

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Obstetricia y Puericultura

Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**“ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
RELACIONADO A LA ACTITUD DEL PROFESIONAL OBSTETRA EN
LA ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL DEL C.S. EDIFICADORES
MISTI Y C. S. MARITZA CAMPOS DÍAZ. AREQUIPA.
NOVIEMBRE- 2017”**

Tesis presentada por las Bachilleres:

Huvidia Rendón, María Alejandra

Molinedo Chillitupa, Tiffani Ambert

Para optar el título profesional de:

Licenciadas en Obstetricia.

Asesora: Mg. Medina Luque, Rosario

**AREQUIPA-PERÚ
2018**

FACULTAD DE OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Arequipa, 21 de marzo del 2018

INFORME DE DICTAMEN DEL BORRADOR DE TESIS DE PREGRADO

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

DE: Mag. Lourdes Arevalo Heredia
Mag. Victoria Salomayor Martínez
Dra. Evelyn Cardenas Yauriz
Dictaminadores del Borrador de Tesis

TITULO DEL BORRADOR:

"Estudio comparativo entre el nivel de conocimiento relacionado a la actitud del personal obstetra en los centros de parto normal del C.S. Edificadores Misti y C.S. Maritza Saucedo Arez. Arequipa, Moriches 2017"

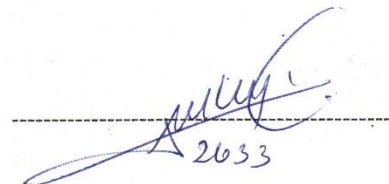
PRESENTADO POR:

Dra. Mirenia Rendón Manó
Dra. Melinda Culibitupa T. Manó

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia.

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

Atentamente.



2018

DEDICATORIA

A Dios y a María Santísima.

Por protegerme durante todo mi camino, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por darme fuerza para superar obstáculos y dificultades a lo largo de mi vida y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía en todos estos años de vida.

A mis padres Santiago y María del Carmen.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por ser un gran ejemplo de perseverancia y constancia por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su inmenso amor.

A mi Hermano y mejor amigo Santiago Adolfo, por formar parte de lo más hermoso que tengo mi familia, por comprenderme, por su apoyo incondicional y su constante preocupación.

A mi abuelito Oscar Bernardino por ser un ejemplo de superación y entrega, a mis abuelitos Santiago (QEPD), Julia Alejandrina (QEPD) y María Magdalena (QEPD), por su cariño y apoyo, porque sé que desde el cielo guían mis pasos, este logro también es de ellos.

A Dayana, mi mejor amiga, por todos los momentos compartidos, alegrías y tristezas, por su apoyo y consejos. Dios nos hace ricos regalándonos personas tan únicas y maravillosas.

A Tiffani Ambert por su amistad sincera durante estos años, por compartir y hacer posible este estudio y lograr juntas este gran paso de nuestras vidas, juntas hemos formado un gran equipo.

A mis demás familiares y amigos por sus consejos, su apoyo en estos años de carrera y por su cariño incondicional.

María Alejandra Huvidia Rendón

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional, estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el momento.

A mi madre Marlene, por ser mi mejor amiga mi confidente por el gran amor que siempre me das, por el apoyo ilimitado e incondicional que siempre me has dado, por tener siempre la fortaleza de salir adelante sin importar los obstáculos, por haberme formado para ser una mujer de bien, y sobre todo por ser la mujer que me dio la vida y me enseñó a vivirla... no hay palabras en este mundo para agradecerte, mamá por tus consejos, valores y motivación constante, eres la mujer que siempre me llena de orgullo.

Esta tesis es un logro más que llevo a cabo, sin lugar a duda ha sido gracias a ti; no sé dónde me encontraría de no ser por ti, tu compañía y amor... te amo mamita.

A mis abuelitos, para ti mamita Benedicta, por el gran amor los valores y los aportes que has realizado para mi vida son simplemente invaluable.

A mi papito Carlos (Q.E.P.D.), porque has sido y serás siempre un ejemplo incuestionable de fortaleza, integridad, profesionalismo, sabiduría y responsabilidad, por las enseñanzas que me has dado, y por darme ánimos siempre diciéndome lo orgulloso que te sentías de mi, no tengo palabras para agradecerte el gran ejemplo de padre que fuiste para mí.

A mis tíos, Ángel y Graciela siempre me he sentido maravillada por la linda familia que tengo, aquí estoy, con un nuevo logro gracias a ustedes.

A toda mi familia, por sus palabras de aliento y sus buenos deseos, por Ayudarme a crecer y a ser más fuerte para enfrentar a la vida.

También agradecerte a ti querida amiga y futura colega María Alejandra, gracias por ser mi cómplice y emprender esta hermosa aventura a mi lado, no quiero dejar de lado a todos aquéllos que contribuyeron en mi formación académica y profesional que con sus consejos ayudaron a lograr estas meta.

Tiffani Ambert Molido Chillitupa

EPÍGRAFE

“Una relación entre varias culturas con respeto y comprensión de la forma de interpretar la realidad y el mundo, un proceso de comunicación, educación y formación. Se basa en el dialogo, donde ambas partes se escuchan, donde ambas partes se dicen y cada una toma lo que puede ser tomado de la otra, o sencillamente respeta sus particularidades e individualidades. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar”

Organización Mundial de la Salud.

ÍNDICE

RESUMEN.....	I
ABSTRACT.....	II
INTRODUCCION	12
CAPÍTULO I	14
I.PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	15
1.Problema de Investigación.....	15
2.Objetivos	19
3.Marco Teórico	20
3.Hipotesis.....	48
CAPÍTULO II.....	49
II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	50
1.Técnica, Instrumentos y Materiales de Verificación.....	50
2.Campo de Verificación.....	51
3.Estrategia de Recolección de Datos.....	53
4.Estrategia para Manejar los Resultados.....	54
CAPÍTULO III	56
Resultados	56
Discusión.....	71
Conclusiones.....	75
Recomendaciones.....	76
BIBLIOGRAFÍA BÁSICA	77
Hemerografía	80
Informatografía.....	80
Anexos:.....	83
Anexo 1: Consentimiento Informado.....	84

Anexos 2: Cuestionario.	85
Anexos 3: Validación del Instrumento.....	90
Anexos 4: Escala de calificación.....	91
Anexos 5: Oficios para aplicación de encuestas	93
Anexo 6: Croquis.....	95
Anexos 7: Matriz de sistematización de datos	97



RESUMEN

Objetivos: Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical, identificar la diferencia entre el nivel de conocimiento del profesional Obstetra sobre la atención del parto vertical y determinar la diferencia entre la actitud que asume el profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical todo esto entre el C.S Edificadores Misti y C.S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre -2017.

Materiales y Métodos: La investigación fue de campo, relacional y comparativo, el instrumento consta de tres partes la primera para recabar información sociodemográfica del grupo en estudio, la segunda para indagar sobre el nivel de conocimiento, el cual fue validado bajo el Coeficiente de Kuder – Richardson obteniendo una calificación de 0,8. Elaborado en base al de Rodríguez Honorio, la tercera parte es para analizar la actitud con respecto al parto vertical, para lo cual se utilizó el Test tipo Likert modificado para medir las actitudes, diseñado por Cortez Zelada, fue validado mediante el estadístico alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.8, valor suficiente para garantizar la consistencia interna de la escala.

Resultados: El nivel de conocimiento del profesional Obstetra sobre la atención del parto vertical en ambos grupos de estudio fue alto, en el C.S Edificadores Misti y el C.S Maritza Campos Díaz en un 59.1% y 64.3%, respectivamente, según el chi cuadrado se encontró una relación directa significativa.

Ambos grupos presentaron una actitud indiferente frente a la atención del parto vertical, 78.6% del C.S. Maritza Campos Díaz y el 62.5% del C.S Edificadores Misti, también se encontró una relación estadística significativa entre ambos grupos.

Conclusiones: Según el nivel de conocimientos se encontró una relación directa significativa, entre ambos grupos, esto quiere decir que cuentan con el conocimiento suficiente para realizar la atención de un parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.

Según la actitud frente al parto vertical se ha observado que ambos grupos posee una actitud indiferente en un porcentaje considerable, también se encuentra una relación directa significativa entre ambos grupos, la indiferencia mayoritariamente es la actitud que asume el profesional obstetra.

Palabras clave: Parto vertical, pertenencia cultural, derechos humanos.



ABSTRACT

Goals: To establish the relationship that exists between the level of knowledge and attitude of the professional Obstetrician versus the care of the delivery in vertical position, to identify the difference between the level of knowledge of the professional Obstetrician on the attention of the vertical childbirth and to determine the difference between the attitude that the professional Obstetrician assumes in front of the attention of the delivery in vertical position all this between the C.S. Edificadores Misti and CS Maritza Campos Diaz. Arequipa, November -2017.

Materials and Methods: The research was field, relational and comparative, the instrument consists of three parts the first to gather sociodemographic information of the group under study, the second to inquire about the level of knowledge, which was validated under the Kuder Coefficient - Richardson getting a rating of 0.8. Elaborated on the basis of Rodríguez Honorio, the third part is to analyze the attitude with respect to vertical delivery, for which the modified Likert Test was used to measure attitudes, designed by Cortez Zelada, was validated by the Cronbach alpha statistic whose value was 0.8, enough value to guarantee the internal consistency of the scale.

Results: The level of knowledge of the professional Obstetrician on the attention of the vertical childbirth in both groups of study was high, in the C.S Edificadores Misti and the CS Maritza Campos Diaz in 59.1% and 64.3%, respective according to the chi square was found a significant direct relationship.

Both groups presented an indifferent attitude towards vertical delivery care, 78.6% of C.S. Maritza Campos Diaz and 62.5% of C.S Edificadores Misti, also found a significant statistical relationship between both groups.

Conclusions: According to the level of knowledge, a significant direct relationship was found between both groups, this means that they have sufficient knowledge to perform the care of a vertical delivery in the framework of human rights with intercultural relevance.

According to the attitude towards vertical childbirth it has been observed that both groups have an indifferent attitude in a considerable percentage, there is also a

significant direct relationship between both groups, the indifference is mostly the attitude assumed by the obstetrician professional.

Keywords: Vertical birth, cultural belonging, human rights.



INTRODUCCION

El Perú es pluricultural y la unión de diversos pueblos sierra, costa y selva, cada una con una cosmovisión y particularidades los cuales los enriquece y han sido heredados a través del tiempo, sin embargo se encuentra una convergencia entre estas distintas culturas y es la forma de nacer, la evidencia histórica nos indican que incluso desde la cultura pre-inca el parto vertical era practicado por nuestros ancestros y la única forma de nacer en ese entonces y actualmente en algunas regiones de nuestro país.

La Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, busca estandarizar esta modalidad de atención teniendo en cuenta los criterios internacionales establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la experiencia nacional, todo esto para responder a la necesidad de adecuar culturalmente los establecimientos y capacitar a los trabajadores de salud encargados de salvaguardar la vida de la madre y el neonato, así se busca disminuir las complicaciones obstétricas y neonatales a través de los partos institucionales. **(10)**

Distintos estudios documentados indican que dos de los factores más importantes para la muerte o la supervivencia de la mujer en trabajo de parto son el lugar de atención de éste y la decisión de la mujer parturienta y su entorno con respecto a dónde acudir y con quién en caso ocurra una complicación durante el parto o puerperio. Una de las características principales y más resaltantes del/a profesional Obstetra es en definitiva su línea humanística, la compenetración con la comunidad, la convierte en una figura familiar, tranquilizadora y de confianza; haciendo suya la pluriculturalidad que nos caracteriza como país para hacer mejor su trabajo **(18)**, por lo tanto la hace un eje fundamental para la difusión y promoción del parto vertical.

Actualmente la norma emitida por el Ministerio de Salud mediante Resolución Ministerial 518-2016 indica cómo se debe proceder protocolarmente desde la recepción de la gestante hasta el final del periodo del puerperio, además de señalar claramente que se debe respetar y concertar las prácticas habituales de la cultura

del paciente que no sean nocivas para su salud. Es por esto que el profesional de Obstetricia debe conocer el contenido de este documento, también mostrar una actitud positiva ante el parto vertical por ser un derecho de la parturienta.

Según los hallazgos en nuestro estudio, podemos indicar que la difusión, capacitación y el conocimiento son condiciones necesarias para brindar una atención enfocada al respeto, los derechos y pluriculturalidad de las mujeres gestantes de nuestro país, la difusión de la nueva norma técnica es imperativa ya que muchas obstetras desconocen la renovación de esta.





I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

1.1 Enunciado del Problema:

“Estudio comparativo entre el nivel de conocimiento relacionado a la actitud del profesional Obstetra en la atención del parto vertical del C.S Edificadores Misti y C. S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre -2017.”

1.2 Descripción del Problema:

a) Área de Conocimiento:

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

b) **Análisis u Operacionalización de Variables:**

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
INDEPENDIENTE Conocimiento del parto vertical	<ul style="list-style-type: none"> • Indicaciones sobre el parto vertical. • Contraindicaciones del parto vertical 	Alto 10 – 14 puntos Medio 5 – 9 puntos Bajo 0 – 4 puntos
	<ul style="list-style-type: none"> • Posiciones del parto vertical. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Ventajas del parto vertical. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Desventajas del parto vertical. 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Periodo de alumbramiento. 	
VARIABLE DEPENDIENTE Actitud hacia la atención del parto vertical	<ul style="list-style-type: none"> • Negativa 	0 puntos - 13 puntos
	<ul style="list-style-type: none"> • Indiferente 	14 puntos - 27 puntos
	<ul style="list-style-type: none"> • Positiva 	28 puntos - 40 puntos

c) Interrogantes Básicas

1. ¿Cuál es la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical en el C.S Edificadores Misti y C. S Maritza Campos Díaz. Noviembre -2017?
2. ¿Cuál es la diferencia entre el nivel de conocimiento del profesional Obstetra sobre la atención del parto vertical en el C.S Edificadores Misti y C.S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre -2017?
3. ¿Cuál es la diferencia entre la actitud que asume el profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical en el C.S Edificadores Misti y C.S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre -2017?

d) Tipo de Investigación

De campo.

e) Nivel de Investigación

Relacional y Comparativo.

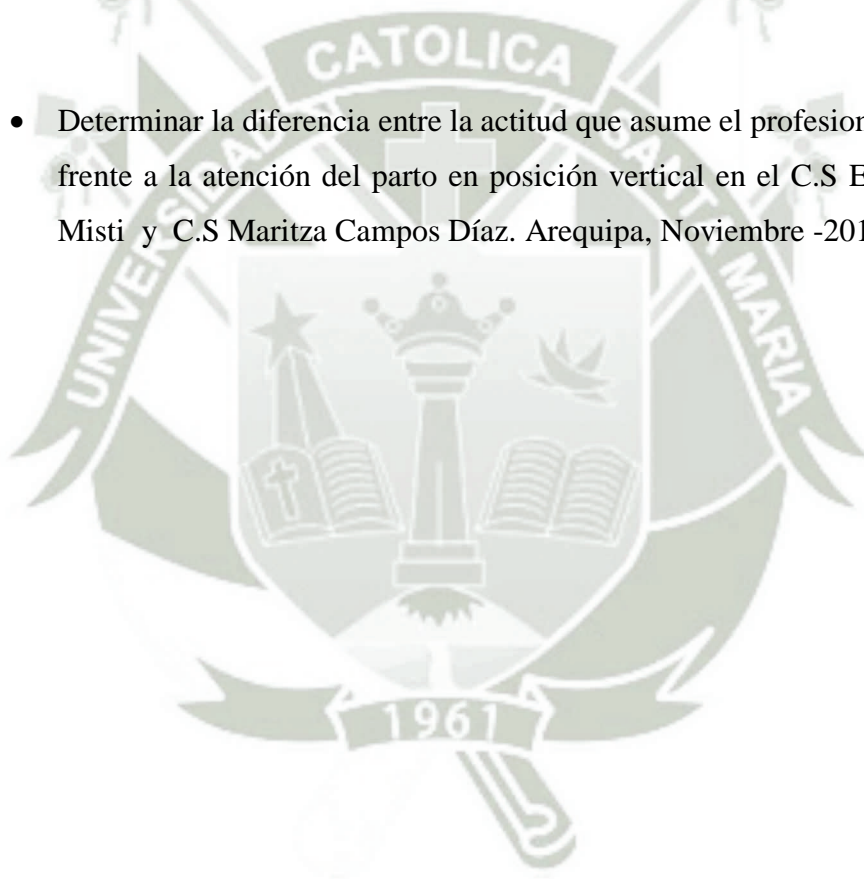
1.3 Justificación del Problema.

