UNIVERSIDAD DE HUANUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

TESIS

“Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024”

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

AUTORA: Mendoza Pérez, Kiara

ASESORA: Marcelo Armas, Maricela Luz

HUÁNUCO – PERÚ

2025

U

D

H

TIPO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

- Tesis (X)
- Trabajo de Suficiencia Profesional ( )
- Trabajo de Investigación ( )
- Trabajo Académico ( )

LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN: Salud Materno y Perinatal
AÑO DE LA LÍNEA DE INVESTIGACIÓN (2020)

CAMPO DE CONOCIMIENTO OCDE:
Área: Ciencias Médicas, Ciencias de la Salud
Sub área: Medicina Clínica
Disciplina: Obstetricia, Ginecología

DATOS DEL PROGRAMA:
Nombre del Grado/Título a recibir: Título Profesional de Obstetra
Código del Programa: P02
Tipo de Financiamiento:

- Propio (X)
- UDH ( )
- Fondos Concursables ( )

DATOS DEL AUTOR:
Documento Nacional de Identidad (DNI):47297201

DATOS DEL ASESOR:
Documento Nacional de Identidad (DNI):04049506
Grado/Título: Doctora en Ciencias de la Salud
Código ORCID: 0000-0001-8585-1426

DATOS DE LOS JURADOS:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES	GRADO	DNI	Código ORCID
1	Bacilio Cruz, Silvia Lina	Doctora en Ciencias de la Salud	22515292	0000-001-9904-5337
2	Rodriguez de Lombardi, Gladys Liliana	Doctora en Ciencias de la Salud	22404125	0000-0002-4021-2361
3	Ballarte Baylon, Natalia	Magister en Ciencias de la Educación Docencia en Educación Superior e Investigación	22486754	000-002-0795-9324

UNIVERSIDAD DE HUANUCO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE OBSTETRICIA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las **dieciséis horas con treinta minutos** de la fecha **once** del mes de **julio** del año **dos mil veinticinco**, se reunieron en el auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Huánuco en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad, se reunió el jurado calificador integrado por los docentes:

- Dra. Silvia Lina Bacilio Cruz — **Presidente**
- Dra. Gladys Liliana Rodriguez De Lombardi — **Secretaria**
- Mg. Natalia Ballarte Baylon — **Vocal**

Nombrados mediante **RESOLUCION N° 2381-2025-D-FCS-UDH**, para evaluar la Tesis intitulado **"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO HUMANIZADO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD PANAO, ENERO A MAYO, 2024"**; presentado por la Bachiller en Obstetricia la **Sra. Kiara MENDOZA PEREZ,** para optar el Título Profesional de **Obstetra**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO por UNANIMIDAD con el calificativo cuantitativo de 16 y cualitativo de BUENO.

Siendo las, 17-30 horas del día **once** del mes de **julio** del año **2025** los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.

DRA. SILVIA LINA BACILIO CRUZ
DNI: 22515292
CÓDIGO ORCID: 0000-0001-9904-5337

DRA. GLADYS L. RODRIGUEZ DE LOMBARDI
DNI: 22404125
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-4021-2361

MG. NATALIA BALLARTE BAYLON
DNI: 22486754
CÓDIGO ORCID: 0000-0002-0795-9324

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El comité de integridad científica, realizó la revisión del trabajo de investigación del estudiante: KIARA MENDOZA PÉREZ, de la investigación titulada "Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024", con asesor(a) MARICELA LUZ MARCELO ARMAS, designado(a) mediante documento: RESOLUCIÓN N° 1083-2024-D-FCS-UDH del P. A. de OBSTETRICIA.

Puede constar que la misma tiene un índice de similitud del 20 % verificable en el reporte final del análisis de originalidad mediante el Software Turnitin.

Por lo que concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio y cumple con todas las normas de la Universidad de Huánuco.

Se expide la presente, a solicitud del interesado para los fines que estime conveniente.

Huánuco, 11 de abril de 2025

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE INTEGRIDAD CIENTÍFICA
HUÁNUCO - PERÚ

RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE TURNITIN
HUÁNUCO - PERÚ

MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

81. Mendoza Pérez, Kiara.docx

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%	18%	8%	10%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.ucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil Trabajo del estudiante	1%
5	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
6	repositorio.udh.edu.pe Fuente de Internet	1%

MARCELO ARMAS MARICELA
DNI: 04049506
Cod. 0000-0001-8585-1426
ASESORA

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA
HUÁNUCO - PERÚ

RICHARD J. SOLIS TOLEDO
D.N.I.: 47074047
cod. ORCID: 0000-0002-7629-6421

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
RESPONSABLE DE TURNITIN
HUÁNUCO - PERÚ

MANUEL E. ALIAGA VIDURIZAGA
D.N.I.: 71345687
cod. ORCID: 0009-0004-1375-5004

DEDICATORIA

A Dios, por ser mi refugio en los momentos de duda y mi luz en el camino. Sin su guía y fortaleza, este logro no habría sido posible.

A mis padres, por su amor inagotable y sacrificio han sido la base de todo lo que soy. Gracias por enseñarme con su ejemplo que la constancia y el esfuerzo siempre rinden frutos.

A mis hermanos, por ser apoyo, compañía y fuente inagotable de alegría en este recorrido.

A mis docentes, quienes con su dedicación y conocimientos han sembrado en mí la pasión por aprender y crecer profesionalmente.

A cada gestante que inspiró esta investigación, porque su valentía y determinación reflejan la importancia de una atención digna y respetuosa.

Y a todos aquellos que, de una u otra manera, han dejado su huella en este camino. Su apoyo ha sido fundamental para la realización de este sueño.

AGRADECIMIENTO

Con profunda gratitud elevo mi agradecimiento a Dios, fuente de fortaleza y guía en cada paso de este camino. Su infinita misericordia y sabiduría han sido mi refugio en los momentos de desafío y mi impulso en los de esperanza.

A mis padres, pilares inquebrantables de mi vida, cuyo amor, esfuerzo y sacrificio han sido el motor que me ha permitido alcanzar cada meta.

A mis hijos, razón de mi esfuerzo y mi mayor motivación. Por ellos, cada reto se transforma en oportunidad y cada logro cobra un significado aún más profundo.

A mi asesora, por su paciencia, orientación y compromiso en este proceso.

A cada uno de ellos, mi más sincero agradecimiento, porque sin su apoyo incondicional, este logro no habría sido posible.

INDICE

DEDICATORIA II
AGRADECIMIENTO III
INDICE IV
ÍNDICE DE TABLAS VII
ÍNDICE DE FIGURAS IX
RESUMEN X
ABSTRACT XI
INTRODUCCIÓN XII
CAPÍTULO I 14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 14
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA 14
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 17
1.2.1. PROBLEMA GENERAL 17
1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS 17
1.3. OBJETIVO GENERAL 18
1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 18
1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 18
1.5.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA 18
1.5.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA 18
1.5.3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA 19
1.6. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN 19
1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN 20
CAPÍTULO II 21
MARCO TEÓRICO 21
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 21
2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL 21
2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL 26
2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL 28
2.1.4. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL 28
2.2. BASES TEÓRICAS 28
2.2.1. EL CONOCIMIENTO 28
2.2.2. TIPOS DE CONOCIMIENTO 28

2.2.3. LA ACTITUD 31
2.2.4. PARTO 32
2.2.5. PARTO HUMANIZADO 32
2.2.6. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO HUMANIZADO 33
2.2.7. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO HUMANIZADO – OMS 34
2.2.8. BENEFICIOS DEL PARTO HUMANIZADO 35
2.2.9. INTERVENCIONES EN OBSTETRICIA 36
2.2.10. PASOS PARA EL PARTO Y NACIMIENTOS HUMANIZADOS 37
2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES 38
2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS 39
2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL 39
2.5. SISTEMA DE VARIABLES 39
2.5.1. VARIABLE ASOCIADA 39
2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN 39
2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN 39
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 40
CAPÍTULO III 45
METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN 45
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN 45
3.1.1. ENFOQUE 45
3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE INVESTIGACIÓN 45
3.1.3. DISEÑO 45
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA 46
3.2.1. POBLACIÓN 46
3.2.2. MUESTRA 46
3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 47
3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS 47
3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS 47
3.3.3. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN 48
3.3.4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO 48
3.3.5. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS 49
3.3.6. PARA EL PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS 49
3.3.7. PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS 50
3.3.8. PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN 50

CAPÍTULO V 51
RESULTADOS 51
4.1. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 51
4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DEMOGRÁFICA 51
4.1.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA GINECO-OBSTÉTRICA 55
4.1.3. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DEL CONOCIMIENTO 59
4.1.4. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS ACTITUDES 62
4.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL 65
4.2.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL 65
CAPÍTULO V 66
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS 66
5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS 66
CONCLUSIONES 69
RECOMENDACIONES 70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71
ANEXOS 79

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la edad en gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 51
Tabla 2. Distribución del estado civil de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 52
Tabla 3. Distribución del grado de instrucción de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 53
Tabla 4. Distribución de la ocupación de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 54
Tabla 5. Distribución de la paridad de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 55
Tabla 6. Distribución de edad de la menarquia de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 56
Tabla 7. Distribución de edad de inicio de relaciones coitales de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 57
Tabla 8. Distribución del número de parejas sexuales de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 58
Tabla 9. Distribución de los enunciados en la escala valorativa sobre el conocimiento del parto humanizado en gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 59
Tabla 10. Distribución del nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 61
Tabla 11. Distribución de los enunciados en la escala valorativa Likert sobre las actitudes del parto humanizado en gestantes cuya atención fue en el

servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 62
Tabla 12. Distribución de las actitudes sobre el parto humanizado de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024..... 64
Tabla 13. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024 65
Tabla 14. Estadística no paramétrica correlacional entre el nivel de conocimiento y las actitudes clasificadas referente al parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024..... 65

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Distribución de la edad en gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 51
Figura 2. Distribución del estado civil de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 52
Figura 3. Distribución del grado de instrucción de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 53
Figura 4. Distribución de la ocupación de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 54
Figura 5. Distribución de la paridad de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 55
Figura 6. Distribución de edad de la menarquia de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 56
Figura 7. Distribución de edad de inicio de relaciones coitales de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 57
Figura 8. Distribución del número de parejas sexuales de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 58
Figura 9. Distribución del nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 61
Figura 10. Distribución de las actitudes sobre el parto humanizado de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024 64

RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024. **Método.** Investigación prospectiva, no experimental, transversal, de nivel relacional. La muestra lo integraron 61 gestantes, empleando como instrumento un cuestionario. **Resultados.** En el ámbito demográfico, el 44.3% de las gestantes tenía entre 18 y 25 años, el 82.0% convivía con su pareja, el 57.4% solo cursó estudios secundarios y el 63.9% se dedicaba al hogar. En cuanto a las características gineco-obstétricas, el 39.3% eran multíparas, el 96.7% experimentó la menarquia entre los 10 y 13 años, el 59.0% inició su vida sexual entre los 12 y 15 años, y el 100% tuvo solo una pareja sexual. Sobre el conocimiento del parto humanizado, el 45.9% presentó un nivel bajo, el 29.5% medio y el 24.6% alto. En las actitudes, el 50.8% mostró una actitud negativa y el 49.2% positiva. Respecto a la relación entre conocimiento y actitud, el valor p = 0.667, superior a 0.05, confirmó la ausencia de correlación significativa entre ambas variables. **Conclusión.** No existe relación estadística entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado entre las grávidas.

Palabras clave. Conocimiento, actitud, parto humanizado, gestante, atención prenatal.

ABSTRACT

Objective. To determine the relationship between knowledge and attitudes toward humanized childbirth in pregnant women attending the prenatal care service at the Panao Health Center in Huánuco from January to May 2024. **Method.** A prospective, non-experimental, cross-sectional study with a relational level of analysis. The sample consisted of 61 pregnant women, using a questionnaire as the instrument. **Results.** Demographically, 44.3% of the pregnant women were between 18 and 25 years old, 82.0% lived with their partner, 57.4% had only completed secondary education, and 63.9% were dedicated to household tasks. Regarding gynecological-obstetric characteristics, 39.3% were multiparous, 96.7% experienced menarche between 10 and 13 years old, 59.0% initiated sexual activity between 12 and 15 years old, and 100% reported having had only one sexual partner. Regarding knowledge of humanized childbirth, 45.9% had a low level, 29.5% a medium level, and 24.6% a high level. In terms of attitudes, 50.8% showed a negative attitude, while 49.2% had a positive attitude. Concerning the relationship between knowledge and attitude, the p-value = 0.667, higher than the 0.05 threshold, confirmed the absence of a significant correlation between the two variables. **Conclusion.** There is no statistical relationship between the level of knowledge and attitudes toward humanized childbirth among pregnant women.

Keywords. Knowledge, attitude, humanized childbirth, pregnant woman, prenatal care.

INTRODUCCIÓN

La salud materna es un pilar fundamental en la atención sanitaria global, ya que abarca la protección de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio [1]. A pesar de los avances en la reducción de la mortalidad materna, esta sigue siendo un problema significativo, especialmente en regiones con acceso limitado a servicios de salud de calidad [2]. En el Perú, las cifras han mostrado variaciones preocupantes, con factores como el COVID-19 [8], la hemorragia obstétrica y los trastornos hipertensivos [9] como principales causas de muerte materna. Ante esta realidad, el parto humanizado ha surgido como una estrategia clave para mejorar la experiencia de las gestantes, promoviendo su autonomía y reduciendo intervenciones innecesarias [10]. Sin embargo, persisten desafíos en la implementación de este enfoque, especialmente en zonas rurales donde las inequidades en el acceso a la atención médica son más evidentes [6].

En este contexto, surge la necesidad de investigar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, en el periodo de enero a mayo de 2024. Comprender esta relación permitirá identificar posibles brechas de información y barreras actitudinales que podrían estar limitando la adopción de prácticas más humanizadas en la atención del parto. Además, este estudio resulta pertinente porque proporciona evidencia científica que contribuirá a la mejora de las estrategias de salud materna, facilitando la implementación de programas educativos y sensibilización que promuevan una mayor aceptación del parto humanizado en la población gestante.

Para alcanzar este propósito, la investigación se planteó como un estudio prospectivo, no experimental, transversal y de nivel relacional. La muestra estuvo conformada por 61 gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, y se empleó un cuestionario validado como instrumento de recolección de datos. A lo largo del estudio, se analizaron las características sociodemográficas y gineco-obstétricas de las gestantes, así como su nivel de conocimiento y actitud frente al parto humanizado. Los datos obtenidos fueron procesados mediante análisis

estadístico, con el fin de determinar si existe una relación significativa entre ambas variables.

Las fuentes de información utilizadas para el desarrollo del estudio incluyen artículos científicos, tesis académicas, informes de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como documentos del Ministerio de Salud del Perú (MINSA). No obstante, la investigación enfrentó algunas limitaciones, tales como restricciones de tiempo, dificultades en el acceso a información detallada, un tamaño muestral relativamente reducido que limita la generalización de los resultados y posibles sesgos en las respuestas debido a factores externos como influencias socioculturales o experiencias previas de las gestantes.

No obstante, de manera concluyente, los hallazgos de esta investigación resaltan la importancia de fortalecer las estrategias de intervención en salud materna, no solo a través de la difusión de información, sino también mediante acciones que fomenten un cambio de actitud hacia el parto humanizado. Por ello, es fundamental que los servicios de salud incorporen prácticas más humanizadas, garantizando el respeto, la autonomía y la dignidad de la mujer durante todo el proceso de gestación y parto. La implementación de políticas públicas orientadas a mejorar la educación y sensibilización sobre este tema permitirá avanzar hacia un modelo de atención más equitativo e inclusivo, contribuyendo a la reducción de la mortalidad materna y al bienestar integral de las gestantes y sus bebés.

CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud materna como la salud de las mujeres durante el embarazo, el parto y el puerperio. Este enfoque abarca todas las etapas del proceso reproductivo femenino y se centra en garantizar que cada fase sea una experiencia positiva y segura para las mujeres. La atención a la salud materna implica la prevención y el tratamiento de complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, así como la promoción de la planificación familiar y la atención posparto adecuada. (1)

Sin embargo, dentro de la salud materna, un indicador sanitario es la mortalidad materna, que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como el fallecimiento de una mujer durante el período de embarazo y hasta el puerperio. Esta definición se centra en las complicaciones que pueden surgir durante el embarazo, el parto o el posparto, lo que resulta en la muerte de la mujer. La OMS considera que la mortalidad materna es un indicador crucial de la calidad de los servicios de salud reproductiva y de la equidad en el acceso a la atención médica. (2)

Del mismo modo, para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), por su parte, concibe la mortalidad materna como las defunciones de mujeres durante el embarazo, el parto o el puerperio, y las relaciona con la falta de acceso a servicios de salud de calidad. Esto subraya la importancia de abordar las disparidades en el acceso a la atención médica para reducir la mortalidad materna. (3)

Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSA) define la mortalidad materna como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días posteriores a la finalización del embarazo, independientemente de la duración o la localización del mismo, por cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su manejo. Esta definición resalta la importancia de considerar tanto las causas directas como las indirectas de la mortalidad materna, así como el período extendido del posparto como parte de la evaluación de las muertes maternas. (4)

La tasa de mortalidad materna a nivel mundial ha sido objeto de atención y seguimiento por parte de diversas organizaciones internacionales de salud. Según datos proporcionados por la OMS, la razón de mortalidad materna a escala global en 2020 fue de 223 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos. Esta cifra representa una disminución respecto a años anteriores, lo que indica avances en los esfuerzos por mejorar la salud materna a nivel mundial. [2]

Sin embargo, a pesar de esta tendencia a la baja, la mortalidad materna sigue siendo un problema significativo en muchas partes del mundo. Según la OPS, cada día mueren aproximadamente 830 mujeres en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. Estas cifras subrayan la necesidad continua de medidas para abordar los desafíos que enfrentan las mujeres durante el embarazo y el parto, especialmente en regiones donde los sistemas de salud son menos accesibles o están menos desarrollados. [5] [6]

La mortalidad materna en el Perú ha experimentado cambios significativos en los últimos años. En 2019, el país registró su cifra más baja de muertes maternas, con 302 decesos. [6] No obstante, según datos del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud del Perú (CDC MINSA), hasta la semana epidemiológica 18-2022 se notificaron 113 muertes maternas en el país. [7]

En esta situación, resulta relevante destacar que, en el transcurso del año 2021, el CDC Perú reportó un total de 493 fallecimientos de mujeres en edad materna. Además, el CDC Perú identificó que Lima (con 17 casos), Piura (con 15 casos), La Libertad (con 13 casos) y Loreto (con 10 casos) fueron las regiones con la mayor incidencia de muertes maternas hasta la semana epidemiológica 18-2022. [7]

Según el último avance, la mortalidad materna en Huánuco ha mostrado una tendencia preocupante. Aunque los datos específicos pueden variar, se observa que esta región enfrenta desafíos significativos en términos de salud materna, con tasas que pueden superar el promedio nacional.

