

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN**

**ESCUELA DE POST GRADO**



**IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO**

**INFORMACION, EDUCACION Y COMUNICACION**

**EN GESTANTES NORMALES SOBRE EL NIVEL DE USO DE LA  
SALA DE PARTOS DEL CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA –  
RED DE SALUD – LIMA CIUDAD, Enero 2013 - Diciembre 2013.**



**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAGISTER**

**EN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA**

**EN SALUD**

**FAUSTO ALVARADO BRAVO**

**HUÁNUCO – PERÚ**

**2015**

## **DEDICATORIA**

A mí adorada esposa Luz.

A mis hijos Fausto, Carlos y Daniel.

A quienes amo intensamente.

A mis pacientes por apoyarme  
y tolerarme en la realización de  
éste estudio.

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por brindarme la oportunidad de seguir  
Viviendo y guiarme por el camino que trazó para mí.

A mi esposa y mis hijos porque  
ellos son parte de mis sueños

Mi más profundo agradecimiento a todos los que colaboraron en la culminación  
del presente estudio.

Fausto Alvarado Bravo.

## RESUMEN

Es indispensable capacitar a las gestantes desde el primer trimestre del embarazo en relación a los conocimientos básicos sobre el embarazo, parto y puerperio; haciendo énfasis en los signos de alarma; asimismo les permita tomar decisiones relacionados al parto institucionalizado y atendido por un profesional capacitado. **Objetivo General:** Determinar el Impacto de la aplicación de un Programa Educativo Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) en gestantes normales en la demanda de atención de partos en el Centro de Salud de Magdalena. **Material y Métodos:** Tipo de estudio que se consideró fue el cuasi-experimental y consistió, en establecer dos grupos de gestantes del segundo trimestre con las mismas características. En forma aleatoria a uno de los grupos se le aplicó el Programa I.E.C y se capacitó sobre embarazo, parto, puerperio y los signos de alarma correspondientes; el otro grupo no recibió capacitación

**Resultados:** Del total de la muestra, se atendieron el parto en el Centro de Salud 48 gestantes que corresponde al 81.36% del total de la muestra y; 11 fueron referidas al Hospital Santa Rosa que representa el 18.64% en contraposición a las gestantes no capacitadas que dieron a luz sólo 47 gestantes que corresponde al 34.06%.

**Conclusión:** La capacitación de las gestantes a través de un Programa Educativo influyó significativamente en la decisión de atenderse el parto en el Centro de Salud de Magdalena, asimismo fueron sensibilizadas y adquirieron el conocimiento sobre el embarazo, parto y puerperio y los signos de alarma respectivos.

**Palabras Claves:** Programa Educativo I.E.C., Uso de la sala de Partos

## SUMMARY

It is essential to empower pregnant women from the first trimester of pregnancy in relation to basic knowledge about pregnancy, childbirth and postpartum; emphasizing the warning signs; It also allows them to make decisions related to institutionalized childbirth and attended by a trained professional. General Objective: To determine the impact of the implementation of an educational program (IEC) in normal pregnant in demand for midwifery in the Magdalena Health Center. Material and Methods: Study type considered was the quasi-experimental and consisted in establishing two groups of pregnant women in the second quarter with the same characteristics. At random to one of the groups it was applied the IEC program and trained on pregnancy, childbirth, postpartum and signs corresponding alarm; the other group received no training

Results: Of the total sample, labor is treated in the health center 48 pregnant corresponding to 81.36% of the sample; 11 were referred to the Santa Rosa Hospital representing 18.64% as opposed to the untrained pregnant women who gave birth only 47 pregnant corresponding to 34.06%.

Conclusion: The training of pregnant through an educational program significantly influenced the decision addressed delivery in the Health Center of Magdalena, they were also sensitized and acquired knowledge about pregnancy, childbirth and postpartum and signs of respective alarm.

**Keywords:** IEC Education Program, use of the delivery room

## INTRODUCCION

El objetivo de la presente investigación es determinar el impacto de la aplicación de un programa Educativo [Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) en un grupo de madres gestantes en el segundo trimestre del embarazo con la finalidad de incrementar el número de partos de gestantes normales controladas en el Centro Materno Infantil de Magdalena y evitar la sub utilización de la sala de partos.

El Centro Materno es Referencial de la Micro-Red N° 2 de la DISA-V- LIMA CIUDAD, por lo tanto se atiende partos de gestantes referidas de los Centros que conforman la Micro-Red en mención: San Miguel, Jesús María, Pueblo Libre; sin embargo el número de partos que se atiende no guarda relación con el número de gestantes de la Micro-Red , situación que genera interés en el investigador por conocer estrategias de impacto para el incremento de los partos en el Centro Materno Infantil de Magdalena, por lo cual se formula la siguiente interrogante: ¿De qué manera influye la aplicación de un programa educativo (I.E.C.) en gestantes normales en la demanda de atención de partos en el Centro de Salud de Magdalena, Enero 2013 – Diciembre 2013?

La presente investigación encontrará respuesta a la pregunta, mediante una adecuada utilización del Método de Investigación Científica.

El producto servirá para elaborar un programa de Información, Educación y Comunicación (I.E.C.) a la población objetivo: gestantes y madres de neonatos.

La presente investigación ha sido realizada por el Gineco-obstetra Alvarado Bravo Fausto investigador del Centro de Salud de Magdalena (MINSA).

**INDICE**

|                     | <b>Pág.</b> |
|---------------------|-------------|
| Dedicatoria.....    | II          |
| Agradecimiento..... | III         |
| Resumen.....        | IV          |
| Summary.....        | V           |
| Introducción.....   | VI          |
| Índice.....         | VII         |

**CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

|  |    |
|--|----|
| a. Descripción del problema.....                 | 09 |
| b. Formulación del problema.....                 | 13 |
| - Problema general.....                          | 13 |
| - Problemas específicos.....                     | 13 |
| c. Objetivo General y objetivos específicos..... | 13 |
| d. Hipótesis y/o sistema de hipótesis.....       | 14 |
| e. Variables.....                                | 14 |
| f. Justificación e importancia.....              | 15 |
| g. Viabilidad.....                               | 15 |
| h. Limitaciones.....                             | 15 |

**CAPÍTULO II: MARCO TEORICO**

|                                   |    |
|-----------------------------------|----|
| a. Antecedentes.....              | 16 |
| b. Bases Teóricas.....            | 18 |
| c. Definiciones Conceptuales..... | 29 |

**CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO**

|   |    |
|---|----|
| a. Tipo de Investigación.....                                     | 30 |
| b. Diseño y Esquema de Investigación.....                         | 30 |
| c. Población y Muestra.....                                       | 32 |
| d. Instrumento de Recolección de Datos.....                       | 33 |
| e. Técnicas de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos..... | 34 |

**CAPÍTULO IV: RESULTADOS**

|  |    |
|--|----|
| a. Resultados con Aplicación Estadística.....      | 42 |
| b. Contrastación de las Hipótesis Secundarias..... | 48 |
| c. Presentación de la Prueba de Hipótesis.....     | 51 |

**CAPÍTULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

|   |    |
|---|----|
| a. Presentar contrastación de resultados del trabajo de campo<br>con los referentes bibliográficos de las bases teóricas..... | 55 |
| b. Contrastación de la hipótesis general en base a la prueba de<br>Hipótesis.....   | 56 |
| c. Aporte científico de la investigación.....   | 57 |

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>CONCLUSIONES.....</b> | <b>58</b> |
|--------------------------|-----------|

|                         |           |
|-------------------------|-----------|
| <b>SUGERENCIAS.....</b> | <b>60</b> |
|-------------------------|-----------|

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>BIBLIOGRAFIA.....</b> | <b>62</b> |
|--------------------------|-----------|

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| <b>ANEXOS.....</b> | <b>63</b> |
|--------------------|-----------|



## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **a. Descripción del Problema**

Todos los que trabajamos por la Salud Reproductiva de la población tenemos que proponer estrategias para contribuir a reducir los actuales indicadores de mortalidad Materno – Perinatal. Cada día mueren en el Perú, mujeres por causas relacionadas con el embarazo, parto y puerperio.

Según, ENDES (2010) cada año mueren en el Perú 1,120 mujeres, y las 2/3 de las gestantes tienen acceso al control Pre natal pero solo el 49.5% de los partos son atendidos por profesionales. Las mujeres sin educación y aquellas en situación de pobreza presentan una tasa de mortalidad 10 veces mayor que la registrada en mujeres con educación superior.

El factor cultural permite que la capacidad instalada y operativa del sistema sea desaprovechado cuando vemos que los usuarios no acuden para sus controles prenatales o para la atención del parto a las instituciones de salud.

El factor organizacional también refleja aspectos a mejorar relacionados con la calidad de la oferta del servicio y la baja cobertura en la atención de la salud Materna – Perinatal, demora en la atención y problemas en el sistema de referencia y contra referencia.

La mortalidad en el Perú (160 x 100,000 nacidos vivos) está considerada como muy alta, en el espectro americano nos ubicamos antes de Bolivia. Guatemala, Haití y Honduras; mientras que Chile y Argentina están entre 20 y 29 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos.

Las causas directas son los responsables del 81% de las muertes maternas:

Hemorragias = 50%

Hipertensión = 15%

Infecciones = 10%

Abortos = 6%

En la DISA V Lima – Ciudad, la Pre-Eclampsia (Síndrome Help), ocupa el 35.2%; las infecciones (sepsis y shock séptico) constituyen el 13.3%, abortos el 10.2% y hemorragias el 8%. El 67.9% de muertes maternas ocurren en las que sí tuvieron control prenatal y 32.1% en las que no habían tenido control prenatal. El 53.4% de gestantes fallecieron en su domicilio y el 32% fallecieron en el hospital por problemas que tienen relación con la capacidad resolutive del establecimiento.

Es preciso pasar de la atención al paciente, al reconocimiento de los derechos de las usuarias de esta manera se proponen estrategias dirigidas a lograr una mayor cobertura del parto institucional y mejorar la calidad de prestación del servicio de salud materna. Las causas y situaciones que provocan las emergencias obstétricas o muerte materna – perinatal se concentran en lo que se ha definido como los cuatro atrasos:

1. Atraso en el reconocimiento de los signos de alarma.
2. Atraso en la decisión de acudir al establecimiento de salud.
3. Atraso en el traslado de la paciente al establecimiento de salud.
4. Atraso en la atención de la paciente en el establecimiento de salud.

Uno de los problemas centrales es el reconocimiento de los signos de alarma por la gestante y su entorno, solo el 37% de las gestantes reconoce el sangrado vaginal como signo de alarma importante.

Los servicios sanitarios se han ido dotando con medios cada vez más sofisticados, lo que permite garantizar una adecuada asistencia al parto, en

particular a los casos de riesgo que presentan o pueden presentar complicaciones pero también la atención de parto normal se ha visto afectado por una medicalización creciente de lo que en el fondo no es más que, “ un proceso fisiológico” . ,

Los servicios de salud en la actualidad conocen la importancia del equilibrio resultante de una mayor participación y opinión de las mujeres, del mismo modo entienden la oportunidad de hacer una reflexión común tomando como referencia los modelos de nuevas prácticas existente con la disposición a incorporar una mayor calidez a la calidad en la atención del parto.

En estos momentos nos encontramos ante una situación de gran variabilidad en la atención al parto normal y con debate público desde los distintos enfoques, cada vez más las organizaciones de mujeres reivindican el derecho a parir con respeto a la intimidad, participando en las decisiones y en las mejores condiciones para ellas y los recién nacidos. De igual modo es cada vez mayor el número de profesionales que plantean la posibilidad de reflexionar y poner en común experiencias y conocimientos para el debate y el acuerdo.

Actualmente las mujeres reclaman una mayor participación en las decisiones que las afectan en el proceso de la atención del parto. Por otro lado las sociedades médicas, enfermería y obstetricia implicadas directamente en estos procesos asistenciales han realizado protocolos y guías de atención al parto, protocolos basados en la evidencia científica para mejorar la atención en el parto, la puesta en marcha de iniciativas que fomentan la lactancia materna, la participación de los padres y la atención multicultural. Existe suficiente madurez e interés para abordar en común actuaciones hacia el cambio en las maneras de atender el parto.

En el Centro de salud de Magdalena, cabecera de la Micro Red de Salud Lima Ciudad, cuenta con un Centro Obstétrico que atiende partos y recién nacidos las 24 horas del día. Según las estadísticas de la Red de Salud de Lima – Ciudad y Archivos del SIS contamos con un promedio de 700 gestantes que guarda relación con el número de nacimientos registrados en la RENIEC.

Sin embargo atendemos solo 200 – 300 partos por año, las gestantes de alto riesgo son referidas al Hospital Santa Rosa, sin embargo no funciona el Sistema de contra referencia siendo las actividades de promoción y prevención insuficientes.

El Centro de salud de Magdalena cuenta con un Centro Obstétrico destinado a la atención de partos normales y recién nacidos con áreas específicas según normas establecidas, mobiliario, instrumental y equipos.

