

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE OBSTETRICIA**

**CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE SALUD  
FRENTE A LA ATENCION DEL PARTO EN POSICION VERTICAL**

**DEL INMP -AÑO 2013**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Obstetricia

AUTOR

Marlin Guilsania Cortez Zelada

ASESORES

Lic. Clara Margarita Díaz Tinoco

**Lima – Perú**

**2014**

## **AGRADECIMIENTO**

A dios, por acompañarme todos los días, por darme salud, coraje y no dejarme sola en los momentos difíciles y haberme permitido llegar a la meta en este gran proyecto.

La presente tesis es un esfuerzo en el cual, directa o indirectamente, participaron varias personas leyendo, opinando, corrigiendo, teniéndome paciencia, dando ánimo, acompañándome en los momentos de crisis y en los momentos de felicidad.

Gracias a mis padres y hermanos por brindarme la oportunidad de seguir con mis estudios y por la confianza que depositan día a día en mí, por el constante apoyo incondicional que me brindan.

Gracias a la Lic. Clara Díaz mi asesora, al Dr. Miranda y al Dr. Cabrera por su paciencia, por el tiempo que me dio para que este trabajo culminara exitosamente mi agradecimiento sincero.

A los profesionales de salud, Obstetras, Médicos Residentes y Médicos Gineco-Obstetras por su participación en este estudio.

## **DEDICATORIA**

A Dios, verdadera fuente de amor y sabiduría, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, por darme la fe, la fortaleza para terminar este trabajo y por permitirme culminar con éxito el esfuerzo de todos estos años de estudio. Por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

Para él mi agradecimiento infinito.

A mis padres y hermanos por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar.

## INCIDE

RESUMEN.....	pág. 1
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....	pág. 3
1.1 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	pág.16
CAPITULO II: OBJETIVOS.....	pág.17
CAPITULO III: VARIABLES.....	pág.17
CAPITULO IV: METODOLOGÍA.....	pág. 18
4.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	pág.18
4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	pág. 19
4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	pág. 20
4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	pág.20
4.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	pág. 20
4.6 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	pág. 21
4. 6.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	pág. 23
4.6.2 PLAN DE PROCEDIMIENTOS Y ANALISIS DE DATOS.....	pág. 23
CAPTULO V: ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	pág. 24
CAPITULO VI: RESULTADOS.....	pág. 25
CAPITULO VII: DISCUSIÓN.....	pág. 35
CAPITULO VIII: CONCLUSIONES.....	pág.37
CAPITULO IX: RECOMENDACIONES.....	pág. 38
CAPITULO X: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.....	pág. 39
CAPITULO XI: ANEXOS.....	pág. 42

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico N° 1. Conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto en posición vertical. En el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013.....pág. 26.

Grafico N° 2. Actitudes del profesional de salud frente la atención del parto vertical. En el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013.....pág. 27

Grafico N° 3. Relación entre Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal - 2013.....pág. 28

Grafico N° 4.- Conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto vertical según sexo en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013.....pág.29

Grafico N° 5. Conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto vertical según edad en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013.....pág.30

Grafico N° 6.- Conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto en posición vertical según profesión en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013.....pág. 31

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Datos generales de los profesionales de salud del Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013.....	pág. 25
Tabla N° 2.- Análisis de ítem sobre conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal 2013.....	pág.32
Tabla N° 3.- Análisis de ítem actitudes del profesional de salud frente la atención del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal -2013.....	pág. 33
Tabla N°4.- validez de contenido V de Aiken (anexo A).....	pág. 43
Tabla N°5 Determinación de la confiabilidad Prueba Alfa de Cronbach (Anexo B).....	pág. 45
Encuesta utilizada en el estudio.....	pág. 48

## RESUMEN

### CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCION DEL PARTO EN POSICION VERTICAL DEL INMP- AÑO 2013

**Objetivo.** Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2013. **Diseño:** estudio descriptivo, correlacional, cuantitativo de corte transversal. **Institución:** Instituto Nacional Materno Perinatal. **Participantes:** Obstetras, Gineco – Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Ginecología. **Intervenciones:** a 180 profesionales que estuvieron dispuestos a participar en el estudio se aplicó un cuestionario pre elaborado y validado acerca de conocimientos y, actitudes sobre la atención del parto en posición vertical. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Excel, SPSS V.21 para el análisis por pruebas estadísticas no paramétricas la prueba de chi cuadrado. **Principales medidas de resultado:** nivel de conocimientos y actitudes hacia la atención del parto en posición vertical. **Resultados:** en cuanto a los conocimientos del parto en posición vertical el grupo de los profesionales que presentaron un nivel de conocimiento medio fue el 93.4%, el grupo de profesionales con un nivel de conocimientos bajo fue el 3.9% y el grupo de profesionales con un nivel de conocimiento alto fue el 2.7%; la actitud que tienen los profesionales encuestados sobre la atención del parto en posición vertical fue que el 70% de ellos tienen una actitud de indiferencia, el 15.6% tiene una actitud negativa y el 14.4% tiene una actitud positiva. **Conclusiones:** existe una relación entre el nivel de conocimiento medio (93.4%) ( $p=0.000<0.05$ ) y la actitud de indiferencia (70%) por parte de los encuestados frente a la atención del parto en posición vertical.

**Palabras claves:** conocimientos, actitudes, profesionales de salud, atención y posición del parto vertical.

## ABSTRACT

### PROFESSIONAL KNOWLEDGE AND ATTITUDES AGAINST HEALTH CARE DELIVERY UPRIGHT NIPM -YEAR 2013.

**Objective.** To determine the relationship between the level of knowledge and attitudes of health professionals against delivery care upright in the National Maternal Perinatal Institute in 2013. **Design:** Descriptive, correlational and cross-sectional quantitative study. **Institution:** Institute National Materno Perinatal. **Participants:** Obstetricians, Obstetrics and Gynecology Medical residents specialty Gynecology. **Interventions:** 180 professionals who were willing to participate in the study, a questionnaire developed and validated pre knowledge about and attitudes about delivery care was applied vertically. For statistical analysis, Excel, SPSS V.21 program was used for analysis by nonparametric chi square test statistical tests. **Main outcome measures:** level of knowledge and attitudes toward childbirth care vertical. **Results:** In terms of knowledge delivery upright group of professionals who had a medium level of knowledge was 93.4 %, the group of professionals with a low level of knowledge was 3.9% and the group of professionals with high knowledge level was 2.7%; attitude that professionals surveyed on delivery care upright was that 70 % of them have an attitude of indifference, 15.6 % have a negative attitude and 14.4 % have a positive attitude. **Conclusions:** There is a relationship between the average level of knowledge (93.4 %) ( $p = 0.000 < 0.05$  and attitude of indifference (70 %) by the respondents against delivery care vertical.

**Keywords:** knowledge, attitudes, health professionals, care and vertical delivery position.



## CAPÍTULO I. INTRODUCCION

Durante milenios y en todas las culturas del mundo, el proceso de dar a luz a una nueva vida ha sido considerado tan especial y mágico que se encontró protegido por divinidades poderosas tales como Bastet y Tueris: en el Antiguo Egipto. En España por santos patrones como Ramón Nonato. La forma en que lo han hecho es a través de un parto fisiológico, un parto normal, es decir, un parto en posición vertical <sup>(1, 2, 3)</sup>.

A partir del siglo XVII inició el cambio en la forma de dar a luz, cuando Mauriceau introdujo la cama obstétrica que paulatinamente fue reemplazando a la silla de partos para utilizar el instrumento de moda de ese entonces el “fórceps” y, años después en 1970 se introdujo la analgesia como forma alternativa para calmar el dolor del parto en la gestante y ese acto se lleva a cabo hasta nuestros días <sup>(4)</sup>.

En virtud de los puntos señalados anteriormente, los profesionales de la salud han sido entrenados para atender el parto en posición horizontal (acostada). El Ministerio de Salud al evaluar la situación problemática de estas dos practicas (parto en posición vertical y horizontal) totalmente diferentes que ocasionan un desencuentro cultural entre el personal que atiende, las mujeres andinas y amazónicas que muchas veces prefieren abstenerse de acudir a los establecimientos; poniendo en riesgo su salud, la vida de ellas y de su niño.

La evidencia científica demuestra que la atención del parto en posición vertical es más fisiológica y facilita a la gestante la salida del o la infante al nacer, ya que el parto en posición vertical no comprime grandes vasos como la aorta ni la vena cava, el útero de la gestante, no ocasiona alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta. Por este motivo, no afecta la cantidad del oxígeno que recibe el feto. La acción positiva de las fuerzas de gravedad favorece, a la hora del parto vertical, el descenso del feto y, al estar apoyados, los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que indirectamente ayuda al nacimiento.

Se genera mayor eficiencia de las contracciones uterinas, se acorta el tiempo de trabajo de parto, existe menos dolor y la mujer tiene una mayor participación en el nacimiento de su hijo; contrariamente a lo que se piensa. El parto vertical o “natural” no es volver al pasado sino recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos. En el parto en posición vertical no es renunciar a la tecnología sino adjudicarle el lugar que le corresponde: las complicaciones y los casos de riesgo, a la vez hacer que la parturienta recobre el rol protagónico que siempre tuvo, como es el de participar activamente en su parto <sup>(5, 6, 7, 8)</sup>.

La Constitución Política de la República del Perú en el artículo 2, de los incisos 2, 3 y 19, enfatizan el derecho a la salud que tiene la población sin discriminación alguna <sup>(9)</sup>.

La Organización Mundial de la Salud en sus recomendaciones desde el año 1985 sobre las prácticas correctas en la asistencia del parto y el nacimiento afirmaba que: "No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo" <sup>(10)</sup>.