Sin embargo, las causas más destacadas de la mortalidad materna en el Perú destacaron el COVID-19: En el año 2021, la COVID-19 se convirtió en la principal causa de muerte materna en el Perú, representando el 29,2% de

los casos. Seguido de Hemorragia obstétrica que representa el 19,8% de las muertes maternas, se refiere a la pérdida de sangre excesiva durante el embarazo, el parto o el posparto y los Trastornos hipertensivos del embarazo: Estos trastornos, que constituyeron el 21,4% de las muertes maternas en el 2020, incluyen condiciones como la preeclampsia y la eclampsia, que pueden provocar complicaciones graves para la madre y el bebé si no se tratan adecuadamente. [8] [9]

Para abordar esta problemática, se ha promovido el enfoque de parto humanizado, que se centra en la mujer y su bebé, respeta sus derechos, preferencias y autonomía durante todo el proceso de parto y nacimiento, y promueve la toma de decisiones informadas y el empoderamiento de la mujer. [10]

El parto humanizado debería involucrar una atención prenatal continua y personalizada, con una comunicación abierta y transparente entre la mujer y su equipo de atención médica. Durante el trabajo de parto y el parto en sí, se deben respetar las preferencias de la mujer en cuanto a la posición de parto, el alivio del dolor y la participación activa en el proceso. Además, se debe garantizar un ambiente íntimo y de apoyo, con la presencia de personas de confianza para brindar apoyo emocional. [11]

Investigaciones recientes han destacado la importancia del parto humanizado en la reducción del estrés y el trauma asociados con el parto medicalizado. Se ha observado que el parto humanizado promueve mejores resultados maternos y neonatales, incluida una menor incidencia de intervenciones médicas innecesarias y una mayor satisfacción materna con la experiencia del parto. [12]

No obstante, Es necesario seguir fortaleciendo los sistemas de información y la articulación multisectorial e intergubernamental con enfoque de género y pertinencia intercultural para lograr una mayor reducción de la mortalidad materna en el país. [6, 13, 14]

Esta estrategia estaría orientada a facilitar el acceso de las gestantes a cuidados obstétricos esenciales, reduciendo los riesgos derivados de la presentación. Además, es necesario adoptar prácticas basadas en la evidencia, que tengan en cuenta los contextos locales y las poblaciones más vulnerables, y desarrollar la capacidad nacional para implementarlas y

mantenerlas. Emprender una serie de pasos estratégicos que contemplen tanto el ámbito de la política pública como el de los sistemas de salud, con la consigna de no dejar a nadie atrás. [6] [15]

Este enfoque integral busca abordar las profundas desigualdades territoriales y de acceso a servicios de salud que enfrenta el país, especialmente en las zonas rurales y entre las mujeres más marginadas. Se ha observado que la mortalidad materna es mayor en las zonas rurales, donde existe mayor inequidad en el acceso a servicios, mayores índices de pobreza y menor participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones sobre aspectos que las afectan significativamente, como su salud sexual y reproductiva.

Además, es fundamental acelerar considerablemente los progresos para cumplir las metas mundiales de reducción de la mortalidad materna, ya que la falta de avances significativos podría poner en riesgo la vida de más de 1 millón de mujeres de aquí a 2030. [6]

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- **PE_1:** ¿Cuál es el conocimiento sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?
- **PE_2:** ¿Cuáles son las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?
- **PE_3:** ¿Cuáles son las características gíneco-obstétricas de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?
- **PE_4:** ¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?

1.3. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024

1.4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- **OE_1:** Identificar el conocimiento sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024
- **OE_2:** Identificar las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024
- **OE_3:** Describir las características gineco-obstétricas de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024
- **OE_4:** Describir las características demográficas de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024

1.5. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA

La investigación propuesta busca abordar un problema relevante en el campo de la salud pública, centrándose en mejorar los programas de prevención de enfermedades crónicas en poblaciones de riesgo. Al desarrollar este estudio, se espera generar recomendaciones prácticas que puedan implementarse en políticas de salud pública a nivel nacional, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida de la población y a la reducción de la carga de enfermedad en el futuro. Este enfoque práctico garantiza que los hallazgos de la tesis tengan un impacto significativo y tangible en la sociedad.

1.5.2. JUSTIFICACIÓN METODOLÓGICA

La presente investigación se fundamentará en un enfoque metodológico mixto, combinando métodos cualitativos y cuantitativos. Esta estrategia permitirá una comprensión integral del fenómeno estudiado, desde las perspectivas tanto de los individuos afectados como de los expertos en el campo. La utilización de técnicas de

recolección de datos variadas, como entrevistas semiestructuradas y encuestas, garantizará la validez y fiabilidad de los resultados obtenidos. Además, se emplearán análisis estadísticos rigurosos para interpretar los datos cuantitativos, asegurando así la robustez de los hallazgos de la investigación en el futuro.

1.5.3. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA

El marco teórico de esta tesis se basará en los principios de la teoría de sistemas complejos, que permite entender los fenómenos sociales como sistemas dinámicos interconectados. Al aplicar esta perspectiva teórica, se podrá analizar la interacción entre múltiples variables que influyen en el problema de investigación, ofreciendo así una comprensión holística y profunda del mismo. Además, se integrarán conceptos teóricos de disciplinas relacionadas, como la psicología social y la economía conductual, para enriquecer el análisis y proporcionar una base sólida para las conclusiones futuras.

1.6. LIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Limitaciones de tiempo: Dada la duración establecida para el desarrollo de la investigación, podría haber restricciones en la cantidad de datos que se pueden recopilar y analizar exhaustivamente, lo que podría afectar la profundidad y la amplitud de los hallazgos.

Limitaciones de acceso a la información: Dependiendo de la disponibilidad y accesibilidad de los recursos, podría haber dificultades para obtener datos específicos o acceder a determinadas fuentes, lo que podría limitar la exhaustividad de la revisión de la literatura y la validez de los resultados.

Limitaciones de muestra: Las limitaciones en el tamaño de la muestra, ya sea debido a restricciones presupuestarias o a la disponibilidad de participantes, podrían afectar la representatividad de los resultados y la generalización de las conclusiones.

Limitaciones de generalización: Dada la naturaleza específica del contexto o la población de estudio, los resultados podrían no ser generalizables a otras poblaciones o situaciones, lo que limitaría la aplicabilidad de los hallazgos en diferentes contextos.

Limitaciones de validez interna: Factores como la falta de control sobre variables irrelevantes o la presencia de sesgos de selección podrían comprometer la validez interna de la investigación.

1.7. VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Disponibilidad de recursos: Se cuenta con acceso a fuentes de financiamiento adecuadas para cubrir los costos asociados con la recopilación de datos, el análisis estadístico y la divulgación de los resultados.

Acceso a la información: Se dispone de acceso a una amplia variedad de fuentes de información relevantes y actualizadas, lo que facilita la revisión de la literatura y la obtención de datos para la investigación.

Colaboración institucional: Existe la posibilidad de establecer colaboraciones con instituciones académicas o entidades relevantes, lo que permite el intercambio de conocimientos y recursos para enriquecer la investigación.

Experiencia del investigador: El investigador cuenta con experiencia y conocimientos previos en el área de estudio, lo que aumenta la probabilidad de llevar a cabo la investigación de manera efectiva y obtener resultados significativos.

Relevancia y pertinencia: La investigación aborda un problema relevante y actual en el campo de estudio, lo que garantiza su importancia y contribución al conocimiento existente en el área.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES A NIVEL INTERNACIONAL

África (2023), Mlotshwa y Sibiya, [16] en su investigación de tipo descriptiva **"Opiniones de mujeres embarazadas sobre la entrega basada en instalaciones de maternidad en instalaciones de atención primaria de salud en la provincia de Kwazulu-Natal en Sudáfrica"**, mencionan que para las mujeres que dan a luz, cada momento de retraso en recibir atención calificada aumenta significativamente los riesgos de muerte fetal, muerte neonatal y materna. Más de la mitad de todos los nacimientos en los países en desarrollo, incluida Sudáfrica, tienen lugar fuera de un centro de salud y sin parteras calificadas. Por lo tanto, esto ha dificultado el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la reducción global de la mortalidad materna, que es un desafío clave para la salud a nivel mundial, especialmente en los países en desarrollo y en el África subsahariana en particular. El estudio tuvo como objetivo explorar y describir las opiniones de las mujeres embarazadas con respecto al parto en las instalaciones. Las discusiones de los grupos focales se utilizaron para recopilar información de mujeres embarazadas. Se recopiló información de seis grupos de mujeres embarazadas que habían dado a luz bebés en los centros de atención primaria de salud en los últimos 5 años. Los resultados mostraron varios factores asociados con la falta de uso de los servicios de prestación institucional, como la larga distancia desde el centro de atención médica, la falta de transporte, la falta de tarifa de transporte, escasez de personal calificado, falta de divulgación del embarazo, creencias culturales y religiosas y actitudes del personal.

Nigeria (2023), Akinlusi et al, [17] en su trabajo de investigación **"Experiencia previa en el parto y actitud hacia el parto vaginal posterior después de un parto por cesárea en Lagos, Nigeria: un estudio transversal"**, Este estudio examinó el factor parturiente en la

baja tasa de PVDC para recomendar estrategias de cambio. Con el objetivo de describir las experiencias de partos previos relacionados con cesárea y las actitudes hacia el parto vaginal posterior en mujeres embarazadas con una EC previa. Con el método de estudio transversal de asistentes a clínicas prenatales en un hospital terciario empleó el método de muestreo por conveniencia para reclutar a 216 mujeres que consintieron con una EC previa. Se utilizaron cuestionarios estructurados para recopilar información sobre las experiencias previas de partos relacionados con la cesárea de los participantes, las actitudes hacia el parto vaginal en el embarazo índice, las intenciones de parto futuro y la ruta final del parto. Los análisis univariados y bivariados compararon los deseos de parto según el tipo de CD. Para el análisis de los datos se utilizó el programa SPSS versión 22.0. En los resultados los grupos modales de edad materna y gestacional fueron 30 a 39 años (68,1%) y 29 a 34 semanas (49,1%) respectivamente; la mayoría (60,6%) eran segundigestas; El 61,6% experimentó el parto antes de su CD, mientras que el 76,9% tuvo un CD de emergencia. Se documentaron complicaciones en el 1,4% y el 11,1% de las madres y los bebés, respectivamente. El noventa por ciento informó una experiencia de parto general satisfactoria. La mayoría (83,3%) prefirió TOLAC en el embarazo índice porque deseaba un parto natural, mientras que el 16,7% quería repetir la EC por temor a complicaciones feto-maternas. El tipo de CD anterior y el deseo de tener más bebés se asociaron significativamente con el modo de parto preferido de las encuestadas (p = 0,001 y 0,023 respectivamente). Las mujeres con EC de emergencia previa tenían más probabilidades de preferir el parto vaginal.

Etiopía (2022), Mekonnen et al, [18] **"Evaluación del Conocimiento, Actitud y Prácticas sobre la preparación para el parto y la preparación para complicaciones entre las mujeres embarazadas que asisten al seguimiento prenatal en el Hospital de Enseñanza de la Universidad Mizan-Tepi, en el suroeste de Etiopía"**, el objetivo del estudio fue evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica sobre la preparación para el parto y la preparación para complicaciones entre las mujeres que asisten al servicio de ANC en el hospital

universitario de enseñanza Mizan-Taipei en la ciudad de Mizan Aman 1-29 de octubre de 2021. En el método se realizó un estudio transversal institucional entre las mujeres embarazadas que asistían a ANC en el hospital universitario de enseñanza Mizan-Tepi en la ciudad de Mizan Aman del 1-29 de octubre de 2021. Se utilizó la técnica de muestreo aleatorio sistemático y se entrevistó a un total de 157 mujeres utilizando preguntas cerradas y abiertas. Los datos recopilados fueron analizados por SPSS versión 23 y se presentaron utilizando tablas, gráficos de barras y gráficos circulares. Donde en los resultados se obtuvieron datos de 157 mujeres embarazadas que rinden, una tasa de respuesta del 100%. Teniendo en cuenta que 113 (72%) tenían conocimiento sobre el signo de peligro durante el embarazo, 110 (70.1%) durante el parto y 80 (51%) en el período posparto, 50 (34.4%) de ellos se consideraron como una buena práctica y el encuestado 125 (79.6%) tiene una actitud favorable hacia BP&CR. Conclusión y recomendación: El estudio identificó un buen conocimiento y actitud integrales en preparación para el nacimiento y su complicación en el área de estudio.

Sudáfrica (2020), Drigo et al, [19] en su estudio de tipo descriptivo exploratorio cualitativo **"Actitudes de mujeres embarazadas hacia servicios de atención antenatal prestados en instalaciones de atención primaria de salud del Municipio de Mbombela, Provincia de Mpumalanga, Sudáfrica"**, el propósito éste estudio buscó explorar las actitudes de las mujeres embarazadas hacia los servicios de atención prenatal proporcionados en los centros de atención primaria de salud de la Municipalidad de Mbombela, Provincia de Mpumalanga, Sudáfrica. Se utilizó una técnica de muestreo intencional para muestrear a las mujeres embarazadas que no asisten a los servicios prenatales como se esperaba. Los datos se recopilaron a través de una entrevista en profundidad no estructurada cara a cara. Un total de dieciocho mujeres embarazadas participaron en el estudio hasta la saturación de los datos. Los datos se analizaron utilizando el método de análisis de TechInks. Los resultados revelaron el siguiente tema y subtemas: Actitudes de mujeres embarazadas relacionadas con percepciones individuales, barreras percibidas para utilizar servicios de atención prenatal, actitudes

de proveedores de atención médica, etc, los largos tiempos de espera en los centros de salud, la falta de privacidad y confidencialidad en los centros de salud y las actitudes de las mujeres embarazadas relacionadas con la asistencia a los servicios prenatales, concluyendo que las actitudes de las mujeres embarazadas sobre la atención prenatal están determinadas por sus conocimientos y encuentros previos con los servicios de atención médica que habían recibido anteriormente.

Turquía (2022), Turán et al, [20] en su estudio **"Un estudio cualitativo sobre las expectativas y experiencias de las madres durante el proceso de parto en Anatolia occidental, Turquía",** éste estudio tuvo como objetivo dar a las madres de voz las expectativas de las parteras durante el proceso de parto, la atención recibida por ellas y sus puntos de vista sobre el entorno de parto. La investigación se realizó con madres primípara en un hospital público a través de entrevistas en profundidad en un patrón cualitativo basado en el enfoque de análisis de contenido interpretativo. Se realizaron entrevistas en profundidad con madres que tuvieron un bebé sano dentro de las 8-24 horas posteriores al nacimiento. Este estudio se llevó a cabo con 15 madres. Los datos se recopilaron a través de un formulario de entrevista semiestructurado, una grabadora y cuestionarios que incluían características sociodemográficas. Se obtuvieron tres temas principales y ocho subtemas en la investigación. Los temas principales descritos son entorno de la sala de partos, puntos de vista relacionados con las parteras y experiencias durante el proceso de nacimiento. Las mujeres declararon que consideraban que la sala de partos era higiénicamente inadecuada, que su privacidad no estaba protegida y se sentían solitarias y asustadas. Las mujeres esperan más información, apoyo, paciencia y amabilidad de las parteras. Los resultados obtenidos de la investigación serán importantes en la educación de las parteras y la regulación del entorno físico de las salas de partos. Las mujeres declararon que encontraron la sala de partos higiénicamente inadecuada, su privacidad no estaba protegida y se sentían solas y asustadas. Las mujeres esperan más información, apoyo, paciencia y amabilidad de las parteras. Los resultados obtenidos de la investigación serán importantes en la

educación de las parteras y la regulación del entorno físico de las salas de parto. Las mujeres declararon que encontraron la sala de partos higiénicamente inadecuada, su privacidad no estaba protegida y se sentían solas y asustadas. Las mujeres esperan más información, apoyo, paciencia y amabilidad de las parteras.

Jordania (2023), Al-Matarneh et al, [21] en su investigación descriptiva transversal **"Conocimientos, actitudes y prácticas con respecto a los signos de peligro obstétrico entre las mujeres embarazadas jordanas que asisten a la clínica prenatal en Jordania",** menciona como objetivo investigar el conocimiento, las actitudes y las prácticas con respecto a los signos de peligro obstétrico entre las mujeres embarazadas que asisten a clínicas prenatales en Jordania. Diseño: Una sección transversal descriptiva. Métodos: Se reclutó una muestra de conveniencia de 352 mujeres embarazadas que asistieron a cinco clínicas prenatales en la gobernación de Al-Karak en el sureste de Jordania. Los datos se recopilaron mediante un cuestionario autoinformado y se analizaron mediante estadísticas descriptivas y estadísticas inferenciales. Resultados: Los hallazgos del estudio revelaron que (59.1%) de los participantes tenían un conocimiento inadecuado de los signos de peligro obstétrico durante el embarazo. Además, los hallazgos mostraron que los participantes tenían una actitud positiva hacia los signos de peligro obstétrico. Además, los hallazgos mostraron que (45.7%) de los participantes buscaron atención médica cuando experimentaron signos de peligro obstétrico durante el embarazo. Los factores más significativos que afectaron el nivel de conocimiento fueron: la edad, la ocupación de los participantes y la historia de muerte fetal.

Colombia (2020), Gómez y Ortiz, [22] en su investigación cualitativa de tipo fenomenológico hermenéutico y descriptivo **"Parto humanizado: Percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto"**, el objetivo de este estudio fue analizar la percepción de los profesionales de la salud, incluyendo ginecólogos y enfermeras profesionales, sobre los facilitadores y las barreras en la implementación

del parto humanizado, particularmente en lo que respecta al acompañamiento a las mujeres durante el trabajo de parto en la sala de partos de la UMHES Engativá Calle 80. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas para recopilar la percepción de los participantes sobre el acompañamiento a las gestantes entre mayo y julio de 2020, las cuales fueron grabadas, transcritas y analizadas. Los resultados revelaron facilitadores como la promoción institucional, el respeto a la cultura y el reconocimiento de la figura paterna durante el parto, así como barreras como la infraestructura inadecuada, actitudes negativas, falta de capacitación y escasez de personal. A pesar de las barreras identificadas, la promoción institucional del acompañamiento durante el trabajo de parto marca un punto de partida para la implementación de estrategias que incluyan capacitación, cambio de actitudes y mejoras en la infraestructura para optimizar este proceso.

2.1.2. ANTECEDENTES A NIVEL NACIONAL

Ancash (2020), Romero y Sánchez, [23] en su investigación de tipo descriptivo, prospectivo, comparativo y analítico **"Conocimiento del parto humanizado y actitudes de gestantes CLAS Huanchac-Marian, Independencia, Huaraz, Ancash, 2020"**, el objetivo general fue evaluar tanto el conocimiento como las actitudes de estas gestantes en relación con el parto humanizado. La hipótesis establecida sugirió que existe una correlación significativa entre el nivel de conocimiento del parto humanizado y las actitudes de las gestantes del CLAS Huanchac-Marian. Con una muestra de 58 gestantes, se utilizó como instrumento dos cuestionarios, y la información recopilada se procesó mediante el programa estadístico SPSS V26.0. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado entre las gestantes fue medio en un 46.6%, y se observó una actitud positiva en el 75.0% de las multigestas. Además, se encontró una relación estadísticamente significativa entre variables sociodemográficas y obstétricas con las actitudes de las gestantes. Por ejemplo, se identificó que las gestantes mayores de 35 años y aquellas con nivel educativo secundario tenían un alto nivel de conocimiento sobre el parto humanizado.

Loreto (2022), Huerta, [24] en su investigación cuantitativa de diseño no experimental, corte transversal, descriptivo correlacional y prospectivo **“Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en los internos del Hospital Iquitos César Garayar Garcia 2021”**, el objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado en los internos del Hospital Iquitos César Garayar García durante el año 2021. La población y muestra estuvieron conformadas por 31 internos. Los resultados mostraron que, en cuanto a las características de los internos, hubo un predominio de edades alrededor de los 30 años, un 71% de sexo femenino, y el 58.1% pertenecía a la carrera de obstetricia, mientras que el 41.9% estudiaba medicina. Además, el 51.6% de los internos había recibido capacitación sobre parto humanizado. Se observó un nivel de conocimiento alto en el 64.5% de los internos, y una actitud desfavorable en el 83.9%. Sin embargo, al relacionar el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado, no se encontró una relación significativa entre ellos (p= 0,0863).

Arequipa (2019), Gamero, [25] empleó un diseño de campo de nivel relacional **“Relación entre el nivel de conocimiento sobre parto humanizado y la actitud de los internos de la facultad de obstetricia y puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019”,** el objetivo de este estudio fue determinar la relación entre el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María durante noviembre de 2019. La muestra consistió en 35 internos de la Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura, quienes realizaban rotaciones en varios centros de salud de Arequipa. Los resultados mostraron que la mayoría de los internos tenían entre 20 y 22 años, eran solteros y de sexo femenino. El nivel de conocimiento sobre el parto humanizado fue catalogado como bajo en el 51.4% de la población, mientras que la actitud fue favorable en el mismo porcentaje. Se concluyó que existe una relación inversa entre el nivel de conocimiento y la actitud de los internos de obstetricia hacia el parto humanizado en la Universidad Católica de Santa María.

