



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

**Facultad de Medicina**

**Escuela Profesional de Medicina Humana**

**Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical de  
egresados de Medicina Humana de la UNMSM para la  
atención del parto en posición vertical. Perú, 2022**

**TESIS**

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

**AUTOR**

Carlos Adrian VALDIVIA CABRERA

**ASESOR**

Mg. Pedro Antonio RIEGA LÓPEZ

Lima, Perú

2023



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## Referencia bibliográfica

---

Valdivia C. Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical de egresados de Medicina Humana de la UNMSM para la atención del parto en posición vertical. Perú, 2022 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2023.

---

## Metadatos complementarios

<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	Carlos Adrian Valdivia Cabrera
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46028457
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0003-5908-0818">https://orcid.org/0009-0003-5908-0818</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	Pedro Antonio Riega López
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	40806261
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-4880-2419">https://orcid.org/0000-0003-4880-2419</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	Daisy Yesenia Flores Cortez
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	06804782
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	Ronald Espiritu Ayala Mendivil
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	09861941
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	Mario Enrique Cuevas De la Cruz
Tipo de documento	DNI
Número de documento de identidad	10123051
<b>Datos de investigación</b>	

Línea de investigación	No aplica
Grupo de investigación	No aplica
Agencia de financiamiento	Sin Financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	Universidad Nacional Mayor de San Marcos Latitud -12.05819215 Longitud -77.0189181894387
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2022-2023
URL de disciplinas OCDE	Ciencias socio biomédicas (planificación familiar, salud sexual, efectos políticos y sociales de la investigación biomédica) <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.12">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.12</a>  Ginecología, Obstetricia <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.02</a>  <u>Salud pública, Salud ambiental</u> <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a>



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
FACULTAD DE MEDICINA



ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



UNMSM

Firmado digitalmente por  
FERNÁNDEZ GIUSTI VDA DE PELLA  
Alicia Jesus FAU 20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 06.09.2023 11:07:35 -05:00

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD PRESENCIAL  
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

Siendo las 14:30 horas del cinco de setiembre del año dos mil veintitrés, en el Aula 101 de la Sección de Farmacología de la Facultad de Medicina, se reunió el Jurado integrado por los Doctores: Daisy Yesenia Flores Cortez (Presidenta), Ronald Espíritu Ayala Mendivil (Miembro), Mario Enrique Cuevas de la Cruz (Miembro) y Pedro Antonio Riega López (Asesor).

Se realizó la exposición de la tesis titulada: **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL DE EGRESADOS DE MEDICINA HUMANA DE LA UNMSM PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL. PERÚ, 2022”** presentado por el Bachiller **Carlos Adrian Valdivia Cabrera**, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano habiendo obtenido el calificativo de..... *dieciocho* ..... ( *18* ).

Dra. Daisy Yesenia Flores Cortez  
Presidenta

Dr. Ronald Espíritu Ayala Mendivil  
Miembro

ME. Mario Enrique Cuevas de la Cruz  
Miembro

Mg. Pedro Antonio Riega López  
Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
FACULTAD DE MEDICINA  
Escuela Profesional de Medicina Humana

.....  
DRA. ANA ESTELA DELGADO VÁSQUEZ  
Directora



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

Universidad del Perú. Decana de América

**Vicerrectorado de Investigación y Posgrado**



## CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo **Pedro Antonio Riega López** en mi condición de asesor acreditado con la Resolución Decanal N° **003235-2023-D-FM/UNMSM** de la tesis, cuyo título es “**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL DE EGRESADOS DE MEDICINA HUMANA DE LA UNMSM PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL. PERÚ, 2022**”, presentado por el bachiller **Carlos Adrian Valdivia Cabrera** para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

CERTIFICO que se ha cumplido con lo establecido en la Directiva de Originalidad y de Similitud de Trabajos Académicos, de Investigación y Producción Intelectual. Según la revisión, análisis y evaluación mediante el software de similitud textual, el documento evaluado cuenta con el porcentaje de **17%** de similitud, nivel **PERMITIDO** para continuar con los trámites correspondientes y para su **publicación en el repositorio institucional**. Se emite el presente certificado en cumplimiento de lo establecido en las normas vigentes, como uno de los requisitos para la obtención del título correspondiente.

Firma del Asesor \_\_\_\_\_ DNI: 40806261

**Pedro Antonio Riega López**

05/09/2023.



Huella digital

## **AGRADECIMIENTO:**

A mi familia, por ser el pilar en los momentos más difíciles de mi vida.

A mi asesor el Dr. Pedro Riega , por su amable guía y apoyo constante durante el desarrollo de esta investigación

A mi amada Rosario, por su inmensurable apoyo y amor incondicional en cada paso del camino.

A mi amigo Armando Pezo, por su invaluable ayuda en el análisis estadístico del estudio.

## **DEDICATORIA**

A mi amada Rosario, mi compañera de vida, por su amor incondicional y paciencia infinita.

A nuestra preciosa hija Lúa, mi mayor tesoro y la razón de mi esfuerzo constante.

A mis padres, por su apoyo incondicional.

A mis queridos hermanos Ada Luz, Zenia, Juan y Katia por estar siempre a mi lado, brindándome amor y comprensión.

Y A mis amigos más cercanos, Mélany, Jorge, Kevin y Jc, por su apoyo inquebrantable y palabras de aliento.

## INDICE

<b>INDICE DE TABLAS</b> .....	6
<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	7
<b>RESUMEN:</b> .....	1
<b>ABSTRACT:</b> .....	9
<b>1. CAPITULO I: INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>10</b>
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	10
1.2.    FORMULACIÓN DE PROBLEMA .....	13
1.3.    OBJETIVOS .....	13
1.3.1.    OBJETIVO GENERAL .....	13
1.3.2.    OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	13
1.4.    JUSTIFICACIÓN .....	13
1.4.1.    JUSTIFICACIÓN TEÓRICA .....	13
1.4.2.    JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA .....	15
1.5.    LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	15
<b>2. CAPITULO II</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1. MARCO TEÓRICO</b> .....	16
2.1.1.    ANTECEDENTES .....	16
2.1.2.    BASES TEÓRICAS .....	26
2.1.3.    GLOSARIO DE TÉRMINOS .....	54
<b>2.2. HIPOTESIS</b> .....	55
<b>2.3. METODOLOGÍA</b> .....	56
2.3.1.    TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....	56
2.3.2.    POBLACIÓN Y DE ANÁLISIS .....	57
2.3.3.    CRITERIOS DE SELECCIÓN .....	57
2.3.4.    MUESTRA, MUESTREO Y TAMAÑO MUESTRAL .....	57
2.3.5.    VARIABLES .....	57
2.3.6.    TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	44
2.3.7.    PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	48
2.3.8.    ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS .....	48

2.4.	CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	49
<b>3.</b>	<b>CAPITULO III .....</b>	<b>51</b>
3.1.	RESULTADOS.....	51
3.2.	DISCUSIÓN:.....	64
3.3.	CONCLUSIONES: .....	71
3.4.	RECOMENDACIONES:.....	71
<b>4.</b>	<b>CAPITULO IV.....</b>	<b>73</b>
4.1.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	73
4.2.	ANEXOS .....	86
4.2.1.	Anexo 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN .....	86
4.2.2.	Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA.....	91
4.2.3.	Anexo 3:CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	94
4.2.4.	Anexo 4: RESOLUCIÓN DE DECANATO APROBACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.....	97
4.2.5.	Anexo 5: ACTA DEL COMITÉ DE ÉTICA.....	98

## INDICE DE TABLAS

TABLAS	Nombre	Número de Página
Tabla N°1	Operacionalización de Variables	41
Tabla N°2	Puntos de Corte de Actitudes totales y Dimensiones	48
Tabla N°3	Características de los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, Lima-Perú, 2022	51
Tabla N°4	Conocimientos y actitudes sobre la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022	53
Tabla N°5	Conocimientos y Actitudes sobre la Atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, según sexo, durante el año 2022	54
Tabla N°6	Conocimientos por dimensiones sobre la Atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022	55
Tabla N°7	Respuesta sobre el nivel de conocimientos respecto a la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022	56
Tabla N°8	Actitudes frente a la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022	58
Tabla N°9	Actitudes frente a aspectos culturales de la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022	59
Tabla N°10	Actitudes frente a la elección de la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022	60
Tabla N°11	Actitudes frente a los aspectos afectivos de la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022	62
Tabla N°12	Matriz de consistencia interna	90

## ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico N°1	Frecuencia de puntajes de Actitudes frente a la atención del parto vertical	52
Gráfico N°2	Frecuencia de puntajes de Actitudes frente a aspectos culturales parto vertical	52
Gráfico N°3	Frecuencia de puntajes de Actitudes frente a la atención del parto vertical	58
Gráfico N°4	Frecuencia de puntajes de Actitudes frente a aspectos culturales parto vertical	60
Gráfico N°5	Frecuencia de puntajes de Actitudes frente a la elección de posición en el parto	61
Gráfico N°6	Frecuencia de puntajes de Actitudes frente a los aspectos afectivos en el parto vertical	63

## **RESUMEN:**

**Objetivos:** Determinar los conocimientos y actitudes de los egresados de Medicina Humana de la UNMSM respecto al parto en posición vertical en Perú.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo, observacional y transversal. Participantes: 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM que completaron su carrera en 2022. Se aplicó un cuestionario para evaluar conocimientos y actitudes relacionados con el parto vertical. Aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

**Resultados:** Conocimientos: 65.31% nivel medio, 16.33% nivel bajo, 18.37% nivel alto. Se identificaron lagunas en áreas específicas. Resultó en el análisis de dimensiones de conocimientos que, en cuanto a definiciones y posiciones, el 42.86% tenía conocimientos medios; en ventajas y desventajas, el 47.96% tenía un alto conocimiento; y en indicaciones y contraindicaciones, el 71.43% tenía conocimiento medio. Respecto a las actitudes se encontró un 53.1% actitud negativa en los participantes del estudio (desfavorable: 25.5%, muy desfavorable: 27.6%), 46.9% actitud positiva (favorable: 26.5%, muy favorable: 20.4%). Se evaluaron cuatro dimensiones de actitudes relacionadas con el parto vertical: "Atención del parto vertical", "Aspectos culturales del parto vertical", "Respeto por la elección de la posición en el parto" y "Aspectos afectivos en el parto vertical". En general, la mayoría mostró actitudes desfavorables o muy desfavorables en las distintas áreas evaluadas, mientras que un porcentaje menor expresó actitudes favorables o muy favorables.

**Conclusión:** Mayoría de egresados de Medicina Humana de la UNMSM tiene conocimientos medios o altos sobre el parto vertical. Se establece una discreta mayoría de actitudes desfavorables o muy desfavorables hacia esta práctica.

**Palabras claves:** Trabajo de Parto, Mortalidad Materna, Conocimiento, Actitud, Complicaciones del Trabajo de Parto.

## **ABSTRACT:**

**Objectives:** To determine the knowledge and attitudes of graduates of Human Medicine from UNMSM regarding upright birthing positions in Peru.

**Materials and Methods:** Descriptive, observational, cross-sectional study. Participants: 98 graduates of Human Medicine from UNMSM who completed their degree in 2022. A questionnaire was administered to assess knowledge and attitudes related to upright birthing positions. Approved by the Ethics Committee of the Faculty of Medicine at UNMSM.

**Results:** Knowledge: 65.31% intermediate level, 16.33% low level, 18.37% high level. Specific gaps were identified. Dimensional analysis of knowledge revealed that 42.86% had intermediate knowledge in terms of definitions and positions; 47.96% had high knowledge in advantages and disadvantages; and 71.43% had intermediate knowledge in indications and contraindications. Regarding attitudes, 53.1% exhibited a negative attitude in the study participants (unfavorable: 25.5%, very unfavorable: 27.6%), while 46.9% had a positive attitude (favorable: 26.5%, very favorable: 20.4%). Four dimensions of attitudes related to upright birthing were assessed: "Upright Birthing Care," "Cultural Aspects of Upright Birthing," "Respect for Birthing Position Choice," and "Affective Aspects in Upright Birthing." Overall, the majority demonstrated unfavorable or very unfavorable attitudes in the different evaluated areas, while a smaller percentage expressed favorable or very favorable attitudes.

**Conclusion:** The majority of graduates of Human Medicine from UNMSM have intermediate to high knowledge about upright birthing. There is a discreet majority with unfavorable or very unfavorable attitudes towards this practice.

**Keywords:** Labor, Maternal Mortality, Knowledge, Attitude, Labor Complications.

## 1. CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El proceso del parto es un fenómeno complejo que puede variar significativamente en cuanto a su importancia, complejidad y dimensiones dependiendo del contexto cultural y humano en el que ocurre. En la actualidad, se evidencia que los centros de salud en Perú realizan partos en posición horizontal. Sin embargo, se ha reconocido el parto vertical como una buena práctica médica por diversas instituciones nacionales e internacionales, así como una práctica culturalmente adecuada. Desde una perspectiva de bienestar materno-infantil, se ha argumentado que esta posición favorece la disminución de la morbilidad, el dolor materno y el tiempo de trabajo de parto, así como mayor sensación de libertad y protagonismo femenino. <sup>(1)</sup> En consecuencia, la Norma Técnica de la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural valida esta práctica ancestral y considerar que la mujer en estado de embarazo tiene el derecho de decidir en qué posición desea dar a luz. <sup>(2)</sup> Se ha reconocido la importancia de considerar las preferencias culturales y étnicas de los ciudadanos indígenas peruanos, que representan más de 4 millones de personas y 55 grupos étnicos. <sup>(3)</sup>

Asimismo, La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha destacado la importancia de mejorar la salud materno-infantil debido a las altas tasas de mortalidad neonatal y maternal. Por esta razón, se ha recomendado que se concentren esfuerzos en aumentar la cobertura de la atención de parto institucionalizado. La supervivencia tanto de la madre como del recién nacido puede verse afectada por dos elementos fundamentales: el entorno donde se brinda la atención médica y las elecciones que la mujer embarazada y su familia hacen respecto a dónde buscar ayuda en caso de presentarse complicaciones durante el embarazo, el parto o el posparto. <sup>(4)</sup> La OMS enfatiza la necesidad de que se implemente de manera efectiva la atención de los partos verticales en

los centros de salud, respondiendo a las preferencias y decisiones de las mujeres embarazadas. Esto implica que los servicios de salud deben estar preparados y capacitados para ofrecer un enfoque flexible y respetuoso, brindando la opción de parto en posición vertical cuando sea solicitado por la mujer y su familia.<sup>(5)</sup>

En el Perú, se han tomado acciones en favor de la institucionalización del parto vertical desde el 2009. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el parto institucionalizado, gracias a acciones como promoción del parto vertical, la adecuación intercultural, casas de espera materna e incremento en la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS), tuvo un incremento de 81,3% en el 2009 a 89,2% en el 2014 y 92,4% en el 2019 en área urbana. Sin embargo, en área rural, a pesar que el incremento fue porcentualmente mayor, se llegó sólo al 72% en el 2014, partiendo de un 57.6% el 2009; y estancándose en un 80,8% el 2019.<sup>(6)</sup>

Según el MINSA (2019), la adaptación cultural en los centros de salud y la realización de partos en posición vertical han ayudado a reducir las barreras culturales y aumentar la cantidad de partos institucionalizados.<sup>(7)</sup>

No obstante, existe una discrepancia entre la capacitación recibida por los profesionales de la salud, que se enfoca en atender partos en posición horizontal (litotomía), y las preferencias culturales de las mujeres en relación a la posición vertical durante el parto. Tras evaluar esta situación, el Ministerio de Salud ha identificado un conflicto cultural que surge entre el personal médico y las mujeres que atiende. Este conflicto se relaciona directamente con la divergencia de preferencias entre el parto en posición vertical o horizontal. Y, en consecuencia, muchas veces estas prefieren no acudir a los establecimientos de salud y así optar por un parto no institucionalizado, poniendo en riesgo la salud del binomio madre-hijo en el caso que se presenten complicaciones.<sup>(8)</sup>

El curso de Gineco-obstetricia es aquel que se encarga de enseñar todo lo relacionado con el trabajo de parto dentro del programa de la carrera de Medicina. Dentro del programa de este curso, se establece que los estudiantes serán capaces de ofrecer una atención completa y de alta calidad con un enfoque culturalmente adecuado para mejorar la experiencia del parto vertical humanizado para las mujeres embarazada. Sin embargo, en el curso de Gineco-obstetricia se incluye contenido limitado enfocado en la atención culturalmente adecuada durante el trabajo de parto, con casos clínicos relacionados con el diagnóstico y la evolución del parto vertical y un seminario referente a la adecuación cultural en la atención del embarazo y del parto en casas de espera o casas de parto. (Departamento de Gineco-obstetricia Facultad de Medicina San Fernando-UNMSM 2018). Esto es importante para que los estudiantes comprendan la importancia del parto vertical, pero se requiere determinar si es suficiente para que los egresados de medicina estén preparados para llevar a cabo este tipo de parto.<sup>(9)</sup>

El presente estudio plantea la interrogante sobre si los egresados de Medicina Humana estarían capacitados para llevar a cabo partos en posición vertical, incluso cuando las condiciones y la solicitud de la mujer embarazada lo permitan. Se sugiere que factores cognitivos, como la falta de conocimiento en el desarrollo de estos tipos de partos, y factores emocionales, como la insensibilidad en la importancia de esta práctica dentro de contextos culturalmente pertinentes, podrían estar afectando la realización de partos verticales en centros de salud.

Según la Defensoría del Pueblo de Perú(2021), en el contexto de la pandemia mundial debido al SarsCov2 (Covid 19), el acceso y oferta de atención de parto en posición vertical es marcadamente menor, pero es necesario para seguir consiguiendo el objetivo de reducción de morbilidad materno-infantil, estrechar las brechas de atención rural-urbana, gracias incremento del parto

institucionalizado la ejecución de la normativa nacional en pro del parto vertical con adecuación intercultural en contextos donde son necesarios a solicitud de la población. Para lograr esto, es necesario contar con profesionales de la salud debidamente capacitados, motivados y que dispongan de las condiciones adecuadas para ofrecer este servicio. <sup>(10)</sup> Por lo tanto, en esta tesis, se analizó los conocimientos y actitudes de egresados de Medicina Humana de la UNMSM del 2022 respecto de la atención del parto vertical en el Perú.

## **1.2. FORMULACIÓN DE PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes sobre la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022?

## **1.3. OBJETIVOS**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

- **O1.** Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- **O2.** 1. Medir el nivel de conocimientos sobre la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022.
- **O3.** 2. Medir el nivel de actitudes sobre la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022.

## **1.4. JUSTIFICACIÓN**

### **1.4.1. JUSTIFICACIÓN TEÓRICA**

A nivel internacional, la ONU promueve prácticas y mecanismos que contribuyan a la disminución de muerte materna infantil, uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible que plantea es asegurar una vida saludable y un bienestar para todas las personas. Como parte de este objetivo, se busca eliminar las muertes evitables de recién nacidos en países en desarrollo como Perú, con una meta de no más de 12 por cada 1,000 nacidos vivos, y reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100,000 nacidos vivos.<sup>(11)</sup>

Desde el año 2005, en el país se reconoce y recomienda la atención de partos verticales a través de "La Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural".<sup>2</sup> En el 2016, se actualizó esta norma con alcance a nivel nacional, estableciendo que los centros de salud deben tener personal capacitado en la identificación, diagnóstico, estabilización y manejo de la atención del parto en posición vertical, así como en la referencia oportuna en caso de complicaciones.<sup>(12)</sup>

Actualmente, se ha demostrado que las institucionalizaciones del parto sumado a otras estrategias como el SIS gratuito y la adecuación cultural han demostrado eficacia para disminuir la muerte materna infantil.

Si bien es cierto hay estudios diversos respecto al parto vertical, estos han sido estudiado, principalmente, en personal no médico como obstetras o en servicios especializados en la atención de parto enfocándose en Médicos-Obstetras. No hay suficiente información disponible sobre la formación y capacitación de médicos recién egresados en la atención de parto vertical, lo que dificulta un análisis posterior de su capacidad para la atención de partos verticales. Este estudio tuvo como objetivo recopilar datos sobre el nivel de conocimiento y las actitudes de los egresados de la carrera de Medicina Humana de la UNMSM con relación al parto vertical.

#### **1.4.2. JUSTIFICACIÓN PRÁCTICA**

El propósito que se tuvo al recopilar la información como resultado de esta tesis fue doble. Por un lado, se pretende proporcionar a la universidad datos precisos sobre las habilidades adquiridas por los estudiantes de medicina en la atención de parto vertical al final de su formación. Por otro lado, se busca mejorar la calidad de la formación mediante la revisión de planes de estudio, sílabos y estrategias educativas respecto a la atención del parto.

Es importante tener en cuenta que después de completar sus estudios de pregrado en medicina, la mayoría de los egresados participan del programa de Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud "SERUMS", el cual les asigna trabajo en las zonas más remotas del país. Es fundamental que estos médicos estén capacitados y sensibilizados para proporcionar una atención de calidad, cálida, individualizada e intercultural a las gestantes de diversas comunidades, ya que esto les permitirá superar las barreras culturales.

#### **1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

- El objetivo de este estudio fue analizar el nivel de conocimiento y la actitud de los egresados de medicina humana hacia la atención del parto vertical, pero se limita a hacerlo de forma descriptiva debido a las dificultades para realizar una investigación del componente práctico de dicha competencia en el contexto de la pandemia de Covid-19.
- Dado el contexto de la pandemia, las dificultades de acceso a las instituciones hospitalarias han llevado a que se utilice una herramienta virtual (Google form) para aplicar los instrumentos del estudio.
- Existe una escasez de bibliografía y estudios similares que aborden la atención del parto vertical en recientes egresados de medicina humana.
- Existen otras restricciones que deben ser consideradas, como la disponibilidad de horarios y fechas variadas para que el participante pueda responder la encuesta. Asimismo, es necesario tener en cuenta la disposición

y voluntad de los participantes para tomar parte en el estudio de manera voluntaria.

## **2. CAPITULO II**

### **2.1. MARCO TEÓRICO**

#### **2.1.1. ANTECEDENTES**

##### **2.1.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES:**

Contreras Paguay EA y Tenezaca Toalongo CH <sup>(13)</sup>, realizaron un estudio titulado "Actitudes y prácticas sobre el Parto Vertical, en el Hospital Luis Fernando Martínez, Cañar 2018". Con el propósito de determinar las actitudes y prácticas del personal de salud respecto al parto vertical en el Hospital Luis Fernando Martínez de Cañar durante el año 2018. El enfoque utilizado fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal. La muestra consistió en 84 miembros del personal de salud. La recopilación de datos se llevó a cabo mediante una encuesta validada previamente por Rodríguez H. en 2015. Los resultados, analizados con el programa SPSS 22, se presentaron en términos de frecuencias absolutas, porcentajes y medidas de dispersión media (X). Se observó que el 45.3% de la población estudiada pertenecía al grupo etario de adultez y que un 85.7% eran mujeres. En relación a las categorías laborales, el 36.9% eran enfermeros profesionales, seguidos por un 34.6% de auxiliares de enfermería. En lo concerniente a las actitudes y capacitación en parto vertical, el 75% demostró disposición favorable, aunque el 82.1% percibió incomodidad del personal de salud durante la atención. En síntesis, se concluyó que el personal de salud aplicaba el parto vertical como enfoque de atención humanizada, respetando la diversidad cultural de las madres.