- **Relevancia Científica:** El Ministerio de Salud indica que durante el año 2015, más de 64 mil partos institucionales se atendieron en los diversos hospitales y centros materno infantiles de Lima Metropolitana, de los cuales más de 5 mil fueron partos verticales, lo que representa al 7.92% del total, (34) estudios realizados anteriormente indican que los profesionales de salud encargados de atender partos, no tienen un nivel de conocimiento adecuado para manejar un parto vertical, lo cual puede ser traducido en una falta de interculturalidad. (2,18,21)

- **Interés y Motivación Personal:** Lo que se buscó con el presente estudio es informarnos sobre el nivel de conocimiento que poseen las Obstetras que si cuentan con los implementos necesarios para una atención de parto vertical versus las Obstetras que no cuentan con dichos implementos y en base a esto analizar la actitud hacia el parto vertical.
- **La relevancia social:** Es conocido que actualmente en Arequipa, serán cinco los establecimientos de Salud que contarán con las camillas especiales para el parto vertical (33) entre ellos el C.S Maritza Campos Díaz y así progresivamente se implementarán en otros centros de salud, por lo cual se considera importante que las profesionales encargadas de atender a las gestantes en trabajo de parto deben tener los conocimientos necesarios para el manejo y desarrollo normal del parto vertical ofreciendo una atención de calidad acompañada de calidez.
- **Factibilidad:** El presente estudio es factible por la disponibilidad de las unidades de estudio y el interés de ellas sobre este tema.
- **Contribución Académica:** Se considera que se podrá realizar una importante contribución al campo de la salud sexual y reproductiva, por el desarrollo del proyecto en el área de pregrado, cumpliendo con la política de investigación de nuestra facultad y la universidad, en esta etapa tan importante de nuestro desarrollo como futuras Obstetras.

2. OBJETIVOS

- Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical en el C. S Edificadores Misti y C. S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre -2017.
- Identificar la diferencia entre el nivel de conocimiento del profesional Obstetra sobre la atención del parto vertical en el C.S Edificadores Misti y C.S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre -2017.
- Determinar la diferencia entre la actitud que asume el profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical en el C.S Edificadores Misti y C.S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre -2017.



3. MARCO TEÓRICO

3.1 Marco Conceptual.

3.1. Historia del Parto vertical.

Respecto a la información de cómo era el parto en la antigüedad hay escasas referencias, las cuales a través de la antropología u otras fuentes colocan a la mujer en posición vertical a la hora de parir. **(24)**

Las primeras documentaciones del parto vertical se pueden ver representadas en las pinturas rupestres, en la cual se aprecia a la mujer de pie, cuclillas, rodillas o nalgas apoyadas en grandes piedras. Por las pinturas y símbolos de fertilidad que se muestran en esa época parece que las mujeres tenían grandes proporciones por lo que la pelvis sería de tipo ginecoide, adecuada al parto. En estas pinturas no aparece como tal la figura de la matrona o partera, pero se cree que esa figura ha existido desde los primeros miembros de nuestra especie.

Los antropólogos creen que el parto ha sido asistido desde costumbres universales y que pocas veces se realiza sin asistencia; incluso en los primates, las hembras ayudan a otras hembras durante el parto. **(5)**

Durante milenios, y en todas las culturas del mundo, el proceso de dar nueva vida ha sido considerado tan especial y mágico que se encontró protegido por divinidades poderosas tales como Bastet y Tueris en el Antiguo Egipto hasta por santos patronos como Ramón Nonato. Y, desde aquellos días, personas especialmente preparadas para ayudar en ese crucial momento en la vida de toda mujer las han acompañado siempre: las y los Obstetras. **(31)**

Durante los siglos XIII, XIV y XV en Europa las referencias bibliográficas hablan de sillas diseñadas especialmente para el parto. En el siglo XIV los médicos graduados en universidades empezaron a menospreciar a las matronas y sus remedios, y comenzaron marcar distancia del parto vertical ejerciendo autoridad y poder. El siglo XVII se produjo un punto de quiebre para las parteras; ya que la muerte de María de Medecis durante el parto, hizo que la sustituyera Julien Clement del cual se podría decir que fue el primer cirujano partero de la historia y activista principal en la introducción del parto en posición horizontal, buscando

mayor comodidad para el Obstetra y siendo el partero principal de la corte del rey de Francia, escribió un libro sobre los beneficios de la postura horizontal por lo que todo Europa e incluso Estados Unidos adoptó esta nueva posición.

Desde principios del siglo XX a la actualidad se abandonaron el resto de posturas que no sean la de litotomía. La posición horizontal actualmente es la más habitual en nuestro medio por permitir la visualización del periné y actuación del profesional que asiste el parto.

Como se ha visto, en la antigüedad durante el parto la mujer elegía la posición más cómoda permitiendo su movilidad y la posición vertical. Los servicios de atención al parto han cambiado mucho en los últimos años por las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (25)

Una de las prácticas culturales en relación a la atención del parto es la posición que adopta la mujer en el momento de dar a luz. La gran mayoría de mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical, ya sea en cuclillas, sentada, arrodillada, entre otras (parto tradicional). El personal de salud ha sido entrenado para atender el parto en posición horizontal (acostada). Estas dos prácticas totalmente diferentes ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende y las mujeres rurales que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos, poniendo en riesgo la salud y la vida tanto de ella como la del niño/a por nacer en el caso que se presenten complicaciones. (14)

3.1.1.1. Parto vertical en el Perú.

Según el Ministerio de Salud (MINSA) durante el año 2015, más de 64 mil partos institucionales (llevados a cabo dentro de un establecimiento de salud) se atendieron en los diversos hospitales y centros maternos infantiles de Lima Metropolitana, de los cuales más de 5 mil fueron partos verticales, lo que representa al 7.92% del total, según reveló el Ministerio de Salud (MINSA), a través del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS). (34)

Hace más de una década, la OMS (Organización Mundial de la Salud) difunde y promueve el parto vertical, con el fin de brindarle a la mujer la oportunidad de volver a ser la protagonista principal y participar activamente durante el parto.

No existe posibilidad alguna en atender un parto dignamente sin comprender la verdadera naturaleza de este, contrario a lo que se piensa, el parto vertical no es un retroceso, por lo contrario es recuperar la capacidad y la confianza en la sabiduría de la naturaleza y trabajar conjuntamente con los conocimientos y las habilidades adquiridos con el tiempo. No debemos verlo como una amenaza; ya que no es renunciar a la tecnología, sino adjudicarle el lugar que le corresponde. **(18)**

La atención del parto en posición vertical constituye una práctica más natural que la adoptada en los últimos tiempos (parto en posición horizontal). Las culturas milenarias y ancestrales la mantienen y la han desarrollado a pesar de los procesos de globalización que ha implicado cambios donde la atención en salud no ha resultado exenta. Por tanto, su implementación en nuestra red de servicios, fortalece la humanización en la atención, previene las complicaciones en el período de expulsión, minimiza los riesgos perinatales relacionados con el trabajo de parto, reduce los costos hospitalarios en la atención, es pertinente a la cultura de los pueblos y responde a una demanda legítima, que reconoce el derecho a una atención con mayor calidad, calidez, dignidad y humanismo. **(9)**

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

El mencionado proyecto fue trabajado en conjunto por el Ministerio de Salud (MINSA) con Medicus Mundi Navarra, Calandria, Kallpa, Salud Sin Límites Perú y la Red de Salud de Churcampa, entre los años 2005 y 2008, en toda la provincia de Churcampa, por lo que esas instituciones también resultaron ganadoras. (33)

3.1.1.2. Parto vertical y los enfoques que sustentan esta práctica.

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyado uno o dos rodillas, o de cuclillas). Mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido. (14)

Los enfoques que sustentan el Parto Vertical son:

3.1.1.2.1. Los Derechos Humanos:

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

Como usuarios de servicios de salud, se tiene derecho al respeto de la persona, dignidad e intimidad; a la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica; a no ser sometidos/as sin consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes; a no ser objeto de experimentación; a recibir información veraz, oportuna y completa, en términos comprensibles sobre su proceso, etc. (8)

La bienvenida a la vida, la llegada de los y las bebés al mundo, la forma en cómo nacemos de acuerdo a la configuración cultural que modela una sociedad, puede hacer del proceso del alumbramiento un hecho placentero o, por el contrario, traumático y cargado de distintos tipos de violencia. El contexto social que actualmente vivimos expresa desde la cotidianidad, la educación, la salud, la cultura, desde la sociedad misma, un progresivo y triste deterioro en las relaciones humanas respecto a la concepción de lo que significa el alumbramiento. (4)

Este enfoque implica que el Estado brinde las garantías para la igualdad de trato y la no discriminación, impidiendo así toda discriminación y maltrato en la atención de la salud y en lo referente a los factores determinantes básicos de la salud. (8)

Los derechos humanos son garantías jurídicas universales que protegen a individuos y grupos contra acciones que interfieran en sus libertades fundamentales y en la dignidad humana. Los derechos humanos se caracterizan fundamentalmente porque:

- Están avalados por normas internacionales.
- Gozan de protección jurídica.
- Se centran en la dignidad del ser humano.
- Son de obligado cumplimiento para los Estados y los agentes estatales.
- No pueden ignorarse ni abolirse.
- Son interdependientes y están relacionados entre sí, y son universales. (22)

En el documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985 donde se proclaman recomendaciones sobre “Tecnologías de Parto Apropriadadas”, se promueve y exalta la importancia de la mujer como sujeto activo y decisor en la planificación, control, evaluación y realización del parto, el nacimiento y el puerperio y, además, se exhorta a los Estados a redefinir sus instituciones de atención en todo el proceso de concepción, gestación y alumbramiento, para garantizar que dichas tecnologías, en su uso adecuado y oportuno, beneficien el parto con o sin riesgos. (4)

No cabe duda que la aplicación adecuada del conocimiento médico ejerce efecto favorable en términos de la posibilidad de enfermar o morir, lo que ha servido para salvar muchas vidas de madres y recién nacidos que antes morían por no contar con asistencia profesional. Nadie propone abandonar estas contribuciones positivas, sin embargo, los profesionales y las parejas se han hecho conscientes de que existen derechos que no pueden ser mermados con la excusa de mayor control y prevención de complicaciones en los establecimientos de salud, uno de estos derechos es el acompañamiento en el parto . (7)

Una consideración a tomar en cuenta son los motivos por los cuales las mujeres prefieren en muchos casos no asistir a un centro de salud. Ellas refieren que en estos lugares no se reconocen las prácticas locales de salud (uso de la medicina tradicional) y sus profesionales no conocen o no valoran la cultura andina e indígena. (3)

3.1.1.2.2. La Interculturalidad:

Si bien predomina en el país una matriz cultural hispano-occidental en la mayor parte del territorio, existen grupos que mantienen formas de vida y visiones del mundo particulares y diferentes. Estas diferencias se ponen de manifiesto también en el conjunto de prácticas y conocimientos relacionados con la salud, la enfermedad y el bienestar físico y emocional.

Se observan así tensiones culturales entre la "medicina moderna" occidental y la medicina indígena. ¿Cómo abordar estas cuestiones? ¿Es posible conciliar estas prácticas? Lo que suele ocurrir es que se acepta sin más la imposición de la medicina occidental, dejando de lado las prácticas alternativas. Se pierde entonces parte del conocimiento y las tradiciones acumulados durante miles de años. No obstante, junto al creciente reconocimiento de la diversidad de culturas y de los derechos sociales y culturales de los pueblos indígenas, han surgido en los últimos tiempos propuestas de políticas públicas y se han establecido organismos estatales orientados a efectivizar en la práctica el ejercicio de tales derechos.

En el Ministerio de Salud del Perú ya existen instancias encargadas de las políticas y programas de salud de los indígenas, algunas de las cuales han intervenido en la incorporación de la atención del parto en posición vertical "con adecuación cultural". **(16)**

Un estudio realizado por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef), Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) hizo un cálculo, que se producirían 410 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos; es decir en el Perú una mujer fallece cada cuatro horas a consecuencia del embarazo, durante el parto o después de él, debido a que no se acepta la posición del parto vertical como una costumbre típica de ellas (interculturalidad). **(26)**

La interculturalidad debe estar basada en el diálogo y escucha de ambas partes, ya que algunos factores culturales que limitan el acceso a los establecimientos de salud son los servicios no adecuados a sus costumbres, el idioma y el uso de terminologías médicas al momento de explicar las intervenciones que se le realizará durante el parto, la vergüenza que sienten las mujeres de mostrar sus partes íntimas, temor a la episiotomía, el verse solas en un momento tan trascendental en su vida, que no se le permita llevarse la placenta. Concertando y respetando las creencias y particularidades de la gestante se puede llegar a ganar terreno, los aportes que se pueden obtener por parte de la gestante y el entorno, son importantes para la adecuación de la sala de parto y crear nuestra estrategia para abordar adecuadamente a la gestante. **(18)**

El diálogo intercultural pasa por cinco momentos: **(8) (19)**

- a) **Reconocimiento:** Es la acción de reconocer y aceptar a las personas con quienes interactuamos y de nosotros mismos, reconociendo la heterogeneidad.

- b) **Conocimiento:** Facultad de reconocer que somos diferentes y que podemos compartir recíprocamente conocimientos. Es conocer procedencia, necesidades, expectativas, saber quién es la otra persona, qué piensa y qué siente.

- c) **Colaboración:** Desarrollo de hechos y circunstancias donde se verifican mecanismos de colaboración que empiezan a estructurar vínculos de reciprocidad. Al establecer una cultura de reciprocidad espontánea se logra un trabajo con mayor horizontalidad.

- d) **Cooperación:** Acción de establecer formas sistemáticas de cooperación ante un problema común para compartir actividades. Su ejecución permite que las personas establezcan un trabajo conjunto cooperativo, buscando corresponsabilidad en las acciones.

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

El Perú es uno de los países de las Américas con más proporción de población indígena y mayor diversidad étnica. A pesar de que los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas expresan gran parte de la riqueza del patrimonio cultural del Perú, sus comunidades se encuentran en situación desventajosa en relación con los mestizos y con otros grupos más ligados a la cultura dominante. Las profundas desigualdades e inequidades políticas y económicas se manifiestan con particular dureza en aspectos como la situación de salud y las demás condiciones de vida y bienestar.

Los objetivos nacionales de desarrollo y las estrategias de reducción de la pobreza no tienen en cuenta en la práctica la identidad, la cultura y la cosmovisión de los pueblos indígenas, su derecho a la autodeterminación y a controlar sus territorios y

recursos, ni tampoco una concepción integral de la salud. La incidencia de la pobreza es desproporcionadamente mayor entre los grupos indígenas en comparación con los no indígenas, y va acompañada de otros factores adversos, como la discriminación, el analfabetismo, la falta de acceso a los servicios sociales, las violaciones de derechos, los conflictos armados, el narcotráfico y el deterioro ambiental. **(16)**

La adecuación cultural en salud es un proceso por el cual los servicios y actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionados a la salud y enfermedad. En este marco, el servicio deberá disponer de material educativo comunicacional, información verbal, escrita o visual completa, en lenguaje comprensible para usuarias y usuarios, respetuoso de su visión del mundo en la redacción y representación gráfica. **(1)**

3.1.1.2.3. La equidad de Género: enfoque de género.

La no discriminación y la igualdad constituyen principios transversales. Los indicadores de mortalidad materna en el Perú, reflejan la discriminación e inequidad de género. **(8)**

La Equidad de Género en Salud implica eliminar las desigualdades entre mujeres y hombres que son innecesarias, evitables e injustas. El abordaje de género en salud va más allá de la simple diferenciación biológica entre hombres y mujeres, exige reconocer y dar respuestas adecuadas a las necesidades específicas de cada sexo, eliminar las desigualdades de poder y comprender estas diferencias, que promuevan la equidad e inclusión social en todos sus ámbitos de intervención con las personas y en los diversos espacios sociales donde se desenvuelven. **(8)**

Para modificar las inequidades de género que afectan la salud integral y el desarrollo humano de hombres y mujeres, es importante la aplicación del principio de relevancia según el cual deben adoptarse medidas de acción afirmativas, entre ellas: **(8)**

Promover el acceso y la utilización de servicios que aborden problemáticas específicas de mujeres y hombres como grupos diferenciados.

Asignar de manera diferenciada recursos de acuerdo a las necesidades particulares de salud de cada sexo en cada etapa de sus vidas, en cada contexto socioeconómico y exigir aporte financiero en función de la capacidad de pago.

Distribuir justa y equitativa responsabilidades, poder y beneficios entre mujeres y hombres en la atención formal e informal de salud prestada en los hogares, la comunidad y las instituciones del sistema de salud.

Asegurar la participación equitativa de mujeres y hombres en los procesos de diseño, implementación y evaluación de las políticas, programas y servicios de salud

3.1.1.3. Fisiología del parto vertical. (32)

- En la posición vertical el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
- Existe un mejor equilibrio ácido base fetal tanto durante el período de dilatación, como en el expulsivo facilitando la transición feto-neonatal.
- Los miembros inferiores al estar apoyados constituyen un punto de apoyo e indirectamente ayudan al nacimiento del producto de la concepción
- Hay aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm. en sentido ántero posterior y 1 cm. En transversal.
- La posición vertical determina que el ángulo de encaje (“dive angle” para la bibliografía anglosajona) sea menos agudo (más abierto) favoreciendo el encaje y la progresión del feto.
- La acción positiva de las fuerzas de la gravedad también favorecen el encaje y el descenso del feto.
- Se estima que la madre gana entre 30-40 milímetros de Hg. en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Asimismo, la acción

contráctil de la prensa abdominal y las contracciones uterinas favorecidas en esta posición, impulsan al feto hacia la abertura vulvar, como única salida.