2.1.3. ANTECEDENTES A NIVEL REGIONAL

No se encuentran antecedentes regionales actualizados a mencionar.

2.1.4. ANTECEDENTES A NIVEL LOCAL

No se encuentran antecedentes locales actualizados a mencionar.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. EL CONOCIMIENTO

Es un concepto fundamental en la comprensión de la naturaleza humana y el desarrollo de la sociedad. Se refiere al conjunto de información, ideas, creencias y experiencias que una persona adquiere a lo largo de su vida mediante la percepción, el razonamiento y la interacción con su entorno. Este proceso de adquisición y asimilación de conocimiento es crucial para la toma de decisiones, la resolución de problemas y el progreso individual y colectivo. (26)

Se puede dividir en diferentes tipos, como el conocimiento empírico, basado en la experiencia directa; el conocimiento científico, que se obtiene mediante la observación, experimentación y análisis sistemático; y el conocimiento filosófico, que se deduce a través de la reflexión y el debate sobre cuestiones fundamentales de la existencia humana. Estas diversas formas de conocimiento interactúan y se complementan entre sí, contribuyendo al avance del pensamiento y la comprensión del mundo que nos rodea. (27)

Además, el conocimiento no solo implica la acumulación de datos, sino también su comprensión, interpretación y aplicación en contextos específicos. La gestión del conocimiento, especialmente en ámbitos como la salud, se centra en el uso efectivo y la difusión de información para mejorar los procesos y resultados. (28)

2.2.2. TIPOS DE CONOCIMIENTO

Conocimiento Empírico: Se refiere a aquel conocimiento que se adquiere a través de la experiencia directa y la observación de los fenómenos del mundo real. Se basa en la información obtenida mediante los sentidos y la experimentación práctica, sin seguir un método científico formal. Este tipo de conocimiento es subjetivo y está influenciado por las

percepciones individuales y las interpretaciones personales de los eventos observados. [29]

Conocimiento Científico: Se define como el tipo de conocimiento obtenido mediante la aplicación de un método riguroso y sistemático de investigación. Este método incluye la observación, la experimentación controlada y la formulación de hipótesis verificables. El conocimiento científico se caracteriza por su objetividad, su capacidad para generar teorías y leyes universales, y su constante revisión y actualización a través del proceso de la ciencia. [30]

Conocimiento Teológico: Se fundamenta en los dogmas de fe y los textos sagrados de una religión específica. Se basa en la revelación divina y en la interpretación de las enseñanzas religiosas para comprender la naturaleza de lo divino y su relación con el mundo y los seres humanos. [30]

Conocimiento Matemático: Se refiere al conjunto de principios lógicos y relaciones numéricas que se utilizan para resolver problemas y describir fenómenos en el ámbito de las matemáticas. Se caracteriza por su rigor y precisión, así como por su capacidad para representar y manipular estructuras abstractas mediante símbolos y operaciones matemáticas. [31]

Conocimiento Práctico: Se adquiere a través de la experiencia y se aplica en la realización de actividades prácticas o tareas concretas. Este tipo de conocimiento se basa en la habilidad para resolver problemas y tomar decisiones en situaciones cotidianas, sin requerir un análisis teórico o conceptual profundo. [32]

Conocimiento Directo: Se refiere a la comprensión inmediata o la percepción inmediata de la verdad de un hecho o situación, sin necesidad de inferencia o razonamiento adicional. Este tipo de conocimiento se basa en la experiencia directa y la evidencia sensorial sin mediación conceptual. [33]

Conocimiento Indirecto: Es aquel que se obtiene a través de mediaciones, como la observación de fenómenos, el testimonio de otros individuos o la deducción lógica a partir de información disponible. A diferencia del conocimiento directo, este tipo de conocimiento implica

una interpretación o inferencia basada en evidencia externa o indirecta. (33)

Conocimiento Privado: Se refiere a aquel conocimiento que es exclusivo de un individuo o un grupo selecto y no está disponible para el público en general. Puede incluir información personal, experiencias únicas o conocimientos especializados que no se comparten ampliamente. (32)

Conocimiento Lógico: Se basa en los principios y reglas de la lógica formal y se utiliza para establecer relaciones y deducir conclusiones válidas a partir de premisas dadas. Se caracteriza por su estructura deductiva y su capacidad para identificar y corregir falacias en el razonamiento. (31)

Conocimiento Religioso: Se refiere a la comprensión de lo divino, los principios morales y los rituales asociados con una religión específica. Este tipo de conocimiento se basa en la revelación divina, la interpretación de textos religiosos y las enseñanzas transmitidas por líderes espirituales. (30)

Conocimiento Filosófico: Es un tipo de conocimiento crítico, reflexivo y conceptual que se dedica al estudio de los principios fundamentales de la realidad, el conocimiento, la existencia, la moralidad y otros aspectos de la experiencia humana. Se caracteriza por su naturaleza especulativa y su búsqueda de respuestas a preguntas fundamentales sobre la vida y el universo. (33)

Conocimiento Intuitivo: Se refiere a la comprensión instantánea o la percepción directa de la verdad de un hecho o situación, sin necesidad de análisis racional o evidencia externa. Se basa en la intuición o el sentir interior y puede surgir de manera espontánea o subconsciente. (34)

No obstante, la medición del conocimiento puede abordarse desde diferentes enfoques, y su evaluación puede variar según el contexto y los objetivos de estudio. Desde la perspectiva de la ciencia, se han propuesto diversas metodologías y métricas para cuantificar el conocimiento. Esto incluye medidas basadas en redes, como PageRank y SCImago Journal Rank, que utilizan iteraciones para evaluar la

relevancia e influencia de las publicaciones científicas en una determinada área de investigación. [35] También se han propuesto teorías y metodologías cuantitativas para responder preguntas meta-científicas sobre cuánto conocimiento se adquiere en un campo de investigación específico. [36]

La literatura científica aborda la medición del conocimiento desde diferentes perspectivas, incluyendo la revisión de la naturaleza y tipos de conocimiento, así como la propuesta de enfoques cuantitativos para medirlo. Se han discutido modelos de seguimiento inverso para medir la traducción del conocimiento y la convergencia en el espectro de la investigación traslacional. [37] Además, se han sugerido opciones para medir el conocimiento científico, como la realización de pruebas basadas en el rendimiento. [38]

2.2.3. LA ACTITUD

Es un concepto fundamental en psicología que ha sido estudiado desde diversas perspectivas. Se define como la disposición mental y emocional de una persona hacia algo o alguien, y se manifiesta a través de sus pensamientos, emociones y comportamientos. [39] Las actitudes son cruciales porque influyen en cómo percibimos el mundo, cómo interactuamos con los demás y cómo nos comportamos en diferentes situaciones.

La formación de las actitudes es un proceso complejo que puede estar influenciado por múltiples factores, como la experiencia personal, la educación, el entorno social y cultural, y la genética. [40] La teoría de las actitudes postula que estas se componen de componentes cognitivos, afectivos y conductuales, que interactúan entre sí para dar forma a nuestras percepciones y respuestas hacia estímulos específicos. [40]

Existen varios tipos de actitudes que pueden variar en función de su naturaleza y orientación. Algunos de los tipos más comunes incluyen:

- **Actitud Positiva:** Se caracteriza por una disposición favorable hacia un objeto, persona o situación.
- **Actitud Negativa:** Implica una predisposición desfavorable o adversa hacia un objeto, persona o situación.

- **Actitud Neutra:** No manifiesta una inclinación clara hacia lo positivo o lo negativo y puede reflejar indiferencia o falta de interés. [41]

Además de estos, existen otros tipos de actitudes que pueden ser más específicos y complejos, como la actitud proactiva, reactiva, interesada, entre otros. [41]

Las actitudes pueden tener importantes implicaciones en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el rendimiento académico, la salud mental y física, las relaciones interpersonales y el éxito profesional. Por ejemplo, se ha demostrado que una actitud positiva puede mejorar la resiliencia, reducir el estrés y promover un envejecimiento saludable. [42]

2.2.4. PARTO

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) define el parto como el proceso fisiológico mediante el cual un bebé nacido a término sale del útero materno a través del canal de parto. [43] Este proceso es esencial para la supervivencia y la salud tanto de la madre como del recién nacido.

Del mismo modo para la OPS (Organización Panamericana de la Salud) el parto es el proceso mediante el cual se produce el nacimiento del bebé, marcando así el final del embarazo. [44] Es un evento crucial en el ámbito de la salud materna y perinatal que requiere atención médica adecuada para garantizar resultados positivos.

En esa misma línea el MINSA (Ministerio de Salud) define el parto como el proceso por el cual se produce el nacimiento del bebé, culminando así el embarazo. [5]

Es el parto en el cual la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el profesional de salud, se coloca delante o detrás de la gestante para atender el parto. [45]

2.2.5. PARTO HUMANIZADO

Se define como un enfoque de atención obstétrica centrado en la mujer y su autonomía, que busca promover una experiencia respetuosa, segura y satisfactoria durante el proceso de dar a luz. Este modelo de atención pone énfasis en el respeto a los derechos de la madre y el bebé, fomenta la toma de decisiones informadas, y prioriza el bienestar

emocional y físico de la mujer durante el trabajo de parto y el alumbramiento. [46]

Se caracteriza por la individualización de la atención, la continuidad del cuidado por parte de un equipo multidisciplinario, y el fomento de un ambiente de confianza y seguridad para la madre. Además, este enfoque busca reducir las intervenciones médicas innecesarias, respetando los tiempos biológicos del proceso de parto y promoviendo prácticas basadas en la evidencia científica que favorezcan la fisiología natural del nacimiento. [47]

Es decir, se fundamenta en el respeto a la integridad física y emocional de la mujer durante el proceso de dar a luz, promoviendo el empoderamiento de la mujer como protagonista de su experiencia de parto y garantizando un ambiente de atención seguro y compasivo. [48]

El concepto de humanización de la asistencia al parto surge como respuesta al excesivo intervencionismo médico en un proceso fisiológico, priorizando la tecnificación sobre las necesidades de las mujeres y relegando aspectos de calidez y confianza. Este enfoque busca empoderar a las mujeres, fomentar su participación activa en la toma de decisiones y promover la atención centrada en el individuo.

El movimiento hacia la humanización del parto se inició en el año 2000 en la Conferencia Internacional sobre la Humanización del Parto, definiendo la humanización como un proceso que lleva a la auto transformación y a la compasión, centrándose en la mujer como protagonista del proceso de parto. Autores como Wagner enfatizan la importancia de situar a la mujer en el centro del proceso de parto, permitiéndole tomar decisiones informadas y promoviendo prácticas basadas en la evidencia científica. La humanización del parto también implica reconocer la influencia de factores biopsicosociales y establecer una conexión humana entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas. [48]

2.2.6. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO HUMANIZADO

- Poner a la mujer en el centro del proceso, promoviendo su control y participación activa en todas las etapas del parto.

- Priorizar el respeto de los derechos fundamentales, reproductivos y sexuales de la gestante.
- Permitir que las usuarias tengan total libertad para tomar decisiones oportunas sobre su proceso de parto, incluyendo la elección de posiciones y técnicas de relajación.
- Fomentar la conexión humana entre los profesionales de la salud y las mujeres embarazadas, reconociendo la influencia de factores biopsicosociales.
- Basarse en prácticas basadas en la evidencia científica y evitar intervenciones rutinarias que agregan riesgos sin beneficios claros. [46, 48, 49, 50]

2.2.7. CARACTERÍSTICAS DEL PARTO HUMANIZADO – OMS

Entre las recomendaciones más relevantes se encuentran:

- Brindar un trato respetuoso a las madres, asegurando su dignidad, confidencialidad y privacidad.
- Establecer una comunicación efectiva entre el personal de salud y las embarazadas, proporcionando apoyo continuo durante el trabajo de parto y el parto.
- Permitir que la mujer participe en la toma de decisiones relacionadas con el manejo del dolor, la posición de parto y otras intervenciones.
- Informar a la paciente sobre la duración esperada de las etapas del parto, adaptándose a las variaciones individuales.
- Evitar la imposición de intervenciones médicas innecesarias, como la administración de oxitocina o la realización de cesáreas, antes de que la dilatación cervical alcance cierto punto.
- No recomendar prácticas obsoletas o no respaldadas por evidencia científica, como la pelvimetría clínica de rutina o el rasurado perineal/púbico antes del parto.
- Promover el bienestar fetal mediante métodos no invasivos, como la auscultación con ultrasonido Doppler, y evitar la cardiotocografía de rutina en embarazadas sanas durante el trabajo de parto.

- Ofrecer opciones de alivio del dolor adaptadas a las preferencias de cada mujer, que pueden incluir desde analgesia epidural hasta técnicas de relajación.
- Favorecer la movilidad y las posiciones verticales durante el trabajo de parto, siempre que sea seguro para la madre y el bebé.
- Fomentar la autonomía de la mujer en la elección de la posición para el parto y en la fase expulsiva, evitando presiones innecesarias.
- Minimizar intervenciones invasivas como la episiotomía de rutina y la presión manual uterina en partos vaginales espontáneos.
- Proporcionar cuidados postparto que promuevan el vínculo afectivo madre-hijo, como el contacto piel a piel y la espera antes del baño del recién nacido. [51]

2.2.8. BENEFICIOS DEL PARTO HUMANIZADO

El parto humanizado ofrece diversos beneficios para las mujeres gestantes y sus bebés, entre los cuales se destacan:

- Reducción de la morbimortalidad del recién nacido: Al priorizar un enfoque centrado en la mujer y en sus necesidades durante el parto, se contribuye a disminuir los riesgos de complicaciones para el bebé.
- Empoderamiento de la mujer: Al permitir que la mujer tome decisiones informadas sobre su proceso de parto, se genera un sentido de control y capacidad de elección, lo cual puede mejorar su experiencia y satisfacción durante el parto.
- Promoción de un ambiente emocionalmente positivo: Al valorar la conexión humana entre el personal de salud y la mujer gestante, se contribuye a crear un entorno de apoyo y comprensión que favorece el bienestar emocional de la madre y el bebé.
- Reducción del estrés y la ansiedad: Al brindar opciones de atención personalizada y respetuosa, se puede reducir el estrés y la ansiedad asociados con el proceso de parto, lo cual puede tener un impacto positivo en los resultados maternos y neonatales.
- Fomento del apego madre-hijo: Al permitir que la mujer participe activamente en el proceso de parto y tenga un mayor control sobre su experiencia, se promueve un inicio temprano del vínculo afectivo entre

la madre y su bebé, lo cual es beneficioso para su relación a largo plazo. [46, 47, 52]

2.2.9. INTERVENCIONES EN OBSTETRICIA

Para garantizar un parto humanizado, las intervenciones obstétricas deben enfocarse en proporcionar un ambiente respetuoso, seguro y centrado en la mujer. Algunas de las intervenciones recomendadas incluyen:

1. Respeto a las decisiones de la mujer: Es fundamental que se respeten las preferencias y decisiones de la mujer en cuanto a su plan de parto, posición durante el trabajo de parto, métodos de alivio del dolor y otras opciones relacionadas con su cuidado obstétrico.
2. Promoción de la comunicación efectiva: Se deben establecer canales abiertos de comunicación entre el equipo de atención obstétrica y la mujer embarazada, asegurando que se brinde información clara, comprensible y respetuosa en todo momento. [11]
3. Apoyo continuo durante el trabajo de parto: Se recomienda proporcionar apoyo emocional y físico constante a la mujer durante todo el proceso de parto, lo cual puede incluir técnicas de relajación, masajes, acompañamiento por parte de un ser querido, entre otras estrategias para reducir el estrés y mejorar la experiencia de parto). [53]
4. Limitación de intervenciones médicas innecesarias: Es importante evitar intervenciones médicas que no estén justificadas por razones médicas, respetando la fisiología natural del parto y permitiendo que este evolucione de manera espontánea siempre que sea seguro para la madre y el bebé.
5. Fomento del vínculo madre-hijo: Se debe facilitar el contacto piel con piel inmediato entre la madre y el recién nacido, promoviendo el inicio temprano del amamantamiento y el fortalecimiento del vínculo afectivo entre ambos. [54]

Estas intervenciones son fundamentales para garantizar un parto humanizado que respete los derechos y las preferencias de la mujer, promoviendo una experiencia positiva y segura para ella y su bebé.

2.2.10. PASOS PARA EL PARTO Y NACIMIENTOS HUMANIZADOS

1. Reconocer y garantizar los derechos fundamentales de la mujer que da a luz y del bebé recién nacido, siendo esto esencial para un parto humanizado en cualquier entorno de atención médica.
2. Eliminar cualquier forma de violencia durante el embarazo, el parto y el nacimiento, asegurando que el personal de salud brinde un trato respetuoso y amoroso, creando entornos acogedores donde las mujeres se sientan seguras y valoradas en su intimidad.
3. Establecer mecanismos efectivos para que las mujeres puedan denunciar cualquier irregularidad en la atención recibida, fomentando una cultura de crítica constructiva que permita mejorar continuamente los servicios de salud materno-perinatales.
4. Promover la participación activa de las mujeres en la planificación y evaluación de políticas de atención materno-perinatal, facilitando espacios de diálogo entre el personal de salud, la administración de las instituciones médicas y las usuarias.
5. Evaluar exhaustivamente las tecnologías utilizadas en la atención materno-infantil antes de su implementación, priorizando aquellas que demuestren su eficacia y seguridad, y considerando alternativas de menor impacto para la mujer.
6. Brindar una atención integral y de calidad durante todo el proceso de embarazo, parto y nacimiento, sin discriminación, y promoviendo la participación activa de la mujer en su cuidado y toma de decisiones.
7. Explorar opciones innovadoras para la atención del embarazo, parto y nacimiento, incluyendo la creación de espacios humanizados en los hospitales y proporcionando a las mujeres y sus familias la oportunidad de elegir el tipo de atención que desean recibir. [24]

En conclusión, el parto y nacimiento humanizados requieren un enfoque integral que respete los derechos y la dignidad de las mujeres y sus bebés. Es fundamental erradicar la violencia y fomentar entornos de atención respetuosos y amorosos. La participación activa de las mujeres en la planificación y evaluación de políticas de salud materno-perinatal es esencial, al igual que la evaluación rigurosa de las tecnologías utilizadas en el proceso. La atención debe ser de calidad, sin

discriminaciones, y centrada en las necesidades y preferencias de las mujeres. Es necesario explorar alternativas innovadoras que brinden opciones reales a las mujeres y sus familias. En última instancia, el objetivo es garantizar que cada mujer tenga una experiencia de parto y nacimiento segura, satisfactoria y empoderadora, donde se sienta apoyada, respetada y protagonista de su propio proceso de maternidad.

