



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA**

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PARTO VERTICAL Y SU RELACIÓN
CON LOS FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y COMUNICACIONALES EN
GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESSALUD ABANCAY, DURANTE
EL PERIODO DE ENERO A MARZO 2017”**

PRESENTADO POR BACHILLER

Sheyla ARAGON ALANOCCA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN OBSTETRICIA

ASESOR: OBST. ELIZABETH PALOMARES LOAYZA

Abancay, Perú

2017

Dedico a:

Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mí querida hija Ariadne que es mi fuente inspiración, y por ella me estoy esforzando cada día para inculcar principios, ética, dedicación y esmero a todas sus metas.

A mis padres Rubén y Olga por haberme inculcado valores que me ayudaron a seguir en este camino especialmente por sus sabios consejos y por estar a mi lado en los momentos difíciles, a mis hermanos y demás familiares que apoyaron en lo que pudieron, a mi esposo Anderson quien me ha acompañado con una comprensión a prueba de todo y me ha brindado su apoyo incondicional.

Agradecimiento

A Dios, quien me ha sabido guiar por el sendero de los buenos valores de la vida, humildad, responsabilidad, amor, humanismo, además por darme la sabiduría y la fuerza necesaria para enfrentar los distintos obstáculos presentados en mi vida.

A la escuela académica profesional de obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, por haberme acogido desde el primer año, haberme formado en conocimiento y valores necesarios para el desarrollo de mi vida profesional.

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

A mis padres, hermanos, pilares fundamentales durante toda mi formación académica, por la confianza depositada y siempre creer mí.

A mi hija Ariadne, razón por el cual todo esfuerzo valió la pena y que desde el inicio en mi vientre formo parte de este recorrido.

A mi esposo, por todo el amor, comprensión y confianza depositada, por su apoyo incondicional durante las buenas y malas vivencias.

A los asesores de la universidad, por su apoyo y confianza al realizar este trabajo.

RESUMEN

La investigación se inició a partir de la observación que se realizó en el Internado Clínico que realice en el Hospital II EsSalud de Abancay.

El objetivo principal fue determinar el nivel de conocimiento sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficas y comunicacionales en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay.

La investigación fue de tipo descriptivo – relacional. La muestra representativa de la investigación es del tipo probabilística. Las unidades de estudio, fueron seleccionadas a traes de la técnica de selección aleatoria. La recolección de la información se realizó de la técnica de la observación y el instrumento fue la ficha de entrevista previamente elaborado y validado, y aplicando a 98 gestantes controladas como muestra de investigación.

Respecto a los resultados obtenidos, en la tabla Nro. 08 se muestra la relación que existe entre el conocimiento sobre el parto vertical y el factor comunicacional en gestantes, nos indica que se encuentra en un nivel "Medio" de conocimiento. Por otro lado la tabla Nro. 07 se muestra la relación que existe con el conocimiento sobre el parto vertical y con algunos factores sociodemográficos como es el estado civil y la edad de las gestantes, esto quiere decir que cuanto menos sea el conocimiento sobre el parto vertical en las gestantes, escasa es la comunicación que reciben ellas sobre el parto vertical.

Palabras Clave: Conocimiento; Parto Vertical; Comunicacional; Sociodemográficos.

SUMMARY

The investigation began from the observation that was made at the Clinic Clinic that performs at Hospital II EsSalud de Abancay.

The main objective was to determine the level of knowledge about vertical delivery and its relationship with sociodemographic and communicational factors in pregnant women attending in the Hospital EsSalud Abancay.

The research was non-experimental with a quantitative approach; Its level is relational and its design is descriptive - relational. The representative sample of the research is of the probabilistic type. The study units were selected using the random selection technique. The information was collected from the observation technique and the instrument was the interview form previously prepared and validated, and applied to 98 pregnant women as a research sample.

Regarding the results obtained, Table No. 08 shows the relationship between knowledge about vertical delivery and the communicational factor in pregnant women, indicating that it is at a level "little known". On the other hand Table No. 07 shows the relationship that exists with the knowledge about vertical delivery and with some sociodemographic factors such as the marital status and the age of the pregnant women, this means that the less the knowledge about the birth Vertical in pregnant women, there is little communication about vertical delivery

Keywords: Knowledge; Vertical Childbirth; Communicational; Sociodemographic.

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESUMEN	4
SUMMARY	5
INDICE	6
INDICE DE TABLAS	8
INDICE DE FIGURAS	9
INTRODUCCION	10
CAPÍTULO I	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1. Descripción de la realidad problemática	12
1.2. Delimitación de la investigación	16
1.2.1. Delimitación temporal	16
1.2.2. Delimitación geográfica	16
1.2.3. Delimitación social	16
1.3. Formulación del problema	16
1.3.1. Problema principal	16
1.3.2. Problema secundario	17
1.4. Objetivos de la investigación	17
1.4.1. Objetivo general	17
1.4.2. Objetivos específicos	17
1.5. Hipótesis de la investigación	18
1.5.1. Hipótesis general	18
1.5.2. Hipótesis específico	18
1.6. Justificación de la investigación	18
CAPÍTULO II	20
MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes de la investigación	20

2.1.1. Antecedentes internacionales	20
2.1.2. Antecedentes nacionales	23
2.1.3. Antecedentes regionales y locales	26
2.2. Bases teóricas	26
2.3. Definición de términos	36
CAPÍTULO III	38
METODOLOGÍA	38
3.1. Tipo de investigación	38
3.2. Diseño de la investigación	39
3.3. Población y muestra de la investigación	40
3.3.1. Población	40
3.3.2. Muestra	40
3.4. Variables, dimensiones e indicadores	42
3.5. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	43
3.5.1. Técnicas	43
3.5.2. Instrumentos	43
3.6. Procedimientos	44
CAPÍTULO IV	46
RESULTADOS	46
4.1. Resultados	47
4.2. Discusiones de los resultados	56
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
ANEXOS	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nro. 01	49
Conocimientos sobre el parto vertical en gestantes.	
Tabla Nro. 02	50
Gestantes según su estado civil.	
Tabla Nro. 03	51
Gestantes según la ocupación.	
Tabla Nro. 04	52
Gestantes según el número de partos.	
Tabla Nro. 05	53
Gestantes según vía de culminación del último parto.	
Tabla Nro. 06	54
Gestantes según Factores Comunicacionales.	
Tabla Nro. 07	55
Gestantes según factores sociodemográficos relacionado al nivel de conocimiento sobre el parto vertical.	
Tabla Nro. 08	57
Gestantes según Factores Comunicacionales relacionado al nivel de conocimiento sobre el parto vertical.	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura Nro. 01	49
Conocimientos sobre el parto vertical en gestantes.	
Figura Nro. 02	50
Gestantes según su estado civil.	
Figura Nro. 03	51
Gestantes según la ocupación.	
Figura Nro. 04	52
Gestantes según el número de partos.	
Figura Nro. 05	53
Gestantes según vía de culminación.	
Figura Nro. 06	54
Gestantes según Factores Comunicacionales.	
Figura Nro. 07	56
Gestantes según factores sociodemográficos relacionado al nivel de conocimiento sobre el parto vertical.	
Figura Nro. 08	57
Gestantes según Factores Comunicacionales relacionado al nivel de conocimiento sobre el parto vertical.	

INTRODUCCIÓN

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 patronos como Ramón Nonato. La forma en que han hecho es a través de un parto fisiológico un parto normal es decir, un parto en posición vertical. ^{1, 2, 3}

A partir del siglo XVII inicio el cambio en la forma de dar a luz, cuando Mauriceau introdujo la cama obstétrica que paulatinamente fue reemplazado a la silla de partos utilizar el instrumento de moda de ese entonces el "forceps" 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. ⁴

A lo largo de la historia de la humanidad la mujer eligió parir en diferentes variantes de la posición de pie, como la demuestran los grabados, ceramios y esculturales de prácticamente todas las culturas en el mundo. ^{5,6} Asimismo, existen ilustraciones de diferentes épocas que muestran el diseño de sillas para el parto en posición sentada y específicamente en la edad media se vio florecer la fabricación de silla de parto en posición vertical ⁵. Del mismo modo, en el Perú antiguo, esta intención se evidencia en la cerámica de la cultura Moche.

La posición adoptada naturalmente por las mujeres durante el parto ha sido descrita, en 1882 por Engelmann⁵, quien observo que las mujeres primitivas alcanzaban diferentes posiciones erectas, mediante el uso de palos, hamacas con cabestrillo, muebles, suspensión con cuerdas o con prendas de vestir, en posición de rodillas, semisentadas, usando ladrillos, piedras o bancos de parto ^{5,7}

Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y

emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño. En el Perú, el Ministerio de Salud, en agosto del 2005, emitió la Norma Técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural⁸, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer a elegir la posición en que prefiera parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado. Con ello, se busca lograr mayor credibilidad de los servicios médicos, mayor institucionalización del parto y, por ende, la disminución de la mortalidad materna y perinatal. Mediante esta Norma técnica, el parto vertical está siendo implementado en diferentes establecimientos de salud, en las regiones que atienden poblaciones rurales y amazónicas.⁸

En el Hospital II EsSalud de Abancay, como en la mayoría de los centros en que se atienden partos, el parto horizontal es la única opción de parto vaginal para toda la gestante que ingresa al Centro Obstétrico. A esto se agrega que, en el periodo de dilatación, se obliga a la parturienta a mantenerse recostada y no se permite sentarse, deambular y algunas otras posiciones que podría ser más cómoda para la parturienta así como tampoco se le permite estar acompañada por algún familiar que sea de su confianza, en un momento tan importante para ella como mujer y persona.

El objetivo del presente trabajo es determinar el nivel de conocimiento sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficos y comunicacionales en gestantes. Se debe tener en cuenta los derechos que las gestantes tienen como es el caso de poder elegir la posición de parto ofreciendo beneficios y una atención de calidad, disminuyendo así las muertes maternas y fetales.

El presente trabajo pretende basar sus resultados y análisis en el bienestar de la población femenina, partiendo de la iniciativa de las mujeres, que como soporte primordial contribuyen a que el profesional obstetra trabaje que acuerdo a las guías de parto vertical y así darles una mejor calidad de atención a las pacientes.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

El parto en posición vertical (en cuclillas) parece más fisiológico, facilitando el pujo y siendo ayudado por la gravedad. Sin embargo, en esa posición no es posible la atención médica del parto y no permite la protección perineal que evite desgarros vaginales y lesiones musculares del periné⁹.

Durante siglos ha habido controversia sobre si permanecer en posición vertical tiene ventajas sobre la posición supina para las mujeres que están en trabajo de parto. Ya en 1882, Engelmann describió la posición que las mujeres adoptan naturalmente durante el parto. Él observó que las mujeres «primitivas», sin la influencia de los convencionalismos occidentales, trataban de evitar la posición dorsal y cambiaban de posición cómo y cuándo lo deseaban⁵.

Fue en el siglo XVII que el famoso Obstetra Mauriceau “acostó” a las mujeres para parir, en un principio al parecer, para poder aplicar el instrumento de moda por esos tiempos, el fórceps. En la década del 70 con el uso de la

anestesia epidural, como un intento de solucionar el dolor del parto se favoreció aún más el uso de la posición horizontal, ya que prácticamente no se lo podía pedir otra postura diferente a la horizontal a una mujer bajo efectos anestésicos.