- Mayor eficiencia de las contracciones uterinas durante el trabajo de parto y el período expulsivo, que se suceden con menor frecuencia pero con más intensidad, lo que provoca menos intervenciones obstétricas, menor uso de oxitocina y menos riesgo de alteraciones de latidos cardíacos fetales.
- El trabajo de parto en la posición vertical, como resultado de las razones expuestas, se acorta sensiblemente.
- El parto vertical proporciona beneficios psico-afectivos como menos dolor (o ausencia del mismo), sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- Se permite a la mujer una mayor participación en el nacimiento de su hijo, motivándola a pujar en forma más efectiva, al margen de permitir un mayor control de la situación.

Se espera que esta estrategia tenga fuerte impacto en la disminución de la muerte materna en Perú ya que, al permitir que las mujeres andinas y amazónicas tengan condiciones apropiadas en el puesto de salud para alumbrar en forma vertical, el personal médico podrá atender cualquier complicación o emergencia. **(30)**

3.1.1.4. Ventajas del Parto Vertical:

Desde la difusión de la norma técnica para la atención del parto vertical se realizaron estudios clínicos que comparan y confirman las ventajas de la posición vertical sobre la posición horizontal: mejor dinámica uterina, menor duración y dolor del parto, el riesgo de ruptura perineal o de episiotomía se reducen y el parto vertical proporciona beneficios psico-afectivos con mayor participación, libertad y satisfacción de la madre. **(32)**

Otro documento donde se explican las ventajas del parto vertical es el desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Posición Materna y Parto. Resultados Perinatales, es una recopilación bibliográfica

del Médico gineco- Obstetra español Manuel Gallo Vallejo. Ventajas de la posición vertical de la madre en el parto ante otras posiciones. (18)

- a) **Dimensiones de la pelvis:** Durante el embarazo se produce una relajación fisiológica de las articulaciones pélvicas. Las dimensiones de los diámetros anteroposteriores de los estrechos superior e inferior, están influidos por el descenso de la cabeza fetal y los cambios de la posición materna. El diámetro promontopubiano mínimo aumenta 1cm, y en la posición de cuclillas el diámetro anteroposterior del estrecho inferior aumenta 2 cm. Cuando la embarazada pasa de la posición supina a la sentada, el diámetro biespinoso aumenta 7.6mm de promedio. (18) (9)
- b) **Mecanismo de parto fisiológico:** La posición de decúbito supino puede ser perjudicial para el descenso y encajamiento de la presentación fetal, siendo la vertical más fisiológica ya que aumenta el ángulo de conducción y disminuye el ángulo feto pélvico de ingreso. Además las direcciones de la fuerza de gravedad y la fuerza muscular materna es la misma y por lo tanto son sinérgicas (18). Favorece el acomodamiento del feto en su paso a través de la pelvis con el acomodamiento y la presión que ejerce el feto en el cuello del útero aumenta la secreción de oxitocina (Efecto Ferguson – Harris)
- c) **Tiempo de rotura espontánea de membranas intraparto:** La posición vertical materna no altera el momento fisiológico de rotura de membranas ovulares durante el parto, ya que el 78% de las embarazadas normales que se dejan evolucionar espontáneamente, llegan al final de la dilatación con membranas integra.
- La profilaxis de la compresión aorta-cava, consiste en evitar la posición dorsal de la embarazada, colocándose en decúbito lateral, preferible el izquierdo, o mejor aún, en vertical.

- d) **Contractilidad uterina:** En la posición vertical, las contracciones uterinas son de mayor intensidad, igual frecuencia, mejor tono, para dilatar el cérvix, respecto a la posición horizontal.
- e) **Pujos:** La posición más fisiológica para conseguir el mayor beneficio con los esfuerzos de pujo durante el expulsivo es la vertical, sobre todo la sentada.
- f) **Frecuencia cardiaca fetal:** La posición materna no parece tener ningún efecto sobre la frecuencia cardiaca fetal, aunque cuando se produce el “efecto Poseiro” en posición dorsal, pueden aparecer patrones patológicos de la frecuencia cardiaca fetal que desaparece cuando la madre pasa a posición lateral o vertical.
- g) **Evolución del parto:** es más fisiológica en la posición vertical, que en la horizontal.
- h) **Terminación del parto:** Es más natural y espontánea en la posición vertical materna, ya que disminuye las intervenciones obstétricas durante el periodo expulsivo, así como la necesidad de analgesia y/o anestesia materna. Esta última circunstancia repercute favorablemente en la interrelación precoz madre-hijo/a.
- i) **Morbilidad perinatal:** La puntuación del APGAR al minuto 1, 5 y 10 no parece ser diferente en relación con la postura materna durante el parto, aunque hay autores que si encuentran diferencias significativas a favor de la posición vertical. En la posición vertical, el APGAR no estuvo influido por la duración del período expulsivo en partos con pujos espontáneos.
- j) **Aspectos psicológicos:** El punto más importante para la tranquilidad psicológica de la paciente parece ser la posición materna durante el periodo expulsivo. En la posición lateral, la mujer se encuentra menos cohibida y pudorosa que en la de litotomía y lo mismo ocurre con la posición vertical. La posición vertical facilita la participación activa de la madre en el parto, al disminuir la necesidad de analgesia y/o anestesia materna y favorecer los esfuerzos de pujo durante el

periodo expulsivo y además favorece la relación precoz madre-hijo/a hecho de trascendental importancia en el desarrollo posterior del niño/a.

- k) Efectos respiratorios:** No se ejerce presión en los pulmones ya que la matriz desciende debido al peso del útero y lo que contiene. Se produce un aumento de la capacidad respiratoria por lo que también aumenta la oxigenación de la madre y del feto. Como no hay resistencia en los pulmones favorece la tranquilidad y relajación de la madre. **(23)**

3.1.1.5. Desventajas:

La pérdida de sangre es mayor de 500ml, lo cual es subjetivo; la posición vertical mejora el riego sanguíneo al haber menos presión sobre la vena cava y la aorta, permitiendo una mejor irrigación para el útero y la placenta, además se logra mejores contracciones al colocarse en una posición que mantenga una presión sobre el orificio uterino, intensificando de esta manera el reflejo de Ferguson y aumentando así la producción de oxitocina. De esta manera se logra disminuir el tiempo de duración del alumbramiento y por ende del sangrado. **(20)**

La necesidad de soporte para la gestante en el periodo expulsivo sobre todo en la posición en cuclillas ya que algunas mujeres no la pueden soportar por carecer de resistencia muscular: puede pasar en mujeres que viven las metrópolis, debido a que no adoptan esta posición para defecar, siendo todo lo contrario en el ámbito rural; si bien la posición vertical agrega mucha presión sobre la musculatura de la pelvis, se pueden disminuir tales molestias con el usos de banquitos y taburetes diseñados especialmente para este fin **(18)**, incluso muchas Obstetras elaboran o diseñan sus propios banquitos todo estos con el objetivo de disminuir desgarros de la zona perineal, haciendo que la dilatación sea más despacio y simétrico, evitando otra de las desventajas que frecuentemente son mencionadas como la congestión perineal y el edema vulvar. **(18)**

3.1.1.6. Indicaciones y Contraindicaciones parto vertical

a) Indicaciones

- Gestantes sin complicaciones Obstétricas.
- Feto en presentación cefálica.
- Que no exista incompatibilidad entre el feto y la pelvis materna.

b) Contraindicaciones

Las contraindicaciones para la atención del parto natural son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación de cesárea, entre ellas las más frecuentes son: (9)

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocia de cordón.
- Distocias de contracción
- Macrosomía fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del III trimestre (placenta previa ó desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia severa, eclampsia.
- Antecedente de parto complicado.

3.1.1.7. Atención por periodos del parto vertical.

a) Primer Periodo: Dilatación (10)

a.1) Recepción y presentación a la gestante del equipo profesional de la salud encargado de la atención. Explicar a la gestante sobre los profesionales de la salud que atenderán su parto y familiar preparado que la acompañe según costumbres y cultura de la zona.

a.2) Elaborar el partograma de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de los 4 cm de dilatación.

a.3) Antes de que el acompañante ingrese a centro obstétrico/sala de parto, deberá lavarse las manos para apoyar en todo el proceso del trabajo de parto, que incluye atenciones a la madre y al/la recién nacido/a de acuerdo a sus respectivas costumbres. **(10)**

a.4) Invitar a la gestante a que se realice el aseo perineal con agua tibia o fría; explicándole la importancia de la disminución de infecciones, y que lo puede hacer reiteradamente de acuerdo a la necesidad y costumbres de cada zona durante el proceso del trabajo de parto. **(10)**

a.5) Ser respetuoso del uso de ropa según costumbres de la zona sin embargo se puede ofrecer a la gestante y al acompañante ropa adaptada para este tipo de atención que dispone el establecimiento de salud. **(10)**

a.6) Asegurar el acompañamiento de una persona relacionada afectivamente con la gestante, esto será sumamente importante, ya que establece un vínculo de apoyo tanto físico y psicológico, aumenta la seguridad, confianza de la gestante, disminuye las alteraciones en el trabajo de parto, disminuye el tiempo de duración del trabajo de parto, evita la ansiedad materna en todos los periodos del parto, neutraliza la adrenalina y favorece la producción de la oxitocina incrementando las contracciones uterinas. **(13)**

a.7) Brindar terapias alternativas para el manejo del dolor del trabajo de parto, con apoyo emocional del acompañante elegido por la gestante, respetando el derecho de libertad de expresión y de libre tránsito (de acuerdo a las pautas de la institución), respetando sus costumbres. **(11)**

a.8) Aplicar las técnicas de psicoprofilaxis para el manejo del dolor del parto. **(6)**

a.9) Se debe permitir que la gestante ingiera alimentos y líquidos tibios azucarados que tengan alto contenido calórico, también infusiones que favorezcan el trabajo de parto de acuerdo a sus costumbres.

a.10) Cumplir las normas de asepsia conforme a las normas de bioseguridad.

a.11) De ser necesario canalizar vía segura con solución salina CINA al 9%. con un catéter N°18 corto dentro de una vena periférica

a.12) Registrar el progreso del trabajo de parto haciendo uso de la historia clínica y el partograma según las recomendaciones de la OMS.

a.13) Limitar el tacto vaginal a ocasiones en que la gestante tiene deseo de pujar o si se observa pérdida de líquido amniótico, la OMS sugiere cuatro tactos como máximo durante este periodo.

a.14) Tratarla con respeto y gentileza. Este procedimiento debe ser dialogado y negociado con los familiares, principalmente con la pareja, de preferencia en las visitas prenatales. Toda la información debe ser dada en el idioma materno de la paciente y de los familiares. **(9)**

a.15) No realizar rotura artificial de membrana sin que se observe alguna presunción de sufrimiento fetal.

a.16) No realizar procedimientos de rutina, como el rasurado púbico, la posición litotomía durante el periodo expulsivo, episiotomía, colocación de enema, el pujo forzado sin dilación completa, la restricción de los alimentos y líquidos durante el trabajo de parto, entre otras.

a.17) Identificar signos de peligro del trabajo de parto y realizar el tratamiento según patología; si no es posible, diagnosticar, estabilizar y referir (DER) a la gestante conforme a las “Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva”. En este proceso la parturienta debe estar acompañada del personal médico u Obstetra y su acompañante (potencial donante de sangre), llevando consigo la hoja de referencia, carné perinatal, Documento Nacional

de Identidad, ficha del Seguro Integral de Salud, partograma (copia) e Historia Clínica Perinatal Base (HCPB). (10)

a.18) El progreso del trabajo de parto debe evaluarse de acuerdo a: Descenso fetal, dilatación (la dilatación debe de ser en fase activa de 1 cm por hora) frecuencia cardiaca fetal, estado de las membranas y características del líquido amniótico. En caso de alteración de alguno de estos parámetros debe referirse a un servicio de mayor resolución. (9)

a.19) Diagnosticar la dilatación completa y trasladar a la gestante a sala de parto, para su atención con el acompañante elegido. (10)

b) Segundo Periodo: Expulsivo. Cuando la gestante siente las ganas de pujar se debe asumir la posición elegida previamente, las cuales pueden ser:

b.1) Posición de cuclillas: (10)

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

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

b.2) Posición de Rodillas (10)

El profesional de la salud que atiende el parto se ubicará delante o detrás de la gestante para así proteger el periné en todo momento y evitar que se desgarre. Posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.

El acompañante puede estar al frente o detrás de la paciente, dicha persona deberá abrazar a la gestante por la región del tórax permitiendo a la usuaria apoyarse en los muslos del acompañante.

b.3) Posición Sentada (15)

- El profesional de la salud que atiende el parto se colocará delante de la gestante y realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo adoptando una posición cómoda que le permita proteger el periné y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- El acompañante debe estar sentado en una silla o en la camilla con las piernas separadas abrazando a la gestante por la región del tórax, permitiendo a la gestante apoyarse en los muslos o sujetarse del cuello del acompañante. En esta posición la gestante se encontrará sentada en una silla de partos al mismo nivel en el que se encuentra el acompañante.
- La gestante en trabajo de parto en posición semisentada se apoyará en el acompañante. Esta posición relaja y permite que aumenten los diámetros de la pelvis.

b.4) Posición Parada o Sostenida de una Soga (10)

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

b.5) Posición en Cuatro Puntos (pies, rodillas y manos). (10) (9)

Es preferida por algunas mujeres, especialmente por las que experimentan dolor en la parte baja de la espalda.

- El profesional de la salud que atiende el parto se colocará detrás de la gestante cuidando el periné para evitar los desgarros, realizará los procedimientos obstétricos del periodo expulsivo y posteriormente se adecuará para realizar el alumbramiento dirigido.
- Algunas gestantes prefieren arrodillarse sobre una colchoneta, apoyarse hacia delante en su acompañante o en la cama. Probablemente en el momento del parto adoptará una posición más reclinada con el fin de facilitar el control del parto, la recepción del bebé se realiza por detrás de la mujer.
- El profesional de la salud que atiende el parto vertical deberá instruir a la parturienta en trabajo de parto para que realice la respiración jadeante, relajar el cuerpo y respirar por la boca; y en el momento del pujo, hacerlo con la boca cerrada, para incrementar la fuerza de los músculos del abdomen.

Una vez elegida la posición del parto se procederá a verificar los materiales y medicamentos básicos necesarios para la atención de la gestante y recién nacido; campos sobre los cuales nacerá el bebé, paquete de ropa de parto vertical y equipo de parto, verificar proceso de esterilización.

Acondicionar la sala de partos de acuerdo a las costumbres de casa zona, cerrar las ventanas y puertas, acondicionar la temperatura en concordancia con cada región, se debe considerar una soga colgada de una viga, camilla o banco adecuado para el parto vertical.

Se colocará el instrumental estéril y materiales necesarios en una mesita de mayo acondicionada para éste propósito. (10) (9)

c) Tercer Periodo: Alumbramiento. (10)

El periodo expulsivo termina con el nacimiento del bebé; por lo cual procede el periodo del alumbramiento el cual se debe atenderse en posición horizontal debido al aumento del sangrado vaginal.

c.1) Después de un parto vertical, dependiendo en la posición en que se encuentre la parturienta, solicite que se acueste en la camilla o colchoneta o que se recline sobre el acompañante para realizar el manejo activo del alumbramiento.

c.2) Asegurar que la vejiga esté vacía.

c.3) El profesional de la salud que atiende el parto solicita al personal de apoyo. Dentro del primer minuto después del nacimiento, administrar una ampolla de 10 UI de oxitocina Intra Muscular (IM), previamente se debe descartar la presencia de un segundo feto.

c.4) Permitir que la parturienta reciba algún mate caliente según sus costumbres o preferencias, bajo la supervisión de la Obstetra.

c.5) La parturienta en este periodo se encuentra recostada con él/la recién nacido/a en el vientre materno sin pinzar el cordón umbilical, esperar que deje de latir los vasos sanguíneos de la placenta y pinzar.

c.6) Verificar el eje del útero con el eje de la vagina, estabilizar el útero, colocar firmemente la mano sobre la cara anterior del útero y realizar la contracción para evitar la inversión uterina.

c.7) Con la otra mano, mantener una tracción firme, controlada y sostenida del cordón umbilical, este procedimiento se ejecuta cuando el útero se encuentra contraído (maniobra de Brandt Andrews).

c.8) Verificar cuidadosamente si existe signos de desprendimiento de la placenta (signo de Kushner y Ahlfeld).

c.9) Permitir el uso de técnicas que faciliten la expulsión de la placenta según las costumbres y creencias, (soplar una botella, pinzar el cordón o amarrarlo al pie o pierna de la mujer para evitar que se introduzca de nuevo).

c.10) Al ser expulsada la placenta, las membranas pueden desgarrarse sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas se expulsen lentamente (maniobra de Dublín).