Espinoza F, Lavado F. (2009) “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”. Concluyeron que el 73.0 % de los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical y en la Facultad de Educación el 82.1% presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical. En general, no se encontró diferencia significativa en la actitud hacia el parto vertical entre los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Medicina como en la Facultad de Educación <sup>(11)</sup>.

Llanca R, Ramos H, Torres G. (2006). "Percepción de los profesionales Gineco-Obstetras y Obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas en el ámbito de la ciudad de Tacna".

Concluyeron que los profesionales de la salud Ginecólogos y Obstetras u Obstetras manejan adecuadamente conceptos de interculturalidad la mayor parte de ellos no han recibido formación universitaria con elementos interculturales. A pesar de ello, consideran que la atención con enfoque intercultural es un derecho, una necesidad y que se justifica para nuestra población. Así mismo, reconocen que la condición étnica genera inequidad y discriminación en la atención de salud muchas veces por la falta de conocimiento de las culturas quechuas y aymaras.  
(12).

Claro de Castro J. (2005) "Humanización del parto según enfermeras-Obstetras involucradas con la atención al parto" Brasil. Los resultados demostraron que las enfermeras- obstetras entienden que el proceso de humanización sucedió como una estrategia política con objeto de mejorar la atención y rescatar el parto de la manera más natural posible. Consideran necesaria una mudanza del paradigma para que el proceso pueda materializarse. Los hallazgos evidenciaron que las enfermeras- Obstetras se presentan más integradas al parto humanizado como un proceso y no como un evento.

Cuando se tenga una actitud de humanización es ahí cuando se va reducir la tasa de cesáreas y mejorar la atención a las mujeres, asimismo, se debe reducir las actitudes intervencionistas no solo para las usuarias, sino también para el personal  
(13).

El proceso de humanización se refiere a rescatar el parto normal así como se presenta y que este proceso solo va ocurrir cuando las mujeres se convierten en protagonistas de su parto y el nacimiento de sus hijos<sup>(13)</sup>.

RC. Silvia, MC, Soares Y col. (2011). “La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia”. Octubre. Brasil.

Este estudio posibilitó entender que la efectivización de la atención humanizada en los centros obstétricos depende principalmente de la estructura organizacional de las instituciones hospitalarias y de un equipo de salud comprometido y preparado para acoger a la gestante adolescente, su compañero y la familia en este momento importante de la vida que es el nacimiento de un nuevo ser.

Se constató que, a pesar de que los profesionales de salud conocían la propuesta de atención humanizada al parto preconizada por el Ministerio de Salud, todavía mantienen una asistencia hegemónica, pautada en acciones intervencionistas, muchas veces desconsiderando los derechos de las parturientas, haciéndolas meras espectadoras de sus propios partos.

Esta investigación apunta que la calidad de la atención a la parturienta adolescente necesita más que la resolución de problemas o uso de tecnologías, exige actitudes y comportamientos de los trabajadores de la salud que contribuyan a reforzar la atención en salud como un derecho del ser humano, o sea, el uso de las tecnologías cuando lo requiera y fortalecer el vínculo entre profesionales de salud, usuarias, familias y comunidad<sup>(14)</sup>.

Arnau S, Martínez R, Nicolás V (2012)” Los conceptos del parto normal, natural y humanizado”. El caso del Área 1 de Salud de la Región de Murcia Abril – Mayo. España. Los resultados fueron que los/as profesionales poseen una confusión evidente sobre los dos conceptos de parto normal y parto natural, este hecho desencadena que el léxico utilizado por el colectivo para referirse a uno u otro sea arbitrario. Algunos de los entrevistados poseen desconocimiento sobre el concepto de parto humanizado.

Otro de los aspectos a considerar en el estudio son las fricciones entre matronas y obstetras los límites son bastante confusos al no existir claridad en las representaciones ideológicas sobre los conceptos de parto normal, natural y humanizado en ambos estamentos <sup>(15)</sup>.

Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicación la cesárea, entre ellas las más frecuentes son: Cesárea anterior tipo corporal e iterativa, incompatibilidad feto pélvica, sufrimiento fetal, feto en podálico embarazo gemelar, distocia de presentación, distocia de cordón umbilical, distocia de contracción uterina, macrosomía fetal, prematuridad, hemorragia del II trimestre, embarazo post termino, preclampsia severa, eclampsia.

Si se decide optar por un parto vertical este se desarrollará bajo ciertas condiciones gestantes sin complicación obstétrica, presentación cefálica del feto, compatibilidad feto pélvica <sup>(5)</sup>.

El conocimiento puede considerarse como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y aprendizaje del sujeto.

El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso que se inicia desde el nacimiento hasta la muerte, originando cambios en el proceso del pensamiento, acciones o actividades de quien aprende.

En general el conocimiento es “el conjunto de saberes de un individuo que le permiten lograr un buen desempeño o tarea, e indican su suficiencia o idoneidad para el citado desempeño“. La habilidad es “la destreza, talento, experiencia o gracia para ejecutar una cosa o capacidad y disposición para negociar y conseguir objetivos, tanto en grupos como individualmente” como lo afirma (Bueno Campos) <sup>(16)</sup>.

La consideración de los conocimientos y habilidades que posee el individuo como factores que afectan a su proceso de aprendizaje viene justificada por la denominada “eficiencia de masa”, según Dieerickx y col <sup>(17)</sup> la cual muestra que el nivel inicial de stocks influye de forma significativa sobre el tiempo y coste requeridos para incrementar su cantidad, además cohen, Levinthal y Schilling <sup>(18)</sup>

Confirman la importancia de los conocimientos previos para el desarrollo del aprendizaje organizativo, lo que también es aplicable para el individuo, ya que tanto las empresas como las personas tienen tendencia a utilizar y construir su conocimiento sobre la base del que ya existe.

Para el análisis de los conocimientos y habilidades de los individuos se han escogidos cinco criterios, justificados por la literatura, que nos permiten conocer cuál es la situación actual de este factor. Estos son: los conocimientos y habilidades técnicas, los conocimientos y habilidades sociales, la comunicación, el liderazgo y el trabajo en equipo <sup>(19, 20, 21)</sup>.

Para efectos del presente estudio de investigación se ha tomado la definición de Henry Wallón “El conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento sólo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racionalmente”.

“El conocimiento no se refiere solo al aspecto académico, sino también a la relación de éste con la experiencia y el interés por mantenerse actualizado. Aunque las escuelas provean el conocimiento básico, las cuidadoras deben buscar complementar sus conocimientos actualizándose. La práctica es la gran escuela” <sup>(22)</sup>.

Según Wallón existen 3 tipos de conocimiento: Elementales, pre-científicos y científicos, siendo estos dos últimos exclusivos del ser humano.

**Conocimiento Pre-científico.** Se le llama también "vulgar" o "popular" y se obtiene por azar, luego de innumerables tentativas cotidianas. Es metódico y asistemático. "Datos e informaciones empíricos sobre la realidad y el propio individuo, es decir conocimientos inmediatos situacionalmente útiles y de tipo hábitos o costumbres que hacen factible la regulación conductual y el ajuste del individuo en un momento dado".

**Conocimiento Científico.** El conocimiento científico es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico y sirve para interpretar los fenómenos y procesos. El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano.

Wallon agrega: el conocimiento científico persigue determinar el porqué de la ocurrencia y desarrollo de un fenómeno, buscando la generalización de los datos e intenta descubrir lo necesario detrás de lo casual, para aprender las leyes que lo gobiernan, de este modo el hombre tiene la posibilidad de predecir y controlar los fenómenos".

El carácter abierto del conocimiento científico lo aparta considerablemente de todo dogma o verdad revelada. Es rasgo esencial del conocimiento científico su afán de demostración. Ahora bien, entre los muchos rasgos que describen al conocimiento científico es esencial el que éste resulta de una definida combinación entre componentes teóricos y componentes empíricos, entre "lo endógeno" y "lo exógeno"<sup>(22)</sup>.

**Características del Conocimiento.** Para Andreu y Sieber, lo fundamental son básicamente tres características:

- El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio “hacer”, ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas “piezas”.
- Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento “se consuma” como ocurre con otros bienes físicos, permite “entender” los fenómenos que las personas perciben (cada una “a su manera”, de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también “evaluarlos”, en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.
- Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

Estas características convierten al conocimiento, cuando en él se basa en un cimiento sólido para el desarrollo de sus ventajas competitivas.

En efecto, en la medida en que es el resultado de la acumulación de experiencias de personas, su imitación es complicada a menos que existan representaciones precisas que permitan su transmisión a otras personas efectiva y eficientemente. Y su medición se puede realizar como: conocimiento bajo, medio y alto <sup>(23)</sup>.

Las actitudes se pueden considerar como tendencias psicológicas expresadas mediante la evaluación favorable o desfavorable hecha sobre algo. Así las han considerado Dreezen y col, <sup>(24)</sup> que también han realizado propuestas sobre su estructura interna considerándolas como representaciones mentales de esas respuestas evaluadoras, que pueden estar basadas en sentimientos, conocimientos o experiencia previa.



En general, las actitudes suelen ser investigadas más, mediante cuestionarios, entrevistas y ensayos, es decir, mediante declaración de los individuos, que mediante la observación de sus comportamientos. Esta metodología y los tratamientos estadísticos que se aplican no están exentos de dificultades, como afirma Gardner <sup>(25)</sup>.

Las relaciones entre actitudes y comportamientos no dejan de ser problemáticas. Hay cinco maneras de relacionar actitudes y comportamientos: La actitud precede al comportamiento, la actitud es comportamiento, actitud y comportamiento son recíprocos, la actitud no está directamente relacionada con el comportamiento y la actitud sigue al comportamiento.