La posición vertical utilizada desde siempre por diversas culturas y numerosos grupos étnicos, finalmente comienza a difundirse en países del occidente: EE.UU. (Howard, 1958); así como en la región de América Latina: Uruguay (Caldeyro Barcia, 1974); Brasil (Paciornik, 1979) etc, y más recientemente a partir de la consideración de sus ventajas, por la OMS (WHO, 1996).

Desde hace más de una década, la OMS viene difundiendo y propugnando el parto vertical, en el afán de brindarle a la mujer la oportunidad de retomar el rol que siempre tuvo de participar activamente durante su parto y proporcionarle el entorno familiar y emocional que conlleva este acontecimiento para la madre y su niño.

En el Perú, el Ministerio de Salud, en agosto del 2005, emitió la Norma Técnica de atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural⁸, la cual propone extender puentes de enriquecimiento mutuo entre el modelo occidental y el modelo tradicional ancestral, dándole opción a la mujer de elegir la posición en que prefiera parir, respetando creencias y costumbres y, a la vez, proporcionándole el soporte científico adecuado. Con ello, se busca lograr mayor credibilidad de los servicios médicos, mayor institucionalización del parto y, por ende, la disminución de la mortalidad materna y perinatal.

En la actualidad, la mayoría de las mujeres occidentales tienen sus partos en posición dorsal, que se supone permite a la comadrona o al médico monitorear mejor al feto, asegurando así un parto seguro. Se ha cambiado la tradicional forma de parir, dominada por la movilidad y verticalidad, a la pasividad y horizontalidad¹⁰.

En diversos estudios se ha demostrado que las posiciones verticales o laterales, comparadas con supina o litotomía, se asocian a una menor duración de la segunda etapa de parto, menos nacimientos asistidos, tasas menores de episiotomías, menor dolor agudo durante la segunda etapa y menos patrones anormales de la FCF. También se asocian a un mayor número de desgarros de segundo grado y mayor número de hemorragias posparto de más de 500 ml¹¹.

Las mujeres que adoptan posturas de manos y rodillas (cuadrúpeda) presentan menor dolor lumbar persistente¹² y encuentran dicha posición como la más cómoda para dar a luz, con menor dolor perineal posparto y con una percepción de un parto más corto (aunque no hubiera diferencias reales de duración)¹³.

En mujeres con analgesia epidural, se observa una reducción de la duración del parto en las posiciones verticales (incluido de pie, caminando, de rodillas, en cuclillas o sentada a más de 60 grados de la horizontal) frente a posición supina durante la segunda etapa del parto¹⁴.

La posición sentada es un factor protector del trauma perineal y también proporciona un mayor confort y autonomía de la madre en el nacimiento¹⁵.

El Ministerio de Salud del Perú, está fortaleciendo la atención calificada del parto en los establecimientos de salud con capacidad resolutoria, así como la adecuación cultural incrementándose el parto vertical de 30844 en el 2012 a 37574 en el año 2013; en el ámbito de la DIRESA Apurímac I se pasó de 168 partos verticales en el año 2011 a 442 en el año 2013¹⁶. Si bien es cierto que existe un incremento de partos verticales estos se dan prioritariamente en los establecimientos del Ministerio de Salud.

En la mayoría de los centros en que se atienden partos en EsSalud, el parto horizontal es la única opción de parto vaginal para toda gestante que ingresa al Centro Obstétrico. A esto se agrega que, en el período de dilatación, se obliga a la parturienta a mantenerse recostada y no se le permite sentarse,

deambular y alguna otra posición que podría ser más cómoda para ella, así como tampoco se le permite estar acompañada por alguna persona de su entorno o de su confianza, en un momento tan importante para ella como mujer y como persona, durante mi internado clínico realizado en el Hospital II EsSalud de Abancay, la situación referente a la posición para la atención del parto es la misma que en otros hospitales de la seguridad social.

Los pocos estudios a nivel nacional han concluido que los proveedores de salud no explican ni ofertan la libre elección de la posición del parto¹⁷, muy a pesar de existir una norma técnica, lo que trae consigo desconocimiento por parte de las gestantes de los beneficios de este tipo de parto.

Los factores que influyen en la posición que adoptan las mujeres durante el parto son numerosos y complejos. Es difícil identificar la conducta «instintiva» porque está fuertemente influida por las normas culturales. Para las sociedades en las que la mayoría de los nacimientos ocurren en un medio hospitalario, las normas culturales han estado moldeadas con el correr de los años por las expectativas y las exigencias de los profesionales, así como por las restricciones impuestas por procedimientos como la monitorización fetal, el tratamiento intravenoso, la analgesia, incluida la analgesia regional, los exámenes clínicos, etc.

En la actualidad y ya desde siglos atrás se plantea una nueva alternativa para facilitar el trabajo de parto que es la posición que adopta la gestante, el parto vertical brinda una serie de ventajas y beneficios para el niño y la madre. Estas estrategias han sido planteadas con la finalidad de realizar partos más seguros, por lo que uno de los mayores desafíos de la obstetricia moderna es garantizar la calidad de la atención de parto humanizado, que incluyen medidas de comodidad durante el trabajo de parto para la madre y el niño por nacer; así mismo disminuir los riesgos de someter grandes tiempos de dolor a la gestante.

El propósito del proyecto es determinar el nivel de conocimiento sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficas y comunicacionales en gestantes que acuden al Hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo 2017.

1.2. Delimitación de la investigación

1.2.1. Delimitación temporal

El presente estudio fue realizado durante los meses de Enero a Marzo del año 2017

1.2.2. Delimitación geográfica

La presente investigación tuvo como ámbito espacial el servicio de Gineco-Obstetricia del hospital II EsSalud de Abancay, de categoría nivel II – 2, el cual brinda atención a pacientes asegurados.

1.2.3. Delimitación social

El presente trabajo de investigación durante su desarrollo y ejecución estuvo constituido por gestantes atendidas en el hospital II EsSalud de Abancay, en el cual se consideró a todas las pacientes gestantes atendidas en el servicio de Gineco-Obstetricia.

1.3. Formulación del problema

El problema se plantea de la siguiente manera.

1.3.1. Problema principal

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficas y comunicacionales en gestantes que acuden al Hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo 2017?

1.3.2. Problemas secundarios

- a. ¿Cómo el factor sociodemográfico se relaciona con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo 2017?
- b. ¿Cómo el factor comunicacional se relaciona con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo 2017?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de conocimiento sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficas y comunicacionales en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo 2017.

1.4.2. Objetivos específicos

- a. Identificar como los factores sociodemográficos se relacionan con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo 2017.
- b. Identificar como los factores comunicacionales se relacionan con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo 2017.

1.5. Hipótesis de la investigación

1.5.1. Hipótesis general

El nivel de conocimiento sobre el parto vertical es bajo, existe relación con algunos de los factores sociodemográficos y comunicacionales en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017.

1.5.2. Hipótesis secundaria

- a. Al menos uno de los factores sociodemográficos se relacionan con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical es más predominante en gestantes que acuden al Hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero y marzo del 2017.
- b. Al menos uno de los factores comunicacionales se relacionan con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical es más predominante en gestantes que acuden al Hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero y marzo del 2017.

1.6. Justificación de la investigación

Durante los decenios de 1980 y 1990, en el marco de proceso de globalización y sus repercusiones, han surgido y sean consolidados nuevos movimientos sociales.¹⁸

El Perú alberga muchas culturas que guardan entre si relaciones muy diversas, a menudo conflictivas, pero que en ocasiones también revelan puntos de convergencia y aprendizajes recíprocos. Si bien predomina en el país una matriz cultural hispano-occidental en la mayor parte del territorio, existen grupos que mantienen formas de vida y visiones del mundo particulares y diferentes.¹⁸

La presente investigación contribuirá con tener una línea de base sobre los factores comunicacionales que tienen relación con el nivel de conocimiento del parto vertical que tienen las gestantes aseguradas en EsSalud.

Las principales beneficiadas con los resultados de la investigación serán las gestantes y familiares de la ciudad de Abancay, a fin de que puedan ejercer sus derechos de decidir a tener un parto humanizado, además de conllevar a una participación mucho más activa y protagónica de la mujer en el momento de su parto, así como tener la posibilidad de ver nacer a su niño con menores riesgos materno-perinatales y mayor satisfacción, que redundará en estrechar los lazos afectivos de la unidad madre-niño.

El derecho a tener un parto natural, a estar acompañada en todo momento por una persona de confianza (sea parto vaginal o cesárea), a elegir la posición en la que se quiera parir, son algunos de los derechos incluidos en la Ley N 25.929 que ya entro en vigencia.

Por otra parte los resultados serán de utilidad para la Dirección del Hospital, jefatura de servicio, para que en base a la evidencia puedan implementar medidas comunicacionales sobre los beneficios del parto vertical. Además del 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.

Con esta investigación se podría reducir los riesgos de morbilidad materna y perinatal, contribuyendo de esta manera a incrementar la percepción positiva de los servicios de salud hacia el parto humanizado.

La investigación es importante ya que en la actualidad la posición durante el periodo expulsivo, es un área al que se le debe prestar atención especial debido a la evidencia indirecta de que un ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal, influye positivamente en su confianza posterior como madres y disminuye el riesgo de depresión postnatal.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Muñoz, D; Pavón, B, en su trabajo Estudio del proceso comunicacional sobre las bondades del parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo, en las comunidades; Iluman, Carabuela, Cotama y Azama. Propuesta alternativa de información, realizado en el Hospital SAN LUIS DE OTAVALO en el año 2012. Arribo a los siguientes: **resultados** que: La presidenta de las parteras manifestó que se ha conseguido muchos logros con el parto culturalmente adecuado, rescatando los valores culturales ancestrales y respetando la privacidad y pudor de las parturientas; las autoridades del Hospital San Luis de Otavalo manifiestan que la difusión y promoción de este método de parto ha sido poco difundido por la falta de coordinación y apoyo gubernamental; en cuanto a los resultados de la encuesta aplicada, se aprecia que apenas el 34% de las familias que

intervinieron en la investigación tienen pleno conocimiento de la atención de parto vertical que se brinda en el H.S.L.O., por lo que la concurrencia a esta área es reducida, la difusión ha sido muy pobre por parte de esta casa de salud, considerando las luchas constantes por la reivindicación cultural que ha tenido que pasar el pueblo indígena y el triunfo en la articulación de las dos medicinas para mejorar la calidad de vida de las comunidades indígenas. **Concluyendo** que los contextos sociales e históricos de la salud desde el pensamiento indígena y su cosmovisión, comenzando con luchas reivindicativas desde el año de 1984 por la INRUJTA-FICI (Federación Campesina e Indígena de Imbabura), rescatando las fortalezas de casa uno de ellos. En cuanto al nivel de conocimiento de las familias de las diferentes comunidades del cantón Otavalo, sobre el parto vertical que brinda el H.S.L.O; pocos de ellos han escuchado hablar de este método representado con el 34%; los que tienen pleno conocimiento del tema son muy pocos, razón por la cual no han asistido a este servicio que brinda el Hospital.¹⁹