La atención está garantizada mediante la programación de turnos de Gineco-Obstetras, Pediatras, Obstetrices, Enfermeras y Técnicas de Enfermería, las gestantes de alto riesgo son transferidas al Hospital Santa Rosa, para lo cual contamos con una ambulancia las 24 horas del día. En la Municipalidad de Magdalena según consta en Registro Civil están inscritos los nacimientos de 700 niños. Si el 43% de las gestantes acuden al Centro de Salud para la atención del parto y el 20% es referido al Hospital por el diagnóstico de alto riesgo, el 37% restante donde acude, ¿Quién los atiende?

Las actividades de promoción del Centro de Salud son limitadas y el sistema de referencia y contrareferencias es una debilidad en el programa Materno – Perinatal, como cabecera de MICRO RED le corresponde al Centro de Salud recibir las referencias de los centros de Salud de San Miguel, puesto de Salud Huaca – Pando y Centro de Jesús María; sin embargo son muy escasas las referencias.

**b. Formulación del Problema****Problema General**

- ¿De qué manera influye la aplicación de un programa educativo (I.E.C.) en gestantes normales en la demanda de atención de partos en el Centro de Salud de Magdalena de enero a diciembre de 2013?

**Problemas específicos**

- ¿Cómo influye el programa Educativo (I.E.C.) para la decisión de las gestantes normales de atenderse el parto en el Centro de Salud de Magdalena?
- ¿Se incrementará el número de partos en el Centro de Salud de Magdalena post aplicación del programa I.E.C en gestantes normales frente a las gestantes que no se capacitaron?

**c. Objetivo general y objetivos específicos****Objetivo general**

Determinar el impacto de la aplicación de un programa educativo (I.E.C.) en las gestantes normales en la demanda de atención de partos en el Centro de Salud de Magdalena.

**Objetivos específicos**

- Aplicar el programa Educativo (I.E.C.) a las gestantes normales seleccionadas en el estudio
- Determinar el número de partos atendidos post aplicación del programa educativo en gestantes normales frente a las gestantes que no recibieron el programa educativo.

**d. Hipótesis y/o sistema de hipótesis****e. Hipótesis General**

**Ha:** La aplicación de un programa educativo (I.E.C.) en las gestantes normales incrementa la Demanda de Atención de Partos en el Centro de Salud de Magdalena.

**Ho:** La aplicación de un programa educativo (I.E.C.) en las gestantes normales no incrementa la Demanda de Atención de Partos en el Centro de Salud de Magdalena.

**f. Hipótesis Secundaria**

- Si se aplica el programa Educativo (I.E.C.) a las gestantes normales, entonces se incrementará el número de partos en el Centro de Salud de Magdalena.
- El número de partos se incrementará en las gestantes normales, si y solo si recibieron la capacitación de I.E.C frente a las gestantes que no fueron capacitadas.

**g. Variables**

**Variable Independiente:** Programa I.E.C. en gestantes normales

**Variable Dependiente:** Demanda de atención de partos.

**h. Justificación e importancia**

La mortalidad materna es uno de los problemas de salud pública en el Perú, los factores Salud – Enfermedad están relacionados con la demanda de atención de partos y con la atención del parto institucional.

Se dan las condiciones de factibilidad, viabilidad, utilidad y conveniencia para la realización de esta investigación porque somos un centro de atención materno-perinatal.

**i. Viabilidad**

Los resultados de este estudio servirán de referencia y motivación para la réplica de estudios similares en los otros centros maternos

Los hallazgos pueden utilizarse en la planificación de programas poblacionales en salud reproductiva.

**j. Limitaciones**

Se evidenció durante la aplicación del Programa I.E.C, que las gestantes desertaban a sus citas programadas generando reprogramación y demora en la ejecución de la investigación.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **a. Antecedentes**

**1.- Díaz Otoy, Margarita en el 2007 en Paraguay realiza el trabajo Plan de Información, Educación y Comunicación** en Planificación Familiar, donde menciona que el Plan de IEC establece el desarrollo de acciones por etapas o fases, tomando como referencia las características en el nivel de conocimiento e información de la población. Su aplicación adecuada, estructurada e integrada, hace posible el logro de los objetivos del Plan de IEC, lo que permite que los beneficiarios directos desarrollen conductas de forma responsable.

La información puede y debe ser ofrecida a través de diversos medios, cuya adecuada interacción permite el reforzamiento entre los mismos, con esta constante exposición a determinados mensajes, existe mayor posibilidad de lograr un efecto en las personas y se propongan no solo actividades sino también el respectivo complemento de mensajes mediante material / medios de Información.

**2.- EL MINISTERIO DE SALUD, en el 2006, en “AVANZANDO HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA EN EL PERU: Derecho de todas las mujeres,** concluyeron con, la Reducción de las tasas de mortalidad materno y perinatal a través de las siguientes líneas de intervención:



- Mejorar la calidad de los servicios de atención materno para facilitar al acceso a la atención prenatal y a la atención institucional calificada del parto y del recién nacido.
- Mejorar la salud reproductiva en adolescentes.
- Incremento del parto institucional.
- Fortalecimiento de la vigilancia de la mortalidad materna.
- Mejoramiento del sistema de Referencia y Contra referencia.

**3.- EL MINISTERIO DE SALUD en el 2003, realizó el PLAN INTEGRAL REGIONAL DE I.E.C Y SALUD COMUNITARIA en la REGION SAN MARTIN,** como una propuesta regional para precisar el impacto de las intervenciones y poder medir los cambios en el nivel de conocimientos, de actitudes y de prácticas logradas en los públicos objetivos con el objetivo de reducir la mortalidad materna. El Plan puede ser una vía segura de poder alcanzar avances importantes, que puedan ser demostrativos y replicables en el complicado escenario del cuidado de la salud materno –perinatal e infantil.

Estudios consultados refieren que en Bolivia la razón de mortalidad materna es de 390 muertes por 100,000 nacidos vivos. En cada uno de los distritos el MINSA, Municipalidades y ONG están aunando esfuerzos para garantizar que las mujeres y los recién nacidos, tengan acceso oportuno a una atención materno neonatal competente en términos técnicos y apropiados a su cultura.

Una de las áreas que trabajan es la promoción y movilización de recursos a nivel municipal y las actividades de información, educación y comunicación. En el Perú los esfuerzos por aplicar con rigurosidad los principios, métodos y herramientas de la comunicación social en programas de salud preventivo promocionales son crecientes y notorios. La guía de planificación estratégica de la comunicación

educativa fue creada como herramienta básica del programa de fortalecimiento de capacidades de las comunicaciones I.E.C. en proyecto salud.

## **b. Bases Teóricas**

### **Información, Educación, Comunicación: (I.E.C)**

El concepto de I.E.C. se constituye en un componente integral cuyo objetivo central es ayudar a lograr cambios en el comportamiento sostenibles a través de procesos debidamente planificados destinados a obtener niveles óptimos de eficacia.

- Muchos programas educativos equiparan la I.E.C. a los medios de difusión de masas (televisión, radiodifusión, prensa escrita), estos últimos medios son la comunicación interpersonal y es la mejor manera de cambiar las actitudes y el comportamiento.
- La guía de planificación estratégica de la comunicación educativa fue creada como herramienta básica del programa de fortalecimiento de capacidades de las comunicaciones I.E.C. en proyecto salud y nutrición básica
- El I.E.C. debe verse como el ente que articula los tres grandes ejes:
  - Mejoramiento de los servicios de salud
  - Control de los procesos
  - Desarrollo de los Recursos Humanos

### **Cambio de conducta o comportamiento**

La conformación de los hábitos y comportamientos de las personas, son producto de un proceso a lo largo de toda la vida, en donde el contexto resulta ser un

agente importante de mensajes y modelos que contribuyen con la estructuración del conjunto de conductas. En el caso de las gestantes también son el resultado de un complejo proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, valores, normas, etc. Es necesario especificar que el proceso de cambio de conducta pueda realizarse con el involucrarse desde la toma de conocimiento sobre determinado tema hasta el nivel en el que el individuo se convierte en un efecto multiplicador positivo que redundará en el cambio de conducta de su entorno.

Existen diferentes modelos que se orientan a describir este proceso, entre ellos se identifican coincidencias respecto a que las personas atraviesan por un proceso que va desde que la persona no es consciente de la necesidad de adoptar determinada conducta, pasando por la toma de conciencia sobre los riesgos en su salud, la formación de una actitud favorable hacia la conformación de un plan de acción, la toma de decisión para llevar a la acción la conducta, hasta llegar a una etapa en la cual la conducta se consolida y la persona instala/incorpora la conducta y puede llegar a convertirse en un importante efecto multiplicador.

De este modo y tomando en cuenta que las conductas de las personas son producto de un proceso de adquisición/aprendizaje, es posible establecer una aproximación sistemática para generar su modificación o reemplazo.

En el Perú se cuenta con información muy limitada que permita tener una aproximación al estado real en el cual se encuentra la población referente al cambio de conducta. Sin embargo es posible determinar que se requiere lograr una primera etapa de consolidación de la incorporación de la información referida a la importancia y beneficios del **Parto Institucionalizado**.

El cambio de conducta que se pretende lograr a través de la intervención en actividades de comunicación y educación en el embarazo, parto y puerperio, no

será posible únicamente con el desarrollo de actividades educativas y distribución de material impreso, sin criterios técnicos como los mencionados; por tal razón se plantea una intervención en I.E.C articulada que permita el abordaje de la temática mencionada en el proyecto.

### **Mortalidad Materna**

El 80% de muertes maternas ocurre durante el parto y el puerperio inmediato, porque hay una deficiente atención en los servicios públicos de salud con:

- Tiempos de espera prolongada
- Escases de medicamentos
- Horarios inadecuados de atención

Para reducir la mortalidad materna y neonatal es necesario:

- Ampliar la cobertura de control prenatal
- Garantizar la atención especializada en todos los partos de riesgo, en establecimientos calificados para tal fin.
- Mejorar los servicios de atención de salud tanto en infraestructura, recursos humanos y equipamiento.
- Adecuación cultural de los servicios de salud.
- Mejorar los sistemas de referencia y contra referencia.

Cuando las gestantes no reciben control prenatal y tienen un parto domiciliario tienen 10 veces más probabilidad de morir.

Tres posibilidades no excluyentes:

1. Gestantes no tuvieron contacto con los servicios de salud, hacen uso de ellos cuando una complicación amenaza la vida y, a veces es muy tarde.
2. Los servicios de salud no están preparados para resolver emergencias totalmente imprevistas.

3. Las gestantes buscaron ayuda en centros de atención de baja complejidad que no ofrecen cuidados obstétricos esenciales.

### **Maternidad saludable**

1. Efectivo cuidado prenatal
2. Adecuado trabajo de parto
3. Control oportuno post parto.
4. Empoderar a la mujer
5. Brindar servicios apropiados
6. Mejorar acceso y calidad de los servicios de salud.

### **Sistema Integral de Salud.**

Evaluando los efectos del SIS sobre la equidad en la Salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios (ENDES 2004)  
SANDRO PARODI.

El presente estudio evalúa la efectividad del SIS para incrementar el acceso de las gestantes al parto institucional, particularmente las más pobres.

Los resultados confirman que el SIS tiene un efecto sobre el acceso al parto institucional en un establecimiento del Ministerio de Salud y atención con un profesional de la salud.

Las gestantes que hablan lenguas nativas, que viven en zonas rurales tienen menos probabilidad de demandar parto institucional.

Las gestantes menos saludables o aquellas que han enfrentado problemas durante la gestación tienen mayores probabilidades de demandar cuidados de salud reproductiva de profesionales médicos.

Las madres afiliadas al SIS dan a luz mayoritariamente en el ministerio de Salud (65%).

Las gestantes más educadas tienen menos probabilidades de dar a luz en su casa o con la asistencia de la partera.

### **Atención Prenatal**

En las guías nacionales de Atención Integral de salud reproductiva- Ministerio de Salud (MINSA 2004) en el Módulo II: Atención Obstétrica define a la atención Prenatal como la Vigilancia y Evaluación Integral de la Gestante y el feto que realiza el profesional de salud hará lograr el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud de la madre, considerando que todo embarazo potencialmente es de riesgo.

La atención prenatal debe iniciarse tan pronto como haya una probabilidad razonable de embarazo (Williams 2008), esta situación mejora las expectativas de la gestante en relación a la atención de su parto porque tendrán una evaluación integral inicial para definir el estado de salud de la madre y el feto, se puede definir la edad gestacional para continuar con la atención obstétrica.

### **Objetivos**

- Evaluar integralmente a la gestante y al feto
- Identificar los signos de alarma y/o las patologías asociadas.
- Prevenir, diagnosticar y tratar las complicaciones del embarazo.
- Realizar el plan de parto individualizado.
- Promover el apoyo familiar y social
- Promover la lactancia materna
- Prevenir el tétanos neonatal.
- Detectar el cáncer ginecológico: Ca. de cérvix, Ca. de mama.

- Promover la salud reproductiva y la planificación familiar.
- Promover la nutrición adecuada.
- Prevenir y/o tratar la anemia

### **Frecuencia del control prenatal**

- Una atención mensual hasta las 32 semanas
- Una atención quincenal hasta las 36 semanas
- Una atención semanal hasta el parto.