El estudio sobre las potenciales relaciones entre actitudes y comportamientos ha recibido atención desde el campo de la psicología social, donde ha tomado cuerpo “la teoría de la acción razonada” y después extendida en trabajos posteriores de los mismos autores en la “Teoría del comportamiento planificado”. La teoría de la acción razonada se apoya en el supuesto de que el comportamiento humano es el resultado de procesos previos de toma de decisiones y aporta un esquema que relaciona el comportamiento con variables como: actitudes, creencias, apoyo social, intenciones, información, evaluación que se hace de la misma, normas y valores. Se refiere a la intención, como elemento esencial que determina el comportamiento, así como a las creencias, actitudes y valores como constructos dependiente del contexto que junto con las intenciones influyen en el mismo.

En esta teoría se hace hincapié en la predicción de comportamientos y una distinción especial entre lo que pueden ser “actitudes hacia un objeto” y “actitudes hacia algunas acciones específicas relativas a ese objeto”. Por ejemplo “acción positiva hacia el parto vertical” y “actitudes positivas hacia la atención del parto en posición vertical”.

Uno de los puntos fuertes de esta teoría radica en que muestra como determinadas creencias, a la que se había otorgado una importancia modesta, pueden reforzar o debilitar el efecto de una determinada actitud. Por ejemplo, una creencia, como la ingeniería no es cosa de chicas”, se puede sobreponer a una actitud positiva hacia esos estudios por parte de una alumna brillante.

Las creencias aparecen como afirmaciones que se dan por ciertas sin ningún tipo de duda. Las creencias nos poseen y nos preceden, siendo compartidas sin necesidad de cuestionarlas ni de formularlas explícitamente <sup>(26)</sup>.

Desde el campo de la sociología, Adams afirma que cuando no disponemos del conocimiento científico necesario, la comprensión de determinados problemas, conceptos o situaciones acaba siendo una cuestión de creencias y de valores culturales <sup>(27)</sup>. Desde el punto de vista fisiológico, Ortega y Gasset afirman que conviene diferenciar entre el término “ideas” y el término “creencias”.

Las primeras aparecen como resultado de nuestra ocupación intelectual, mientras que las segundas operan ya en nuestro fondo, cuando nos ponemos a pensar sobre algo. Por eso, no solemos formularlas, sino que nos contentamos con aludir a ellas como solemos hacer con todo lo que para nosotros es la realidad misma. Nuestra relación con las creencias consiste en contar con ellas, siempre, sin pararnos a pensar.

Los valores se nos presentan como asunciones básicas que guían nuestras decisiones. Son considerados como “anteojos” desde los cuales se examina la realidad, como “códigos culturales”, interpretaciones propias de la cultura en la que nos hallamos inmersos que inciden en nuestras formas de actuación y que son un componente inseparable de la vida humana.

Pero la ciencia también exporta valores a otros ámbitos de la cultura como, por ejemplo, los que van asociados a la búsqueda de nuevos conocimientos y su aplicación en aspectos como propuestas de modelos de toma de decisiones racionales. Valores de relaciones entre valores, conocimiento científico y actitudes.

En la enseñanza de las ciencias resultan de capital relevancia las relaciones que se puedan estableces entre los valores, el conocimiento científico y las actitudes.

La relación entre conocimiento científico y valores puede determinar la actitud de las personas de forma distinta; se adopta una actitud o se toma una decisión sin ninguna referencia al conocimiento científico, basándose solo en valores. En este caso, el conocimiento científico no interactúa con los valores, por ejemplo, el rechazo de trasplante de órganos por cuestiones religiosas; una actitud que se forma inicialmente a partir de valores personales o sociales, es a posteriori justificada por una selección de teorías científicas” teorías adoptadas” congruentes con la actitud.

En este caso, el conocimiento científico sería utilizado por el individuo para justificar la actitud o explicar la conducta y cuando la actitud y las decisiones resultan de la interacción entre el conocimiento científico y los valores.

Por lo tanto, la actitud no se forma solo a partir de valores, sino también de conocimientos científicos “teorías en uso”. En este caso las teorías guían las actitudes individuales.

Por esta razón la enseñanza debe dirigir sus esfuerzos a realizar la tercera forma de interacción entre conocimiento y valores, de tal forma que una serie de valores basados en el conocimiento científico puedan dar lugar a actitudes razonables, desde el punto de vista de la ciencia. Para estos autores (Ortega y Gasset), las creencias y valores que hemos elaborado al margen de un conocimiento científico relevante no podrán ser superadas en ausencia de ese conocimiento.

Pero tampoco está claro que la posesión del conocimiento científico asegure el desarrollo de valores razonables o aleje determinadas creencias culturales fuertemente arraigadas.

Por los principios y prácticas pedagógicas el aprender actúa en dos niveles: comportamiento (actitud) y pensamiento (relacionado al conocimiento), razón por la que se trabaja como niveles diferentes<sup>(28)</sup>.

La escala de Likert, es un tipo de escala, se emplea para medir el grado en que se da a una actitud o disposición de los individuos en contextos sociales particulares. Los cuestionarios tipo escala Likert han demostrado un reconocido rendimiento en lo que se refiere a la medición de actitudes, que por su naturaleza subjetiva, ha de ser medida a través de la expresión escrita de los sujetos el diferente grado de acuerdo o desacuerdo con los enunciados evaluados. El objetivo es agrupar numéricamente los datos, para poder luego operar con ellos, como si se tratara de datos cuantitativos para poder analizarlos correctamente<sup>(29)</sup>.

El Instituto Nacional Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima), es un establecimiento de nivel 3-2, las usuarias que se atienden en dicho Instituto son de diferentes lugares del país; debido a que es referente nacional. Cada una de las usuarias tienen diferentes costumbres acerca de la atención del parto; la mayoría de mujeres andinas y amazónicas prefieren la posición vertical (cuclillas, sentada, arrodillada y otras).

Debido a ello, el Ministerio de Salud ha emitido la **RM N°598-2005/MINSA/DGPS-V-01 NORMA TECNICA PARA LA ATENCION DEL PARTO EN POSICION VERTICAL CON ADECUACION INTERCULTURAL** mediante la cual exige mejorar la calidad de servicio teniendo en cuenta los principios de la humanización, que es lo más importante, desde el año 2007 en que se implementó la adecuación intercultural en el parto.

Para diciembre del año 2013, en el Instituto Nacional Materno Perinatal se atendió 8.000 partos vaginales de los cuales 1,200 fueron partos verticales que representa el 15 %; por lo tanto, en el Instituto Nacional Materno Perinatal se atiende un alto porcentaje de partos vaginales <sup>(30)</sup>.

A nivel internacional y en nuestro país no existen estudios respecto a conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto vertical, que nos sirva de referencia del cual nos podamos guiar y comparar los resultados del presente estudio, además, por la escasa referencia encontrada y revisada respecto al tema y por el alto porcentaje de partos vaginales que se atiende en el Instituto Nacional Materno Perinatal surge la siguiente interrogante **¿Cuál es el nivel de conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal año 2013?**

Los resultados del presente estudio están encaminados a identificar el nivel de conocimiento alto, medio o bajo; así como el grado de actitudes positiva, indiferente o negativa de los profesionales frente a la atención del parto vertical, a la a vez identificar en el personal de salud los conceptos de humanización del parto y atención del parto con adecuación intercultural en la cual se plantea la opción que se brinda a las futuras madres de elegir la manera de atención de su parto en la forma más fisiológica y natural, rescatando la tradición cultural ancestral, el rol protagónico de la paciente y su familiar, lo que estratégicamente y eventualmente con el tiempo y la experiencia adecuada podría llevar a disminuir el número de cesáreas así como el número de partos domiciliarios.

Además, deseamos contribuir a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención de la gestante, optimizando la calidad y calidez de la atención obstétrica, en el marco de las políticas institucionales.

## 1.1. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.

- **CONOCIMIENTOS:**

Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje el cual se refleja en la argumentación que se tiene del mismo.

- **ACTITUDES:**

Es un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos <sup>(31)</sup>.

- **PROFESIONAL DE SALUD:**

Es el profesional de las ciencias médicas que tiene la responsabilidad de brindar atención asistencial a la gestante durante el proceso de gestación, parto y puerperio, se reagrupa a el/la Obstetra, Médico Gineco-Obstetra Médico Residente de la Especialidad de Gineco – Obstetricia.

- **PARTO EN POSICIÓN VERTICAL:**

Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas o de cuclillas) mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto<sup>(5)</sup>.

## **CAPITULO II: OBJETIVOS.**

### **2.1 Objetivo General.**

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal año 2013.

#### **2.1.1 Objetivos Específicos.**

- Identificar el nivel de los conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal año 2013.
- Describir las actitudes que asume el profesional de salud frente la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal año 2013.

## **CAPITULO III: VARIABLES.**

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL.**

- **Conocimientos hacia la atención del parto vertical:**

Consiste en la identificación del nivel de conocimiento sobre la atención del parto en posición vertical, actualmente existe una Norma Técnica para la Atención del parto vertical con Adecuación Intercultural y el Instituto Nacional Materno Perinatal viene aplicando.

La determinación del nivel ideal, tomando el esquema vigesimal. Que se clasifica en 3 niveles, bajo, medio y alto.

- **Actitudes hacia la atención del parto vertical:**

Consiste en la identificación de la actitud de los profesionales de la salud hacia la atención del parto vertical. Se midió a través de la escala de Likert y se clasificó en 5 niveles. Muy favorable, favorable, Indiferente, desfavorable y muy desfavorable.

#### **2.4.2 Variables Intervinientes.**

**Sexo.** Identificado por femenino o masculino.

**Edad.** Presentado en una escala de 20- a 30 años, 31 a 40 años, 41 a 50 años, 51 a 60 años y > de 60 años.

**Profesional.** Médico Gineco-Obstetra, Obstetra, Médico Residente de Ginecología y Obstetricia.

**Año de estudio.** Realizado para los Médicos Residentes encuestados.

## **CAPITULO IV: METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE INVESTIGACION**

Estudio descriptivo, correlacional, cuantitativo de corte transversal.