- c.11)** Expulsada la placenta, inmediatamente se debe realizar la compresión bimanual externa (CBE) en forma continua, por un tiempo aproximado de tres a cinco minutos.
- c.12)** Revisar el canal del parto, de haber algún desgarro de las partes blandas manejar según Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva del Ministerio de Salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA.
- c.13)** Examinar la placenta minuciosamente, para comprobar la integridad del cordón y las membranas. De igual manera se deberá verificar que los cotiledones estén completos.
- c.14)** Reparar si hubo desgarro o episiotomía (excepcional), considerando las medidas de bioseguridad y prevención de infecciones intrahospitalarias.
- c.15)** Registre la cuantificación de la pérdida sanguínea en ml. y los datos del control de signos vitales. En caso de una emergencia, canalizar otra vía segura y manejar de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según Nivel de Capacidad Resolutiva del Ministerio de Salud.
- c.16)** Instruir a la puérpera para el masaje uterino externo y control de sangrado vaginal
- c.17)** El personal de la salud debe preguntar a los familiares si desean llevar la placenta, respetando el destino final de la misma de acuerdo a sus costumbres; salvo situaciones en que la placenta constituya un factor de riesgo de infección (VIH-Sida, infecciones de transmisión sexual u otras).
- c.18)** Luego de la atención del parto, antes de quitarse los guantes, eliminar los materiales de desecho o contaminados colocando en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa de plástico de color rojo (residuo sólido biocontaminado); asimismo, los materiales quirúrgicos utilizados en la atención del parto, se depositarán en un contenedor de plástico para el proceso de descontaminación con detergente enzimático, luego realizar la limpieza, el enjuague, secado, preparación y empaque de los materiales para su esterilización en el autoclave o calor húmedo; utilizar o almacenar de acuerdo a lo establecido en el Documento Técnico: Manual de Desinfección y

Esterilización Hospitalaria aprobado por Resolución Ministerial N° 1470-2002-SA/DM.

c.19) Anotar en el libro de atención de parto los datos de la gestante: diagnóstico de ingreso, antecedentes de la madre, tipo de parto, tipo de alumbramiento, desprendimiento de placenta, cordón umbilical, cantidad de sangrado, datos de la recién nacido/a, APGAR, personal de la salud que atendió y supervisó el parto, diagnóstico de egreso, acompañamiento, certificado de nacido/a vivo/a on line y observaciones.

3.1.1 Conocimiento.

Los conocimientos, constituyen la adecuada modelación de los objetos y fenómenos reales en la conciencia humana, representan la adquisición de datos verificables acerca de los fenómenos y procesos tanto de la naturaleza, la sociedad como del pensamiento, es decir implican la posición de información comprobada sobre el mundo exterior.(35)

Para Andreu y Sieber (2000), lo fundamental son básicamente tres características:(36)

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.(36)
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consume” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.(36)

- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).(36)

3.1.2 Actitud.

Es una predisposición aprendida a responder favorable o desfavorablemente con respecto a una situación, objeto, o ser vivo, cabe destacar que Allport quien la describía como un estado mental y neural de preparación para la respuesta, organizado a través de la experiencia y que ejerce una influencia direccional y/o dinámica sobre la conducta del individuo hacia todos los objetos y situaciones con que se relaciona. (34)

Las actitudes no son innatas, sino que se forman a lo largo de la vida. Éstas no son directamente observables, así que han de ser inferidas a partir de la conducta verbal o no verbal del sujeto. Esta medición indirecta se realiza por medio de unas escalas en las que partiendo de una serie de afirmaciones, proposiciones o juicios, sobre los que los individuos manifiestan su opinión, se deducen o infieren las actitudes. Las escalas son una serie de ítems o frases que han sido cuidadosamente seleccionados, de forma que constituyan un criterio válido, fiable y preciso para medir de alguna forma los fenómenos sociales. En nuestro caso, este fenómeno será una actitud cuya intensidad queremos medir. Dentro de las escalas, una de las más usadas es la escala de Likert, que es una escala aditiva la cual está constituida por una serie de ítems ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El interrogado señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem. (35)

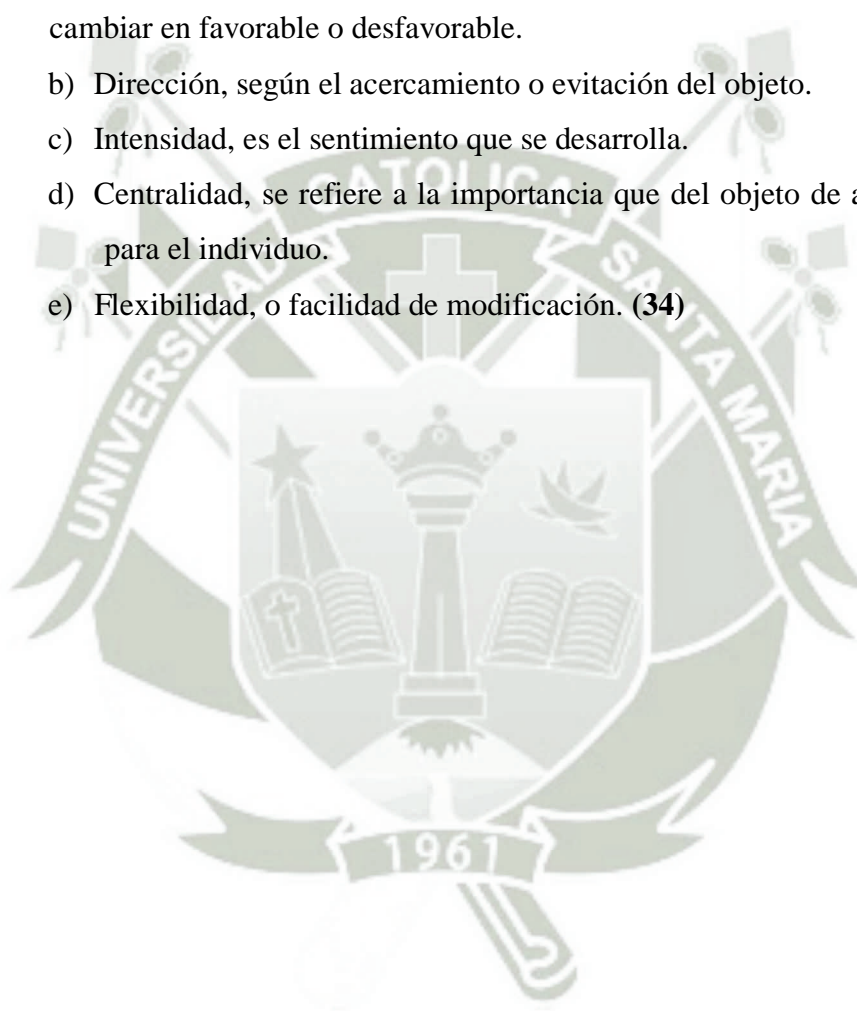
Entonces la actitud se puede describir con estas características comunes:
(34)

- a) Es una predisposición a actuar.
- b) Es aprendida.

- c) Dirigida hacia un objeto, persona o situación.
- d) Incluye dimensiones cognitivas, afectivas y eventualmente conductuales.
- e) Todo ella está organizado estructuralmente de forma que el cambio en uno de los componentes cambia los demás.

También las actitudes tienen una serie de propiedades.

- a) Valencia, lo cual indica que los componentes de las actitudes pueden cambiar en favorable o desfavorable.
- b) Dirección, según el acercamiento o evitación del objeto.
- c) Intensidad, es el sentimiento que se desarrolla.
- d) Centralidad, se refiere a la importancia que del objeto de actitud tiene para el individuo.
- e) Flexibilidad, o facilidad de modificación. **(34)**



3.2 Análisis de Antecedentes Investigativos:

a) Autora: Oros Montoya, Claudia Milena (18)

Título: “Relación entre nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra en la atención del parto en posición vertical del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Diciembre - 2016.”

Fuente: Universidad Católica de Santa María; Facultad de Obstetricia y Puericultura

Resumen: La investigación fue de campo, descriptivo relacional el instrumento utilizado consto de dos partes la primera para determinar el nivel de conocimientos el cual fue validado bajo el Coeficiente de Kuder – Richardson obteniendo un coeficiente de correlación magnitud de 0.60 el cual es considerado “Sustancial”, en la segunda parte del instrumento se analizó o la actitud para ello se utilizó una escala de calificación la cual fue validada con un alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.8, valor suficiente para garantizar la consistencia interna de la escala.

Conclusiones:

El nivel de conocimiento del profesional de obstetricia frente a la atención del parto vertical en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es Bajo.

La actitud que asume el profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza es Indiferente.

No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

Según los resultados obtenidos, entre la relación del nivel de conocimiento y actitud del profesional obstetra del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, la hipótesis fue refutada.

b) **Autora:** Marlin Guilsania Cortez Zelada (2)

Título : Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical.

Fuente : Tesis de pregrado - Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2013.

Resumen: La presente investigación fue descriptivo, correlacional, cuantitativo de corte transversal, el objetivo principal fue: Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal, en cuanto a los conocimientos del parto en posición vertical el grupo de los profesionales que presentaron un nivel de conocimiento medio fue el 93.4%, el grupo de profesionales con un nivel de conocimientos bajo fue el 3.9% y el grupo de profesionales con un nivel de conocimiento alto fue el 2.7%; la actitud que tienen los profesionales encuestados sobre la atención del parto en posición vertical fue que el 70% de ellos tienen una actitud de indiferencia, el 15.6% tiene una actitud negativa y el 14.4% tiene una actitud positiva.

Conclusiones:

El nivel de conocimiento que tienen los profesionales encuestados, fue que en un mayor porcentaje presentaron un nivel de conocimiento medio que representa el 93.4%, el 3.9% de los encuestados tienen un nivel de conocimiento bajo y el 2.7% tienen un nivel de conocimientos alto frente a la atención del parto vertical.

Las actitudes que tomaron los encuestados frente a la atención de parto vertical fue una actitud de indiferencia en la mayoría de los profesionales.

Existe relación entre el nivel de conocimiento bajo 57.1% y una actitud de indiferencia frente a la atención del parto vertical por parte de los profesionales que laboran en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

No se encontró diferencia significativa en la actitud hacia la atención del parto vertical entre los profesionales de salud Obstetras, Médico Gineco - Obstetras y médicos Residentes de la especialidad en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

c) **Autora:** Lyliana Rodríguez Honorio (21)

Título : Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Año 2015.

Fuente : Tesis de pregrado - Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015.

Resumen: El presente fue un estudio observacional con diseño descriptivo, de corte transversal. La población estuvo conformada por los internos de obstetricia, para la fase cuantitativa estuvo conformado por 74 internos y para la fase cualitativa 6 internos de diferentes sedes, el objetivo fue: Determinar los conocimientos y las actitudes sobre el parto vertical en internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Año 2015, según los resultados el nivel de conocimiento sobre parto vertical: fue medio en el 37.8%, bajo en el 31.1% y alto en el 31.1%.

Conclusiones:

El nivel de conocimiento sobre el parto vertical en las mayoría de internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2015 fue “Medio” (37.8%) y las actitudes fueron “favorables” en el 65.7%.

Los conocimientos sobre el parto vertical fueron diferentes en grupos proporcionales, puesto que en el 37.8% de los internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos tuvieron un conocimiento “medio”, el 31.1% conocimiento “alto” y el otro 31.1% “Bajo”.

Las actitudes frente al parto vertical fueron “favorables” en el 65.7% de los Internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, debido a que la mayoría tuvo una percepción “desfavorable” (86.7%) sobre el parto vertical, una opinión “favorable” (73%) sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical, una actitud “favorable” (71.6%) sobre el respeto a la elección del parto vertical, y una percepción “favorable” (60.8%) sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical.

3. HIPOTESIS.

Dado que el Ministerio de Salud actualizó la norma técnica para la atención del parto vertical y por lo tanto se considera que la difusión, capacitación y el conocimiento son condiciones necesarias para brindar una atención enfocada al respeto de los derechos y pluriculturalidad de las mujeres gestantes de nuestro país.

Es probable que exista una relación significativa entre el conocimiento y profesional Obstetra las Actitudes hacia la atención del parto vertical por parte del del C.S. Edificadores Misti y C. S. Maritza Campos Díaz.





II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnica, Instrumentos y Materiales de Verificación

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

1.2 Instrumentos: El instrumento es documental: encuesta, ver Cuestionario escrito (Anexo 2) se divide en tres partes.

Primero: Consiste en la recolección de los datos generales de la población en estudio.

Segundo: La segunda parte del instrumento sirvió para recabar información con respecto al nivel de conocimiento, fue validado y realizado en base al diseñado anteriormente por Rodríguez Honorio para el estudio de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Mayor de San Marcos (21), el cual se aplicó a 10 profesionales de Obstetricia de los diferentes establecimientos de salud de Arequipa, no realizaron ninguna observación al instrumento, según el Coeficiente de Kuder – Richardson cuenta con 0,8, por lo tanto es sustentable en su escala de medida. Sobre la calificación de los conocimientos del parto vertical, se formularon catorce preguntas, con tipo de respuestas dicotómicas, donde la correcta conseguía un punto y la respuesta incorrecta una puntuación de cero, se permitió clasificar el conocimiento en alto, medio y bajo (Anexo 4), esta variable fue analizada de manera cuantitativa, los ítems se calcularon mediante medidas de dispersión (X) y tendencia central (DS), utilizando el programa Excel 2013.

Tercero: Enfocado a recoger información con respecto a la actitud de la población en estudio con respecto al parto vertical, para lo cual se utilizó el Test tipo Likert modificado para medir las actitudes, diseñado por Cortez Zelada para su estudio Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del Instituto Nacional Materno Perinatal -Año 2013 (2), este instrumento fue validado mediante el estadístico alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.8, valor suficiente para garantizar la consistencia interna de la escala, la

calificación va de 0 a 4 en las premisas Nro 1, 2,3,4,5,6,9,y 10, invirtiéndose la escala para las preguntas Nro. 7 y 8

Variable	Indicadores.	Técnica	Instrumento
Independiente Conocimiento	<ul style="list-style-type: none"> -Indicaciones del parto vertical. -Contraindicaciones del parto vertical. Posiciones del parto vertical. -Ventajas del parto vertical. -Desventajas del parto vertical. 	Encuesta	Cuestionario escrito
Dependiente Actitud.	<ul style="list-style-type: none"> -Negativa. -Indiferente. -Positiva. 	Encuesta.	Cuestionario escrito

2. Campo de Verificación

2.1 Ubicación espacial

2.1.1 Precisión del Lugar:

La investigación se ubicó geográficamente en dos Establecimientos de Salud:

- **Centro de Salud Maritza Campos Díaz**
 - **País:** Perú
 - **Región:** Arequipa
 - **Provincia Distrito:** Cerro Colorado
 - **Ámbito específico:** Esquina de la calle Yaraví con la calle Marañón s/n.

- **Centro de Salud Edificadores Misti**
- **País:** Perú
- **Región:** Arequipa
- **Provincia Distrito:** Miraflores,
- **Ámbito específico:** Calle Ricardo Palma 307-309

2.1.2 Características del Lugar:

El C. S. Maritza Campos Díaz corresponde al ámbito institucional del Gobierno Regional de Arequipa, pertenecen a la Gerencia Regional de Salud, actualmente cabeza de Microred y recibe referencias de sus respectivos Puestos de Salud, brindan los servicios de consultorio externo por especialidades su nivel de atención es I-4 por lo que atienden las 24 hrs de Lunes a Domingo.

C.S Edificadores Misti corresponde al ámbito institucional del Gobierno Regional de Arequipa, pertenecen a la Gerencia Regional de Salud, también es cabeza de Microred y recibe referencias de sus respectivos Puestos de Salud, brindan los servicios de consultorio externo por especialidades su nivel de atención es I-4 por lo que atienden las 24 hrs de Lunes a Domingo.

2.1.3 Delimitación Gráfica del Lugar: (Anexo 5)

2.2 Ubicación Temporal

2.2.1 **Cronología:** Noviembre - 2017.

2.2.2 **Vision Temporal:** Prospectivo.

2.2.3 **Corte Temporal:** Transversal.

2.3 **Unidades de estudio:** Obstetras

2.3.1 **Universo:** Veintidós

2.3.1.1 **Cualitativo**

Criterios de Inclusión:

Obstetras que realizan la labor asistencial en el área de Obstetricia de los centro de salud Maritza Campos Díaz y Edificadores Misti.

Criterios de Exclusión:

Obstetras que no acepten a participar voluntariamente en el estudio.

Obstetras que se encuentren de vacaciones o que se encuentren con permiso de la Institución.

2.3.1.2 Cuantitativo

Población

Las unidades de estudio para esta investigación fueron los 22 Obstetras que laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz y en el Centro de Salud Edificadores Misti de la Provincia y Región Arequipa, los mismos que corresponden al 100% de la población.

Establecimiento de Salud	Cantidad de Obstetras
Centro de Salud Edificadores Misti	8
Centro de Salud Maritza Campos Díaz	14

3. Estrategia de Recolección de Datos.

3.1 Organización:

- Se solicitó la Autorización respectiva a las jefaturas correspondientes de la Gerencia de Salud y los Centros de Salud. **(Anexo 5)**
- Se procedió a aplicar el instrumento, la recolección de datos previa lectura y firma del consentimiento informado. **(Anexo 1)**

3.2 Recursos

3.2.1 Humanos:

Bachilleres: María Alejandra Huvidia Rendón.
 Tiffani Ambert Molinedo Chillitupa.
Asesora: Mgter. Rosario Medina Luque

3.3 Físicos:

- Infraestructura del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- Infraestructura del Centro de Salud Edificadores Misti.
- Materiales de escritorio.
- Computadora.
- Impresora.