### **Esquema mínimo de atención prenatal**

- Medición del peso, talla, presión arterial, frecuencia cardiaca
- Examen clínico general, examen de mamas
- Evaluar estado nutricional
- Examen gineco obstétrico y confirmación del embarazo
- Calcular la edad gestacional y fecha de parto
- Medición de la altura uterina y evaluar crecimiento fetal.
- Descartar el embarazo múltiple.
- Evaluación del volumen de líquido amniótico
- Auscultación de latidos cardiacas y evaluar movimientos fetales
- Diagnóstico de la presentación fetal.
- Evaluación clínica de la pelvis
- Cumplir con los análisis de laboratorio: hemoglobina, hematocrito, grupo y factor Rh, examen de orina, glicemia, VIH y serología.
- Evaluación nutricional, dental, psicológica e inmunizaciones (vacuna antitetánica)
- Evaluación ecográfica.

- Consejería para planificación familiar
- Plan de parto
- Psicoprofilaxis.

### **Síntomas y/o Signos de Alarma**

- Altura uterina menor o mayor a la esperada
- Alteración o ausencia de latidos fetales
- Ausencia o disminución de los movimientos fetales
- Cefalea intensa
- Dolor epigástrico
- Edema de manos o cara
- Fiebre
- Ganancia exagerada de peso
- Incremento de la presión arterial
- Pérdida de sangre con líquido amniótico.

### **Evaluación inicial del trabajo de parto**

- Evaluación inicial: preguntar por los signos de alarma
- Verificar el registro prenatal
- Cuando comenzaron las contracciones.
- Se rompieron las membranas.
- Ver patrón de contracciones.
- Examen clínico general, obstétrico y ginecológico. Ver presentación fetal, auscultar latidos fetales, características del cuello: incorporación, (dilatación, altura de presentación )
- Considerar internamiento
- No enema, no rasurado.



## **Consideraciones básicas para la atención del parto**

- Profesional competente
- Adecuado ambiente de dilatación.
- Atención con calidad y calidez.
- Participación activa del acompañante.
- Posición para dar a luz.
- Uso del partograma.
- Uso del promover la adecuación cultural.
- Episiotomía no sistemática, evaluar periné.

## **Periodos del parto**

### **1. Periodo de Dilatación**

- **Fase Latente**
  - 12 horas de duración
  - Buen patrón de contracciones
  - Dilatación hasta 4 cm
  - Auscultar latidos fetales.
- **Fase Activa**
  - Dilatación 1cm por hora
  - Dilatación de 4-10 cm.
  - Auscultar latidos fetales.

### **2. Periodo Expulsivo**

- **30' – 2 horas**
  - Sensación de pujo

- Observar coronación de la cabeza.
- Evaluar posibilidad de episiotomía.
- Controlar salida de la cabeza.
- Evaluar presencia de líquido meconial.
- Evaluar presencia de circular de cordón.
- Atención inmediata del recién nacido.

### **3. Alumbramiento**

- 15' – 30 minutos
- Manejo activo
- Ver opción de la extracción manual de la placenta.

### **Manejo del Periodo de Dilatación**

- Asegurar atención de calidad y calidez
- Descartar signos de emergencia
- Evaluar edad gestacional por FUR y ecografía
- Evaluar funciones vitales.
- Auscultar latidos fetales
- Evaluar dinámica uterina.
- Evaluar altura uterina, ponderado fetal y posición fetal.
- Evaluar pérdida de líquido amniótico y sangre
- Graficar partograma
- Completar dilatación
- Decidir si necesita referencia.

### **Síntomas y/o Signos de alarma durante el Trabajo de Parto**

- Sangrado y/o pérdida de líquido amniótico

- Talla < de 1m 40cm
- Altura uterina > de 35cm
- Cabeza por encima de sínfisis pubiana
- Sospecha de feto grande
- Hiperdinámia: > 5 contracciones en 10'
- Hipo dinamia: < 2 contracciones en 10'
- Hipertonía uterina
- Edema de cérvix
- Distocia de presentación
- Auscultación de latidos fetales: ver si hay bradicardia
- Anormalidades en el partograma.

### **Periodo Expulsivo (2do periodo)**

- Atención con calidad y calidez
- Descartar signos de emergencia obstétrica
- Observar normas de asepsia.
- Control de dinámica uterina
- Auscultar latidos fetales
- Episiotomía si es necesario.
- Descartar presencia de líquido meconial
- Control del periné y de la cabeza
- Oxitócicos post parto inmediato
- Atención inmediata del recién nacido.
- Contacto de piel a piel y colocar al recién nacido al pezón de la madre.

**Episiotomía**

- Procedimiento restrictivo
- Comunicar a la paciente en qué consiste el procedimiento
- Colocar anestésico local (episiotomía mediana, medio lateral)
- Hacer una incisión de 3 – 5cm
- Suturar por planos después del alumbramiento.

**3er Periodo: Alumbramiento**

- Asistencia de la expulsión de la placenta y membranas
- Uso de oxitócicos si hay riesgo de atonía
- Sutura de episiotomía o laceraciones.
- Manejo de alteraciones durante el puerperio
- Si en 30' no hay expulsión de la placenta hacer la extracción manual de la misma.

**Manejo del Puerperio Institucional**

- Identificar factores asociados: hemorragia post parto
- Evaluar funciones vitales, perdida de sangrado y contractibilidad uterina cada 15' por 2 horas y cada 6 horas por 24 horas.
- Iniciar lactancia materna
- Ver signos de alarma.
- Orientación y consejería para planificación familiar
- Control en una semana

#### **d. Definiciones conceptuales**

**Impacto.-** Según el diccionario español, es el conjunto de consecuencias provocadas por un hecho o actuación que afecta a un entorno o ambiente social o natural.

**Impacto en salud** es el cambio en el estado de salud o en un determinante del estado de salud de un individuo o grupo atribuible a una actividad o proyecto

**Evaluación del impacto en la salud (EIS)**, la OMS define como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede juzgar una política, programa o proyecto en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población y la distribución de tales efectos

**I.E.C.-** El concepto de I.E.C. se constituye en un componente integral cuyo objetivo central es ayudar a lograr cambios en el comportamiento sostenibles a través de procesos debidamente planificados destinados a obtener niveles óptimos de eficacia.

## CAPITULO III

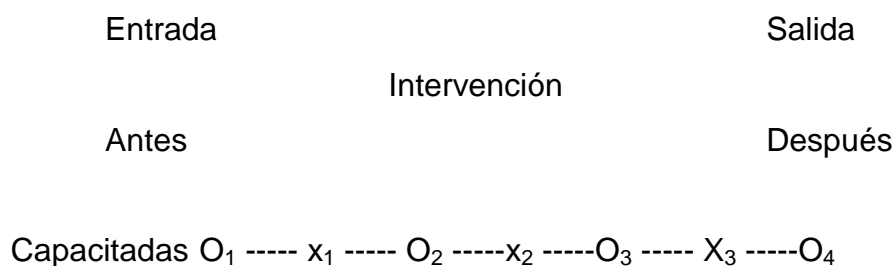
### 3 MARCO METODOLOGICO

#### a. Tipo de Investigación.

El Tipo de estudio que se consideró fue el cuasi-experimental y consistió, en establecer dos grupos de gestantes del segundo trimestre con las mismas características.

En forma aleatoria a uno de los grupos se le aplicó el Programa I.E.C y se capacitó sobre embarazo, parto, puerperio y los signos de alarma correspondientes; el otro grupo no recibió capacitación.

#### b. Diseño y Esquema de la Investigación



#### Fórmula.

$$n = N * 2^2 \infty P * XX$$
$$d^2 * (N-1) + 2 \infty p * q$$

**Dónde:**

N= Total de la población: 700 pacientes

$z^2 = 1962$  (si seguridad es del 95%)

p= Proporción esperada de gestantes normales del segundo trimestre (en este caso 30% = 0.3)

q= 1 – p (en este caso 1 – 0.3 = 0.7)

d= presión (en este caso 5%)

Seguridad = 95%

Coeficiente: 1.96

Que se reemplaza en:

$$n = 500 * (1.96)^2 * 0.3 * 0.7$$

$$(0.05)^2 * (500-1) + (1.96)^2 * 0.3 * 0.7$$

$$n = 403.368 = 197$$

$$2.054236$$

n= La respectiva formula

Total de muestra que se estudiaran con una confiabilidad del 95%, una precisión del 5%

**Criterios de Inclusión.**

- Gestantes normales
- Gestantes mayores de 15 años y menores 35 años

- Gestantes en el segundo trimestre del embarazo
- Gestantes con hemoglobina mayor de 9 gramos

#### **Criterios de Exclusión.**

- Gestantes de alto riesgo
- Gestantes que no están en el segundo trimestre.
- Gestantes menores de 15 años y mayores de 35 años
- Gestantes con hemoglobina menor de 9 gramos

#### **Descripción del Área de Estudio.**

El estudio se llevó a cabo en el Centro de Salud de Magdalena durante los meses de Enero 2013 a Diciembre del 2013.

#### **Población**

EL total de la población de gestantes del segundo trimestre que se atiende en el Centro de Salud de Magdalena corresponde a 197 gestantes.

La población a estudiar son las gestantes normales del segundo trimestre, controladas en el Centro de Salud de Magdalena.

#### **Muestra**

Total de muestra que se estudiarán son 59 gestantes del segundo trimestre con una confiabilidad del 95%, una precisión del 5%.

**Tabla N° 1**

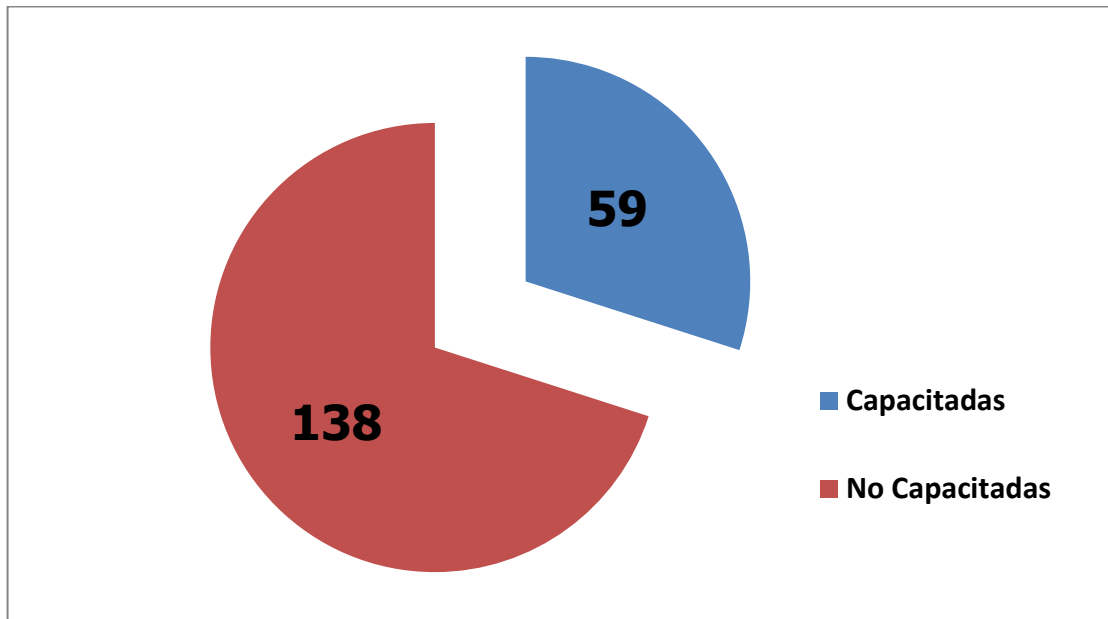
Cantidad de pacientes que serán encuestadas en el estudio en ambos grupos

| <b>Grupos</b>              | <b>Población</b> | <b>Factor</b> | <b>Muestra</b> |
|----------------------------|------------------|---------------|----------------|
| Experimental (Capacitadas) | 150              | 0.3           | 59             |
| Control (no capacitadas)   | 350              | 0.7           | 138            |
| Total                      | 500              | 1             | 197            |



**Gráfico N° 1**

Distribución numérica de gestantes que entrarán en el estudio en ambos grupos.



**Fuente:** instrumento programa IEC atención integral de gestantes

Muestra para capacitadas

$$n_1 = W_1 * n = 0.3 * 197 = 59$$

Muestra para no capacitadas

$$n_2 = W_2 * n = 0.7 * 197 = 138$$

#### **d. Instrumento de Recolección de Datos.**

El instrumento de recolección de datos fué la encuesta para obtener información de los conocimientos que tienen las gestantes sobre el control prenatal, parto y puerperio.

Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos asignando a cada gestante un código.

| <b>Instrumento</b>                                   | <b>Dimensiones</b>      | <b>Preguntas</b> | <b>Calificación</b> |
|--|-------------------------|------------------|---------------------|
| Programa IEC<br>atención<br>integral de<br>gestantes | Calidad de Comunicación | 1 – 16           | Si (1)              |
|  | Conocimiento            | 17 – 22          | No (0)              |
|  | Calidad de atención     | 23 – 36          |                     |
| <b>TOTAL</b>   |                         | <b>36</b>        |                     |

### **e. Técnicas de Recojo, Procesamiento y Presentación de los Datos**

Previo a la elaboración definitiva de la Encuesta, se realizaron reuniones de coordinación y aprobación del instrumento con miembros del Comité de Salud Sexual y Reproductiva, lo que contribuyó a la definición de algunas variables importantes.

Antes de realizar el trabajo de campo, se realizó una prueba piloto del instrumento para mejorar y suavizar el flujo de preguntas.

