo la salud de la madre. (40)
- f. Pertinencia Intercultural. Es la elaboración de algo de acuerdo lo pactado entre el personal de salud y los usuarios, donde se planea un establecimiento de salud de acuerdo a las necesidades, el entorno y creencias de las pacientes. (41)
- g. Plan de Parto. Es un instrumento muy efectivo que pretende organizar, movilizar y planificar los recursos institucionales, familiares y comunitarios, para que la gestante, el recién nacido y la puérpera gocen de una atención oportuna, por lo tanto, se determinan pactos para tener la

capacidad resolutive ante cualquier eventualidad que puede presentarse; donde se asegura la inmediata referencia a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive. (35)

- h. Parto en Posición Vertical. Es una posición donde la gestante tomo una postura vertical y esta posición tiene diferentes maneras como optar la posición sentada, de cuclillas, de pie y puede apoyarse en una o las dos rodillas, asimismo el personal de salud que va atender el parto tiene que colocarse detrás o delante de la gestante para recibir al recién nacido. (25)

4. MATERIALES Y METODOS

4.1. Tipo de estudio.

El presente estudio es de tipo descriptivo y prospectivo, debido a que se describió el nivel de conocimiento y actitudes de las gestantes acerca del parto humanizado y de corte transversal, ya que la investigación se realizó en un solo momento; finalmente el estudio es comparativo y analítico, porque se involucró a las variables de interés, pretendiendo comprender las relaciones entre las variables: conocimientos del parto humanizado frente a las actitudes de las gestantes. (42)

4.2. Diseño de la investigación.

El diseño seleccionado que se empleó en el presente estudio, fue el diseño no experimental, porque no se manipulo en forma deliberada a las variables en estudio. (42)

4.3. Población o universo.

El estudio se realizó en el CLAS Huanchac-Marian, del distrito de Independencia, provincia Huaraz, departamento de Ancash, ubicado a 10 km de la provincia de Huaraz. La población estuvo integrada por todas las gestantes del establecimiento de salud mencionado con $N = 78$ gestantes; habiendo realizado el estudio en los meses abril y mayo del 2021 y para la elección de la muestra se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

a. Criterios de inclusión:

- Gestantes cuya residencia pertenece al ámbito del CLAS Huanchac-Marian



- Gestantes de todas las edades
- Gestantes de todas las paridades y edades gestacionales
- Gestantes alfabetas
- Gestantes que acepten voluntariamente participar en el estudio

b. Criterios de exclusión:

- Gestantes cuya residencia no pertenece al ámbito del CLAS Huanchac-Marian.
- Gestantes analfabetas
- Gestantes que no acepten participar en el estudio

4.4. Unidad de análisis y muestra.

4.4.1. Unidad de análisis

Estuvo comprendida por cada gestante que acepto voluntariamente participar en el estudio, cumplieron los criterios de inclusión y respondieron al cuestionario aplicado.

4.4.2. Muestra.

En concordancia con el tipo de investigación, los objetivos y el alcance de las contribuciones que pretende el presente estudio, según la sugerencia por los expertos en el tema de estudio, se determinó realizar la investigación utilizando el muestreo no probabilístico o dirigido aleatorio, aplicando los criterios de inclusión y exclusión se tuvo una muestra de 58 gestantes.

4.5. Instrumentos de recopilación de datos.

La información se obtuvo usando un cuestionario como instrumento para medir los conocimientos en relación al parto humanizado a las gestantes del CLAS Huanchac-Marian (Anexo 1), los cuales fueron aplicados a cada uno de las gestantes que cumplieron con los criterios de inclusión y previa firma del



Consentimiento Informado (Anexo 3), por la situación de emergencia sanitaria nacional que vive el Perú, por la pandemia del COVID-19, la aplicación del cuestionario se realizó previa identificación y visita domiciliaria de manera personalizada, a cada gestante, teniendo en cuenta el estricto cumplimiento de las normas de bioseguridad (uso de doble mascarilla y protector facial, distanciamiento mayor de un metro y uso de alcohol de 70 grados para las investigadoras) de igual manera se le proporciono a la gestante doble mascarilla, frasco pequeño de alcohol para su desinfección de las manos y un lapicero para su uso personal, se contó con el apoyo del personal Obstetra del CLAS Huanchac-Marian.

El cuestionario está compuesto por:

Primera parte: Nivel de conocimiento sobre parto humanizado: 15 preguntas

Segunda parte: Actitudes sobre el parto humanizado: 12 preguntas. (Anexo 2)

El tiempo promedio de la aplicación del instrumento duro aproximadamente 30 minutos.

4.6. Validez del instrumento

Los instrumentos de recolección fueron sometido a la prueba de juicio de expertos para su validación (Anexo 3), para lo cual se consultó a 3 obstetras. Asimismo; luego de la aplicación de una prueba piloto al 10% de la población total, se procedió al cálculo de la confiabilidad de los instrumentos, mediante Alfa de Crombach. (Anexo 4)

Para valorar el nivel de conocimiento con relación al Parto Humanizado se realizaron preguntas sobre aspectos básicos tales como: conceptos básicos del



parto humanizado, manejo, diferentes posiciones, implementación y contraindicaciones, consto de 15 preguntas, cada pregunta con 4 alternativas de respuesta, de las cuales una sola es la correcta.

Para la evaluación de las preguntas se procedió de la siguiente manera:

Respuesta correcta: 2 puntos

Respuesta incorrecta: 0 puntos, debiendo clasificar en una escala:

- Conocimiento alto: de 20 a 30 puntos
- Conocimiento medio: de 19 a 12 puntos
- Conocimiento bajo: < de 12 puntos

Para la confiabilidad del instrumento para la medición de actitudes se utilizó Kuder Richardson (KR-20) (Anexo 5) demostrando alta confiabilidad para su aplicación sobre actitudes con relación al Parto Humanizado, el instrumento estuvo constituido de 12 preguntas con respuestas según la escala de Likert, siendo medido de la siguiente manera:

- De acuerdo: 2 puntos
- En desacuerdo: 1 puntos

Luego se procedió a la respectiva categorización de las actitudes:

- Actitud positiva: mayor de 12 a 24 puntos
- Actitud negativa: menor a 12 puntos.