En su estudio Kaplán Westbrook L. <sup>(14)</sup> realizado en el 2015 "Perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires sobre el parto humanizado", Investigó las opiniones de los proveedores de servicios de salud sobre la prestación de atención humanizada durante el parto en hospitales de maternidad del sistema público. El objetivo fue analizar la relación entre los conocimientos y opiniones del equipo de salud y la legislación argentina sobre la atención del parto. Los resultados mostraron que la mayoría de los profesionales de salud estaban familiarizados con la legislación. La postura de los profesionales de salud a favor o en contra de la atención del parto en posición vertical parecía estar relacionada con el contexto en el que trabajaban y cuán adecuada era la infraestructura.

Winter Rodriguez IR <sup>(15)</sup>, en el año 2105, llevó a cabo un estudio descriptivo titulado "Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre parto vertical" desarrollado en 6 hospitales nacionales de Guatemala, en el que participaron 78 médicos especialistas y residentes en Ginecología y Obstetricia. Según los hallazgos, se observó que el 38% de los médicos poseía un nivel de conocimiento considerado como "bueno" acerca del parto vertical. Por otro lado, el 36% de los médicos lo calificó como "malo", el 14% como "muy bueno" y el 12% como "muy malo". En cuanto a la actitud, el 51% estaba "de acuerdo" con el parto vertical, el 22% estaba "totalmente de acuerdo", el 21% estaba "ni de acuerdo ni en desacuerdo" y solo el 6% tenía una actitud totalmente negativa. El 35% del personal médico afirmó practicar el parto vertical, mientras que el 56% no estaba seguro. El estudio recomendó la promoción de la investigación sobre el parto vertical debido a la importancia que tiene en una región multicultural y a la alta elección que hacen las pacientes de esta posición en áreas rurales.

En el estudio realizado por Canelón M. <sup>(16)</sup> en el 2015 titulado "El

Significado del Parto Vertical para los Obstetras", se llevó a cabo una investigación descriptiva de diseño no experimental con enfoque cuantitativo. El objetivo principal fue proponer un modelo educativo para la atención del parto vertical dirigido a los obstetras. Durante la investigación, se realizó un diagnóstico sobre los significados atribuidos al parto vertical. Los resultados revelaron que la mayoría de los obstetras encuestados estuvieron de acuerdo en que el parto vertical acorta el tiempo de expulsión del feto (86.2%) y que la posición de cuclillas facilita el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino (93.1%), gracias a la suave acción de la gravedad a lo largo del canal de parto (62.1%). Estas observaciones se fundamentaron en aspectos anatómicos y emocionales. No obstante, un porcentaje de los obstetras encuestados (46.6%) expresó su desacuerdo con la noción de que el personal médico deba adaptarse a la posición seleccionada por la paciente.

En su estudio titulado "Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural", León Tiul M.<sup>(17)</sup> evaluó la capacitación del personal médico y de enfermería en la atención del parto con un enfoque cultural. La mayoría del personal encuestado indicó haber obtenido sus conocimientos de las guías y protocolos y solo el 43% había recibido capacitación específica en este tema. Sin embargo, la atención del parto culturalmente pertinente todavía no se lleva a cabo de manera generalizada debido a la falta de salas adecuadas para este tipo de atención. A pesar de esto, el personal médico y de enfermería están dispuestos a brindar este tipo de atención si se cuenta con las instalaciones y el equipo adecuados.

En 2014, en México, un grupo de investigadores conformado por Maldonado G., Átala C., Soto E. y Ortega M.<sup>(18)</sup> llevó a cabo un estudio con el objetivo de evaluar los conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería que trabajaban en servicios de gineco-

obstetricia, urgencias, toco y expulsión, en relación al parto vertical. Los resultados obtenidos revelaron que tanto los conocimientos (97.4%) como las actitudes (97.4%) de los profesionales de enfermería eran favorables con respecto al parto en posición vertical.

En su investigación titulada "El Parto: conocimientos y prácticas humanizadas", Amorim, Herdy y Muniz da Costa <sup>(19)</sup>realizado en el 2012 indagaron los niveles de conocimiento y las acciones llevadas a cabo por los futuros profesionales de la salud en relación con la atención del parto humanizado. Realizaron una investigación cualitativa, en la que entrevistaron a 16 profesionales sanitarios, incluyendo médicos, enfermeras obstétricas y obstetras. Los hallazgos de la investigación evidenciaron que estos profesionales estaban al tanto de las políticas sanitarias relacionadas con la atención del parto humanizado y las seguían. No obstante, eran conscientes de la importancia de trascender los enfoques tradicionales en la atención del parto y proporcionar a los futuros profesionales de salud un conjunto renovado de conocimientos en este ámbito.

Cayuñir y Hernández <sup>(20)</sup>argumentan en su estudio "Humanización del nacimiento para cambiar la vida, es necesario cambiar la manera de nacer", realizado en el 2007, que los proveedores de servicios de salud suelen mostrar resistencia al cambio cuando se trata de modificar el modelo de atención del parto. Esto se debe a que los profesionales de salud en pregrado se forman bajo un enfoque biomédico que promueve la medicalización del parto y les hace ver el parto como un procedimiento médico más que como un proceso natural. Como resultado, los profesionales son una parte activa y dominante en el proceso de parto, lo que dificulta la implementación de un modelo de parto humanizado que tenga en cuenta las necesidades y deseos de la madre y el bebé.

### **2.1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES:**

En el estudio realizado por Huamán Calderón GF. <sup>(21)</sup>, en el 2020 titulado “Conocimiento y actitud sobre parto humanizado y su relación con los internos del Hospital San José, febrero–junio 2019 “ se evaluó 30 internos de Obstetricia y Medicina del Hospital San José, durante los meses de febrero a junio de 2019. Los resultados indicaron que el 60% de los internos tenían un nivel bajo de conocimiento y solo el 10% tenía un nivel alto, mientras que la actitud fue desfavorable para el 60% y favorable para el 40%. Además, se encontró que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de conocimiento y actitud, lo que se determinó a través de una prueba de estadística inferencial con un resultado de 0.523 ( $P < 0.05$ ).

El estudio realizado por Gamero Rivera D. <sup>(22)</sup> se analizó la correlación entre el grado de conocimiento acerca del parto humanizado y la disposición de los estudiantes pertenecientes a la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María en Arequipa, Perú. Se empleó una ficha de entrevista validada, aplicada a 35 estudiantes. Los resultados revelaron que un 54.3% de los participantes se encontraba dentro del rango etario de 20 a 22 años, mientras que un 85.7% eran solteros y un 94.3% correspondían al género femenino. Asimismo, se pudo constatar que un 28.6% estaba llevando a cabo su rotación en el ámbito de la "Obstetricia" en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, en comparación con un 17.1% que lo hacía en "Pediatria" en el Hospital Goyeneche. Respecto al entendimiento del parto humanizado, se determinó que un 51.4% de los estudiantes exhibía un nivel "Bajo" de conocimiento, mientras que en lo que concierne a la actitud, igualmente un 51.4% manifestó una actitud "Favorable". Las conclusiones del estudio señalaron una conexión inversa entre el nivel

de conocimiento y la disposición de los estudiantes de obstetricia en relación al parto humanizado en la Universidad Católica de Santa María.

Un estudio llevado a cabo por Huamán Norabuena M. <sup>(23)</sup> en el 2018 en un hospital público de San Juan de Lurigancho examinó la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los profesionales de la salud hacia el parto vertical. La muestra incluyó a 82 profesionales, como gineco-obstetras, residentes de gineco-obstetricia y obstetras. Los resultados revelaron que el 46.3% de los profesionales presentaba un nivel de conocimiento alto y una actitud favorable hacia el parto vertical, mientras que el 40.2% tenía un nivel de conocimiento bajo y una actitud desfavorable hacia esta práctica. En conclusión, el estudio señaló una relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los profesionales de la salud hacia el parto vertical en dicho hospital.

Un estudio llevado a cabo por Cruz Vega E. <sup>(24)</sup> en el año 2018 titulado "Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la atención del parto humanizado en los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional Hermilio Valdizán Medrano en 2016". Se realizó la evaluación a un total de 35 profesionales especializados en gineco-obstetricia, y los resultados revelaron que el 48.6% de ellos demostró poseer un nivel alto de conocimiento en cuanto a la atención humanizada del parto. En cuanto a las actitudes, el 68.6% mostró una actitud favorable hacia el parto humanizado, mientras que solo el 37.1% de las prácticas estudiadas correspondieron a una atención adecuada del parto humanizado. El estudio sugiere la necesidad de profundizar en las prácticas de atención del parto humanizado, identificando factores protectores y aquellos que impiden su realización.

En su estudio titulado "Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional obstetra en la atención del parto vertical, Hospital

Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa- diciembre 2016", Oros Montoya C. <sup>(25)</sup> investigó el nivel de conocimiento y la actitud de 27 profesionales de obstetricia hacia el parto vertical, así como la relación entre estos dos componentes. Los resultados indicaron que el 63.6% de los profesionales tenían un bajo nivel de conocimiento sobre el parto vertical, y el 72.7% tenían una actitud indiferente hacia el mismo. Sin embargo, no se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud hacia el parto vertical mediante la prueba de chi cuadrado.

Parrales Morán E. <sup>(26)</sup> realizó un estudio en el Instituto Nacional Materno Perinatal titulado "Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, mayo – 2016", con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado. El estudio adoptó un enfoque observacional y empleó un diseño descriptivo correlacional, prospectivo y transversal. La muestra consistió en 53 internos de obstetricia, y los hallazgos revelaron que el 64,2% de ellos presentaba un nivel de conocimiento medio en relación al parto humanizado, mientras que el 20,8% tenía un nivel de conocimiento bajo. En términos de actitudes, el 50,9% de los participantes mostró una actitud favorable hacia el parto humanizado. Sin embargo, no se encontró una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia el parto humanizado. (p=0,191).

Sevillano Roque M. <sup>(27)</sup> realizó un estudio titulado "Conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la atención del parto humanizado en los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio Bernales, durante el 2016". En 40 participantes, se obtuvo respecto del nivel de conocimiento de parto vertical que el 50% contaban con un nivel alto y un 35% de nivel medio. Las actitudes teóricas y

prácticas se estudiaron en 4 obstetras que trabajaban permanentemente en el establecimiento de salud. Se halló la existencia de actitudes positivas en su mayoría. Sin embargo, se observó que en un 70.8% las prácticas fueron inadecuadas.

En el estudio titulado "Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de Obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - 2015" Según el estudio realizado por Rodríguez Honorio L.<sup>(28)</sup>, se examinaron a un total de 74 internos de diversas sedes hospitalarias en la región de Lima. Los resultados revelaron que el 37.8% de los participantes tenía un nivel de conocimiento medio acerca del parto vertical, mientras que el 31.1% presentaba un conocimiento bajo y otro 31.1% tenía un nivel de conocimiento alto. En el estudio se evaluaron diferentes aspectos relacionados con el parto vertical, como las definiciones y posiciones, ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones para su uso. Se encontró que el 65.7% de los internos tenía una actitud favorable hacia el parto vertical. Sin embargo, al analizar las diferentes dimensiones de las actitudes, se observó que el 86.5% tenía una actitud desfavorable debido a la falta de preparación y capacitación para realizar esta modalidad de parto. Sin embargo, la mayoría de los participantes (73%) expresó una actitud positiva hacia los aspectos culturales relacionados con el parto vertical. Estos individuos opinaron que esta práctica debería ser promovida y realizada no solo en áreas rurales, sino también a nivel nacional.

En un estudio realizado por Cortez Zelada M.<sup>(29)</sup>, se buscó evaluar el nivel de conocimientos y actitudes de obstetras, gineco-obstetras y médicos residentes de la especialidad de Ginecología del Instituto Nacional Materno Perinatal en Perú frente a la atención del parto en posición vertical durante el año 2013. Los resultados revelaron que la gran mayoría de los profesionales de la salud poseía un nivel medio de

conocimiento (93.4%) sobre el tema en cuestión. Solo un pequeño porcentaje, el 3.9%, presentó un nivel de conocimiento bajo, mientras que un aún menor porcentaje, el 2.7%, demostró un nivel de conocimiento alto. En cuanto a las actitudes, un 15.6% tenía una actitud negativa y un 14.4% una actitud positiva, y un porcentaje significativo de profesionales (70%) presentaba una actitud de indiferencia frente a la atención del parto en posición vertical.

Bustíos S. y Huachaca H. <sup>(30)</sup> en el 2014 realizaron un estudio en la Facultad de Obstetricia UNSCH- Ayacucho con el objetivo de investigar relación del conocimiento respecto de la actitud hacia el parto vertical en estudiantes. La muestra estuvo compuesta por 150 estudiantes de obstetricia y los resultados mostraron que la mayoría ( 75.3%) de los estudiantes tenían un buen nivel de conocimiento sobre el parto vertical, y la mayoría(87%) tenía una actitud favorable hacia esta práctica. Además, se observó que la procedencia, la condición socioeconómica y el ciclo en el que se encontraban los estudiantes influenciaban significativamente los resultados.

En la investigación llevada a cabo por Espinola et al <sup>(31)</sup> en el 2009, se analizó la actitud de estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Facultad de Educación de la UCV-Trujillo hacia el parto vertical. Este estudio fue relevante ya que se consideró que estos estudiantes desempeñarían en el futuro un papel importante en la atención y educación sanitaria en poblaciones andinas y amazónicas. Se entrevistó a 63 estudiantes de ciencias médicas y 53 de educación, y se encontró que el 54.0% de los estudiantes de ciencias médicas y el 80.4% de los de educación desconocían la práctica del parto vertical en centros de salud. Sin embargo, a pesar de estas diferencias en el conocimiento, se encontró que el 73.0% de los estudiantes de ciencias médicas y el 82.1% de los estudiantes de educación mostraron una actitud favorable

hacia el parto vertical. Los resultados del estudio indicaron que existen disparidades en las actitudes hacia el parto vertical entre los dos grupos de estudiantes. Específicamente, se observó que los estudiantes de ciencias médicas tienen una mayor tendencia a recomendar el parto vertical en comparación con los estudiantes de educación. Además, los estudiantes de ciencias médicas mostraron una actitud más positiva hacia la posibilidad de un mayor sangrado asociado al parto vertical. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar las percepciones y actitudes de los futuros profesionales de la salud en relación con el parto vertical. ( $p=0.005<0.05$ ).

### 2.1.2. BASES TEÓRICAS

Gupta, Hofmeyr y Smyth (2004) mencionan que “La historia de la medicina da cuenta de que, desde tiempos remotos, los partos eran atendidos de manera natural, en donde las mujeres daban a luz en posición vertical y eran asistidas por otras mujeres en el proceso, ya que las mujeres adquirían esa posición y sus variantes (cuclillas, rodillas, de pie, sentadas, etc.) por instinto, lo cual se evidencia en grabados, jeroglíficos y pictogramas egipcios”.<sup>(32)</sup>

Estas evidencias se extienden en la cultura grecolatina, donde se encuentran representaciones de mujeres arrodilladas en dichas circunstancias. De igual manera, existe documentación sobre el parto vertical en África, Asia y Oceanía.<sup>(33)</sup>

Durante el siglo XVII, Mauriceau, un conocido obstetra, impulsó la práctica del parto en posición horizontal, con el objetivo de facilitar la utilización de instrumentos como los fórceps que se estaban desarrollando en ese momento. Posteriormente, la introducción del cloroformo y otros anestésicos acentuaron más la elección de esta posición<sup>(34,35)</sup>

Actualmente en el Perú, se cuenta con una práctica de atención del parto en posición vertical que se ha desarrollado en línea con la cultura local. Esta práctica ha ido en aumento y cuenta con una considerable experiencia en su aplicación. Ya que en el 2008 se realizaron un total de 22 930, y en el 2014 ascendió a 46 130, lo que muestra una mayor receptividad de esta modalidad en el sistema de Salud Peruano<sup>(2)</sup>

En Perú, se ha observado un incremento notable en la adopción del parto vertical en los últimos años, lo cual puede ser atribuido a la promoción activa del parto humanizado por parte del Ministerio de Salud (MINSA). El enfoque del parto humanizado se centra en tres aspectos principales: el parto vertical,

el parto con acompañante y el parto sin dolor, con el objetivo de mejorar la atención a la madre y el recién nacido. Según Jhon Silva Zúñiga, jefe del centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), el parto con acompañante es el más solicitado de los tres aspectos promovidos. El 60 % de las pacientes del instituto solicita parto con acompañante, el 58% el vertical y un 22% solicitan parto sin dolor” (7)

En Perú, las mujeres de las zonas andinas y la amazonía prefieren dar a luz en posición vertical, pero la mayoría de los profesionales de la salud están capacitados solo en la atención del parto en posición horizontal. Esto crea una brecha entre los conocimientos de los profesionales y las expectativas culturales de las mujeres, lo que a veces resulta en que las mujeres eviten acudir a los establecimientos de salud, lo que pone en riesgo su salud y la del bebé. La falta de capacitación en el parto vertical puede ser especialmente peligrosa en casos de complicaciones, donde se necesitan instalaciones y profesionales capacitados para atender a las mujeres. (2)

En 2005, el Ministerio de Salud (MINSa) de Perú implementó una Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural con el propósito de mejorar el acceso de las mujeres a los servicios de salud y fomentar los partos en instituciones médicas. Asimismo, se llevó a cabo la capacitación de los profesionales de la salud en la atención del parto vertical, con el fin de mejorar su preparación para brindar este tipo de atención<sup>(2)</sup>. En el 2016, se actualizó la Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical con el propósito de reducir la morbilidad y mortalidad materna mediante la institucionalización del parto en posición vertical, tomando en cuenta las evidencias científicas y la pertinencia intercultural en todas las mujeres embarazadas en áreas urbanas, urbano marginales y rurales.<sup>(12)</sup>

“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” (24)

Para profundizar en la naturaleza del parto, se revisarán conceptos como la medicalización, la humanización, la interculturalidad y la educación médica; además de cómo se entienden las actitudes y los conocimientos en esta investigación.

#### **2.1.2.1. MEDICALIZACIÓN DE LA SALUD**

En los 60, Meador se convierte en uno de los pioneros del término Medicalización, señalando la “no enfermedad” y la atención a la que es sometida. Explica cómo es que un problema humano es mirado a través de los ojos de la Medicina, dando como resultado una atención médica innecesaria, y, en algunos casos, perjudicial. (36)

Se ha observado que esta situación se presenta en diferentes etapas de la vida y en diferentes grupos de personas, tales como recién nacidos, adultos mayores, mujeres embarazadas y mujeres en la etapa de la menopausia. Con el pasar de los años, fueron convirtiéndose en el objetivo de las estrategias de cuidado o también intervenciones específicas, esto no sería raro, sino fuera que se daba independiente de la existencia de síntomas de carácter mórbido o patológico que lo justificaran.(37)

La práctica de la medicalización fue en aumento, retroalimentado por sujetos de una sociedad cada vez con menos capacidad para resolver los problemas que la aquejan y con un umbral de la tolerancia cada vez

más bajo. Por ejemplo, cuando existe una situación que genera sufrimiento y, aunque no tiene patologías como fuente, la sociedad demanda una solución que, al no encontrar satisfacción en el sector correspondiente, posa sus esperanzas en el sector sanitario. Por lo que se ofrecen soluciones médicas para problemas no médicos. El sector salud entonces inicia la búsqueda de soluciones al problema. Regularmente con pruebas diagnósticas, así como tratamientos (farmacológicos o quirúrgicos) dando pie al fenómeno de la medicalización. <sup>(38)</sup>

### **2.1.2.2. MEDICALIZACIÓN DEL PARTO**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que la medicalización en el proceso del parto se puede observar en el cambio histórico de variantes del parto vertical hacia la posición en litotomía, instrumentalización, maniobras, uso de fármacos y demás. A esto debemos agregar también el aumento de cesáreas en muchas latitudes del mundo. Las cesáreas suponen un incremento en los riesgos tanto para mujeres y sus bebés, pero además un incremento en gastos. Es irónico que, a pesar de que las mujeres de bajos ingresos tienen menos acceso a servicios de salud y peores condiciones de salud en general, es posible que tengan más probabilidades de dar a luz por cesárea en hospitales públicos. Que haya mayores tasas de cesáreas en instituciones de salud privadas piensa que existen otras causales subrepticias. <sup>(39)</sup>

El Perú no ha sido ajeno a este proceso de medicalización, por ejemplo, en cuanto al fenómeno de aumento de tasas de cesáreas se describe que a pesar de ser un proceso complejo y fácil blanco de múltiples explicaciones, se pueden esgrimir 2 posibilidades. Existen dos razones principales por las que los médicos y las mujeres embarazadas pueden

optar por un parto por cesárea: 1. para programar el parto y facilitar la planificación del trabajo del médico, y 2. por la solicitud directa de la mujer que desea un parto sin dolor. Además, el estudio sugiere que una tercera razón puede ser la necesidad de entrenar a los médicos residentes en la realización de cesáreas. <sup>(40)</sup>

### **2.1.2.3. HUMANIZACIÓN EN SALUD**

La humanización de la atención médica busca mejorar la calidad de la atención y el cuidado del paciente mediante prácticas que consideren sus necesidades emocionales, psicológicas y sociales, además de sus necesidades médicas. Esto puede ayudar a acoger al paciente y a mejorar la relación médico-paciente, lo que reduce el riesgo de errores médicos y aumenta la seguridad del paciente. Que además de cumplir con su papel preventivo-terapéutico-rehabilitatorio, asuma con responsabilidad el poder guiar a la persona enferma en el complejo sistema de salud actual. Lo cual solo posible a través de intervenciones coherentes y a todo nivel: social, estructural, institucional y profesional. Logrando de esta manera una relación con el paciente con una verdadera calidad y calidez humana. Algunos profesionales de la salud pueden ser percibidos como deshumanizados en su práctica médica debido a su falta de involucramiento con los pacientes. Esto puede deberse a los avances tecnológicos y cambios en la gestión de la salud, que pueden resultar en un enfoque estricto en solo una parte del diagnóstico o tratamiento del paciente. <sup>(41)</sup>

la humanidad, la solidaridad y la empatía en la práctica En la actualidad, la sociedad en la que trabajan los médicos no valora suficientemente médica. Trabajando en instituciones privadas o públicas, en un sistema de salud que lo hace víctima de presiones, incomodidades y carencias; que ahora en su calidad de asalariado, está obligado a tener varios

empleos para así percibir honorarios suficientes para cubrir necesidades personales y familiares. A la par, hay un mayor conocimiento de los derechos en el ámbito de la salud por parte de los pacientes y un nuevo nivel de exigencia de estándares de calidad de un sistema anómalo que el profesional de salud no controla ni representa.<sup>(42)</sup>