El proceso de recolección de datos se realizó en forma ordenada y coordinada, se siguieron los siguientes pasos:

#### **Organización del trabajo de campo**

Se cumplió con las formalidades de coordinación con coordinadores de la Red y Micro Red que nos permitió acceder a los respectivos servicios del Centro de Salud y por su intermedio a las unidades de análisis.

Se organizaron carpetas para cada encuestador con el fin de guardar la información recogida.

#### **Capacitación a Entrevistadoras**

A pesar de la experiencia de nuestros capacitadores el entrenamiento o capacitación fue muy importante antes de salir al campo y administrar correctamente la entrevista, las entrevistadoras participaron activamente en esta etapa, a fin de interiorizarse en el diseño completo del instrumento y el objetivo de cada pregunta.

Para la capacitación se preparó los siguientes materiales:

Síntesis del perfil de investigación, encuesta, instructivo para el manejo de la encuesta en la entrevista, credencial individual para las entrevistadoras.

### **EL PRETEST**

Antes de la aplicación de la Encuesta se realizó la prueba piloto en el Centro de Salud de Magdalena, el que nos ayudó en las correcciones del ordenamiento secuencial de las preguntas y la modificación de algunos términos muy teóricos, problemas aspectos organizativos del trabajo de campo como la administración del tiempo.

### **LA INTERVENCION**

Se aplicó el Programa I.E.C a la población en estudio en un número de 59 gestantes.

### **POSTEST.**

Consistente en una encuesta posterior al parto.

**La Supervisión** fue realizada por el investigador, durante la recolección de la información, fue muy útil y se realizó según normas establecidas.

Se tabularon y codificaron las encuestas del pre y el post test para realizar una base de datos en SPSS. Los datos obtenidos fueron ingresados a una base de datos asignando a cada gestante un código.

Se aplicó la prueba T student para muestras independientes en cada intervención para encontrar las diferencias significativas entre gestantes capacitadas (grupo experimental) y no capacitadas (grupo control) con una probabilidad de error especificado 0.05.

### **Análisis de los datos**

Se inició con la limpieza de la información por preguntas en cada encuesta realizada, luego se efectuó el análisis de la codificación de las respuestas posteriormente se procedió a la tabulación y análisis de los datos, se utilizó el paquete estadístico SPSS considerando la cantidad de variables a analizar.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **TRABAJO DE CAMPO**

Se constituyeron tres grupos de 20 gestantes para la capacitación (Programa I.E.C) que consistió en impartirles tres sesiones de 2 horas, charlas y talleres sobre el control prenatal, incidiendo en los signos de alarma durante el embarazo, parto, puerperio ,terminándose cada sesión con un taller con el uso de pizarras, rotafolios y/o videos en grupos de 5-7 participantes con la supervisión y/o facilitación de dos personas; las conclusiones al final de cada capacitación, se evaluaron las capacitaciones dentro del parámetro de bueno y muy bueno.

Era impresionante que durante la encuesta del Pre test las gestantes no tenían conocimientos sobre los signos de alarma, excepto algunas gestantes que ya estaban embarazadas por segunda o tercera vez.

De todos los signos de alarma existentes se les solicitó mencionar tres signos de alarma y solo un 10% tenía conocimiento de más de tres signos de alarma durante el embarazo, era mucho más crítica la situación cuando se les preguntaba sobre los signos de alarma durante el parto y el puerperio.

Luego de la charla y del taller, el 90% de las gestantes tenían aprendidos los signos de alarma (por lo menos 5) durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido.

Las charlas y talleres en la última sesión terminaban con el reconocimiento de las instalaciones del Centro Obstétrico (sala de emergencia, dilatación, sala partos, sala de puerperio, etc.) y así las gestantes perdían el temor de dar a luz en el Centro de Salud, a la vez que se les explicaba cómo estaban constituidas los

equipos de guardia, que la atención era las 24 horas del día, que contábamos con una ambulancia en caso de requerirse de la referencia al Hospital Santa Rosa, verificaban la infraestructura del Centro Obstétrico y su adecuado equipamiento para atención de partos normales.

El post test se realizó después del parto para las unidades de análisis con el mismo instrumento del pre test, agregándose algunas preguntas para evaluar la percepción de las gestantes relacionadas a la atención del parto y del recién nacido en el Centro Obstétrico.

**Tabla N° 20**

**Gestantes referidas, causas de referencia de las gestantes del 2do trimestre por Post Test según grupos de estudio del Centro de salud de Magdalena de la Red se salud Lima. Enero 2013 a Diciembre 2013.**

| <b>Gestantes capacitadas</b>   | <b>Gestantes no capacitadas</b>   |
|--|---|
| <u>Gestantes Referidas</u><br>- Parto Vaginal<br>- Cesárea<br><u>Causas de Referencia</u><br>Distocia de presentación<br>Placenta Previa<br>Pre eclampsia<br>Sufrimiento Fetal<br>Ruptura Prematura Membrana<br>Parto Obstruido<br>Otros | <u>Gestantes Referida</u><br>Atendidas el Parto<br>Otros Establecimientos Salud<br>Se desconoce<br><u>Causas de Referencia</u><br>Estrechez Pélvica<br>Pre Eclampsia<br>Embarazo Prolongado<br>Primigesta Adolescente<br>Anemis<br>Cesárea Anterior<br>Infección Urinaria<br>Placenta Previa<br>Distocia de Cordón<br>Dilatación estacionaria<br>Subluxación de cadera<br>Otros |

**ANEXO N° 2**

- **Tabla de validez por juicio de expertos**

**Tabla N° 22****Valores de los niveles de validez**

| Nivel de validez | Valores (%) |
|------------------|-------------|
| Excelente        | 91 – 100    |
| Muy bueno        | 81 – 90     |
| Bueno            | 71 – 80     |
| Regular          | 61 – 70     |
| Deficiente       | 51 - 60     |

**Fuente: Cabanillas Alvarado, Gualberto (2004:76)**

- **Tabla de índices de confiabilidad de instrumentos**

**Tabla N° 23****Valores de índices de confiabilidad de instrumento**

| Nivel de confiabilidad  | Valores      |
|-------------------------|--------------|
| Confiabilidad nula      | 0.53 a menos |
| Confiabilidad baja      | 0.54 a 0.59  |
| Confiable               | 0.60 a 0.65  |
| Muy confiable           | 0.66 a 0.71  |
| Excelente confiabilidad | 0.72 a 0.99  |
| Confiabilidad perfecta  | 1.00         |

Fuente: Hernández Sampieri, Roberto y otros (2006). Metodología de la investigación científica. Edit. Mac Graw Hill. Cuarta edición, págs. 438 - 439

- **Tabla de índices de correlación**

**Tabla N° 24**  
**Valores de índice de correlación de variables**

| Índice de correlación | Interpretación  |
|-----------------------|---|
| + 1 a 0,80            | Correlación positiva muy alta   |
| 0,80 a 0,60           | Correlación positiva alta   |
| 0,60 a 0,40           | Correlación positiva moderada   |
| 0,40 a 0,20           | Correlación positiva baja   |
| 0,20 a -0,20          | Probablemente no existe correlación. El valor puede deberse al azar salvo que el número de casos sea superior a 100 |
| -0,20 a -0,40         | Correlación negativa a baja   |
| -0,40 a -0,60         | Correlación negativa moderada   |
| -0,60 a -0,80         | Correlación negativa alta   |
| -0,80 a -1.00         | Correlación negativa muy alta   |

Fuente: Carol Taylor Fitz – Gibbon y Lynn Lyons Morris. How to Analyze Data, Sage Publications, 1987 p. 82. El valor +1 expresa una correlación positiva perfecta; el valor -1, correlación negativa perfecta.

**ANEXO N° 3****A.- VALIDEZ DE JUICIO DE EXPERTOS**

**Tabla N° 25**  
**Juicio de expertos**

| <b>Experto</b>                   | <b>Puntaje</b> | <b>Valoración</b> |
|----------------------------------|----------------|-------------------|
| Dr. More Flores Mario Marcelino  | 95%            | Excelente         |
| Mg. Betty Veliz Lazo             | 95 %           | Excelente         |
| Mg. Pereyra López Sonia Adelaida | 95 %           | Excelente         |
| <b>Promedio</b>                  | <b>95%</b>     | <b>Excelente</b>  |

Fuente: Instrumento de validación de juicio de expertos

**Interpretación.**

Según la tabla N° 25, la validez por juicio de expertos es del 95%, y según la tabla N° 22 significa que el nivel de validez es excelente, por lo tanto el instrumento puede ser aplicado tal como está elaborado para el recojo de información.

**B. CONFIABILIDAD****b.1. Prueba piloto:****Tabla N° 26**

Coeficiente de confiabilidad del instrumento por la opinión de los pacientes mediante el método KR-20.

| <b>Variable</b>                                      | <b>Dimensiones</b>      | <b>KR-20</b> | <b>Decisión</b>  |
|--|-------------------------|--------------|------------------|
| Programa<br>IEC atención<br>integral de<br>gestantes | Calidad de Comunicación | 0,923        | Excelente        |
|  | Conocimiento            | 0,945        | Excelente        |
|  | Calidad de atención     | 0,933        | Excelente        |
| <b>T O T A L</b>                                     |                         | <b>0,958</b> | <b>Excelente</b> |

**Fuente:** Análisis estadístico mediante el programa de computación SPSS.

**N = 15**

**Interpretación.**

Según la tabla N° 26, El coeficiente de confiabilidad del instrumento obtenido



es de 0.958, lo cual permite decir que el instrumento en su versión de 36 ítems tiene una excelente confiabilidad (ver tabla N° 23). Se recomienda el uso de dicho instrumento para recoger información de la variable programa IEC atención integral de gestantes.

## **b.2. Prueba total:**

**Tabla N° 27**

Coeficiente de confiabilidad del instrumento por la opinión de los pacientes mediante el método KR-20.

| <b>Variable</b>                             | <b>Dimensiones</b>      | <b>KR-20</b> | <b>Decisión</b>  |
|---|-------------------------|--------------|------------------|
| Programa IEC atención integral de gestantes | Calidad de Comunicación | 0,828        | Excelente        |
|   | Conocimiento            | 0,856        | Excelente        |
|   | Calidad de atención     | 0,849        | Excelente        |
| <b>T O T A L</b>                            |                         | <b>0,903</b> | <b>Excelente</b> |

**Fuente:** Análisis estadístico mediante el programa de computación SPSS.

**N = 197**

## **Interpretación.**

Según la tabla N° 27, El coeficiente de confiabilidad del instrumento obtenido es de 0.903, lo cual permite decir que el instrumento en su versión de 36 ítems tiene una excelente confiabilidad (ver tabla N° 23). Se recomienda el uso de dicho instrumento para recoger información de la variable programa IEC atención integral de gestantes.

a. **Resultados con Aplicación Estadística**

**Tabla N° 2**

Edades promedio de las gestantes del 2do trimestre por grupos de estudio del *Centro de salud de Magdalena de la Red de salud Lima*. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| Grupo        | N   | Media | Desviación estándar |
|--------------|-----|-------|---------------------|
| Experimental | 59  | 24.4  | 4.97                |
| Control      | 138 | 23.8  | 5.22                |

Prueba t<sub>(95%)</sub> = 0.7010    p = 0.4841

**Interpretación**

Según la tabla N° 2, con  $p = 0.4841$  y  $p > 0.05$ , se concluye que no hay diferencias significativas en las edades de ambos grupos.

**Tabla N° 3**

Grado de Instrucción de las gestantes del 2do trimestre por grupos de estudio del *Centro de salud de Magdalena de la Red de salud Lima*. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| Grado        | Grupo Experimental |               | Grupo Control |               | Total      |               |
|--------------|--------------------|---------------|---------------|---------------|------------|---------------|
|              | n                  | %             | n             | %             | n          | %             |
| Primaria     | 7                  | 11.86         | 9             | 6.62          | 16         | 8.21          |
| Secundaria   | 41                 | 69.49         | 92            | 67.65         | 133        | 68.21         |
| Superior     | 11                 | 18.64         | 25            | 25.74         | 46         | 23.59         |
| <b>Total</b> | <b>59</b>          | <b>100.00</b> | <b>136</b>    | <b>100.00</b> | <b>195</b> | <b>100.00</b> |

Pearson  $\chi^2 = 2.2782$     p = 0.320

**Interpretación**

Según la tabla N° 3, con  $p = 0.320$  y  $p > 0.05$ , se concluye que no hay diferencias significativas en los grados de instrucción de ambos grupos.

**Tabla N° 4**

Estado Civil de las gestantes del 2do trimestre por grupos de estudio del *Centro de salud de Magdalena de la Red de salud Lima*. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| <b>Grado<br/>Instrucción</b> | <b>Grupo<br/>Experimental</b> |            | <b>Grupo<br/>Control</b> |            | <b>Total</b> |            |
|------------------------------|-------------------------------|------------|--------------------------|------------|--------------|------------|
|                              | <b>n</b>                      | <b>%</b>   | <b>n</b>                 | <b>%</b>   | <b>n</b>     | <b>%</b>   |
| <b>Soltero</b>               | 16                            | 27.12      | 51                       | 36.96      | 67           | 34.01      |
| <b>Conviviente</b>           | 36                            | 61.02      | 75                       | 54.35      | 111          | 56.35      |
| <b>Casado</b>                | 7                             | 11.86      | 12                       | 8.7        | 19           | 9.64       |
| <b>Total</b>                 | <b>59</b>                     | <b>100</b> | <b>138</b>               | <b>100</b> | <b>197</b>   | <b>100</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 1.9327$        $p = 0.380$**

**Interpretación**

Según la tabla N° 4, con  $p = 0.380$  y  $p > 0.05$ , se concluye que no hay diferencias significativas en el estado civil de ambos grupos.