### **4.2 POBLACION Y MUESTRA.**

La población estuvo conformada por los profesionales de la salud que realizan labor asistencial, en el Instituto Nacional, Materno Perinatal, en este grupo se incluye a los/las Obstetras (198) Médico Gineco-Obstetra (102), Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-Obstetricia (36) de los diferentes servicios de dicha Institución.

La población fue de 336 profesionales.



#### 4.2.1 MUESTRA.

En el presente estudio el método para obtener la muestra, fue por un método no probabilístico; un tipo de muestreo por conveniencia o intencional y para obtener la muestra se aplicó la siguiente formula:

$$n = \frac{N * Z^2 * P * Q}{(N - 1)E^2 + Z^2 * P * Q} = 180$$

Dónde:

n= tamaño de muestra

N= población =336.

Z= nivel de confianza. Al 95% (1.96)

P= proporción estimada de la población 50%.

q = 1-p

E= precisión o error máximo permisible (grado de error) 5%.

En donde se reemplazó la formula y obtuvimos la muestra de 180, y para obtener la muestra para cada grupo de profesionales se aplicó la misma fórmula y se reemplazó los datos.

N= 198..... n = 107

N= 102.....n = 55

N = 36.....n= 18

Entonces ya reemplazados los datos en la formula se obtuvo la muestra que fue de 180, la cual corresponde a 107 Obstetras, 55 Médicos Gineco-Obstetras y 18 Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-Obstetricia.

#### **4.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.**

- Obstetras que realizan la labor asistencial en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Médicos Gineco-Obstetras que realizan labor asistencial en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Médicos Residentes de la especialidad de Ginecología y Obstetricia.
- Médicos Gineco – Obstetras, Médicos Residentes y Obstetras que estén de acuerdo a participar en dicho estudio.

#### **4.4 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.**

- Profesionales de salud que no acepten a participar voluntariamente en el estudio.
- Médicos Gineco-Obstetras, Obstetras y Médicos Residentes que se encuentren de vacaciones o que se encuentren con permiso de la Institución por un mes a más tiempo.

#### **4.5 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.**

- Obstetras que no realizan labor asistencial en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Médico Gineco-Obstetras que no realizan labor asistencial en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Médicos residentes de la especialidad Gineco-Obstetricia de otra institución.

## 4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

### a). Técnica.

Para el estudio la técnica seleccionada fue la encuesta la cual estuvo conformada por un cuestionario estructurado para medir conocimientos y una escala tipo Likert para medir actitudes.

### b). Instrumento.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Cuestionario estructurado para medir el nivel de conocimientos de los profesionales sobre el parto en posición vertical.
- Test tipo Likert modificado para medir las actitudes de los profesionales frente a la atención del parto en posición vertical.

Para medir la validez del contenido se determinó mediante el criterio de jueces o expertos, utilizando la técnica de V de Aiken. En donde la validez constituye el grado en el que los ítems de la prueba con una muestra representativa del universo de contenido que se estudian, es decir, mide lo que realmente deben medir las variables de la investigación.

- a) Validez Lógica: El cuestionario ha sido validado por un grupo de expertos, cinco médicos asistentes Gineco-Obstetras que dominan el tema de investigación, los cuales dieron su aprobación a las preguntas del cuestionario.
- b) Validez de Contenido: El cuestionario además ha sido validado por cinco médicos asistentes Gineco-Obstetras que dominan el tema de atención de parto desde el punto de vista clínico.

A su vez, el Criterio de Validación de Jueces se realizó mediante la aprobación o desaprobación de un ítem del test por parte de jueces o expertos. Dicha evaluación de los ítems se cuantificó para así medir la significación estadística por medio de un índice acuerdo entre jueces.

En este proceso, se asignó el valor de 1 si el juez está de acuerdo, y 0 si no lo está. Se aceptaron 10 ítems, que alcanzaron valores superiores a uno de otro lado, se eliminaron 5 ítems, que no alcanzaron al puntaje mínimo esperado de 0,7, por lo que se les consideró poco pertinentes.

Con respecto a la validez de contenido, los jueces expertos valoraron la introducción inicial de forma positiva, valorando con una V de Aiken de 0.95 la idoneidad de la información inicial. En relación con la escala de medida, los jueces expertos no aportaron ninguna valoración sobre la escala de medida, obteniendo una V de Aiken de un punto valor suficiente para garantizar la validez de dicho constructo. (Ver anexo A)

Así mismo para el estudio de la validez del instrumento se realizó un plan piloto con una muestra de 20 profesionales del Instituto Nacional Materno Perinatal. La aplicación del cuestionario y la escala tipo Likert modificada se llevó a cabo personalmente a través del desplazamiento al servicio correspondiente asegurándose en todo momento la confidencialidad y el anonimato.

Para medir la confiabilidad, del cuestionario se calculó mediante el análisis de la consistencia interna, para el cual se utilizó el coeficiente Alpha de Cronbach, el cuál debe de interpretarse como un indicador de la consistencia interna de los ítems, ya que se calcula a partir de la covarianza entre ellos. (Ver anexo B)

El cuestionario de actitudes se sometió a un proceso de validación cumpliendo con todas las etapas que exige dicho proceso.

- Viabilidad. Para evaluar la viabilidad se realizó un estudio piloto de 20 casos, lo cual permitió realizar algunos ajustes al constructo de la encuesta. La encuesta fue fácil de aplicar y los encuestados no tuvieron dificultad en la comprensión de las preguntas y las respuestas.
- Fiabilidad. En este punto, de acuerdo al tipo de estudio y a la encuesta solo es factible evaluar la consistencia interna. La fiabilidad intra e inter observador no son aplicables para este caso.
- Consistencia Interna. Se utilizó el estadístico alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.8, valor suficiente para garantizar la consistencia interna de la escala.

#### **4.6.1. Recolección de Datos.**

Se aplicó las encuestas a 180 profesionales del Instituto Nacional Materno Perinatal, de los cuales fueron 107 Obstetras, 55 Médicos Gineco-Obstetras, 18 Médicos Residentes.

#### **4.6.1 PLAN DE PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS.**

##### **4.6.1.1. Plan de Procedimientos.**

- Se obtuvo el permiso del director del Instituto Nacional Materno Perinatal, a través de un comunicado escrito para la realización de dicha investigación.
- Se obtuvo el permiso de la Unidad de Investigación del Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Se identificó a los profesionales que estuvieron dispuestos a participar en el estudio.

- Se aplicó a cada participante los dos instrumentos, brindando información general sobre el porqué de su aplicación, y especificando las normas para responderlas anónimamente.

#### **4.6.1.2. Análisis de datos.**

Toda la información del estudio desde un inicio con el plan piloto y los resultados sobre el conocimiento y actitudes del profesional de la salud sobre la atención del parto en posición vertical se procesaron en una base de datos Microsoft Excel 2010 y en el programa SPSS en su versión 20 para Windows. Con la finalidad de hallar la validez estadística.

Los datos se analizaron por pruebas estadísticas no paramétricas prueba de independencia CHI cuadrado.

Se realizó un análisis estadístico univariado, y los resultados son presentados en tablas y gráficos estadísticos de acuerdo al tipo de variables para el análisis e interpretación.

## **CAPTULO V: ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN.**

El presente estudio respetó el principio ético de la autonomía de los participantes quienes tuvieron la libertad de elegir de participar o no en el estudio así como su libertad de expresar sus conocimientos y actitudes sin ningún tipo de reprimenda, en donde se aplicó una encuesta anónima. La investigadora no intervino sobre lo declarado por los participantes alterando o usándolo para otros fines que no sea la presente investigación.

### CAPITULO III: RESULTADOS

Se recolectó los datos de un total de 180 profesionales de la salud que participaron en este estudio, se presentan los resultados de la siguiente manera: datos generales, nivel de conocimientos, nivel de actitudes y el análisis de cada ítem de conocimientos y actitudes.

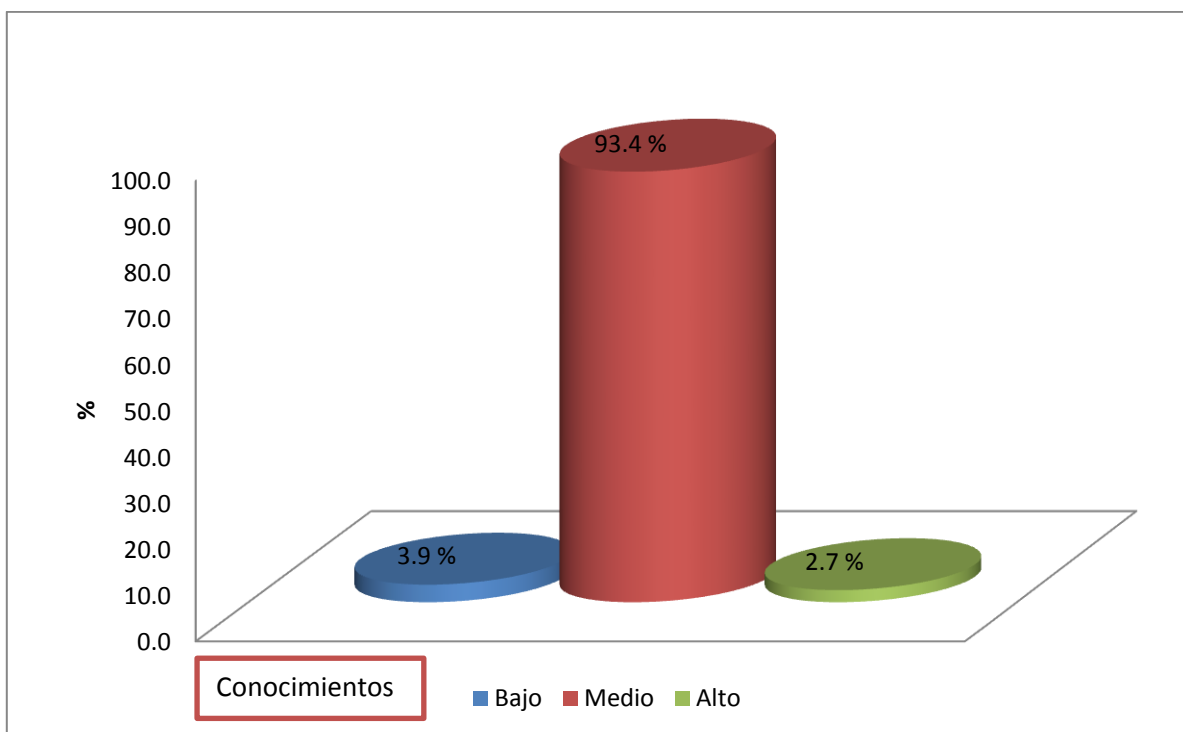
**Tabla N°1.** Datos generales de los profesionales de salud del Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013.