Rendon, J, en su trabajo Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Canton Daule, realizado en el HOSPITAL DR. VICENTE PINO MORAN DEL CANTON DAULE en el año 2012. Arribo a los siguientes: **resultados** que: el 73% de las pacientes atendidas no tuvieron ningún tipo de información sobre el parto vertical, y el 27% restante informaron mediante charlas hospitalarias, consultas prenatales y páginas de internet. El 62% de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Vicente Pino Moran tuvieron parto horizontal y el 38% correspondieron a parto vertical. El 87% de las pacientes tuvieron un expulsivo dentro de los primeros cinco minutos, el 10% dentro de los diez minutos, el 3% dentro de los quince minutos. El 88% de las

pacientes no presentaron desgarros durante la atención del parto vertical, el 12% restante presentaron desgarros a nivel cervical, labial y perineal. El 49% de las pacientes no presentaron traumas obstétricos, el 40% restante presentaron circular de cordón, distocia de hombros y fractura de clavícula. **Concluyendo** que el parto vertical resulta muy beneficioso porque permite un descenso y un expulsivo mas rápido, el cual disminuye la observación cianótica del recién nacido y los síntomas de asfixia, además los pacientes sometidos a parto vertical no presentan desgarros irreversibles que comprometan al bienestar y la descompensación materna. Durante el trabajo de parto el paciente tiene un punto de apoyo por la posición de sus piernas, la cual la ayuda a realizar una mejor presión abdominal.²⁰

Villacís, D, en su trabajo Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Experiencia en el Hospital Raúl Maldonado Mejía en el periodo 2009-2013, Arribo a los siguientes **Resultados** que: Se identificaron 2057 (88,7%) partos horizontales, y 262 (11,3%) partos verticales. Posterior al análisis estadístico, la posición vertical se asoció a una menor probabilidad de haber presentado una enfermedad o complicación durante el embarazo (OR= 0,68, IC 95%: 0,48-0,95, P=0,02), una menor probabilidad de realización de episiotomía medio lateral (OR=0,18, IC 95%: 0,12-0,27, P<0,001), y una probabilidad mayor de presentar un cefalohematoma por caída del neonato (OR=15,74, IC 95%: 1,13-218,51, P=0,40). **Concluyendo:** que este estudio permitió cuantificar la frecuencia de partos verticales atendidos en el Hospital Raúl Maldonado Mejía durante el periodo de Octubre de 2009 a Mayo de 2013, en concordancia con el primer objetivo planteado para este estudio, identificando que 262 (11,3%) de los partos cefalovaginales fueron atendidos por la modalidad. Este porcentaje fue bajo en

relación a los que se esperaba la posición vertical durante el parto sí genera diferentes resultados maternos y neonatales entre el grupo de parto vertical y horizontal. Gracias a los resultados obtenidos mediante la comparación mencionada se puede concluir que si existe diferencias en la frecuencia de complicaciones maternas entre el parto vertical y horizontal, específicamente la posición vertical durante el parto se asocia con una reducción de la probabilidad de realización de episiotomías en las mujeres que dieron a luz en posición vertical.²¹

2.1.2. Antecedentes nacionales

Espinola, F; Lavado, F; Montoya, Z; Saavedra, A; Varas, P; Ysla, C, en su trabajo 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, realizado en el Facultad de Educación de la Universidad Cesar Vallejo Trujillo, en el año 2009, Arribo a los siguientes **Resultados** que: La actitud favorable hacia el parto vertical fue 73.0% en ciencias médicas y 82.1% en educación ($p=0.235>0.05$). Indistintamente, alrededor del 50% concordaba con tener (o que su pareja tenga) parto vertical, pero ciencias médicas (76.2%) recomendaría más el parto vertical ($p=0.010<0.05$) que educación (53.6%). Los primeros mostraron mejor actitud al mayor sangrado que se produciría en el parto vertical ($p=0.005<0.05$) y los segundos al pudor durante el mismo ($p=0.007<0.05$), no mostrando diferencias en otros aspectos ($p>0.05$). **Concluyendo** que, el 73% de los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical. El 82.1% de los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Educación 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 Ciencias Médicas y de la

Facultad de Educación, pero los primeros mostraron mejor actitud al mayor sangrado y los segundos en cuanto al pudor.²²

Vela, G, en su trabajo Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015, realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal. Arribo a los siguientes **Resultados**: La percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado se determinó mediante cuatro dimensiones: trato profesional, elección de la posición de parto, acompañamiento y manejo del dolor en la atención del parto. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del profesional (73%). En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). En la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular. **Concluyendo**: La percepción global sobre el parto

humanizado evidencio que la mayoría de pacientes coinciden que este proceso se realizó de forma regular (53.0%), un 35.0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma adecuada y solo el 12.0% percibió que el parto humanizado se realizó de forma inadecuada. El trato profesional implícito en el parto humanizado que se brinda en el Instituto Nacional Materno Perinatal siempre fue percibido por la mayoría de pacientes de forma favorable. La libre elección de la posición implícita en el parto humanizado nunca fue percibida por las pacientes de forma favorable, constituyéndose como uno de puntos más débiles del parto humanizado que se brinda en dicha institución.²³

Calderón, J; Bravo, J; Albinagorta, R; Rafael, R; Laura, A; Flores, C; en su trabajo Parto Vertical: Retornando a una costumbre ancestral, realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud, Lima, Perú. Arriba los siguientes **Resultados:** El tiempo de expulsivo fue menor para el parto vertical frente al parto horizontal (11,39 min y 19,48 min, respectivamente). El volumen de sangrado promedio fue similar en ambos grupos (300 mL y 296,74 mL). Considerando el uso y el no uso de oxitocina posparto, se encontró diferencias estadísticamente significativas en el volumen de sangrado, siendo mayor cuando no se usó oxitocina. La maniobra de Kristeller casi fue innecesaria para el parto vertical (1,3%), mientras fue realizada en 16 pacientes con parto horizontal (20%). Se requirió la episiotomía con menor frecuencia para el parto vertical que para el parto horizontal (26,5% vs. 56,3%). Se necesitó instrumentación del parto en solo dos casos de parto horizontal (1 vacuum, 1 fórceps de salida). Se presentó un hematoma vaginal y una hemorragia posparto, para el parto horizontal, sin diferencia estadísticamente significativa. Hubo más desgarros vaginales en el grupo de parto vertical (en quienes no se realizó episiotomía), pero de poca profundidad (83% vs. 60%). Respecto a la percepción de la madre sobre el parto vertical,

este fue percibido como más rápido, más cómodo y menos doloroso; la mayoría de las mujeres con parto vertical tuvo la satisfacción de ver la salida de su bebé (96,3% vs. 42,5%) y la mayoría de las mujeres de ambos grupos recomendaría el parto vertical (81,9% de las 160 mujeres). **Concluyendo:** El parto vertical ofrece ventajas significativas frente al parto horizontal, ofreciéndole a la parturienta un expulsivo más corto, menos doloroso, más cómodo y más satisfactorio.²⁴

2.1.3. Antecedentes regionales y locales

Se realizó la búsqueda de los antecedentes regionales y locales, no encontrándose ningún antecedente en referencia al tema de investigación.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Parto.

A. Historia del Parto

Existen bastantes evidencias de que la posición vertical fue utilizada por un gran número de civilizaciones, grupos culturales y étnicos, y por tribus de indios, sin contacto con la civilización según las observaciones de médicos (Paciornick, 1982), y antropólogos (Engelman, 1882; Jarcho, 1934; Narroll, Narrol, Howard, 1961).

En la actualidad, son pocas las civilizaciones en que las mujeres adoptan esta posición para el nacimiento, siendo restricta solamente a tribus de indios latinoamericanos, africanas y en algunas poblaciones es consideradas primitivas, sin influencia de la medicina moderna, continúan a utilizar sus métodos primitivos (Kuntner, 1983).

Fue a partir de la década del 50 que Howard, (1958), en los Estados Unidos, comienza a llamar la atención sobre las ventajas

que las mujeres pueden tener al ser colocadas en la posición vertical permitiendo que fuerzas naturales como la acción de la gravedad colaboren facilitando el nacimiento. Caldeyro-Barcia et al., (1974) en Montevideo, y Peter Dunn (1976) en el Reino Unido en la década del 70 comienza a sugerir la utilización de la posición vertical durante el trabajo de parto, en mujeres que no presenten riesgo de gestación, mostrando un esquema simplificado de los riesgos de la posición horizontal cuando la mujer es colocada en esa posición en el parto.

En la década de los 80 en Brasil en la Ciudad de Curitiba, el Dr. Moisés Paciornick (1983, 1987), aconseja utilizar la posición de cuclillas en mujeres civilizadas, como forma de facilitar el parto, sugiriendo también que esta posición puede ofrecer mayor integridad en los músculos de los miembros inferiores y del perineo tengan buena tonicidad, predisponente a un esfuerzo mayor que lo observado en otras posiciones como las de pie, sentada, litotomía y otras.²⁵

B. Definición de parto

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 g igual o mayor a las 22 semanas completas (para otros 20 semanas), contadas desde el primer día de la última menstruación.²⁶

2.2.2. Parto Vertical

El parto 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. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de

las fuerzas del expulsión, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.²⁷

2.2.3. Posición de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto

A. Antecedentes

Ya desde 1882 Engelmann describió la posición que las mujeres adoptan naturalmente durante el parto⁵. Él observó que las mujeres "primitivas", sin la influencia de los convencionalismos occidentales, tratarían de evitar la posición dorsal y se les permitiría cambiar de posición como y cuando lo desearan. Se pueden lograr diferentes posiciones verticales mediante el uso de postes; suspender a las mujeres en hamacas; mediante muebles; tomadas de cuerdas o retazos de tela anudadas; arrodilladas, agachadas o en cuclillas mediante el uso de ladrillos, piedras, una loma de arena o una banqueta de parto^{5,28}. En la actualidad, la mayoría de las mujeres en las sociedades occidentales paren en posición dorsal, en semidecúbito o de litotomía. Se ha señalado que la posición dorsal permite que la comadrona o el obstetra monitoricen mejor al feto y garanticen así un nacimiento seguro.

B. Factores que influyen en la posición durante el periodo expulsivo

Los factores que influyen la posición que adoptan las mujeres durante el parto son numerosos y complejos. Es difícil identificar la conducta "instintiva" porque está fuertemente influida por las normas culturales. Para las sociedades en las que la mayoría de los nacimientos ocurren en un medio hospitalario, las normas

culturales han estado moldeadas con el correr de los años por las expectativas y las exigencias de los médicos de asistencia, así como por las restricciones impuestas por procedimientos médicos como la monitorización fetal, el tratamiento intravenoso, la analgesia, incluida la analgesia regional, los exámenes médicos y los procedimientos médicos.

Durante el período expulsivo del trabajo de parto, prácticas como el apoyo perineal y la asistencia al nacimiento durante el parto "espontáneo" han limitado las opciones para las posiciones asumidas por las mujeres. Las opciones para el parto instrumentado también son limitadas. Se ha considerado que la influencia del personal y las instituciones médicas con respecto a las posiciones adoptadas por las mujeres durante el trabajo de parto y el parto no toma en cuenta la comodidad de la mujer ni la necesidad de experimentar el parto como un evento positivo; es desautorizante, abusiva y humillante. Debido a la evidencia indirecta de que un ambiente positivo y de apoyo durante el trabajo de parto estimula en las mujeres un sentido de competencia y logro personal durante el parto y su confianza posterior como madres y el riesgo de depresión postnatal, se le debe brindar una atención especial a las prácticas médicas que desvaloricen o humillen a las mujeres durante el trabajo de parto.