4.7. Análisis estadístico e interpretación de la información

Se ejecutó la valoración y el análisis estadístico descriptivo y la contratación de la hipótesis, para interpretar la información obtenida extrayendo las conclusiones necesarias del estudio de acuerdo a los objetivos específicos;



luego se interpretó la información mediante el uso del programa estadístico SPSS versión 26.0 y para establecer el nivel de relación entre las variables de estudio se utilizó la prueba del Chi cuadrado.

Realizando el análisis descriptivo univariante, para la variable principal de estudio se aplicó la metodología científica, la cual esta medida en escala ordinal, para lo cual se halló la frecuencia de cada categoría, para la contratación de la hipótesis se usó la técnica estadística paramétrica diferencia de proporciones con una confianza del 95%.

4.8. Ética de la investigación.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales; por ello al establecer las pautas iniciales de esta investigación desde el punto de vista ética se opta por ceñirse estrictamente a lo establecido en los principios Básicos y Operacionales de la Declaración de Helsinki, la cual fue promulgada por World Medical Association (Asociación Médica Mundial) como un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y otras personas que se dedican a la investigación con seres humanos, siendo considerado como el documento más importante en la ética de la investigación en ciencias de la salud. (43)

De esta manera en el estudio se consideró los siguientes principios:

a) Principios Básicos:

Principio de privacidad y confidencialidad. No se expondrá la privacidad de las usuarias, por lo cual se incluirán datos obstétricos y patológicos, por lo que no se tomara en cuenta sus nombres, domicilio, ningún dato que pueda



perjudicar la integridad de las personas en estudio, todo esto en cumplimiento de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

Así mismo se prestará especial vigilancia de la creciente vulnerabilidad de los individuos (Artículo 8).

Principio de justicia. Todos los datos obstétricos que se obtendrá en el estudio merecen la misma consideración, sin discriminación de raza, ideas, creencias y posición social.

Principios de beneficencia. Se procurará el mayor beneficio posible, basado en las potenciales aplicaciones de los resultados del presente trabajo de investigación, para que las mujeres gestantes sean la prioridad más importante en la salud.

Principio de Ambiente. Al realizar el estudio se presentará la atención adecuada para que no se dañe el medio ambiente.

b) Principios Operacionales:

El presente proyecto de investigación se basará en un conocimiento cuidadoso del campo científico (Artículo 11) y será conducida y manejada por la investigación bajo la supervisión de un asesor (Artículo 15) usando protocolos aprobados, sujeta a una revisión ética independiente y la supervisión de jurados correctamente convocados y previamente asesorados (Artículo 3), existiendo el compromiso de la publicación responsable de sus resultados (Artículo 16). Cuando se encuentre en estudio un método de diagnóstico o tratamiento novedoso, éste deberá compararse siempre contra el mejor método disponible, de no haberlo está justificado el uso de placebo, que son



sustancias sin actividad en el cuerpo humano cuyo uso sólo se justifica si no existen un tratamiento probado (Artículo 29). (43)



5. RESULTADOS

Tabla 1. Edad de las gestantes atendidas en el CLAS Huanchac - Marian, Independencia, Huaraz, Ancash, 2020.

Edad	N	%
<19 años	11	19.0
de 19 a 35 años	32	55.2
>35 años	15	25.9
TOTAL	58	100.0

En la tabla se evidencia que 55.2% de gestantes atendidas en el CLAS Huanchac tienen edades entre 19 a 35 años, seguido del 25.9% que son mayores de 35 años y solo el 19% tienen menos de 19 años de edad.



Tabla 2. Grado de instrucción de las gestantes atendidas en el CLAS Huanchac - Marian, Independencia, Huaraz, Ancash, 2020.

Grado de instrucción	N	%
Primaria	12	20.7
Secundaria	31	53.4
Superior no Univ.	15	25.9
TOTAL	58	100.0

En la atabla se observa que 53.4% de gestantes atendidas en el CLAS Huanchac tienen grado de instrucción secundaria seguido del 25.9% de educación superior no universitaria.



Tabla 3. Según número de gestaciones atendidas en CLAS Huanchac - Marian, Independencia, Huaraz, Ancash, 2020.

Numero de gestación	N	%
Primigesta	8	13.8
Segundigesta	30	51.7
Multigesta	20	34.5
TOTAL	58	100.0

En la tabla se evidencia que 51.7% de gestantes atendidas en el CLAS Huanchac en la actualidad cursan su segunda gestación, seguido de multigesta con 34.5%.



Tabla 4. Nivel de conocimiento del parto humanizado en las gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash, 2020.

Conocimiento	N	%
Bajo	8	13.8
Medio	27	46.6
Alto	23	39.7
TOTAL	58	100.0

Se observa que del 100% de gestantes atendidas en el CLAS Huanchac, el 46.6% tienen nivel de conocimiento medio sobre parto humanizado; mientras que solo el 39.7% de ellas poseen alto nivel de conocimiento.



Tabla 5. Actitudes sobre parto humanizado en las gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash, 2020.

Tipo de actitud	N	%
Negativas	27	46.6
Positivas	31	53.4
TOTAL	58	100.0

En la presente tabla se observa que del 100% de gestantes atendidas en el CLAS Huanchac, el 53.4% de ellas tienen actitudes positivas sobre el parto humanizado, mientras; el 46.6% tienen una actitud negativa.



Tabla 6. Nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto humanizado de las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash 2020.

Conocimiento	Actitudes					
	Positivas		Negativas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Bajo	5	62.5	3	37.5	8	100
Medio	10	37	17	63	27	100
Alto	16	69.6	7	30.4	23	100
Total	31	53.4	27	46.6	58	100

$$X^2=5,587$$

$$p= 0.061 (p>0.05)$$

En el presente cuadro se observa el nivel de conocimiento y su relación con la actitud de las gestantes acerca del parto humanizado, donde del 100%e de gestantes que corresponden al nivel de conocimiento medio, el 63.0% de ellas tienen actitudes negativas y 37.0 % con actitud positiva.