2.3. DEFINICIONES CONCEPTUALES

Conocimiento: En el contexto de la atención de salud, el conocimiento se refiere a la comprensión y la información que poseen tanto los profesionales de la salud como los pacientes sobre aspectos relacionados con la salud, la enfermedad, los tratamientos y los procedimientos médicos. Este conocimiento puede incluir aspectos clínicos, científicos, culturales y sociales que influyen en la toma de decisiones y en la calidad de la atención médica. Los estudios muestran que un mayor nivel de conocimiento tanto en profesionales de la salud como en pacientes está asociado con mejores resultados de salud y una mayor satisfacción con la atención recibida. [55]

Actitudes: Se refieren a las disposiciones mentales y emocionales que influencian la forma en que las personas perciben, piensan y responden ante determinados estímulos, situaciones o personas. En el contexto de la atención de la salud, las actitudes de los profesionales de la salud pueden influir significativamente en la calidad de la atención brindada, así como en la experiencia y satisfacción de los pacientes. La evidencia sugiere que actitudes positivas, como el respeto, la empatía y la sensibilidad cultural, están asociadas con una mejor comunicación, una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados de salud. [56]

Parto: Es el proceso fisiológico mediante el cual la mujer da a luz a su bebé. Este proceso incluye las contracciones uterinas, la dilatación del cuello uterino, el descenso y expulsión del feto, y la expulsión de la placenta. El parto puede ser un evento natural y normal, aunque en ocasiones puede requerir intervenciones médicas para garantizar la seguridad y el bienestar tanto de la madre como del bebé. [12]

Parto humanizado: Se refiere a un enfoque de atención al parto que prioriza el respeto, la dignidad y los derechos de la mujer y su bebé. Este modelo de atención promueve la participación activa de la mujer en las

decisiones relacionadas con su parto, así como un ambiente de cuidado cálido, compasivo y respetuoso. El parto humanizado busca minimizar las intervenciones médicas innecesarias y brindar apoyo emocional y físico continuo durante todo el proceso del parto, con el objetivo de empoderar a las mujeres y mejorar su experiencia de parto. [55]

Gestante: Según la Clínica Universidad de Navarra, describe a una gestante como una mujer embarazada, con una duración de periodo de 280 días, o, 10 meses lunares. [57]

Atención prenatal: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cuidado del embarazo en forma temprana, periódica e integral, disminuye sustancialmente el riesgo de complicaciones y muerte tanto materna como fetal. [58]

2.4. SISTEMA DE HIPÓTESIS

2.4.1. HIPÓTESIS GENERAL

Hi: Existe relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024

Ho: No existe relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024

2.5. SISTEMA DE VARIABLES

2.5.1. VARIABLE ASOCIADA

Conocimiento sobre el parto humanizado

2.5.2. VARIABLE DE SUPERVISIÓN

Actitud sobre el parto humanizado

2.5.3. VARIABLE DE CARACTERIZACIÓN

- Características gineco obstétricas (Gesta, paridad, menarquia, inicio de relaciones coitales, número de parejas sexuales)
- Características demográficas (Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación)

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENCIÓN	INDICADOR	ÍTEMS	ESCALA	INSTRUMENTO
De asociación: Conocimiento	Conocimiento se refiere a la comprensión y la información adquirida sobre un tema específico.	Evaluado por cuestionario de 20 enunciados referente al conocimiento del parto humanizado, evaluado por una escala valorativa, para posteriormente clasificarlo en nivel de conocimiento alto, intermedio y bajo.	Conocimiento sobre el parque humanizado	Clasificado en: • Nivel de conocimiento Alto: De 33 a 36 puntos. • Nivel de conocimiento Medio: De 31 a 32 puntos. • Nivel de conocimiento Bajo: De 20 a 30 puntos.	1. El parto humanizado garantiza el respeto por los derechos de las mujeres durante el proceso de parto. 2. La mujer participa activamente en la toma de decisiones sobre su parto dentro del enfoque de parto humanizado. 3. El parto humanizado fomenta el uso racional de intervenciones médicas, evitando aquellas innecesarias. 4. La atención en el parto humanizado es integral y personalizada, considerando las necesidades de cada mujer. 5. El acompañamiento emocional y físico durante el parto humanizado es fundamental para el bienestar de la madre y el bebé. 6. El parto humanizado permite que la mujer tenga libertad de movimiento durante el trabajo de parto. 7. El contacto piel con piel entre la madre y el bebé es una práctica promovida en el parto humanizado. 8. El parto humanizado busca reducir el uso de procedimientos invasivos y farmacológicos cuando no son necesarios. 9. Mantener un ambiente tranquilo y respetuoso es una prioridad en el parto humanizado.	Ordinal	Cuestionario en base a una escala, dividida en: • Muy informada (4 puntos) • Algo informada (3 puntos) • Poco informada (2 puntos) • Nada informada (1 punto)

		10. El parto humanizado favorece el establecimiento del vínculo afectivo temprano entre la madre y el bebé. 11. La lactancia materna exclusiva es promovida como parte del cuidado posterior en el parto humanizado. 12. El apoyo psicológico durante el proceso de parto y postparto es un componente clave del parto humanizado. 13. El parto humanizado respeta las decisiones informadas de la mujer en cada etapa del proceso. 14. El parto humanizado contribuye a reducir la tasa de cesáreas innecesarias. 15. El manejo del dolor en el parto humanizado se realiza a través de métodos no farmacológicos. 16. La continuidad en la atención por parte del equipo de salud es un principio fundamental en el parto humanizado. 17. El parto humanizado respeta los tiempos naturales del parto sin acelerarlo artificialmente. 18. El parto humanizado individualiza la atención según las preferencias y necesidades de cada mujer. 19. Las mujeres deben recibir información clara y comprensible sobre las intervenciones médicas en el parto humanizado. 20. La presencia y participación del acompañante elegido por la mujer	

					es un elemento clave en el parto humanizado.		
De supervisión: Actitud	Actitud es la disposición mental hacia algo, que puede influir en el comportamiento y las decisiones de una persona.	Presentes 20 enunciados referente a la actitud del parto humanizado, evaluado por una escala Likert, para posteriormente clasificarlo en actitud positiva y actitud negativa.	Actitud sobre el parto humanizado	Con un total de 20 ítems, se clasificó como: • **Actitud positiva**: De 42 a 56 puntos • **Actitud negativa**: De 32 a 41 puntos	1. Las mujeres deben tener el control y la autonomía en decisiones relacionadas con su parto. 2. El respeto por los derechos y preferencias de las mujeres durante el parto es fundamental. 3. Crear un ambiente tranquilo y respetuoso durante el proceso de parto es importante. 4. Las intervenciones médicas innecesarias deben ser evitadas durante el parto, siempre que sea posible. 5. El parto no debería estar medicalizado en exceso. 6. El parto debería ser una experiencia empoderadora para las mujeres. 7. Se debe promover la lactancia materna como parte integral del cuidado posterior al parto. 8. El uso de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor durante el parto es beneficioso. 9. Las mujeres deben ser activamente involucradas en las decisiones relacionadas con su parto. 10. Las mujeres no deben ser pasivas ni sumisas durante el parto. 11. Se debe fomentar el contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido.	Ordinal	Enunciados basados en la escala de Likert. • Totalmente de acuerdo (5 puntos) • De acuerdo (4 puntos) • Indiferente (3 puntos) • En desacuerdo (2 puntos) • Totalmente en desacuerdo (1 punto)

					12. Se debe respetar el ritmo natural del parto, evitando la aceleración artificial del proceso. 13. Contar con apoyo emocional durante el trabajo de parto y el alumbramiento es fundamental. 14. El parto no debería ser medicalizado sin necesidad. 15. Los procedimientos invasivos no deben realizarse rutinariamente durante el parto. 16. Se debe garantizar la privacidad y la intimidad de las mujeres durante el parto. 17. Se debe evitar la separación innecesaria entre la madre y el recién nacido después del parto. 18. La participación activa del acompañante elegido por la mujer durante el parto es importante. 19. El parto debería ser un proceso natural, siempre que sea posible. 20. Las mujeres deben ser tratadas con respeto y dignidad durante todo el proceso de parto.		
De caracterización: Características generales	Son variables de identificación y descripción de una población en estudio, que permiten clasificar a los individuos según aspectos sociodemográficos	Atributos de los participantes del estudio, medidos a través de un cuestionario estructurado que recopila información específica sobre	Demográfica	Edad	a) Entre 12 y 17 años b) Entre 18 y 25 años c) Entre 26 y 35 años d) Mayor de 35 años	Continua	Cuestionario de recolección de datos
				Estado civil	a) Soltera b) Casada c) Conviviente d) Divorciada	Nominal	
				Grado de instrucción	a) Sin instrucción b) Primaria	Ordinal	

	y antecedentes reproductivos.	variables como edad, nivel educativo, estado civil, ocupación, entre otras.			c) Secundaria d) Superior no universitario e) Superior universitario		
				Ocupación	a) Estudiante b) Ama de casa c) Trabajador independiente d) Trabajador dependiente	Nominal	
			Obstétrica	Paridad	a) Nulípara b) Primípara c) Multípara d) Gran multípara	Nominal	Cuestionario de recolección de datos
				Edad de menarquia	a) Entre 10 y 13 años b) Entre 14 y 16 años c) Mayor de 16 años	Continua	
				Inicio de relaciones coitales (edad de inicio)	a) No recuerda y/o no desea responder b) Entre 12 y 15 años c) Mayor de 15 años	Continua	
				Número de relaciones coitales	a) Solo una b) De 2 a 5 parejas sexuales c) Mayor de 5 parejas sexuales	Continua	

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación empleó un diseño, PROSPECTIVO, NO EXPERIMENTAL, TRANSVERSAL, CORRELACIONAL.

Es PROSPECTIVO porque se llevó a cabo para estudiar eventos futuros o para recopilar datos a medida que se desarrollaron. (59)

Es NO EXPERIMENTAL cuando el investigador no manipuló directamente las variables independientes ni controla las condiciones del estudio. Se limitó a observar y describir fenómenos tal como se presentaron en su entorno natural, sin introducir cambios deliberados. (60)

TRANSVERSAL: También conocida como estudio de corte transversal o estudio de prevalencia, recopiló datos en un punto específico en el tiempo y analizó la relación entre variables en ese momento. (61)

La investigación fue CORRELACIONAL ya que analizó la relación entre dos variables sin manipularlas. Es decir, evaluó la fuerza y la dirección de la asociación entre variables, pero no establece una relación causal. (62)

3.1.1. ENFOQUE

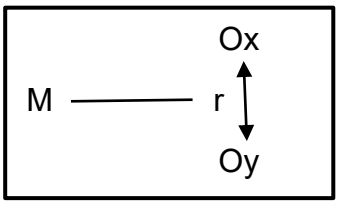
Empleó un enfoque CUANTITATIVO debido a sus ventajas en la medición y análisis de datos, lo que permitió obtener información numérica y objetiva. Este enfoque ofreció mayor confiabilidad en los resultados al proporcionar datos estables y seguros. (63) (64)

3.1.2. ALCANCE O NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Empleó el nivel descriptivo-relacional

3.1.3. DISEÑO

Correlacional



Donde

- **M** = Muestra (Gestantes del servicio de atención prenatal)
- **Ox** = Conocimiento sobre el parto humanizado
- **r** = relación
- **Oy** = Actitud sobre el parto humanizado

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

Está conformada por 61 gestantes atendidas en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, entre el mes de enero y mayo, 2024

A. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes que decidieron participar de la investigación
- Gestantes atendidas en el servicio de atención prenatal
- Población gestante perteneciente al Centro de Salud Panao, del departamento de Huánuco.
- Población gestante atendida durante los meses de enero a mayo, 2024

2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- No gestantes
- Gestantes que no decidieron participar de la investigación
- Gestantes no atendidas en el servicio de atención prenatal
- Población gestante que no pertenece al Centro de Salud Panao, de Huánuco
- Población gestante que no se atendió durante los meses de enero a mayo, 2024

3.2.2. MUESTRA

La muestra fue seleccionada utilizando la técnica de muestreo probabilístico, mediante el **muestreo aleatorio simple**, es decir todas las participantes tuvieron la misma probabilidad de ser elegidas, en tal sentido, al ser una población considerada pequeña, se decidió trabajar con **todo el universo poblacional**, es por ello, y en base a la cantidad de la población, se trabajó con las 61 gestantes atendidas en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, entre el mes de enero y mayo, 2024

3.3. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.3.1. TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica a emplear fue la encuesta

3.3.2. INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Basado en un cuestionario permitiendo identificar las características de la población gestante, el conocimiento y las actitudes, dividido de la siguiente manera:

- Características demográficas (4 ítems)
- Características Gineco-Obstétricas (4 ítems)

En el conocimiento y las actitudes se calificará de la siguiente manera:

A. ESCALA DE VALORES PARA EL CONOCIMIENTO

Primer punto: Cuestionario con enunciados en base a una escala (ver anexo 03), para calcular el nivel de conocimiento, dividida en:

- Muy informada (4 puntos)
- Algo informada (3 puntos)
- Poco informada (2 puntos)
- Nada informada (1 punto)

Segundo punto: Baremación a base a la sumatoria anteriormente mostrada (ver anexo 05), quedando:

- Nivel de conocimiento alto: De 33 a 36 puntos.
- Nivel de conocimiento medio: De 31 a 32 puntos.
- Nivel de conocimiento bajo: De 20 a 30 puntos.

B. ESCALA DE VALORES PARA LAS ACTITUDES

Punto inicial: Escala de Likert con enunciados que contó con un total de 20 ítems (ver anexo 03)

- Totalmente de acuerdo (TA) = 5 puntos
- De acuerdo (A) = 4 puntos
- Indiferente (I) = 3puntos
- En desacuerdo (D) = 2puntos
- Totalmente en desacuerdo (TD) = 1punto

Punto secundario: Para la clasificación de la actitud, fue necesario la realización de la baremación correspondiente (ver anexo 05), quedando:

- Actitud positiva: De 42 a 56 puntos
- Actitud negativa: De 32 a 41 puntos

3.3.3. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

En la investigación sobre los conocimientos y actitudes hacia el parto humanizado, es crucial adherirse a los principios éticos que aseguran el respeto y la protección de las participantes. Primero, se obtuvo el consentimiento informado de todas las gestantes involucradas, garantizando que comprendan plenamente los objetivos, procedimientos y posibles riesgos del estudio. Además, fue fundamental asegurar la confidencialidad de los datos personales, protegiendo la identidad y privacidad de las participantes.

Otro aspecto ético importante fue la justicia, que implicó seleccionar a las participantes de manera equitativa y sin discriminación, asegurando que todas tengan la misma oportunidad de participar. También se consideró el principio de beneficencia, procurando siempre el bienestar de las gestantes y evitando cualquier daño potencial. Finalmente, se mantuvo la integridad científica, reportando los hallazgos de manera honesta y transparente, sin manipular los datos para obtener resultados deseados.

3.3.4. VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

Implicó un proceso riguroso la cual garantizó que las herramientas utilizadas como el cuestionario a base de enunciados sea preciso y fiables. Primero, se realizó una **validación de contenido**, asegurándose de que los ítems del cuestionario cubran adecuadamente todos los aspectos relevantes del parto humanizado. Luego, se llevó a cabo una **validación de constructo**, demostrando que el instrumento mide efectivamente los conceptos teóricos que se pretendió medir, como los conocimientos y actitudes de las gestantes (ver anexo 07).

Finalmente, se verificó la **fiabilidad del instrumento** (ver anexo 06), es decir, su capacidad para producir resultados consistentes a lo largo del tiempo y en diferentes contextos. Quedando para el

conocimiento una fiabilidad de 0.840 y para la actitud 0.873, considerándose aceptable y que tiene una buena consistencia interna del instrumento, es decir, fue apropiada; asegurando que los datos recolectados fueron sólidos.

Para todos los procedimientos mencionados, se contó con la participación de tres docentes investigadores, quienes fueron seleccionados con el más alto grado de especialidad en el área correspondiente. Estos investigadores actuaron como parte del Comité Técnico, asegurando que cada etapa del procedimiento se lleve a cabo con rigor académico y metodológico. Su rol fue fundamental para la evaluación de propuestas, supervisión de los procesos y toma de decisiones informadas, garantizando así la transparencia y la calidad de los resultados obtenidos. Además, los investigadores tuvieron la responsabilidad de asegurar que todas las actividades se alineen con las normativas y estándares establecidos por la Universidad de Huánuco, promoviendo un entorno de investigación ético y eficiente.

3.3.5. TÉCNICA PARA EL PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

En primer lugar, los resultados obtenidos se procesaron manualmente mediante la creación de una **base de datos** que consistió en códigos numéricos. Posteriormente, esta base de datos se transfirió a una hoja de cálculo en el programa Excel 2022, donde se llevaron a cabo los cálculos matemáticos correspondientes para cada una de las dimensiones identificadas. Finalmente, se realizó el **procesamiento estadístico** utilizando el programa SPSS Versión 27 para Windows.

3.3.6. PARA EL PLAN DE TABULACIÓN DE DATOS

Considerando los resultados obtenidos en el análisis correspondiente, y con el propósito de abordar tanto el problema como los objetivos de investigación establecidos inicialmente, se organizaron los datos encontrados en tablas que mostraron las frecuencias y porcentajes respectivos, permitiendo visualizar las variables en la muestra estudiada tanto en la parte descriptiva como subsecuentemente en la parte inferencial del estudio en investigación.

3.3.7. PARA LA CLASIFICACIÓN DE LOS DATOS

Se llevó a cabo conforme a las variables examinadas en el estudio, utilizando un enfoque cuantitativo. Para ello, se estructuró de manera que permitiera recopilar información de forma objetiva y sistemática. Se incluyeron preguntas cerradas y enunciados con escalas de medición, lo que facilitó la cuantificación de las respuestas y su posterior análisis estadístico.

3.3.8. PARA EL ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

- Para la variable descriptiva: Se presentó en tablas (frecuencia y porcentaje) y gráficos académicos de acuerdo con las dimensiones consideradas en el estudio.
- Para la estadística inferencial (relación entre variables): De manera inicial, se realizó el análisis de normalidad, la cual, en base a nuestra muestra existente, se eligió la **prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov**, arrojando un valor (p=0.000), es decir, que nuestros datos, no siguen una distribución normal, por lo tanto es **no paramétrica** y en base a ello, de acuerdo a las variables ordinales de relación, se eligió la prueba estadística de Rho de Spearman, con un nivel de significancia establecido en p=0.667, respectivamente.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

4.1. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

4.1.1. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DEMOGRÁFICA

Tabla 1. Distribución de la edad en gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Edad		
Entre 12 y 17 años	24	39.3
Entre 18 y 25 años	27	44.3
Entre 26 y 35 años	6	9.8
Mayor de 35 años	4	6.6
TOTAL	**61**	**100.0**

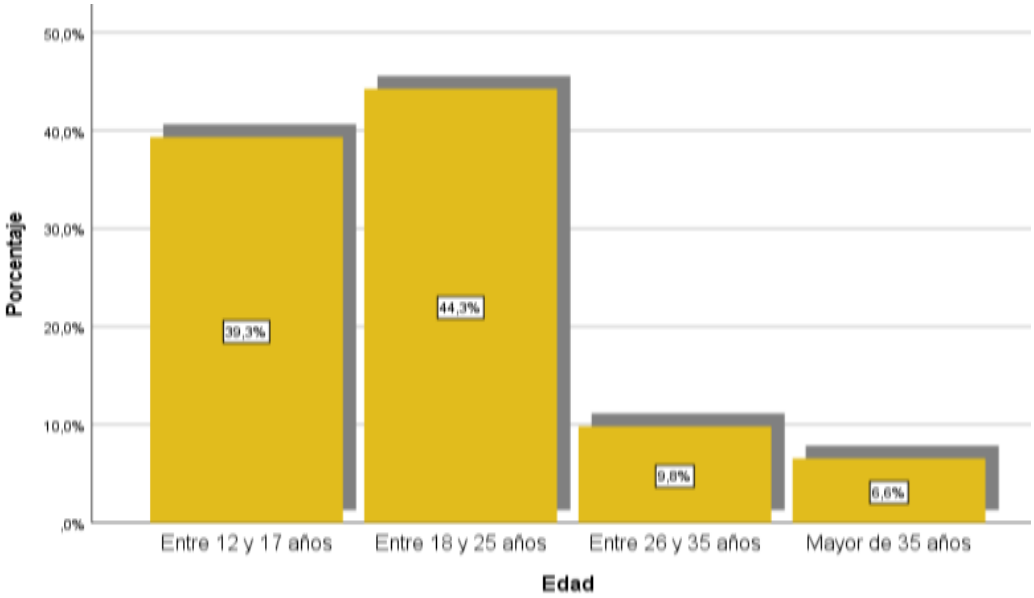


Figura 1. Distribución de la edad en gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

En cuanto a la edad de las gestantes, se observó que el 44.3% (n=27) tenían entre 18 y 25 años, seguido del 39.3% (n=24) que se encontraban en el rango de 12 a 17 años. En menor proporción, el 9.8% (n=6) tenían entre 26 y 35 años, mientras que solo el 6.6% (n=4) eran mayores de 35 años.