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>N=180</b>	<b>%</b>
<b>1. SEXO</b>		
Femenino.	125	69.1
Masculino	55	30.9
<b>2. RANGO DE EDAD</b>		
20 a 30 años.	8	4.44
31 a 40 años.	51	28.3
41 a 50 años.	81	45
51 a 60 años	37	20.6
>60 años	3	1.66
<b>3. PROFESIONAL</b>		
Medico Gineco- Obstetra	55	30.4
Obstetra	107	59.7
MR Gineco Obstetricia	18	9.9

**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-Obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal Año 2013.

El 69.1% de los profesionales encuestados en el presente estudio son de sexo femenino, el 45 % de los profesionales tienen una edad entre 41 a 50 años y el 59.7% de los participantes son Obstetras.

**Grafico N° 1.** Conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto en posición vertical. En el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013. (n=180).

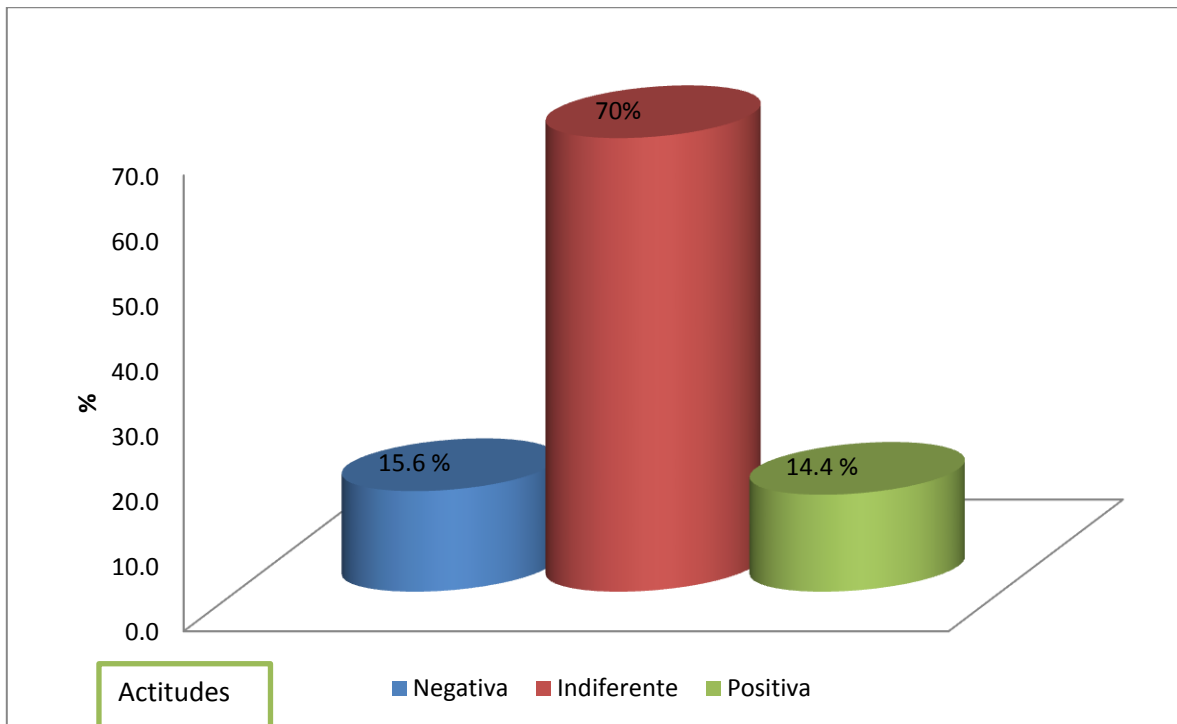


**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-Obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal Año 2013.

El 93.4% de los profesionales encuestados tienen un nivel de conocimientos medio, el 3.9% tienen un nivel de conocimientos bajos y el 2.7% tienen un nivel de conocimiento alto frente la atención del parto en posición vertical.



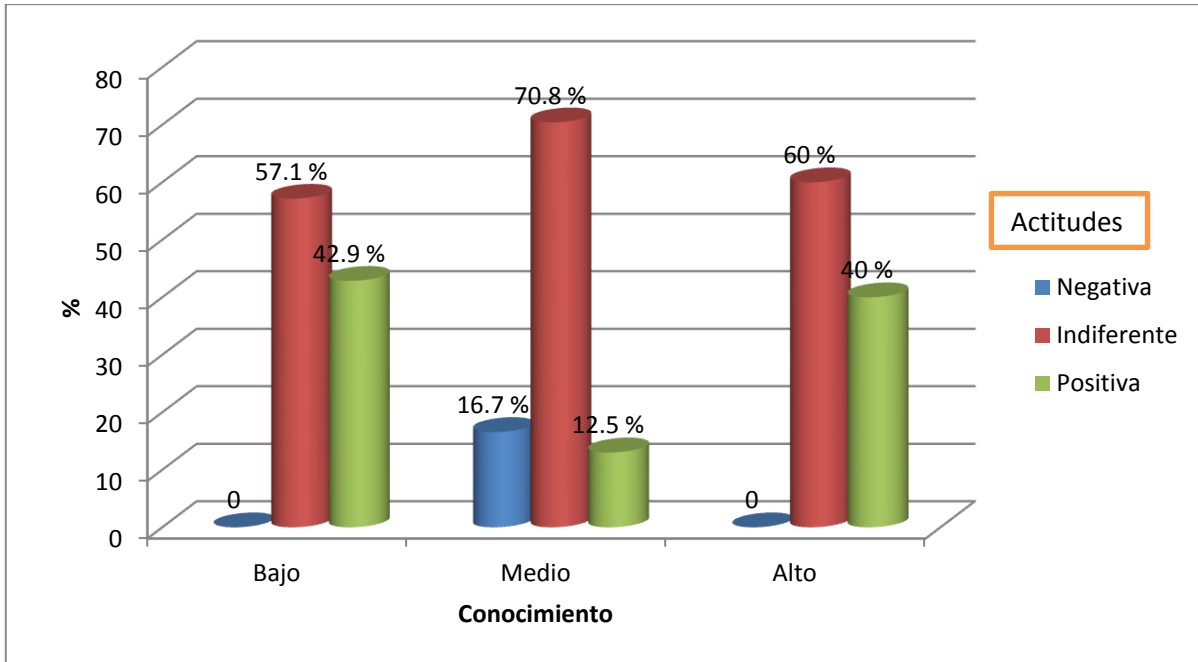
**Grafico N° 2-** Actitudes del profesional de salud frente la atención del parto vertical. En el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013. (n=180).



**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal Año 2013.

El 70% de los profesionales presentaron una actitud de indiferencia frente a la atención del parto vertical, el 15.6% tuvieron una actitud negativa frente a la atención del parto vertical y el 14.4% presentaron una actitud positiva frente a la atención del parto en posición vertical.

**Grafico N° 3.-** Relación entre el nivel de Conocimientos y Actitudes del profesional de salud frente la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal - 2013. (n=180)

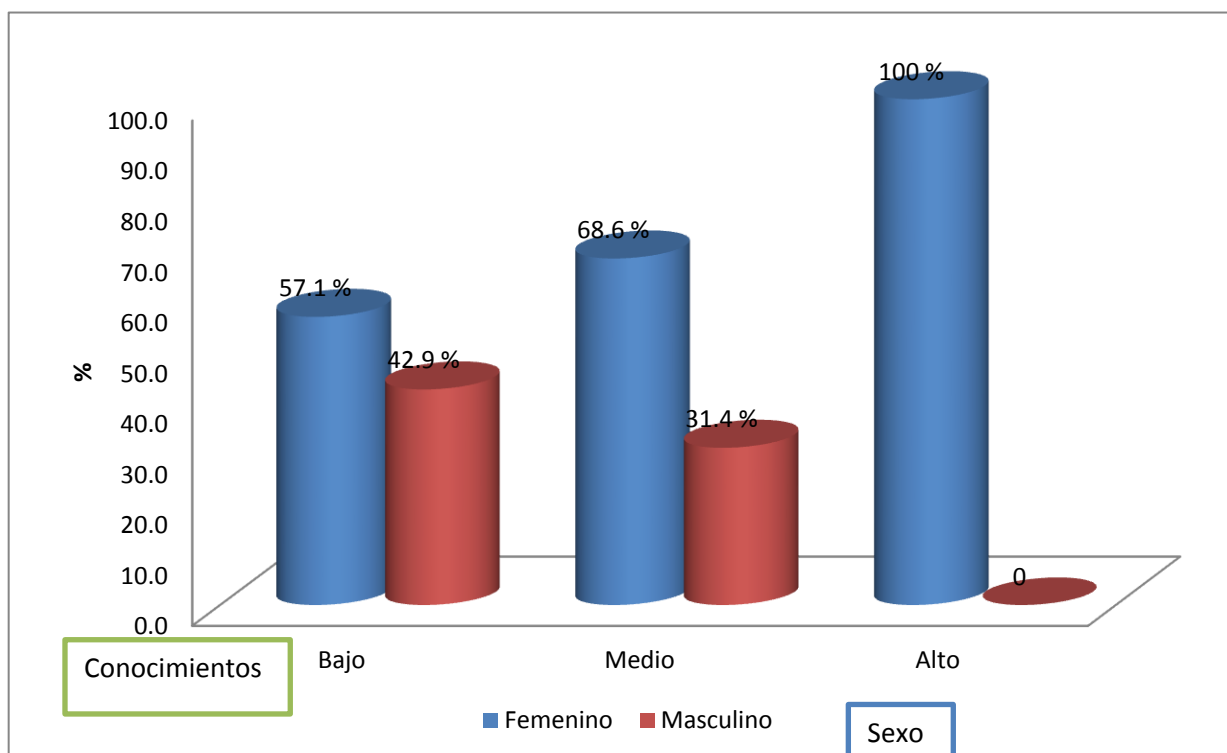


**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-Obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal Año 2013.