Al realizar el análisis estadístico no paramétrico de la prueba Chi cuadrado, podemos afirmar que no existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto humanizado ($p > 0.05$).

Esta evidencia de datos en la investigación confirma enunciar que el nivel de conocimiento de las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, no está relacionada con la actitud positiva hacia la atención del parto humanizado.



Tabla 7. Edad y las actitudes sobre parto humanizado de las gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash 2020.

Edad	Actitudes					
	Positivas		Negativas		Total	
	N	%	N	%	N	%
<19 años	7	63.6	4	36.4	11	100
de 19 a 35 años	13	40.6	19	59.4	32	100
> 35 años	11	73.3	4	26.7	15	100
Total	31	53.4	27	46.6	58	100

$$X^2 = 4.958$$

$$p = 0.084 (p > 0.05)$$

El presente cuadro muestra la edad y su relación con la actitud de las gestantes sobre el parto humanizado, donde del 100% de gestantes que corresponden a edades de 19 a 35 años, el 59.4% de ellas poseen una actitud negativa, mientras el 40.6 % tienen actitud positiva.

Al realizar el análisis estadístico no paramétrico de la prueba del Chi cuadrado, podemos indicar que no existe una asociación significativa ($p > 0.05$) entre la edad de 19 a 35 años con la actitud positiva, con un nivel de confianza del 95%.

Esta evidencia de datos nos confirma manifestar que las gestantes comprendidas entre 19 a 35 años, no está relacionado significativamente con la actitud positiva hacia el parto humanizado.



Tabla 8. Grado de instrucción y las actitudes sobre parto humanizado de las gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash 2020.

Grado de instrucción	Actitudes					
	Positivas		Negativas		Total	
	N	%	N	%		
Primaria	7	58.3	5	41.7	12	100
Secundaria	15	48.4	16	51.6	31	100
Superior no univ.	9	60	6	40	15	100
Total	31	53.4	27	46.6	58	100

$$X^2 = 0.693$$

$$p = 0.707 (p > 0.05)$$

En lo que se refiere al grado de instrucción y su relación con las actitudes de las gestantes acerca del parto humanizado, evidenciándose que del 100% de gestantes con grados de instrucción secundaria, el 51.6% tienen actitudes negativas y 48.4% actitud positiva.

Al realizar el análisis estadístico no paramétrico de la prueba Chi cuadrado, se afirma que no existe una relación significativa entre la variable grado de instrucción secundaria y la actitud positiva sobre parto humanizado ($p > 0.05$), con un nivel de confianza del 95%.

Estos resultados confirman que el grado de instrucción secundaria de las gestantes nos confirma enunciar no está relacionada significativamente con la actitud positiva hacia el parto humanizado.



Tabla 9. Número de embarazos y las actitudes sobre parto humanizado de las gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash 2020.

N° de gestacion	Actitudes					
	Positivas		Negativas		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primigesta	5	62.5	3	37.5	8	100
Segundigesta	11	36.7	19	63.3	30	100
Multigesta	15	75	5	25	20	100
Total	31	53.4	27	46.6	58	100

$$X^2 = 7.393$$

$$p = 0.025 (p < 0.05)$$

En la tabla se observa, que del 100% de gestantes multigestas, el 75.0% de ellas tienen actitudes positivas acerca del parto humanizado y 25.0% tienen actitud negativa.

El análisis estadístico no paramétrico de la prueba del Chi cuadrado demuestra que existe una asociación significativa ($p < 0.05$) entre la variable número de gestación, las multigestas tienen actitud positiva sobre el parto humanizado, con un nivel de confianza del 95%.

Esta demostración nos confirma declarar que las multigestas están altamente relacionadas con la actitud positiva acerca del parto humanizado.



Tabla 10. Edad y el nivel de conocimiento sobre parto humanizado de las gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash 2020.

Edad	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
<19 años	7	63.6	4	36.4	0	0	11	100
de 19 a 35 años	1	3.1	22	68.8	9	28.1	32	100
> 35 años	0	0	1	6.7	14	93.3	15	100
Total	8	13,8	27	46.6	23	39.7	58	100

$$X^2 = 49.614$$

$$p=0.0001 (p<0.05)$$

En la tabla precedente se observa que del 100% de las gestantes comprendidas > de 35 años de edad, el 93.3%, tienen alto nivel de conocimiento sobre parto humanizado, mientras el 6.7% se ubican en nivel medio de conocimiento.

Al realizar el análisis estadístico no paramétrico de la prueba Chi cuadrado, se indica la existencia de una asociación significativa ($p<0.05$) entre la variable edad de gestante > de 35 años con alto nivel de conocimiento, con un nivel de confianza del 95%.

Esta demostración nos confirma declarar que las gestantes > de 35 años está altamente relacionada con alto nivel de conocimiento acerca el parto humanizado.



Tabla. 11. Grado de instrucción y el nivel de conocimiento acerca del parto humanizado de las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash 2020.

Grado instruccion	Conocimiento						Total	
	Bajo		Medio		Alto			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	8	66.7	4	33.3	0	0	12	100
Secundaria	0	0	23	74.2	8	25.8	31	100
Superior no univ.	0	0	0	0	15	100	15	100
Total	8	13.8	27	46.6	23	39.7	58	100

$$X^2 = 63.220$$

$$p=0.0001 (p<0.05)$$

En la tabla se observa que del 100% de las gestantes con nivel educativo secundario, el 74.2% tienen nivel medio de conocimientos hacia el parto humanizado y 25.8% alto nivel.

Realizando el análisis estadístico no paramétrico de la prueba del Chi cuadrado, podemos indicar que existe una relación significativa ($p < 0.05$) entre la variable grado de instrucción secundaria con el nivel medio de conocimiento sobre parto humanizado, con un nivel de confianza del 95%.