#### **2.1.2.4. LA HUMANIZACIÓN EN EL PARTO**

La humanización del parto se refiere a la práctica médica que se basa en la concepción del parto normal, natural y humanizado, y que es atendida por profesionales de la salud. Esta mirada se basa en valores, creencias, hábitos, actitudes y habilidades que buscan mejorar la experiencia de la madre durante el parto y el nacimiento del bebé.<sup>(43)</sup>

Jordá menciona que la humanización del parto es un modo de entender el parto en el cual se pone en valor la voluntad de la mujer en labor, mientras se valora sus tiempos fisiológicos particulares. Se busca que el parto sea un momento en el que se respete la necesidad de un ambiente familiar en el que la madre y el hijo sean los protagonistas.<sup>(44)</sup>

Existen algunas instituciones de salud que implementan prácticas humanizadas en la atención del parto, donde se cuenta con profesionales de la salud que tratan a las mujeres con respeto, ya sea de manera individual o en equipos de trabajo. Lamentablemente, se insertan en un sistema sanitario donde se dificultan estas iniciativas, y se observa resistencia al cambio.<sup>(45)</sup>

El enfoque de la atención humanizada del parto evita el uso innecesario de medicamentos y procedimientos médicos invasivos y prioriza el bienestar de la madre y el bebé. Esto requiere un cambio de paradigmas en torno a la atención del parto.<sup>(1)</sup>

Es importante tener en cuenta que el parto humanizado no implica la exclusión total de intervenciones médicas y el uso de instrumentalización. La humanización del parto se trata de ir más allá de la biología y considerar todos los aspectos humanos implicados en el proceso. Por lo tanto, la instrumentalización e intervención pueden ser compatibles con el enfoque humanizado en la atención del parto. Considerando todo lo que permita satisfacer a la madre en labor para que sea una experiencia placentera, al respetar la individualidad de cada mujer realizando ajustes a la atención a su cultura, valores, creencias y expectativas. <sup>(46)</sup>

Cuando el equipo de profesionales de salud, durante la atención del parto, hace prevalecer sus intereses por sobre estas prácticas, negando el protagonismo a la futura madre, se deshumaniza el proceso. En algunos casos, la atención durante el parto puede ser excesivamente intervencionista, lo que puede tener consecuencias negativas para la madre o el bebé. Por eso, la atención del parto va más allá de los protocolos, pues existen elementos correctamente adicionados que harían que el proceso de parto sea un acontecimiento más trascendental: conocimiento científico/técnico, actitudes y convicciones. Considerando el cúmulo de sensaciones, sentimientos y percepciones. <sup>(47)</sup>

#### **2.1.2.5. INTERCULTURALIDAD**

La interculturalidad desde una perspectiva instrumental busca el análisis de complejas relaciones entre culturas cuyos componentes son los sujetos, los grupos, conocimientos, valores, tradiciones y procesos. Con el consecuente, logro de equidad para los distintos relacionados. Mediante la interculturalidad, se narra como sucede la confrontación y el acto de entrelazamiento, que sucede cuando grupos culturalmente disimiles se relacionan y realizan intercambios. <sup>(48)</sup>

La construcción de una mejor sociedad necesita del ejercicio de la interculturalidad en diversos sectores y dimensiones sociales. La inclusión de prácticas interculturales como el parto vertical puede fomentar la equidad en los derechos entre diferentes culturas. En el Perú, existen culturas originarias que han sido invisibilizadas y vulneradas por años por una cultura dominante. El ejercicio de prácticas interculturales favorece el restablecimiento de la dignidad de estas culturas y sus ciudadanos.<sup>(49)</sup>

#### **2.1.2.6. EDUCACIÓN MÉDICA**

Se considera educación médica al conjunto de procesos que se realizan en el marco de una dinámica enseñanza-aprendizaje-evaluación con el fin de formar a los médicos, a través de la integración conocimientos, experiencias, habilidades, responsabilidades y valores que cualifican a un individuo para el ejercicio de la medicina.<sup>(50)</sup>

Durante la formación de pregrado, es necesario que los estudiantes de medicina adquieran competencias adecuadas para el ejercicio profesional como médico general. La educación en medicina comienza con el ingreso del estudiante de la facultad de medicina y culmina con un examen al finalizar la carrera.<sup>(51)</sup>

En el Perú hasta el 2021, se requería normativamente la aprobación del Examen Nacional de Medicina hasta una disposición contraria de Indecopi (Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual). Actualmente, se mantienen como requisito el contar con título profesional y habilitación del Colegio Médico del Perú para ejercer la Medicina en el país es en nuestro contexto cuando se da fin propiamente a la formación de pregrado.<sup>(52)</sup>

A través del tiempo, se han producido cambios significativos en la formación de los profesionales de la salud, especialmente en la formación de los médicos. Esto ha dado lugar a la aparición de nuevos desafíos en la educación médica que se adaptan a las particularidades de cada país. Estos cambios han influido en la cantidad, calidad y relevancia de la educación médica. <sup>(53)</sup>

En los últimos años, la educación médica ha experimentado importantes cambios en todos los aspectos del proceso educativo, incluyendo la filosofía, la metodología de enseñanza, el papel del estudiante y del profesor, los recursos para el aprendizaje, la producción y difusión del conocimiento, la evaluación, la vinculación con el campo laboral. La sociedad ha perdido la confianza en los médicos debido a problemas como costos y falta de relación humana, lo que exige cambios en la formación de médicos más prácticos, éticos y humanizados, conocedores de la problemática de salud no solo a nivel individual sino también colectivo. <sup>(54)</sup>

La información en la Medicina, así como la tecnología con la que se cuenta en la actualidad ha crecido exponencialmente, lo cual ha exigido que la educación en pregrado requiera explorar la mejor forma de enseñar el conocimiento que sea más relevante para la práctica clínica con garantía de que estos futuros médicos ofrezcan una atención con ética y no usen tratamientos o tecnologías que les otorguen beneficios personales. Por ello, Torres-Calixto refiere a la integración curricular, como estrategia que mediante el concurso de diferentes disciplinas que promuevan un enfoque biopsicosocial que diste del modelo biomédico uniendo de manera equilibrada la teoría con la práctica de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en relación con la atención del paciente. <sup>(55)</sup>

Es importante exponer a los estudiantes de medicina a casos clínicos que presenten una variedad de situaciones sociales, económicas y familiares del paciente. De esta manera, se fomenta el desarrollo de habilidades en profesionalismo, humanismo y ética que son fundamentales para la atención médica integral. Además, es esencial modelar los roles y prácticas adecuadas en la atención al paciente, fomentar actividades comunitarias y desarrollar la autoconsciencia en los estudiantes para mejorar su formación. <sup>(56)</sup>

A pesar de la transición del proceso del parto hacia una perspectiva más humana, es aún un gran desafío con restricciones, desde el ámbito social hasta el económico, e incluso abordando los retos derivados de la educación médica, se han propuesto alternativas para afrontar los desafíos planteados a el trabajo de los profesionales, tanto colectivo como individual. Borges et al <sup>(57)</sup> mencionan algunos como:

- Es importante concentrar los esfuerzos en la educación de los profesionales de la salud en una perspectiva integral para apoyar el parto natural y restaurar el papel protagonista de las mujeres en el proceso.
- Se debe aumentar la difusión de información sobre el parto humanizado a las mujeres y sus familias, así como a los equipos de salud involucrados en su atención.
- Es necesario considerar opciones no farmacológicas o alternativas como parte de la atención del parto.
- Se debe fomentar la investigación sobre el parto vertical y su implementación en la práctica clínica.

En la atención del parto vertical, se observa con carencias de capacitación en pregrado. En un estudio, donde se evaluó la capacitación en esta modalidad de parto junto a otros 28 procedimientos, pocos de los

encuestados (27,4%), refirieron haber recibido durante su internado una adecuada capacitación o habían atendido partos vaginales verticales.<sup>(58)</sup>

Esta modalidad de atención de parto es un problema para los médicos, que realizan el SERUMS, probablemente, porque no suelen realizarse en hospitales, en los cuales fueron formados, donde se prefiere el parto horizontal, por la ausencia de infraestructura apropiada y falta de capacitación. Los profesionales de la salud pueden encontrarse con pacientes que expresan su preferencia por recibir atención durante el parto en posición vertical, a pesar de no haber recibido una formación formal sobre este tipo de parto.<sup>(59)</sup>

#### **2.1.2.7. CONOCIMIENTOS**

El conocimiento puede ser conceptualizado como la acumulación de información que se obtiene y retiene a lo largo de la vida, como resultado de las experiencias vividas por un individuo. El proceso de experiencias y aprendizaje se da desde que el sujeto nace hasta que muere, logrando modificaciones en su pensamiento lo cual conlleva a cambios a nivel de acciones.<sup>(60)</sup>

La actividad humana es dinámica, compleja y diversa, lo que sugiere que el conocimiento no es una actividad puramente cognitiva. Existen actos donde la dimensión cognitiva es importante, pero estos actos son más complejos que la simple adquisición de conocimiento. Es posible analizar de manera aislada el aspecto cognitivo, pero no se pueden anular los demás aspectos. Además, la acción cognoscitiva forma parte del complejo mundo humano y se enmarca en el enfrentamiento con el mundo y con los demás.<sup>(61)</sup>

Según el concepto moderno del conocimiento científico, la relación del hombre con el conocimiento, que no se estructura al azar, sino que se cimienta en saberes metódicos, sistemáticos, fundamentados, comprobables y rigurosos; podemos distinguir que existen distintos tipos de conocimiento producido por el humano. <sup>(62)</sup>

#### **2.1.2.7.1. Conocimiento científico**

El conocimiento no científico, que también es conocido como ordinario, vulgar o de sentido común, surge de la experiencia y práctica diaria. Y se puede catalogar como el entendimiento a priori incorporado en los individuos gracias a la historia colectiva por la que son influidos. Es por ello, menciona Bordieu<sup>(63)</sup>, que el conocimiento científico está muy presente y ejerce influencia en la comunidad, ya que fue interiorizado en las bases subjetivas de esta (ética, estética, cognitiva, emocional y volitiva).

#### **2.1.2.7.2. Conocimiento pre científico**

Bunge<sup>(64)</sup> define el conocimiento pre científico como un concepto de característica inexacta, se encuentra en los límites de la ciencia moderna, como un híbrido informacional pero que no siempre logra madurar en conocimiento científico. En el conocimiento pre científico, podrían identificarse dos subespecies:

- **Seudocientífico:**

Cuando un área de conocimiento no es de carácter científico, pero se presenta como tal, se puede denominar como pseudocientífico o falsa ciencia.

- **Proto científico:**

Posee un rango mayor distando del conocimiento seudocientífico. Ya que toma como objeto de estudio un tema serio. Pero no posee

un cuerpo teórico ni experimental claro. Su diferencia con la ciencia es una cuestión de grado.

#### **2.1.2.7.3. El conocimiento científico**

El conocimiento científico se fundamenta en la evidencia y en la comprobación rigurosa a través de métodos científicos.. Bunge<sup>(65)</sup> afirma al respecto:

“El conocimiento científico es conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable, pero no infalible. Es un producto de la actividad humana en la comunidad social y comunidad científica. Con la investigación científica, el hombre alcanzó una reconstrucción conceptual del mundo, cada vez más amplia, profunda y exacta.”

#### **2.1.2.7.4. Conocimiento meta científico**

Bunge<sup>(66)</sup> refiere que el conocimiento meta científico es el cuerpo de conocimientos que tiene como objeto de estudio a la ciencia misma y no a la realidad. Dentro de sus componentes se puede observar: la lógica, la metodología y la filosofía de la ciencia. La lógica de la ciencia se refiere a la coherencia interna del conocimiento científico, mientras que la metodología de la ciencia se enfoca en la manera en que se lleva a cabo la investigación científica. Por otro lado, la filosofía de la ciencia se encarga de reflexionar sobre los fundamentos epistemológicos de la ciencia y sus implicancias para la sociedad.

En cuanto a la forma de adquisición de conocimiento, se puede observar dos tipos: el aprendizaje formal e informal. El informal se da más allá de la formación ordenada, este tipo de aprendizaje se da mediante la experiencia, exploración y el encuentro con otros. Esto no

solo se requiere en los ámbitos profesionales o laborales. Cada sujeto tiene la capacidad de enseñar y aprender incluso sin tener la intención de hacerlo. Es un proceso permanente, no estructurado ni certificable.<sup>(67)</sup>

- **Formal:** Este tiene lugar en escenarios organizados y son estructurados, estos se pueden dar en instituciones educativas de diferentes niveles. Se dice "formación" por que tiende a ser unidireccional, guiado y supervisado con la finalidad de cumplir objetivos concretos. Y plausible de certificación.
- **No formal:** se realiza en una actividad educativa organizada y sistemática, pero fuera del sistema educativo reglado, sin conseguir certificación. Sin embargo, está estructurado y hay intencionalidad por parte del alumno.

#### 2.1.2.8. ACTITUDES

La actitud se refiere a una evaluación subjetiva hacia un objeto de importancia social que se adquiere a través de la socialización y con relación a otras personas. Como es el resultado de un proceso de socialización, estas actitudes pueden modificarse mediante cambio social. Sin embargo, esto no significa que todas nuestras actitudes sean susceptibles de cambio, ya que muchas son muy estables y se mantendrán, o podrían sufrir un cambio menor a lo largo de nuestra vida.

<sup>(68)</sup>

La actitud se puede definir como una predisposición a responder a algún tipo de estímulo con alguna clase de respuesta, sea cognitiva, afectiva o conductual. el cognitivo, que se refiere a las creencias y pensamientos sobre el objeto; el evaluativo, que está relacionado con los sentimientos que se asocian al objeto; y el conductual, que hace referencia a las intenciones y comportamientos hacia el objeto.<sup>(69)</sup>

Como ya se ha señalado existen variadas definiciones. Por ejemplo, ya en 1935<sup>(70)</sup> Allport había registrado más de 100 definiciones, lo que deja evidencia de la ambigüedad del concepto y su consecuente las dificultades metodológicas para su investigación. Las actitudes son a menudo malinterpretadas como creencias, valores, estereotipos, opiniones, sentimientos, motivación, prejuicios e ideologías.

Las actitudes y el comportamiento están relacionados y se busca constantemente que influencia puede tener el primero sobre el segundo término. Las actitudes y el comportamiento pueden ser influenciados por factores como la situación en sí, las actitudes individuales y las características personales.<sup>(71)</sup>

En esta relación actitud-comportamiento, hay aspectos a considerar como su importancia (interés propio, valoración social y correspondencia con los valores del sujeto), conocimiento del objeto y su accesibilidad.<sup>(72)</sup>

Son mecanismo para la formación de actitudes los procesos: imitación, identificación, instrucción y enseñanza. Se pueden identificar varios tipos de formación de actitudes, como la imitación, la identificación, la instrucción y la enseñanza. La imitación se refiere a la replicación espontánea de una experiencia observada, mientras que la identificación implica la imitación consciente de alguien y la adopción inconsciente de su comportamiento. Por otro lado, la instrucción se refiere al proceso de adquisición de conocimientos que lleva al desarrollo de habilidades y hábitos, y la enseñanza es un proceso de formación que tiene como objetivo impulsar la conducta social del individuo.<sup>(73)</sup>

La actitud vista como la predisposición organizada para pensar, percibir, sentir y comportarse ante sucesos o procesos. Entonces, la configuración

de una escala para la medición de actitudes es un constructo hipotético, orientado a señalar la dirección de la opinión o la intensidad misma. La actitud, para efectos metodológicos, contiene un componente afectivo que puede ir desde estar "muy en desacuerdo " a "muy de acuerdo". Evaluar las actitudes implica clasificar a las personas en función de cuán positivas o negativas son sus actitudes hacia el objeto en cuestión, lo que puede reflejar su inclinación general hacia él.<sup>(74)</sup>

Las actitudes, en sí mismas, no son observables. Sino que es una variable latente que Extrapolamos por medio de la conducta observable o las afirmaciones verbales del sujeto. Otra ventaja es que si el sujeto sabe que estamos midiendo su actitud frente a un objeto modifique sus respuestas orientándolas a respuestas más aceptable socialmente. A pesar de estas limitaciones, las actitudes han sido caracterizadas y se han creado instrumentos a medida para su análisis. <sup>(75)</sup>

En cuanto a la medición de las actitudes existen diferentes métodos, así como definiciones. Siguiendo la clásica tipología de Stevens distinguiremos 4 tipos diferentes de escalas<sup>(76)</sup>:

- La escala nominal es una medida que clasifica un objeto en dos o más categorías, como "sí" o "no". En esta escala, el orden de las categorías no es relevante y solo se puede determinar si se posee o no un atributo, sin tener una graduación de éste.
- En la escala ordinal, se clasifican los objetos en un orden sin brindar información sobre la distancia entre ellos. Esta escala permite clasificar a los individuos en diferentes niveles según los atributos que poseen. Por ejemplo, se puede solicitar a los encuestados que elijan entre opciones como "totalmente de acuerdo", "de acuerdo", "indiferente o neutro", "en desacuerdo" y "totalmente en desacuerdo" para responder a una pregunta específica.

- La escala de intervalos nos proporciona información sobre la distancia entre los valores, pero no nos indica el principio métrico sobre el que se basan los intervalos. Esta escala permite a los investigadores asignar un valor numérico a cualquier evaluación arbitraria. En otras palabras, se puede medir la diferencia entre los valores, pero no se puede establecer una relación de proporción entre ellos.
- La escala de proporción es capaz de crear intervalos con medidas iguales, al igual que los tipos de escala anteriores. También permite diferenciar entre las categorías y establecer un orden entre ellas. Sin embargo, lo que la distingue es que el punto de cero en esta escala es de orden absoluto, lo que significa que puede haber una ausencia completa del atributo en ese punto.

#### **2.1.2.9. PARTO VERTICAL**

El parto vertical se refiere a cuando la mujer durante el proceso de parto adopta una posición vertical, es decir, su cuerpo y pelvis forman un ángulo entre 45 y 90 grados con el suelo. <sup>(2)</sup> La realización del parto en dicha posición posee ciertas ventajas, dentro de las más destacadas es que permite que el feto actúe como un vector de las fuerzas, orientándose por el canal de parto y facilitando el nacimiento. Dicha posición permite un proceso con más fuerza y más facilidad durante el alumbramiento.<sup>(31)</sup>

Existen diversas posiciones verticales (que aprovechan la gravedad) que pueden ser utilizadas durante el parto, como la posición sentada (usando una silla o banqueta obstétrica), la posición semisentada (con el tronco inclinado hacia atrás a 45° con respecto a la vertical), la posición de rodillas, la posición en cuclillas (con los talones pegados a los glúteos y apoyándose en un cojín de parto o en otra persona para sostener la espalda) y la posición de pie (sostenida por otra persona o utilizando una barra, rama, hamaca o cuerda). <sup>(77)</sup>

A través de los tiempos, se ha documentado la utilización de diversas posturas verticales durante el proceso de parto en varias culturas alrededor del planeta. Se han registrado prácticas de este tipo en distintas partes del mundo, tales como Turquía, Australia, regiones indias, países africanos, naciones europeas, mesoamericanas y áreas sudamericanas. La posición vertical durante el parto se justifica por ser una postura natural, que brinda mayor comodidad a la mujer y ofrece ventajas en el proceso de trabajo de parto y el periodo expulsivo. A la mayoría de estos partos en la historia los atendieron mujeres que han optado por asistir al parto recomendando lo experimentado en sí mismas. (78)

Al situarnos en Sudamérica, se observa cómo entre mujeres indígenas de la amazonía y de la sierra también se realizaron partos en posición vertical al considerarla más adecuada. La posición vertical durante el parto ha sido transmitida de generación en generación como una práctica ancestral que se considera natural y ventajosa para la mujer. En los últimos años, se generó un proceso de cambio por el que los servicios de salud han ido adecuando a las necesidades de las usuarias, con la consecuente capacitación del personal de salud, sensibilizados en temas de interculturalidad y atención del parto con libre elección de la posición. (79)

El MINSA en Perú promueve la atención del parto con criterios de seguridad y calidad similares a los de otros países, pero también con calidez y participación de la mujer en el proceso del parto. La oferta de parto vertical es una forma de acercar el sistema de salud a poblaciones que requieren este tipo de atención. (12)

Se entiende que la atención al parto sigue una cultura de atención en posición de litotomía, pero, así como ha sucedido en otros países puede ser mejorada en cuatro aspectos, los cuales se presentarían como un correcto enlace entre el saber científico, el arraigo cultural de las mujeres y el de los profesionales. Este enfoque busca mejorar la atención del parto normal mediante la eliminación de prácticas innecesarias y promoviendo prácticas basadas en evidencia científica. Se valora el papel de las mujeres y su acompañamiento durante el proceso, mejorando la relación médico-paciente. Además, se busca humanizar y dignificar la atención del parto, proporcionando comodidad y pertinencia cultural. El parto normal se considera un proceso fisiológico único que culmina con el nacimiento sin complicaciones, y solo requiere apoyo integral y respetuoso. <sup>(80)</sup>

#### **2.1.2.9.1. PARTO VERTICAL EN EL PERÚ**

Existen tres enfoques principales en la atención del parto a nivel mundial. El primero, que se caracteriza por una atención altamente medicalizada y tecnológica y está centrado en el médico, se encuentra en países como Brasil, Bélgica, Estados Unidos, Francia, Irlanda o Rusia. El segundo enfoque, liderado por matronas y con una fuerte carga social, busca la autonomía de la mujer y una menor tasa de intervención, y se encuentra en países como Holanda, Nueva Zelanda y los países escandinavos. El tercer enfoque es una combinación de los dos anteriores y se encuentra en países como Alemania, Australia, Canadá, España, Japón y el Reino Unido. En los países en vías de desarrollo, hay una marcada presencia del estilo biomédico del primer modelo, mientras que en espacios rurales existe aún una presencia de las parteras y un modelo social. <sup>(81)</sup>

Esta brecha ha dado paso a la búsqueda de puntos de encuentros entre ambas miradas, las cuales se recogen y sustentan la ya mencionada “Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural”. Esta norma del MINSA busca visibilizar la necesidad de sensibilización respecto a las barreras culturales existentes, dicha modalidad de atención ya viene siendo practicada en algunas regiones donde se atiende a población rural (Cajamarca, Cusco, Amazonas, Apurímac, Huánuco, Huancavelica, San Martín, Ayacucho, Puno, entre otras).<sup>(2)</sup>

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), la tasa de partos institucionales (realizados en centros de salud) aumentó del 81.3% en 2009 al 89.2% en 2014, y en zonas rurales, del 57.6% al 72% en ese mismo período. El Instituto Nacional de Estadística e Informática en las Estadísticas del Bicentenario señala a atención del parto en establecimientos de salud ha aumentado significativamente en las últimas décadas. En 1986, solo el 49,0% de los partos se realizaban en centros de salud, mientras que en el 2020 esta cifra se incrementó al 94,3%. La brecha entre áreas urbanas y rurales también se ha reducido, pasando de una diferencia de 58,7 puntos porcentuales en el año 2000 a 13,7 puntos porcentuales en el 2020. En el área urbana, el 97,6% de los partos se realizan en establecimientos de salud, mientras que en el área rural alcanzó el 83,9%.<sup>(82)</sup>