Tabla 2. Distribución del estado civil de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Estado civil		
Soltera	6	9.8
Casada	5	8.2
Conviviente	50	82.0
TOTAL	**61**	**100.0**

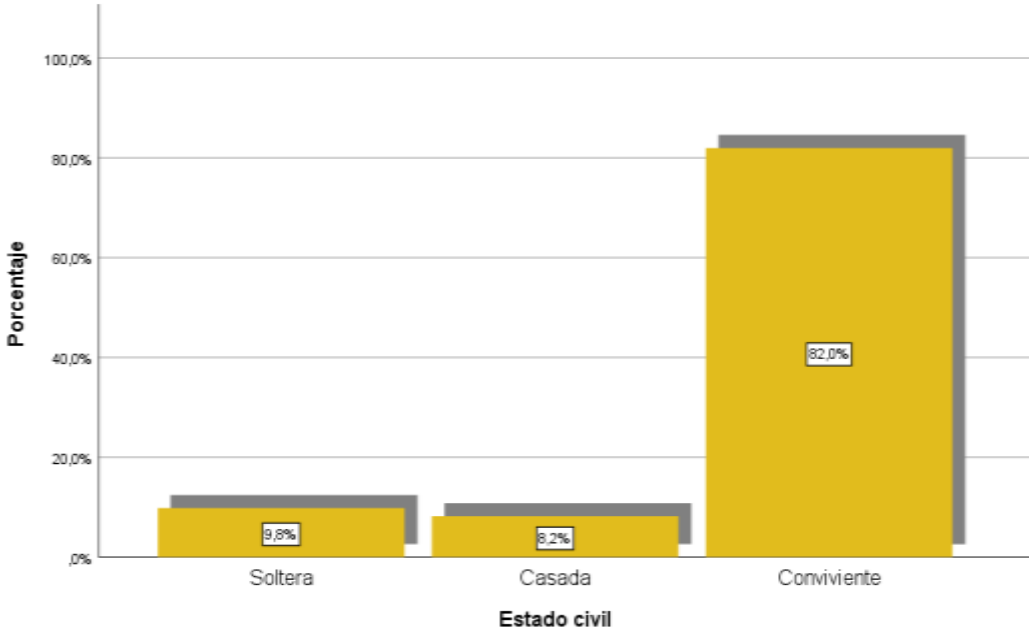


Figura 2. Distribución del estado civil de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

En relación con la distribución del estado civil en la muestra analizada, se observó que la mayoría de las participantes, específicamente el 82.0% (n=50), convivían con sus parejas en una unión estable. En contraste, el 9.8% (n=6) de las encuestadas manifestaron estar solteras, es decir, no mantenían una relación de convivencia al momento del estudio. Finalmente, el 8.2% (n=5) refirieron estar casadas, lo que indica que, si bien la convivencia en pareja es predominante, existe una menor proporción de gestantes que formalizaron su relación mediante el matrimonio.

Tabla 3. Distribución del grado de instrucción de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Grado de instrucción		
Sin instrucción	2	3.3
Primaria	20	32.8
Secundaria	35	57.4
Superior no universitario	4	6.6
TOTAL	**61**	**100.0**

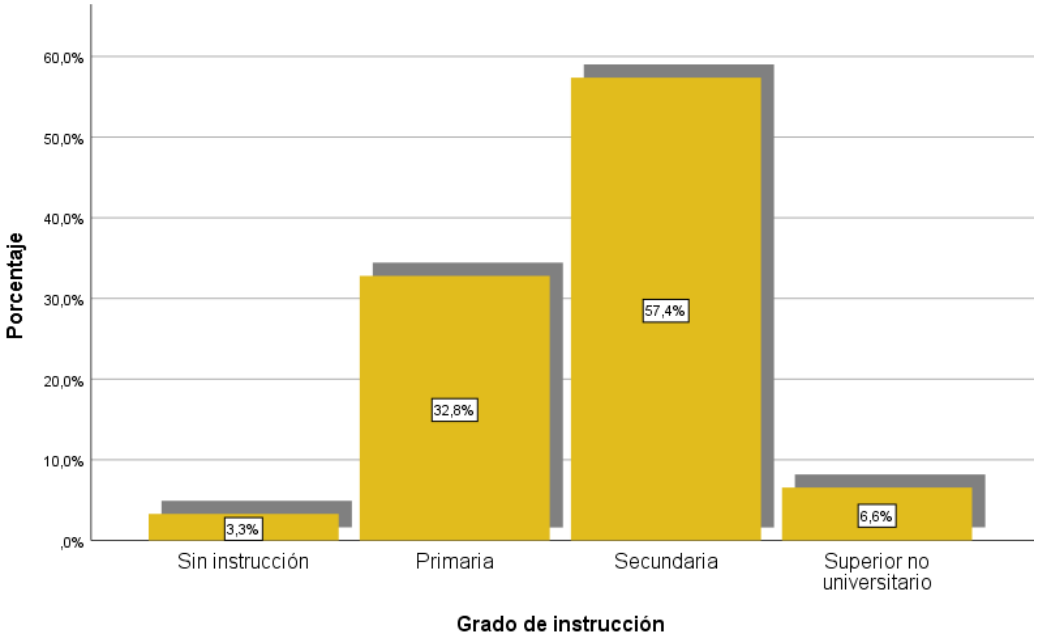


Figura 3. Distribución del grado de instrucción de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

Al analizar el grado de instrucción de las gestantes, se encontró que el 57.4% (n=35) cursó únicamente estudios secundarios, lo que representa a la mayoría de la muestra. En segundo lugar, el 32.8% (n=20) alcanzó solo el nivel primario, evidenciando una diferencia significativa con el grupo anterior. Por otro lado, un 6.6% (n=4) accedió a estudios en institutos superiores, aunque sin especificar su culminación, y finalmente, el 3.3% (n=2) no recibió instrucción formal, siendo el grupo menos representativo.

Tabla 4. Distribución de la ocupación de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Ocupación		
Estudiante	2	3.3
Ama de casa	39	63.9
Trabajador independiente	15	24.6
Trabajadora dependiente	5	8.2
TOTAL	**61**	**100.0**

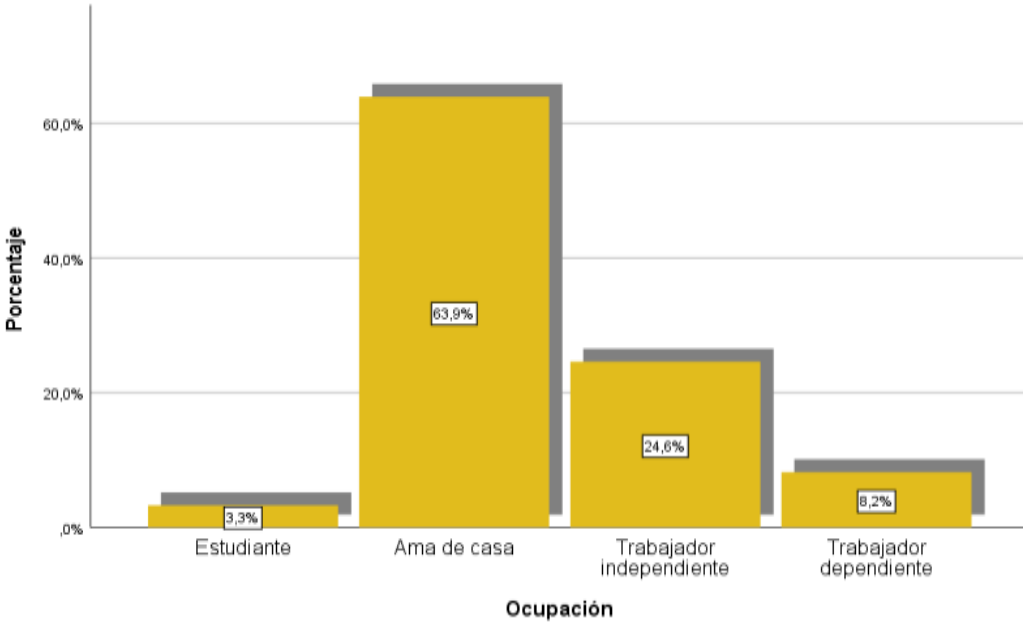


Figura 4. Distribución de la ocupación de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

Respecto a la ocupación de las gestantes evaluadas, el 63.9% (n=39) se dedicaba exclusivamente a labores del hogar, constituyendo el grupo mayoritario. Por otra parte, el 24.6% (n=15) desempeñaba actividades como trabajadoras independientes, mientras que el 8.2% (n=5) se encontraba bajo una relación de dependencia laboral. En menor proporción, el 3.3% (n=2) aún se encontraba en etapa de formación académica como estudiantes.

4.1.2. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA GINECO-OBSTÉTRICA

Tabla 5. Distribución de la paridad de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Paridad		
primigesta	18	29.5
multigesta	11	18.03
Gran multigesta	27	44.20
TOTAL	**61**	**100.0**

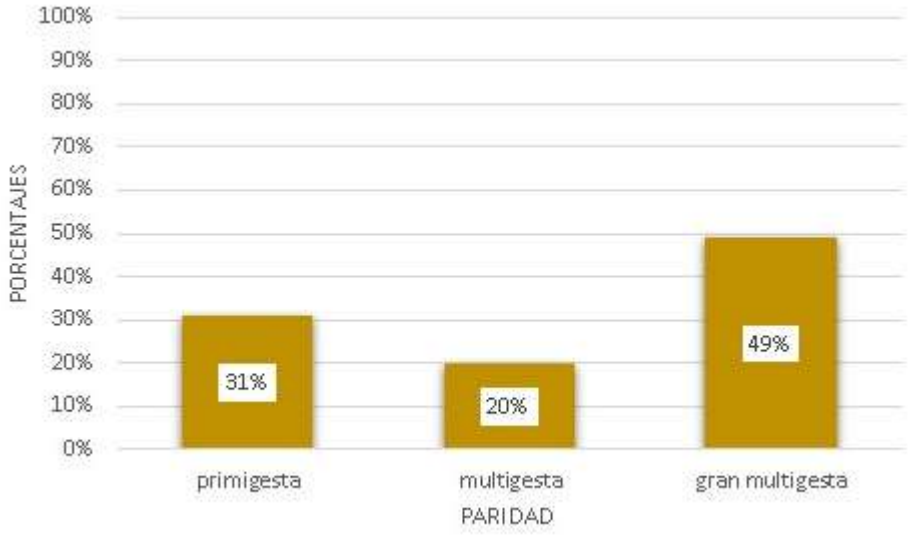


Figura 5. Distribución de la paridad de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

En el análisis de la paridad de las pacientes estudiadas, se identificó que el 44.20% (n=27) correspondía a gran multigestas, lo que representa el grupo con mayor presencia en la muestra. Le sigue el 29.5% (n=18) primigestas, es decir, aquellas que no han tenido partos previos. Finalmente, el 18.03% (n=11) fueron clasificadas como gran multigestas siendo el grupo con menor representación.

Tabla 6. Distribución de edad de la menarquia de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Menarquia		
Entre 10 y 13 años	59	96.7
Entre 14 y 16 años	2	3.3
TOTAL	**61**	**100.0**

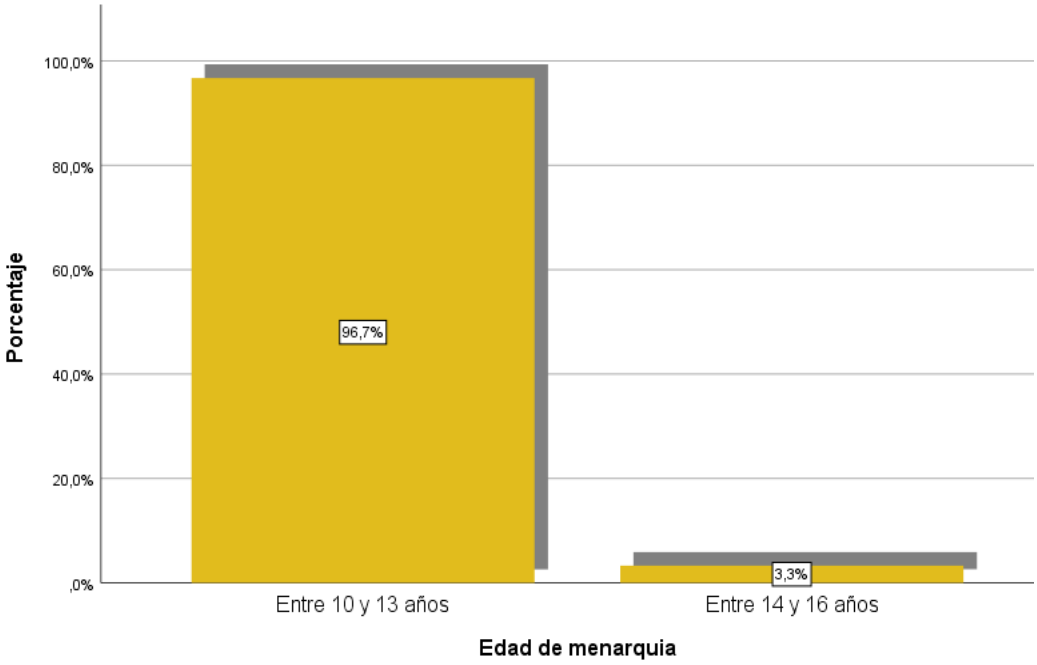


Figura 6. Distribución de edad de la menarquia de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

En referencia a la edad de menarquia de las pacientes estudiadas, se identificó que el 96.7% (n=59) la experimentó entre los 10 y 13 años. Dentro de este grupo, se observó que la mayoría reportó una edad de menarquia en el rango intermedio de este intervalo. Por otro lado, el 3.3% (n=2) indicó haber presentado su primera menstruación entre los 14 y 16 años.

Tabla 7. Distribución de edad de inicio de relaciones coitales de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Edad de inicio de las relaciones coitales		
No recuerda y/o no desea responder	4	6.6
Entre 12 y 15 años	36	59.0
Mayor de 15 años	21	34.4
TOTAL	**61**	**100.0**

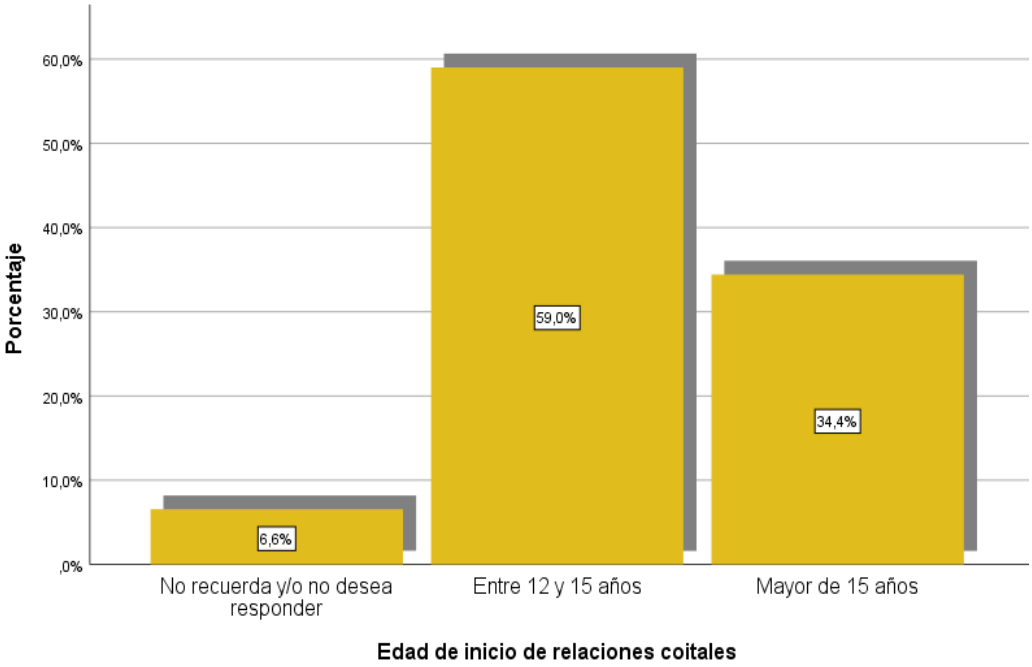


Figura 7. Distribución de edad de inicio de relaciones coitales de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

Considerando la edad de inicio de las relaciones sexuales reportada por las usuarias, se identificó que el 59.0% (n=36) manifestó haber iniciado entre los 12 y 15 años, representando el grupo con mayor presencia en la muestra. A su vez, el 34.4% (n=21) señaló haber comenzado su vida sexual después de los 15 años. Finalmente, el 6.6% (n=4) expresó no recordar o prefirió omitir esta información.

Tabla 8. Distribución del número de parejas sexuales de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Número de parejas sexuales		
Solo una	61	100.0
De 2 a 5 parejas sexuales	0	0.0
Mayor de 5 parejas sexuales	0	0.0
TOTAL	**61**	**100.0**

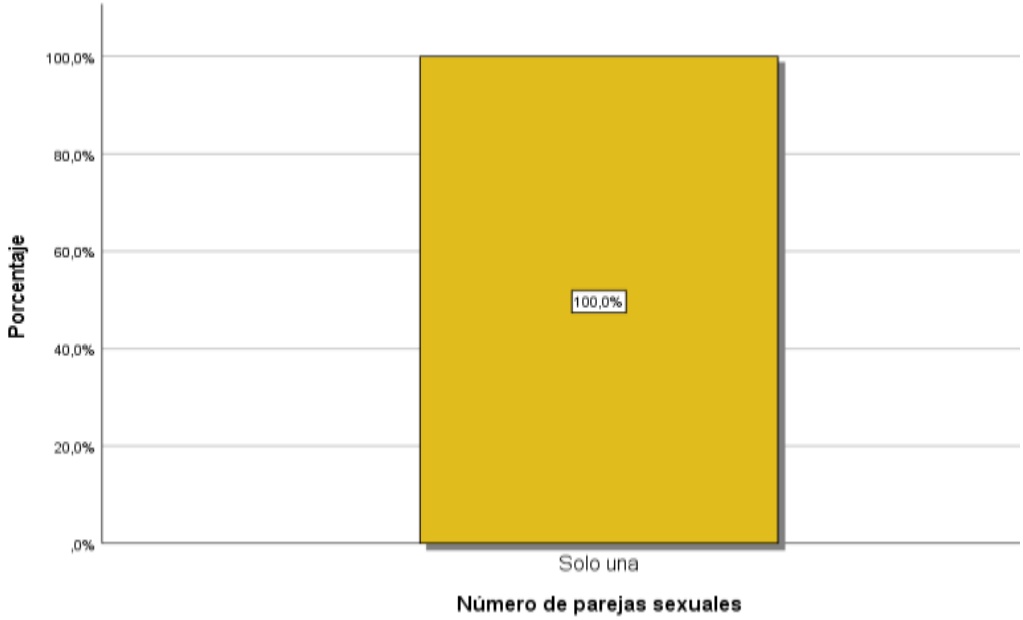


Figura 8. Distribución del número de parejas sexuales de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

En cuanto al número de parejas sexuales reportado por las usuarias atendidas en el área prenatal, se registró que el 100.0% (n=61) afirmó haber tenido únicamente una pareja sexual. Todas las participantes coincidieron en esta respuesta, sin excepción dentro de la muestra analizada. Durante la recopilación de información, las usuarias indicaron este dato de manera uniforme, donde, la declaración de este número de parejas se obtuvo a partir de entrevistas directas realizadas en la consulta prenatal, solicitando a cada paciente precisar su historial en este aspecto.