Este resultado nos confirma declarar que las gestantes con grado de instrucción secundaria están altamente relacionadas con nivel medio de conocimiento acerca del parto humanizado.



Tabla 12. Numero de gestación y el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash 2020.

N° de gestacion	Conocimiento							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primigesta	8	100	0	,0	0	0	8	100
Segundigesta	0	0	25	83.3	5	16.7	30	100
Multigesta	0	0	2	10	18	90	20	100
Total	8	13.8	27	46.6	23	39.7	58	100

$$X^2 = 88.136$$

$$p= 0.000 (p<0.05)$$

En la tabla se evidencia que del 100% de las segundigestas, el 83.3% tienen nivel de conocimiento medio, en relación al parto humanizado y 16.7% poseen alto nivel.

Al realizar la prueba estadística no paramétrica del Chi cuadrado, podemos indicar la relación significativa ($p < 0.05$) entre la variable segundigesta y el nivel de conocimiento medio acerca del parto humanizado, con un nivel de confianza del 95%.

Demostrándose que la condición de multigesta está altamente relacionada con nivel de conocimiento medio acerca el parto humanizado.



6. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente tesis, sobre conocimientos y actitudes de gestantes del CLAS Huanchac-Marian, distrito Independencia, Provincia Huaraz, departamento Ancash, en relación al primer objetivo específico orientado a determinar los aspectos sociodemográficas-obstétricas, se dan a conocer en las Tablas (1,2,3 y 4): (en Tabla 1) se demuestra que el grupo de edad que predomina fue de 19 a 35 años en 55.2% de gestantes, seguido de mayor a 35 años 25.9%; similares resultados evidenciaron en el estudio de Santos, A. et al. (2019) edad promedio fue de 26 años, asimismo Franco, C. (2018) predominó el grupo de 18-25 años; Cárdenas y León (2018) comprobó mayor prevalencia de 27 años y Atoccsa, C. (2017) de 20 a 34 años. (En Tabla 2), se demuestra el grado de instrucción alcanzado pues; 53.4% de gestantes tuvieron secundaria y 25.9% superior no universitaria. Resultado coincidente con el investigador Bastidas, Z (2016) 54% de gestantes tenían nivel educativo secundaria, asimismo Atoccsa, C. (2017), evidenció en 47% de gestantes educación secundaria al igual Bastidas, Z (2016) 54% de gestantes se ubica en nivel secundario.

En (Tabla 3), se determinó la frecuencia de la distribución según número de gestación con predominio de segundigesta en 51.7% seguido de multigestas en 34.5%. Estos datos son discordantes con la investigación que realizó Atoccsa, C. (2017), pues 83% eran primigestas.

En la (Tabla 4), se da a conocer el nivel de conocimiento de las gestantes del CLAS Huanchac-Marian sobre parto humanizado, el 46.6% de gestantes tienen nivel medio y 39.7% alto nivel. Este resultado es congruente con Huallanca, P. (2018) 73.3 % de gestantes mostraron regular nivel de conocimiento del parto humanizado, asimismo;



Hurtado, L. (2017), demostró que 60% de gestantes tener buen nivel de conocimiento del parto humanizado y Atoccsa, C. (2017), en su casuística demostró 55% de gestantes estuvieron ubicados en nivel medio.

Al respecto, Tenecela y Chazo (2020) concluyeron en 38.2% de su casuística estuvieron ubicados con nivel bajo de conocimiento sobre parto humanizado al igual Santos, A. et al. (2019), comprobaron gran porcentaje de gestantes 83.6% tienen buen nivel de conocimiento sobre parto humanizado; Asimismo la investigación de Franco, C. (2018), 100% de gestantes desconocían sobre parto humanizado, además; Crespo, A. (2018), en su estudio determino que 75% de gestantes desconocían sobre parto humanizado, asimismo; Cárdenas y León (2018) comprobó en 77.4% de gestantes alto nivel de conocimiento y Quispe, C. (2014), demostró en 43% de gestantes tener buen nivel de conocimiento.

Sobre el tercer objetivo específico (Tabla 5), se identificó el tipo de actitud sobre parto humanizado en gestantes del CLAS Huanchac-Marian, determinando el predominio de actitud positiva en 53.4% y negativas 46.6% de gestantes. Resultado contradictorio fueron concluidos por estudio de Atoccsa, C. (2017) donde 71% de gestantes presentaron una actitud negativa acerca del parto humanizado y la investigación de Quispe, C. (2014) concluyo con predominio de actitud positiva en 22% de gestantes.

La comparación sobre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre parto humanizado, con las variables: edad, el grado de instrucción y el número de embarazo, se dan a conocer en las (Tablas 6, 7, 8 y 9), de las cuales solo se observa al grupo multigestas ($p=0.025$) siendo 75.0% tienen una actitud positiva y negativa 25.0% (Tabla 9); mientras la relación entre la edad y el grado de instrucción resultaron ser no



significativos ($p>0.05$). Este resultado es contradictorio con los obtenido por el investigador Atoccsa, C. (2017) quien comprobó 71% de multíparas tienen una actitud indiferente sobre parto humanizado; asimismo; Quispe, C. (2014) en su estudio determino 22% de multigestas tener actitud positiva sobre parto humanizado.

Igualmente al realizar la comparación entre el nivel de conocimiento del parto humanizado con las variables edad, grado de instrucción y número de embarazo, se da a conocer en las (Tablas 10, 11 y 12), cuyos resultados son estadísticamente significativos evidenciándose al grupo etareo mayor a 35 años con alto nivel de conocimiento ($p=0.001$) correspondiendo a 93.3% de gestantes y 6.7% se ubican en nivel medio; seguido de grado de instrucción secundaria representado por 74.2% de gestantes con nivel medio de conocimiento ($p=0.0001$) y 25.8% alto nivel; y según el número de gestación prevaleció el grupo de segundigestas, pues; el 83,3% tienen nivel medio de conocimiento ($p=0.000$) y 16.7% con alto nivel.