**Tabla N° 5**

Procedencia de las gestantes del 2do trimestre por grupos de estudio del *Centro de salud de Magdalena de la Red de salud Lima*. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| <b>Distritos<br/>Procedencia</b> | <b>Grupo<br/>Experimental</b> |               | <b>Grupo<br/>Control</b> |               | <b>Total</b> |               |
|----------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------|---------------|--------------|---------------|
|                                  | <b>n</b>                      | <b>%</b>      | <b>n</b>                 | <b>%</b>      | <b>n</b>     | <b>%</b>      |
| <b>Magdalena</b>                 | 35                            | 59.22         | 78                       | 56.52         | 67           | 33.84         |
| <b>Otros</b>                     | 24                            | 40.78         | 60                       | 43.48         | 111          | 66.16         |
| <b>Total</b>                     | <b>59</b>                     | <b>100.00</b> | <b>138</b>               | <b>100.00</b> | <b>198</b>   | <b>100.00</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 0.1325$        $p = 0.716$**

**Interpretación**

Según la tabla N° 5, con  $p = 0.716$  y  $p > 0.05$ , se concluye que no hay diferencias significativas en los distritos de procedencia de ambos grupos.

**Tabla N° 6**

Post Test de las gestantes del 2do trimestre por Pre Test del grupo experimental del *Centro de salud de Magdalena de la Red se salud Lima*. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| POST TEST    | PRE TEST - GRUPO EXPERIMENTAL |               |           |               | Total     |               |
|--------------|-------------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
|              | NE                            |               | EV        |               | n         | %             |
|              | n                             | %             | n         | %             |           |               |
| NE           | 13                            | 23.00         | 0         | 0.00          | 13        | 22.00         |
| EV           | 43                            | 77.00         | 3         | 100.00        | 46        | 78.00         |
| <b>Total</b> | <b>56</b>                     | <b>100.00</b> | <b>46</b> | <b>100.00</b> | <b>59</b> | <b>100.00</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 0,8932$**

**p = 0,345**

### Interpretación

Según la tabla N° 6, con  $p = 0.345$  y  $p > 0.05$ , se concluye que no hay diferencias significativas del pre test del grupo experimental según el post test.

**Tabla N° 7**

Post Test de las gestantes del 2do trimestre por Pre Test del grupo control del *Centro de salud de Magdalena de la Red se salud Lima*. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| POST TEST    | PRE TEST - GRUPO CONTROL |               |          |             | Total      |               |
|--------------|--------------------------|---------------|----------|-------------|------------|---------------|
|              | 0                        |               | 4        |             | n          | %             |
|              | n                        | %             | n        | %           |            |               |
| NE           | 131                      | 95.00         | 0        | 0.00        | 131        | 95.00         |
| EV           | 7                        | 5.00          | 0        | 0.00        | 7          | 5.00          |
| <b>Total</b> | <b>138</b>               | <b>100.00</b> | <b>0</b> | <b>0.00</b> | <b>138</b> | <b>100.00</b> |

### Interpretación

Según la tabla N° 7, se concluye que no hay diferencias significativas del pre test del grupo control según el post test.

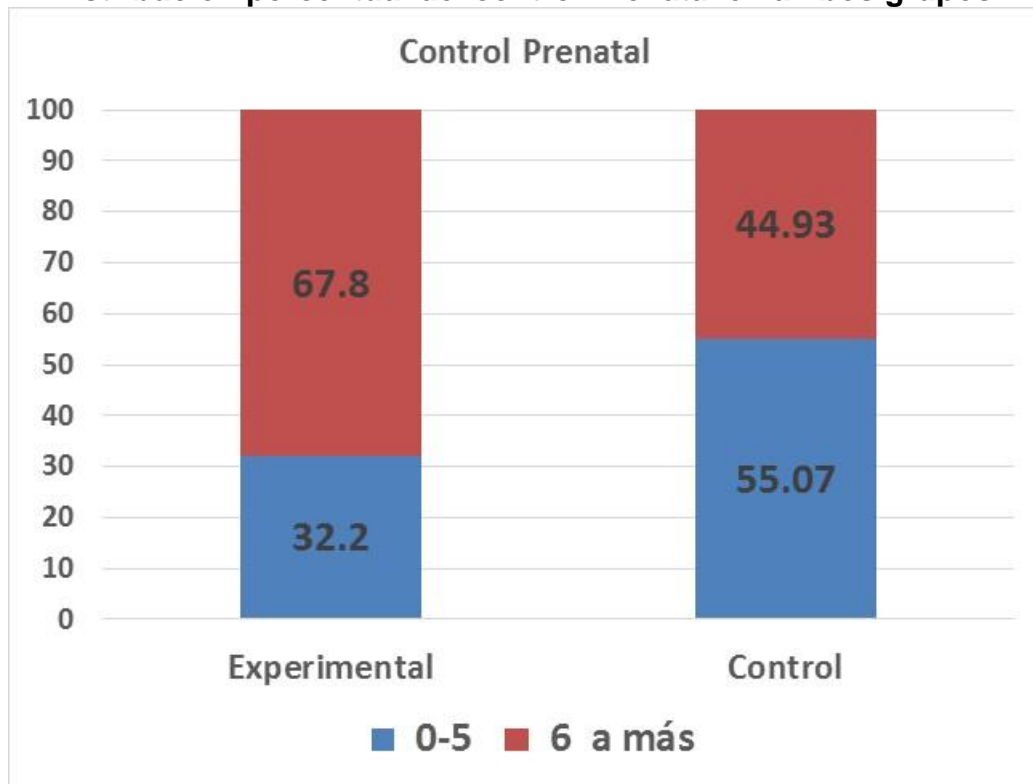
Tabla N° 8

Control Pre natal de las gestantes del 2do trimestre por grupos de estudio. Centro de salud de Magdalena de la Red de salud Lima. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| PRE<br>NATAL | Grupo<br>Experimental |               | Grupo Control |               | Total      |               |
|--------------|-----------------------|---------------|---------------|---------------|------------|---------------|
|              | n                     | %             | n             | %             | n          | %             |
| 0-5          | 19                    | 32,0          | 76            | 55,00         | 95         | 48,00         |
| 6 a más      | 40                    | 68,0          | 62            | 45,00         | 102        | 52,00         |
| <b>Total</b> | <b>59</b>             | <b>100,00</b> | <b>138</b>    | <b>100,00</b> | <b>197</b> | <b>100,00</b> |

Pearson  $\chi^2 = 8,6571$        $p = 0,003$

Gráfico N° 2  
Distribución porcentual del control Prenatal en ambos grupos.



Fuente: instrumento programa IEC atención integral de gestantes

### Interpretación

Según la tabla N° 8 y gráfico N° 2, con  $p = 0.003$  y  $p < 0.05$ , se concluye que si hay diferencias significativas según grupo de edades del pre-natal entre ambos grupos.

**Tabla N° 9**

Partograma de las gestantes del 2do trimestre por Post Test según el grupo experimental del Centro de salud de Magdalena de la Red de salud Lima. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| PARTOGRAMA   | POST TEST - GRUPO EXPERIMENTAL |               |           |               |           |               |
|--------------|--------------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
|              | NE                             |               | EV        |               | Total     |               |
|              | n                              | %             | n         | %             | n         | %             |
| <b>No</b>    | 13                             | 100.00        | 23        | 50.00         | 36        | 61.02         |
| <b>Si</b>    | 0                              | 0.00          | 23        | 50.00         | 23        | 38.98         |
| <b>Total</b> | <b>13</b>                      | <b>100.00</b> | <b>46</b> | <b>100.00</b> | <b>59</b> | <b>100.00</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 10,6528$      $p = 0,001$**

### Interpretación

Según la tabla N° 9, con  $p = 0.001$  y  $p < 0.05$ , se concluye que si hay diferencias significativas entre el partograma y el post test del grupo experimental.

**Tabla N° 10**

Partograma de las gestantes del 2do trimestre por Post Test según el grupo control del Centro de salud de Magdalena – Red de salud – Lima Ciudad. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| PARTOGRAMA   | POST TEST - GRUPO CONTROL |               |          |               |            |               |
|--------------|---------------------------|---------------|----------|---------------|------------|---------------|
|              | NE                        |               | EV       |               | Total      |               |
|              | n                         | %             | n        | %             | n          | %             |
| <b>No</b>    | 114                       | 87.02         | 7        | 100.00        | 121        | 87.68         |
| <b>Si</b>    | 17                        | 12.98         | 0        | 0.00          | 17         | 12.32         |
| <b>Total</b> | <b>131</b>                | <b>100.00</b> | <b>7</b> | <b>100.00</b> | <b>138</b> | <b>100.00</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 1,0360$      $p = 0,309$**

### Interpretación

Según la tabla N° 10, con  $p = 0.309$  y  $p > 0.05$ , se concluye que no hay diferencias significativas entre el partograma y el post test del grupo control.

**Tabla N° 11**

Episiotomía de las gestantes del 2do trimestre por Post Test según el grupo experimental del Centro de salud de Magdalena de la Red de salud de Lima. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| EPISIOTOMÍA  | POST TEST - GRUPO EXPERIMENTAL |               |           |               |           |               |
|--------------|--------------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
|              | NE                             |               | EV        |               | Total     |               |
|              | n                              | %             | n         | %             | n         | %             |
| <b>No</b>    | 13                             | 100.00        | 1         | 2.17          | 14        | 23.73         |
| <b>Si</b>    | 0                              | 0.00          | 45        | 97.83         | 45        | 76.27         |
| <b>Total</b> | <b>13</b>                      | <b>100.00</b> | <b>46</b> | <b>100.00</b> | <b>59</b> | <b>100.00</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 53,5947$  p = 0,000**

### **Interpretación**

Según la tabla N° 11, con  $p = 0.00$  y  $p < 0.05$ , se concluye que si hay diferencias significativas entre el episiotomía y el post test del grupo experimental.

**Tabla N° 12**

Episiotomía de las gestantes del 2do trimestre por Post Test según el grupo control del Centro de salud de Magdalena de la Red de salud de Lima. Enero 2013 a Diciembre 2013.

| EPISIOTOMÍA  | POST TEST - GRUPO CONTROL |               |          |               |            |               |
|--------------|---------------------------|---------------|----------|---------------|------------|---------------|
|              | NE                        |               | EV       |               | Total      |               |
|              | n                         | %             | n        | %             | n          | %             |
| <b>No</b>    | 121                       | 92.37         | 7        | 100.00        | 128        | 92.75         |
| <b>Si</b>    | 10                        | 7.63          | 0        | 0.00          | 10         | 7.25          |
| <b>Total</b> | <b>131</b>                | <b>100.00</b> | <b>7</b> | <b>100.00</b> | <b>138</b> | <b>100.00</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 0,5761$        $p = 0,448$**

### Interpretación

Según la tabla N° 12, con  $p = 0.448$  y  $p > 0.05$ , se concluye que no hay diferencias significativas entre el episiotomía y el post test del grupo control.

### b. Contrastación de las Hipótesis Secundarias.

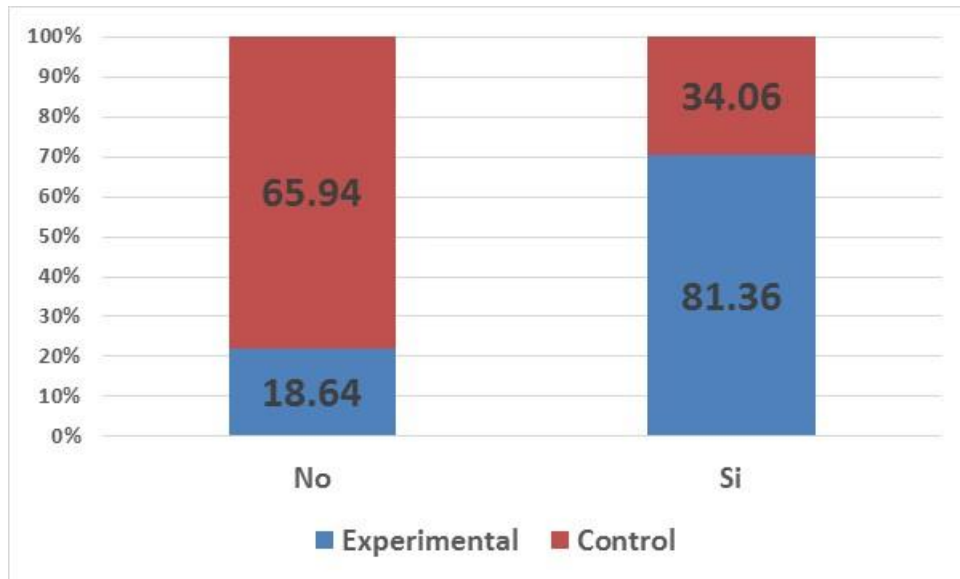
#### HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 1

Ha: Si se aplica el programa Educativo (I.E.C.) a las gestantes normales, entonces se incrementará el número de partos en el Centro de Salud de Magdalena.