Chi cuadrado: 10.15 P=0.000<0.05 existe relación estadística.

El grupo de los profesionales que presento un nivel de conocimiento bajo es el 57.1% el cual presentaron una actitud de indiferencia y el 42.9%, presentaron una actitud positiva frente a la atención del parto en posición vertical. El grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento medio es el 70.8% y tienen una actitud de indiferencia, el 16.7% presentaron una actitud negativa, y el 12.5% presentó una actitud positiva frente a la atención del parto en posición vertical. El grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento alto que es el 60% presentaron una actitud de indiferencia, el 40% de los profesionales presentó una actitud positiva frente a la atención del parto vertical.

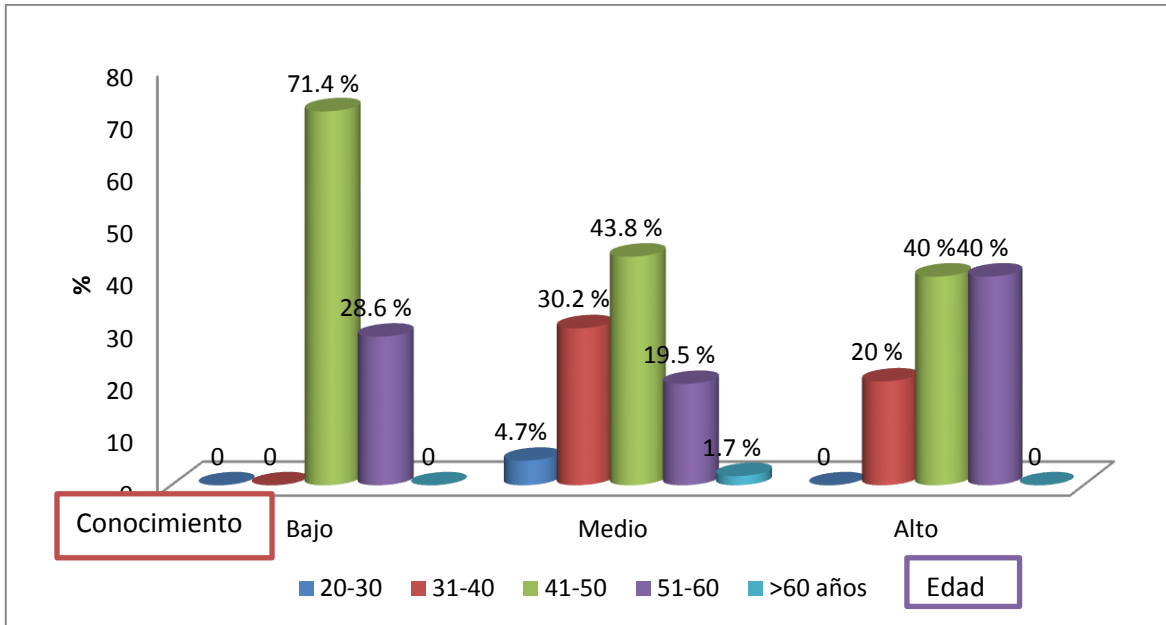
**Grafico N° 4.-** Conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto vertical según su sexo en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013. (n=180).



**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-Obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal Año 2013.

El grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento bajo el 57.1% son del sexo femenino, el 42.9% son de sexo masculino, en el grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento medio es el 68.6% son del sexo femenino, el 31.4% son de sexo masculino, el grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento alto el 100% son de sexo femenino.

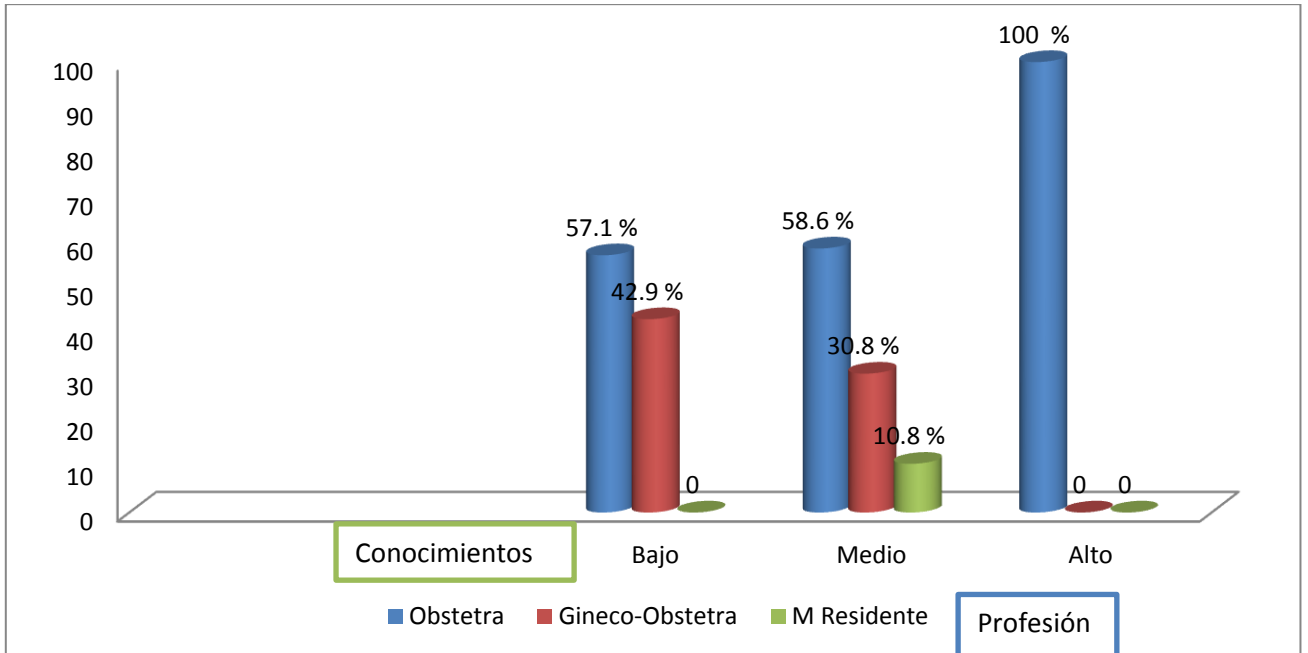
**Grafico N° 5.** Conocimientos del profesional de salud frente a la atención del parto vertical según su edad en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013. (n=180)



**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal año 2013.

Según se puede apreciar del gráfico. El grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento bajo frente a la atención del parto vertical: el 71.4 % sus edades están entre los 41 a 50 años y el 28.6% sus edades están entre los 51 a 60 años. El grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento medio frente a la atención del parto vertical: el 43.8% sus edades están entre los 41 a 50 años, el 30.2% sus edades son entre los 31 a 40 años, el 19.5% sus edades son entre los 51 a 60 años, el 4.73% sus edades son entre los 20 a 30 años y el 1.77% son mayores de 60 años. El grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento alto frente a la atención del parto vertical: el 40% de sus edades son entre los 41 a 50 años, el 40% sus edades son entre los 51 a 60 años y el 20% sus edades son entre los 31 a 40 años.

**Grafico N° 6.-** Conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto en posición vertical según su profesión en el Instituto Nacional Materno Perinatal – 2013. (n=180)



**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal Año 2013.

De acuerdo al grafico indicado, se puede apreciar que, el grupo de profesionales encuestados que presentaron un nivel de conocimiento bajo frente a la atención del parto vertical es de 57.1 % Obstetras y el 42.9% son Medico Gineco- Obstetra. El grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento medio frente a la atención del parto vertical: el 58.6% son Obstetras, el 30.8% son Médicos Gineco-Obstetras y el 10.8% son Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-Obstetricia. El grupo de profesionales que presentaron un nivel de conocimiento alto frente a la atención del parto vertical es de 100% Obstetras.

**Tabla N° 2.-** Análisis de ítem sobre conocimientos del profesional de salud frente la atención del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal -2013.