Similares resultados se evidenciaron en el estudio de Huallanca, P. (2018) en el cual se concluyó que alto porcentaje de gestantes con instrucción secundaria tienen nivel medio de conocimiento; en contraposición demostró que las multíparas poseen alto nivel sobre parto humanizado, además; Quispe, C. (2014) determino en su casuística que la edad y el nivel educativo se asocian significativamente con el nivel de conocimiento hacia el parto vertical.



7. CONCLUSIONES

1. Los conocimientos y actitudes de las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, del distrito de Independencia, provincia Huaraz del Departamento Ancash, según datos sociodemográficos-obstétrico prevalentes fueron: 55.2% de gestantes estuvieron comprendidas entre 19 a 35 años, 53.4% con grado de instrucción secundaria y 51.7% de condición segundigesta.
2. El nivel de conocimiento identificado con respecto al parto fue de nivel medio representado por 46.6% de gestantes.
3. La actitud respecto al parto humanizado fue las positivas en 53.4% de gestantes
4. Al comparar las variables sociodemográficas-obstétrico con el tipo de actitud; sobre parto humanizado prevaleció significativo solo la condición de multigesta (($p=0.025$) en 75.0% de gestantes.
5. De igual manera al comparar las variables datos sociodemográficos y obstétrico y el nivel de conocimiento sobre parto humanizado, fueron significativos en gestantes comprendidos en el grupo de > 35 años de edad ($p=0.001$) 93.3% tienen alto nivel de conocimiento; el grado de instrucción secundaria ($p=0.0001$) y la condición de segundigesta ($p=0.0000$) en 74.2% y 83.3% de gestantes y poseen un nivel medio de conocimiento respecto al parto humanizado.

Demostrándose de esta manera la hipótesis planteada en el presente estudio la existencia significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes que tienen las gestantes del CLAS Huanchac-Marian en el periodo de estudio del 2020.



8. RECOMENDACIONES

1. A los directivos de los establecimientos de salud de Huaraz, tales como: Hospital Víctor Ramos Guardia y Essalud, como parte de un derecho de las gestantes de la atención del parto humanizado, adopten las medidas necesarias a fin de que se implemente dicha atención, puesto que existen directivas emanadas desde el MINSA para su cumplimiento que hasta hoy no los ejecutan.
2. Las autoridades del sector salud, deben capacitar al recurso humano Obstetra a fin que preste atención humanizada del parto.
3. Las universidades locales formadoras de profesionales en atención del parto (obstetricia), inserten en su currículo lo relacionado a las normas y directivas de la atención del parto humanizado y se entrenen debidamente para poner en práctica desde el SERUMS y en su práctica profesional diaria del parto humanizado.



9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arnau Sanchez J, Martinez Roche ME, Nicolas Vigueras MD, al e. Los Conceptos del parto normal, natural y humanizado. Revista de Antropología. 2012 mayo-agosto; 7(2): p. 225-247.
2. Goberna-Tricas J. Humanización y tecnificación en asistencia sanitaria al nacimiento: atencion centrada en la mujer M BC, editor. Brazil; 2015.
3. OMS. Declaracion de Fortaleza, Tecnologia apropiada para el parto. [Online]. Brazil; 1985 [cited 2020 octubre 12. Available from: <https://www.ascalema.es/wp-content/uploads/2014/10/OMS.-Recomendaciones-de-la-OMS-sobre-el-nacimiento.-Declaraci%C3%B3n-de-Fortaleza-1985.-Recomendaciones-de-la-OMS-para-la-Atenci%C3%B3n-intraparto-1999.pdf>.
4. Tyndall M. La naturaleza de Parir y Nacer. 1992;: p. 27.
5. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica Atencion Parto Vertical. [Online].; 2005 [cited 2020 noviembre 11. Available from: <https://peru.unfpa.org/es/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>.
6. Vargas Londoño VF. Ventajas y Desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal. [Online]. Colombia; 2018 [cited 2020 octubre 23. Available from: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/20-1%20\(2018-I\)/145254388013/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/IE/20-1%20(2018-I)/145254388013/).
7. Capuñay Marcelo R. Características de la atención del parto humanizado en gestantes. [Online]. Lima; 2019 [cited 2020 noviembre 12. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/323343765.pdf>.
8. Behruzi R , Hatem M , Goulet L , Fraser W , Leduc N , Misago C. Humanized birth in high risk pregnancy: Barriers and facilitating factors. Med Heal Care Philos. 2010; 13(1): p. 49-58.
9. Tenecela Fernandez M, Chazo Galeas EM. Acciones de Enfermería en el parto humanizado en pacientes que acuden al Centro de Salud Vinchoa del Canton, Provincia Bolivar. [Online]. Bolivar; 2020 [cited 2020 noviembre 30. Available from: <http://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/8004/P-UTB-FCS-ENF-000208.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.



10. Santos AB, Melo EV, De Goncalves JM, Et al. Grado de conocimientos de gestantes del Servicio Publico sobre Parto Humanizado. [Online]. Brasil; 2019 [cited 2020 noviembre 12. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1047748?lang=es>.
11. Franco Coffre. Conocimiento del Parto Humanizado en mujeres gestantes del Hospital de Yaguachi Dr. Jose Cevallos Ruiz. Revista científica Mundo de Investigacion y conocimiento. 2018; 2(1).
12. Crespo Antepara DN. Percepción sobre el parto en libre posición y el horizontal en mujeres que asisten al Centro de Salud Biblian. [Online]. Ecuador; 2018 [cited 2020 noviembre 23. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-5287-5074>.
13. Bastidas Z. “Ventajas del parto vertical manifestado por embarazadas que se atienden en la sala de partos. Tesis de Pregrado. Ecuador: Hospital Basico de Sucua; 2016.
14. Huallanca Pocco KN. Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado en gestantes que acuden al Centro de Salud de Pueblo Nuevo entre Octubre-diciembre. [Online].; 2018 [cited 2021 marzo 23. Available from: <http://repositorio.upica.edu.pe/bitstream/123456789/509/1/KELLY%20HUALLANCA%20POCCO.pdf>.
15. Cardenas Pozo I, Leon Carrera WT. Nivel de Conocimiento sobre Parto Vertical en Gestantes que se atienden en el Servicio de GinecoObstetricia. Tesis de Pregrado. Hospital San Juan de Lurigancho, Lima; 2018.
16. Atoccsa Garriazo YY. Conocimientos y actitudes sobre derecho al parto humanizado. [Online].; 2017 [cited 2020 noviembre 12. Available from: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/7725/Atoccsa_gy%20-%20Resumen.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
17. Quispe Canales S. Conocimiento del Parto Vertical y la Actitud de las Madres Gestantes. Tesis de Pregrado. Huamanga: Hospital II Essalud, Ayacucho; 2014.
18. Flores U. El conocimiento una aproximación a su definición. [Online].; 2005 [cited 2020 noviembre 23. Available from: <http://www.revistaespacios.com/a05v26n02/05260242.html>.
19. Ciprés M. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento. [Online].; 2004 [cited 2020 octubre 12. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2274043>.