3.3.1 Económicos: Autofinanciado.

3.4 Consideraciones éticas:

- Se le explicó al profesional de Obstetricia la naturaleza de la investigación.
- Se realizó el cuestionario por consentimiento voluntario del sujeto de estudio.
- Se respetó el anonimato del profesional de Obstetricia.
- Se respetó la respuesta del profesional de Obstetricia.

4. Estrategia para Manejar los Resultados

4.1 Plan de Procesamiento.

4.1.1 Tipo de procesamiento:

Los datos fueron tabulados mediante un conteo de respuestas en cuadros estadísticos con la ayuda del software estadístico SPSS 22.0.

4.1.2 Plan de Operaciones:

El presente trabajo de investigación se ejecutó con matrices de Clasificación utilizando codificación; el recuento fue electrónico. La tabulación se realizó una vez obtenida la totalidad de los datos. Mediante tablas. Las gráficas se eligieron

según las tablas. La relación entre variables y la comparación entre las muestras en estudio se evaluó mediante la prueba de chi cuadrado (χ^2) y se determinó la relación estadística de las variables, la diferencia entre el nivel de conocimientos y la actitud mostrada los cuales están en un cuadro de contingencia (el cruce de dos variables) obtenido con datos de una muestra.

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

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

4.2 Plan de análisis de datos

4.2.1 Tipo de análisis:

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



TABLA N°. 1

Centro de salud en el que labora el profesional obstetra en estudio.

Noviembre - 2017

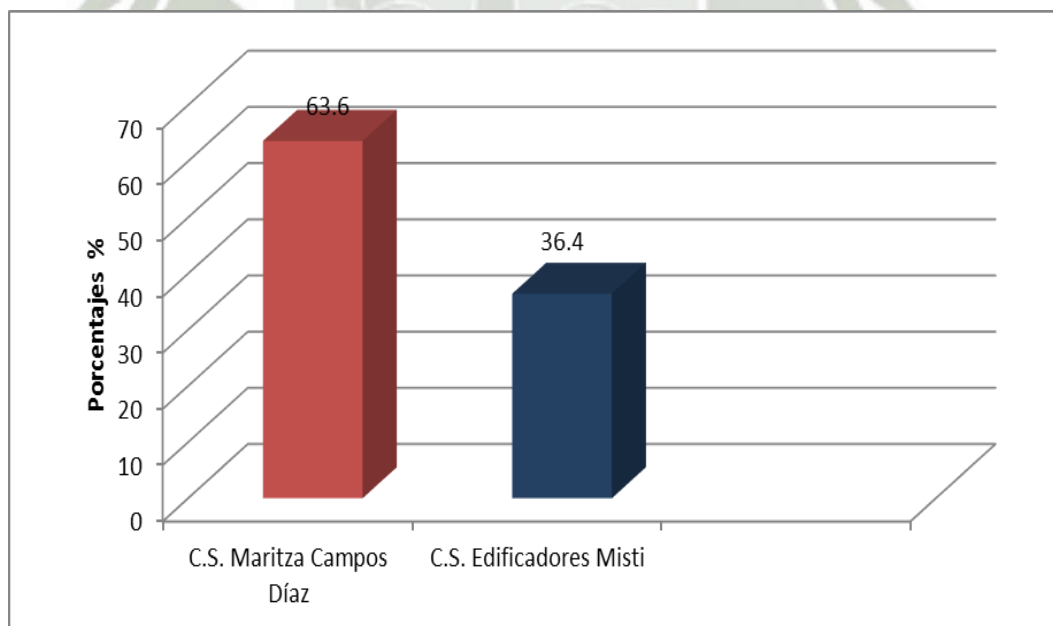
Centro De Salud	N°.	%
C.S. Maritza Campos Díaz	14	63.6
C.S. Edificadores Misti	8	36.4
Total	22	100.0

Fuente: Matriz de datos

La Tabla N°. 1 muestra que el 63.6% de los profesionales obstetra labora en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz y sólo un 36.4% en el Centro de salud Edificadores Misti.

GRÁFICO N°. 1

Centro de salud en el que labora el profesional obstetra en estudio.



Fuente: Matriz de datos

TABLA N°. 2

Características sociodemográficas de los Obstetras que laboran en los Centros de Salud Maritza Campos Díaz y Edificadores Misti. Noviembre - 2017

Características sociodemográficas		Centro de Salud			
		Maritza Campos Díaz		Edificadores Misti	
		N°	%	N°	%
Edad	31-40 años	2	14.3	0	0.0
	41-50 años	6	42.9	5	62.5
	51-60 años	6	42.9	3	37.5
Total		14	100	8	100
Sexo	Femenino	14	100.0	7	87.5
	Masculino	0	0.0	1	12.5
Total		14	100	8	100
Situación laboral	Nombrada	10	71.4	8	100.0
	Contratada	4	28.6	0	0.0
Total		14	100	8	100

Fuente: Matriz de datos

La Tabla N°. 2 Las características sociodemográficas en el C.S Maritza Campos Díaz, un 42.9% de las edades de las profesionales obstetras fluctúa entre 41 a 50 años de edad de igual manera en las obstetras entre 51 a 60 años, el 100% son de sexo femenino y en cuanto a la situación laboral el 71.4% son nombradas.

Las características sociodemográficas C.S Edificadores Misti, el 62.5% de los profesionales obstetra sus edades oscilan entre 41 a 50 años, siendo un 87.5% de sexo femenino y el 100% de los obstetras de dicho establecimiento se encuentran nombrados.

TABLA N° 3

Nivel de conocimientos de la atención del parto vertical en el profesional obstetra que labora en el C.S. Maritza Campos Díaz. Noviembre - 2017

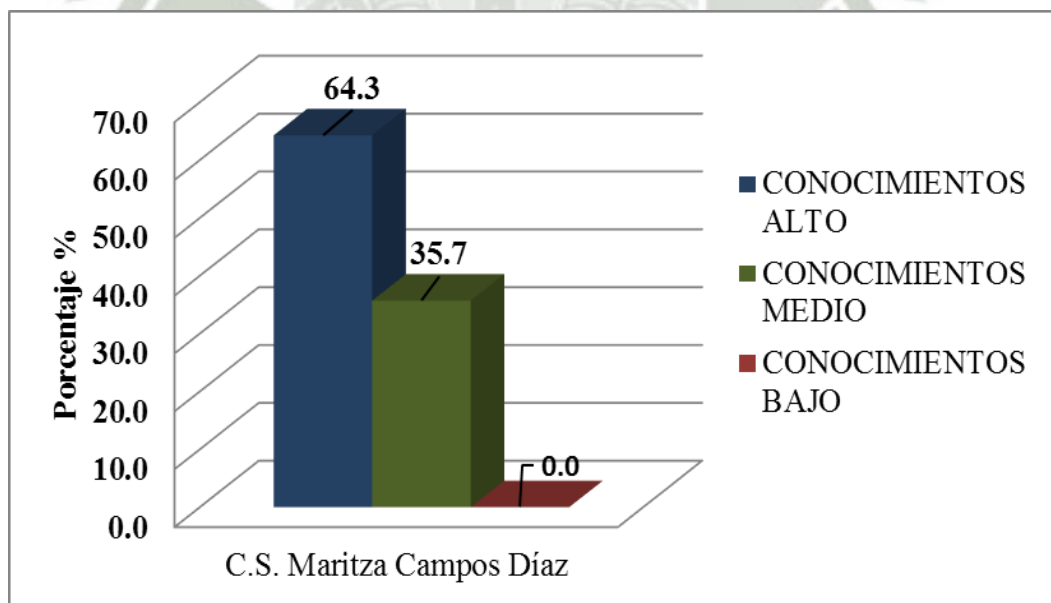
C.S. Maritza Campos Díaz	Conocimientos						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
	9	64.3	5	35.7	0	0.0	14	100.0
TOTAL	9	64.3	5	35.7	0	0.0	14	100.0

Fuente: Matriz de datos

La tabla N° 3 muestra que el 64.3% de los profesionales cuenta con un nivel de conocimientos alto y 35.7% con nivel de conocimientos medio sobre la atención del parto vertical con adecuación intercultural.

GRÁFICO N° 2

Nivel de conocimientos de la atención del parto vertical en el profesional obstetra que labora en el C.S. Maritza Campos Díaz



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 4

Nivel de conocimientos de la atención del parto vertical por ítems en el profesional obstetra que labora en el C.S. Maritza Campos Díaz. Noviembre - 2017

Conocimiento						
Ítems	Correctas		Incorrectas		Total	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%
1	0	0.0	14	100.0	14	100.0
2	10	71.4	4	28.6	14	100.0
3	12	85.7	2	14.3	14	100.0
4	13	92.9	1	7.1	14	100.0
5	14	100.0	0	0.0	14	100.0
6	14	100.0	0	0.0	14	100.0
7	9	64.3	5	35.7	14	100.0
8	6	42.9	8	57.1	14	100.0
9	7	50.0	7	50.0	14	100.0
10	10	71.4	4	28.6	14	100.0
11	6	42.9	8	57.1	14	100.0
12	14	100.0	0	0.0	14	100.0
13	10	71.4	4	28.6	14	100.0
14	13	92.9	1	7.1	14	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 4 se puede observar que el 100% de obstetras que laboran en el centro de salud Maritza Campos Díaz contestó erróneamente a la pregunta Nro. 1 la cual hace referencia al año de publicación de la actual norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, siendo la pregunta nro. 11 la segunda en la que más se equivocaron, la cual hace referencia a las desventajas de la atención del parto vertical.

TABLA N° 5

Nivel de conocimientos de la atención del parto vertical en el profesional obstetra que labora en el C.S. Edificadores Misti. Noviembre - 2017

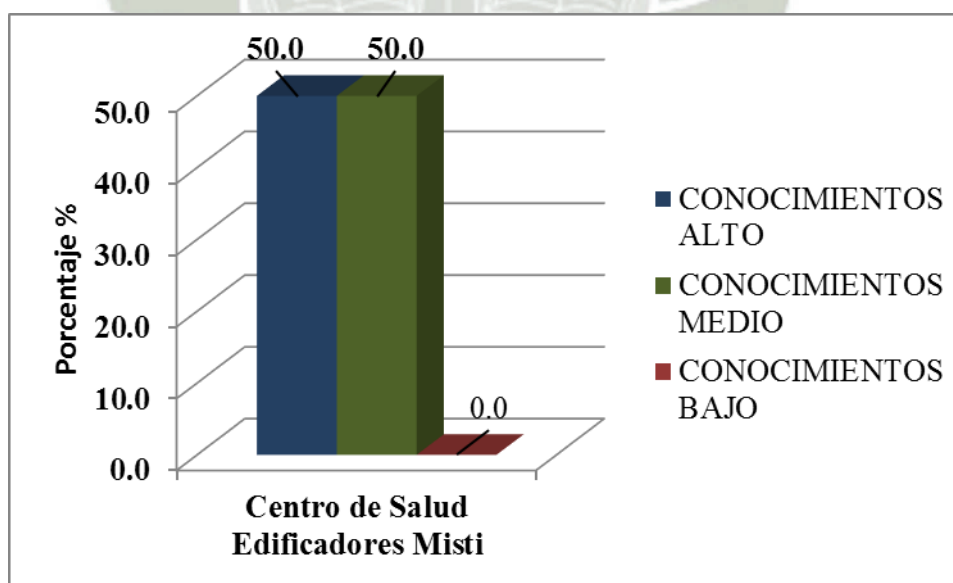
Centro de salud Edificadores Misti	Conocimientos						Total	
	Alto		Medio		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	4	50.0	4	50.0	0	0.0	8	100.0
Total	4	50.0	4	50.0	0	0.0	8	100.0

Fuente: Matriz de datos

La tabla N° 5 muestra que el 50.0% de los profesionales cuenta con un nivel de conocimientos alto, al igual que los que presentan un nivel de conocimientos medio sobre la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.

GRÁFICO N° 3

Nivel de conocimientos de la atención del parto vertical en el profesional obstetra que labora en el C.S. Edificadores Misti



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 6

**Nivel de conocimientos de la atención del parto vertical por ítems en el profesional obstetra que labora en el C.S. Edificadores Misti.
Noviembre - 2017**

Conocimiento						
Ítems	Correctas		Incorrectas		Total	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%
1	1	12.5	7	87.5	8	100.0
2	6	75.0	2	25.0	8	100.0
3	2	25.0	6	75.0	8	100.0
4	6	75.0	2	25.0	8	100.0
5	7	87.5	1	12.5	8	100.0
6	7	87.5	1	12.5	8	100.0
7	7	87.5	1	12.5	8	100.0
8	4	50.0	4	50.0	8	100.0
9	4	50.0	4	50.0	8	100.0
10	4	50.0	4	50.0	8	100.0
11	3	37.5	5	62.5	8	100.0
12	7	87.5	1	12.5	8	100.0
13	3	37.5	5	62.5	8	100.0
14	6	75.0	2	25.0	8	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la tabla N° 6 se evidencia que el mayor porcentaje de respuestas incorrectas se encuentran en los ítems Nro. 1 el cual pregunta sobre el año de publicación de la actual norma técnica para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, donde el 87.5% de obstetras respondieron erróneamente, y el 75.0% también contestó erróneamente al ítem Nro 3 el cual habla sobre la dependencia de la elección al parto vertical.

TABLA N° 7

Diferencia entre el nivel de conocimientos sobre la atención del parto vertical entre el profesional obstetra que labora en el Centros de Salud Maritza Campos Díaz y Edificadores Misti. Noviembre - 2017

Centro de salud donde labora	Conocimientos						Total	
	Alto		Medio		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Centro de Salud Maritza Campos Díaz	9	40.9	5	22.7	0	0.0	14	63.6
Centro de Salud Edificadores Misti	4	18.2	4	18.2	0	0.0	8	36.4
Total	13	59.1	9	40.9	0	0.0	22	100.0

Fuente: Matriz de datos

$$X^2=0.0 \quad P<0.05$$

En la Tabla N° 7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.0$) muestra que el nivel de conocimiento de las Obstetras que laboran en el C.S. Maritza Campos Díaz y C.S. Edificadores Misti presentó diferencia estadística significativa.

Además muestra que el 59.1% de los profesionales cuenta con un Nivel de Conocimientos Alto muy cercano al porcentaje de profesionales con Nivel Medio de Conocimientos sobre la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural

TABLA N° 8

Actitud que asume el profesional obstetra frente a la atención del parto vertical que labora en el C.S Maritza Campos Díaz. Noviembre - 2017

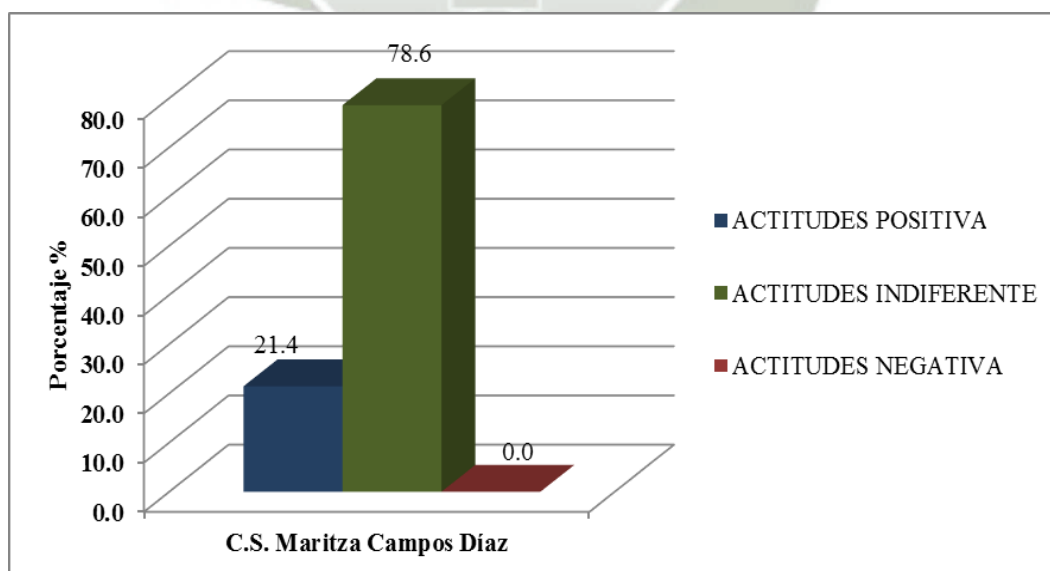
Centro de Salud Maritza Campos Díaz	Actitudes						Total	
	Positiva		Indiferente		Negativa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	3	21.4	11	78.6	0	0.0	14	100.0
Total	3	21.4	11	78.6	0	0.0	14	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la Tabla N° 8 se observa que el 78.6% posee una actitud indiferente y una actitud positiva sólo un 21.4% a la atención del parto vertical.