C. Ventajas del parto vertical

Durante siglos ha habido controversia sobre si permanecer en posición vertical tiene ventajas sobre la posición supina para las mujeres que están en trabajo de parto. Se han señalado numerosas ventajas fisiológicas para la posición no supina o vertical durante el trabajo de parto: (i) los efectos de la gravedad, (ii) disminución de los riesgos de compresión aortocava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos^{29,30,31} (iii)

contracciones uterinas más fuertes y eficientes^{32,33} (iv) mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis ("ángulo de dirección")³⁴, y (v) evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior³⁵ y transverso,³⁶ lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas^{37,38,36} y de rodillas³⁶.

D. Ventajas de la posición supina

La posición supina o en semidecúbito para el nacimiento se usa ampliamente en la práctica obstétrica contemporánea. La principal ventaja señalada es el fácil acceso del obstetra al abdomen de la mujer para monitorizar la frecuencia cardiaca fetal. Quienes cuidan de las mujeres en trabajo de parto se sienten cómodos con la posición dorsal porque es la posición en la que habitualmente reciben capacitación para atender los partos, incluyendo los partos vaginales asistidos y es la posición de referencia convencional para las descripciones de los libros de texto con respecto a los mecanismos del parto vaginal.

La posición de litotomía con las piernas de la mujer fijadas en estribos se usa en muchas instituciones para los partos vaginales espontáneos y especialmente para los partos vaginales asistidos.

El uso de estribos puede combinarse con una inclinación pélvica lateral y una posición semisupina, con la madre sentada en aproximadamente 45 grados, para reducir la compresión aortocava.

E. Variedades de posición para el periodo expulsivo

- Posición en decúbito lateral también se usa para los partos espontáneos y asistidos, con la ventaja de que evita la compresión de la aorta o la vena cava inferior por parte del útero.

- Posiciones de rodillas en el período expulsivo del trabajo de parto. Éstas pueden variar desde la posición arrodillada vertical a la posición de "cuatro puntos", con la pelvis y los hombros al mismo nivel. Odent en Pithiviers, Francia, promovió en los años ochenta una posición erguida apoyada, pero la misma no se ha evaluado hasta el momento de manera sistemática. La posición de McRoberts, con los muslos hiperflexionados, se introdujo para resolver la distocia de hombros. Se ha demostrado un aumento en la fuerza expulsiva en el período expulsivo del trabajo de parto³⁹.
- Se ha estudiado el parto en una silla de parto, pero la mayoría de estos estudios han incluido pequeños tamaños de muestra⁴⁰. Hay datos contradictorios con respecto a las posibles ventajas y desventajas de usar una silla de parto para el parto.
- La posición en cuclillas se denomina la posición más natural y con frecuencia las mujeres la utilizan si se les deja solas para elegir su propia posición para el parto^{41,42}.
- La posición de sentadillas o en cuclillas profunda es muy similar a la posición habitual de descanso del chimpancé y es posible que todos nosotros hubiéramos adoptado la posición en cuclillas en alguna etapa de nuestras vidas si nuestras costumbres no nos hubieran adiestrado para adoptar otras posturas⁴³. En consecuencia, la introducción de la posición en cuclillas apoyada durante el parto, ya sea usando un cojín de parto o una banqueta, parece atractiva.

F. Desventajas de la posición en cuclillas

La desventaja principal de la posición en cuclillas es que es posible que las mujeres occidentales no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un

considerable período de tiempo y que puede aumentar el traumatismo perineal. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres occidentales, que ya no se acuclillan para defecar. En un estudio en Leeds, Reino Unido, sólo el 16% de las mujeres asignadas a la posición en cuclillas lograron hacerlo, a pesar de los ejercicios prenatales⁴⁴. En muchas regiones de Asia, África y en América, las personas habitualmente trabajan y descansan en dicha postura.

G. Clasificación de las diversas posiciones de la mujer durante el periodo expulsivo del trabajo de parto

- Posiciones neutrales.- en las cuales una línea que conecta el centro de la tercera y quinta vértebras de una mujer es más horizontal que vertical y que se usan generalmente en la obstetricia occidental moderna, son llamadas:
 - 1) Posición lateral (posición de Sim).
 - 2) Posición de litotomía.
 - 3) Posición de Trendelenburg (cabeza en un nivel inferior que la pelvis)
 - 4) Posición rodilla-codo (cuatro puntos).
- Posiciones verticales.- son aquellas que involucran la gravedad, son llamadas:
 - 1) Sentada (silla o banqueta obstétrica).
 - 2) Semidecúbito (tronco inclinado hacia atrás 30° con respecto a la vertical).
 - 3) Arrodillada.
 - 4) En cuclillas (sin ayuda o usando barras de cuclillas).
 - 5) Acuclillada (con la ayuda de un cojín de parto).

El Ministerio de Salud del Perú²⁷, considera las siguientes posiciones:

- Posición de cuclillas variedad anterior.
- Posición de cuclillas variedad posterior.
- Posición de rodillas.
- Posición sentada.
- Posición semi sentada.
- Posición cogida de la soga.
- Posición pies y manos (cuatro puntos de apoyo).

H. Indicaciones para el parto vertical

- Gestante sin complicaciones obstétricas.
- Presentación cefálica del feto.
- Compatibilidad feto pélvica.²⁷

I. Contraindicaciones para el parto vertical

Las contraindicaciones para la atención del parto vertical son todas aquellas complicaciones que pueden tener como indicaciones la cesárea, entre ellas las más frecuentes son:

- Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- Cesárea iterativa.
- Incompatibilidad feto pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.
- Distocias de cordón.
- Distocias de contracción.
- Macrostomia fetal.
- Prematuras.

- Hemorragia del II trimestre (placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta).
- Ruptura Prematura de Membranas con cabeza alta.
- Embarazo post termino,
- Pre eclampsia severa, eclampsia.
- Antecedentes de parto complicado.²⁷

2.2.4. Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por si solos, poseen un menor valor cuantitativo.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, porque forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón. Se dice que el conocimiento es una relación entre un sujeto y un objeto. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos: sujeto, objeto, operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).⁴⁵

Para Martinez y col⁴⁶, el ser humano puede captar un objeto en tres diferentes niveles: El conocimiento sensible consiste en captar un objeto por medio de los sentidos, el conocimiento conceptual, que radica en representaciones invisibles, inmateriales, pero universales y esenciales y el conocimiento holístico también llamado intuitivo.

2.2.5. La comunicación en la salud materna

La comunicación en la salud materna actúa como un instrumento estratégico transversal en los diferentes niveles de los determinantes sociales de la salud (DSS) en relación al modelo propuesto por la OMS; incluido el componente sistema sanitario en el nivel intermediario. Es inherente a la actividad del personal de salud, especialmente de quienes ejecutan acciones para la identificación y gestión del riesgo, con el propósito de reducir la asimetría de la información con el individuo y la colectividad para lograr su autocuidado. También juega un rol importante para el desenvolvimiento en cada uno de los pilares y ejes estratégicos de las políticas de modernización de la gestión pública en el Perú⁴⁷.

Fue Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar de Canadá en 1974, quien presentó un informe, denominado “A New Perspective on the Health of Canadians”, en el cual señalaba que el sistema sanitario por sí solo no podía garantizar la salud de la población, porque era influenciada por la biología humana 27%, por el sistemas de asistencia sanitaria 11%, los estilos de vida 43% y por el medio ambiente 19%⁴⁸.

Se considera que en estos dos últimos determinantes, pueden incidirse claramente a través de la comunicación en salud que, permitan influir en las conductas de los individuos y los grupos para que adopten conductas saludables de autocontrol: fortalecer las capacidades a las personas y colectivos para que puedan tomar decisiones autónomas y saludables; para lo cual, consideramos fundamental las estrategias de comunicación en salud.

Por otro lado, Basagoiti⁴⁹ hace referencia de dos modelos en la alfabetización en salud: a) el medio informacional de la comunicación, el más tradicional, basado en la creencia de que se puede cambiar la realidad con el sólo recurso de poner en circulación una serie de

mensajes a través de los medios masivos de comunicación (prensa, radio, televisión e internet); y b) el modelo relacional, en el que la comunicación es considerada una dimensión fundamental de los proyectos de cambio social que incorpora un diagnóstico certero de los diferentes actores que participan en el proceso, reconociendo las características, necesidades y motivaciones de los destinatarios y buscando establecer nexos a partir de los condicionantes culturales y sociales que constituyen su marco de interpretación de la realidad. Esta última, y la que consideramos la más apropiada, es la menos practicada en el campo de la salud⁴⁹.

La práctica de la comunicación en salud es una co-responsabilidad de los profesionales de la salud y de comunicación social; en la cual tiene una participación importante los y las obstetras, quien identifica riesgos y determinantes para la salud de las gestantes. No obstante, puede estar ocurriendo en distintos ámbitos lo que afirma Beltrán (2009), que los profesionales del sector de la salud no han recibido formación para la gigantesca tarea de saber cómo comunicar. Por ello, deben asociar sus capacidades y esfuerzos al de los especialistas en comunicación, educación e información. Y estos tendrán que empeñarse a fondo y sin demora en familiarizarse con la naturaleza del sector para poder servirlo bien.

2.3 Definición de términos

Beneficio.- Es un bien que se hace o se recibe hacia la gestante.

Características sociodemográficas.- Características personales como edad, estado civil y ocupación que van a influir en la adquisición de un conocimiento.

Características reproductivas.- Características intrínsecas relacionadas con la esfera reproductiva de las mujeres como la paridad y antecedente del tipo

de parto que van a influir de forma positiva o negativa en la adquisición de un conocimiento.

Conocimiento sobre el parto vertical.- Es la facultad de las mujeres para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, referente a las posiciones, ventajas, riesgos, indicaciones y contraindicaciones sobre el parto vertical.

Factores comunicacionales.- Condiciones que pueden influir en las conductas de las gestantes y las familias para que tengan mayor conocimiento sobre el parto vertical.

Factores sociodemográficos.- Situaciones propias y relacionadas con la edad, el estado civil y la ocupación de las gestantes que pueden influenciar en la decisión del conocimiento sobre el parto vertical.

Interculturalidad.- Es la relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto mutuo.

Parto Humanizado.- Es el respeto que se tiene hacia la gestante siempre respetando sus derechos reproductivos para hacerlo más íntimo y natural, sin renunciar a la aportación científica.

Plan de parto.- Herramienta efectiva que busca organizar y movilizar los recursos familiares y comunitarios para la atención oportuna de la gestante, la puérpera y el recién nacido.

Riesgo.- Posibilidad de que se produzca una desgracia, de que la gestante sufra algún perjuicio o daño.