20. Leon G. La importancia del conocimiento científico en el proceso innovador. [Online].; 2011 [cited 2020 octubre 1. Available from: [http://oa.upm.es/19657/1/INVE MEM 2012 130156.pdf](http://oa.upm.es/19657/1/INVE_MEM_2012_130156.pdf).
21. Ponce S. Conocimiento sobre la función de investigación, establecido en el código de Puno. [Online].; 2016 [cited 2020 setiembre 12. Available from: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3669/Ponce_Umi%C3%B1a Sara Vanesa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3669/Ponce_Umi%C3%B1a_Sara_Vanesa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
22. Camila S, Albert L, Sodr  da Silva A, et al. Enfermagem e humaniza o no cuidado   mulher durante o parto. [Online].; 2011 [cited 2020 noviembre 11. Available from: <http://dx.doi.org/10.18471/rbe.v25i2.4963>.
23. Papagni K, Buckner E. Doula Support and Attitudes of Intrapartum Nurses: A Qualitative Study from the Patient's Perspective. [Online].; 2006 [cited 2020 noviembre 12. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595283/>.
24. MacDorman , et al. Home Births in the United States, u.s. dEpArtmEnt of HEAltH And HumAn sErvicEs. [Online].; 2012 [cited 2020 noviembre 23. Available from: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db84.pdf>.
25. MINSA Resolucion Ministerial N 518. Para la Atencion del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural. [Online].; 2016 [cited 2020 noviembre 25. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4240.pdf>.
26. Justo L, Pfeiffer M. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. [Online].; 2013 [cited 2020 octubre 12. Available from: <http://www.unesco.org/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/images/RevistaRedBioeticaA4V1N7-2013.pdf>.
27. Kaplan Westbrook. El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. [Online]. Argentina; 2015 [cited 2020 noviembre 12. Available from: http://digitalcollections.sit.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3272&context=isp_collection.
28. Revista Cubana de Ginecología y Obstetricia. Psicoprofilaxis obstetrica. 2012; 38(1): p. 134-145.
29. Le o de Figueredo Pereira A, Aparecida M, Maura V. Proceso de implementación de la Casa de Parto en el Sistema Unificado de Salud, Rio de Janeiro. Avances en Enfermería. 2012; 30(3).



30. Secretaria de Salud. La Atención Intercultural del Trabajo de Parto en Posición Vertical en los Servicios de Salud. Dirección de Medicina Tradicional Mexico; 2007-2012.
31. Ministerio de Salud. Minsa impulsa el parto humanizado para mejor atención de la madre y el bebé. [Online].; 2019 [cited 2020 noviembre 12. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50746-minsa-impulsa-el-parto-humanizado-para-mejor-atencion-de-la-madre-y-el-bebe>.
32. Ministerio de Salud. Modelo de Atención con Adecuación Intercultural en Salud Materna Perinatal Consorcio Madre Niño, Churcampa. Modelo de atención parto horizontal. Ministerio de Salud, Huancavelica; 2017.
33. Ministerio de Salud. Documento Técnico, Casas de Espera Materna, Modelo para la Implementación, Dirección General de Promoción de la Salud. Documento Tecnip. MINSA PERU, Lima; 2016.
34. Ministerio de Salud. Marco de Derechos y Deberes del Usuario para el Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Salud. , Lima; 2006.
35. NTS. N°105-MINSA/DGSP.V.01. Norma Técnica de Salud. Lima Peru.;; 2014.
36. Ibañez Gracia T. Introducción a la psicología social Barcelona: UOC; 2004.
37. Rosenberg M, Hovland C. Attitude Organization and Change Pres YU, editor.;; 1960.
38. Eysenck. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR) and Short_Scale (EPQ-RS). London: Hodder and Stoughton Madrid: TEA; 1997.
39. Bunge M. [Online].; 2020 [cited 2020 octubre 12. Available from: <https://bilosofia.wordpress.com/2012/02/24/introduccion-a-la-epistemologia-segun-mario-bunge/>.
40. Schuarcz SD. obstetricia Argentina: El Ateneo; 2016.
41. Rigol Ricardo O. Obstetricia y Ginecología La Habana. Cuba: Ciencias Médicas; 2017.
42. Leon Gordis. Epidemiologia. quinta ed. España: Elsevier; 2014.
43. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Ginebra.;; 2013.
44. Vazquez Lara JM. Manual Basico de Obstetricia Alcalá-España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017.