Gráfico N° 3

Distribución porcentual de partos atendidos en ambos grupos.



Fuente: instrumento programa IEC atención integral de gestantes

Tabla N° 13

| Partos Atendidos | POST TEST - GRUPO EXPERIMENTAL |               |           |               | Total     |               |
|------------------|--------------------------------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|
|                  | NE                             |               | EV        |               |           |               |
|                  | n                              | %             | n         | %             | n         | %             |
| No               | 10                             | 77.00         | 1         | 2.00          | 11        | 19.00         |
| Si               | 3                              | 23.00         | 45        | 98.00         | 48        | 81.00         |
| <b>Total</b>     | <b>13</b>                      | <b>100.00</b> | <b>46</b> | <b>100.00</b> | <b>59</b> | <b>100.00</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 37.3364$  p = 0.000**

### Interpretación

Según la tabla N° 13 y gráfico N° 3,  $p = 0.000$  y  $p < 0.05$  se acepta  $H_a$ , entonces si existe diferencias significativas y podemos afirmar que se incrementó el número de partos al aplicarse el programa educativo a las gestantes normales a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5% al grupo experimental.

**HIPÓTESIS ESPECÍFICA N° 2**

Ha: El número de partos se incrementará en las gestantes normales, si y solo si recibieron la capacitación de I.E.C frente a las gestantes que no fueron capacitadas.

**Tabla N° 14**

| <b>Parto Atendidos</b> | <b>POST TEST - GRUPO CONTROL</b> |               |           |               | <b>Total</b> |               |
|------------------------|----------------------------------|---------------|-----------|---------------|--------------|---------------|
|                        | <b>NE</b>                        |               | <b>EV</b> |               |              |               |
|                        | <b>n</b>                         | <b>%</b>      | <b>n</b>  | <b>%</b>      | <b>n</b>     | <b>%</b>      |
| <b>No</b>              | 84                               | 64.12         | 7         | 100.00        | 91           | 65.94         |
| <b>Si</b>              | 47                               | 35.88         | 0         | 0.00          | 47           | 34.06         |
| <b>Total</b>           | <b>131</b>                       | <b>100.00</b> | <b>7</b>  | <b>100.00</b> | <b>138</b>   | <b>100.00</b> |

**Pearson  $\chi^2 = 3.8086$  p = 0.051**

**Interpretación**

Según la tabla N° 14 y gráfico N° 3,  $p = 0.051$  y  $p > 0.05$  se acepta Ha, entonces no existe diferencias significativas y podemos afirmar que este grupo no fueron capacitadas y por lo tanto no se incrementó el número de partos en las gestantes normales a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5% al grupo experimental.

## c. Presentación de la Prueba de Hipótesis

**Tabla N° 15**  
**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

| <b>Grupo</b>              |                          |                   | <b>PRE TEST</b> | <b>POST TEST</b> |
|---------------------------|--------------------------|-------------------|-----------------|------------------|
| <b>Control</b>            | N                        |                   | 59              | 59               |
|                           | Parámetros normales(a,b) | Media             | 3,69            | 4,44             |
|                           |                          | Desviación típica | 2,387           | ,836             |
|                           | Diferencias más extremas | Absoluta          | ,324            | ,481             |
|                           |                          | Positiva          | ,260            | ,481             |
|                           |                          | Negativa          | -,324           | -,299            |
|                           | Z de Kolmogorov-Smirnov  |                   | 2,492           | 3,692            |
| Sig. asintót. (bilateral) |                          | ,000              | ,000            |                  |
| <b>Experimental</b>       | N                        |                   | 138             | 138              |
|                           | Parámetros normales(a,b) | Media             | 3,07            | 5,90             |
|                           |                          | Desviación típica | 2,471           | ,440             |
|                           | Diferencias más extremas | Absoluta          | ,385            | ,540             |
|                           |                          | Positiva          | ,385            | ,409             |
|                           |                          | Negativa          | -,296           | -,540            |
|                           | Z de Kolmogorov-Smirnov  |                   | 4,527           | 6,348            |
| Sig. asintót. (bilateral) |                          | ,000              | ,000            |                  |

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

**Interpretación**

Según la tabla N° 15, la prueba es para elegir el tipo de análisis estadístico que se aplicó en el estudio, para el grupo control y grupo experimental el grado de significancia es 0.000, entonces los datos tienen una distribución que no es normal, por tanto se elegirá el análisis no paramétrico, para nuestro caso se aplicó el estadístico U de Mann-Whitney para dos muestras independientes.

## PRUEBA DE HIPÓTESIS EN LA PRUEBA DE ENTRADA O PRE TEST.

Se realizó la prueba de hipótesis de diferencias de medias entre el grupo control y el grupo experimental, para determinar si ambos grupos entran en igualdad de condiciones al experimento, es decir si son los dos grupos homogéneos.

Analizamos la prueba de entrada, realizando los siguientes pasos:

Prueba de Hipótesis:

Ho:  $U_x = U_y$  : No existe diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en la prueba de entrada.

Ha:  $U_x \neq U_y$  : Existe diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en la prueba de entrada.

Donde: x = grupo experimental

y = grupo control

**Tabla N° 16**

### Prueba de U de Mann-Whitney para el pre test del grupo control y experimental

|                           | PRE TEST |
|---------------------------|----------|
| U de Mann-Whitney         | 4035,000 |
| Z                         | -,112    |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,911     |

Variable de agrupación: Grupo control y experimental

Tabla N° 17

**Rangos del grupo control y experimental del pre test**

| Grupo    |              | N   | Rango promedio | Suma de rangos |
|----------|--------------|-----|----------------|----------------|
| PRE TEST | Experimental | 59  | 98,39          | 5805,00        |
|          | Control      | 138 | 99,26          | 13698,00       |
|          | Total        | 197 |                |                |

**Interpretación**

Según la tabla N° 16 y tabla N° 17,  $p=0.911 > p=0.05$  se acepta  $H_0$ , podemos afirmar que no existe diferencias significativas entre el grupo control y grupo experimental en la prueba de entrada a un nivel de confianza del 95% y significancia del 5%, es decir ambos grupos entran en igualdad de condiciones al experimento.

- **PRUEBA DE HIPÓTESIS EN LA PRUEBA DE SALIDA O POST TEST.**

Se realiza la prueba de hipótesis de diferencias de medias entre el grupo control y el grupo experimental, tomando como datos las notas obtenidas por el grupo experimental y el grupo control después del experimento.

**HIPÓTESIS GENERAL**

Prueba de Hipótesis:

$H_0$ :  $U_x = U_y$  : No existen diferencias significativas entre el grupo control y el grupo experimental en la prueba de salida.

$H_a$ :  $U_x > U_y$  : El rango promedio de aprendizaje del grupo experimental es mayor al rango promedio de aprendizaje del grupo control en la prueba de salida.

Donde:  $x$  = grupo experimental

$y$  = grupo control

Tabla N° 18

**Prueba de U de Mann-Whitney para el post test del**

**grupo control y experimental**

|                           | POST TEST |
|---------------------------|-----------|
| U de Mann-Whitney         | 1103,500  |
| Z                         | -10,541   |
| Sig. asintót. (bilateral) | ,000      |

Variable de agrupación: Grupo control y experimental

**Tabla N° 19****Rangos del grupo control y experimental del post test**

|          | Grupo        | N   | Rango promedio | Suma de rangos |
|----------|--------------|-----|----------------|----------------|
| POS TEST | Experimental | 59  | 149,30         | 8808,50        |
|          | Control      | 138 | 77,50          | 10694,50       |
|          | Total        | 197 |                |                |

**Interpretación.**

Según la tabla N° 18 y tabla N° 19,  $p=0.000 < p=0.05$ , rechazamos  $H_0$  y aceptamos  $H_a$ , entonces podemos afirmar que el rango promedio de aprendizaje del grupo experimental es 149.30 significativo y mayor al rango promedio de aprendizaje del grupo control que es 77.50, a un nivel de confianza del 95% y nivel de significancia del 5%. Existe un mejor nivel de aprendizaje al aplicarse el Programa Educativo (IEC) en gestantes normales sobre el nivel de uso de la sala de partos del Centro de Salud de Magdalena-Red de Salud-Lima-Ciudad. Junio-Diciembre 2013.

## **CAPÍTULO V**

### **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

**a. Presentar contrastación de resultados del trabajo de campo con los referentes bibliográficos de las bases teóricas.**

Se establecieron dos grupos de estudio con las mismas características y de los cuales uno de ellos de 59 gestantes del segundo trimestre recibió la capacitación y el otro grupo que no recibió capacitación. Ambos grupos resultaron comparables según las características edad, grado de instrucción, estado civil y procedencia se comportan en forma similar en ambos grupos (Ver tablas 2, 3, 4 y 5).

Antes de implementar la capacitación del grupo de estudio se aplicó un pre test y se determinó que en el grupo de estudio solamente el 5.1% tenía conocimiento de los signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio mientras que en el grupo control desconocían los respectivos signos de alarma.

Posteriormente se aplicó la capacitación en el grupo de estudio y se aplicó posteriormente un test y los conocimientos sobre los signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio y el 78% de las parturientas que recibieron capacitación conocen los signos de alarma respectivas. Mientras que en el grupo que no recibió la capacitación se determinó que solamente el 5% solamente tienen conocimiento de los signos de alarma (Ver tabla 6 y 7).

De las gestante que recibieron capacitación el 68% realizaron su control prenatal y que resulta mayor al que realizaron en el grupo control 45% La diferencia que se observa es estadísticamente significativa (Ver tabla 8).

En relación a los partos atendidos se determinó en las que tenían conocimiento sobre los signos de alarma el 98% se atendieron los partos en el centro de salud respectivo. Mientras que en el grupo control 7 gestantes tenían conocimiento de los signos de alarma y ninguna atendió su parto en el centro de salud respectivo. Las diferencias que se observan resultan significativas (Ver tabla 13).

**b. Contrastación de la hipótesis general en base a la prueba de hipótesis.**

Quedó demostrado que después de la aplicación de la capacitación en el grupo de estudio (grupo experimental) y posteriormente se aplicó un test y los conocimientos sobre los signos de alarma en el embarazo, parto y puerperio, dieron como resultado que las madres gestantes obtuvieron mayor información y con mayor preparación que el grupo control y dieron su parto en el centro de salud, logrando el grado de significancia de la hipótesis general planteado, este estudio concuerda con Díaz Otoyá, Margarita en el 2007 en Paraguay, se realizó el trabajo Plan de Información, Educación y Comunicación en Planificación Familiar, donde menciona que el Plan de IEC establece el desarrollo de acciones por etapas o fases, tomando como referencia las características en el nivel de conocimiento e información de la población. Su aplicación adecuada, estructurada e integrada, hace posible el logro de los objetivos del Plan de IEC, lo que permite que los beneficiarios directos desarrollen conductas de forma responsable.



**c. Aporte científico de la investigación.**

El aporte científico investigado es mejorar la calidad de atención de las mujeres que asisten al programa educativo y ellas presentan un mayor grado de satisfacción con el proceso de embarazo y parto, menor nivel de dolor durante el proceso de parto, menor nivel de ansiedad pre parto y mejores resultados obstétricos y neonatales que las mujeres que no realizan el programa educativo.

## CONCLUSIONES

En el estudio realizado se pudieron obtener hallazgos que merecen ser tomados en cuenta para implementar estrategias de información, educación y comunicación.

1.- El 69.49% de las gestantes tienen instrucción secundaria, 18.64% nivel técnico o superior y 11.86% nivel primario. En lo que se refiere al Estado Civil, 27.12 son solteras, 11.86 casadas.

De acuerdo al lugar de Procedencia, el 59.22% procede de Magdalena y el 40.78% de otros distritos.

2.- A mayor número de embarazos existe un menor número de controles prenatales, el control del embarazo es realizado esencialmente por gestantes primerizas.

3.- La salud reproductiva está en relación con la formación educativa, económica y social. Esto incide en la asistencia de las gestantes a los servicios de salud.

4.- La mayoría de las embarazadas acuden a los servicios de salud para su control prenatal y para dar a luz sobre todo cuando presentan problemas como:

- Parto prolongado
- Dificultad para el parto
- Infección de la episiotomía

- 5.- La capacitación de las gestantes a través de un programa educativo influyó significativamente en el conocimiento de los signos de alarma en el embarazo, parto, puerperio y recién nacido.
- Asimismo influyó decididamente para que las gestantes capacitadas se atendieran su parto en el Centro de Salud (se atendieron el 78% de las gestantes capacitadas) en contraposición a las que no recibieron la capacitación, ya que de estas últimas solo decidieron dar a luz el 30% y el 70% restante dejaron de acudir a su control a partir del 6to., 7mo. mes y/o fueron referidas al hospital por múltiples causas y/o a otros establecimientos de salud lo que demuestra que la capacitación influye para aumentar la demanda de atención de partos y por ende el mayor uso de la sala de partos en comparación a las no capacitadas.
- 6.- La principal desventaja mencionada por las gestantes que acudían al Centro de Salud era el tiempo de espera prolongada sobre todo en los servicios de admisión y en menor grado el trato no muy cordial por los técnicos administrativos y por las técnicas de enfermería.
- 7.- Consideraron las gestantes como ventajas su afiliación al SIS y la buena atención antes que la accesibilidad geográfica o la calidad del servicio en su conjunto.