La implementación de diversas estrategias por parte del MINSA ha resultado en logros importantes en la disminución de la mortalidad materna y neonatal en el país. Entre estas estrategias se encuentran la adecuación intercultural, el parto vertical, las casas de espera maternal y la cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS). La adecuación cultural de los establecimientos de salud y el parto vertical

han sido particularmente efectivos en disminuir las barreras culturales y aumentar la tasa de parto institucional de manera sostenida.<sup>(7)</sup>

La expansión de los partos institucionalizados se evidencia tanto en áreas urbanas como rurales de Perú. Según los datos recientes de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, se observa un mayor porcentaje (95%) en la zona costera en comparación con la selva (83.5%) y la sierra (91.2%). Esto demuestra que el incremento de este importante servicio ha sido notable en todo el país, con un mayor alcance en las áreas costeras.<sup>(83)</sup>

Aunque no existen suficientes datos estadísticos para demostrar los beneficios de la política de salud del Perú en la reducción de la mortalidad materna, señala que se han producido cambios importantes a nivel nacional en las condiciones de vida de las mujeres, como el aumento del nivel educativo y la fuerza laboral femenina, la disminución de la fertilidad gracias al mayor uso de anticonceptivos y una mejor comunicación ante emergencias obstétricas. Además, la disminución de la mortalidad materna en el país se debe en gran parte a la implementación de políticas públicas de salud, que incluyen la inclusión de la población en los sistemas de salud, la ampliación de la infraestructura y la mejora de las capacidades de respuesta institucionales, así como la adecuación cultural y la libertad de elección en la forma de parto para atraer a las usuarias que antes no se aproximaban a los servicios de salud debido a razones culturales.<sup>(84)</sup>

El Proyecto Churcampa es uno de los casos más destacados en el Perú respecto a la atención del parto vertical. Este proyecto ha obtenido reconocimiento a nivel mundial y ha ganado el primer lugar en un concurso internacional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el concurso Regional de Buenas Prácticas de la Iniciativa

Maternidad Segura de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y OMS . Durante más de una década, se trabajó en la concienciación de los profesionales médicos y obstetras que trabajan en Churcampa, logrando un mayor protagonismo de la mujer en el parto. Como resultado, la tasa de asistencia de las gestantes a estos centros ha aumentado significativamente, pasando del 5,8% en 2004 al 70,3% en 2015. <sup>(85)</sup>

El Servicio de Ginecología Obstetricia del Instituto Nacional Materno Perinatal en el 2009 ha incluido una norma de atención para el parto en posición vertical. Esta norma incluye la posibilidad de tener acompañamiento durante el parto para atender las necesidades de las mujeres y aprovechar los beneficios del parto en esta posición. El enfoque del parto vertical reconoce y valora el papel protagonista de la mujer en un proceso natural, cercano y familiar, sin medicalización. De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA), el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) ha atendido 1,389 partos verticales durante el primer trimestre del 2019, en comparación con los 561 partos con analgesia. EL MINSA asegura que existen varios lugares en Lima donde se realizan partos verticales. En Lima Sur, se encuentran los Centros Maternos Infantiles San Bartolo, de Pucusana, San José, José Gálvez, César López Silva, Villa María del Triunfo, San Genaro de Villa, Ollantay y Portada de Manchay. Por otro lado, en Lima Norte, se encuentran Ancón y Zapallal. Asimismo, en Lima Este se encuentran el Centro de Santa Anita, Salud Piedra Liza, Chaclacayo, San Fernando y el Hospital Huaycán. <sup>(86)</sup>

En Perú, la humanización del parto aún no es muy común, pero su práctica está en aumento. Dentro de esta práctica, se toma en cuenta la opinión de la pareja sobre la posición de parto (vertical versus horizontal), así como el ambiente del parto, y la decisión final

corresponde a la madre. Para brindar la mejor atención posible y cuidar la relación madre-hijo de manera inmediata, el servicio cuenta con el apoyo de un especialista que orienta a la madre y actúa solo en caso de ser necesario. Se observó, que durante la pandemia del COVID-19, se estuvo restringiendo los accesos de familiares y acompañantes a los centros hospitalarios para proteger la salud de la mujer embarazada. A pesar de esto, miles de profesionales siguen trabajando para ofrecer calidad y seguridad a los pacientes, y se están llevando a cabo consultas remotas para que médicos y pacientes puedan mantener una comunicación efectiva. <sup>(87)</sup>

Para la atención del parto vertical en establecimientos de Salud se requiere de los siguientes componentes <sup>(12)</sup>:

### **Ambiente adecuado**

Se requiere de una sala de partos apropiada para realizar el parto en posición vertical, la cual debe ofrecer comodidad tanto para la madre como para el personal médico. Es fundamental disponer de una Historia Clínica Materno Perinatal, un Carné Perinatal, un Partograma OMS, un conjunto de prendas estériles para el parto, acceso a sangre segura, suministros de laboratorio y un sistema de registro de eventos vitales, como el certificado de nacimiento. Asimismo, se deben disponer de un paquete completo de medicamentos e insumos para emergencias obstétricas y medidas de bioseguridad para proteger la salud de la madre y del personal médico en todo momento.

### **Recurso Humano**

Es fundamental disponer de una Historia Clínica Materno Perinatal, un Carné Perinatal, un Partograma OMS, un conjunto de prendas estériles para el parto, acceso a sangre segura, suministros de laboratorio y un sistema de registro de eventos vitales, como el certificado de nacimiento. Además, es fundamental que se cuente con

especialistas competentes en la atención prenatal, como médicos pediatras o neonatólogos, médico general o enfermera competentes.

### **Infraestructura**

En todos los establecimientos de salud que brindan atención obstétrica y neonatal, incluyendo los estratégicos, se requiere la disponibilidad de servicios de ginecología y obstetricia de emergencia, centros obstétricos y hospitalizaciones, de acuerdo con la Directiva Sanitaria N° 001 del MINSA/DGSPV.01. El ambiente del lugar debe reflejar las características culturales de la zona. La sala de parto debe estar equipada y configurada para permitir dos posiciones: vertical y horizontal. Deben proporcionarse muebles y accesorios adecuados, como sillas de diferentes tamaños, mesas con bases de cemento, pieles, ropa de cama y cojines de diferentes tamaños y formas. También deben estar disponibles varios utensilios, como termos, jarras y termómetros ambientales, y utilería como relojes de pared, fajas, sogas y estufas. Además, se debe contar con un maletín de emergencia que contenga medicamentos y hierbas caseras, incluyendo las claves Roja, Azul y Amarilla para emergencias obstétricas.

#### **2.1.2.9.2. VENTAJAS DEL PARTO VERTICAL**

En la búsqueda de literatura, se han identificado numerosos beneficios asociados al parto en posición vertical y sus variaciones, los cuales se fundamentan en el efecto de la gravedad sobre la circulación sanguínea del útero, la eficacia de las contracciones y la alineación fetal con los ángulos y diámetros pélvicos, entre otros factores. Resultados que han sido estudiado para evaluar sus efectos en la salud de la madre y el bebé. Además, se han realizado estudios para determinar la satisfacción de las mujeres con el parto vertical, que a menudo se lleva a cabo con prácticas de parto humanizado. Los

resultados sugieren que este enfoque puede aumentar la satisfacción de las usuarias y reducir el uso de anestesia, episiotomías, hemorragias postparto y otras complicaciones asociadas al parto.<sup>(88, 89)</sup>

Las pacientes que adoptan una posición vertical o caminan durante el trabajo de parto pueden experimentar un período de dilatación aproximadamente una hora y veinte minutos más corto que aquellas que permanecen en posición horizontal.<sup>(90)</sup> Además la posición erguida también favorece la contracción más efectiva del útero, lo que puede ayudar al bebé a colocarse en una posición más favorable<sup>(91)</sup>

Diversos estudios han encontrado que el parto en posición vertical puede tomar menos tiempo que el parto horizontal en la segunda etapa. Se encontró que el tiempo promedio de duración del parto vertical fue de aproximadamente 55 minutos, mientras que en posición horizontal fue de alrededor de 73 minutos.<sup>(92- 94)</sup>

Cuando una mujer que da a luz en posición vertical, hay menos riesgo de comprimir la aorta de la madre, lo que significa que hay un mejor suministro de oxígeno al bebé. El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, no afectando la oxigenación del feto.<sup>(95)</sup>

Se ha encontrado que las mujeres que adoptan posiciones no supinas, como las variantes de la posición vertical, experimentan menos edema vulvar.<sup>(96)</sup>

Según investigaciones realizadas, se ha evidenciado que el parto en

posición vertical reduce la necesidad de instrumentalización en comparación con el parto en posición horizontal. <sup>(97, 98)</sup>

Diversos estudios han demostrado que la episiotomía se realiza con mayor frecuencia en pacientes que dan a luz en posición horizontal, en comparación con aquellas que optan por una posición vertical o variantes. Esto se ha observado en investigaciones realizadas tanto en el ámbito nacional como internacional <sup>(79, 91, 93)</sup>

Se ha encontrado que el parto en posición vertical se asocia con una menor tasa de cesáreas en comparación con el parto en posición de litotomía. Un estudio específico encontró que el 46,4% de las pacientes que optaron por la posición horizontal necesitaron cesáreas, mientras que solo el 12,3% de las pacientes que eligieron la posición vertical y sus variantes necesitaron esta intervención quirúrgica. <sup>(91)</sup>

En los casos de parto vertical, no se registró ninguno de retención de placenta en el parto en posición vertical, a diferencia del parto en posición horizontal.. Durante la tercera etapa del trabajo de parto, no hubo casos de placenta retenida en parturientas que adoptaron posición vertical, pero hubo un 4% de casos de placenta retenida en parturientas que adquirieron posición de litotomía. <sup>(98)</sup>

Se ha encontrado que ciertas posiciones en el trabajo de parto, como estar de rodillas, de pie, cuclillas y sentadas, son beneficiosas para la estructura ósea de la pelvis. Estas posiciones permiten un mayor rango de movimiento del cóccix y un menor ensanchamiento de la sínfisis púbica, lo que puede reducir el riesgo de parto obstruido o el desarrollo de otras disfunciones relacionadas con el parto. <sup>(99)</sup>

En resumen, no hay una posición única que sea mejor para el trabajo de parto, ya que es un proceso dinámico y puede variar de una mujer a otra. Por consiguiente, es fundamental que el personal médico esté capacitado para asistir a las mujeres en la búsqueda de una posición cómoda durante el trabajo de parto, evitando restricciones innecesarias. La evidencia disponible sugiere que la posición vertical durante el trabajo de parto no es perjudicial y no obstaculiza el progreso del parto, por lo que se debe fomentar su uso. En términos generales, se recomienda alentar a las mujeres a adoptar cualquier posición que les brinde comodidad durante el proceso del trabajo de parto.

#### **2.1.2.9.3. DESVENTAJAS DEL PARTO VERTICAL**

Desventajas del parto vertical incluyen aumento del sangrado, complicaciones en mujeres no indígenas y posible incomodidad para el personal médico. Se ha discutido sobre el posible aumento del sangrado durante el parto vertical en comparación con el horizontal.<sup>1</sup> Y existe evidencia que sugiere que hay una relación entre el aumento del sangrado y las posiciones variantes del parto vertical, como la posición sentada o semi-sentada.<sup>(97)</sup>

Aunque se considera la posición en cuclillas la más natural para el parto vertical, puede presentar complicaciones en mujeres no indígenas que no estén debidamente preparadas. Sin embargo, existen otras posiciones alternativas que se pueden utilizar para evitar este problema.<sup>(100)</sup>

Además se ha observado que las posiciones utilizadas en el parto vertical pueden generar incomodidad en el personal médico que

atiende el parto. Sin embargo, existen algunas alternativas, como el uso de bancos o sillas, que pueden proporcionar una mayor comodidad tanto para la parturienta como para el médico durante el proceso del parto. <sup>(23, 93)</sup>

#### **2.1.2.9.4. INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES DEL PARTO VERTICAL**

La atención del parto en posición vertical requiere la presencia de profesionales de la salud capacitados y con experiencia en esta práctica. Para garantizar la seguridad de la madre y el bebé, es importante que se observen las indicaciones clínicas y las contraindicaciones antes de proceder a la atención del parto en posición vertical. <sup>(12)</sup>

Entre las indicaciones para la realización de un parto vertical se encuentra la gestación sin complicaciones obstétricas, es decir, sin enfermedades o problemas que puedan afectar el proceso del parto. Además, es necesario que el feto presente una presentación cefálica, es decir, que su cabeza sea la parte que está más cercana al canal del parto, ya que esto facilita el proceso de expulsión. También se requiere la compatibilidad feto pélvica, lo que significa que la pelvis de la madre debe ser lo suficientemente amplia para permitir que el bebé pase sin dificultades durante el proceso del parto. <sup>(2)</sup>

El parto en posición vertical no es recomendable en casos de cesárea anterior, cesárea reiterativa, incompatibilidad feto-pélvica, sufrimiento fetal, presentación de nalgas, embarazo gemelar, distocia de presentación, distocia de cordón, distocias de contracción, macrosomía fetal, prematuridad, hemorragia del tercer trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta), ruptura

prematura de membranas con cabeza alta, embarazo post término, pre eclampsia severa, eclampsia y antecedente de parto complicado. Es importante tener en cuenta estas contraindicaciones y seguir las recomendaciones médicas para asegurar una atención segura durante el parto. <sup>(2)</sup>

### 2.1.3. GLOSARIO DE TÉRMINOS

1. **Actitudes** <sup>(67)</sup>: son las respuestas emocionales y evaluativas hacia ciertos objetos, personas o situaciones. Reflejan predisposiciones y valores que influyen en la forma en que las personas se relacionan y reaccionan ante distintos aspectos de su entorno.
2. **Atención del Parto en Posición Vertical** <sup>(2)</sup>: se basa en permitir que la mujer dé a luz en una posición vertical, como de pie, agachada o sentada, reconociendo sus beneficios potenciales para el proceso de parto y la salud materna.
3. **Conocimientos** <sup>(60)</sup>: se refieren al conjunto de información, datos y comprensión que una persona posee sobre un tema específico, adquiridos a través de la educación, la experiencia y el aprendizaje.
4. **Educación Médica** <sup>(49)</sup>: es el proceso de formación y capacitación de individuos para convertirse en profesionales de la salud, adquiriendo los conocimientos y habilidades necesarios para ejercer la medicina de manera competente y ética.
5. **Interculturalidad** <sup>(47)</sup>: se refiere al diálogo y el intercambio de valores, conocimientos y prácticas entre diferentes culturas. Implica el reconocimiento y respeto mutuo de las diferencias culturales y la promoción de la convivencia armónica en sociedades diversas.
6. **Muerte Materna** <sup>(81)</sup>: se refiere al fallecimiento de una mujer durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días posteriores al parto, debido a causas relacionadas con el embarazo o sus complicaciones.
7. **Muerte Perinatal** <sup>(82)</sup>: engloba los fallecimientos ocurridos en la última etapa del embarazo (desde la semana 28 de gestación) hasta los primeros siete días de vida del recién nacido.

8. **Parto Vertical** <sup>(2)</sup>: es una posición en la que la madre da a luz estando en una posición vertical, como de pie, agachada o sentada, en contraste con la posición tradicional de litotomía en la que la mujer está acostada en la espalda. Esta posición puede influir en diversos aspectos del proceso de parto y atención.
9. **Pertinencia Cultural** <sup>(12)</sup>: es la adecuación y adaptación de las acciones, servicios y políticas a las características culturales de una población específica. Busca garantizar que las intervenciones sean culturalmente sensibles y apropiadas para satisfacer las necesidades de una comunidad determinada.
10. **Posición de Litotomía** <sup>(8)</sup>: es una posición tradicional para el parto en la que la mujer está acostada boca arriba con las piernas sostenidas en estribos. Es ampliamente utilizada en la atención médica, pero puede tener implicaciones en la experiencia del parto y la salud materna.
11. **Prácticas Tradicionales** <sup>(48)</sup>: son acciones, costumbres y métodos que han sido transmitidos de generación en generación dentro de una comunidad, a menudo enraizados en la cultura y la historia.
12. **Salud Materna** <sup>(83)</sup>: se refiere al estado de bienestar físico, mental y social de las mujeres durante el embarazo, el parto y el período posparto, con énfasis en la prevención y atención de complicaciones relacionadas con estos procesos.
13. **Servicio Rural y Urbano Marginal (Serums)** <sup>(58)</sup>: es un programa de formación y servicio en el ámbito de la salud en el Perú. Ofrece a los profesionales de la salud la oportunidad de brindar atención en áreas rurales, urbanas marginales y zonas de difícil acceso, contribuyendo así a la equidad en la atención médica.

## 2.2. HIPOTESIS

Entre los egresados de medicina humana de la UNMSM del 2022 existe un nivel moderado de conocimientos respecto al parto vertical, pero actitudes contrarias a su práctica.

## 2.3. METODOLOGÍA

### 2.3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Según la tipología de Hernández Sampieri y cols.<sup>(101)</sup> el presente estudio se detalla como:

#### TIPO:

**Cuantitativo**, ya que involucra la medición de variables dentro de un contexto específico, con el propósito de derivar conclusiones que reflejen la realidad objetiva de las variables presentadas.

#### DISEÑO:

**Observacional (No experimental)**, porque realizó sin manipular deliberadamente variables. Es decir, se trata de un estudio en el que no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables

**Descriptivo**, porque se buscó especificar las características de la población en estudio al someterla a un análisis.

**Transversal**, porque se midieron las variables recolectan datos en un solo momento.

En la presente tesis se recolectó la información de los egresados de medicina respecto a sus conocimientos y actitudes para la atención de parto vertical. La información fue colectada mediante encuestas vía online, información que será analizada estadísticamente con el objetivo de probar la hipótesis planteada. Además, no hubo manipulación de ninguna de las variables y solo se describió los resultados obtenidos de las variables que se midieron en un solo momento.

### **2.3.2. POBLACIÓN Y DE ANÁLISIS**

**Población:** El presente estudio se enfoca en una población específica, compuesta por 115 egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Estos egresados han culminado sus estudios el 2022.

**Unidad de análisis:** egresado de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que culminó la carrera el 2022

### **2.3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN**

**Criterios de inclusión:**

- Egresado de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos de ambos sexos sin restricción de edad.

**Criterios de exclusión:**

- Egresados de Medicina humana de la UNMSM que no aceptaron participar del estudio.

### **2.3.4. MUESTRA, MUESTREO Y TAMAÑO MUESTRAL**

Muestreo censal: En este estudio se incluyó todos los egresados de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos que completaron sus estudios durante el año 2022, ya que la cantidad de personas en esta población es considerada pequeña.

### **2.3.5. VARIABLES**

Las variables de estudio están compuestas por los conocimientos sobre parto vertical, las actitudes frente a las mismas y variables sociodemográficas (edad y sexo).

**Nivel de conocimientos para la atención del parto vertical:** La definición hace referencia al término "conocimiento" que se refiere al conjunto de información, habilidades, experiencias y principios que una persona adquiere a lo largo de su vida. En este caso, se menciona

que se adquiere y retiene a través de la observación y la experiencia, lo que sugiere que se trata del conocimiento relacionado con la atención del parto vertical. Este tipo de conocimiento puede ser tanto teórico como empírico, y puede ser aplicado por los profesionales de la salud en su práctica clínica para garantizar una atención adecuada y segura durante el parto vertical.

**Nivel de actitudes para la atención del parto vertical:** Se refiere a la disposición que tienen los egresados de Medicina Humana frente a la atención del parto vertical, la cual puede ser favorable o desfavorable y está influenciada directa o indirectamente por su experiencia previa en el tema. Esta predisposición puede manifestarse en el comportamiento y en la toma de decisiones durante la atención del parto en posición vertical.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

**Tabla N°1 Operacionalización de Variables**

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Definición operacional de las Dimensiones	Tipo de variable	Escala de Medición	Indicador	Instrumento
Nivel de conocimientos para la atención del parto vertical	El término que describe el conjunto de ideas, conceptos, hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida a través de la observación y experiencia del sujeto en relación con la atención del parto vertical es el conocimiento.	La evaluación del nivel de conocimiento de los egresados de Medicina Humana graduados en el 2022 sobre las siguientes áreas del parto vertical, incluyendo: 1. Definiciones y Posiciones, 2. Ventajas y Desventajas, y 3. Indicaciones y Contraindicaciones.  Se utilizó un cuestionario validado y confiable de opciones múltiples, compuesto por 14 preguntas específicas que cubren las tres áreas mencionadas. Cada pregunta evaluará la comprensión y el nivel de conocimiento de los participantes en relación con cada una. Las	•Definiciones y Posiciones	Información que poseen los egresados de Medicina Humana sobre la interpretación correcta de términos y las variedades de posiciones que caracterizan al parto vertical que se indagarán mediante el cuestionario	Categoría politómica	Ordinal	Nivel de conocimiento	Cuestionario de Rodriguez L (2016)
			•Ventajas y Desventajas	Información que poseen los egresados de Medicina Humana para identificar si los participantes reconocen y comprenden los beneficios y posibles limitaciones para la atención del parto vertical que se indagarán mediante el cuestionario				
			•Indicaciones y Contraindicaciones	Información que poseen los egresados de Medicina Humana para identificar las condiciones adecuadas y las situaciones en las que el parto vertical podría no ser seguro o apropiado que se indagarán mediante el cuestionario				

		respuestas de los participantes se calificarán según la precisión y profundidad de sus respuestas, de acuerdo con las opciones proporcionadas en el cuestionario						
Nivel de actitudes para la atención del parto vertical	Disposición que tienen los egresados de Medicina Humana para responder de manera positiva o negativa ante la atención del parto en posición vertical, influenciados directa o indirectamente por su experiencia, y que puede manifestarse en su comportamiento y decisiones.	La evaluación de las actitudes de los egresados de Medicina Humana graduados en el 2022 hacia la atención del parto vertical.	•Actitud sobre la atención del parto vertical	Las percepciones y sentimientos expresados por los participantes en relación a la atención del parto vertical, evaluados a través de una escala de Likert	Categórica politómica	Ordinal	Nivel de actitud	Escala de Likert de Rodriguez L (2016)
		Estas actitudes se medirán utilizando una escala de Likert. Las respuestas serán analizadas y categorizadas según niveles de favorabilidad, que incluyen: muy desfavorable, desfavorable, favorable o muy favorable. La	•Opinión sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical	Las perspectivas de los participantes acerca de los aspectos culturales relacionados con la atención del parto vertical, capturadas mediante una escala de Likert				
			•Actitud de respeto por la elección del parto vertical	Las actitudes y creencias de los participantes en torno al respeto hacia la elección de la posición en el parto vertical, medidos mediante una escala de Likert				

		escala de Likert permitirá capturar la variabilidad en las actitudes de los participantes, ofreciendo una comprensión más completa de su disposición hacia la atención del parto vertical.	•Percepción sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical	La percepción y comprensión de los participantes en relación a los aspectos emocionales y afectivos asociados a la atención del parto vertical, evaluados mediante una escala de Likert				
Edad	Medida de la cantidad de tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.	Años transcurridos desde el nacimiento hasta la actualidad autoreportado por el egresado	-		Numérica continua	De razón	Edad (en años)	Cuestionario Demográfico de Rodríguez L (2016)
Sexo	Conjunto de características biológicas que definen al hombre y a la mujer	Sexo autoreportado por el egresado. Considerado como masculino o femenino.	-		Categórica dicotómica	Nominal	Sexo	Cuestionario Demográfico de Rodríguez L (2016)

**Fuente:** Elaboración propia.

### 2.3.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

El instrumento que se utilizó para medir tanto los conocimientos como las actitudes de los egresados de Medicina Humana en relación a la atención del parto vertical fue el cuestionario elaborado por Rodríguez en 2016. <sup>(28)</sup>

El estudio realizado por Rodríguez <sup>(28)</sup> en el Perú se enfocó en analizar los conocimientos, actitudes de las obstetrices en relación al parto vertical. Para esta investigación, se utilizaron dos secciones específicas del instrumento:

1. La sección 1 del cuestionario utilizado en este estudio evaluó el nivel de conocimientos sobre el parto vertical. Consta de 14 preguntas con respuesta politémica, donde cada respuesta correcta se calificó con un punto y cada respuesta incorrecta con cero puntos. El nivel de conocimiento se determinó a partir del puntaje total obtenido, clasificándose como alto conocimiento si se obtuvieron 9 puntos o más, conocimiento medio si se obtuvieron de 5 a 8 puntos, y bajo conocimiento si se obtuvieron menos de 5 puntos.
2. La Sección 2 de la encuesta evaluó las actitudes del encuestado hacia el parto vertical mediante un cuestionario de 15 preguntas en una escala de Likert modificada. Estas preguntas se dividieron en cuatro subsecciones: preguntas generales, aspectos culturales, respeto por la elección y aspectos afectivos. Las respuestas se calificaron del 1 al 5. Las preguntas se calificaron del 1 al 5, siendo las 1, 2, 4, 6, 9, 10, 11, 13, 14 y 15 de connotación positiva, por lo que su calificación fue de completamente en desacuerdo (+1) a completamente de acuerdo (+5), y las preguntas 3, 5, 7, 8 y 12 de connotación negativa, y su calificación fue de completamente de acuerdo (+1) a completamente en desacuerdo (+5). El puntaje total se determinó sumando las

respuestas, y se estableció un punto de corte de 56 puntos para clasificar las actitudes como favorables o desfavorables.