GRÁFICO N° 4

Actitud que asume el profesional obstetra frente a la atención del parto vertical que labora en el C.S Maritza Campos Díaz



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 9

Actitud que asume el profesional obstetra frente a la atención del parto vertical por ítems en el C.S. Maritza Campos Díaz. Noviembre - 2017

Items	Muy Favorable		Favorable		Indiferente		Desfavorable		Muy Desfavorable		Total	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
1	3	21.4	5	35.7	6	42.9	0	0.0	0	0.0	14	100.0
2	1	7.1	11	78.6	1	7.1	1	7.1	0	0.0	14	100.0
3	2	14.3	4	28.6	3	21.4	1	7.1	4	28.6	14	100.0
4	3	21.4	8	57.1	3	21.4	0	0.0	0	0.0	14	100.0
5	3	21.4	6	42.9	4	28.6	1	7.1	0	0.0	14	100.0
6	1	7.1	2	14.3	2	14.3	5	35.7	4	28.6	14	100.0
7	7	50.0	7	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	14	100.0
8	5	35.7	7	50.0	1	7.1	1	7.1	0	0.0	14	100.0
9	5	35.7	2	14.3	7	50.0	0	0.0	0	0.0	14	100.0
10	4	28.6	7	50.0	2	14.3	1	7.1	0	0.0	14	100.0

Fuente: Matriz de datos

El ítem Nro. 2 pregunta sobre si la capacitación y adiestramiento actual le permite la atención de un parto en posición vertical, el 78.6 % manifestó una actitud favorable.

El ítem Nro. 3 pregunta sobre si estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como asistente obteniendo un 28.6% favorable y un 28.6% muy desfavorable.

En el ítem Nro. 4 pregunta sobre: Si Ud. Estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como actor principal donde el 57.1% respondió de manera Favorable.

TABLA N° 10

Actitud que asume el profesional obstetra frente a la atención del parto vertical que labora en el C.S Edificadores Misti. Noviembre - 2017

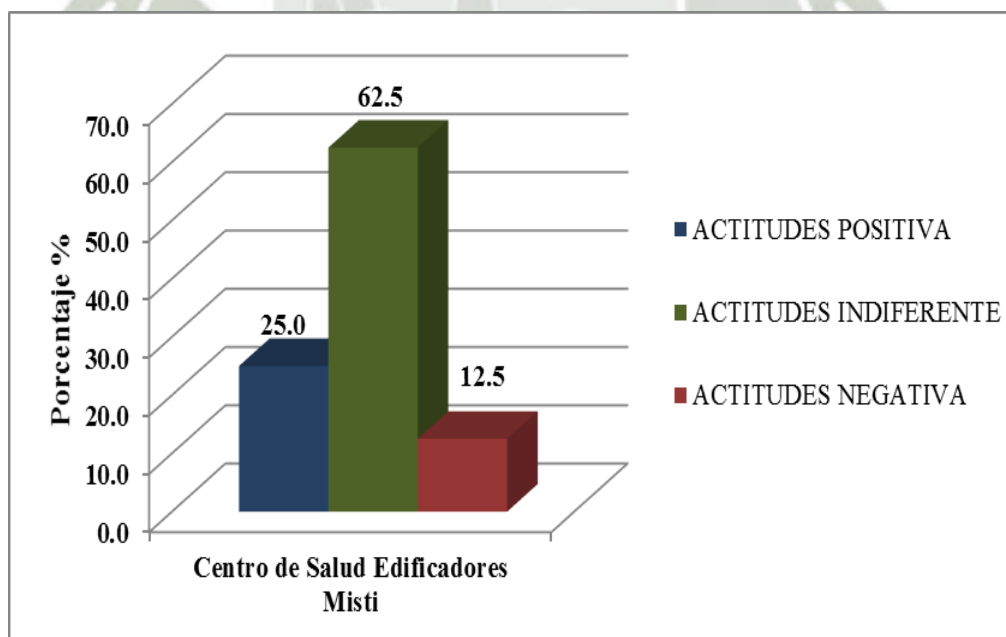
Centro de salud Edificadores Misti	Actitudes						Total	
	Positiva		Indiferente		Negativa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	2	25.0	5	62.5	1	12.5	8	100.0
Total	2	25.0	5	62.5	1	12.5	8	100.0

Fuente: Matriz de datos

En la Tabla N° 10 se observa que el 62.5% posee una actitud indiferente y una actitud negativa un 12.5% de los profesionales obstetras frente a la atención del parto vertical en el Centro de Salud Edificadores Misti.

GRÁFICO N° 5

Actitud que asume el profesional obstetra frente a la atención del parto vertical por ítems que labora en el C.S Edificadores Misti



Fuente: Matriz de datos

TABLA N° 11

Actitud que asume el profesional obstetra frente a la atención del parto vertical por ítems en el C.S. Edificadores Misti. Noviembre - 2017

Fuente: Matriz de datos

Items	Muy Favorable		Favorable		Indiferente		Desfavorable		Muy Desfavorable		Total	
	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%	Nro	%
1	1	12.5	6	75.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	8	100.0
2	2	25.0	4	50.0	2	25.0	0	0.0	0	0.0	8	100.0
3	2	25.0	0	0.0	1	12.5	1	12.5	4	50.0	8	100.0
4	3	37.5	4	50.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	8	100.0
5	2	25.0	3	37.5	2	25.0	0	0.0	1	12.5	8	100.0
6	0	0.0	0	0.0	1	12.5	4	50.0	3	37.5	8	100.0
7	5	62.5	2	25.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	8	100.0
8	3	37.5	4	50.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	8	100.0
9	2	25.0	5	62.5	0	0.0	0	0.0	1	12.5	8	100.0
10	3	37.5	4	50.0	0	0.0	0	0.0	1	12.5	8	100.0

El ítem Nro. 1, pregunta al profesional si está de acuerdo que se haya implementado la atención del parto vertical en el servicio donde labora; a lo cual el 75.0 % mostro un actitud favorable.

El ítem Nro. 3 pregunta sobre si estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como asistente obteniendo un 50.0% muy desfavorable.

En el ítem Nro. 7 se pregunta sobre si el profesional Obstetra considera que la atención del parto vertical debe ser aplicable solo para atención de parto por parteras y no por profesionales de la salud obteniendo como respuesta el 62.5% muy favorable a la premisa.

TABLA N° 12

Diferencia entre la actitud sobre la atención del parto vertical entre el profesional obstetra que labora en el Centros de Salud Maritza Campos Díaz y Edificadores Misti. Noviembre - 2017

Centro de salud donde labora	Actitudes						Total	
	Positiva		Indiferente		Negativa			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
C.S. Maritza Campos Díaz	3	13.6	11	50.0	0	0.0	14	63.6
C.S Edificadores Misti	2	9.1	5	22.7	1	4.5	8	36.4
Total	5	22.7	16	72.7	1	4.5	22	100.0

Fuente: Matriz de datos

$X^2=1.0$ $P<0.05$

En la Tabla N° 12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.0$) muestra que la actitud de las obstetras que laboran en el C.S. Maritza Campos Díaz y C.S. Edificadores Misti presentó diferencia estadística significativa.

Muestra que sólo el 22.7% de los obstetras tiene una actitud positiva a la atención del parto vertical, mientras el 72.7% del profesional obstetra tienen una actitud indiferente y el 4.5% presenta una actitud negativa siendo el profesional obstetra del Centro de Salud Edificadores Misti.

TABLA N° 13

**Relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional obstetra frente a la atención del parto vertical en el C.S. Maritza Campos Díaz.
Noviembre - 2017**

Actitud	Conocimientos						Total	
	Alto		Medio		Bajo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Positiva	2	14.3	1	7.1	0	0.0	3	21.4
Indiferente	7	50.0	4	28.6	0	0.0	11	78.6
Negativa	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	9	64.3	5	35.7	0	0.0	14	100.0

Fuente: Matriz de datos

$X^2=0.01$ $P<0.05$

En la Tabla N° 13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.01$) muestra que el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto vertical presentaron diferencia estadística significativa.

Así como se evidencia que el 64.3% de los profesionales cuenta con un conocimiento alto pero a pesar de ello el 50.0% predomina la actitud indiferente dentro de este grupo de profesionales.

TABLA N° 14

Relación entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional obstetra frente a la atención del parto vertical en el C.S. Edificadores Misti. Noviembre - 2017

Actitud	Conocimientos						Total	
	Alto		Medio		Bajo			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positiva	1	12.5	1	12.5	0	0.0	2	25.0
Indiferente	3	37.5	2	25.0	0	0.0	5	62.5
Negativa	0	0.0	1	12.5	0	0.0	1	12.5
Total	4	50.0	3	37.5	0	0.0	8	100.0

Fuente: Matriz de datos

$$X^2=1.0 \quad P<0.05$$

En la Tabla N° 14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.0$) muestra que el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto vertical presentaron diferencia estadística significativa.

Así como se evidencia que el 50.0% de los profesionales cuenta con un conocimiento alto pero a pesar de ello el 37.5% predomina la actitud indiferente dentro de este grupo de profesionales; así como se evidencia un 12.5% con conocimiento medio pero actitud negativa frente la atención de parto vertical.

DISCUSIÓN

La investigación pudo evidenciar que el 63.6% de la muestra en estudio laboran en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz (CSMCD) y sólo un 36.4% en el Centro de salud Edificadores Misti (CSEM), además el 100.00% de los profesionales obstetras del CSMCD son de sexo femenino y el 87.5% de obstetras del CSEM, también se debe resaltar que en este establecimiento labora un obstetra varón. El 42.9% del CSMCD tienen edades que oscilan entre 41 a 50 años, sin embargo los obstetras del CSEM también se encuentra en este mismo rango en un 62.5%. En cuanto a la situación laboral vemos que en el CSMCD el 28.6% de los profesionales obstetra son contratados a diferencia del CSEM donde el 100.0% de los profesionales obstetras que ya se encuentran nombrados.

En cuanto al nivel de conocimiento nuestro estudio muestra que el 64.3% de profesionales obstetras del CSMCD tiene un nivel de conocimiento alto, además solo el 35.7% restante cuenta con un nivel medio, sin embargo el 50.0% de los obstetras del CSEM cuentan con un nivel alto y el otro 50.0% con un nivel medio, se pudo evidenciar que en ambos grupos tuvieron dificultad en responder el primer ítem, donde se hace referencia al año en que se emitió La Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, teniendo como resultados que el 100% de las obstetras del CSMCD y el 87.5% del CSEM respondieron erradamente, esto puede indicar que la nueva norma técnica no ha sido difundida correctamente por las entidades correspondientes, como el Ministerio de Salud y el Colegio de Obstetras del Perú, pero también se debe notar que el compromiso de la obstetra con la actualización no solo depende de dichas entidades, también aglutina diferentes aspectos como la falta de interés, la sobrecarga laboral, y el apego afectivo a la carrera, teniendo como respuesta que por ejemplo se ignora que la Norma Técnica se renovó el año 2016, dejando de lado la antigua Norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural emitida el año 2005, otro ítem en el que tuvieron respuesta erradas en gran porcentaje fue en el noveno y se refiere a la ventaja de la variedad

de posiciones en el parto vertical, donde el 50.0% de las obstetras del CSMCD al igual que el 50.0% de las del CSEM respondieron de forma equivocada, según este resultado, podemos suponer que no se puede aplicar lo que se desconoce.

Comparando el nivel de conocimiento sobre el parto vertical entre los profesionales obstetras del Centro de Salud Maritza Campos Díaz (CSMCD) y el C.S. Edificadores Misti (CSEM) se pudo deducir que si existe una diferencia estadística significativa, ya que el 59.1% de toda la muestra en estudio presentó un nivel de conocimiento alto y el 40.9% un nivel medio, no se encontró ningún sujeto de estudio con un nivel de conocimiento bajo, estos resultados no concuerdan con lo encontrado por Oros Montoya (18) en su investigación sobre la relación entre nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra en la atención del parto en posición vertical del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Diciembre – 2016, donde indica que el 63.6% cuenta con un nivel de conocimiento bajo y que solo un 18.2% tienen un nivel de conocimiento alto, existe una coincidencia entre nuestro estudio y los resultados obtenidos por Oros Montoya (18) donde indica que el 77,3% contestó erróneamente al ítem Nro 1 el cual pregunta el año en que se emitió la norma técnica para la atención del parto en posición vertical, una vez más surge la interrogante, de que si verdaderamente las profesionales Obstetras están laborando y realizando su actividades con forma a lo establecido en las normas técnicas donde se estandarizan de forma protocolar las acciones a seguir.

Rodríguez Honorio (21) en su investigación sobre conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - Año 2015, indica que el 37.8% de los internos tuvieron un conocimiento “medio”, el 31.1% “alto” y el otro 31.1% “Bajo”, lo cual tampoco concuerda con los resultados de nuestro estudio, sin embargo se pueden encontrar cierta concordancia con lo hallado por Cortez Zelada (2) en su estudio sobre conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en

posición vertical, donde el 100% de profesionales Obstetras obtuvieron un nivel de conocimientos alto frente al resto de profesionales.

Según la actitud frente al parto vertical nuestro estudio encuentra que el 78.6% de profesionales de obstetricia del CSMCD manifestó una actitud indiferente y solo el 21.4% mantiene una actitud positiva, se debe recordar que el 17 de mayo del 2017, 5 establecimientos de Arequipa fueron beneficiados con la entrega camillas para la atención del parto vertical, siendo el Centro de Salud Maritza Campos Díaz (CSMCD) uno de ellos, factor que debería ayudar a la predisposición del personal a realizar la atención de parto vertical, si es que así lo desea la usuaria, similares resultados se encuentran en el CSEM donde se observa que el 62.5% posee una actitud indiferente y el 25.0% actitud positiva, sin embargo también se encontró una actitud negativa en un 12.5% de los profesionales obstetras, de manera global se obtuvo que el 72.7% de toda la muestra en estudio se manifestó indiferente hacia el parto vertical lo cual concuerda con lo hallado con Rodríguez Honorio (21) ya que el 86.7% de la población en estudio tuvo una percepción desfavorable. Cortez Zelada (2) también encontró que el 70% de los profesionales presentaron una actitud de indiferencia frente a la atención del parto vertical, el 15.6% tuvieron una actitud negativa frente a la atención del parto vertical, según los ítems en cuanto al instrumento de actitud ante la atención del parto vertical, nuestro estudio encontró que el 75.0% profesionales obstetras del C.S. Edificadores Misti (CSEM) se mostró favorable ante la implementación de la atención del parto vertical en el servicio donde labora, sin embargo el 42.9% de obstetras del Centro de Salud Maritza Campos Díaz (CSMCD) mostro una actitud indiferente, también se puede ver que en el ítem Nro. 9 con respecto a que si esta de acuerdo que la gestante opte por la posición que prefiere para la atención de su parto el 50.0% % del CSMCD se muestra con una actitud indiferente a la premisa, sin embargo el 62.5% de profesionales del CSEM se muestra con una actitud favorable ante este ítem, debemos recordar que la forma en que se atiende un parto ejerciendo la configuración cultural que modela una sociedad, puede hacer que el trabajo de parto

sea un hecho placentero o, por el contrario, traumático y cargado de distintos tipos de violencia.

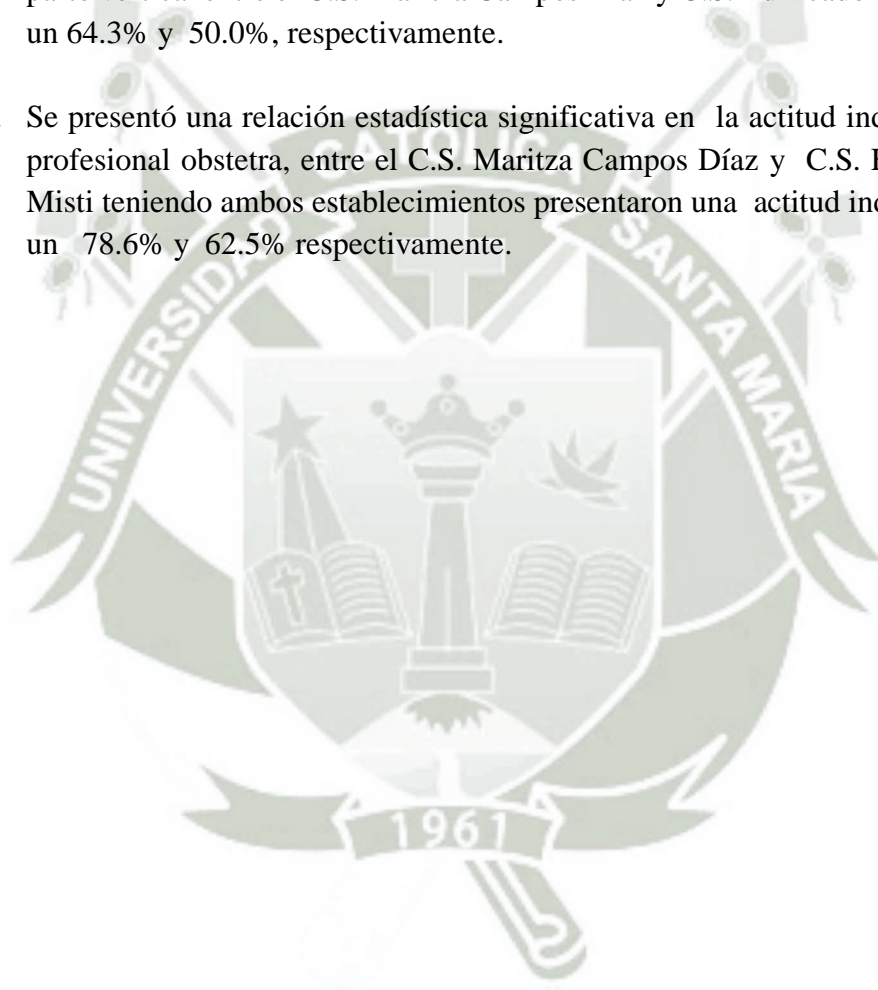
Comparando la actitud frente al parto vertical entre los Centros de Salud Maritza campos Díaz y Edificadores Misti se pudo observar una diferencia estadística significativa, ya que sólo el 22.7% de toda la muestra en estudio, tienen una actitud positiva a la atención del parto vertical, mientras el 72.7% del profesional obstetra tienen una actitud indiferente y el 4.5% presenta una actitud negativa siendo el profesional obstetra del Centro de Salud Edificadores Misti.