Escalas de Likert.- Son ítems utilizados para medir actitudes y opiniones. Fueron realizados y ejecutados en el instrumentos (encuestas), de la siguiente manera 1=muy bajo; 2=Bajo; 3=Medio; 4=Alto; para medir el conocimientos. Y 1=nada; 2=poco; 3=regular; 4=mucho; para medir el factor comunicacional.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo de la investigación

La presente investigación, de acuerdo a la orientación de la investigación fue de tipo básica, estos estudios están orientados a lograr un nuevo conocimiento de manera sistemática metódica, con el único objetivo de ampliar el conocimiento de una determinada realidad, como es el caso.⁵⁰

De acuerdo a la intervención del investigador y el control de la asignación de los factores de estudio, fue observacional; debido a que los datos consignados durante de la investigación reflejan la evolución natural del evento, así mismo éstos se limitan a observar, medir y analizar determinadas variables en los sujetos.^{51,52}

De acuerdo a la planificación de toma de datos es prospectiva, ya que los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control del sesgo de medición.^{51,52}

De acuerdo al número de datos que se mide la variable de estudio es transversal, en este caso la variable de estudio se medirá en una sola ocasión.^{51,52}

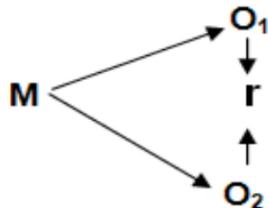
Según el número de variable de interés es analítico, en el cual el análisis estadístico por lo menos es bivariado; porque plantea y pone a prueba hipótesis, su nivel más básico establece la asociación o relación entre variables.^{51,52}

3.2. Diseño de la investigación

La investigación tiene como diseño el descriptivo relacional, porque la información que se ha recogido ha sido descrita por cada dimensión y variable correspondiente, además se ha relacionado las dimensiones con las variables y las variables entre si lo que implica encontrar el nivel de asociación entre dimensiones y variables correspondientes.

Su esquema correspondiente es el siguiente:

Esquema:



Dónde:

M = Muestra de la investigación.

O₁ = Variable 1.

O² = Variable 2.

r = Relación de las variables de estudio.

3.3. Población y muestra de la investigación

3.3.1. Población

Según reporte de la Oficina de Coordinación de Prestaciones y Atención Primaria de la Red Asistencial de EsSalud Apurímac, en el Hospital II Abancay durante el año 2016 se atendió a 329 mujeres gestantes controladas, para la presente investigación se tomó como población a las 329 gestantes.

3.3.2. Muestra

Para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el algoritmo para población finita o conocida, siendo:

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Dónde:

N = Población (329 gestantes)

n = Muestra (98 gestantes)

p = Proporción de personas con el fenómeno a estudiar (mujeres que desconocen el parto vertical).

q = Proporción de personas sin el fenómeno a estudiar (mujeres que conocen el parto vertical).

Z_{α} = Desviación normal de la muestra al nivel de error aceptado
 $\alpha=0.05=1.96$

d = Precisión de la muestra (0,05)

Tamaño de la población	N	329
Error Alfa	α	0.05
Nivel de Confianza	1- α	0.95
Z de (1- α)	Z (1- α)	1.96
Proporción de personas con el fenómeno a estudiar	p	0.90
Proporción de personas sin fenómeno a estudiar	q	0.10
Precisión	d	0.05

Tamaño de la muestra	n	97.58
----------------------	---	--------------

Dónde:

Para seleccionar las unidades de estudio que integraron la muestra se utilizó el muestreo probabilístico sistemático en el cual para determinar una muestra de tamaño “n” conseguimos una lista de “N” elementos, definimos un intervalo de salto $k=N/n$ y elegimos un número aleatorio entre 1 y k con el que comenzamos la selección de la muestra. El tamaño “N” se delimita temporalmente.⁵³

El procedimiento será el siguiente:

Primero: definiremos el intervalo de salto $k=N/n$

$$K= 329/98 \quad k= 3.35$$

Segundo: Se encuestara a cada gestante dando un salto de 3, hasta completar el tamaño de muestra.

Criterios de inclusión:

- Mujeres gestantes que acuden por una atención de consulta externa al consultorio de atención prenatal del Hospital II EsSalud Abancay.
- Gestantes que brinden su aprobación para encuestarle.

Criterios de exclusión:

- Acompañante de pacientes mujeres que presenten algún tipo de discapacidad por la que no puedan expresar su opinión.
- Paciente o familiar que no desee participar en el estudio.
- Pacientes con trastornos mentales que no estén acompañados por sus familiares.
- En el caso de que una paciente no otorgue su consentimiento se encuestara al inmediato siguiente.

3.4. Variables, dimensiones e indicadores

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
V.I Nivel de conocimiento sobre el parto vertical	Conocimiento	- Ficha de recolección de datos. - Fichas Estadísticas.
V.D 1. Factor sociodemográfica.	Demográficas	Ficha de recolección de datos 1.1. Edad 1.2. Estado Civil 1.3. Ocupación 1.4. Paridad 1.5. Antecedente de la vía de culminación de parto.
2. Factor Comunicacional	Proceso Comunicacional	Ficha de recolección de datos 2.1. Periódicos. 2.2. Televisión. 2.3. Internet. 2.4. Control prenatal (Consultorio)

3.5. Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

3.5.1. Técnicas

La técnica que se utilizó fue la encuesta, esta busca conocer la reacción o la respuesta de un grupo de individuos que pueden corresponder a una muestra o a una población.⁵¹

3.5.2. Instrumentos

Para el presente trabajo de investigación se utilizó instrumento un cuestionario distribuidos en dos secciones; el primero que contempla preguntas referidas sobre el nivel de conocimiento del parto vertical y el segundo sobre los factores sociodemográficas y comunicacionales de las gestantes.

Para la confiabilidad del instrumento se utilizara la técnica de la escala de Likert, para lo cual se aplicará una prueba piloto a 15 gestantes y de acuerdo al resultado se obtendrá el índice correspondiente.

Para el procesamiento de la información: los datos obtenidos serán sometidos a control de calidad, posteriormente serán ingresados a una matriz de datos en el software estadístico SPSS versión 22, el mismo que reportara resultados utilizando estadística descriptiva mediante cuadros de distribución de frecuencias y de contingencia, para el contraste de hipótesis y buscar relación entre variables se utilizará la prueba Chi Cuadrado de homogeneidad, mientras que para hallar el grado de asociación se utilizara el Chi cuadrado de independencia con un nivel de significancia de 0,05.

3.6. Procedimientos

Para el cumplimiento del objetivo del presente trabajo se realizó las siguientes coordinaciones y procedimientos:

- Se solicitó al comité de investigación de la universidad Alas Peruanas filial Abancay para que brinde las facilidades en la ejecución del presente trabajo de investigación, una vez aceptada se procedió a realizar el estudio.
- Se elaboró el instrumento (encuestas) para medir el nivel de conocimientos sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficos y comunicacionales en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, el mismo que fue validada por el juicio de expertos y mediante una prueba piloto tomada a 15 gestantes las mismas que fueron excluidas del estudio al momento de su aplicación.
- Se solicitó un oficio al comité de investigación de la Universidad Alas Peruanas- Filial Abancay, para la autorización de la recolección de la información requerida dirigida al director Ramiro Campana Miranda del Hospital II EsSalud Abancay.
- Una vez obtenida la autorización, se realizó la coordinación con la obstetra encargada del consultorio obstetricia (programas) para solicitarle las facilidades para la recolección de la información requerida a través de encuestas a cada gestante.
- Las pacientes gestantes aseguradas fueron seleccionadas para la población y muestra tomando en cuenta los criterios de selección.
- Se procedió a recopilar la información hasta completar la muestra requerida, durante este procedimiento no se presentaron inconvenientes.

- Se procedió a verificar y codificar toda información obtenida para luego ser tabulada en el programa Excel 2010, para luego ser ingresadas al programa estadístico SPSS 20 (IBM SPSS Statistics), el cual mostro los resultados a través de tablas y figuras estadísticas las cuales fueron interpretadas y analizadas.
- Se realizó el análisis y la redacción del informe final del trabajo de investigación.

CAPITULO IV

RESULTADOS

La investigación titulada Nivel de conocimientos sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficas y comunicacionales en gestantes que acuden al Hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017.

Esta investigación tuvo como propósito determinar el nivel de conocimiento sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficas y comunicacionales en gestantes.

La información correspondiente se recogió a través de las fichas de entrevistas; en este instrumento se consideraron ítems relacionados a las variables y dimensiones de estudio.

Se debe indicar que los resultados estadísticos se utilizaron para redactar la discusión de la investigación, contrastando los contenidos del marco teórico y los estudios realizados por otros investigadores.

A continuación se presentan en detalle los resultados estadísticos obtenidos.

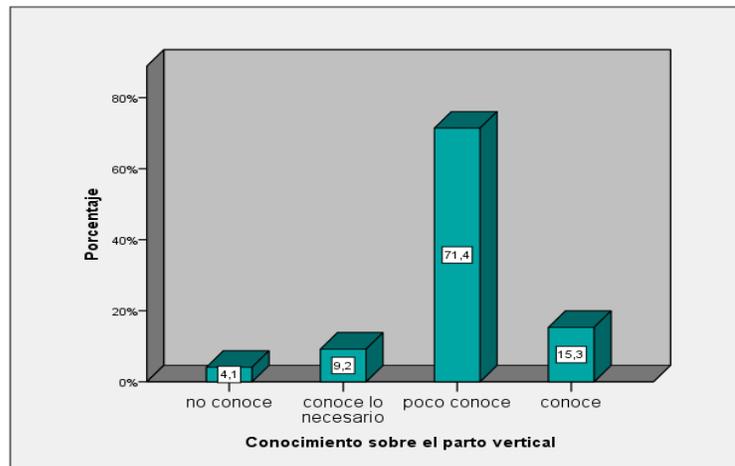
4.1. Resultados.

Cuadro Nro. 01
Conocimiento sobre el parto vertical en gestantes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
no conoce	4	4,1	4,1	4,1
conoce lo necesario	9	9,2	9,2	13,3
poco conoce	70	71,4	71,4	84,7
conoce	15	15,3	15,3	100,0
Total	98	100,0	100,0	

Figura Nro. 01

Porcentaje de gestantes según conocimiento sobre el parto vertical



En la tabla se aprecia que el 71,4% de gestantes indica que su conocimiento sobre parto vertical está en un nivel “poco conoce” (Medio); mientras que el 15,3% de gestantes respondió que su conocimiento sobre parto vertical está en un nivel de “conoce” (Alto) y sólo el 9,2% de gestantes indica que la conocimiento sobre parto vertical está en un nivel de “conoce lo necesario” (Bajo). Los resultados nos indican que las gestantes tienen un escaso nivel de conocimiento.

Cuadro Nro. 02

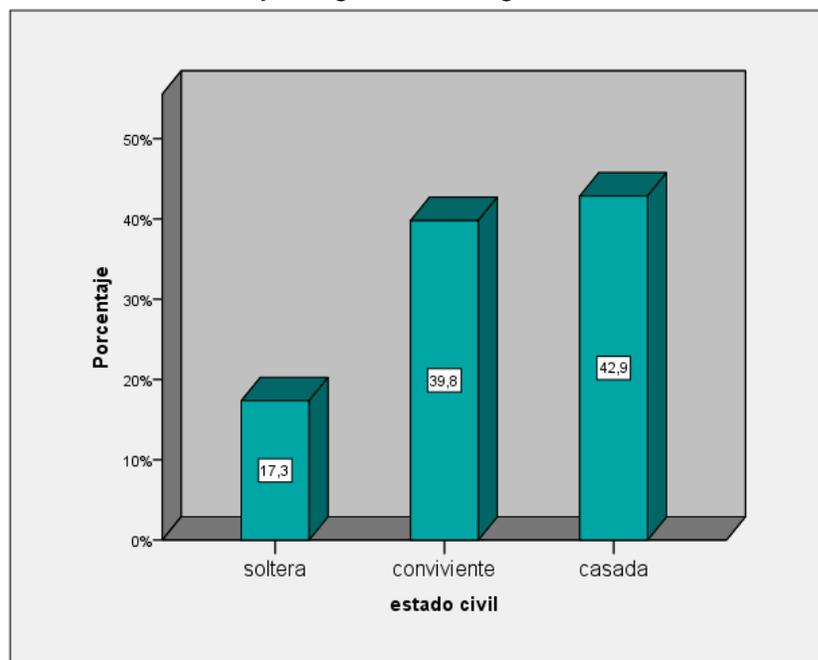
Gestantes según estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
lidos	soltera	17	17,3	17,3	17,3
	conviviente	39	39,8	39,8	57,1
	casada	42	42,9	42,9	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura Nro. 02

Porcentaje de gestantes según estado civil



En la tabla Nro. 01 se observa que el 42,9% de gestantes manifiesta que su estado civil está en un nivel casada seguido por el 39,8% de gestantes opina que su estado civil está en un nivel conviviente y sólo el 17,3% de gestantes indica que su estado civil está en un nivel soltera.