La validez del instrumento fue evaluada mediante prueba binomial con corrección cualitativa de los ítems que no alcanzaron significancia. Por otro lado, la confiabilidad del cuestionario obtuvo un alfa de Cronbach superior a 0,6 tanto para su componente de conocimientos como para el de actitudes. <sup>(28)</sup>

### **Dimensiones de Conocimientos y Actitudes:**

En este estudio, se empleó el cuestionario desarrollado por Rodríguez Honorio en 2016 <sup>(28)</sup> para evaluar los conocimientos y actitudes en relación al parto vertical. Este cuestionario fue originalmente creado para evaluar a los internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú. El instrumento se compone de tres dimensiones específicas para medir los conocimientos de los participantes: definiciones y posiciones, ventajas y desventajas, e indicaciones y contraindicaciones. Además, se establecieron cuatro dimensiones para evaluar las actitudes hacia el parto vertical, que incluyen la actitud hacia la atención, la opinión sobre los aspectos culturales, la actitud de respeto por la elección, y la percepción de los aspectos psico-afectivos. Este cuestionario fue utilizado como herramienta de medición para obtener datos sobre los conocimientos y actitudes de los participantes en este estudio.

En primer lugar, la división de los conocimientos en tres dimensiones permite tener una visión más detallada sobre qué conocimientos específicos tienen los encuestados sobre el tema, lo cual puede ser útil para identificar áreas que requieren mayor atención y formación. Por otro lado, la división de las actitudes en cuatro dimensiones permite una evaluación más completa de las

actitudes de los encuestados hacia el parto vertical, ya que aborda diferentes aspectos que pueden influir en la toma de decisiones y en la calidad de la atención brindada. Esto permite diseñar intervenciones y programas de formación que promuevan una atención más informada, respetuosa y humana para las mujeres en el momento del parto. La combinación de estas dimensiones permitirá un análisis integral de los datos obtenidos y una mejor comprensión de los conocimientos y actitudes de los participantes en relación al parto vertical.

## **Valoración de los Puntajes de Conocimientos y actitudes**

### **Nivel de conocimiento**

Se determinó el nivel de conocimiento acerca del Parto Vertical utilizando la escala de Estanones, que divide el conocimiento en categorías de "Alto", "Medio" y "Bajo". Esto se logró mediante el uso de estimadores específicos.

- Constante de 0,75
- Media (X)
- A = Punto de corte menor
- B = Punto de corte mayor
- Desviación estándar (DS)

$$A = X - DS (0.75) = 10,91 - 1,71 (0.75) = 9,63$$

$$B = X + DS (0.75) = 10,91 + 1,71 (0.75) = 12,19$$

“Alto” > “12,19”

“Medio” De “9,63” hasta “12,19”

“Bajo” < “9,63”

Para calcular el nivel de conocimiento en cada sección, se utilizaron los siguientes estimadores:

**Conocimientos de definiciones y posiciones:**

$$A = X - DS (0.75) = 3,12 - 0,83 (0.75) = 2,48$$

$$B = X + DS (0.75) = 3,12 + 0,83 (0.75) = 3,76$$

“Alto” > “3,76”

“Medio” De “2,48” hasta “3,75”

“Bajo” < “2,47”

**Conocimientos de ventajas y desventajas:**

$$A = X - DS (0.75) = 4,19 - 0,94 (0.75) = 3,29$$

$$B = X + DS (0.75) = 4,19 + 0,94 (0.75) = 4,96$$

“Alto” > “4,96”

“Medio” De “3,29” hasta “4,95”

“Bajo” < “3,28”

**Conocimientos de indicaciones y contraindicaciones:**

$$A = X - DS (0.75) = 3,59 - 0,99 (0.75) = 2,91$$

$$B = X + DS (0.75) = 3,59 + 0,99 (0.75) = 4,27$$

“Alto” > “4,27”

“Medio” De “2,91” hasta “4,26”

“Bajo” < “2,90”

**Baremos para las actitudes**

En el estudio realizado, se empleó el programa estadístico STATA 17 para establecer un baremo de actitudes en la tesis, utilizando los percentiles 25, 50 y 75 en lugar de las fórmulas basadas en la media y desviación estándar utilizadas en el estudio de Rodríguez. <sup>(28)</sup> Esta elección metodológica se realizó con el propósito de modificar la forma en que se establecen los puntos de corte, permitiendo una clasificación más precisa de las actitudes de los egresados.

Además del análisis del puntaje total obtenido por los participantes en el estudio, se dividieron las actitudes en cuatro dimensiones: atención del parto vertical, aspectos culturales, respeto por la elección y aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical. Para cada dimensión, se determinaron los puntos de corte utilizando los percentiles 25, 50 y 75.

Estos nuevos puntos de corte, establecidos mediante percentiles, permiten una clasificación más precisa y ajustada a la distribución de los datos en cada dimensión evaluada. Esta metodología

presenta ventajas al considerar los percentiles, ya que proporcionan una forma robusta y no paramétrica de establecer los puntos de corte, teniendo en cuenta la posición relativa de los participantes en la muestra.

<b>Tabla N°2 Puntos de Corte de Actitudes totales y dimensiones</b>			
<b>ACTITUDES TOTALES</b>			
<b>PERCENTIL</b>	<b>Percentil 25</b>	<b>Percentil 50</b>	<b>Percentil 75</b>
<b>Punto de Corte</b>	55,75	60	64
<b>DIMENSIONES</b>			
<b>PERCENTIL</b>	<b>Percentil 25</b>	<b>Percentil 50</b>	<b>Percentil 75</b>
Atención de parto vertical	16	17	20
Aspectos culturales	16	17.5	19
Respeto por la elección	11	12	14
Aspectos afectivos	11	12	14

**Fuente:** Elaboración propia

### **2.3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para llevar a cabo la investigación, se solicitó a la Escuela de Medicina Humana de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos una lista de egresados que hayan finalizado sus estudios en el año 2022. Se estableció contacto con cada egresado mediante correo electrónico, donde se explicó el objetivo del estudio y se presentó el consentimiento informado. Si el egresado aceptó, se le envió el cuestionario a través del Formulario gratuito en línea de la Plataforma Google Forms. Además, se realizó una llamada telefónica para confirmar su participación y responder preguntas. La información recopilada se ingresó en una matriz de datos en Excel 2019.

### **2.3.8. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS**

Después de verificar y limpiar los datos obtenidos, se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y las

variables relevantes, utilizando medidas de tendencia central (como la media o mediana) y dispersión (como la desviación estándar o el rango intercuartil) para las variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas. Se llevó a cabo un análisis bivariado explorando las diferencias de las variables de interés según la variable sexo. Los resultados se presentan en tablas y gráficos según es necesario. Para el análisis se utilizó el paquete STATA versión 17. Se considerará un p significativo de 0.05

## 2.4. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En la sección de bibliografía se incluye la referencia de todas las fuentes de información utilizadas en la tesis, ya sea texto, imágenes o tablas. Se garantiza que todos los participantes otorgaron su consentimiento informado antes de participar en el estudio. Además, se protegió su anonimato mediante la eliminación de cualquier dato que pueda identificarlos, como sus nombres. En su lugar, se utilizó un código único para cada participante, generado específicamente para este estudio.

La Data del presente estudio se ha obtenido respetando los principios bioéticos. Los principios que se consideraron fueron el de justicia, autonomía y no maleficencia.

- **Justicia** al procurar tratar a cada participante como corresponde y de igual forma, sin importar condición alguna.
- **Autonomía** que incluye respetar la autodeterminación y privacidad de los participantes.
- **No maleficencia** ya que produjo consecuencias negativas de ningún tipo como producto de la aplicación de los cuestionarios

El investigador garantiza la transparencia en la obtención y uso de la información obtenida en la investigación, asegurándose de respetar la privacidad y anonimato de los participantes. Se solicitó el consentimiento

informado de todos los participantes y se cumplió con los principios de la declaración de Helsinki en cuanto a la ética en la investigación con seres humanos. El investigador declara haber sido veraz en la declaración de los procedimientos utilizados en la investigación. <sup>(102)</sup>

Antes de llevar a cabo el estudio, el protocolo fue sometido a revisión por el comité de ética en investigación de la Facultad de Medicina de San Fernando. Las sugerencias y recomendaciones que emita este comité fueron tomadas en cuenta para mejorar la ejecución del estudio y garantizar la ética en la investigación.

### 3. CAPITULO III

#### 3.1. RESULTADOS

Del total de la población de 115 se incluyeron en el estudio 98 participantes, la media de edad de los participantes fue 28.01 años (DE= 3.27 años), mayoritariamente solteros (94.90%) y con una ligera mayoría de hombres (55.10%) (**Tabla 3**).

**Tabla N° 3.** Características de los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, Lima-Perú, 2022

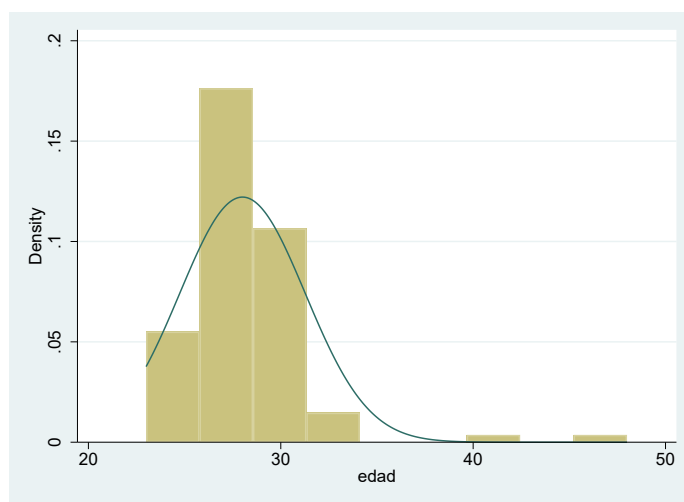
Característica	n	%
<b>Edad*</b>	28.01 (26-29)	
<b>Sexo</b>		
Mujer	44	44.90
Varón	54	55.10
<b>Estado Civil</b>		
Casado	1	1.02
Conviviente	3	3.06
Divorciado	1	1.02
Soltero	93	94.90

\* median y rango intercuartilar (p25 - p75)

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

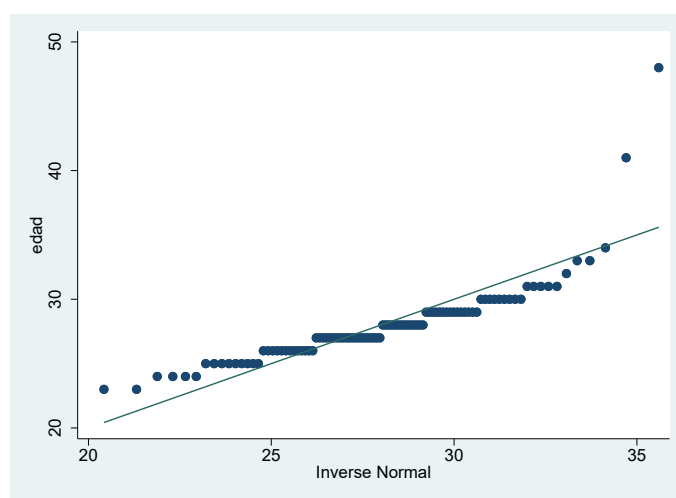
La edad media fue 28.01 mientras que la mediana fue 27.50. Por otro lado, el sesgo (skewness) fue de 2.99 y la curtosis fue 17.82. Por otro lado, el histograma nos muestra que la variable edad no sigue una distribución gauseana (**Gráfico N° 1**) y el gráfico cuantil cuantil (**Gráfico N° 2**) nos evidencia la presencia de valores extremos principalmente en su límite superior. (**Gráfico N° 2**)

**Gráfico N° 1.** Histograma de la edad egresados de



Medicina Humana de la UNMSM en Lima, Perú en 2022

**Gráfico N° 2.** Gráfico cuantil-cuantil de la edad egresados de Medicina Humana de la UNMSM en Lima, Perú en 2022



Por lo antes expuesto podemos concluir que la variable edad no aparenta una distribución normal.

Además, el 44.90% de los participantes fueron mujeres y el 55.10% hombres. La mayoría de los participantes en la investigación eran solteros (94,90%). Los estados civiles restantes se distribuyeron entre convivientes (3,06%), casados (1,02%) y divorciados (1,02%). (**Tabla N°3**)

**Tabla N°4.** Conocimientos y actitudes sobre la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022

<b>Puntaje de conocimientos*</b>	10.91 ± 1.71	
<b>Clasificación de Conocimientos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Bajos conocimientos	16	16,33
Conocimientos medios	64	65,31
Altos conocimientos	18	18,37
<b>Puntaje de actitudes*</b>	59,54 (6,51)	
<b>Clasificación de actitudes</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Muy desfavorable	27	27,6
Desfavorable	25	25,5
Favorable	26	26,5
Muy favorable	20	20,4

\* media y desviación estándar

**Puntos de corte por Estanones**

Total conocimiento **bajo**<9.63; **medio**[9.34 - 12.19]; **alto**>12.19

**Punto de corte según Baremos/Percentil:**

**Percentil 25:** 55,75 , **Percentil 50:** 60, y **Percentil 75:** 64.

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

En relación a los conocimientos sobre el parto vertical, los datos de la Tabla N°4 revelan que los egresados de Medicina Humana de la UNMSM poseen diferentes niveles de conocimiento. El 65.31% demuestra un nivel medio de conocimientos, mientras que el 18.37% exhibe un nivel alto y el 16.33% muestra un nivel bajo. En términos de puntuación, el promedio de conocimientos fue de 10.91 puntos (con una desviación estándar de 1.71 puntos). Los puntajes oscilan entre un mínimo de 0 y un máximo de 14.

En el análisis de actitudes hacia el parto vertical, se obtuvo un puntaje promedio de 59.54 puntos, con una desviación estándar de 6.51 puntos. Los puntajes variaron en un rango que va desde un mínimo de 15 hasta un máximo de 75. Se clasificaron las respuestas de los participantes en cuatro categorías principales: muy desfavorable, desfavorable, favorable y muy favorable. Los resultados revelaron que un 27.6% de los participantes mostró actitudes muy desfavorables hacia el parto vertical, mientras que el 25.5% tuvo actitudes desfavorables. Por otro lado, se observó que un 26.5% de los

participantes presentó actitudes favorables, y un 20.4% mostró actitudes muy favorables hacia esta modalidad de parto.

**Tabla N° 5.** Conocimientos y Actitudes sobre la Atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, según sexo, durante el año 2022

Conocimientos y actitudes sobre parto vertical	Sexo				P †
	Mujer		Varón		
	n	%	n	%	
<b>Puntaje de conocimientos*</b>	10.91 ± 1.76		10.91 ± 1.69		
<b>Clasificación de conocimientos</b>					0,599
Bajo conocimiento	9	20,45	7	12,96	
Conocimiento medio	27	61,36	37	68,52	
Alto conocimiento	8	18,18	10	18,52	
<b>Puntaje de actitudes*</b>					
<b>Clasificación de actitudes</b>					0,954
Muy desfavorable	13	29,5	14	25,9	
Desfavorable	11	25	14	25,9	
Favorable	12	27,3	14	25,9	
Muy favorable	8	18,2	12	22,2	

\* media y desviación estándar

† prueba de chi cuadrado

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

En el estudio realizado con los egresados de Medicina Humana de la UNMSM en Lima, Perú en 2022, se evaluaron los conocimientos y las actitudes relacionadas con el parto vertical. Los resultados se muestran en la

**Tabla N°5:**

- En cuanto a los conocimientos, se observó que el puntaje promedio de conocimientos sobre el parto vertical fue de 10.91 (DE = 1.76) para las mujeres y de 10.91 (DE = 1.69) para los varones. Al analizar la clasificación de los conocimientos se encontró que el 61.36% de las mujeres y el 68.52% de los varones obtuvieron un nivel medio de conocimiento. No se encontró diferencia significativa entre varones y mujeres(p=0,599)

- La clasificación de las actitudes hacia el parto en posición vertical en mujeres y varones:
  - En el estudio realizado para analizar las actitudes hacia el parto en posición vertical en mujeres, se observó que el 29.5% manifestó actitudes muy desfavorables, seguido de un 25% con actitudes desfavorables. Por otro lado, un 27.3% presentó actitudes favorables y un 18.2% mostró actitudes muy favorables hacia esta modalidad de parto.
  - En el caso de los varones participantes en el estudio, se encontró que un 25.9% tuvo actitudes muy desfavorables hacia el parto en posición vertical, al igual que un 25.9% que mostró actitudes desfavorables. Por otro lado, un 25.9% presentó actitudes favorables y un 22.2% mostró actitudes muy favorables.
  - No se encontró estadísticamente significativa la diferencia entre hombres y mujeres ( $p= 0,954$ )

**Tabla N° 6.** Conocimientos por dimensiones sobre la Atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022

<b>NIVEL DE CONOCIMIENTO</b>		
<b>DIMENSIÓN DE CONOCIMIENTO</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Conocimientos de definiciones y posiciones</b>		
Bajos conocimientos	20	20,41
Conocimientos medios	42	42,86
Altos conocimientos	36	36,73
<b>Conocimientos de ventajas y desventajas</b>		
Bajos conocimientos	21	21,43
Conocimientos medios	30	30,61
Altos conocimientos	47	47,96
<b>Conocimientos de indicaciones y contraindicaciones</b>		
Bajos conocimientos	10	10,20
Conocimientos medios	70	71,43
Altos conocimientos	18	18,37

\* Puntos de corte por Estanones

Definiciones y posiciones: bajo<2.50; medio[2.50 - 3.74]; alto>3.74

Ventajas y desventajas: bajo<3.49; medio[3.49 - 4.90]; alto>4.90

Indicaciones y contraindicaciones: bajo<2.85; medio[2.85 - 4.34]; alto>4.34

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

La **Tabla N°6** muestra los conocimientos de los egresados de Medicina Humana en cuanto al parto vertical, analizados en tres dimensiones distintas se observó que los mayores porcentajes en la dimensión de definiciones y posiciones, se encontró que un porcentaje considerable de egresados (42.86%) tenía conocimientos medios. En cuanto a las ventajas y desventajas del parto vertical, se observó que el 47.96% de los egresados tenía un nivel alto de conocimiento. Finalmente, en la dimensión de indicaciones y contraindicaciones, se identificó que el 71.43% de los egresados poseía un nivel medio de conocimiento.

Según los resultados de la investigación, se evaluó el nivel de conocimiento respecto al parto vertical entre los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, Lima-Perú, en el año 2022. Los datos revelan que la mayoría de los participantes tienen un nivel de conocimiento medio o alto sobre el parto vertical, con un porcentaje total del 83.68% (comprendiendo el 65.31% en el nivel medio y el 18.37% en el nivel alto).

**Tabla N°7.** Respuesta sobre el nivel de conocimientos respecto a la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022

Respuestas sobre el nivel de conocimiento		Respuesta	n	%
1	Año en que se emitió la norma técnica.	Incorrecto	47	48,0
		Correcto	51	52,0
2	Proceso que no corresponde a la atención del parto vertical.	Incorrecto	17	17,5
		Correcto	80	82,5
3	Elección del parto vertical:	Incorrecto	7	7,1
		Correcto	91	92,9
4	En el parto vertical promueve:	Incorrecto	15	15,3
		Correcto	83	84,7
5	El caminar durante el parto vertical, durante la fase de dilatación facilita:	Incorrecto	6	6,1
		Correcto	92	93,9
6	En el parto horizontal se tienen la siguiente ventaja	Incorrecto	13	13,3
		Correcto	85	86,7
7	Ventaja del parto vertical	Incorrecto	9	9,2
		Correcto	89	90,8
8	Desventajas de la atención del parto vertical	Incorrecto	43	43,9
		Correcto	55	56,1
9	Principal indicación del parto vertical	Incorrecto	8	8,2
		Correcto	90	91,8
10	Principales contraindicaciones del parto vertical	Incorrecto	9	9,2
		Correcto	89	90,8
11	Posiciones que puede adoptar la gestante en el parto vertical.	Incorrecto	13	13,3
		Correcto	85	86,7
12	Ventajas de la variedad de posiciones	Incorrecto	37	37,8
		Correcto	61	62,2
13	Posición que puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación	Incorrecto	64	65,3
		Correcto	34	34,7
14	Durante el parto vertical, el manejo del dolor, se caracteriza por:	Incorrecto	15	15,3
		Correcto	83	84,7

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

Al analizar las respuestas de cada pregunta en la **Tabla N°7**, se observa que existen altos porcentajes de respuestas correctas en varios aspectos del parto vertical. Por ejemplo, en la pregunta sobre el caminar durante el parto

vertical, durante la fase de dilatación, se obtuvo un 93.9% de respuestas correctas. Asimismo, en las preguntas relacionadas con la elección del parto vertical, la principal indicación y las principales contraindicaciones, se alcanzaron porcentajes de respuestas correctas del 92.9%, 91.8% y 90.8%, respectivamente. Estos resultados indican que la mayoría de los participantes tienen un conocimiento adecuado sobre estos aspectos específicos del parto vertical. Sin embargo, se identificaron algunas áreas en las que se encontraron respuestas incorrectas en una proporción significativa. Por ejemplo, en la pregunta sobre el año en que se emitió la norma técnica, solo el 52.0% de los encuestados respondió correctamente. Además, en las preguntas relacionadas con las desventajas de la atención del parto vertical y las ventajas de la variedad de posiciones, solo el 55% y el 61% de los participantes respondieron correctamente, respectivamente.