4.1.3. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DEL CONOCIMIENTO

Tabla 9. Distribución de los enunciados en la escala valorativa sobre el conocimiento del parto humanizado en gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

ÍTEMS SOBRE CONOCIMIENTO DEL PARTO HUMANIZADO	Gestantes n = 61				
	ESCALA DE VALORES				
	MI	AI	PI	NI	TOTAL
El parto humanizado garantiza el respeto por los derechos de las mujeres durante el proceso de parto.	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
La mujer participa activamente en la toma de decisiones sobre su parto dentro del enfoque de parto humanizado.	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
El parto humanizado fomenta el uso racional de intervenciones médicas, evitando aquellas innecesarias.	0.0	8.2	0.0	91.8	100.0
La atención en el parto humanizado es integral y personalizada, considerando las necesidades de cada mujer.	0.0	29.5	0.0	70.5	100.0
El acompañamiento emocional y físico durante el parto humanizado es fundamental para el bienestar de la madre y el bebé.	0.0	60.7	0.0	39.3	100.0
El parto humanizado permite que la mujer tenga libertad de movimiento durante el trabajo de parto.	0.0	50.8	0.0	49.2	100.0
El contacto piel con piel entre la madre y el bebé es una práctica promovida en el parto humanizado.	0.0	34.1	0.0	65.6	100.0
El parto humanizado busca reducir el uso de procedimientos invasivos y farmacológicos cuando no son necesarios.	0.0	16.4	0.0	83.6	100.0
Mantener un ambiente tranquilo y respetuoso es una prioridad en el parto humanizado.	0.0	26.2	0.0	73.8	100.0
El parto humanizado favorece el establecimiento del vínculo afectivo temprano entre la madre y el bebé.	0.0	27.9	0.0	72.1	100.0
La lactancia materna exclusiva es promovida como parte del cuidado posterior en el parto humanizado.	0.0	37.7	0.0	62.3	100.0
El apoyo psicológico durante el proceso de parto y postparto es un componente clave del parto humanizado.	0.0	36.1	0.0	63.9	100.0
El parto humanizado respeta las decisiones informadas de la mujer en cada etapa del proceso.	1.6	29.5	0.0	68.9	100.0
El parto humanizado contribuye a reducir la tasa de cesáreas innecesarias.	1.6	29.5	0.0	68.9	100.0
El manejo del dolor en el parto humanizado se realiza a través de métodos no farmacológicos.	0.0	31.1	0.0	68.9	100.0

La continuidad en la atención por parte del equipo de salud es un principio fundamental en el parto humanizado.	0.0	27.9	1.6	70.5	100.0
El parto humanizado respeta los tiempos naturales del parto sin acelerarlo artificialmente.	1.6	19.7	0.0	78.7	100.0
El parto humanizado individualiza la atención según las preferencias y necesidades de cada mujer.	0.0	29.5	0.0	70.5	100.0
Las mujeres deben recibir información clara y comprensible sobre las intervenciones médicas en el parto humanizado.	0.0	21.3	0.0	78.7	100.0
La presencia y participación del acompañante elegido por la mujer es un elemento clave en el parto humanizado.	0.0	13.1	0.0	86.9	100.0

Interpretación estadística

Según los datos presentados en la tabla 9, se evaluó la escala valorativa de las respuestas en relación con los 20 enunciados establecidos. La clasificación de las respuestas se distribuyó en cuatro categorías: nada informada (NI), poco informada (PI), algo informada (AI) y muy informada (MI). Dentro de esta clasificación, se identificó una tendencia predominante en los niveles NI y AI, reflejando una mayor frecuencia de respuestas en estas categorías. En la categoría NI, se agruparon aquellas gestantes que indicaron no poseer conocimiento sobre el tema, mientras que en la categoría AI se ubicaron las que manifestaron tener información parcial o limitada. Por otro lado, el grupo PI concentró a las participantes que declararon contar con una información mínima, sin llegar a un grado significativo de información. Finalmente, el grupo MI incluyó a las usuarias que expresaron estar plenamente informadas sobre el parto humanizado. La distribución de estas respuestas permitió establecer una categorización estructurada del nivel de conocimiento en la población analizada, explicada en la siguiente tabla.

Tabla 10. Distribución del nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

VARIABLE DE CONOCIMIENTO	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Nivel de conocimiento		
Nivel de conocimiento bajo	28	45.9
Nivel de conocimiento medio	18	29.5
Nivel de conocimiento alto	15	24.6
TOTAL	**61**	**100.0**

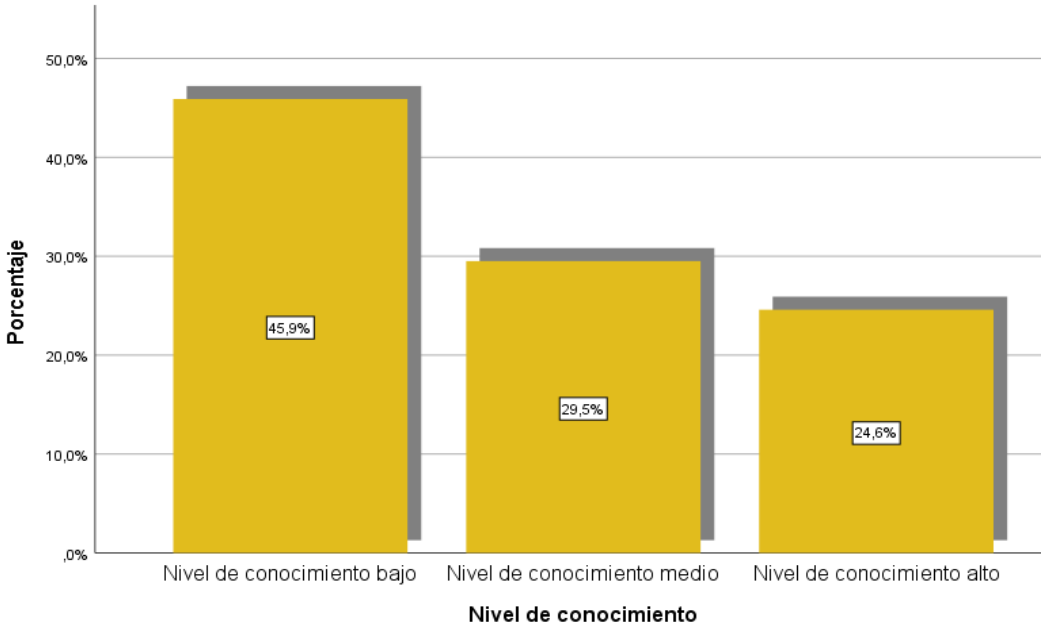


Figura 9. Distribución del nivel de conocimiento sobre el parto humanizado de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

A partir de las respuestas obtenidas en la escala valorativa, se evidenció que el 45.9% (n=28) de las gestantes presentó un nivel de conocimiento bajo sobre el parto humanizado, consolidándose como el grupo con mayor representación dentro de la muestra. Por otra parte, el 29.5% (n=18) manifestó poseer un nivel de conocimiento medio, lo que indica una proporción significativa de participantes con información parcial sobre el tema. En contraste, el 24.6% (n=15) reportó un nivel de conocimiento alto, configurándose como el grupo con menor presencia en la distribución.

4.1.4. ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA DE LAS ACTITUDES

Tabla 11. Distribución de los enunciados en la escala valorativa Likert sobre las actitudes del parto humanizado en gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

ÍTEMS SOBRE ACTITUDES DEL PARTO HUMANIZADO	Gestantes n = 61 ESCALA DE LIKERT					
	TA	A	I	D	TD	TOTAL
El parto humanizado garantiza el respeto por los derechos de las mujeres durante el proceso de parto.	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
La mujer participa activamente en la toma de decisiones sobre su parto dentro del enfoque de parto humanizado.	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
El parto humanizado fomenta el uso racional de intervenciones médicas, evitando aquellas innecesarias.	98.4	0.0	0.0	0.0	1.6	100.0
La atención en el parto humanizado es integral y personalizada, considerando las necesidades de cada mujer.	85.2	0.0	0.0	0.0	14.8	100.0
El acompañamiento emocional y físico durante el parto humanizado es fundamental para el bienestar de la madre y el bebé.	29.5	0.0	0.0	1.6	68.9	100.0
El parto humanizado permite que la mujer tenga libertad de movimiento durante el trabajo de parto.	44.3	0.0	0.0	1.6	54.1	100.0
El contacto piel con piel entre la madre y el bebé es una práctica promovida en el parto humanizado.	68.9	0.0	0.0	3.3	27.9	100.0
El parto humanizado busca reducir el uso de procedimientos invasivos y farmacológicos cuando no son necesarios.	68.9	0.0	1.6	6.6	23.0	100.0
Mantener un ambiente tranquilo y respetuoso es una prioridad en el parto humanizado.	75.4	1.6	0.0	3.3	19.7	100.0
El parto humanizado favorece el establecimiento del vínculo afectivo temprano entre la madre y el bebé.	55.7	3.3	1.6	1.6	37.7	100.0
La lactancia materna exclusiva es promovida como parte del cuidado posterior en el parto humanizado.	60.7	3.3	1.6	1.6	32.8	100.0
El apoyo psicológico durante el proceso de parto y postparto es un componente clave del parto humanizado.	60.7	0.0	0.0	3.3	36.1	100.0

El parto humanizado respeta las decisiones informadas de la mujer en cada etapa del proceso.	68.9	0.0	0.0	1.6	29.5	100.0
El parto humanizado contribuye a reducir la tasa de cesáreas innecesarias.	67.2	0.0	3.3	1.6	27.9	100.0
El manejo del dolor en el parto humanizado se realiza a través de métodos no farmacológicos.	68.9	0.0	0.0	1.6	29.5	100.0
La continuidad en la atención por parte del equipo de salud es un principio fundamental en el parto humanizado.	67.2	0.0	0.0	9.8	23.0	100.0
El parto humanizado respeta los tiempos naturales del parto sin acelerarlo artificialmente.	80.3	0.0	0.0	3.3	16.4	100.0
El parto humanizado individualiza la atención según las preferencias y necesidades de cada mujer.	67.2	0.0	0.0	6.6	26.2	100.0
Las mujeres deben recibir información clara y comprensible sobre las intervenciones médicas en el parto humanizado.	83.6	1.6	0.0	1.6	13.1	100.0
La presencia y participación del acompañante elegido por la mujer es un elemento clave en el parto humanizado.	80.3	1.6	0.0	4.9	13.1	100.0

Interpretación estadística

Considerando la clasificación de la actitud hacia el parto humanizado según la escala de Likert, que incluye las categorías: totalmente de acuerdo (TA), de acuerdo (A), indiferente (I), en desacuerdo (ED) y totalmente en desacuerdo (TD), se observó una concentración mayoritaria de respuestas en las categorías TA y TD. Esta distribución refleja la polarización de las actitudes de las gestantes, lo cual se encuentra detallado en la tabla correspondiente a la actitud positiva y negativa.

Tabla 12. Distribución de las actitudes sobre el parto humanizado de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

VARIABLE ACTITUD	Gestantes n = 61	
	Frecuencia (fi)	Porcentaje (%)
Clasificación de la actitud		
Actitud negativa	31	50.8
Actitud positiva	30	49.2
TOTAL	**61**	**100.0**

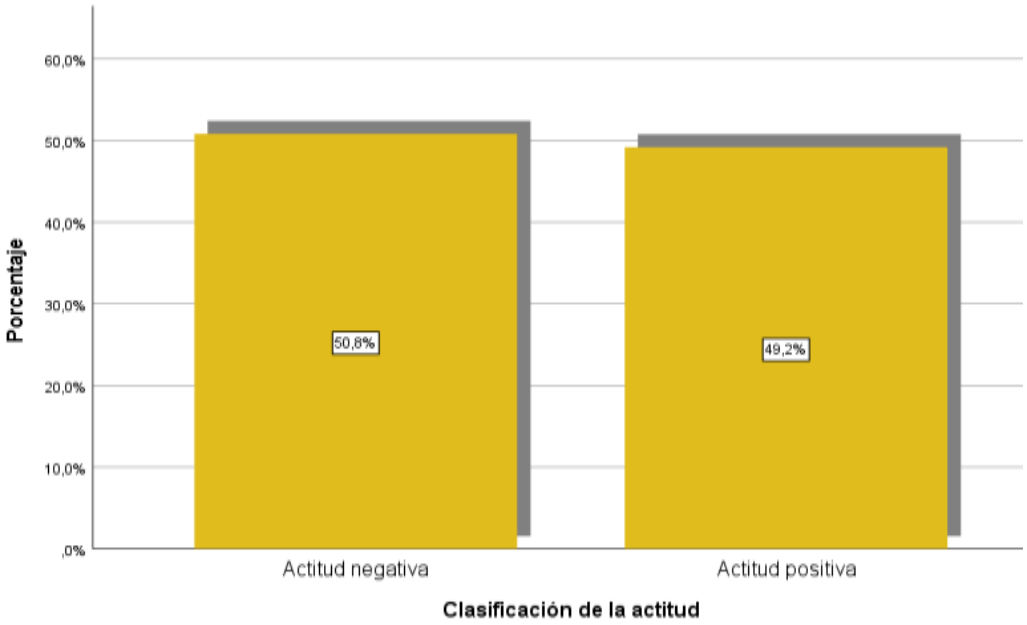


Figura 10. Distribución de las actitudes sobre el parto humanizado de las gestantes cuya atención fue en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024

Interpretación estadística

Tomando en cuenta las actitudes de las gestantes, las cuales fueron evaluadas mediante la escala de Likert y clasificadas en dos categorías principales, se identificó que el 50.8% (n=31) manifestó una actitud negativa frente al parto humanizado. Dentro de este grupo, una proporción significativa mostró desacuerdo en múltiples enunciados clave. En contraste, el 49.2% (n=30) presentó una actitud positiva, distribuyéndose mayormente entre las categorías de "de acuerdo" y "totalmente de acuerdo", lo que indica una aceptación considerable de las prácticas promovidas en la humanización del parto.

4.2. ESTADÍSTICA INFERENCIAL

4.2.1. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS GENERAL

- **Hi:** Existe relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024
- **Ho:** No existe relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024

Tabla 13. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024

RELACIÓN ENTRE VARIABLES		Gestantes (n = 61) TIPO DE ACTITUD				Rho de Spearman	P valor
		Negativa		Positiva			
		fi	%	fi	%		
NIVEL DE CONOCIMIENTO	Nivel de conocimiento bajo	14	23.0	14	23.0	-0.056	0.667
	Nivel de conocimiento medio	8	13.1	10	16.4		
	Nivel de conocimiento alto	9	14.8	6	9.8		

Tabla 14. Estadística no paramétrica correlacional entre el nivel de conocimiento y las actitudes clasificadas referente al parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024

Correlaciones			Nivel de conocimiento	Clasificación de la actitud
Rho de Spearman	Nivel de conocimiento	Coeficiente de correlación	1.000	-0.056
		Sig. (bilateral)	-	0.667
		N	61	61
	Clasificación de la actitud	Coeficiente de correlación	-0.056	1.000
		Sig. (bilateral)	0.667	-
		N	61	61

Interpretación estadística

Aplicando la prueba no paramétrica Rho de Spearman, se evaluó la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes clasificadas, obteniendo un valor de p = 0.667, superior al umbral de 0.05, lo que indica la ausencia de una correlación significativa entre ambas variables, sugiriendo que el nivel de conocimiento no influye directamente en la actitud de las gestantes.

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS

Comprender cómo el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado influye en las actitudes de las gestantes es fundamental para fortalecer la calidad de la atención materna. En este estudio, se exploró la relación entre ambos factores dentro del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, proporcionando evidencia que permite identificar tendencias clave en la percepción y aceptación de este modelo de parto. Los hallazgos obtenidos no solo ofrecen una visión sobre el grado de información que poseen las gestantes, sino que también permiten examinar cómo estas percepciones pueden impactar en la toma de decisiones durante la gestación. De este modo, los resultados cobran relevancia para la formulación de estrategias dirigidas a mejorar la educación prenatal y fomentar una experiencia de parto más humanizada y centrada en la mujer.

Como dato descriptivo demográfico podemos mencionar que, las gestantes atendidas en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao evidencia que el grupo predominante tenía entre 18 y 25 años (44.3%), seguido por adolescentes de 12 a 17 años (39.3%). En cuanto al estado civil, la mayoría (82.0%) convivía con su pareja, reflejando una tendencia hacia la unión estable. Respecto al nivel educativo, el 57.4% solo había cursado estudios secundarios, lo que marca una diferencia considerable con el 32.8% que solo alcanzó la educación primaria. Mientras que, en términos ocupacionales, el 63.9% se dedicaba exclusivamente al hogar, siendo esta la principal actividad reportada.

En cuanto a las características gineco obstétricas, se identificó que el grupo predominante de gestantes correspondía a multíparas (39.3%), seguido de nulíparas (26.2%) y primíparas (24.6%). En relación con la menarquia, la gran mayoría (96.7%) la experimentó entre los 10 y 13 años. Asimismo, el 59.0% reportó haber iniciado su vida sexual entre los 12 y 15 años, mientras que el 34.4% lo hizo después de los 15 años. Por otro lado, se evidenció que el 100% de las gestantes refirió haber tenido únicamente una pareja sexual a lo largo de su vida.

En tal sentido, los hallazgos obtenidos en el presente estudio evidencian que el grupo predominante de gestantes tenía entre 18 y 25 años, seguido de adolescentes de 12 a 17 años, este resultado contrasta con el estudio de Akinlusi et al. [17], donde la mayoría de las gestantes se encontraban en un rango de edad más avanzado (30 a 39 años), lo que sugiere diferencias contextuales en la edad materna según la región y los determinantes socioculturales. Asimismo, en cuanto a la paridad, nuestro estudio identificó un predominio de gestantes multíparas (39.3%), lo que se diferencia del estudio de Akinlusi et al. [17], en el que más del 60% eran segundigestas, lo que podría atribuirse a variaciones en las tasas de fecundidad y acceso a planificación familiar en diferentes poblaciones.

En relación con el conocimiento y la actitud ante el parto humanizado, nuestros resultados indican que el nivel de conocimiento no guarda una correlación significativa con las actitudes de las gestantes ($p = 0.667$). En contraste, Mekonnen et al, [18] identificaron un alto nivel de conocimiento en el 72% de su muestra, con un 79.6% de actitud favorable hacia la preparación para el nacimiento y sus complicaciones, lo que podría sugerir que factores adicionales, como el acceso a información y la educación prenatal, pueden influir en la actitud de las gestantes más allá del conocimiento adquirido. Similarmente, Al-Matarneh et al. [21] reportaron que, si bien el 59.1% de las participantes tenía un conocimiento inadecuado, la mayoría mantenía una actitud positiva hacia su identificación y respuesta, lo que refuerza la idea de que el conocimiento no siempre determina la actitud de manera directa.

Otro punto relevante es la relación entre el parto humanizado y los factores externos que influyen en la experiencia de las gestantes. Drigo et al, [19] destacan que las actitudes de las embarazadas sobre la atención prenatal están condicionadas por sus experiencias previas y por barreras en los servicios de salud, tales como largos tiempos de espera, falta de privacidad y actitudes del personal. En concordancia, Gómez y Ortiz [22] identificaron facilitadores como la promoción institucional y el respeto a la cultura, pero también barreras como la infraestructura inadecuada y la escasez de personal. Estos hallazgos pueden ayudar a explicar por qué, a pesar de que en nuestro estudio no se encontró una relación significativa entre

conocimiento y actitud, otros factores del entorno pueden incidir en la percepción de las gestantes respecto al parto humanizado.

Por otro lado, los estudios de Romero y Sánchez [23] y Duque (25) sugieren que existe una correlación entre variables sociodemográficas y obstétricas con las actitudes de las gestantes, observando que mujeres con mayor edad y nivel educativo secundario presentan un mayor nivel de conocimiento. No obstante, en nuestra investigación no se evidenció una correlación significativa entre conocimiento y actitud, lo que se asemeja a los resultados de Huerta, [24] quien tampoco encontró una relación significativa entre ambas variables ($p = 0.0863$). Esta discrepancia entre estudios sugiere que la relación entre conocimiento y actitud podría estar mediada por otros factores como la experiencia previa, el acceso a información clara y la confianza en el sistema de salud.

De manera concluyente, el estudio de Gamero [25] identificó una relación inversa entre conocimiento y actitud, lo que indica que un mayor conocimiento no siempre se traduce en una mejor disposición hacia el parto humanizado. Esto refuerza el hallazgo de nuestro estudio, en el que, a pesar de que las gestantes pueden estar informadas sobre el parto humanizado, su actitud no necesariamente está determinada por dicho conocimiento, lo que sugiere la necesidad de intervenciones educativas más integrales que no solo brinden información, sino que también fomenten la confianza y seguridad en la experiencia del parto.

En síntesis, nuestros hallazgos no evidencian una correlación significativa entre el conocimiento y la actitud hacia el parto humanizado. Aunque otros estudios destacan factores sociodemográficos y contextuales, nuestros resultados sugieren que la experiencia previa y la calidad de la atención prenatal son determinantes, resaltando la necesidad de estrategias que fortalezcan una experiencia de parto más humanizada.