En cuanto a la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud ante el parto vertical de las profesionales del C.S Maritza campos Díaz se evidencian una diferencia estadística significativa, lo cual concuerda con lo encontrado en el C.S Edificadores Misti, esto quiere decir, que si bien, en gran mayoría de profesionales Obstetras en las que se aplicó el estudio se evidencia un nivel de conocimientos alto y la actitud es indiferente en un gran porcentaje.

El profesional de Obstetricia puede contar con un compromiso organizacional, puede tener la intención de atender un parto vertical si la usuaria se lo pidiese, sin embargo también se debe ser consiente del contexto laboral en que se viene desempeñando el profesional de Obstetricia, la carencia de recursos humanos y el tiempo que toma realizar una atención de calidad, no concuerdan con la demanda de nuestra actual situación en salud, una sola Obstetra no puede atender un parto y a la vez realizar el control efectivo de otras gestantes en labor de parto. Es que acaso no resulta rentable para la salud pública la inversión en recursos humanos, recordemos que una Obstetra más en los establecimientos puede significar una cesárea menos.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento alto de ambos centros de salud y en cuanto a la actitud indiferente, existe una relación estadística significativa en los obstetras del C.S. Maritza Campos Díaz así como en el C.S. Edificadores Misti.
2. Hay diferencia significativa respecto al nivel de conocimiento alto sobre el parto vertical entre el C.S. Maritza Campos Díaz y C.S. Edificadores Misti con un 64.3% y 50.0%, respectivamente.
3. Se presentó una relación estadística significativa en la actitud indiferente del profesional obstetra, entre el C.S. Maritza Campos Díaz y C.S. Edificadores Misti teniendo ambos establecimientos presentaron una actitud indiferente de un 78.6% y 62.5% respectivamente.



RECOMENDACIONES

1. Recae bajo la responsabilidad del Colegio de Obstetras de nuestra región la difusión de la actual Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural.
2. Los profesionales obstetras del C.S Edificadores Misti y C.S Maritza Campos Díaz, deben recibir capacitaciones contantes, enfocados en la concientización sobre los beneficios fisiológicos del parto vertical, en busca siempre de una atención optima de calidad y con calidez.
3. El Ministerio de salud, los establecimientos de Salud y Colegio de Obstetras de la región, debe incentivar mediante resoluciones de felicitación a los profesionales Obstetras que promuevan el parto vertical.
4. A los profesionales obstetras del Centro de salud Edificadores Misti y Centro de salud Maritza Campos Díaz, se les sugiere que durante el llenado del plan de parto, den a conocer las posiciones y beneficios del parto vertical a las gestantes.
5. A todas las Obstetras en general, debemos recordar que la forma en que atendemos un parto, guiándonos por la configuración cultural que maneja una sociedad, puede hacer que el trabajo de parto sea un hecho que se recordara con amor, o por el contrario, lleno de traumas y relacionados a violencia obstétrica, es por eso que se sugiere poner más énfasis en demostrar las distintas posiciones para la atención de parto y dejar que la gestante elija en base a la evidencia científica que la profesional pueda brindarle.

3. BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

BIBLIOGRAFÍA

1. ADECUACIÓN CULTURAL DE LA ORIENTACIÓN / consejería en salud sexual y reproductiva: documento técnico / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva - Lima: Ministerio de Salud; 2008.
2. CORTEZ ZELADA MARLÍN GUILSANIA. Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical 2014 [tesis pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2013.
3. FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF). Maternidad Segura. Lima.
4. FUNDACION JUAN VIVES SURIA. parto y nacimiento humanizado como derecho humano: Un desafío para la transformación social. Defensoría del pueblo 2012 caracas.Pag.6, 19.
5. GANSO PEREZ AI. Las parteras, un arte de mujeres para mujeres. Una investigación sobre el pasado. [Tesis doctoral] Valladolid: Universidad de Valladolid, Facultad de Historia; 2016.
6. Guía Técnica para la Psicoprofilaxis Obstétrica y Estimulación Prenatal/Ministerio de Salud/Dirección General de Salud de la Personas – Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, aprobada con Resolución Ministerial N° 361-2011.
7. LAGOS JIMENEZ GIANCARLO .Correlación del acompañamiento en las parturientas durante el periodo expulsivo en el Centro Materno Infantil César

López Silva - Villa el Salvador Noviembre – diciembre 2015. [Tesis pregrado]
2016.Universidad San Martin de Porras. Pág. 11, 13.

8. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud. Lima: Publimagen ABC sac; 2010. Pág. 19, 20, 22.
9. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL. Manual de Adecuación Cultural del parto Natural / Vertical y sus posiciones en el Marco Multicultural de Guatemala: Departamento de Regulación de los programas de Atención a las Personas Programa de Medicina Tradicional y Alternativa; 2011.
10. MINISTERIO DE SALUD. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. Lima: MINSA; 2016.pag 11, 12, 13,16, 17.
11. MINISTERIO DE SALUD. Modelo de Atención con Adecuación Intercultural en Salud Materna Perinatal Consorcio Madre Niño, Churcampa - Huancavelica - Perú 2007.
12. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Lima – Perú 2013.
13. MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado Sistema Nacional de Salud/ Ministerio de Salud Pública/ Ecuador – 2008.

14. MINISTERIO DE SALUD. Norma Técnica para la atención del Parto Vertical con adecuación intercultural .Lima: Dirección General de Salud de las Personas Estrategia Sanitaria Salud Sexual y Reproductiva; 2005.
15. Manuel Gallo Vallejo, Médico Gineco Obstetra Ventajas de la Posición Vertical de la Madre en el Parto ante otras Posiciones/Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano y la posición materna y el parto, España - 1980.
16. NUREÑA C. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: La atención del parto vertical. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(4).Pág. 368.
17. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La salud de los pueblos indígenas de las Américas. [138.a Sesión del Comité Ejecutivo. CE138/13. Washington, D.C., 12 de junio de 2006] Washington, D.C.: OPS; 2006.
18. OROS MONTOYA.C. Relación entre nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra en la atención del parto en posición vertical del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Diciembre - 2016. [Tesis pre grado]. Lima: Universidad Católica de Santa María; 2017.
19. PROYECTO AMARES. Informe de Consultoría. 2006.
20. RAMIREZ CAMPOS. H.S, Eficacia del parto vertical en el bienestar madre y el niño, Hospital de Apoyo Otuzco Elpidio Berovides Perez. [Tesis especialidad en Gineco Obtetricia]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2007.
21. RODRÍGUEZ HONORIO LYLIANA Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San

Marcos - año 2015 [tesis pre grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.

22. SISTEMA DE LAS NACIONES UNIDAS Y DERECHOS HUMANOS: Directrices e información para el Sistema de Coordinadores Residentes, marzo de 2000.

23. SUBSECRETARÍA DE INNOVACIÓN Y CALIDAD. La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural.

HEMEROGRAFÍA

24. LUGONES BOTELL M, RAMIREZ VERMUDEZ M. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2012 Enero-Marzo; 38(1).

25. RODRIGUEZ HERNANDEZ M, FLORES MARTOS JA, MORUNO MIRALLES P. Medicalización en las mujeres embarazadas y parturientas: una aproximación desde la terapia ocupacional. Parte I. TOG (A Coruña)[Revista en Internet]. 2012; 9 (15) ([18p]).

INFORMATOGRAFÍA

26. ARTEMISA NOTICIAS «mujeres hoy» publicado en el 2005 [en línea]. 2009 [fecha de acceso 3 de agosto del de 2017]. Url disponible en: <http://www.convencion.org.uy/menu4-757.htm>

27. BENITO GONZÁLEZ E., ROCHA ORTIZ M. [en línea]. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud 2005.[Fecha de acceso 18 junio del 2017].URL disponible en: <http://www.uax.es/publicacion/posiciones-maternas-durante-el-parto-alternativas-a-la-posicion-ginecologica.pdf>

28. LUGONES BOTELL M., RAMÍREZ BERMÚDEZ M. [En línea]. El parto en diferentes posiciones a través de la ciencia, la historia y la cultura Bvs.sld.cu. 2011 [fecha de acceso 11 de Mayo 2017]. URL disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol38_1_12/gin15112.htm

29. INSTITUTO TERCER MUNDO [En línea]. «EL PARTO VERTICAL Y EL PAÍS MULTICULTURAL [fecha de acceso 23 de julio del 2017]. URL disponible en: <http://www.gloobal.net/iepala/gloobal/fichas/ficha.php?entidad=Textos&id=1158> 23 de Agosto de 2005

30. MINISTERIO DE SALUD: MINSA. Ministerio de Salud del Perú [En línea]. Minsa.gob.pe. [fecha de acceso 29 de julio del 2017]. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16540>

31. MINISTERIO DE SALUD. [En línea]. Lima: Libre Elección del Parto Vertical; 2016 [Fecha de acceso 14 de junio del 2017]. URL disponible en: http://www.parsalud.gob.pe/phocadownloadpap/documentos/publicaciones-institucionales/HOJAS%20INFOR_9pv.pdf

32. MINISTERIO DE SALUD. SALA DE PRENSA. [En línea]. Modelo de parto vertical impulsado por MINSA es destacado por diario El País de España. [fecha de acceso 10 de mayo del 2017].2015. URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=17102>

33. LA REPUBLICA. [En línea].Gestantes podrán optar por parto vertical en Arequipa; 2017. [Fecha de acceso 25 de agosto del 2017] .URL disponible en: <http://larepublica.pe/impresasociedad/876490-gestantes-podran-optar-por-parto-vertical>.

34. GARCIA PEDRO. La Actitud participativa en salud: entre la teoría y la práctica. Capítulo 5 [en línea].1994. [Fecha de acceso 12 de setiembre del 2017] URL disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=6neSIOEbX7EC&pg=PA79&dq=actitud+definicion&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjR0IXEh6DWAhWLSSYKHVZ3DKoQ6AEIJDA#v=onepage&q=actitud%20definicion&f=false>.
35. VALDEZ CASTILLO, EVELYN GERALDINE. Relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes preventivas sobre la infección por virus del papiloma humano en usuarias del centro de salud “Chancas de Andahuaylas” de Santa Anita, primer semestre del 2015. [en línea].Lima [fecha de acceso 13 de setiembre 2017]. URL disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4338/1/Valdez_ce.pdf
36. TAFUR CERNA F. M. Conocimiento y actitud frente a la vacuna contra el virus del papiloma humano en mujeres adolescentes del 5º año de primaria. [en línea].Lima [fecha de acceso 13 de setiembre 2017]. URL disponible en : http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/373/1/Tafur_fm.pdf

Anexos:

Anexo 1: Consentimiento informado.

Anexo 2: Cuestionario.

Anexo 3: Validación Del Instrumento.

Anexo 4: Escala de calificación.

Anexo 5: Oficios para aplicación de encuestas.

Anexo 6: Croquis.

Anexos 7: Sistematización de datos.

Anexo 1: Consentimiento Informado.

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN: “Estudio comparativo entre el nivel de conocimiento relacionado a la actitud del profesional Obstetra en la atención del parto vertical del C. S Edificadores Misti. Arequipa y C. S Maritza Campos Díaz, “Noviembre -2017”.

INVESTIGADORAS: María Alejandra Huvidia Rendón.

Tiffani Ambert Molinedo Chillitupa

Usted ha sido invitada(o) a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga, para asegurarse de que entienda los procedimientos del estudio.

PROPÓSITO DEL ESTUDIO:

Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical en el C. S Edificadores Misti y C. S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre-2017.

PROCEDIMIENTOS: Esta investigación es altamente confidencial, por lo tanto es anónima, este estudio es completamente voluntario.

CONSENTIMIENTO: Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los acepto expresamente. Y, por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en este estudio de investigación. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma del participante.

Fecha

Anexos 2: Cuestionario.

**RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL
PROFESIONAL OBSTETRA EN LA ATENCION DEL PARTO
VERTICAL**

-INSTRUCCIONES:

Lea detenidamente y con atención las preguntas que a continuación se le presenta, tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera(as).

A.- DATOS GENERALES:

1. Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

2. Edad:

20 a 30 años ()

31 a 40 años ()

41 a 50 años ()

51 a 60 años ()

>60 años ()

3. situación laboral:

Contratada ()

Nombrada ()

B.- CONOCIMIENTOS DEL PARTO VERTICAL

1. **¿En qué año se emitió la Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural?**
 - a) 2016
 - b) 2003
 - c) 2005
 - d) 2007

2. **¿Cuál no corresponde al proceso de atención del parto vertical?:**
 - a) Se puede permitir el ingreso del acompañante.
 - b) Permitir la ingesta de alimentos fríos; ya que es favorable para el progreso del parto.
 - c) Se realiza control de funciones vitales.
 - d) Evaluar los latidos cardiacos fetales cada 30 a 45 minutos.

3. **La elección del parto vertical depende:**
 - a) De la parturienta
 - b) Del Profesional de salud
 - c) De que no exista contraindicaciones
 - d) a y c

4. **En el parto vertical se:**
 - a) Promueve una participación más activa de la madre
 - b) No conlleva a riesgo del bebe
 - c) Crea vínculos afectivos entre la madre y el feto
 - d) Todas las anteriores

5. **En el parto Vertical, durante la fase de dilatación, el caminar:**
 - a) Estimula las contracciones
 - b) Facilita el descenso del feto
 - c) Mejora la dilatación del cuello uterino
 - d) Todas las anteriores.

6. **La principal indicación del parto vertical es:**
 - a) Se realiza en gestantes con alguna complicación obstétrica.
 - b) Solo se realiza en presentación cefálica.
 - c) Incompatibilidad feto pélvica.
 - d) Estrechez pélvica.

7. Las principales contraindicaciones del parto vertical son:

- a) Prematurez.
- b) Antecedente de Parto Complicado.
- c) Embarazo Pos término.
- d) Todas las anteriores.

8. En el parto horizontal se tienen la siguiente ventaja:

- a) Favorece la comodidad del médico – Obstetra en la atención del parto para su óptimo desempeño.
- b) Favorece la revisión médica del canal del parto.
- c) Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.
- d) Todas las anteriores.

9. Ventajas de la variedad de posiciones en el parto vertical, excepto

- a) Menor dolor en la primera etapa del trabajo de parto
- b) Las mujeres informan menor intensidad de las contracciones de dolor en la primera y segunda etapa del trabajo de parto
- c) Puede aumentar la duración de la segunda etapa
- d) Menores patrones anormales de frecuencia cardiaca fetal

10. ¿Cuál de las siguientes es una ventaja del parto vertical?

- a) El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, no ocasiona alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta. Por tanto no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
- b) Aumento de los diámetros del canal del parto: 2 cm en sentido antero posterior y 1 cm en transversal.
- c) La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorecen el encaje y el descenso del feto.
- d) Todas las anteriores

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

- a) Mayor frecuencia de desgarro de la vagina.
- b) Mayor pérdida sanguínea.
- c) Falta de energía de la mujer para mantenerse en cuclillas.
- d) Todas las anteriores

12. Son posiciones que puede adoptar la gestante en el parto vertical, excepto:

- a) Posición de rodillas
- b) Posición de litotomía
- c) Posición cogidas de la soga
- d) Posición de pies y manos (cuatro puntos de apoyo)

13. Durante el Parto Vertical, el manejo del dolor, se caracteriza por:

- a) El personal de salud debe proporcionar soporte emocional
- b) Limitar la libertad de expresión de acuerdo a costumbres
- c) Evitar las técnicas de relajación y masajes
- d) Evitar la ingesta de infusiones de hierbas según costumbre local.

14. En cuanto al alumbramiento, marque lo correcto:

- a) El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición vertical para disminuir el sangrado.
- b) Se debe atender el periodo de alumbramiento en posición horizontal.
- c) El parto vertical por ser una modalidad que disminuye complicaciones durante el parto, no es necesario el control del sangrado vaginal, ni el grado de contracción uterina, tampoco funciones vitales.
- d) El personal de salud no debe permitir que los familiares puedan disponer el destino final de la placenta.