Cuadro Nro 03

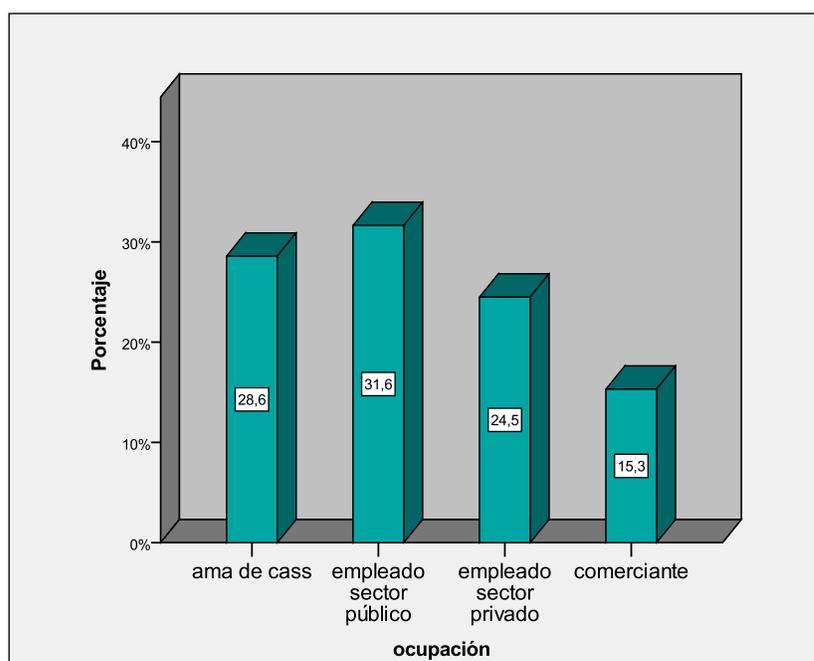
Gestantes según ocupación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ama de casas	28	28,6	28,6	28,6
	empleado sector público	31	31,6	31,6	60,2
	empleado sector privado	24	24,5	24,5	84,7
	comerciante	15	15,3	15,3	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura Nro. 03

Porcentaje de gestantes según ocupación



En la tabla Nro. 02 se observa que el 31,6% de gestantes manifiesta que su ocupación es empleado sector público seguido por el 28,6% de gestantes opina que su ocupación es ama de casas y sólo el 15,3% de gestantes indica que su ocupación es comerciante.

Cuadro Nro. 04

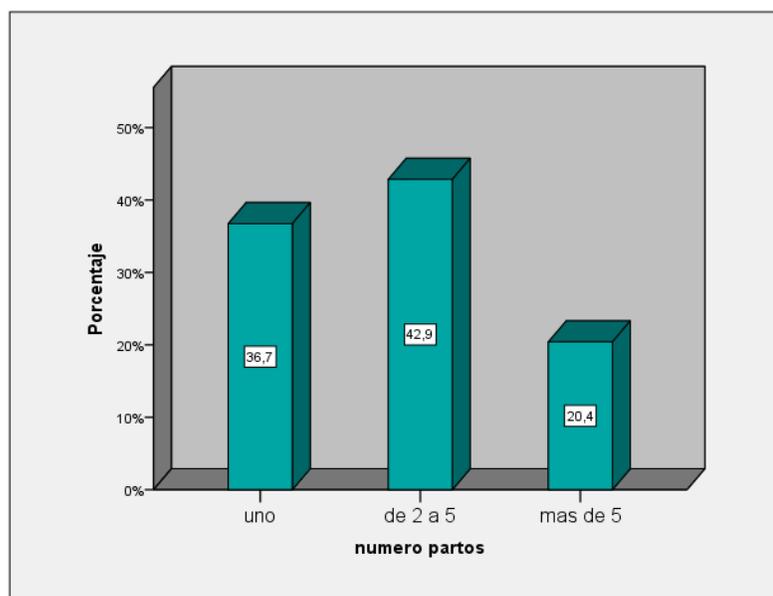
Gestantes según numero partos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	uno	36	36,7	36,7	36,7
	de 2 a 5	42	42,9	42,9	79,6
	mas de 5	20	20,4	20,4	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura Nro. 04

Porcentaje de gestantes según numero partos



En la tabla Nro. 03 se aprecia que el 42,9% de gestantes indica que el número de partos que tuvo fue de 2 a 5 mientras que el 36,7% de gestantes respondió que sólo tuvo un parto y sólo el 20,4% de gestantes indica que tuvo más de cinco partos. Los resultados nos precisan que las gestantes que tienen de 2 a 5 hijos saben más sobre el parto vertical ya que tuvieron una buena información en sus anteriores hijos, porque no todos fueron controlados en EsSalud.

Cuadro Nro. 05

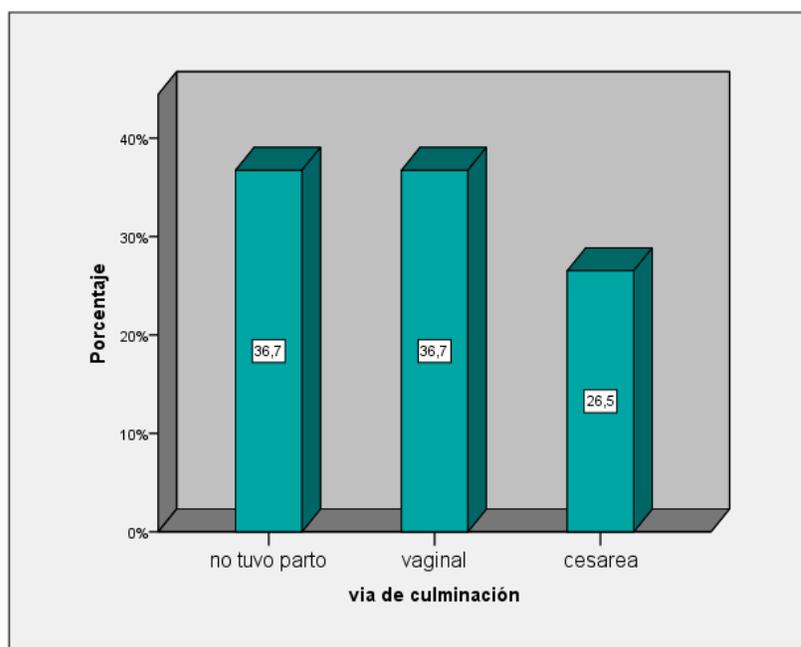
Gestantes según vía de culminación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no tuvo parto	36	36,7	36,7	36,7
	vaginal	36	36,7	36,7	73,5
	cesarea	26	26,5	26,5	100,0
	Total	98	100,0	100,0	

Fuente: Base de datos.

Figura Nro. 05

Porcentaje de gestantes según vía de culminación



En la tabla se observa que el 36,7% de gestantes manifiesta que la vía de culminación fue vaginal, mientras que otro 36,7% de gestantes opina que no tuvo parto y el 26,5% de gestantes indica que la vía de culminación fue por cesárea. Los resultados nos precisan que las que tuvieron parto vaginal y las que no tuvieron ningún parto tiene un nivel de conocimiento sobre el parto vertical bueno, ya que ellas solas se informaron.

Cuadro Nro. 06

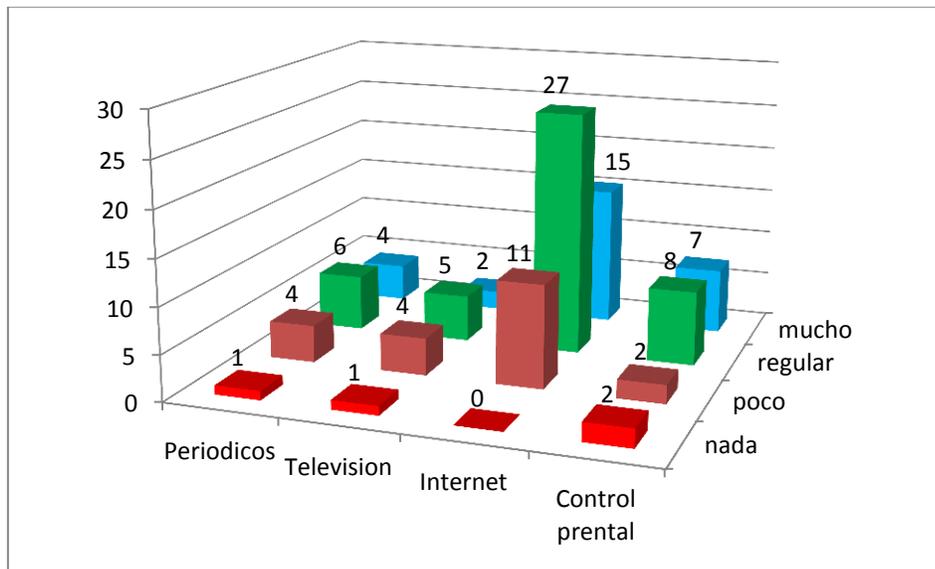
Gestantes según el factor comunicacional

	Periodicos		Television		Internet		Control prenatal		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nada	1	1	1	1	0	0	2	2	4	4
poco	4	4	4	4	11	11	2	2	21	21
regular	6	6	5	5	26	27	8	8	45	46
mucho	4	4	2	2	15	15	7	7	28	29
Total	15	15	12	12	52	53	19	19	98	100

Fuente: Base de datos.