45. Leveno K.. Williams. Manual de Obstetricia. Complicaciones en el embarazo. quinta ed. Argentina: Mc Graw Hill; 2008.
46. Danforth FH. Tratado de Ginecología y Obstetricia. octava ed. España: Mc Graw Hill; 2000.
47. Cabrera Cabrera C, Arotingo Cushcagua JF. Conocimiento, Actitudes y Practica Culturales Asociadas al Parto de las Madres y Parteras Kayambis. Tesis de Postgrado. Ecuador:, Provinvia de Imbabura; 2016.
48. Engelman GJ. Labor Among Primitive Peoples. [Online].; 1883 [cited 2020 noviembre 12. Available from: <https://archive.org/details/laboramongprimi01engegoog>.
49. Jarcho Julius PB. Postures and practices during labor among primitive peoples. [Online].; 1934 [cited 2020 noviembre 12. Available from: <https://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC2601144&blobtype=pdf>.
50. Chalmers B , Mangiaterra V , Porter R. WHO Principles of Perinatal Care: the Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. [Online].; 2002 [cited 2020 octubre 21. Available from: www.clap.ops-oms.org.
51. Tricas J G. Autonomía, heteronomía y vulnerabilidad en el proceso de parto. [Online].; 2012.
52. Mabuchi A Dos , Fustinoni SM. The meaning given by the healthcare professional to labor and humanizing delivery. Acta Paul Enferm. 2008; 21(3): p. 420-6.
53. Iglesias Casas S, Conde Garcia M, Gonzales Salgado S. Parto y nacimiento humanizado: evaluación de una vía clínica basada en la evidencia. Matronas Profesion. 2009; 10(2): p. 5-11.
54. De Maria Caceres , Manrique F , Nieves Cuervo G. Atención humanizada del parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2017; 68(2): p. 128-34.
55. Biurrun Garrido A, Tricas J G. La humanización del trabajo de parto: necesidad de definir el concepto. Revisión bibliográfica. Matronasa Pprofesion. 2013; 14(2): p. 62-6.
56. Wagner M. El cuidado maternal en España 2006: La necesidad de humanizar el parto. Med Natur. 2006; 10(1): p. 598-610.



57. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche M. Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado. Rev Lat Am Enfermagem. 2015; 23(3): p. 29-37.



ANEXOS



ANEXO 1

CUESTIONARIO PARA SER APLICADO A GESTANTES

INSTRUCTIVO: Señora. Ruego a usted participar en la presente investigación científica, marcando con un aspa (x), en cada pregunta planteada, que permitirá ejecutar el trabajo de investigación científica: **CONOCIMIENTO DEL PARTO HUMANIZADO Y ACTITUDES DE GESTANTES CLAS HUANCHAC-MARIAN, INDEPENDENCIA, HUARAZ, ANCASH, 2020**, cuyo objetivo general es: Determinar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, distrito Independencia, provincia Huaraz, Ancash, 2020.

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y OBSTETRICO

1.1. Edad:

1. < 19 años
2. > 19 años a 35 años
3. > de 35 años

1.2. Grado de instrucción:

1. Primaria
2. Secundaria
3. Superior no universitaria

1.3. Numero de gestación:

2. Primigesta
3. Secundigesta
4. Multigesta



II. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO HUMANIZADO

2.1. Marque usted, la definición correcta del parto humanizado:

- a. Atención realizada solo en el establecimiento de salud
- b. Atención especializada, que se rige según las guías de atención
- c. Se basa en el respeto a la intimidad, apoyo emocional de la gestante considerándola como eje central de esta experiencia enriquecedora y positiva.
- d. Atención donde se permite a la paciente tener una absoluta decisión sobre su salud.

2.2. El parto humanizado según el Ministerio de Salud del Perú es:

- a. El proceso de comunicación y apoyo mutuo entre las personas, procedido 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 esto un proceso natural.
- d. Todas las anteriores.

2.3. La elección del Parto Humanizado depende:

- a. De la parturienta
- b. Del profesional de salud
- c. De que no exista contraindicaciones
- d. Del acompañante.

2.4. La madre puede elegir tener un parto en:

- a. Posición vertical
- b. De cuclillas
- c. En posición horizontal
- d. Todas las anteriores.



2.5. Para que la gestante pueda tener un acompañante durante el proceso del parto es obligatorio:

- a. La gestante pueda elegir a cualquier acompañante
- b. El acompañante debería ser el papa del bebe
- c. El acompañante debe contar con algunas sesiones de preparación para el parto
- d. La gestante puede elegir a cualquier acompañante que cuente o no con preparación previa para el parto.

2.6. En relación al acompañante: lo correcto es:

- a. Debe haber participado en todas las sesiones de preparación para el parto
- b. Tiene como función brindar apoyo en todo sentido a la gestante
- c. No debe hacer caso a las indicaciones del personal profesional que atenderá el parto
- d. No representa un soporte emocional para la gestante durante el parto.

2.7. ¿Cómo define usted? ¿El parto en posición vertical?

- a. Atención del parto con la gestante en posición de cubito dorsal
- b. Atención del parto con la gestante en posición sentada en una silla
- c. El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (puede ser de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas) mientras el personal de salud atiende el parto
- d. Solo parada sostenida de otra persona o de un implemento tales como una barra o una soga.

2.8. En el parto vertical se:

- a. Promueve una participación más activa de la madre
- b. No conlleva a riesgo del bebe
- c. Crea vínculos afectivos entre la madre y el feto
- d. Todas las anteriores.



1.9. Son posiciones que puede adoptar la gestante en el parto vertical.

Excepto.

- a. Posición de rodilla
- b. Posición dorsal o echada
- c. Posición cogida de soga o baranda
- d. Posición de pies y manos (cuatro puntos de apoyo)

1.10. ¿Cuáles son las ventajas de la atención del parto vertical, demostradas desde el punto de vista fisiológico?

- a. No facilita al feto para la salida al exterior
- b. Hay menor actividad uterina
- c. Hay aumento del dolor
- d. Favorece al encajamiento y descenso del feto por acción positivas de las fuerzas de la gravedad.

1.11. Marque las desventajas de la atención del parto vertical.

- a. Hay mayor frecuencia de desgarros de la vagina
- b. Incomodidad para el personal que atiende el parto
- c. Dificultad para ver al feto en el momento del parto
- d. Todas las anteriores son correctas.

1.12. ¿Cuáles son las desventajas de la atención del parto vertical?