CONCLUSIONES

1. En relación con el problema de estudio, que analiza la relación entre el conocimiento y las actitudes sobre el parto humanizado, los resultados indicaron un valor de $p = 0.667$, superior al umbral de 0.05, lo que confirma la ausencia de una correlación significativa entre ambas variables.
2. En cuanto al nivel de conocimiento sobre el parto humanizado, se evidenció que el 45.9% (n=28) de las gestantes presentó un conocimiento bajo, mientras que el 29.5% (n=18) alcanzó un nivel medio y el 24.6% (n=15), un nivel alto.
3. Respecto a las actitudes, el 50.8% (n=31) de las gestantes manifestó una actitud negativa, mientras que el 49.2% (n=30) mostró una actitud positiva, reflejando una distribución casi equitativa en la percepción del parto humanizado.
4. En cuanto a las características gineco-obstétricas, se identificó que la mayoría de las gestantes eran multíparas (39.3%). Además, el 96.7% experimentó la menarquia entre los 10 y 13 años, el 59.0% inició su vida sexual entre los 12 y 15 años, y el 100% reportó haber tenido únicamente una pareja sexual a lo largo de su vida.
5. En el ámbito demográfico, el grupo predominante de gestantes tenía entre 18 y 25 años (44.3%). La mayoría (82.0%) convivía con su pareja, el 57.4% solo cursó estudios secundarios y el 63.9% se dedicaba exclusivamente a las labores del hogar.

RECOMENDACIONES

Para el director del ***Centro de Salud de Panao***, se recomienda fortalecer los programas de educación prenatal con un enfoque integral que no solo informe a las gestantes sobre el parto humanizado, sino que también promueva espacios de diálogo y orientación para mejorar sus actitudes al respecto. Asimismo, sería beneficioso optimizar los recursos disponibles en el establecimiento para garantizar una atención más cercana y humanizada, fomentando la capacitación continua del personal y la adecuación de infraestructuras que permitan brindar un entorno más seguro y acogedor para las gestantes.

Para ***las obstetras del centro de salud***, se sugiere implementar estrategias didácticas que refuercen el conocimiento sobre el parto humanizado, adaptando la información a las características sociodemográficas de las gestantes. Dado que una parte importante de ellas presenta actitudes negativas, es fundamental emplear metodologías más participativas, como talleres vivenciales y sesiones personalizadas, que permitan sensibilizar a las pacientes sobre la importancia de este enfoque. Además, se recomienda fortalecer la relación paciente-profesional de salud, fomentando un acompañamiento continuo que brinde confianza y seguridad durante todo el proceso gestacional.

Para ***las gestantes***, se aconseja participar activamente en los espacios de orientación prenatal y buscar información sobre el parto humanizado para mejorar su comprensión y disposición hacia este modelo de atención. Es importante que desarrollen una actitud abierta frente a las recomendaciones médicas y se involucren en la toma de decisiones relacionadas con su proceso de gestación y parto. Además, se sugiere que fortalezcan sus redes de apoyo familiar y social, ya que el acompañamiento emocional y la información adecuada pueden contribuir a una experiencia más positiva y respetuosa durante el parto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Salud materna [Internet]. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/maternal-health
2. Mortalidad materna [Internet]. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality
3. Pan American Health Organization / World Health Organization. 2018 [citado el 8 de febrero de 2024]. Definición de defunción materna - RELACSIS | OPS/OMS. Disponible en: https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/887-foro-becker-definicion-de-defuncion-materna/
4. Muerte Materna [Internet]. CDC MINSA. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/vigilancia-epidemiologica/muerte-materna/
5. Salud materna - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-materna
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA Perú) [Internet]. 2023 [citado el 8 de febrero de 2024]. Cada dos minutos muere una mujer por problemas en el embarazo o el parto. Disponible en: https://peru.unfpa.org/es/news/cada-dos-minutos-muere-una-mujer-por-problemas-en-el-embarazo-o-el-parto
7. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC Perú): Conoce cómo acceder a la información pública sobre mortalidad materna [Internet]. CDC MINSA. [citado el 8 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-conoce-como-acceder-a-la-informacion-publica-sobre-mortalidad-materna/
8. Ramos MG. Mortalidad materna, ¿cambiando la causalidad el 2021? Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. enero de 2022 [citado el 13 de febrero de 2024];68(1). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2304-51322022000100018&lng=es&nrm=iso&tlng=es

9. Impacto de la pandemia en la salud materna en el Perú | Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal. el 13 de octubre de 2022 [citado el 13 de febrero de 2024]; Disponible en: https://investigacionmaternoperinatal.inmp.gob.pe/index.php/rpinmp/article/view/230
10. Macías-Intriago M, Haro-Alvarado J, Piloso-Gómez F, Galarza-Soledispa G, Quishpe-Molina M, Triviño-Vera B. Importancia y beneficios del parto humanizado. Dominio Las Cienc. el 15 de septiembre de 2018; 4: 392.
11. Lavanderos S, Díaz-Castillo C, Lavanderos S, Díaz-Castillo C. Recomendaciones basadas en la evidencia para alcanzar un parto respetado. Rev Chil Obstet Ginecol. diciembre de 2021; 86(6): 563–72.
12. Parto humanizado, la información es poder [Internet]. Gente Saludable. 2016 [citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/
13. Centro Nacional de Epidemiologia, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. Número de muertes maternas anual y hasta la SE 11, 2000 - 2022 [Internet]. [citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE11/mmaterna.pdf
14. Guevara Ríos E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. Rev Peru Investig Materno Perinat. 2016; 5(2): 7–8.
15. Reducción de la mortalidad materna en el Perú [Internet]. [citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/anales/v62_n3/reduccion.htm
16. Mlotshwa PR, Sibiya MN. Pregnant Women's Views Regarding Maternity Facility-Based Delivery at Primary Health Care Facilities in the Province of KwaZulu-Natal in South Africa. Int J Environ Res Public Health. el 6 de agosto de 2023; 20(15): 6535.
17. Akinlusi FM, Olayiwola AA, Rabiu KA, Oshodi YA, Ottun TA, Shittu KA. Prior childbirth experience and attitude towards subsequent vaginal birth after one caesarean delivery in Lagos, Nigeria: a cross-sectional study. BMC Pregnancy Childbirth. el 30 de enero de 2023; 23(1): 82.
18. Mekonnen O, Alelign Z, Adugnaw E, Neges K. Assessment of Knowledge, Attitude and Practices on birth preparedness and complication readiness

among pregnant women attending antenatal follow up at Mizan-Tepi University Teaching Hospital, Southwest Ethiopia [Internet]. In Review; 2022 jun [citado el 13 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.researchsquare.com/article/rs-1699626/v1

19. Drigo L, Luvhengo M, Lebese RT, Makhado L. Attitudes of Pregnant Women Towards Antenatal Care Services Provided in Primary Health Care Facilities of Mbombela Municipality, Mpumalanga Province, South Africa. Open Public Health J [Internet]. el 26 de octubre de 2020 [citado el 13 de febrero de 2024]; 13(1). Disponible en: https://openpublichealthjournal.com/VOLUME/13/PAGE/569/
20. Turan Z, Suveren Y, Vural G. A qualitative study on the expectations and experiences of mothers during the childbirth process in Western Anatolia, Turkey. Women Health. 2022; 62(5): 444–53.
21. Al-Matarneh BM, Abdulhmeed Al-Khawaldeh O, Alsaraireh AM. Knowledge, attitudes and practices regarding obstetric danger signs among Jordanian pregnant women attending antenatal clinic in Jordan. Cent Eur J Nurs Midwifery. el 5 de junio de 2023; 14(2): 860–8.
22. Ángel YPG, Ferro MAO. Parto humanizado: Percepción de profesionales de la salud sobre facilitadores y barreras al acompañamiento de las gestantes durante el trabajo de parto. 2020.
23. Romero Trejo JL, Sánchez Mata GM. Conocimiento del parto humanizado y actitudes de gestantes CLAS Huanchac- Marian, Independencia, Huaraz, Ancash, 2020. Univ Nac Santiago Antúnez Mayolo [Internet]. el 5 de noviembre de 2021 [citado el 14 de febrero de 2024]; Disponible en: http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/4926
24. Huerta Sulla SJ. Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en los internos del Hospital Iquitos César Garayar García 2021.
25. Gamero Rivera DK. Relación entre el nivel de conocimiento sobre parto humanizado y la actitud de los internos de la facultad de obstetricia y puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Noviembre – 2019 [Internet]. UCSM. 2021 [citado el 14 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www2.ucsm.edu.pe/relacion-entre-el-nivel-de-conocimiento-sobre-parto-humanizado-y-la-actitud-de-los-internos-de-

la-facultad-de-obstetricia-y-puericultura-de-la-universidad-catolica-de-santa-maria-arequipa-noviembre/

26. V. Ramírez A. La teoría del conocimiento en investigación científica: una visión actual. An Fac Med. septiembre de 2009; 70(3): 217–24.
27. Martínez Marín A, Ríos Rosas F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado.
28. Alcívar JC, Tello CM, Chavez LR, Sanchez PF, Vicuña RH. El conocimiento en el sistema de salud. Cienc Digit. el 5 de mayo de 2019; 3(2): 508–18.
29. Tipos de conocimientos [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.ceupe.mx/blog/tipos-de-conocimientos.html
30. Diferenciador [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. 9 tipos de conocimiento y sus características (con ejemplos). Disponible en: https://www.diferenciador.com/conocimiento-empirico-cientifico-filosofico-teologico/
31. Laura Ruiz. Los 17 tipos de conocimiento (y sus características) [Internet]. 2019 [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://estilonext.com/cultura/tipos-de-conocimiento
32. Bodemer BR. Los 15 tipos de conocimiento y sus características [Internet]. Avance Psicólogos. 2022 [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.avancepsicologos.com/tipos-conocimiento/
33. Concepto y definición de conocimiento [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n8/m12.html
34. Enciclopedia Significados [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Tipos de conocimiento. Disponible en: https://www.significados.com/tipos-de-conocimiento/
35. Wang X, Kang H, Fu L, Yao L, Ding J, Wang J, et al. Quantifying knowledge from the perspective of information structurization. PLOS ONE. el 4 de enero de 2023; 18(1): e0279314.
36. Fanelli D. A theory and methodology to quantify knowledge. R Soc Open Sci. el 3 de abril de 2019; 6(4): 181055.

37. Du J, Li P, Guo Q, Tang X. Measuring the knowledge translation and convergence in pharmaceutical innovation by funding-science-technology-innovation linkages analysis. J Informetr. el 1 de febrero de 2019; 13(1): 132–48.
38. Bass KM, Drits-Esser D, Stark LA. A Primer for Developing Measures of Science Content Knowledge for Small-Scale Research and Instructional Use. CBE Life Sci Educ. 2016; 15(2): rm2.
39. Enciclopedia Significados [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Actitud (Qué es, Concepto y Definición). Disponible en: https://www.significados.com/actitud/
40. Prezi.com [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Teorías que explican la formación de las actitudes. Disponible en: https://prezi.com/-vmdupqrstcq/teorias-que-explican-la-formacion-de-las-actitudes/
41. Los 15 tipos de actitudes, y cómo nos definen [Internet]. 2018 [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://psicologiaymente.com/psicologia/tipos-de-actitudes
42. Psicologia-online.com [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Definición de actitud - Psicología Social. Disponible en: https://www.psicologia-online.com/definicion-de-actitud-psicologia-social-1394.html
43. Pan American Health Organization / World Health Organization. [citado el 16 de febrero de 2024]. Trabajo de parto inicial - RELACSIS | OPS/OMS. Disponible en: https://www3.paho.org/relacsis/index.php/es/foros-relacsis/foro-becker-fci-oms/61-foros/consultas-becker/933-trabajo-de-parto-inicial/
44. Salud del recién nacido - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/salud-recien-nacido
45. Ministerio de Salud (MINSA)/DGSP. Norma técnica de salud para la atención integral de salud materna [Internet]. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/04/964549/rm_827-2013-minsa.pdf

46. Cobo A, Jiménez EIA. Parto humanizado y la función de enfermería en los establecimientos de salud pública. Enferm Investiga. el 3 de enero de 2022; 7(1): 73–8.
47. Macías-Intriago MG, Haro-Alvarado JI, Piloso-Gómez FE, Galarza-Soledispa GL, Quishpe-Molina M del C, Triviño-Vera BN. Importancia y beneficios del parto humanizado. Dominio Las Cienc. el 15 de septiembre de 2018; 4(3): 392– 415.
48. Intriago MGM, Acurio IJT, Saltos LAG, Guerrido WMQ, Reyes MLC, Lara MMÁ. Parto humanizado como estrategia de salud pública en atención primaria de salud. RECIMUNDO. el 28 de septiembre de 2018; 2(3): 730–45.
49. Choez V, Choez MML. El Autocuidado y parto humanizado en adolescentes. Rev Científica Higía Salud [Internet]. el 5 de julio de 2021 [citado el 16 de febrero de 2024]; 4(1). Disponible en: https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/487
50. Conesa Ferrer MB, Camacho Ávila M, Hernández Sánchez E, López Martínez EM, Marín Conesa E, Conesa Ferrer MB, et al. Estudio descriptivo de los resultados obstétricos y neonatales en dos modelos de asistencia al parto en primíparas. Enferm Cuid Humaniz [Internet]. diciembre de 2022 [citado el 16 de febrero de 2024];11(2). Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2393-66062022000201207&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Laboratorios Andrómaco [Internet]. 2018 [citado el 16 de febrero de 2024]. Parto humanizado: recomendaciones de la OMS - Andrómaco. Disponible en: https://www.andromaco.com/publicaciones/revista-conexion/articulo/134-recomendaciones-de-la-oms-para-un-parto-humanizado
52. Ventajas del parto humanizado en mujeres gestantes en Latinoamérica: Advantages of Humanized Childbirth in Pregnant Women in Latin America | LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://latam.redilat.org/index.php/lt/article/view/956

53. Sandra Ortega Wilkes [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Parto Humanizado / Obstetricia. Disponible en: http://sandraortegaginecologa.com/parto-humanizado-(e174)
54. Parto humanizado, la información es poder - Gente Saludable [Internet]. [citado el 16 de febrero de 2024]. Disponible en: https://blogs.iadb.org/salud/es/parto-humanizado/
55. Jimeno-Orozco JA, Prieto Rojas S, Lafaurie Villamil MM. Atención prenatal humanizada en américa latina: un estado del arte. Rev Fac Cienc Médicas. el 6 de junio de 2022; 79(2): 205–9.
56. Atención humanizada el parto. Diferencial según condición clínica y social de la materna [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/1952/195251837005/html/
57. Mujer gestante [Internet]. [citado el 10 de julio de 2024]. Diccionario médico. Clínica Universidad de Navarra. Disponible en: https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/mujer-gestante
58. Guía de Práctica Clínica (GPC)-Control Prenatal (CPN)-final-mayo-2016-DNN.pdf [Internet]. [citado el 10 de julio de 2024]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/05/GPC-CPN-final-mayo-2016-DNN.pdf
59. Ato M, López JJ, Benavente A. Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. An Psicol. octubre de 2013; 29(3): 1038–59.
60. Veiga de Cabo J, Fuente Díez E de la, Zimmermann Verdejo M. Modelos de estudios en investigación aplicada: conceptos y criterios para el diseño. Med Segur Trab. marzo de 2008; 54(210): 81–8.
61. Diseño tipos estudio [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.uv.es/invsalud/invsalud/disenyo-tipo-estudio.htm
62. Müggenburg Rodríguez V. MC, Pérez Cabrera I. Tipos de estudio en el enfoque de investigación cuantitativa. Enferm Univ [Internet]. el 17 de abril de 2018 [citado el 17 de febrero de 2024];4(1). Disponible en: http://revista-enfermeria.unam.mx:80/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/469

63. Domilita [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2024]. Las Ventajas y Desventajas Del Metodo Cuantitativo | PDF. Disponible en: https://es.scribd.com/document/471531093/Las-ventajas-y-desventajas-del-metodo-cuantitativo
64. Qualtrics [Internet]. [citado el 17 de febrero de 2024]. Investigación cuantitativa. Disponible en: https://www.qualtrics.com/es-la/gestion-de-la-experiencia/investigacion/investigacion-cuantitativa/

COMO CITAR ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Mendoza K. Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del centro de salud Panao, enero a mayo, 2024 [Internet] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2025 [Consultado]. Disponible en: http://...

ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Investigación **"Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024"**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS
Problema General ¿Cuál es la relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?	**Objetivo General** Determinar la relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024	**Hipótesis General** **Hi:** Existe relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024 **Ho:** No existe relación entre el conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de	**Variable asociada** Conocimiento sobre el parto humanizado **Variable de supervisión** Actitud sobre el parto humanizado **Variable de caracterización** Características gíneco obstétricas (Gesta, paridad, menarquia, inicio de relaciones coitales, número de parejas sexuales)	**TIPO DE INVESTIGACION** PROSPECTIVO, NO EXPERIMENTAL, TRANSVERSAL, CORRELACIONAL. **Nivel de Investigación** Descriptivo - Relacional **Diseño de investigación** Correlacional M ——— Ox, Oy (r) Donde: M = Muestra (Gestantes del servicio de atención prenatal) Ox = Conocimiento sobre el parto humanizado r = relación	**TECNICA** Encuesta **INSTRUMENTO** Basado en un cuestionario, dividido de la siguiente manera: • Características demográficas (4 ítems) • Características gineco-obstétricas (4 ítems) En el conocimiento y las actitudes se califica de la siguiente manera: **A. ESCALA DE VALORES PARA EL CONOCIMIENTO** **Primer punto:** Cuestionario con enunciados en base a una escala, para calcular el nivel de conocimiento, dividida en: • Muy informada (4 puntos) • Algo informada (3 puntos) • Poco informada (2 puntos) • Nada informada (1 punto) **Segundo punto:** Baremación a base a la sumatoria anteriormente mostrada, quedando:
Problemas Específicos **PE_1:** ¿Cuál es el conocimiento sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?	**Objetivos específicos** **OE_1:** Identificar el conocimiento sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024				
PE_2: ¿Cuáles son las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de	**OE_2**: Identificar las actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención				

atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?	prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024	Huánuco, enero a mayo, 2024	Características demográficas (Edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación)	Oy = Actitud sobre el parto humanizado **POBLACIÓN** Estuvo conformada por 61 gestantes atendidas en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, entre el mes de enero y mayo, 2024. **MUESTRA** Seleccionada utilizando la técnica de muestreo probabilístico, mediante el muestreo aleatorio simple, es decir todas las participantes tuvieron la misma probabilidad de ser elegidas, en tal sentido, al ser una población considerada pequeña, se decidió trabajar con todo el universo poblacional, es por ello, y en base a la cantidad de la población, se trabajó con las 61 gestantes atendidas en el servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, entre el mes de enero y mayo, 2024.	• Nivel de conocimiento alto: De 33 a 36 puntos. • Nivel de conocimiento medio: De 31 a 32 puntos. • Nivel de conocimiento bajo: De 20 a 30 puntos. **B. ESCALA DE VALORES PARA LAS ACTITUDES** **Punto inicial:** Escala de Likert con enunciados que contará con un total de 20 ítems. • Totalmente de acuerdo (TA) = 5 puntos • De acuerdo (A) = 4 puntos • Indiferente (I) = 3puntos • En desacuerdo (D) = 2puntos • Totalmente en desacuerdo (TD) = 1punto **Punto secundario:** Para la clasificación de la actitud, fue necesario la realización de la baremación correspondiente (ver anexo), quedando: • Actitud positiva: De 42 a 56 puntos • Actitud negativa: De 32 a 41 puntos
PE_3: ¿Cuáles son las características gíneco-obstétricas de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?	**OE_3:** Describir las características gíneco-obstétricas de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024				
PE_4: ¿Cuáles son las características demográficas de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024?	**OE_4:** Describir las características demográficas de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco, enero a mayo, 2024				

ANEXO 2
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Investigación **"Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024"**

Estimada participante, agradezco su interés en colaborar con este estudio de investigación. Este documento tiene como objetivo recopilar información relevante sobre el tema en estudio. Por lo tanto, le solicito que lea detenidamente las preguntas y marque las opciones que considere adecuadas. Su aporte será de gran valor para avanzar en el conocimiento y la práctica en este ámbito.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

A. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1. Edad: En años
   a) Entre 12 y 17 años
   b) Entre 18 y 25 años
   c) Entre 26 y 35 años
   d) Mayor de 35 años
2. Estado civil
   a) Soltera
   b) Casada
   c) Conviviente
   d) Divorciada
3. Grado de instrucción
   a) Sin instrucción
   b) Primaria
   c) Secundaria
   d) Superior no universitario
   e) Superior universitario

4. Ocupación
   a) Estudiante
   b) Ama de casa
   c) Trabajador independiente
   d) Trabajador dependiente

B. CARACTERÍSTICAS GÍNECO OBSTÉTRICAS

5. Paridad
   a) primigestas
   b) multigestas
   c) gran multigestas
6. Menarquia (edad de comienzo)
   a) Entre 10 y 13 años
   b) Entre 14 y 16 años
   c) Mayor de 16 años
7. Inicio de relaciones coitales (en años)
   a) No recuerda y/o no desea responder
   b) Entre 12 y 15 años
   c) Mayor de 15 años
8. Número de parejas sexuales
   a) Solo una
   b) De 2 a 5 parejas sexuales
   c) Mayor de 5 parejas sexuales

II. CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE PARTO HUMANIZADO

Indicaciones: En este apartado encontrarás una serie de enunciados afirmativos. Por favor, completa los espacios en blanco y selecciona con una (X) la alternativa que creas apropiada. En este contexto, Muy Informada se indica con la letra (MI), Algo Informada (AI), Poca Informada (PI) y Nada Informada con las letras (NI).