Figura Nro. 06

Porcentaje de gestantes según comunicacionales

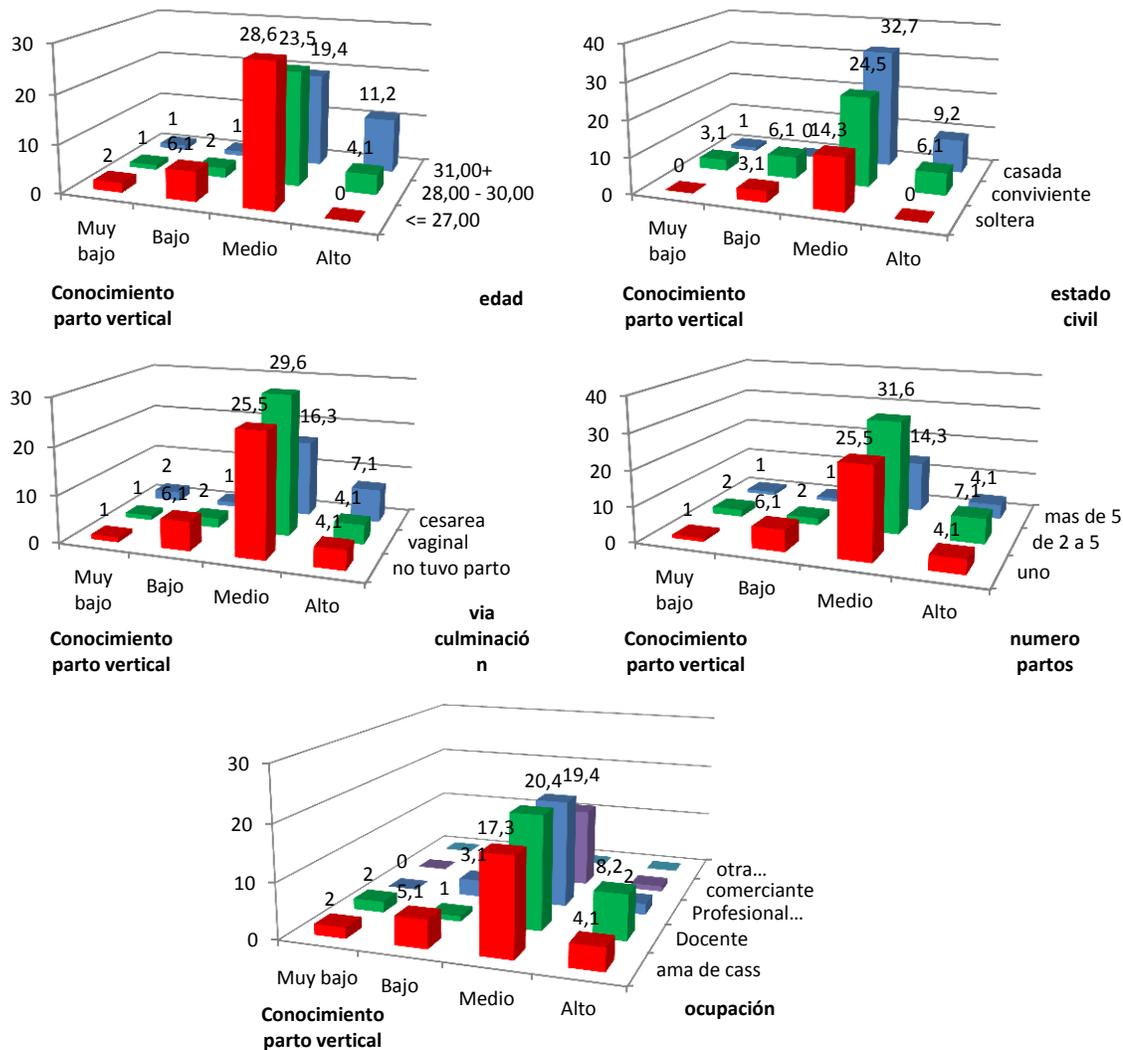


En la tabla se observa que el 27% de gestantes manifiesta que factores comunicacionales a través del internet está en un nivel regular, seguido por el 8% de gestantes opina que la factores comunicacionales a través del control prenatal está en un nivel “regular”, además el 6% de gestantes opina que el factor comunicacional a través de periódicos esta en un nivel “regular” y sólo el 3% de gestantes indica que la factores comunicacionales en televisión está en un nivel “regular”.

Cuadro Nro. 7
Gestantes según factores sociodemográficos relacionado al nivel de conocimiento sobre el parto vertical

		Conocimiento sobre el parto vertical									
		Muy bajo		Bajo		Medio		Alto		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad	<= 27,00	2	2	6	6.1	28	28.6	0	0	36	36.7
	28,00 - 30,00	1	1	2	2	23	23.5	4	4.1	30	30.6
	31,00+	1	1	1	1	19	19.4	11	11.2	32	32.7
	Total	4	4.1	9	9.2	70	71.4	15	15.3	98	100
estado civil	soltera	0	0	3	3.1	14	14.3	0	0	17	17.3
	conviviente	3	3.1	6	6.1	24	24.5	6	6.1	39	39.8
	casada	1	1	0	0	32	32.7	9	9.2	42	42.9
	Total	4	4.1	9	9.2	70	71.4	15	15.3	98	100
ocupación	ama de casa	2	2	5	5.1	17	17.3	4	4.1	28	28.6
	Docente	2	2	1	1	20	20.4	8	8.2	31	31.6
	Profesional de Salud	0	0	3	3.1	19	19.4	2	2	24	24.5
	comerciante	0	0	0	0	14	14.3	1	1	15	15.3
	otra ocupación	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Total	4	4.1	9	9.2	70	71.4	15	15.3	98	100
numero partos	uno	1	1	6	6.1	25	25.5	4	4.1	36	36.7
	de 2 a 5	2	2	2	2	31	31.6	7	7.1	42	42.9
	más de 5	1	1	1	1	14	14.3	4	4.1	20	20.4
	Total	4	4.1	9	9.2	70	71.4	15	15.3	98	100
vía de culminación	no tuvo parto	1	1	6	6.1	25	25.5	4	4.1	36	36.7
	vaginal	1	1	2	2	29	29.6	4	4.1	36	36.7
	cesárea	2	2	1	1	16	16.3	7	7.1	26	26.5
	Total	4	4.1	9	9.2	70	71.4	15	15.3	98	100

Figura No. 07
 Porcentaje Gestantes según factores sociodemográficos relacionado al nivel de conocimiento sobre el parto vertical



En la tabla se aprecia que el 28.6 % de gestantes que tienen >27 años su conocimiento sobre el parto vertical está en un nivel "Medio", mientras que el 32.7% de estado civil de casada su conocimiento sobre el parto vertical es "Medio", mientras que el 29.6% por vía culminación vaginal su conocimientos sobre el parto vertical esta en un nivel "Medio", mientras que el 31.6.% las gestantes que tuvieron de 2 a 5 hijos su conocimiento sobre el parto vertical esta en un nivel "Medio", mientras que el 20.4% de empleadas del sector público su conocimiento sobre el parto vertical es "Medio".

Cuadro Nro. 08

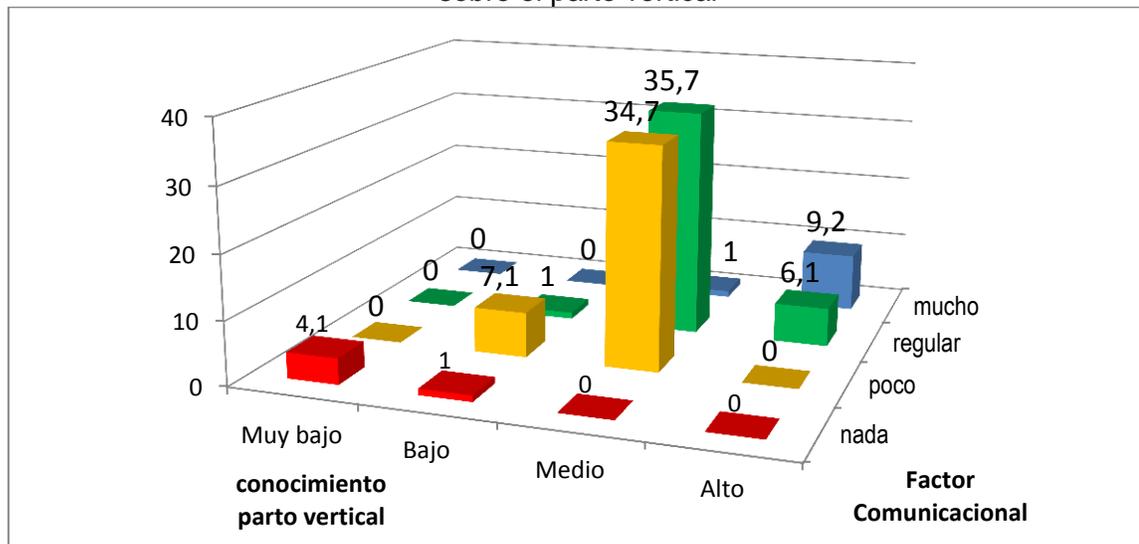
Gestantes según Factores Comunicacionales relacionado al nivel de conocimiento sobre el parto vertical

Factores Comunicacionales	Conocimiento sobre el parto vertical									
	Muy bajo		Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
nada	4	4,1	1	1,0	0	,0	0	,0	5	5,1
poco	0	,0	7	7,1	34	34,7	0	,0	41	41,8
regular	0	,0	1	1,0	35	35,7	6	6,1	42	42,9
mucho	0	,0	0	,0	1	1,0	9	9,2	10	10,2
Total	4	4,1	9	9,2	70	71,4	15	15,3	98	100,0

Fuente: Base de datos.

Figura Nro. 08

Porcentaje de gestantes según Factores Comunicacionales por conocimiento sobre el parto vertical



En la tabla se observa que el 35.7% de las gestantes indica que el factor comunicacional está en un nivel “regular” lo que repercute en un “medio” conocimiento del parto vertical, seguido por el 34.7% de las gestantes quienes indican que el factor comunicacional es “poco” lo que incide en un “medio” conocimiento del parto vertical, mientras que el 9.2% de gestantes indica que el factor comunicacional está en un nivel de “mucho” lo que repercute en un nivel de conocimiento “alto” en el parto vertical.

4.2. Discusiones de los resultados

La investigación que se ha llevado a cabo tuvo como propósito determinar el conocimiento sobre el parto vertical y su relación que existe entre los factores sociodemográficos y comunicacionales en gestantes que acuden al Hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017.

En esta investigación se ha considerado como variables de estudio al conocimiento sobre el parto vertical y los factores sociodemográficos y comunicacionales en gestantes que acuden al Hospital EsSalud Abancay.

La investigación se ha llevado a cabo en gestantes controladas.

Los antecedentes son los estudios previos relacionados con el problema planeado, es decir, investigaciones realizadas anteriormente con las cuales podemos 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.

Cortez, M; conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP – año 2013. Concluye que el nivel de conocimiento que tienen los profesionales encuestados, fue que en una 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 conocimiento alto frente a la atención del parto vertical.

En lo que respecta al conocimiento del parto vertical se muestra en la tabla que el 71,4% de gestantes indica que su conocimiento sobre parto vertical está en un nivel “Medio”; mientras que el 15,3% de gestantes respondió que su conocimiento sobre parto vertical está en un nivel de “Alto”. Encontrando en nuestro estudio sobre el conocimiento del parto vertical ya que no existe

ningún tipo de información y desconocen del tema, además por otro lado el porcentaje menor que si conocen del tema son profesionales de salud o se informaron a través del internet.

Muñoz, D; Pavón, B; Estudio del proceso comunicacional sobre las bondades del parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo, en las comunidades; Iluman, Carabuela, Cotama y Azama. Concluye que pocos de ellos han escuchado hablar de este método representado con el 34%; los que tienen pleno conocimiento del tema son muy pocos, razón por la cual no han asistido a este servicio que brinda el hospital; de las familias que asisten a esta área manifiestan que la atención recibida es buena y no se han presentado inconvenientes ya que el personal destinado a esta sección se prepara continuamente para desempeñar sus funciones con la mayor responsabilidad.

Los factores sociodemográficos, en el cual se tuvieron en cuenta indicadores como la edad, estado civil, ocupación, paridad, vía de culminación de parto. En la tabla Nro. 08 se muestra que el 28.6% son gestantes menores de 27 años que tienen un nivel "Medio" en conocimiento sobre el tema, además el estado civil casada de las gestantes corresponde a un 32.7%, lo que implica que su nivel de conocimiento es "medio", asimismo un 20.4% de docentes indica que su nivel es "medio", además el 31.6% de gestantes que tuvieron entre 2 a 5 años tienen un nivel de conocimiento "medio" sobre el tema y para finalizar que el 29.6% son partos vaginales y tienen un nivel de conocimiento "medio", teniendo en cuenta que todos los porcentajes tomados son los más altos y que el conocimiento son escasos.