- a. Mayor frecuencia de desgarro perineal
- b. Mayor pérdida sanguínea
- c. Falta de energía de la parturienta para mantenerse en cuclillas
- d. Todas las anteriores son correctas.

1.13. La principal indicación del parto vertical es:

- a. Se realiza en gestantes con alguna complicación obstétrica
- b. Solo se realiza en parto presentación cefálica
- c. Incompatibilidad feto pélvica
- d. Estrechez pélvica.

1.14. Son contraindicaciones para la libre elección de la posición para el parto vertical.

- a. Falta de consentimiento informado
- b. Gestante con presión arterial alta (preeclampsia severa)



- c. Feto en presentación de nalgas o pies
- d. Todas las anteriores.

1.15. ¿Cuáles son las contraindicaciones del parto vertical?

- a. Cesareada anterior
- b. Prolapso o salida del cordón umbilical
- c. Sufrimiento fetal (su corazón del bebe no funciona bien)
- d. Todas las anteriores.



ANEXO 2

CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE LA ATENCION DEL PARTO HUMANIZADO

ACTITUDES	De acuerdo 2 puntos	En desacuerdo 1 punto
1.Estoy de acuerdo que se implemente la atención del parto humanizado en el Hospital VRG de Huaraz.		
2. Estaría dispuesto a recibir capacitación necesaria para la atención del parto humanizado.		
3.Considera que la atención del parto humanizado le generaría incomodidad.		
4.Considera que la implementación del parto humanizado en todos los establecimientos de salud es una forma de respetar la cultura de la gestante.		
5.Considera que la atención de parto humanizado solo debe realizarse en zonas rurales.		
6.Considera usted que el parto vertical solo debe ser realizado por las parteras o comadronas y no por el profesional de salud que atiende el parto.		
7.La atención del parto humanizado debe incluir la presencia de un acompañante.		
8.Considera que se debe respetar la decisión de la gestante si opta por la posición vertical para la atención del parto.		
9. Considera usted que el profesional de salud debe informar sobre la posición de parto diferente a la horizontal a todas las gestantes en su cuidado prenatal.		
10. Considera que el profesional de salud es quien decide qué posición es la más adecuada para la gestante.		
11.Considera que el profesional de salud, durante el trabajo de parto debe permitir la libre deambulaci3n y elecci3n de posturas.		
12. Cree usted que el parto humanizado promueve una participaci3n m3s activa de la madre por ello surge un mayor v3nculo afectivo.		



ANEXO 3

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DEL PARTO HUMANIZADO

Realizado el cálculo de confiabilidad del instrumento para medir conocimientos sobre parto humanizado en gestantes del CLAS Huanchac-Marian, mediante el Coeficiente Alfa de Crombach, se obtuvo como resultado un instrumento de investigación confiable según detalle siguiente:

Alfa de Crombach	Alfa de Crombach basada en los elementos tipificados	Número de elementos
,0756	,801	15

ANEXO 4

Coefficiente de Confiabilidad de Kuder-Richardson (KR-20)

$$KR_{20} = \frac{n}{n-1} \left[\frac{s_t^2 - \sum pq}{s_t^2} \right] \quad = 0,88$$

Donde:

n: número total de ítems

s_t^2 : varianza de las puntuaciones totales

p: proporción de sujetos que pasaron un ítem sobre el total de sujetos

q = 1- p

Estadísticos de contraste

(KR-20)	0,88
---------	------

Como se puede apreciar el valor (KR-20) 0,88, lo que demuestra la alta confiabilidad del instrumento para la medición de los valores de actitudes.

ANEXO 5

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha: _____

Yo: _____, identificado con DNI N° _____

A través de este documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: **CONOCIMIENTO DEL PARTO HUMANIZADO Y ACTITUDES DE GESTANTES CLAS HUANCHAC-MARIAN, INDEPENDENCIA, HUARAZ, ANCASH, 2020.**

Habiendo sido informada del propósito de la misma así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además confío en que el investigador utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad: habiendo manifestado su deseo de participar, y dado su consentimiento informado; se comprometo con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de la información; así como también asegura que los hallazgos serán utilizados para fines de investigación y no le perjudicarán en absoluto su persona.

Atentamente.

.....

FIRMA DE LA GESTANTE

.....

FIRMA DE LA INVESTIGADORA

DNI N°



ANEXO 6

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: CONOCIMIENTO DEL PARTO HUMANIZADO Y ACTITUDES DE GESTANTES CLAS HUANCHAC- MARIAN, INDEPENDENCIA, HUARAZ, ANCASH, 2020.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLES	METODOLOGIA
¿Cuál es el nivel de conocimiento del parto humanizado y que actitudes asumen las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, distrito Independencia, provincia Huaraz, Departamento Ancash, 2020?.	<p>GENERAL: Determinar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes atendidas en el CLAS Huanchac-Marian, distrito Independencia, provincia Huaraz, Ancash, 2020.</p> <p>ESPECIFICOS:</p> <p>a. Establecer los datos sociodemográficos y obstétrico.</p> <p>b. Identificar nivel de conocimiento y actitudes sobre parto humanizado.</p> <p>c. Comparar los datos sociodemográficos, obstétrico, el nivel de conocimiento y las actitudes acerca del parto humanizado.</p>	<p>Hi:</p> <p>El nivel de conocimiento del parto humanizado es estadísticamente significativo con las actitudes que tienen las gestantes del CLAS Huanchac-Marian, del distrito Independencia, Huaraz, Ancash, 2020.</p>	<p>INDEPENDIENTE:</p> <p>Conocimiento sobre el parto humanizado.</p> <p>DEPENDIENTE:</p> <p>Actitud frente al parto humanizado</p>	<p>Tipo de investigación.</p> <p>Estudio descriptivo, prospectivo, comparativo, analítico y prospectivo</p> <p>Área de estudio: CLAS Huanchac-Marian Huaraz, Ancash.</p> <p>Población: 78 gestantes</p> <p>Muestra: 58 gestantes</p> <p>Técnica e instrumento de recolección de datos:</p> <p>Cuestionario de preguntas</p>