N°	ÍTEMS	MI	AI	PI	NI
	Codificación	**4**	**3**	**2**	**1**
01	El parto humanizado garantiza el respeto por los derechos de las mujeres durante el proceso de parto.				
02	La mujer participa activamente en la toma de decisiones sobre su parto dentro del enfoque de parto humanizado.				
03	El parto humanizado fomenta el uso racional de intervenciones médicas, evitando aquellas innecesarias.				
04	La atención en el parto humanizado es integral y personalizada, considerando las necesidades de cada mujer.				
05	El acompañamiento emocional y físico durante el parto humanizado es fundamental para el bienestar de la madre y el bebé.				
06	El parto humanizado permite que la mujer tenga libertad de movimiento durante el trabajo de parto.				
07	El contacto piel con piel entre la madre y el bebé es una práctica promovida en el parto humanizado.				
08	El parto humanizado busca reducir el uso de procedimientos invasivos y farmacológicos cuando no son necesarios.				
09	Mantener un ambiente tranquilo y respetuoso es una prioridad en el parto humanizado.				
10	El parto humanizado favorece el establecimiento del vínculo afectivo temprano entre la madre y el bebé.				
11	La lactancia materna exclusiva es promovida como parte del cuidado posterior en el parto humanizado.				
12	El apoyo psicológico durante el proceso de parto y postparto es un componente clave del parto humanizado.				
13	El parto humanizado respeta las decisiones informadas de la mujer en cada etapa del proceso.				
14	El parto humanizado contribuye a reducir la tasa de cesáreas innecesarias.				
15	El manejo del dolor en el parto humanizado se realiza a través de métodos no farmacológicos.				
16	La continuidad en la atención por parte del equipo de salud es un principio fundamental en el parto humanizado.				
17	El parto humanizado respeta los tiempos naturales del parto sin acelerarlo artificialmente.				
18	El parto humanizado individualiza la atención según las preferencias y necesidades de cada mujer.				
19	Las mujeres deben recibir información clara y comprensible sobre las intervenciones médicas en el parto humanizado.				
20	La presencia y participación del acompañante elegido por la mujer es un elemento clave en el parto humanizado.				

III. CUESTIONARIO DE ACTITUDES SOBRE EL PARTO HUMANIZADO

A continuación, se presentan enunciados, coloca una (X) en el recuadro que corresponda tu criterio:

TA	A	I	D	TD
Totalmente de acuerdo	**De acuerdo**	**Indiferente**	**En desacuerdo**	**Totalmente en desacuerdo**

N°	ÍTEMS	TA	A	I	D	TD
	Codificación	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
01	El parto humanizado garantiza el respeto por los derechos de las mujeres durante el proceso de parto.					
02	La mujer participa activamente en la toma de decisiones sobre su parto dentro del enfoque de parto humanizado.					
03	El parto humanizado fomenta el uso racional de intervenciones médicas, evitando aquellas innecesarias.					
04	La atención en el parto humanizado es integral y personalizada, considerando las necesidades de cada mujer.					
05	El acompañamiento emocional y físico durante el parto humanizado es fundamental para el bienestar de la madre y el bebé.					
06	El parto humanizado permite que la mujer tenga libertad de movimiento durante el trabajo de parto.					
07	El contacto piel con piel entre la madre y el bebé es una práctica promovida en el parto humanizado.					
08	El parto humanizado busca reducir el uso de procedimientos invasivos y farmacológicos cuando no son necesarios.					
09	Mantener un ambiente tranquilo y respetuoso es una prioridad en el parto humanizado.					
10	El parto humanizado favorece el establecimiento del vínculo afectivo temprano entre la madre y el bebé.					
11	La lactancia materna exclusiva es promovida como parte del cuidado posterior en el parto humanizado.					
12	El apoyo psicológico durante el proceso de parto y postparto es un componente clave del parto humanizado.					
13	El parto humanizado respeta las decisiones informadas de la mujer en cada etapa del proceso.					
14	El parto humanizado contribuye a reducir la tasa de cesáreas innecesarias.					
15	El manejo del dolor en el parto humanizado se realiza a través de métodos no farmacológicos.					
16	La continuidad en la atención por parte del equipo de salud es un principio fundamental en el parto humanizado.					
17	El parto humanizado respeta los tiempos naturales del parto sin acelerarlo artificialmente.					
18	El parto humanizado individualiza la atención según las preferencias y necesidades de cada mujer.					
19	Las mujeres deben recibir información clara y comprensible sobre las intervenciones médicas en el parto humanizado.					
20	La presencia y participación del acompañante elegido por la mujer es un elemento clave en el parto humanizado.					

ANEXO 3
ESCALA VALORATIVA

Investigación **"Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024"**

Para determinar el **nivel de conocimiento sobre el parto humanizado** de las embarazadas, constó con un total de 20 ítems, quedando codificadas de la manera siguiente:

Escala valorativa del conocimiento sobre el parto humanizado

Clasificación	Puntaje
Muy informada (MI)	4 puntos
Algo informada (AI)	3 puntos
Poco informada (PI)	2 puntos
Nada informada (NI)	1 punto

Fuente: Elaboración propia

Para determinar **las actitudes sobre el parto humanizado**, que constó con un total de 20 ítems, se codificaron de acuerdo a la escala de Likert, quedando de la manera siguiente:

Escala valorativa de las actitudes sobre el parto humanizado

Clasificación	Puntaje
Totalmente de acuerdo (TA)	5 puntos
De acuerdo (A)	4 puntos
Indiferente (I)	3 puntos
En desacuerdo (D)	2 puntos
Totalmente en desacuerdo (TD)	1 punto

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 4

PUNTOS DE CORTE Y PERCENTILES

Investigación **"Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024"**

- Para la ***variable de conocimiento:***

Estadísticos

SUMA TOTAL DEL CONOCIMIENTO

N	Válido	61
	Perdidos	0
Mínimo		20
Máximo		36
Percentiles	33,33333333	30,00
	66,66666667	32,00

En este apartado se tuvo en cuenta la determinación de tres puntos de corte para tres grupos iguales, es decir, teniendo en cuenta la clasificación del conocimiento.

- Para la ***variable de las actitudes***:

Estadísticos

SUMA TOTAL DE LA ACTITUD

N	Válido	61
	Perdidos	0
Mínimo		32
Máximo		56
Percentiles	50	41,00

De manera continua, se realizó el corte en dos partes, esto representa a la sub clasificación de las actitudes (en dos grupos iguales).

ANEXO 5
BAREMO DEL ESTUDIO

Investigación **"Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024"**

Teniendo en cuenta el anexo 04 y en base a la clasificación de las variables para la determinación de la baremación de ambas variables, se concluyó lo siguiente:

Baremación para el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado

Nivel de conocimiento	Puntaje
Conocimiento alto	De 33 a 36 puntos
Conocimiento medio	De 31 a 32 puntos
Conocimiento bajo	De 20 a 30 puntos

Fuente: Elaboración propia

Baremación para las actitudes sobre el parto humanizado

Clasificación de las actitudes	Puntaje
Actitud positiva	De 42 a 56 puntos
Actitud negativa	De 32 a 41 puntos

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 6

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Investigación **"Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao, enero a mayo, 2024"**

Para ambos instrumentos:

Fiabilidad

Escala: Fiabilidad del nivel de conocimiento

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	61	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	61	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach[a]	N de elementos
,840	20

a. Fiabilidad positiva

Fiabilidad

Escala: Fiabilidad de la actitud

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	61	100,0
	Excluido[a]	0	,0
	Total	61	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach[a]	N de elementos
,873	20

a. Fiabilidad positiva

Teniendo en cuenta ambos instrumentos, se pudo obtener valores de Alfa de Cronbach (0.840 y 0.873), confirmando una confiabilidad aceptable para ambos instrumentos.

ANEXO 7

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Crespo Lugo Denis Isaac

1.2. Institución donde labora:

Centro de Salud Panao

1.3. Denominación del Instrumento:

Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes en el servicio de atención prenatal del centro de Salud Pana Enero - mayo 2024"

1.4. Autor del instrumento:

Mendoza Perez Kiara

1.5 Aspecto de Validación:

Trabajo de Investigación claro sobre el conocimiento y la actitud que toman ante el tema.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X

Deficiente: 4 Baja: 8 Regular: 12 Buena 16 Muy Buena: 20

91

OPINION DE APLICABILIDAD:

El parto humanizado busca brindar una experiencia mas respetuosa y se centra en las necesidades de la mujer, la cual se basa en el respeto de la fisiologia del parto y el apoyo emocional y físico en el proceso, Respeto a la autonomia y decisiones de la mujer.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 20

FECHA: 15/03/25

Dennis I. Crespo Lugo
OBSTETRA
COP 18947

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 7

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Montes Ortega Flavio Varote

1.2. Institución donde labora:

Centro de Salud Panao

1.3. Denominación del Instrumento:

"Conocimiento y actitud sobre el parto humanizado en gestantes en el servicio de atención prenatal del centro de Salud panao Enero - Mayo 2021"

1.4. Autor del instrumento:

Mendoza Perez Diana

1.5 Aspecto de Validación:

Un proyecto con buen fundamento y entendimiento donde da a conocer como se debe tratar a una mujer en trabajo de parto.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X

Deficiente: 4 Baja: 8 Regular: 12 Buena 16 Muy Buena: 20

OPINION DE APLICABILIDAD:

El parto humanizado es un modelo de atención donde se respeta a la mujer en el embarazo parto y puerperio, la mujer es autónoma de tomar decisiones en su embarazo en su parto y el personal de salud tiene que respetar y también informar a la madre sobre las practicas que hacen ante cualquier procedimiento.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 20

FECHA: 11/03/25

F. Vanessa Montes Ortega
OBSTETRA
C.O.P. 37780

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 7

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Huamán Simón María Mercedes

1.2. Institución donde labora:

Centro de Salud Panao

1.3. Denominación del Instrumento:

"Conocimientos y Actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao Enero - Marzo 2014"

1.4. Autor del instrumento:

Mendoza Pérez Kiara

1.5 Aspecto de Validación:

Este propósito se basa en dar a conocer a las pacientes sobre el respeto y dignidad que tienen las mujeres durante el parto.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				✓	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					✓
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica					✓
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					✓
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems					✓
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				✓	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					✓
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación				✓	
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					✓

Deficiente: 4 Baja: 8 Regular: 12 Buena 16 Muy Buena: 20

OPINION DE APLICABILIDAD:

Respetar la fisiología del parto de manera positiva es una de las cualidades de nuestra carrera más aun respetar a las madres, poder tomar decisiones y garantizar privacidad y humanidad es la clave de una obstetra con este trabajo nos damos cuenta que no informamos de los derechos que tiene cada paciente, un excelente trabajo.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: .....18.....

FECHA: ....10/03/25.....

María M. Huamán Simón
OBSTETRA
COP 31466

.....

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 7

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Vilca Astuhuamán Betsabé N.

1.2. Institución donde labora:

Centro de Salud Panao

1.3. Denominación del Instrumento:

"Conocimientos y Actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del Servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao Enero a Mayo 2024

1.4. Autor del instrumento:

Mendoza Perez Kiara.

1.5 Aspecto de Validación:

El proyecto de Investigación tiene aspectos importantes claros y específicos.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los ítems del instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión				X	
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles					X
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento			X		
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems				X	
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación					X
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X

Deficiente: 4 Baja: 8 Regular: 12 Buena 16 Muy Buena: 20

OPINION DE APLICABILIDAD:

El presente estudio busca identificar y conocer el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado haciendo enfoque a gestantes de nuestro centro de salud para al hacer la toma de cuenta que son 1/2 de personas que están informadas el resto no sabe de lo que se trata pero agregó información en otras a conocer sobre el parto humanizado como claros y precisas.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 14

FECHA: 05/03/25

Betsy Astuhuamán
OBSTETRA
CMP 28599

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 7

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTOS DEL INSTRUMENTO DE VALIDACIÓN

I. DATOS GENERALES:

1.1. Apellidos y nombres del informante (Experto):

Cabrera Castro Marlú

1.2. Institución donde labora:

Centro de Salud Panao

1.3. Denominación del Instrumento:

"Conocimientos y Actitudes sobre el parto Humanizado en gestantes en el Servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao Enero a mayo 2024"

1.4. Autor del instrumento:

Hinojosa Perez Kiara

1.5 Aspecto de Validación:

El proyecto de Investigación es confiable tiene Pertinencia y claridad.

VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INDICADORES DE EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO	CRITERIOS Sobre los Items del Instrumento	Grado de Evaluación				
		Deficiente	Baja	Regular	Buena	Muy Buena
		1	2	3	4	5
CLARIDAD	Están formulados con lenguaje apropiado que facilita su comprensión					X
OBJETIVIDAD	Están expresados en conductas observables, medibles				X	
ORGANIZACIÓN	Está organizado en forma lógica					X
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
CONSISTENCIA	Basados en los aspectos teóricos científicos					X
COHERENCIA	Existe relación entre las variables, los indicadores de la variable y los ítems			X		X
PERTINENCIA	Las categorías de respuestas y sus valores son apropiados				X	
SUFICIENCIA	Son suficientes la cantidad y calidad de ítems presentados en el instrumento					X
METODOLOGÍA	La estrategia responde a los objetivos de la investigación				X	
ACTUALIZACIÓN	Está adecuado de acuerdo al avance de la ciencia y tecnología.					X

Deficiente: 4 Baja: 8 Regular: 12 Buena 16 Muy Buena: 20

OPINION DE APLICABILIDAD:

Es un proyecto con objetividad tiene extención es aplicado para saber el nivel de conocimiento sobre el parto humanizado por que hay mujeres que no saben cual es su derecho y piensan que los gritos por la profesional que las atiende son normales excelente tema.

PROMEDIO DE VALORACIÓN: 20

FECHA: 08/03/25

OBSTETRA

FIRMA DEL EXPERTO

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Mendoza Pérez, Kiara. Con documento de identidad número 47291201, declaro haber leído y comprendido la información proporcionada a continuación. Estoy participando voluntariamente en el estudio de investigación titulado **"Conocimientos y actitudes sobre el parto humanizado en gestantes del servicio de atención prenatal del centro de salud Panao, enero a mayo, 2024"**, dirigido por la Universidad de Huánuco.

Este estudio tiene como objetivo evaluar los conocimientos y actitudes de las gestantes del servicio de atención prenatal del Centro de Salud Panao de Huánuco sobre el parto humanizado, durante el período de enero a mayo de 2024. La investigación consiste en responder un cuestionario sin intervenciones físicas ni riesgos para la salud. Los datos serán manejados de forma confidencial y utilizados únicamente con fines de investigación, garantizando el anonimato de las participantes. La participación es completamente voluntaria, con la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin penalización. Para cualquier duda, las participantes pueden contactar al investigador principal. Al firmar el documento, se otorga el consentimiento para formar parte del estudio.

Firma: _____

Fecha: _____

Por la presente, certifico que he explicado los propósitos, los procedimientos y los posibles riesgos asociados con este estudio al participante mencionado anteriormente.

Firma del Investigador: _____

Fecha: _____

Agradecemos su participación en este estudio. Su contribución es invaluable para avanzar en el conocimiento sobre el parto humanizado y mejorar la atención prenatal en nuestra comunidad.

Recibido 03/06/24

CENTRO DE SALUD PANAO

MICRORED PANAO
RED DE SALUD PANAO

CARTA DE SOLICITUD DE PERMISO

Huánuco 03 de junio 2024

Para: **Colin J. Bravo Fretel**
Jefe de Micro Red Panao

ASUNTO: Solicito Permiso para realizar entrevista a las gestantes.

Reciba usted un cordial saludo. A través de la presente, yo, **Kiara Mendoza Pérez** en mi condición de Ex interna del establecimiento conocedora de la afluencia de gestantes y siendo uno de los proceso para obtener el título Profesional es elaborar un proyecto de investigación la cual requiero la recolección de in formación de las gestantes que acuden ya que el título de mi investigación es : **" CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO HUMANIZADO EN GESTANTES DEL SERVICIO DE ATENCION PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD PANAO, ENERO A JULIO DEL , 2024"** solicito de manera formal un permiso para recolección de información que dará realce a mi trabajo de investigación. Comprometiendo entregar los resultados una vez culminado que ayudara a mejorar la atención.

Sin más que agregar, le agradezco por la atención y el tiempo prestado y espero que mi solicitud sea procesada con éxito.

Atentamente

.....

KIARA MENDOZA PEREZ
DNI N° 47297201

CENTRO DE SALUD PANAO

MICRO RED PANAO
RED DE SALUD PANAO

CARTA DE AUTORIZACION N°01 – 2024 – C.S.P/M.R. P/R.S. P – J.C.S.P

DE:

Lic. VERDE SUAREZ, XIMENA

PRESENTE

Por medio del presente documento autorizo al investigador/a: **KIARA MENDOZA PEREZ**, identificada con DNI N° **47297201**, responsable del proyecto de investigación titulado **"CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO HUMANIZADO EN GESTANTES EN EL SERVICIO DE ATENCION PRENATAL DEL CENTRO DE SALUD PANAO, ENERO A MAYO 2024".**

El objetivo principal de la investigación es determinar el conocimiento y actitudes del parto humanizado en gestantes para medir el nivel de aceptación y aplicación durante el inicio hasta la culminación del parto.

Las personas que participan en esta recolección de datos, lo hacen de manera voluntaria previo consentimiento informado, independientemente de mi autorización. Esta recolección de datos implica un manejo confidencial, por lo que las participantes no serán identificadas.

La información que se obtendrán será utilizada solo para la investigación, permito la recolección de datos mediante encuestas.

Ante cualquier duda o consulta respecto a la investigación puede contactar al investigador responsable: KIARA MENDOZA PEREZ teléfono 931237552, en tanto algún reclamo referido a la vulneración de los derechos de las participantes, puede contactarse con el comité de ética de la Universidad de Huánuco.

La presente carta de autorización se firma quedando uno en poder del investigador y otro en poder de la jefa del centro de salud Panao.

GOBIERNO REGIONAL HUANUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD HUANUCO
RED DE SALUD PACHITEA
Lic. Enf. Ximena J. Verde Suarez
CEP: 98057
JEFE DE LA MICRORED PANAO

CENTRO DE

CENTRO
OBSTETRICO