### **Análisis de las actitudes respecto a la atención del parto vertical**

**Tabla N°8** Actitudes frente a la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022

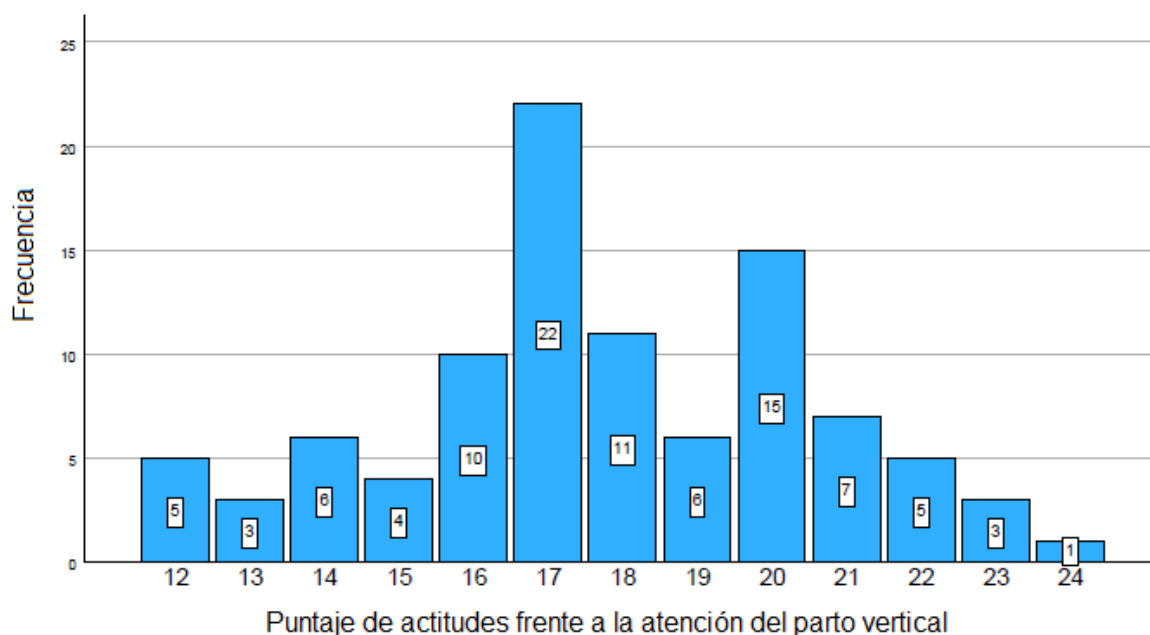
<b>Dimensión Atención del parto vertical</b>		
	<b>N</b>	<b>%</b>
Muy Desfavorable	28	28,6%
Desfavorable	22	22,4%
Favorable	32	32,7%
Muy Favorable	16	16,3%

Los puntos de corte de los percentiles para la dimensión "**Atención de parto vertical**" son los siguientes:

**Percentil 25: 16, Percentil 50: 17, y Percentil 75: 20.**

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

**Gráfico N°3** Frecuencia de puntajes de actitudes frente a la atención del parto



El estudio realizado para evaluar la dimensión "Atención del parto vertical" en la **Tabla N°8** una variedad de respuestas y actitudes por parte de los participantes. En cuanto a las actitudes hacia esta modalidad de parto, se observó que un 28.6% de los participantes mostró actitudes muy desfavorables, mientras que el 22.4% tuvo actitudes desfavorables. Por otro lado, se encontró que un 32.7% de los participantes presentó actitudes favorables, y un 16.3% mostró actitudes muy favorables.

Además, en el **Gráfico N°3** al analizar los puntajes obtenidos en la dimensión "Atención de parto vertical", se observa que los participantes obtuvieron una variedad de puntajes que van desde 12 hasta 24. Los puntajes más frecuentes se encuentran en el rango de 16 a 20, siendo el puntaje 17 el más común, con un 22.4% de los participantes obteniéndolo. Los puntos de corte de los percentiles (Percentil 25: 16, Percentil 50: 17 y Percentil 75: 20) proporcionan una referencia para comprender la distribución de los puntajes en esta dimensión.

### **Análisis de las actitudes respecto a los aspectos culturales del parto vertical**

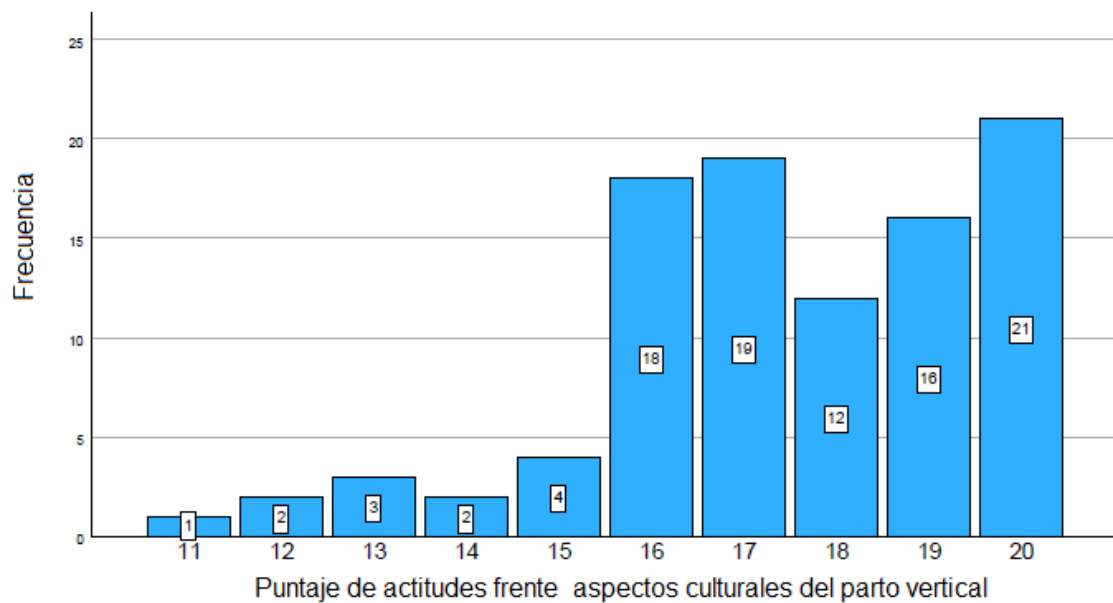
**Tabla N°9** Actitudes frente a aspectos culturales de la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022

<b>Dimensión Aspectos culturales del parto vertical</b>		
	N	%
Muy Desfavorable	30	30,6%
Desfavorable	19	19,4%
Favorable	28	28,6%
Muy Favorable	21	21,4%

Los puntos de corte de los percentiles para la dimensión "**Aspectos culturales**" son los siguientes: **Percentil 25:** 16, **Percentil 50:** 17.5, y **Percentil 75:** 19.

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

**Gráfico N°4** Frecuencia de puntajes de actitudes frente aspectos culturales del parto vertical



El análisis de la dimensión "Aspectos culturales del parto vertical" en la **Tabla N°9** revela una diversidad de respuestas y actitudes por parte de los participantes. En cuanto a las actitudes hacia los aspectos culturales relacionados con el parto vertical, se observó que un 30.6% de los participantes mostró actitudes muy desfavorables, mientras que el 19.4% tuvo actitudes desfavorables. Por otro lado, se encontró que un 28.6% de los

participantes presentó actitudes favorables, y un 21.4% mostró actitudes muy favorables.

Al analizar los puntajes obtenidos en la dimensión "Aspectos culturales" en el **Gráfico N°4**, se encontró una variedad de puntajes que van desde 11 hasta 20. Los puntajes más frecuentes se encuentran en el rango de 16 a 20, siendo el puntaje 20 el más común, con un 21.4% de los participantes obteniéndolo. Los puntos de corte de los percentiles (Percentil 25: 16, Percentil 50: 17.5 y Percentil 75: 19) brindan una referencia para comprender la distribución de los puntajes en esta dimensión.

### **Análisis de las actitudes frente a la elección de posición en el parto**

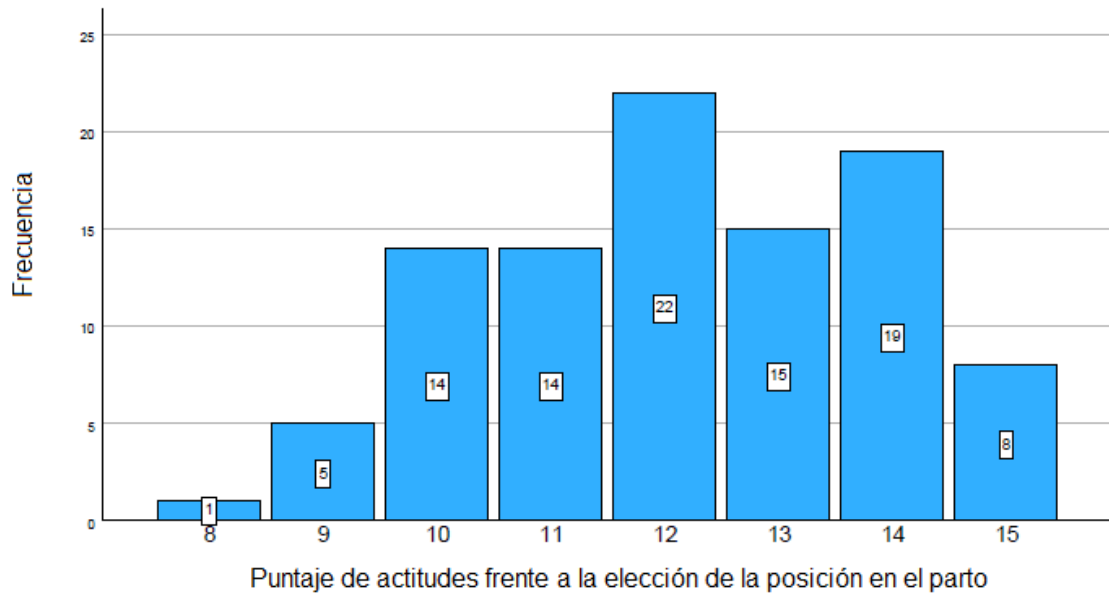
**Tabla N°10** Actitudes frente a la elección de la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022

<b>Dimensión Respeto por la elección de la posición de parto</b>		
	N	%
Muy Desfavorable	34	34,7%
Desfavorable	22	22,4%
Favorable	34	34,7%
Muy Favorable	8	8,2%

Los puntos de corte de los percentiles para la dimensión "**Respeto por la elección**" son los siguientes: **Percentil 25:** 11, **Percentil 50:** 12, y **Percentil 75:** 14.

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

**Gráfico N°5** Frecuencia de puntajes de actitudes frente a la elección de la posición en el parto



El análisis de la dimensión "Respeto por la elección de la posición de parto" de los resultados que se muestran en la **Tabla N°10** reveló diferentes actitudes por parte de los participantes en relación con esta elección. Se observó que un 34.7% de los participantes mostró actitudes muy desfavorables hacia la elección de la posición de parto, mientras que el 22.4% tuvo actitudes desfavorables. Por otro lado, un 34.7% de los participantes presentó actitudes favorables y un 8.2% mostró actitudes muy favorables hacia esta elección.

Al examinar los puntajes obtenidos en el **Gráfico N°5** en la dimensión "Respeto por la elección", se encontró una variedad de puntajes que van desde 8 hasta 15. Los puntajes más frecuentes se encuentran en el rango de 11 a 14, siendo el puntaje 12 el más común, con un 22.4% de los participantes obteniéndolo. Los puntos de corte de los percentiles (Percentil 25: 11, Percentil 50: 12 y Percentil 75: 14) ofrecen una referencia para comprender la distribución de los puntajes en esta dimensión.

### **Análisis de las actitudes respecto a los aspectos afectivos en el parto vertical**

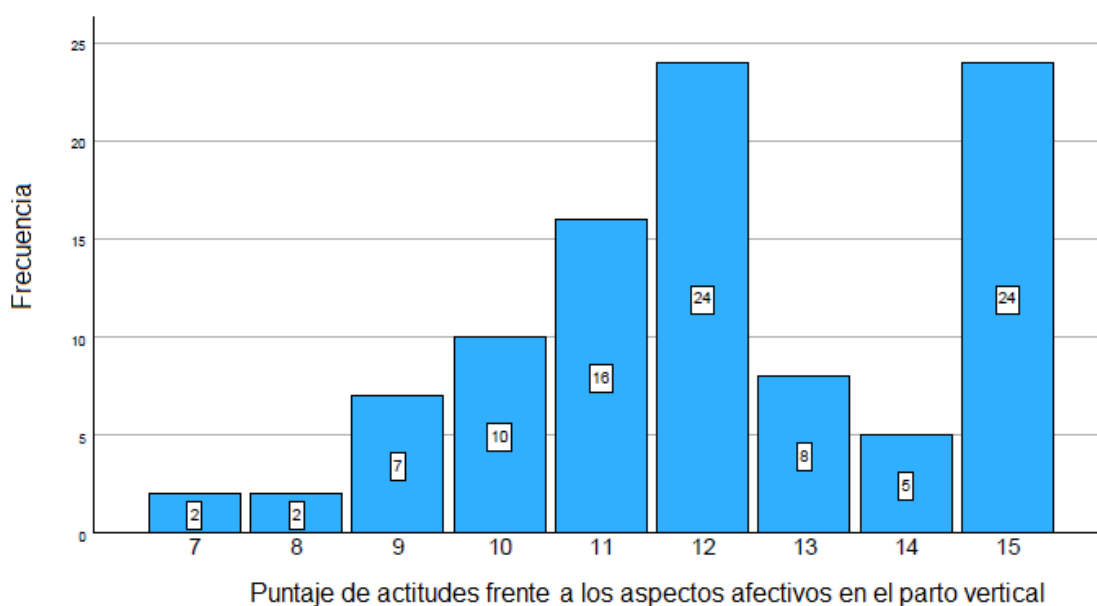
**Tabla N°11** Actitudes frente a los aspectos afectivos de la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022

<b>Dimensión Aspectos afectivos del parto vertical</b>		
	N	%
Muy Desfavorable	37	37,8%
Desfavorable	24	24,5%
Favorable	13	13,3%
Muy Favorable	24	24,5%

Los puntos de corte de los percentiles para la dimensión "**Aspectos afectivos**" son los siguientes: **Percentil 25:** 11, **Percentil 50:** 12, y **Percentil 75:** 14.

**Fuente:** Encuesta aplicada a 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM durante el año 2022

**Gráfico N°6** Frecuencia de puntajes de actitudes frente a los aspectos afectivos en el parto vertical



La dimensión "Aspectos afectivos del parto vertical" cuyos resultados se muestran en la **Tabla N°11** reveló diferentes actitudes entre los participantes en relación con los aspectos emocionales asociados a esta modalidad de parto. Un 37.8% de los participantes mostró actitudes muy desfavorables hacia los aspectos afectivos del parto vertical, mientras que el 24.5% tuvo actitudes desfavorables. Por otro lado, un 13.3% de los participantes presentó actitudes favorables y un 24.5% mostró actitudes muy favorables hacia estos aspectos emocionales.

Al examinar los puntajes del **Gráfico N°6** obtenidos en la dimensión "Aspectos afectivos", se encontró una variedad de puntajes que van desde 7 hasta 15. Los puntajes más frecuentes se encuentran en el rango de 11 a 14, siendo el puntaje 12 el más común, con un 24.5% de los participantes obteniéndolo. Los puntos de corte de los percentiles (Percentil 25: 11, Percentil 50: 12 y Percentil 75: 14) ofrecen una referencia para comprender la distribución de los puntajes en esta dimensión.

### **3.2. DISCUSIÓN:**

El parto vertical con enfoque intercultural es una práctica promovida por el Ministerio de Salud del Perú, la cual busca brindar una atención respetuosa y sensible a las costumbres y creencias de las mujeres en el momento del parto. El parto vertical puede presentar una serie de ventajas, como por ejemplo la disminución de intervenciones médicas innecesarias., menor dolor y estrés para la madre y el bebé, y una recuperación más rápida después del parto. A pesar de los posibles beneficios del parto vertical, su implementación en el sistema de salud peruano enfrenta desafíos. Uno de estos desafíos es la falta de capacitación de los profesionales de la salud en esta técnica, lo que puede limitar su adopción. Además, se requiere una adaptación de los entornos de atención para permitir la práctica del parto vertical de manera efectiva y segura. Es esencial que los profesionales de la salud posean los conocimientos y la sensibilidad necesarios para brindar una atención respetuosa e intercultural a las mujeres en el parto, para reducir la tasa de mortalidad materna y disminuir las cesáreas innecesarias.

En el presente estudio se evaluó el nivel de conocimiento y actitudes respecto al parto vertical de 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM en Lima, Perú. La edad media de los participantes fue de 28.01 años (DE = 3.27 puntos). El 44.90% eran mujeres y el 55.10% eran hombres; estos resultados difieren con otros estudios donde la mayoría de los participantes era predominantemente femenina (Gamero<sup>(22)</sup>, 93,3% de internos de obstetricia) (Rodríguez<sup>(28)</sup>, 94,3% de internos de obstetricia), (Sevillano<sup>(27)</sup>, 2016 - 92,5%

de internos de obstetricia). La mayoría de los encuestados en el estudio eran solteros, con un porcentaje del 94,90%. Un pequeño porcentaje se distribuyó entre aquellos que convivían (3,06%), estaban casados (1,02%) o eran divorciados (1,02%).

En el contexto del presente estudio, se evaluó el nivel de conocimiento y las actitudes respecto al parto vertical en una muestra de 98 egresados de Medicina Humana de la UNMSM en Lima, Perú. Los participantes presentaron una edad media de 28.01 años (DE = 3.27 puntos), de los cuales el 44.90% eran mujeres y el 55.10% eran hombres. Estos resultados difieren de otros estudios donde predominó la participación femenina, como se reportó en los estudios de Gamero<sup>(22)</sup> con un 93,3% de internos de obstetricia, Rodríguez<sup>(28)</sup> con un 94,3% de internos de obstetricia y Sevillano<sup>(27)</sup> con un 92,5% de internos de obstetricia. Asimismo, se identificó que la mayoría de los participantes eran solteros (94,90%), mientras que el resto se distribuyó entre convivientes (3,06%), casados (1,02%) y divorciados (1,02%).

En este estudio se pudo constatar que la mayoría de los egresados de Medicina Humana de la UNMSM tienen un nivel medio o alto de conocimiento sobre el parto vertical, con un porcentaje del 83.68% (18.37% alto y 65.31% medio), mientras que solo el 16,3% de los encuestados presentaron bajos conocimientos. En un estudio previo llevado a cabo por Cortez<sup>(29)</sup>, se descubrió que la mayoría de los gineco-obstetras y residentes de ginecología participantes tenían un nivel moderado de conocimiento (93.4%) acerca del parto vertical, mientras que un pequeño porcentaje demostró un nivel bajo de conocimiento (3.9%).

En otros estudios, se han encontrado resultados variables en cuanto al nivel de conocimiento. Por ejemplo, Rodríguez <sup>(28)</sup>, quien utilizó el mismo instrumento que se utilizó en el presente estudio, realizó una investigación en el 2015 con internos de obstetricia como población de estudio. En ese estudio, se encontró que el 37.8% de los participantes tenía un nivel de conocimiento "Medio" y el 31.1% tenía un nivel "Alto" con relación al parto vertical. Huamán Norabuena<sup>(23)</sup> evaluó a profesionales de salud de un

hospital público, pero encontró un mayor porcentaje de participantes con niveles de conocimiento bajo (40,2%) en contraste con niveles altos y medios de 46,3% y 13,4% respectivamente. Mientras que Oros<sup>(25)</sup> encontró un mayor porcentaje en 22 obstetras participantes hallando 63,6% con nivel bajo de conocimiento. Como se puede observar, a diferencia de estos estudios, los porcentajes de niveles de conocimientos categorizado como bajos son relativamente menores.

Con relación a las diferencias encontradas en los resultados sobre el nivel de conocimiento de los egresados de Medicina Humana en la atención del parto vertical, es importante destacar que existen diversos factores que pueden influir en estos hallazgos. Por ejemplo, el contexto de la formación, las características de la población estudiada y la metodología utilizada pueden afectar los resultados obtenidos. En el caso de Cortez<sup>(29)</sup>, quién obtuvo un mínimo porcentaje con bajos niveles de conocimiento se enfocó en evaluar a profesionales de salud del área especializada de gineco-obstetricia, mientras que Oros<sup>(25)</sup> y Rodriguez<sup>(28)</sup> evaluaron a estudiantes en etapas finales de su formación. Esto podría explicar en parte las diferencias encontradas en los porcentajes de niveles de conocimientos categorizados como bajos, ya que se podría esperar que los profesionales de salud con mayor experiencia tengan un mayor conocimiento sobre el tema. Por otro lado, otros estudios utilizaron diferentes metodologías, como entrevistas o grupos focales, lo que podría explicar las diferencias encontradas en los resultados.

En investigaciones previas que evaluaron el nivel de conocimiento sobre el parto vertical, se encontró que Parrales<sup>(26)</sup> halló que el 64.2% de los internos de obstetricia tenía conocimiento "Medio" y el 20.8% "Bajo" sobre el parto humanizado, mientras que solo el 18.2% fue categorizado como "Alto". Estos resultados son similares a los obtenidos en este estudio, aunque difieren de los encontrados por Gamero<sup>(22)</sup> en 2020, quien reportó un 51.4% de internos de obstetricia con un nivel de conocimiento "Bajo".

Solo una minoría respondió inadecuadamente, se puede observar en el análisis por dimensiones los resultados en este estudio que obtuvo bajos niveles de conocimientos acerca de definiciones y posiciones (20,40%), en

cuanto a conocimientos sobre ventajas y desventajas del parto vertical (21,43%) y respecto a indicaciones y contraindicaciones del parto vertical (10,20%). Mientras que Rodríguez<sup>(28)</sup>, al realizar el mismo análisis, obtuvo 5,4%, 28,4% y 36,5% respectivamente, obteniendo en comparación mayores porcentajes en las últimas dos dimensiones señaladas.