## SUGERENCIAS

- Es necesario trazar planes que garanticen la continuidad del programa, priorizando la atención materna, su implementación, seguimiento y retroalimentación, en donde se establezca la calidad esperada, las acciones de prevención, seguimiento y coyuntura y los indicadores para evaluar el mejoramiento a través del autocontrol y de la auditoría interna.
- Reorganizar el flujograma de atención para reducir los tiempos de espera.
- Es importante tener en cuenta la apreciación que tengan los usuarios de la atención recibida efectuando encuestas de satisfacción por programas, en este caso el programa de Salud Materna o de control prenatal, de acuerdo al trato recibido por el personal de salud, atención del control prenatal y el conocimiento de los signos y síntomas de riesgo, es necesario tener en cuenta dichas apreciaciones que van a contribuir al mejoramiento de la atención y la calidad con la que se atiende a la materna.
- Además de las encuestas la ubicación de buzones de sugerencias los cuales deben ser revisados periódicamente para definir las acciones de mejora a implementar según hallazgos.
- Mejorar el proceso de atención basados en la aplicación de guías institucionales, desarrolladas acorde a la evidencia científica, los lineamientos, la documentación actual de salud materna para garantizar la calidad de la atención, cumpliendo con todos los parámetros de valoración clínica como la revisión nutricional (peso, talla), examen físico completo, indicaciones claras y por escrito, actividades educativas y de asesoría.

- Trabajo de atención a jóvenes y adolescentes a través de los servicios amigables para jóvenes y adolescentes, orientación dirigida hacia la maternidad responsable en los adolescentes.
- Brindar Educación en salud y consejería a las usuarias externas en sala de espera utilizando medios audiovisuales, al igual que en los consultorios de forma continua en temas de planificación familiar, prevención de la violencia.
- Sensibilizar y capacitar a los usuarios internos en la mejora de la calidad de atención en todos sus componentes.
- Elaborar protocolos para el abordaje unificado de toda embarazada, de bajo y alto riesgo, a pesar de que el abordaje de la gestante de alto riesgo es de remisión a un nivel superior es necesario contar con las indicaciones que permitan hacer una adecuada remisión y seguimiento para lo cual se debe contar con procesos establecidos y sistemas de información.
- Realizar estudios complementarios con el propósito de evaluar la calidad total de los servicios de Atención Prenatal, luego de implementar las acciones de mejora en la institución para medir el impacto de las mismas.

**BIBLIOGRAFIA**

- 1.- Díaz Otoya, Margarita "Plan de Información, Educación" 2007 Paraguay.
- 2.- MINISTERIO DE SALUD "AVANZANDO HACIA UNA MATERNIDAD SEGURA EN EL PERU": Derecho de todas las mujeres, PERU-2006
- 3.- EI MINISTERIO DE SALUD." PLAN INTEGRAL REGIONAL DE I.E.C Y SALUD COMUNITARIA"- REGION SAN MARTIN, PERU-2003
- 4.- MINSA "GUIA METODOLOGICA EN I.E.C- TBC-PERU .2001
- 5.- BANCO MUNDIAL."SALUD Y NUTRICION BASICA-IEC" –PERU -1993.
- 6.-MINSA. "PROYECTO DE SALUD Y NUTRICION BASICA" –PERU- 1997
- 7.- OMS-UNICEF."MANEJO DE LAS COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO.2002
- 8.- MINSA."GUIAS NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA" PERU-2004.
- 9.- WILLIAMS."OBSTETRICIA" 20°edic.Edit.Panamericana. Buenos Aires .Argentina.2000.
- 10.-OPS."La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y El Caribe-2001

**ANEXO N° 1**  
**JUICIO DE EXPERTOS**

“Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento de la Educación”.

**Señor(a):** .....

**Asunto:** VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

Es grato dirigirme a Usted mediante la presente para expresarle mi cordial saludo y consideración y a la vez manifestarle que en la Escuela de Post grado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco me encuentro desarrollando la Investigación:

**“IMPACTO DE UN PROGRAMA EDUCATIVO (I.E.C.) EN GESTANTES NORMALES SOBRE EL NIVEL DE USO DE LA SALA DE PARTOS DEL CENTRO DE SALUD DE MAGDALENA – RED DE SALUD – LIMA CIUDAD, Enero 2013 - Diciembre 2013.”**

Para lo cual será necesario la validación del instrumento de investigación, que pretendo estudiar de manera científica y responder a las interrogantes de esta investigación.

Siendo indispensable su validación a través de la evaluación de juicio de experto en el que se ha considerado su participación como experto, por ser Usted un(a) profesional de trayectoria y reconocimiento siendo especialista afín a la investigación y de esa manera pedirle por favor tener a bien brindarme su apoyo respecto a la validación del instrumento para lo cual adjunto:

- Instrumento de investigación.
- Matriz de consistencia de la tesis.
- Formato para evaluar el instrumento.

Agradeciendo por anticipado su participación a la presente, es propicia la oportunidad para expresarle las sinceras muestras de mi nuestra especial consideración y estima personal.

Atentamente,

FAUSTO ALVARADO BRAVO



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO**  
**INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO**  
**DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

**I. DATOS GENERALES:**

- Apellidos y Nombres del experto: \_\_\_\_\_
- Cargo e Institución donde labora: \_\_\_\_\_
- Especialidad del experto: \_\_\_\_\_

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

| INDICADORES        | CRITERIOS   | DEFICIENTE |    |    |    | BAJA |    |    |    | REGULAR |    |    |    | BUENA |    |    |    | MUY BUENA |    |    |     |
|--------------------|---|------------|----|----|----|------|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-----------|----|----|-----|
|                    |   | 5          | 10 | 15 | 20 | 25   | 30 | 35 | 40 | 45      | 50 | 55 | 60 | 65    | 70 | 75 | 80 | 85        | 90 | 95 | 100 |
| 1. CLARIDAD        | Está formulado con lenguaje apropiado                                   |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 2. OBJETIVIDAD     | Está expresado en conductas observables.                                |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 3. ACTUALIZACIÓN   | Está adecuado al avance de la ciencia y la tecnología.                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 4. ORGANIZACIÓN    | Está organizado en forma lógica.  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 5. SUFICIENCIA     | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos.                        |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esa adecuado para valorar los comprensión lectora.                      |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 7. CONSISTENCIA    | Está basado en aspectos teóricos científicos sobre comprensión lectora. |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 8. COHERENCIA      | Entre las variables, dimensiones, indicadores e ítems.                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 9. METODOLOGIA     | La estrategia responde al propósito de la investigación.                |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |
| 10. PERTINENCIA    | El cuestionario es aplicable.   |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    |     |

**III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD:**

- ( ) El instrumento puede ser aplicado tal como está elaborado  
( ) El instrumento debe ser mejorado antes de ser aplicado

**IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: \_\_\_\_\_ %**

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL EXPERTO: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

TELÉFONO: \_\_\_\_\_



**ANEXO N° 2**

## INSTRUMENTO PROGRAMA IEC ATENCIÓN INTEGRAL DE GESTANTES

La presente es una encuesta sobre conocimientos en atención integral de la gestante, sobre control prenatal, parto normal – Institucional, signos de alarma y puerperio a las gestantes normales del segundo trimestre, es de carácter anónimo para lo cual solicito su autorización a través del consentimiento informado.

**DATOS DE CONTROL**

Establecimiento de Salud: Centro de Salud de Magdalena. Provincia: Lima

Fecha: \_\_\_\_\_

**DATOS DE LA USUARIA**

Edad: \_\_\_\_ Sexo: (M) (F) Acompañada: (SI) (No)

Condición: (Nueva) (continuadora) Código: \_\_\_\_\_

Instrucción: (Sin Instrucción) (Primaria) (Secundaria) (Técnico) (Universitario)

Residencia: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROVEEDOR**

Consultorio: \_\_\_\_\_ Proveedor: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Control prenatal: (Obstetriz) (Gineco obstetricia) (Médico)

**ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS**

GESTA : \_\_\_\_\_ PARA: \_\_\_\_\_

Tipo de consulta: (Control prenatal) (Puerperio )

|   |  | SI | NO |
|---|--|----|----|
| 1 | ¿El personal de salud que la atendió la saludó respetuosamente?  |    |    |
| 2 | ¿El personal de salud que la atendió le brindó privacidad en la atención?                                  |    |    |
| 3 | ¿El personal de salud que la atendió le explicó el resultado de la consulta?                               |    |    |
| 4 | ¿El personal de salud que la atendió le explicó el tratamiento que debería seguir en casa?                 |    |    |
| 5 | ¿El personal de salud que la atendió le aclaró sus dudas y le responde sus preguntas?                      |    |    |
| 6 | ¿El personal de salud que la atendió acordó con usted la siguiente cita?                                   |    |    |
| 7 | ¿El personal de salud que la atendió le dijo que regrese antes de la cita si tiene alguna duda o problema? |    |    |
| 8 | ¿El personal de salud que la atendió fue respetuoso con usted durante la atención?                         |    |    |
| 9 | ¿El personal de salud que la atendió le explicó despacio y con palabras fáciles de entender?               |    |    |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 10 | ¿El personal de salud que la atendió le dio oportunidad de hacer preguntas?   |  |  |
| 11 | ¿El personal de salud que la atendió le hizo sentir cómoda y tranquila durante la atención?   |  |  |
| 12 | ¿El personal de salud que la atendió le está solucionando su problema de salud?   |  |  |
| 13 | ¿El tiempo de espera fue adecuado para la atención que acaba de recibir?  |  |  |
| 14 | ¿La atención que acaba de recibir usted fue buena?  |  |  |
| 15 | ¿Ud. desea que algo cambie o mejore en la atención que acaba de recibir?<br>En caso de SI, por ejemplo, que cosa: _____<br>_____  |  |  |
| 16 | ¿El personal de salud del establecimiento le ha dado alguna información sobre el cuidado de su salud o el de su bebé?<br>¿Dónde?       (Consultorio)   (Sala espera)   (Domicilio)<br>¿Quién?       (Médico)       (Obstetrix)   (Enfermera)  |  |  |
| 17 | ¿Para qué es importante el control prenatal?<br>a. Conocer el estado de salud de la gestante.       b. Conocer el estado de salud del bebe.<br>c. Conocer la fecha probable del parto.               d. Planificar el parto.<br>e. Identificar algún signo de alarma en el embarazo |  |  |

**FUR:** \_\_\_\_\_ **EG:** \_\_\_\_\_ **F.P.P.:** \_\_\_\_\_

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 18 | Puede decirme algún signo de alarma o peligro durante el embarazo.<br>a. Sangrado o pérdida de líquido por las partes.<br>b. Hinchazón de las manos, piernas o cara.       c. Vómitos frecuentes o exagerados.<br>d. Frecuentes dolores en el vientre.               e. Fiebre.<br>f. Fuerte dolor de cabeza.                           g. Mareos o desmayos.<br>h. El bebe se mueve poco o ya no se mueve.   i. Zumbido de oídos o ve lucitas. |  |  |
| 19 | Puede decirme algún signo de alarma o peligro durante el parto.<br>a. Sangrado vivo (abundante, rojizo).               b. Pérdida de líquido<br>c. El bebe está atravesado o de pie.               d. El bebe se mueve poco o no se mueve.<br>e. Primero sale la mano, pie o el cordón del bebe.<br>f. Los dolores duran más de 12 horas (Primerizas).   g. Los dolores duran más de 6 horas  |  |  |
| 20 | Puede decirme los signos de alarma después del parto.<br>a. Hemorragia o sangrado abundante.       b. Barriga grande y no se contrae.<br>c. Flujo o sangrado con mal olor.               d. Dolor en el vientre.<br>e. Fiebre.   f. Placenta demora más de media hora en salir.   |  |  |
| 21 | Puede decirme algún signo de alarma o peligro en el recién nacido.<br>a. No llora.       b. Dificultad para mamar.       c. Dificultad para respirar.<br>d. Tiene fiebre.   e. Tiene piel azulada o amarilla.   f. Se mueve poco.<br>g. No orina ni hace deposición en 24 horas.  |  |  |
| 22 | Que debe hacer en cuanto reconoce un signo de alarma.<br>a. esperar un tiempo para ver si es necesario ir al establecimiento de salud<br>b. Ir al establecimiento de salud lo más pronto posible<br>c. Consultar con la partera de la localidad<br>d. Estar alerta a otro signo de alarma para ir al establecimiento de salud.  |  |  |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 23 | ¿Tiene usted su plan de parto?   a) Si       b) No                            |  |  |
| 24 | ¿Qué fue lo que más le agrado en la atención del parto? (No sugerir opciones) |  |  |