(n=180)

Ítems Estudiados	Conoce		Desconoce	
	n	%	N	%
¿Cómo define Ud. el parto en posición vertical?	171	94.5	10	5.5
¿Cómo define Ud. el parto en posición horizontal?	149	82.3	32	17.7
¿La atención del parto en los Servicios de Salud debe ser con adecuación a las prácticas, deseos y cultura de la mujer parturienta?	178	98.3	3	1.7
¿Conoce usted si por parte del MINSA existe una Norma Técnica sobre la Atención del Parto Vertical?	174	96.1	7	3.9
¿Cuáles considera Ud. como ventajas de la atención del parto en posición vertical, demostradas desde el punto médico?	158	87.3	23	12.7
¿Cuál considera Ud. como desventajas de la atención del parto en posición vertical?	124	68.5	57	31.5
¿Cuáles considera Ud.? ¿Cómo ventajas de la atención del parto en posición horizontal?	134	74.0	47	26.0
¿Cuál cree Ud. que son las desventajas del parto horizontal?	159	87.8	22	12.2
¿La presencia de un familiar de la gestante tiene influencia positiva en la atención del parto?	176	97.2	5	2.8

¿La atención del parto en posición vertical no disminuye la tasa de cesárea?	126	69.6	55	30.4
--	-----	------	----	------

**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal Año 2013.

Los profesionales encuestados lo que más conocen es como definir un parto en posición vertical (94.5%), la atención del parto en los Servicios de Salud que debería ser con adecuación intercultural (98.3%), la existencia de una Norma Técnica sobre la atención del parto vertical (96.1%) así como la presencia de un familiar de la gestante tiene influencia positiva en la atención del parto (97.2%)

**Tabla N° 3.-** Análisis de ítem actitudes del profesional de salud frente la atención del parto vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal -2013. (n=180)

Ítems Estudiados	Promedio
¿Está de acuerdo que se haya implementado la atención del parto vertical en el servicio donde Ud. Labora?	4.0
¿Su capacitación y adiestramiento actual le permite la atención de un parto en posición vertical?	3.0
¿Si Ud. Estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como asistente?	4.2
¿Si Ud. Estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como actor principal?	4.2
¿Está de acuerdo con la aplicación de La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural por parte del MINSA?	3.9
¿Considera usted que los ambientes del centro obstétrico están suficientemente equipados para la atención de parto vertical?	3.5
¿La atención del parto vertical debe ser aplicable solo para atención de parto por parteras y no por profesionales de la salud?	1.8
La atención del parto en posición vertical en los establecimientos de salud es un retroceso en el avance de la obstetricia.	1.8

¿Está usted de acuerdo que la gestante opte por la posición que prefiere para la atención de su parto?	4.2
¿Está usted de acuerdo con que debe contar con la presencia de un familiar de la parturienta en la atención del parto?	4.2

**Fuente:** Encuesta realizada a los profesionales de salud: Obstetras, Médicos Gineco-Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad de Gineco-obstetricia en el Instituto Nacional Materno Perinatal Año 2013.

Los profesionales encuestados presentaron una actitud positiva de participar en la atención de un parto en posición vertical como asistente (media=4.2); capacitación en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como actor principal (media=4.2); la gestante opte por la posición que prefiere para la atención de su parto (media=4.2) y contar con la presencia de un familiar de la parturienta en la atención del parto (media =4.2).



## CAPITULO VII: DISCUSIÓN

Los antecedentes son los estudios previos relacionados con el problema planteado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente con las cuales podamos comparar nuestros hallazgos sin embargo; en nuestro caso no contamos con estudios de igual diseño y temática solo disponemos de un estudio que nos sirve de referencia para optimizar el diseño, los instrumentos.

Espinoza F, Lavado F, y col. Hallaron que las actitudes por parte de los alumnos de la Facultad de Medicina y Educación, hacia el parto vertical tienen una actitud favorable en un 73.0 % 82.1 % respectivamente. En comparación con nuestro estudio y resultados que se llevó a cabo en el Instituto Nacional Materno Perinatal los profesionales han demostrado una actitud de indiferencia con el 70% frente a la atención del parto vertical, el 15.5% mostraron un actitud negativa y el 14.9% están de acuerdo y presentaron una actitud positiva frente a la atención del parto vertical.

En lo que respecta al nivel de conocimientos los encuestados mostraron un nivel de conocimiento medio en la mayoría que representa el 93.4%, los profesionales con un nivel de conocimiento bajo es el 3.9% y en un 2.7% tiene un nivel de conocimiento alto. Encontrando una total discrepancia en nuestro estudio ya que son profesionales de la salud que se encuentran realizando su labor asistencial en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

EL objetivo general fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal, hemos podido encontrar una correspondencia entre el nivel de conocimiento medio y una actitud de indiferencia por los profesionales del Instituto Nacional Materno Perinatal. De los cuales podemos decir que los profesionales no tienen un nivel de conocimientos básicos y necesarios; es por ello que tienen una actitud negativa y de indiferencia frente a la atención del parto vertical.

En la parte de conocimientos las áreas que se evaluó fue: Definición, ventajas y desventajas de un parto en posición vertical, en el presente estudio no se evaluó un nivel de conocimiento complejo fueron preguntas sencillas para la población a la cual iba dirigido y por ser el primer estudio que se lleva a cabo en nuestro país.

En los ítems evaluados sobre conocimiento: Lo que más conocen es que a las pacientes se debe de atender según cultura, las prácticas y los deseos de la parturienta, así como que el familiar influye de manera positiva durante la atención del parto.

Con respecto a los ítems evaluados sobre actitud: implementación, supuesta capacitación, de los profesionales de salud se pudo notar que muestran interés, sobre este tema que necesitan capacitación u orientación, tal vez esto pueda explicar que sea los ítem con más altos niveles de actitud en comparación con los demás ítems evaluados.

Este estudio nos brinda información relevante e importante acerca de la situación en que se encuentran los profesionales de la salud en el Instituto Nacional Materno Perinatal y la importancia de contar con programas de orientación y capacitación sobre este tema o como otros temas de interés para la población.

## **CAPITULO VIII: CONCLUSIONES.**

- El nivel de conocimiento que tienen los profesionales encuestados, fue que en un mayor porcentaje presentaron un nivel de conocimiento medio que representa el 93.4%, el 3.9% de los encuestados tienen un nivel de conocimiento bajo y el 2.7% tienen un nivel de conocimientos alto frente a la atención del parto vertical.
- Las actitudes que tomaron los encuestados frente a la atención de parto vertical fue una actitud de indiferencia en la mayoría de los profesionales.
- Existe relación entre el nivel de conocimiento bajo 57.1% y una actitud de indiferencia frente a la atención del parto vertical por parte de los profesionales que laboran en el Instituto Nacional Materno Perinatal.
- No se encontró diferencia significativa en la actitud hacia la atención del parto vertical entre los profesionales de salud Obstetras, Médico Gineco - Obstetras y Médicos Residentes de la especialidad en el Instituto Nacional Materno Perinatal.

## **CAPITULO IX: RECOMENDACIONES.**

- Sensibilizar, capacitar y concientizar al profesional de salud sobre los beneficios fisiológicos del parto vertical, para brindar una atención óptima y humanizada a todas las pacientes, cumpliendo los protocolos y normas de atención de parto.
- Los profesionales de salud deben reconocer que la usuaria tiene el derecho de elegir la posición en la cual se sienta más cómoda para el momento del parto, así ella pueda recobrar el rol protagónico que siempre tuvo durante dicho evento.
- Informar a las pacientes en el control prenatal y psicoprofilaxis obstétricas sobre los tipos de partos que existe y que ellas puede elegir en el momento indicado.
- Continuar realizando estudios con mayor número de profesionales, incluyendo puestos de salud, centros de salud, hospitales e institutos especializados, realizando seguimiento de los mismos.

## **CAPITULO VII: REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.**

1. Ramos A, Mata D. Gestación y nacimiento en el antiguo Egipto. *Obstet Ginecol (Venezuela)* 2002; 62 (2) 4-12.
2. Damarchi G J. Medicina en el antiguo Egipto. *Hosp. Medi Ramos (Barc)* 2012; 15(2)1-6.
3. Grosez E J. Butler. San Ramón Nonato. Málaga 2013; 16(830) 2-6.
4. Schallman. R."Parir en libertad". Ciudad de México-Buenos Aires: Edamex; 2007.
5. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural. Ministerio de Salud-Perú. 2 de agosto 2005. [en línea] [Fecha de acceso 20 noviembre 2012] disponible en [www.unfpa.org.pe/.../Norma%20Tecnica%20para%20Atencion%20del%20parto%20vertical%20con%20adecuacion%20intercultural%202005.pdf](http://www.unfpa.org.pe/.../Norma%20Tecnica%20para%20Atencion%20del%20parto%20vertical%20con%20adecuacion%20intercultural%202005.pdf).
6. Caldeyro-Barcia R. Physiological and psychological bases for the modern and humanized management of normal labor. *Editora Unicamp*1979 (20): 57-90.
7. Gupta. JK, Hofmeryr GJ. "Posición de la mujer durante el período exclusivo del trabajo de parto" *Biblioteca Cochrane plus*, N° 3. Oxford, 2007.
8. Sabatino H. Funchtner. "parto en posición de cuclillas". En medicina perinatal. Editores Pinotti JA Sabatino JH. *Editora Unicamp*. 1987. 59 (24)26-68.
9. Constitución política del Perú, 1993. Título I De la persona y de la sociedad, capítulo I derechos fundamentales de la persona. Artículos del 1º al 3º. OFICIALÍA MAYOR DEL CONGRESO, Dirección General Parlamentaria, Dirección de Procedimientos Parlamentarios, Departamento de Relatoría y Agenda.
10. Recomendaciones de la OMS sobre el parto y nacimiento. Publicada en *Lancet*, traducida ACPAM 1985; (2) 436-437.