En el análisis por dimensiones de este estudio, se observa que una minoría de los participantes tiene niveles bajos de conocimiento acerca de definiciones y posiciones (20,40%), ventajas y desventajas del parto vertical (21,43%), e indicaciones y contraindicaciones del parto vertical (10,20%). En comparación, los porcentajes obtenidos por Rodríguez<sup>(28)</sup> (5,4%, 28,4% y 36,5%, respectivamente) sugieren que su conocimiento en este tema es ligeramente menor en las dos últimas dimensiones en comparación a los participantes de este estudio. Por otro lado, Huamán Norabuena<sup>(23)</sup> halló porcentajes consistentemente mayores en cuanto a bajos niveles de conocimiento en las tres dimensiones citadas (39%, 41,5% y 31,7% respectivamente).

Esto es consistente al observar los altos porcentajes de respuesta de las preguntas: “El caminar durante el parto vertical, durante la fase de dilatación facilita” (93.9%), “Elección del parto vertical:” (92.9%), “Principal indicación del parto vertical:” (91.8%), “Principales contraindicaciones del parto vertical:” (90.8%) y “Ventaja del parto vertical:” (90.8%). Estas preguntas obtuvieron porcentajes de respuesta correcta en mayores al 85% en el estudio de Rodríguez<sup>(28)</sup>. Pero difiere a lo encontrado por Oros<sup>(25)</sup>, en el cual, salvo la pregunta de “Principal indicación del parto vertical” que alcanzó un 86,4%, el resto de las preguntas estuvieron por debajo del 60% de respuestas acertadas.

Y, además, se observó que las respuestas incorrectas se centraron en algunos aspectos específicos que corresponden a las preguntas con más bajos porcentajes, como el año en que se emitió la norma técnica (52.0%), en cuanto a las desventajas de la atención del parto vertical (55%) y sobre las ventajas de la variedad de posiciones (61%). Estas preguntas también adquirieron porcentajes bajos en los estudios de Rodríguez<sup>(28)</sup> y Oros<sup>(25)</sup>.

Es importante tener en cuenta que estas diferencias en los resultados podrían deberse a factores, además de la formación académica, como la exposición a distintas prácticas culturales y las experiencias previas con el parto vertical. Por lo tanto, futuras investigaciones podrían explorar en detalle las razones subyacentes a las diferencias observadas y cómo estas pueden afectar la atención que se brinda en el entorno clínico.

En conclusión, los resultados del presente estudio respecto al nivel de conocimientos sobre el parto vertical en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM varían en función de las dimensiones evaluadas. Si bien la mayoría de los encuestados tiene un nivel de conocimiento medio o alto sobre el tema, se observa una falta de conocimiento en algunos aspectos específicos. Es fundamental fortalecer la formación y capacitación de los profesionales de la salud en este tema para brindar una atención respetuosa e intercultural a las parturientas y contribuir a reducir la tasa de mortalidad materno-perinatal.

Durante la investigación se observó que una discreta mayoría de los egresados de Medicina Humana de la UNMSM (53,1%) presentó una actitud desfavorable y muy desfavorable hacia el parto vertical. Este resultado es similar al obtenido en otra investigación realizada por Oros<sup>(25)</sup> en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa, donde el 72.2% de los obstetras encuestados manifestó una posición desfavorable. Sin embargo, en otros estudios, como el de Rodríguez<sup>(28)</sup>, se registró que la mayoría de los internos de obstetricia (65.7%) tenían una actitud favorable, y en el trabajo de Maldonado, Átala, Soto y Ortega <sup>(18)</sup> , en México, el 97.4% de los profesionales de enfermería que trabajaban en servicios gineco-obstétricos, urgencias y toco-cirugía, también mostraron una actitud favorable. En los estudios de Huamán Norabuena<sup>(23)</sup> y Gamero<sup>(22)</sup> , más de la mitad de los participantes tenían una perspectiva favorable (51.2% y 51.4%, respectivamente). Estas diferencias en las actitudes hacia el parto vertical podrían tener un impacto en la calidad de atención y la satisfacción de las pacientes, así como en la colaboración interdisciplinaria. Sería beneficioso

explorar más a fondo las razones detrás de estas diferencias y abordar la necesidad de una mejor formación y capacitación en el tema.

En esta investigación, se observa una diferencia en las actitudes hacia el parto vertical en comparación con los estudios de Huamán Norabuena<sup>(23)</sup> y Rodríguez <sup>(28)</sup>. En la dimensión "Actitudes frente a la atención de parto vertical", la mayoría de la población encuestada (51%) muestra actitudes desfavorables, mientras que en el estudio de Rodríguez<sup>(28)</sup> fue de 86,5% y en el estudio de Huamán Norabuena<sup>(23)</sup> fue de 64,6% a favor de esta práctica. En cuanto a la dimensión "Actitudes frente al respeto de la elección de la posición", se observa un 57,1% de actitudes desfavorables en este estudio, en contraste con el 71,6% de actitudes favorables en el estudio de Rodríguez <sup>(28)</sup> y el 52,4% en el estudio de Huamán Norabuena <sup>(23)</sup>. Por último, en la dimensión "Actitudes frente a los aspectos afectivos del parto vertical", se obtuvo un resultado similar, con un 62,3% de actitudes desfavorables en este estudio, mientras que en los estudios de Rodríguez <sup>(28)</sup> y Huamán Norabuena <sup>(23)</sup> se presentaron actitudes favorables en un 60,8% y 63,4% respectivamente.

En la dimensión "Actitudes frente a los aspectos culturales del parto vertical", la orientación del estudio de Huamán Norabuena<sup>(23)</sup> se observó con una tendencia hacia una actitud desfavorable. En el estudio de Huamán Norabuena<sup>(23)</sup>, se observó que un 67,1% de los participantes presentó una actitud desfavorable, mientras que en este estudio el porcentaje fue de un 50%. Estos resultados difieren del estudio de Rodríguez <sup>(28)</sup>, en el cual se obtuvo un porcentaje mayoritariamente favorable, alcanzando un 73%. El estudio de las actitudes hacia el parto vertical y los aspectos culturales asociados debe continuar, utilizando métodos cualitativos que permitan profundizar en las razones detrás de estas diferencias y en la forma en que se manifiestan en la práctica clínica. De esta manera, se podrá trabajar en la implementación de intervenciones más efectivas y culturalmente sensibles en el ámbito de la salud materna.

En cuanto a las diferencias entre las poblaciones evaluadas en cada estudio, es importante señalar que mientras que esta investigación evaluó a egresados de medicina humana, Rodríguez <sup>(28)</sup> evaluó a internos de obstetricia y Huamán Norabuena<sup>(23)</sup> a profesionales de salud especializados en ginecología y obstetricia de un hospital público. Estas diferencias en la población evaluada podrían explicar, al menos en parte, las variaciones en los porcentajes de actitudes favorables hacia el parto vertical encontrados en cada estudio.

Este estudio destaca la importancia de abordar las diferencias en las actitudes hacia el parto vertical entre los profesionales de la salud, ya que pueden tener implicancias significativas en la calidad de la atención, la satisfacción de las pacientes y la colaboración interdisciplinaria. Estos hallazgos sugieren que hay una necesidad de mejorar la formación y capacitación de los profesionales de la salud en cuanto al parto vertical, incluyendo la importancia de respetar la elección de la posición de parto y el aspecto emocional del parto. Además, futuras investigaciones podrían explorar en detalle las razones subyacentes a estas diferencias y cómo afectan la atención clínica.

Con el fin de ampliar la comprensión de las actitudes de los profesionales de la salud hacia el parto vertical, es importante que futuras investigaciones se centren en explorar en profundidad las razones detrás de las diferencias observadas en los estudios previos. Es fundamental entender cómo estas diferencias pueden afectar la atención que se brinda en el entorno clínico. Además, se podría llevar a cabo investigaciones cualitativas para obtener una comprensión más completa de las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud con relación al parto vertical.

La investigación que se ha llevado a cabo proporciona información relevante sobre el conocimiento y las actitudes de los egresados de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) en relación al parto vertical. Los resultados destacan la necesidad de implementar programas de formación y capacitación para mejorar la atención del parto en

posición vertical en Perú. Esta información es valiosa ya que puede ser utilizada para diseñar estrategias que permitan mejorar la calidad de la atención obstétrica y el bienestar de las mujeres embarazadas.

### **3.3. CONCLUSIONES:**

1. La mayoría de los egresados de Medicina Humana de la UNMSM en el año 2022 tienen un nivel de conocimiento medio o alto sobre el parto vertical, pero se observa una falta de conocimiento en algunos aspectos específicos.
2. Los resultados de la investigación indican que existe un nivel adecuado de conocimiento en relación con el parto vertical en las diferentes dimensiones analizadas.
3. Una discreta mayoría de los participantes mostró actitudes desfavorables o muy desfavorable hacia el parto en posición vertical.
4. En general, la mayoría mostró actitudes desfavorables o muy desfavorables en las distintas dimensiones evaluadas respecto al parto vertical.

### **3.4. RECOMENDACIONES:**

1. Realizar estudios en egresados de Medicina de corte cualitativo que permitan profundizar en las razones detrás de esta aparente diferencia entre altos y medios niveles de conocimiento en contraste a que la mayoría presentase actitud desfavorable. Estos estudios podrían explorar aspectos culturales, educativos, personales y experiencias previas de los egresados, a fin de obtener una comprensión más completa y contextualizada de las razones detrás de la aparente diferencia entre los niveles de conocimiento y las actitudes.
2. Realización de estudios que pueda evaluar el componente práctico para tener una mirada amplia y completa de las competencias adquiridas respecto al parto vertical al final de la carrera de Medicina Humana en la UNMSM.

3. Evaluar la integración de contenidos relacionados con el parto vertical en el currículo de la carrera de Medicina Humana, asegurando que se aborden de manera integral y actualizada.
4. Se propone desarrollar una campaña de sensibilización dirigida específicamente a los egresados de Medicina Humana, con el objetivo de mejorar sus actitudes y comprensión sobre el parto vertical, así como transmitir la importancia cultural significativa en lugares donde esta práctica es demandada por la población local.
5. Implementar talleres vivenciales o simulados que permitan ampliar y homogenizar la exposición a escenarios prácticos en los cuales los futuros médicos aún en formación puedan perder el miedo y conocer más de cerca esta práctica.

## 4. CAPITULO IV

### 4.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calvo Aguilar O, Flores Romero AL, Morales García VE. Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical versus supina. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(01):1-10.
2. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural [Internet]. Perú; 2005. Número de la norma: N° 033-MINSA/DGSP-V.01. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/252332-598-2005>.
3. Ministerio de Cultura del Perú. Lista de pueblos indígenas u originarios. [Internet]. Perú: Ministerio de Cultura del Perú; 2016. Disponible en: <https://bdpi.cultura.gob.pe/pueblos-indigenas>.
4. Altamirano PD. Rendición de cuentas del Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud - PARSALUD II: Ante la mesa de concertación de lucha contra la pobreza [Documento en línea]. 2014 .p. 70. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/en/biblio-1181469>
5. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. Birth. septiembre de 2001;28(3):202-7.
6. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2019 - Nacional y Regional [Internet]. Perú: INEI; 2019. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Endes2019/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/)
7. Ministerio de Salud del Perú. Parto institucional se incrementa a más de 90% en el país. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2019. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/50612-parto-institucional-se-incrementa-a-mas-de-90-en-el-pais1>.
8. Cortez Zelada MG. Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP - año 2013 [Tesis para optar por el Título Profesional]. Universidad

- Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Disponible en:  
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3626>
9. Departamento Académico de Obstetricia y Ginecología UNMSM. Ginecología y Obstetricia. SYLLABUS 2018 [Internet]. Disponible en:  
<https://sites.google.com/site/daogunmsm/syllabus>
  10. Supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID-19 [Internet]. Perú: Defensoría del Pueblo; 2021. (Serie Igualdad y No Violencia N°002). Report No.: N°013-2021-DP/ADM. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>
  11. ONU Mujeres [Internet]. ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas y todos en todas las edades. Disponible en:  
<https://www.unwomen.org/es/news/in-focus/women-and-the-sdgs/sdg-3-good-health-well-being>
  12. MINSA. Norma Técnica de Salud para la Atención del Parto Vertical en el Marco de los Derechos Humanos con Pertinencia Intercultural [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2016 . N.T.S N° 121-MINSA/DGIESP –V.01/ Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Disponible en:  
<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/192109-518-2016-minsa>.
  13. Contreras Paguay EA, Tenezaca Toalongo CH. Actitudes y prácticas sobre el Parto Vertical, en el Hospital Luis Fernando Martínez, Cañar 2018 [Internet] [Tesis para optar por el Título Profesional]. 2018 . Disponible en:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31663>
  14. Kaplán Westbrook L. El parto humanizado: perspectivas de profesionales en las maternidades públicas de Buenos Aires. Independent Study Project (ISP) Collection. 2245. Available from:  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2245](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2245).
  15. Winter Rodríguez IR, Guevara Monterroso KS, Celada Flores DG, Guerrero Bermúdez AM, Gonzalez Monroy AE, Ruiz Sánchez EA.

- Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre parto vertical [Internet] [Tesis para optar por el Título Profesional]. [Guatemala]: Universidad De San Carlos de Guatemala; 2015. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/3510/1/TESIS.pdf>
16. Canelon M. Significado del parto vertical para los/las obstetras. Una propuesta educativa. [Tesis]. Universidad de Carabobo. Facultad de Ciencias de la Educación; 2015.
  17. León Tiul M. Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural. [Tesis para Optar el Grado de Maestra en Artes en Enfermería Materno Neonatal]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala; 2014.
  18. Maldonado Muñoz G, Trejo García CÁ, Soto Mendoza ES, Ortega Sánchez MA. Parto vertical, conocimientos y actitudes en los profesionales de enfermería. XIKUA Boletín Científico de la Escuela Superior de Tlahuelilpan [Internet]. 5 de enero de 2015 [citado 9 de agosto de 2023];3(5). Disponible en: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/xikua/article/view/1278>
  19. Amorim Malheiros P, Herdy Alves V, Seródio Amim Rangel T, , Muniz da Costa Vargens O. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2012;21(2):329-337. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71422962010>
  20. Cayuñir H. A, Hernández S E. Humanización del nacimiento para cambiar la vida, es necesario cambiar la manera de nacer. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar; 2007.
  21. Huaman Calderón GF. CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE PARTO HUMANIZADO Y SU RELACION CON LOS INTERNOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ, FEBRERO–JUNIO 2019 [Internet] [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. [Perú]: UNIVERSIDAD PRIVADA DE ICA; 2020. Disponible en: <http://repositorio.upica.edu.pe/xmlui/handle/123456789/504>

22. Gamero Rivera DK. Relación entre el nivel de conocimiento sobre parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María [Undergraduate thesis, Universidad Católica de Santa María]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2019. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/handle/20.500.12920/10378>
23. Huamán Norabuena MK. Nivel de conocimiento del parto vertical y las actitudes del profesional de salud de un hospital público de San Juan de Lurigancho, 2018 [Internet] [Obtener grado de Maestría]. [Lima-Perù]: Universidad Cesar Vallejos; 2018. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/30262>
24. Cruz Vega EJ. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de Gineco-Obstetricia Del Hospital Regional Hermilio Valdizan Medrano 2016 [Internet] [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. [Perù]: Universidad de Huánuco; 2018 . Disponible en: <http://localhost:8080/xmlui/handle/123456789/1313>
25. Oros Montoya CM. Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del Profesional Obstetra en la Atención del Parto Vertical, Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa - Diciembre 2016 [Internet] [Tesis para optar por el Título Profesional]. Universidad Católica de Santa María; 2017. Disponible en: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/6072>
26. Parrales Morán EA. Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo - 2016. [Internet] [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. [Perù]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4981>
27. Sevillano Roque M. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo 2016 [Internet] [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. [Perù]: Universidad Nacional Mayor de San

Marcos; 2016. Disponible en:

<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4741>

28. Rodriguez Honorio L. Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - año 2015 [Internet] [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en:  
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4811>
29. Cortez Zelada MG. Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP - año 2013 [Internet] [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014 [citado 9 de agosto de 2023]. Disponible en:  
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3626>
30. Bustíos Saria HE, Huachaca Huamán S. Influencia del conocimiento en la actitud hacia el parto en la posición vertical en estudiantes de la Facultad de Obstetricia UNSCH - Ayacucho, abril - setiembre 2014 [Internet] [Tesis para optar título profesional de obstetra]. [Perú]: Universidad Nacional de San Cristobal de Huaman; 2014 . Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/2888>
31. Espinola F y cols. «Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Educación del VII ciclo UCV- Trujillo, Marzo-Junio 2009». Revista ECIPerú. 2009;6(2):7.
32. Gupta JK, Hofmeyr GJ, Smyth RM. Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2004 ;(1). Disponible en:  
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002006.pub2/full>
33. Odent M. Génesis del hombre ecológico: el instinto reencontrado [Internet]. Hacer; 1981. Disponible en:  
<https://books.google.com.pe/books?id=qQc7xgEACAAJ>
34. Dundes L. The evolution of maternal birthing position. American Journal of Public Health. mayo de 1987;77(5):636-41.

35. Díaz AG, Schwarcz R, Fescina R, Caldeyro-Barcia R. Vertical position during the first stage of the course of labor, and neonatal outcome. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* septiembre de 1980;11(1):1-7.
36. Meador CK. *The Art and Science of Nondisease.* New England Journal of Medicine. 14 de enero de 1965;272(2):92-5.
37. Ilich I. *A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.* Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.
38. Orueta Sánchez R, Santos Rodríguez C, González Hidalgo E, Fagundo Becerra EM, Alejandro Lázaro G, Carmona de la Morena J, et al. Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica de Medicina de Familia.* junio de 2011;4(2):150-61.
39. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación-OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. 2015. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO\\_RHR\\_15.02\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161444/1/WHO_RHR_15.02_spa.pdf)
40. Bobadilla Ubillús LE, León Jimenez F. En torno a las cesáreas en el Perú: ¿solo un problema de cifras? *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* octubre de 2017;63(4):659-60.
41. Elío-Calvo D. La deshumanización de la medicina: Ponencia presentada al «1er congreso internacional de facultades de humanidades, ciencias de la educación, derecho y ciencias políticas», Umsa, La Paz, 12-14 septiembre 2016. *Cuadernos Hospital de Clínicas.* 2016;57(3):82-9.
42. Castro LR, Gubert IC, Duro EA, Cudeiro P, Sotomayor MA, Estupiñan EMB, et al. Humanizar la medicina: un desafío conceptual y actitudinal. *Revista Iberoamericana de Bioética.* (8):01-15.
43. Hughes EC. *Men and their work* [Internet]. Glencoe, Ill.,: Free Press; 1958 .202 p. Disponible en: <http://archive.org/details/mentheirwork00hugh>
44. García Jordá D. Representaciones y prácticas sobre el nacimiento un análisis desde la perspectiva antropológica, Ciudad de La Habana, 2007-2010. /. Editorial Universitaria,; 2012.

45. Sadler Spencer MM. Así me nacieron a mi hija. Aportes antropológicos para el análisis de la atención biomédica del parto. 2004 ; Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/122662>
46. Arnau Sánchez J, Martínez Roche ME, Nicolás Viguera MD, Bas Peña E, Morales López R, Álvarez Munárriz L. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del area I de salud de la región de Murcia. AIBR: Revista de Antropología Iberoamericana. 2012;7(2):225-4
47. Pujadas Ríos X, Oviedo Rodríguez R, Montero Torres F, , Pineda J. F. Humanización del parto en la medicina de excelencia. MediSur [Internet]. 2011;9(5):55-57. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180022344014>
48. García Canclini N. Diferentes, desiguales y desconectados: mapas de la interculturalidad. 1. ed. Barcelona: Gedisa; 2004. 223 p.
49. López LE, editor. Interculturalidad, educación y ciudadanía: perspectivas latinoamericanas. 1. ed. La Paz, Bolivia: FUNPROEIB Andes : Plural Editores; 2009. 498 p.
50. Wojtczak A. Glosario de términos de educación médica. FEM Revista de la Fundación Educación Médica. 2003;6(Extra 2):21-56.
51. Mendoza Chuctaya G, Calla Torres MR, Ramos Chuctaya KR, Mejía CR. Examen Nacional de Medicina (ENAM): Análisis de la última década de evaluaciones teóricas en los futuros médicos del Perú. Acta Med Peru. 2021;38(3):169-176. doi: <https://doi.org/10.35663/amp.2021.383.2164>
52. Ministerio de Salud del Perú. Ley N° 26842. Ley General de Salud [Internet]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>
53. Román A Oscar. Un análisis de la situación actual de las especialidades médicas en Chile. Rev. méd. Chile [Internet]. 2002 Jul; 130( 7 ): 809-815. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872002000700015&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872002000700015&lng=es).
54. Risco de Dominguez G. EDUCACIÓN MÉDICA: NUEVAS TENDENCIAS, DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES. Docencia univ.

- [Internet]. 15 de junio de 2007;3(1):20. Disponible en:  
<https://revistas.upc.edu.pe/index.php/docencia/article/view/20>
55. Torres-Calixto MG. Trends and challenges of medical education. Revista de la Facultad de Medicina. 2 de mayo de 2021;69(3):e84330-e84330.
  56. Champin D, Risco de Domínguez G. Formación del estudiante de medicina en salud pública y atención primaria de la salud, una experiencia en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. abril de 2013;30(2):347-9.
  57. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. septiembre de 2018;44(3):1-12.
  58. Taype-Rondán Á, Tataje Rengifo G, Arizabal A, Alegría Hernández S. Percepción de médicos de una universidad de Lima sobre su capacitación en procedimientos médicos durante el internado. An Fac Med. 2016;77(1):31-38. doi: 10.15381/anales.v77i1.11550.
  59. Nureña CR. Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. Rev Panam Salud Publica. 2009;26(4):368-376. doi: 10.1590/S1020-49892009001000013.
  60. Bueno Campos. E. y M. P. salmador. Dirección del conocimiento y aprendizaje” creación, distribución y medición intangibles.” Perspectivas sobre dirección del conocimiento. 14 ed. Madrid: Eunsa; 2000.
  61. Rábade Romeo S. Teoría del conocimiento. Madrid: Akal Ediciones; 1995. 192 p. (Tractatus philosophiae).
  62. Cerón Martínez AU. Cuatro niveles de conocimiento en relación a la ciencia. Una propuesta taxonómica. Ciencia Ergo Sum. 2016;24:83-90. Disponible en:  
<https://www.redalyc.org/journal/104/10449880009/html/>
  63. Bourdieu P. La distinción: criterios y bases sociales del gusto. 3. ed. Madrid: Taurus; 2006. 597 p.