|    |  |                                     |
|----|--|-------------------------------------|
|    | a) Estuvieron atentos a mi estado de salud.  | b) Fueron amables/cordiales.        |
|    | c) La sala tenía la temperatura adecuada.  | d) Otro _____                       |
|    | e) Nada le agradó.   |                                     |
| 25 | ¿Algo le disgustó durante la atención del parto? (No sugerir opciones)                               |                                     |
|    | a) Le gritaron   | b) Tuvo frío/calor                  |
|    | c) No hay privacidad.  | d) Nada le disgustó.                |
| 26 | e) Otro _____  |                                     |
| 27 | ¿Le hicieron un corte cuando nació su bebé? a) Si b) No  |                                     |
| 28 | ¿Le explicaron por qué le hicieron el corte? a) Si b) No   |                                     |
| 29 | ¿Le informaron sobre el estado de salud de su niño recién nacido, su sexo y peso? a) Si b)           |                                     |
| 30 | No   |                                     |
|    | ¿Le pusieron a su bebé sobre su pecho apenas nació? (Para el contacto piel a piel) a) Si b)          |                                     |
| 31 | No   |                                     |
| 32 | ¿Cómo cree que fue la atención que le dieron a su bebé? a) Buena b) Regular                          |                                     |
|    | c) Mala  |                                     |
|    | ¿Por qué? _____  |                                     |
|    | ¿Le han dado indicaciones sobre su cuidado y el de su bebé y fecha para la próxima cita?             |                                     |
| 33 | a) Si b) No  |                                     |
|    | ¿Cómo cree que fue la atención que recibió usted durante el tiempo que estuvo en el establecimiento? |                                     |
|    | a) Buena b) Regular c) Mala  |                                     |
| 34 | ¿Por qué? _____  |                                     |
| 35 |  |                                     |
|    | ¿Si estuviera nuevamente embarazada donde atendería su parto?  |                                     |
|    | a) En el mismo establecimiento de salud  | b) En otro establecimiento de salud |
| 36 | ¿Por qué? _____  |                                     |
|    | ¿Está de acuerdo con la forma o posición en que dio a luz? a) Si b) No                               |                                     |
|    | ¿En qué forma o posición le hubiera gustado dar a luz?   |                                     |
|    | a) Echada  | b) Parada                           |
|    | c) Cuclillas   | d) Otro _____                       |
|    | Solicito que algún familiar estuviera con usted durante el parto ¿Y qué pasó? (No sugerir opciones)  |                                     |
|    | a) Si, permitieron que un familiar le acompañe durante el parto.                                     |                                     |
|    | b) Si, pero no permitieron que un familiar le acompañe durante el parto.                             |                                     |
|    | c) No, porque no sabía.  |                                     |
|    | d) No, porque no quiso.  |                                     |

**¡MUCHAS GRACIAS!**

## ANEXO Nº 3

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**“Impacto de un Programa Educativo (IEC) en gestantes normales sobre el nivel de uso de la sala de partos del Centro de Salud de Magdalena-Red de Salud-Lima-Ciudad. Junio-Diciembre 2013.”**

| <b>Problema General</b>   | <b>Objetivo General</b>  | <b>Hipótesis General</b>   | <b>Variables</b>  | <b>Indicadores</b>  |
|---|--|--|---|---|
| ¿De qué manera influye la aplicación de un Programa Educativo (IEC) en las gestantes del 2do trimestre en la demanda de atención de partos en el Centro de Salud de Magdalena Junio-Diciembre 2013?   | Determinar el impacto de la aplicación de un Programa Educativo (IEC) en las gestantes del 2do trimestre en la demanda de atención de partos en el Centro de Salud de Magdalena Lima-Ciudad.   | La aplicación de un Programa Educativo (IEC) en las gestantes normales del 2do trimestre incrementa la demanda de atención de partos en el Centro de Salud de Magdalena.   | <u>Variable Independiente</u><br><br>Programa IEC atención Integral de Gestantes normales | Nº de gestantes que asisten al Programa Educativo<br><br>Nº de gestantes ausentes IEC<br>Nº de partos |
| <u>Problemas Específicos</u><br><br>- ¿Cómo influye el programa Educativo (I.E.C.) para la decisión de las gestantes normales de atenderse el parto en el Centro de Salud de Magdalena?<br><br>- ¿Se incrementará el número de partos en el Centro de Salud de Magdalena post aplicación del programa I.E.C en gestantes normales frente a las gestantes que no se capacitaron? | <u>Objetivos Específicos</u><br><br>- Aplicar el programa Educativo (I.E.C.) a las gestantes normales seleccionadas en el Centro de Salud de Magdalena.<br><br>- Determinar el número de partos atendidos post aplicación del programa educativo en gestantes normales frente a las gestantes que no recibieron el programa educativo. | <u>Hipótesis Específica</u><br><br>- Si se aplica el programa Educativo (I.E.C.) a las gestantes normales, entonces se incrementará el número de partos en el Centro de Salud de Magdalena.<br><br>- El número de partos se incrementará en las gestantes normales, si y solo si recibieron la capacitación de I.E.C frente a las gestantes que no fueron capacitadas. | <u>Variable Dependiente</u><br><br>Demanda de Atención de Partos.                         |   |

| Metodología   | Marco Normativo  | Marco Teórico   | Bases Epistémicas   | Consentimiento Informado   |
|---|--|---|---|--|
| <p>Descripción del Área de Estudio<br/>Centro de Salud de Magdalena de Junio a Diciembre del 2013<br/>Tipo de Estudio<br/>Proyecto Experimental de casos y controles<br/>Cuantitativo de corte longitudinal<br/>Población<br/>Gestantes normales del segundo trimestre<br/>N° Casos: 59<br/>Controles: 138<br/>Periodo: Junio-Diciembre 2013<br/>Lugar: Centro de Salud de Magdalena<br/>-Definición Operativa del Instrumento de Recolección de Datos.<br/>-Técnicas de Recojo, Procesamiento y Presentación de Datos.</p> | <p>Guía Nacional de Atención Integral de Salud Reproductiva MINSa 2004 RM 668<br/>Guía de Práctica Clínica para la atención de Emergencias Obstétricas según.....<br/>Nivel de capacidad resolutoria, RM 422-2005-MINSa.</p> | <p><u>Antecedentes</u><br/>-Díaz Otoyá, Margarita. Plan de Información, Educación y Comunicación en Planificación Familiar-2007 Paraguay.<br/>-MINSa 2006 "Avanzando hacia una Maternidad Segura en el Perú.<br/>-Plan Integral... de IEC.....</p> <p><u>Bases Teóricas</u><br/>Definición de IEC<br/>Causas de mortalidad materna<br/>Maternidad saludable<br/>Atención prenatal<br/>Signos de alarma<br/>Trabajo de parto<br/>Periodos del parto<br/>Cáncer ginecológico<br/>Infecciones de transmisión.....<br/>Planificación familiar.</p> <p><u>Definiciones Conceptuales</u><br/>Definición de Impacto<br/>Impacto en Salud<br/>Evaluación del Impacto en Salud<br/>Definición del IEC.</p> | <p>Para Popper contrastar una Teoría significa intentar refutarla mediante una contra Ejemplo. Lakatos. Según Lakatos el Programa de Investigación Científica consiste en una sucesión de teorías relacionadas entre sí. El maltrato (tiempo de demora, falta de privacidad) son factores importantes para que las gestantes no den a luz en una Institución de Salud.</p> <p>Kuhn Thomas<br/>Introdujo la teoría de las Revoluciones Científicas.</p> <p>Feyerabend<br/>Creador del "Anarquismo Epistemológico"<br/>La investigación científica no se ha desarrollado supeditado el método racional.</p> | <p>Declaración de la gestante (ejemplar para el proveedor)<br/>Yo he leído la hoja de información que recién ha entregado.<br/>He podido hacer preguntas sobre el estadio y he hablado con el investigador.</p> <hr/> <p>Firma de la gestante</p> <p>Fecha _____</p> |



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO**  
**INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO**  
**DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

**I. DATOS GENERALES:**

- Apellidos y Nombres del experto:
- Cargo e Institución donde labora:
- Especialidad del experto:

BETTY VELIZ LAZO

MASTER EN SALUD PUBLICA Y GESTION  
SANITARIA.

**II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:**

| INDICADORES        | CRITERIOS  | DEFICIENTE |    |    |    | BAJA |    |    |    | REGULAR |    |    |    | BUENA |    |    |    | MUY BUENA |    |    |     |
|--------------------|--|------------|----|----|----|------|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-----------|----|----|-----|
|                    |  | 5          | 10 | 15 | 20 | 25   | 30 | 35 | 40 | 45      | 50 | 55 | 60 | 65    | 70 | 75 | 80 | 85        | 90 | 95 | 100 |
| 1. CLARIDAD        | Esta formulado con lenguaje apropiado                                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 2. OBJETIVIDAD     | Esta expresado en conductas observables                                |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 3. ACTUALIZACIÓN   | Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 4. ORGANIZACIÓN    | Esta organizado en forma lógica  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 5. SUFICIENCIA     | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos                        |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esa adecuado para valorar los comprensión lectora                      |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 7. CONSISTENCIA    | Esta basado en aspectos teóricos científicos sobre comprensión lectora |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 8. COHERENCIA      | Entre las variables, dimensiones, indicadores e ítems                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 9. METODOLOGIA     | La estrategia responde al proposito de la investigación                |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 10. PERTINENCIA    | El cuestionario es aplicable   |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: \_\_\_\_\_ %

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: 13/10/14

FIRMA DEL EXPERTO: BVL

DNI: 06142305

TELÉFONO: 99 1047200



UNIVERSIDAD NACIONAL  
HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO  
**INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO**  
**DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

I. DATOS GENERALES:

- Apellidos y Nombres del experto: PEREYRA LOPEZ SONIA ADELAIDA
- Cargo e Institución donde labora: MEDICO ASISTENTE DEL INSTITUTO NACIONAL DEL NIÑO
- Especialidad del experto: MASTER EN MEDICINA

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| INDICADORES        | CRITERIOS  | DEFICIENTE |    |    |    | BAJA |    |    |    | REGULAR |    |    |    | BUENA |    |    |    | MUY BUENA |    |    |     |
|--------------------|--|------------|----|----|----|------|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-----------|----|----|-----|
|                    |  | 5          | 10 | 15 | 20 | 25   | 30 | 35 | 40 | 45      | 50 | 55 | 60 | 65    | 70 | 75 | 80 | 85        | 90 | 95 | 100 |
| 1. CLARIDAD        | Esta formulado con lenguaje apropiado                                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 2. OBJETIVIDAD     | Esta expresado en conductas observables                                |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 3. ACTUALIZACION   | Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 4. ORGANIZACION    | Esta organizado en forma logica  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 5. SUFICIENCIA     | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos                        |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esa adecuado para valorar los comprension lectora                      |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 7. CONSISTENCIA    | Esta basado en aspectos teoricos científicos sobre comprension lectora |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 8. COHERENCIA      | Entre las variables, dimensiones, indicadores e items                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 9. METODOLOGIA     | La estrategia responde al proposito de la investigación                |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |
| 10. PERTINENCIA    | El cuestionario es aplicable   |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | X   |

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: \_\_\_\_\_ %

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: 13/10/14

FIRMA DEL EXPERTO: \_\_\_\_\_

DNI: 06643605

TELÉFONO: 992752911



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
HERMILIO VALDIZÁN DE HUÁNUCO**  
**INFORME SOBRE EL JUICIO DE EXPERTO**  
**DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

I. DATOS GENERALES:

- Apellidos y Nombres del experto:
- Cargo e Institución donde labora:
- Especialidad del experto:

*MONE FLORES MARIO MARCELO*  
*- JEFE DEL AREA BIOTECNOLOGIA de UNAH*  
*- Doctor en Ciencias de la Salud*

II. ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| INDICADORES        | CRITERIOS  | DEFICIENTE |    |    |    | BAJA |    |    |    | REGULAR |    |    |    | BUENA |    |    |    | MUY BUENA |    |    |     |
|--------------------|--|------------|----|----|----|------|----|----|----|---------|----|----|----|-------|----|----|----|-----------|----|----|-----|
|                    |  | 5          | 10 | 15 | 20 | 25   | 30 | 35 | 40 | 45      | 50 | 55 | 60 | 65    | 70 | 75 | 80 | 85        | 90 | 95 | 100 |
| 1. CLARIDAD        | Esta formulado con lenguaje apropiado                                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 2. OBJETIVIDAD     | Esta expresado en conductas observables                                |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 3. ACTUALIZACIÓN   | Esta adecuado al avance de la ciencia y la tecnología                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 4. ORGANIZACIÓN    | Esta organizado en forma lógica  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 5. SUFICIENCIA     | Comprende aspectos cuantitativos y cualitativos                        |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 6. INTENCIONALIDAD | Esta adecuado para valorar los comprensión lectora                     |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 7. CONSISTENCIA    | Esta basado en aspectos teóricos científicos sobre comprensión lectora |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 8. COHERENCIA      | Entre las variables, dimensiones, indicadores e ítems                  |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | ✓   |
| 9. METODOLOGIA     | La estrategia responde al propósito de la investigación                |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | N   |
| 10. PERTINENCIA    | El cuestionario es aplicable   |            |    |    |    |      |    |    |    |         |    |    |    |       |    |    |    |           |    |    | N   |

III. OPINIÓN DE APLICABILIDAD: \_\_\_\_\_ %

IV. PROMEDIO DE VALORACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA: 13/10/2014

FIRMA DEL EXPERTO: *Mario Flores Mone*

DNI: 06754042

TELÉFONO: 997281576