C.- ACTITUDES

A continuación se presentan un conjunto de proposiciones a lado izquierdo y las alternativas de respuesta al lado derecho, marque Ud. Con un aspa (X) en el que crea conveniente en la escala siguiente:

	Muy favorable	Favorable	Indiferente	Desfavorable	Muy desfavorable
1. ¿Está de acuerdo que se haya implementado la atención del parto vertical en el servicio donde Ud. Labora?	4	3	2	1	0
2. ¿Su capacitación y adiestramiento actual le permite la atención de un parto en posición vertical?	4	3	2	1	0
3. ¿Si Ud. Estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como asistente?	4	3	2	1	0
4. ¿Si Ud. Estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como actor principal?	4	3	2	1	0
5. ¿Está de acuerdo con la aplicación de Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural por parte del Ministerio de Salud?	4	3	2	1	0
6. ¿Considera usted que los ambientes del centro obstétrico están suficientemente equipados para la atención de parto vertical?	4	3	2	1	0
7. ¿La atención del parto vertical debe ser aplicable solo para atención de parto por parteras y no por profesionales de la salud	0	1	2	3	4
8. La atención del parto en posición vertical en los establecimientos de salud es un retroceso en el avance de la obstetricia.	0	1	2	3	4
9. ¿Está usted de acuerdo que la gestante opte por la posición que prefiere para la atención de su parto?	4	3	2	1	0
10. ¿Está usted de acuerdo con que debe contar con la presencia de un familiar de la parturienta en la atención del parto?	4	3	2	1	0

Anexos 3: Validación del Instrumento

Encuestado	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14		Puntaje Total (xi)
E1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1		12
E2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0		4
E3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1		6
E4	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1		10
E5	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0		4
E6	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1		11
E7	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0		5
E8	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1		9
E9	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1		6
E10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		14
P=	1.00	0.70	0.50	0.60	0.30	0.40	0.50	0.30	0.40	0.70	0.60	0.40	1.00	0.70	VT	12.77
q=(1-p)	0.00	0.30	0.50	0.40	0.70	0.60	0.50	0.70	0.60	0.30	0.40	0.60	0.00	0.30		
P·q=	0.00	0.21	0.25	0.24	0.21	0.24	0.25	0.21	0.24	0.21	0.24	0.24	0.00	0.21	2.75	

$$r_{20} = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(\frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

K = Número de ítems del instrumento

p= Porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem.

q= Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem.

σ^2 = Varianza total del instrumento

KR(20)	0.83690165
--------	------------

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN SUSTANCIAL

Anexos 4: Escala de calificación.

A. MEDICIÓN DE LA VARIABLE CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO VERTICAL

Cálculo del nivel de conocimiento:

El nivel de conocimientos sobre el Parto Vertical se calculó a través de baremo, donde cada interrogante será calificada: si es correcta con 1 punto, de ser incorrecta con 0 puntos.

Conocimiento sobre el parto vertical: Esta variable será analizada de manera cuantitativa, los ítems se calcularán mediante medidas de dispersión (X) y tendencia central (DS) de acuerdo a los puntajes obtenidos por los sujetos de estudio.

ALTO 10 – 14 puntos

MEDIO 5 – 9 puntos

BAJO 0 – 4 puntos

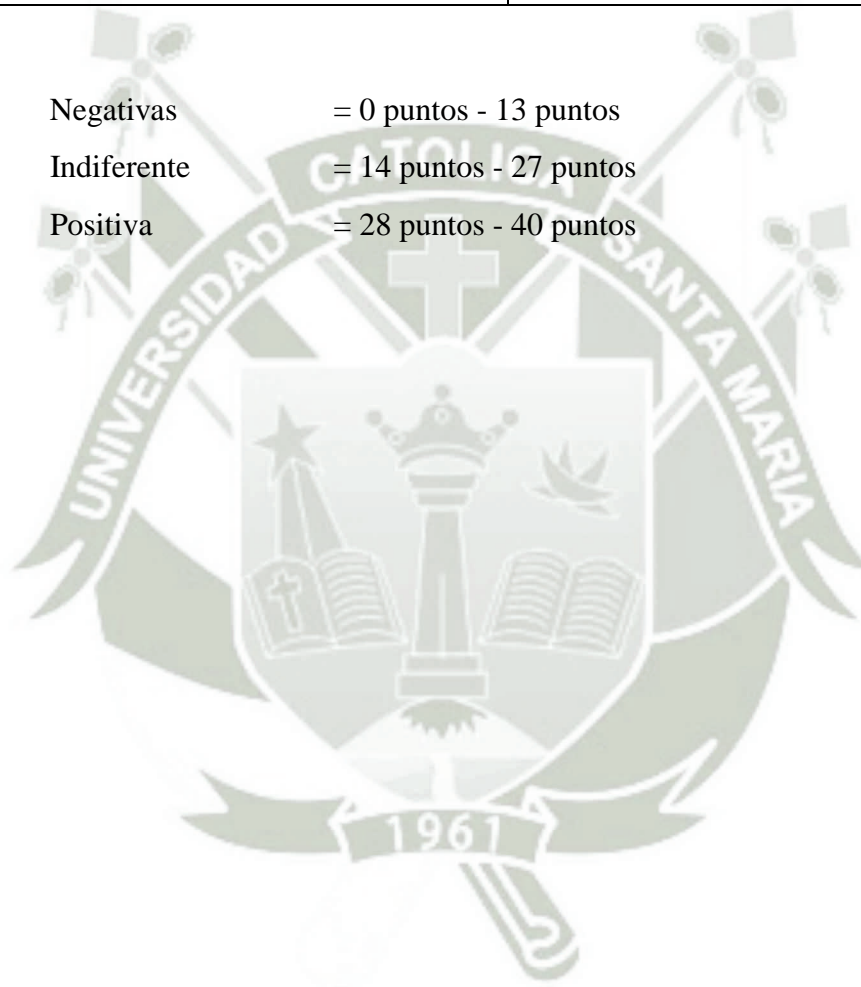
Encuestado	Puntaje Total (xi)
E1	12
E2	4
E3	6
E4	10
E5	4
E6	11
E7	5
E8	9
E9	6
E10	14

Mean	8
Standard Error	1.074968
Median	7.5
Mode	4
Standard Deviation	3.399346
Sample Variance	11.55556
Kurtosis	-1.71757
Skewness	0.19093
Range	9
Minimum	4
Maximum	14
Sum	80
Count	10

**ESCALA DE LIKERT MODIFICADO: ACTITUDES HACIA LA
ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL**

Interrogantes N° 1,2,3,4,5,6,9,10		Interrogantes N° 7 y 8	
Muy desfavorable	(0)	Muy desfavorable	(4)
Desfavorable	(1)	Desfavorable	(3)
Indiferente	(2)	Indiferente	(2)
Favorable	(3)	Favorable	(1)
Muy favorable	(4)	Muy favorable	(0)

- Negativas = 0 puntos - 13 puntos
- Indiferente = 14 puntos - 27 puntos
- Positiva = 28 puntos - 40 puntos



Anexos 5: Oficios para aplicación de encuestas



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”
(En la Ciencia y en la Fe está nuestra Fortaleza)

Arequipa, noviembre 13 del 2017

OFICIO N° 476-FOyP-2017

Señor Doctor
LUIS FERNANDO VALENCIA BORDA
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED AREQUIPA CAYLLOMA
Presente.-

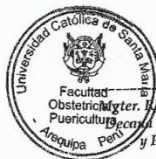


Tengo a bien dirigirme a usted para presentar a las señoritas Bachilleres: **MARIA ALEJANDRA HUVIDIA RENDON** identificada con D.N.I. 70008784 y **TIFFANI AMBERT MOLINEDO CHILLITUPA**, identificada con D.N.I. 47583653, quienes se encuentran desarrollando su trabajo de investigación.

Motivo por el cual, para la culminación de esta etapa de Investigación de su tesis titulada: **“ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO RELACIONADO A LA ACTITUD DEL PROFESIONAL OBSTETRA EN LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL DEL CENTRO DE SALUD EDIFICADORES MISTI Y CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ - ZAMACOLA AREQUIPA, NOVIEMBRE 2017”**; solicitamos a su digna Gerencia, se sirva otorgar las facilidades que se requiera para el desarrollo de la investigación cuyo proyecto ha sido aprobado por este Decanato.

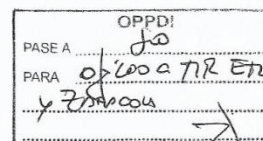
Con la seguridad que el presente merecerá su fina atención, hacemos propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial estima personal.

Atentamente,



CARDINA FLORES FLORES
Decana de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la UCSM

RFF/DFOyP
lv.





GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Red de Salud Arequipa Caylloma

"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



GOBIERNO REGIONAL

Arequipa, 2017 Noviembre 15

OFICIO N° 4875-2017-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPDI-J.

Señor:

Dr. Alfredo León Flores

Jefe de la Microrred de Salud Edificadores Misti

Presente.-

ASUNTO : Autorización para realizar proyecto de Investigación.
REF : Of. N° 476-FOyP-2017.

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a través del presente, hacer de su conocimiento que la Universidad Católica de Santa María; está solicitando autorización para la realización del proyecto de investigación denominado "ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO REALACIONADO A LA ACTITUD DEL PROFESIONAL OBSTETRA EN LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL.

Motivo por lo cual, le solicito brindar las facilidades del caso a las estudiantes que detallo a continuación:

- Bachiller María Alejandra Huvidia Rendón
- Bachiller Tiffani Ambert Molinero Chillitupa

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad, para reiterarle los sentimientos de mi consideración más distinguida.

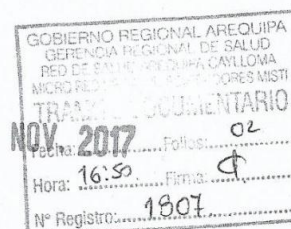
Atentamente,



4
LFVB/WPC/lall
C.C. Archivo
Documento:
Expediente: 585374

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA

Dr. Luis Fernando Valencia Borda
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.F. 33594



Calle Paucarpata con Av. Independencia Edificio Héroes Anónimos Of. 424-Cercado - Arequipa
Teléfax 228573 - Central Telefónica 200823- Web: <http://www.saludarequipa.gob.pe/agpcylloma>



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"



Arequipa, 2017 Noviembre 15

OFICIO N° 4874 -2017-GRA/GRS/GR-RSAC-D-OPPDI-J.

Señor:
Mg.CD. Juan Alarcón Arenas
Jefe de la Microrred de Salud Zamacola
Presente.-

ASUNTO : Autorización para realizar proyecto de Investigación.
REF : Of. N° 476-FOyP-2017.

Es grato dirigirme a usted, para saludarle cordialmente y a través del presente, hacer de su conocimiento que la Universidad Católica de Santa María; está solicitando autorización para la realización del proyecto de investigación denominado "ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO REALACIONADO A LA ACTITUD DEL PROFESIONAL OBSTETRA EN LA ATENCION DEL PARTO VERTICAL.

Motivo por lo cual, le solicito brindar las facilidades del caso a las estudiantes que detallo a continuación:

- Bachiller María Alejandra Huvidia Rendón
- Bachiller Tiffani Ambert Molinero Chillitupa

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad, para reiterarle los sentimientos de mi consideración más distinguida.

Atentamente,

LFVB/WPC/lall
C.C. Archivo
Documento:
Expediente: 585374



GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD AREQUIPA CAYLLOMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
D^r. Luis Fernando Valencia Borda
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 3359A

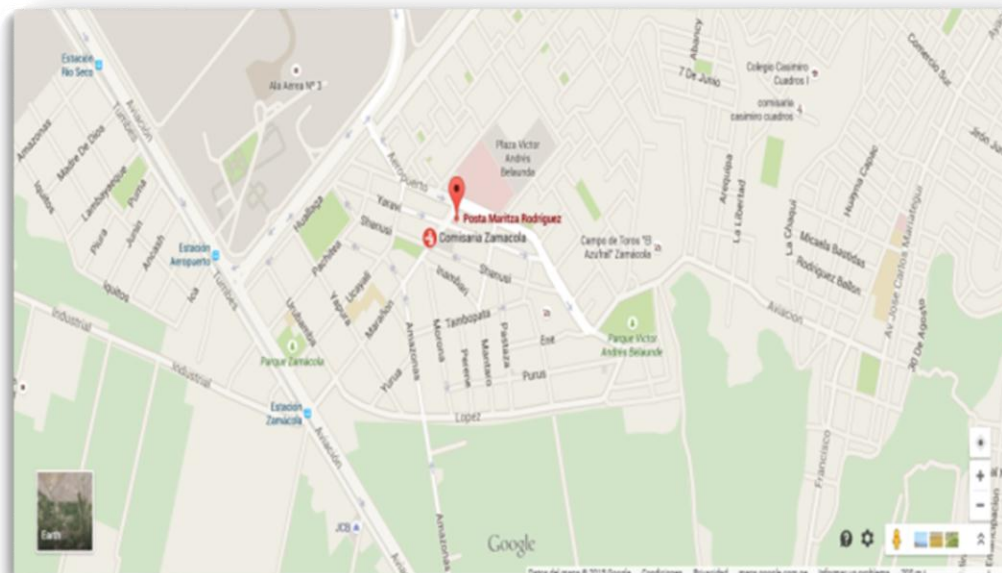


Calle Paucarpata con Av. Independencia Edificio Héroes Anónimos Of. 424-Cercado - Arequipa
Telefax 228573 - Central Telefónica 200823- Web: <http://www.saludarequipa.gob.pe/aqpcylloma>

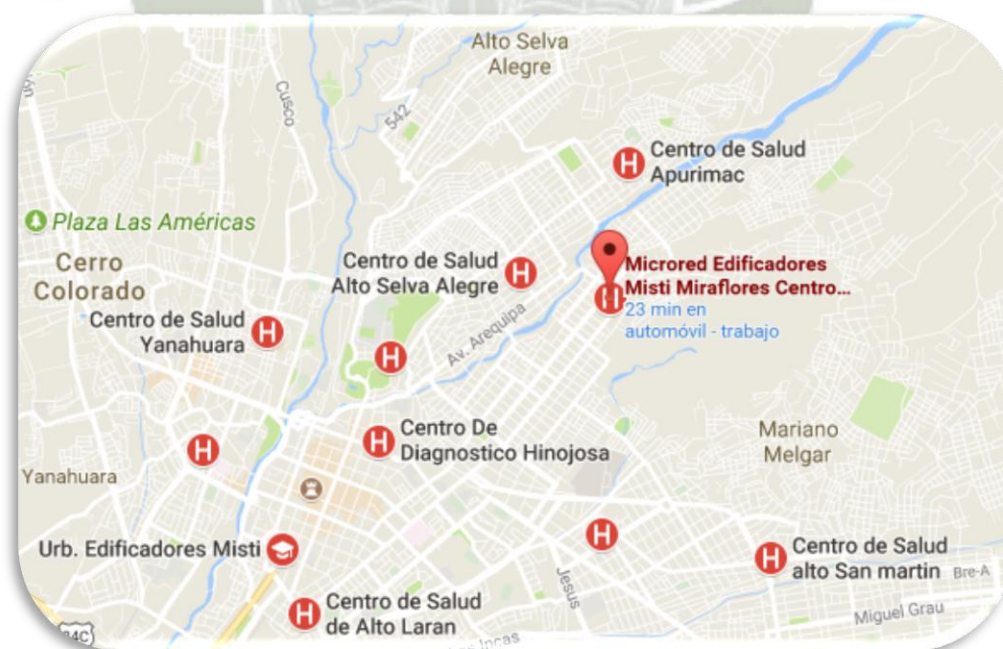
Anexo 6: Croquis

Delimitación Gráfica del Lugar

Centro de salud Maritza Campos Díaz



Centro de salud Edificadores Misti



Anexos 7:

Matriz de sistematización de datos.

CENTRO DE SALUD	SEXO	EDAD	SIT. LABORAL	CONOCIMIENTO														CONOCIMIENTO		ACTITUD										ACTITUD
				C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10		
1	1	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	3	3	3	3	3	0	3	1	4	3	2		
1	1	2	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	2	4	3	0	4	4	1	4	4	4	4	1	
1	1	3	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	3	3	0	3	3	0	4	4	4	3	2		
1	1	3	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	4	4	4	4	4	0	4	4	4	4	1		
1	1	3	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	2	3	3	0	2	3	3	4	3	3	3	2	
1	1	3	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	2	1	3	3	2	1	3	3	2	1	2		
1	1	3	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	3	3	2	3	3	1	4	3	2	3	2		
1	1	4	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4	1		
1	1	4	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2		
1	1	3	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	2		
1	1	4	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	2	3	0	2	2	1	4	4	2	3	2		
1	1	4	2	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	1	2	2	3	1	3	2	0	3	3	2	3	2	
1	1	4	2	0	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	2	2	3	2	2	1	4	3	2	2	2		
1	1	4	1	0	1	1	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	2	3	2	2	3	2	2	3	3	2	4	2	
2	1	4	2	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	2	3	4	0	3	2	2	3	3	3	4	2	
2	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	3	4	4	4	4	1	4	4	4	4	1		
2	1	3	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	3	3	2	4	3	0	3	3	3	3	2		
2	1	4	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	2	4	3	4	4	4	1	4	4	4	3	1	
2	1	3	2	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3		
2	1	3	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	3	3	0	3	3	1	4	4	3	3	2		
2	1	3	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	3	3	1	3	3	1	4	3	3	3	2		
2	1	4	2	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	2	3	2	0	3	2	0	4	3	3	4	2	