64. Bunge MA, López Borgoñoz A. Las pseudociencias ¡vaya timo! Pamplona: Laetoli; 2010.
65. Bunge M. La ciencia: Su método y su filosofía. 1a edición. Pamplona: Laetoli; 2013. 138 p. (Biblioteca Bunge).
66. Bunge M. La investigación científica. 4ta. Ed. Madrid: Siglo XXI; 2007. 805 p.
67. Bernet JT, Ysern RR. La educación fuera de la Escuela. Ámbitos no formales y educación social. Cuestiones Pedagógicas Revista de Ciencias de la Educación [Internet]. 2009;(10-11). Disponible en: <https://revistascientificas.us.es/index.php/Cuestiones-Pedagogicas/article/view/10283>
68. Pacheco Ruiz F. Actitudes. Eúphoros. 2002;(5):173-86.
69. Rosenberg MJ, Hovland CI. Cognitive, affective, and behavioral components of attitudes. En: Rosenberg MJ, editor. Attitude organization and change: an analysis of consistency among attitude components. New Haven: Yale University Press; 1960. p. 1-14.
70. Allport G. Attitudes. En: Murchison A, editor. Handbook of Social Psychology. Worcester: Clark University Press; 1935.
71. Ortego Maté M del C, López González S, Álvarez Trigueros ML. Tema 4. Las actitudes [Internet]. Curso de la Universidad de Cantabria presentado en; 2011; España. Disponible en: <https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema04.pdf>
72. Boninger D, Krosnick J, Berent M. Origins of Attitude Importance: Self-Interest, Social Identification, and Value Relevance. Journal of personality and social psychology. 1 de febrero de 1995;68:61-80.
73. Casales Fernández JC, Bello Dávila Z. Psicología Social [Internet]. Cuba: Editorial Félix Varela; 2011 .Disponible en: <https://library.biblioboard.com/content/3044888b-355e-43e6-b3d8-e8a3794eda36>
74. Elejabarrieta F, Iñiguez L. Construcción de escalas de actitud, tipo Thurstone y Likert. La Sociología en sus Escenarios [Internet]. 2008 ;(17). Disponible en: <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/6820>

75. Berbesí García, J Evaluación de deseabilidad social en el peritaje psicológico. [Internet]. Universidad Santo Tomás; 2021
76. Stevens S. On the Theory of Scales of Measurement. Science. 1946;103(2684):677-680.
77. Almaguer González JA, García Ramírez HJ, Vargas Vite V. La atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Mexico: Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad. 2008.
78. Bernardo A. Parir como las diosas. La Jornada [Internet]. 2004;(69). Disponible en:  
[https://www.jornada.com.mx/2004/05/03/informacion/69\\_parto.htm](https://www.jornada.com.mx/2004/05/03/informacion/69_parto.htm)
79. Calderón J, Bravo J, Albinagorta R, Rafael P, Laura A, Flores C. Parto Vertical: Retornando a Una Costumbre Ancestral. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2008;54(1):49-57.
80. Borges Damas L, Sánchez Machado R, Domínguez Hernández R, Sixto Pérez A. El parto humanizado como necesidad para la atención integral a la mujer. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2018;44(3):1-12.
81. Wagner M. El nacimiento en el nuevo milenio [Internet]. Conferencia presentado en: 1er Congreso Internacional de Parto y Nacimiento en casa; 2000; Jerez, España. Disponible en:  
[https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio\\_Marsden%20Wagner.pdf](https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf)
82. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2020 [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI; 2021 . Disponible en:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1795/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1795/)
83. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2019 [Internet]. Perú; 2019. Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Endes2019/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Endes2019/)

84. Avila-Jaquez C. Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia* [Internet]. agosto de 2019 [citado 6 de marzo de 2022];26(80). Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1405-14352019000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1405-14352019000200003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
85. Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. La Organización Mundial de la Salud reconoce el modelo de parto vertical con adecuación intercultural en Perú como referente para salvar vidas maternas [Internet]. 2015 . Disponible en: <http://www.aecid.pe/noticias/ongd/1307-la-organizacion-mundial-de-la-salud-reconoce-el-modelo-de-parto-vertical-con-adequacion-intercultural-en-peru-como-referente-para-salvar-vidas-maternas#.YiUJ2XrN1pZ>
86. Ministerio de Salud del Perú. Parto vertical disminuye la morbimortalidad materno perinatal del país [Internet]. 2019 [citado 6 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/29503-parto-vertical-disminuye-la-morbimortalidad-materno-perinatal-del-pais>
87. Lozano Hidalgo CAL, Huamani Guzmán R. Parto humanizado: Inicio de una nueva vida. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2020;5(4):162-6.
88. Abarca Delgado EA. “Nivel de satisfacción en parto humanizado según la percepción de usuarias atendidas en el servicio de centro obstétrico del hospital nacional Hipólito Unanue. enero – febrero del 2018” [Internet] [Tesis Título Profesional]. [Lima-Perù]: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/18561>.
89. Valenzuela Mujica MT, Uribe Torres C, Contreras Mejías A. Modalidad integral de atención de parto y su relación con el bienestar materno. *Index de Enfermería*. 2011;20(4):243-7.
90. Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C. Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic*

Reviews [Internet]. 2013 [citado 11 de agosto de 2023];(10).

Disponible en:

<https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003934.pub4/full/es>

91. Gizzo S, Di Gangi S, Noventa M, Bacile V, Zambon A, Nardelli GB. Women's choice of positions during labour: return to the past or a modern way to give birth? A cohort study in Italy. *Biomed Res Int*. 2014;2014:638093.
92. Moraloglu O, Kansu-Celik H, Tasci Y, Karakaya BK, Yilmaz Y, Cakir E, et al. The influence of different maternal pushing positions on birth outcomes at the second stage of labor in nulliparous women. *The Journal of maternal-fetal & neonatal medicine*. 2017;30(2):245-9.
93. Londoño VFV, Castiblanco JPR, Acosta MTC, Astudillo NMV. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: una revisión de la literatura. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2018;20(1).
94. Berta M, Lindgren H, Christensson K, Mekonnen S, Adefris M. Effect of maternal birth positions on duration of second stage of labor: systematic review and meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*. 2019;19(1):1-8.
95. Quispe Canales TS. Conocimiento del parto vertical y la actitud de las madres gestantes que acuden al Hospital II EsSalud - Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho. Setiembre - Noviembre, 2014. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga [Internet]. 2015; Disponible en: <http://repositorio.unsch.edu.pe/handle/UNSCH/1555>
96. Terry RR, Westcott J, O'Shea L, Kelly F. Postpartum outcomes in supine delivery by physicians vs nonsupine delivery by midwives. *J Am Osteopath Assoc*. abril de 2006;106(4):199-202.
97. de Jonge A, van Diem MT, Scheepers PLH, van der Pal-de Bruin KM, Lagro-Janssen ALM. Increased blood loss in upright birthing positions originates from perineal damage. *BJOG*. marzo de 2007;114(3):349-55.

98. Nasir A, Korejo R, Noorani KJ. Child birth in squatting position. 2007;57(1):4.
99. Borges M, Moura R, Oliveira D, Parente M, Mascarenhas T, Natal R. Effect of the birthing position on its evolution from a biomechanical point of view. Computer Methods and Programs in Biomedicine. 1 de marzo de 2021;200:105921.
100. Gayeski ME, Brüggemann OM. Percepções de puérperas sobre a vivência de parir na posição vertical e horizontal. Rev Latino-Am Enfermagem. abril de 2009;17:153-9.
101. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C. Metodología de la investigación. Sexta edición. Baptista Lucio P, editor. México D.F.: McGraw-Hill Education; 2014.
102. WMA - The World Medical Association-Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

## 4.2. ANEXOS

### 4.2.1. Anexo 1: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Compuesto por un cuestionario de conocimientos sobre el parto vertical y una escala de Likert de actitudes frente al parto vertical<sup>(28)</sup>

#### CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO VERTICAL

A continuación, se presentarán una serie de premisas con el objetivo de identificar la información que usted conoce sobre el parto vertical y sus actitudes frente a ésta técnica de atención del parto. Tenga presente que el siguiente cuestionario no es un examen o prueba que tendrá algún efecto sobre su rendimiento académico, por lo cual se le pide absoluta sinceridad y seriedad en su desarrollo. Cabe resaltar que se guardará absoluta confidencialidad de su identidad.

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Edad:**

2. **Sexo:**

Mujer

Varón

3. **Estado Civil:**

Soltero(a)

Conviviente

Casado(a)

Viudo(a)

---

#### CONOCIMIENTOS DEL PARTO VERTICAL

1. **¿En qué año se emitió por primera vez la norma técnica para la atención del parto en posición vertical con adecuación intercultural?**

a. 2000

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.

c. Se realiza control de funciones vitales.

d. Se realiza el control obstétrico 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:**

- a. Se promueve una participación más activa de la madre
- b. No conlleva a riesgo del bebé
- c. Crea vínculos afectivos entre la madre y el bebé
- 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. 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.

**7. ¿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 favorece el encaje y el descenso del feto.
- d. Todas las anteriores

**8. ¿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.

- 9. La principal indicación del parto vertical es:**
- Se realiza en gestantes con alguna complicación obstétrica.
  - Solo se realiza en presentación cefálica.
  - Incompatibilidad feto pélvica.
  - Estrechez pélvica.
- 10. Las principales contraindicaciones del parto vertical son:**
- Prematuras.
  - Antecedente de Parto Complicado.
  - Embarazo Pos término.
  - Todas las anteriores.
- 11. Son posiciones que puede adoptar la gestante en el parto vertical, excepto:**
- Posición de rodillas
  - Posición de litotomía
  - Posición cogida de la sogá
  - Posición de pies y manos (cuatro puntos de apoyo)
- 12. Ventajas de la variedad de posiciones, excepto**
- Menor dolor en la primera etapa del trabajo de parto
  - Las mujeres informan menor intensidad de las contracciones de dolor en la primera y segunda etapa del trabajo de parto
  - Puede aumentar la duración de la segunda etapa
  - Menores patrones anormales de frecuencia cardiaca fetal
- 13. Posición que puede ayudar en las variedades de posición Occipito Posterior u Occipito Transverso al momento de la rotación.**
- Posición de cuatro puntos (Posición rodillas y manos)
  - Posición sentada
  - Posición semi-sentada
  - Posición de cuclillas
- 14. Durante el Parto Vertical, el manejo del dolor, se caracteriza por:**
- El personal de salud debe proporcionar soporte emocional
  - Limitar la libertad de expresión de acuerdo a costumbres
  - Evitar las técnicas de relajación y masajes
  - Evitar la ingesta de infusiones de hierbas según costumbre local.

## Escala de Likert actitudes frente al parto vertical

Actitudes frente al Parto Vertical		Completamente de acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo
<b>Atención del Parto Vertical</b>						
1	¿Estaría dispuesto(a) a brindar una atención del parto vertical?					
2	¿Estaría dispuesto(a) a recibir capacitación necesaria para la atención de parto vertical?					
3	¿Considera que la atención de parto vertical generaría incomodidad en el profesional que atiende el parto?					
4	¿Está al tanto de la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural por parte del MINSA?					
5	¿Cree que la Posición de parto vertical generaría un mayor trabajo en el profesional que atiende el parto?					
<b>Aspectos Culturales</b>						
6	¿Considera que la implementación del parto vertical en todos los establecimientos de salud es una forma de respetar la cultura de la mujer?					
7	¿Considera que la atención de parto vertical solo debe realizarse en zonas rurales?					
8	¿Cree que la posición de parto vertical solo debe realizarse por las parteras o comadronas y no por el profesional que atiende el parto?					
9	¿Está de acuerdo con que la atención de parto vertical debe incluir la presencia de acompañante?					
<b>Respeto por la elección</b>						
10	¿Considera que se debe respetar la decisión de la paciente si opta por la posición vertical para la atención del parto?					
11	¿Le parece que debe informar sobre la posición de parto diferente a la horizontal a todas las mujeres?					
12	¿Considera que el profesional de salud es quien decide qué posición es la más adecuada para la paciente?					
<b>Aspectos Afectivos</b>						
13	¿Piensa que el parto vertical significa un parto más humanizado?					
14	¿Piensa usted que el parto en posición vertical crea vínculos afectivos entre la madre y el feto?					
15	¿Cree que el parto vertical promueve una participación más activa de la madre por ello surge un mayor vínculo afectivo?					

---

Rodriguez Honorio L. Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos - año 2015 [Internet] [Tesis para optar título profesional de licenciada en obstetricia]. [Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/4811>

#### 4.2.2. Anexo 2. MATRIZ DE CONSISTENCIA INTERNA

Tabla N°12 Matriz de consistencia interna

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes de los egresados de Medicina Humana de la UNMSM para la atención del parto en posición vertical en los establecimientos de salud del Perú, durante el año 2022?	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Determinar el nivel de conocimientos y actitudes sobre la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022.</p>	<p><b>CONOCIMIENTOS SOBRE EL PARTO VERTICAL:</b></p> <p><b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL:</b> Conjunto de ideas, conceptos, hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida, como producto de la observación y experiencia del sujeto para la atención del parto vertical</p> <p><b>DEFINICIÓN OPERACIONAL:</b> Es toda la información de los egresados de Medicina Humana sobre el parto vertical que se obtendrá mediante un cuestionario.</p>	<p>Definiciones y Posiciones</p> <p>Ventajas y Desventajas</p> <p>Indicaciones y Contraindicaciones</p>	<p>ALTO MEDIO BAJO</p> <p>ALTO MEDIO BAJO</p> <p>ALTO MEDIO BAJO</p>	<p><b>CUESTIONARIO ESTRUCTURADO</b></p>

	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>- Medir el nivel de conocimientos sobre la atención del parto en posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022.</p> <p>- Medir el nivel de actitudes sobre la atención del parto en</p>	<p><b>ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL: DEINIFICIÓN CONCEPTUAL:</b>  Son predisposiciones para reaccionar favorable o desfavorablemente frente a la atención de parto vertical por egresados de Medicina Humana través de la experiencia la cual ejerce influencia directa o dinámica sobre el comportamiento.</p> <p><b>DEFINICIÓN OPERACIONAL:</b>  Son respuestas expresadas, que se evidencia en la forma de pensar, sentir, y predisposición de comportamiento para reaccionar favorable o desfavorablemente sobre la atención del parto vertical que se obtendrá mediante una escala de Likert y valores de</p>	<p>Percepción sobre la atención del parto vertical</p> <p>Opinión sobre los aspectos culturales de la atención del parto vertical</p> <p>Actitud de respeto por la elección del parto vertical</p> <p>Percepción sobre los aspectos psico-afectivos de la atención del parto vertical</p>	<p>MUY DESFAVORABLE  DESFAVORABLE  FAVORABLE  MUY FAVORABLE</p> <p>MUY DESFAVORABLE  DESFAVORABLE  FAVORABLE  MUY FAVORABLE</p> <p>MUY DESFAVORABLE  DESFAVORABLE  FAVORABLE  MUY FAVORABLE</p> <p>MUY DESFAVORABLE  DESFAVORABLE  FAVORABLE  MUY FAVORABLE</p>	<p><b>ESCALA DE LIKERT MODIFICADA</b></p>
--	---	--	---	---	---

	posición vertical en el Perú, en los egresados de Medicina Humana de la UNMSM, durante el año 2022.	acuerdo, desacuerdo, desacuerdo y desacuerdo.			
--	---	---	--	--	--

**Fuente:** Elaboración propia

### **4.2.3. Anexo 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Título del trabajo:** “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL DE LOS EGRESADOS DE MEDICINA HUMANA DE LA UNMSM PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL. PERÚ, 2022”.

**Investigador y responsable del estudio:** Valdivia Cabrera, Carlos Adrian

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos tiene un compromiso con la sociedad, a su vez la Facultad de Medicina posee el mismo compromiso con la Salud Pública del país. Los profesionales de la salud del país vienen siendo entrenados para atender el parto en posición horizontal (acostada). Tras evaluar esta situación, el Ministerio de Salud, desde un punto cultural (parto en posición vertical versus horizontal), manifiesta que existe un desencuentro cultural entre dichas mujeres y el personal que las atiende. Y, en consecuencia, muchas veces estas prefieren no acudir a los establecimientos de salud y así optar por un parto no institucionalizado, poniendo en riesgo la salud del binomio madre-hijo en el caso que se presenten complicaciones. Es por ello que el Investigador Carlos Adrian Valdivia Cabrera hace de su conocimiento que el objetivo del presente estudio es: “Determinar el nivel de conocimientos y actitudes de los egresados de Medicina Humana de la UNMSM respecto de la atención del parto en posición vertical en el Perú.”

A partir de los resultados encontrados se buscará sentar las primeras bases de evidencia estadística sobre los conocimientos y actitudes hacia el parto vertical en egresados de Medicina Humana para así proponer ideas para planes de acción futuros a favor de una formación integral respecto a la atención de parto capaz a responder a las demandas de la población en los lugares que corresponda.

Por todo lo mencionado y académicos, se pretende realizar esta investigación.

**Procedimiento:**

Si está de acuerdo con participar en el estudio se le aplicará una encuesta que consta de un "Cuestionario Sociodemográfico", un "Cuestionario de catorce preguntas sobre conocimiento respecto al parto vertical" y una "Escala de Likert modificada de quince ítems sobre actitudes frente al parto vertical" tomada de Lyliana Rodríguez Honorio (2016). Ambas partes del instrumento son preguntas relacionadas con el tema de la investigación.

**Participación:**

Su participación en esta investigación es libre y voluntaria. Si decide no participar podrá hacerlo sin ningún tipo de perjuicio a su persona. El participante puede retirarse cuando lo estime necesario sin que le ocasione perjuicio

**Beneficios:**

No recibirá ningún beneficio por participar del estudio, pero brindará información muy importante y necesaria respecto a esta temática en la formación de profesionales médicos de la Facultad de Medicina UNMSM.

**Riesgos:**

No habrá ningún riesgo físico ni psicológico para su persona, ya que su participación se limitará a responder preguntas de unos cuestionarios en relación al parto vertical. Si no desea participar tampoco sufrirá ningún tipo de riesgo.

**Costo de la Participación**

La participación en el estudio no tiene ningún costo para usted. La entrega del cuestionario se realizará con la autorización de la institución y directamente hacia usted.

**Confidencialidad:**

La información obtenida en esta investigación se manejará en estricta confidencialidad, Se protegerá el anonimato de los egresados eliminando de la base final cualquier dato que pudiera servir como identificador (nombre), se generó un código desarrollado ad hoc para el estudio como único identificador de cada observación.

**Declaración Voluntaria**

Yo he sido informado(a) sobre el propósito y objetivo del estudio, he conocido los riesgos, los beneficios, costos y requisitos. Entiendo que la participación en el estudio voluntaria y gratuita. Estoy enterado(a) también de que puedo o no continuar en el estudio en el momento en el que lo considere necesario y si ocurriese algún problema

“x” puedo optar por retirarme sin que esto represente una consecuencia para mí. Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación:

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL DE EGRESADOS DE MEDICINA HUMANA DE LA UNMSM PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL. PERÚ, 2022**

**Nombre y apellido del participante:** \_\_\_\_\_

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

Datos de contacto del investigador:

**N° Celular:** 942375436

**Correo electrónico:** carlos.vc12@hotmail.com

**ACEPTO**

**NO ACEPTO**

## 4.2.4. Anexo 4: RESOLUCIÓN DE DECANATO APROBACIÓN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



Firmado digitalmente por PODESTA  
GAVILANO Luis Enrique FAU  
20148092282 hard  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 01.10.2022 06:28:08 -05:00

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
Universidad del Perú. Decana de América  
FACULTAD DE MEDICINA  
DECANATO

Lima, 01 de Octubre del 2022

### RESOLUCIÓN DECANAL N° 003235-2022-D-FM/UNMSM

Visto el expediente digital N° UNMSM-20220058951, de fecha 27 de enero de 2022 de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de tesis

#### CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: *“La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño”* así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis: Art. 28** establece que: *“La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución”;*

Que, mediante Oficio N°000665-2022-EPMH-FM/UNMSM, la Directora de la Escuela Profesional de Medicina Humana; eleva el Informe del Dr. Mario Enrique Cuevas De la Cruz, profesor auxiliar del Departamento Académico de Ginecología Y Obstetricia, referente al Proyecto de Tesis titulado **“CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL DE EGRESADOS DE MEDICINA HUMANA DE LA UNMSM PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL. PERÚ, 2022”**, presentado por el Bachiller Carlos Adrian Valdivia Cabrera, con código de matrícula 12010326, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano; informa que el Proyecto de Tesis mencionado se encuentra APTO para ser ejecutado; por lo que, solicita autorizar la emisión de la Resolución de Decanato respectiva incluyendo el nombre del asesor de la tesis Mg. Pedro Antonio Riega Lopez con código 0A5093, docente auxiliar del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública; y,

#### SE RESUELVE:

1° Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

<b>Estudiante:</b> Carlos Adrian Valdivia Cabrera Código de matrícula N° 12010326 E.P. de Medicina Humana	<b>Título del Proyecto de Tesis:</b> “CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE EL PARTO VERTICAL DE EGRESADOS DE MEDICINA HUMANA DE LA UNMSM PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO EN POSICIÓN VERTICAL. PERÚ, 2022”
<b>Asesor:</b> Mg. Pedro Antonio Riega Lopez Código docente: 0A5093	

2° Encargar a la Escuela Profesional de Medicina Humana el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.



DRA. ALICIA J. FERNÁNDEZ GIUSTI VDA. DE PELLA  
VICEDECANA ACADÉMICA

DR. LUIS ENRIQUE PODESTA GAVILANO  
DÉCANO

Firmado digitalmente por  
FERNANDEZ GIUSTI VDA DE  
PELLA Alicia Jesus FAU  
20148092282 soft  
Motivo: Soy el autor del documento  
Fecha: 30.09.2022 12:32:17 -05:00

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://spsgd.unmsm.edu.pe/verificar/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: CLNCGBG



#### 4.2.5. Anexo 5: ACTA DEL COMITÉ DE ÉTICA



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)  
FACULTAD DE MEDICINA  
INSTITUTO DE ÉTICA EN SALUD  
COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

*"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"*



### ACTA DE EVALUACIÓN ÉTICA DE ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN (AEE -CEI)

**CÓDIGO DE ESTUDIO N°: 0124-2022**

En Lima, a los cinco días del mes de diciembre, en Sesión del COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN, previa evaluación del Proyecto de Tesis, titulado: **"Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical de egresados de medicina humana de la UNMSM para la atención del parto en posición vertical. Perú, 2022"** presentado por **Carlos Adrián Valdivia Cabrera**, con código 12010326, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano en la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

#### **ACUERDA:**

Dar por **APROBADO** dicho Proyecto, considerando que se ha cumplido satisfactoriamente con las recomendaciones en aspectos científicos, técnicos y éticos para la investigación en seres humanos.

Lima, 05 diciembre del 2022

Dra. Martha Nicolasa Vera Mendoza  
Presidenta del CEI/FM/UNMSM

Av. Grau 755 - Lima 1 - Apartado Postal 529 - Lima 100 - Perú Telf. (511) 3283237 – (511) 619-7000 Ax 4602  
- Decanato Telefax: (511) 3283231- Web: [medicina.unmsm.edu.pe](http://medicina.unmsm.edu.pe) - E-mail: [decanato.medicina@unmsm.edu.pe](mailto:decanato.medicina@unmsm.edu.pe) -  
Instituto de Ética en Salud 6197000 Ax 4626 –E-mail: [ietica.medicina@unmsm.edu.pe](mailto:ietica.medicina@unmsm.edu.pe)