11. Espinoza F, Lavado F, y col. "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" (Eciperu) 2009. 6(2):8.
12. Llanca R, Ramos H, Torres G. "Percepción de los profesionales Gineco obstetras y obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas en el ámbito de la ciudad de Tacna". (Ciencia y Desarrollo) 2007: 1-4.
13. Claro de Castro Jamile y col. "Humanización del parto según enfermeras obstetras involucradas con la atención al parto". (Latino-am Enfermagem) 2005; 13(6):960-7.
14. RC. Silvia, MC, Soares Y col. "La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia". (Global) 2011; 24 (16): 331-341
15. Arnau S, Martínez R, Nicolás V. Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. El caso del área 1 de salud de la región de Murcia. (Antropología Iberoamericana) 2012; 7(2): 225-247.
16. 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.
17. Dierickx, I. y Cool, K: Asset stock, 1989. " Accumulation and sustainability of competitive advantage. 12 Ed. Belgica. Werych 1989.
18. Levinthal D. A. Schilling. Organizational adaptacion and environmental selection- enterrlated processes of change. 8a ed. Nueva York, McGraw-Hill, 1997.
19. Gairin Sallan J. La Dirección en los Procesos de Aprendizaje Colectivo. Madrid: akal ediciones, S. A. 1997.

20. Guadamillas Gómez F. 2001. La Gestión del Conocimiento como Recurso Estratégico en un Proceso de Mejora Continua. Madrid: alta edición Madrid, 2001.
21. Rabago, C.D. y Olivera E.M. El Proceso de Aprendizaje como Facilitador de la Transformación Organizacional. Sevilla: alhucema. 2001.
22. Wallon H. Psicología Evolutiva. México: Geo; 1984.
23. Andreu, R.; Sieber, S. La Gestión Integral del Conocimiento y del Aprendizaje. Barcelona: Sunya; 2000.
24. Dreezen E, end C. An examination of values underlying attitudes toward generatically modified and organically grown food products. Nueva York: Harper collins. 2005.
25. Gardner PL. Measuring attitudes to science: Unidimensionality and Internal Consistency. Kentucky: Books LLC, 2005.
26. Reyes R. La Teoría de la Acción Razonada: implicación para el estudio de las actitudes. [en línea] México: Lasa Comunicación; 2007. [fecha de acceso 18 set 2013]. URL Disponible [www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914\\_40.pdf](http://www.alfaguia.org/alfaguia/files/1320437914_40.pdf). 2007.
27. Schaff A. Sociología del conocimiento y de la ciencia. [en línea] Madrid, Libook. es; 2012 [citado 06 jun 2013]. URL Disponible en. <http://www.theoria.eu/knowledge>.
28. Ortega J y Gasset. Filosofía contemporánea. España: Vértice; 1988.
29. Malave N. Trabajo modelo para enfoques de investigación acción participativa. Programas nacionales de formación. Escala tipo Likert. Venezuela: Ekare; 2007.
30. Ministerio de Salud del Perú, [fecha de acceso 27 diciembre 2013]. URL disponible en: [www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas\\_auxiliar.asp?nota=12307](http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=12307).

31. Breckler, S.J. Empirical validation of affect, behavior, and cognition as distinct components of attitude. USA. Greenwald; 1984.
32. La posición tradicional de atención del parto (parto vertical), en los servicios de salud, México año 2007-2012. [en línea] [fecha de acceso 15 de mayo 2013] URL Disponible en:  
[www.nuevelunas.org.mx/.../Modelo%20de%20parto%20vertical%20en](http://www.nuevelunas.org.mx/.../Modelo%20de%20parto%20vertical%20en)



**ANEXOS**

## ANEXO A

### COEFICIENTE DE VALIDEZ PRUEBA V DE AIKEN

Acuerdos y desacuerdos de los jueces para la validación de la prueba de conocimientos Y actitudes frente a la atención del parto vertical

Mediante de validez de AIKEN

ITEM	JUECES					TOTAL		
	1	2	3	4	5	A	D	V
1	A	A	A	A	A	5	0	1.00
2	A	A	A	A	A	5	0	1.00
3	A	A	A	A	A	5	0	1.00
4	A	A	A	A	A	5	0	1.00
5	A	A	A	A	A	5	0	1.00
6	A	A	A	A	A	5	0	1.00
7	A	A	A	A	A	5	0	1.00
8	A	A	A	A	A	5	0	1.00
9	A	A	A	A	A	5	0	1.00
10	A	A	A	A	A	5	0	1.00
11	A	A	A	A	A	5	0	1.00
12	A	A	A	A	A	5	0	1.00
13	A	A	A	A	A	5	0	1.00
14	A	A	A	A	A	5	0	1.00
15	A	A	A	A	A	5	0	1.00
16	A	A	A	A	A	5	0	1.00
17	A	A	A	A	A	5	0	1.00
18	A	A	A	A	A	5	0	1.00
19	A	A	A	A	A	5	0	1.00
20	A	A	A	A	A	5	0	1.00

COEFICIENTE DE VALIDEZ DE AIKEN (V) = 5

(N(C-1))

SIENDO:

$$V = \frac{5}{(5(2-1))} = \frac{5}{5} = 1.00$$

Los valores hallados pueden ser comprendidos mediante la siguiente escala.

Solo 3 jueces están de acuerdo: 0.71

Solo 4 jueces están de acuerdo: 0.95

Los 5 jueces están de acuerdo: 1.00

## **ANEXO B**

Determinación de la confiabilidad Prueba Alfa de Cronbach Estadísticos total-elementos.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Ítem 1	18,25	10,724	,000	,834
Ítem 2	18,25	10,724	,000	,834
Ítem 3	18,30	11,063	-,262	,845
Ítem 4	18,25	10,724	,000	,834
Ítem 5	18,25	10,724	,000	,834
Ítem 6	18,35	10,661	-,016	,842
Ítem 7	18,40	10,779	-,079	,848
Ítem 8	18,25	10,724	,000	,834
Ítem 9	18,25	10,724	,000	,834
Ítem 10	18,45	8,471	,872	,796
Ítem 11	18,50	8,684	,704	,805
Ítem 12	18,25	10,724	,000	,834
Ítem 13	18,45	8,471	,872	,796
Ítem 14	18,60	8,568	,669	,807
Ítem 15	18,45	8,471	,872	,796
Ítem 16	18,45	8,471	,872	,796

Ítem 17	17,60	9,411	,269	,841
Ítem 18	17,65	9,608	,277	,836
Ítem 19	18,40	8,779	,834	,801
Ítem 20	18,40	8,779	,834	,801

**Estadísticos de fiabilidad**

Número de elementos = 20	Coeficiente Alfa de Cronbach = 0.83
--------------------------	-------------------------------------

## **ANEXO C**

### CUESTIONARIO - ENTREVISTA

#### **I. INSTRUCCIONES:**

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

#### **A.- DATOS GENERALES:**

##### **1. Sexo:**

- Femenino ( )
- Masculino ( )

##### **2. Edad:**

- 20 a 30 años ( )
- 31 a 40 años ( )
- 41 a 50 años ( )
- 51 a 60 años ( )
- >60 años ( )

##### **3. Profesional:**

- Medico Gineco- Obstetra ( )
- Obstetra. ( )
- M.R. Ginecología ( ) Año de estudios: ( )

#### **B.- COGNITIVO:**

1. ¿Cómo define Ud. el parto en posición vertical?
  - a) Atención del parto con la paciente en posición sentada en una silla o banqueta obstétrica);
  - b) Atención del parto con la paciente en posición semi decúbito (tronco inclinado hacia atrás 45° con respecto a la vertical)



6. ¿Cuál considera Ud. como desventajas de la atención del parto en posición vertical?
- a) Mayor frecuencia de desgarros de la vagina.
  - b) Mayor pérdida sanguínea.
  - c) Es más incómodo para el personal asistencial
  - d) Todas las anteriores
7. ¿Cuáles considera Ud. como ventajas de la atención del parto en posición horizontal?
- 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.
8. ¿Cuál cree Ud. que son las desventajas del parto horizontal?
- a) Reduce la capacidad pulmonar produciendo inadecuada ventilación pulmonar de la madre.
  - b) Reducción del flujo de sangre materna a la placenta debido a la Compresión de los grandes vasos (aorta, vena cava y arterias ilíacas) contra la columna vertebral.
  - c) La ausencia del apoyo de la gravedad y los vectores de fuerza, producen que el parto se dificulte.
  - d) La actividad contráctil uterina tiende a ser más débil.
  - e) Todas las anteriores

9- ¿La presencia de un familiar de la gestante tiene influencia positiva en la atención del parto?

a) V ( )

b) F ( )

10- ¿La atención del parto en posición vertical no disminuye la tasa de cesárea?

a) V ( )

b) F ( )



## ACTITUDES

### INSTRUCCIONES.

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

	Muy favorable	Favorable	Indiferente.	Desfavorable.	Muy desfavorable
1. ¿Está de acuerdo que se haya implementado la atención del parto vertical en el servicio donde Ud. Labora?					
2. ¿Su capacitación y adiestramiento actual le permite la atención de un parto en posición vertical?					
3. ¿Si Ud. Estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como asistente?					
4. ¿Si Ud. Estuviera capacitado en la atención del parto vertical, estaría de acuerdo en participar en la atención de un parto vertical como actor principal?					
5. ¿Está de acuerdo con la aplicación de La Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural por parte del MINSA?					
6. ¿Considera usted que los ambientes del centro obstétrico están suficientemente equipados para la atención de parto vertical?					
7. ¿La atención del parto vertical debe ser aplicable solo para atención de parto por parteras y no por profesionales de la salud?					

8. La atención del parto en posición vertical en los establecimientos de salud es un retroceso en el avance de la obstetricia.					
9. ¿Está usted de acuerdo que la gestante opte por la posición que prefiere para la atención de su parto?					
10 ¿Está usted de acuerdo con que debe contar con la presencia de un familiar de la parturienta en la atención del parto?					

**Muchas gracias**