En lo que respecta al factor comunicacional lo encuestados se muestra en la tabla que el 27% de gestantes manifiestan que el factor comunicación a través del internet está en un nivel "regular", seguido por el 8% de gestantes manifiesta que el factor comunicación a través del control prenatal está en un nivel "regular", además el 6% de gestantes manifiesta que el factor

comunicación a través de periódicos está en un nivel “regular” y solo el 3% de gestantes manifiesta que el factor comunicación a través de la televisión está en un nivel “regular”.

CONCLUSIONES

- La investigación realizada, demuestra que existe una relación entre el nivel de conocimiento medio de gestantes controladas con las variables comunicacional y sociodemográficas se puede apreciar en la tabla Nro.06 que un 27% de las gestantes indica que el factor comunicacional esta un nivel regular a través del internet. Y en la tabla Nro. 07 precisa que los factores sociodemográfico como edad, estado civil, vía de culminación de parto, número de partos y ocupación conocen poco sobre el tema lo que repercute en un nivel “medio” de conocimiento del parto vertical.
- Se demuestra que el nivel de conocimiento que tienen las gestantes encuestadas, fue que un mayor porcentaje representaron un nivel Medio de conocimiento, en la tabla Nro. 01 se muestra que un 71.4% de gestantes tienen un nivel de conocimiento “medio” sobre el parto vertical.
- Se demuestra que los factores sociodemográficos, algunos son más predominantes que otros como se puede observar en la tabla Nro. 02 se muestra que el estado civil casada con un 42.9% es más predominante, seguidamente por la tabla Nro. 03 que un 31.6% son empleados del sector público (Docentes), seguidamente por la tabla Nro. 04 que un 42.9% de gestantes que indican que tuvieron de 2 a 5 hijos es más predominante, además en la tabla Nro. 05 nos muestra que un 36.7% son partos por vía vaginal.
- Se muestra que el factores comunicacionales que recibieron las gestantes encuestadas, fue que un mayor porcentaje representaron un nivel de regular información a través de distintos medios se puede observar en la tabla Nro. 06 que un 27% de gestantes puntaje más alto recibió información es a través del internet, ya que no existe ningún tipo de interés por la institución donde son controladas.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al Director del Hospital II EsSalud Abancay, que habiéndose realizado el estudio en ese lugar y obteniendo resultados no tan favorables donde se nota el déficit de información sobre el tema y que como hospital referencial anualmente atiende una gran cantidad de partos, y en su mayoría son profesionales que conocen algunos de sus derechos, crear estrategias para mejorar el área de información, educación y comunicación en salud.
- Se recomienda al servicio de Gineco-Obstetricia empezar a sensibilizar, capacitar y concientizar a las gestantes sobre los beneficios y riesgos del parto vertical, cumpliendo protocolos y normas de atención de parto.
- Se recomienda a los profesionales de salud que las gestantes tienen el derecho a 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 su propio parto.
- Buscar estrategias de Promoción de la Salud en información sobre el parto vertical en sus diferentes escenarios públicos y privados donde se trabaja (Instituciones Educativas, Comunidades, Municipalidades, Vivienda, Instituciones laborales).
- Educar a la población en el buen uso de sus derechos reproductivos dentro de ellos la decisión del parto vertical o tradicional y del parto horizontal o moderno en las clases de Psicoprofilaxis y durante la Atención pre natal.
- Continuar con los estudios referidos a la línea de investigación sobre conocimientos sobre el parto vertical en otros ámbitos y espacios tanto de la región como del país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos A, Mata D. Gestación y nacimiento en el antiguo Egipto. *Obstet Ginecol (Venezuela)* 2002; 62(2) 4-12.
2. Damarchi GJ. Medicina en el antiguo Egipto. *Hosp. Medi Ramos (Barc)* 2012;15 (2) 1-6.
3. Grosez EJ. Butter. San Ramón Nonato. Málaga 2013; 16 (830) 2-6.
4. Schallman. R. "Parir en libertad". Ciudad de Mexico – Buenos Aires: Edamex; 2007.
5. Engelmann G. Labor among primitive peoples Chambers J, editor. St Louis; 1982.
6. Jarcho J. Postures & practices during labor among primitive peoples. New York: Paul Hoeber, 1934.
7. Kirschhoff H. La posición de la mujer durante el parto. "De la prehistoria hasta la fecha". Oss, the Netherland: Organorana, Organon Nederland. 1971: 14:1.
8. Ministerio de Salud-Perú. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con adecuación Intercultural (N.T. N° 033-MINSA/DGSP-V01) Lima; 2005.
9. Carvajal J, Ralph C. Manual de Obstetricia y Ginecología Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
10. Saavedra.. Servicios de Salud Araucaria IX Región. Ministerio de Salud de Chile. Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas. OPS-OMS , editor. Chile; 1996.
11. Gupta J, Hofmeyr G. Posición in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia. In *Cochrane Review In: Cochrane Database of Systematic Reviews*. Oxford: Update Software; 2005.

12. Stremler, R; Hodnett, ED; Petryshen, P; et al. Randomized controlled trial of hands-and-knees positioning for occipitoposterior position in labor. *Birth*. 2005; 32(4): p. 243-51.
13. Ragnar, I; Altman, D; Tyden, T; et al. Comparison of the maternal experience and duration of labour in two upright delivery positions-A randomised controlled trial. *BJOG*. 2006; 113(2): p. 65-70.
14. Roberts C, Algert C, Cameron C, Torvaldsen SA. meta-analysis of upright positions in the second stage to reduce instrumental deliveries in women with epidural analgesia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005; 84(8): p. 794-8.
15. Albers L, Sedler K, Bedrick E, Teaf D, Peralta P. Midwifery care measures in the second stage of labor and reduction of genital tract trauma at birth: A randomized trial. *J Midwifery Womens Health*. 2005; 50(5): p. 365-72.
16. Comisión Multisectorial Permanente de implementación del Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021. Segundo Informe de Avances del PNAIA 2021. Lima;; 2013.
17. Vela-Coral G. Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Tesis de Pregrado. Lima: Universidad Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina E.A.P. de Obstetricia; 2015.
18. Nureña CR, Incorporacion del enfoque intercultural en el sistema de Salud Peruano; la atención del parto vertical. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(4):368-79.
19. Muñoz, D; Pavón, B, Estudio del proceso comunicacional sobre las bondades del parto vertical del Hospital San Luis de Otavalo, en las comunidades; Iluman, Carabuela, Cotama y Azama. Propuesta alternativa de información. Ibarra. 2012.

- 20.** Rendon, J, en su trabajo Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Canton Daule. Ecuador. 2012.
- 21.** Villacís, D, Comparación de complicaciones maternas y neonatales entre parto vertical y horizontal. Experiencia en el Hospital Raúl Maldonado Mejía. Quiro. 2013.
- 22.** Espinola, F; Lavado, F; Montoya, Z; Saavedra, A; Varas, P; Ysla, C, Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Educación del VII ciclo UCV- Trujillo. Editor; Guzlop. Lima – Peru. 2009.
- 23.** Vela, G, Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal. Lima. 2015.
- 24.** Calderón, J; Bravo, J; Albinagorta, R; Rafael, R; Laura, A; Flores, C. Parto Vertical: Retornando a una costumbre ancestral, realizado en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Lima – Perú.2008.
- 25.** Cortés Prieto J. Obstetricia General. primera ed. Bretón T, editor. Madrid: Universitaria Ramón Areces; 2004.
- 26.** Schwarcz R, Fescina R, Duverges C. OBSTETRICA. sexta ed.: El Ateneo; 2005.
- 27.** Direccion General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Norma Tecnica para la Atencion del Parto Vertical con Adecuacion Intercultural. primera ed. Lima: EBRA E.I.R.L; 2005.
- 28.** Jarcho J. Postures & practices during labor among primitive peoples Hoeber P, editor. New York; 1934.

29. Ang C, Tan T, Walters W, Wood C. Postural influence on maternal capillary oxygen and carbon dioxide tension. *BMJ*. 1969;(4): p. 201-3.
30. Humphrey M, Chang A, Wood E, Morgan S, Humslow D. The decrease The decrease in fetal pH during the second stage of labour when conducted in the dorsal position. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*. 1974;(81): p. 600-2.
31. Scott D, Kerr M. Inferior vena caval compression in late pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of the British Commonwealth*. 1963;(70): p. 1044.
32. Caldeyro-Barcia R, Noriega-Guerra L, Cibils L, Alvarez H, Poseiro J, Pose SyC. Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labor. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1960;(80): p. 284-90.
33. Méndez-Bauer C, Arroyo J, García-Ramos C, Menéndez A, Lavilla M, Izquierdo F, et al. Effects of standing position on spontaneous uterine contractility and other aspects of labor. *Journal of Perinatal Medicine*. 1975;(3): p. 89-100.
34. Gold E. "Pelvic drive" in obstetrics: an X-ray study of 100 cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1950;(59): p. 890-6.
35. Borell U, Fernström I. The movements at the sacro-iliac joints and their importance to changes in the pelvic dimensions during parturition. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*. 1957;(36): p. 42-57.
36. Russell J. The rationale of primitive delivery positions. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1982;(89): p. 712-5.
37. Gupta J, Glanville J, Johnson N, Lilford R, Dunham R, Watters J. The effect of squatting on pelvic dimensions. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 1991;(42): p. 19-22.

38. Lilford R, Glanville J, Gupta J, Shrestha R, Johnson N. The action of squatting in the early postnatal period marginally increases pelvic dimensions. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1989;(96): p. 964-6.
39. Buhimschi C, Buhimschi I, Malinow A, Weiner C. Use of McRoberts' position during delivery and increase in pushing efficiency. *Lancet*. 2001;(358): p. 470-1.
40. Dunn P. Posture in labour. *Lancet*. 1978;; p. 496-7.
41. Kurokawa J, Zilkoski M. Adapting hospital obstetrics to birth in the squatting position. *Birth*. 1985;(12): p. 87-90.
42. Romond J, Baker I. Squatting in childbirth. A new look at an old tradition. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*. 1985; 14(5): p. 406-11.
43. GW. H. The anthropology of posture. *Scientific American*. 1957;(196): p. 123-32.
44. Gupta J, Brayshaw E, Lilford R. An experiment of squatting birth. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 1989;(30): p. 217-20.
45. Pérez Porto J. Definicion.de. [Online].; 2008 [cited 2016 noviembre lunes. Available from: <http://definicion.de/conocimiento/>.
46. Martínez A, Rios F. Los conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma. *Revista Cinta de Moebio*. 2006;(25).
47. Vílchez-Gutarra A, Palpán-Guerra A. La comunicación en la gestión pública, un aspecto clave para actuar sobre los determinantes sociales de la salud. *REV. PERU. EPIDEMIOL*. 2014 Setiembre; 18 Suplemento(1 E09).

48. ORAS-CONHU. GUÍA PARA EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD DE LAS POBLACIONES EN ÁMBITOS DE FRONTERA DE LOS PAÍSES ANDINOS - ASIS.-LIMA, PERÚ; 2009.
49. BASAGOITI I. ALFABETIZACIÓN EN SALUD; DE LA INFORMACIÓN A LA ACCIÓN. VALENCIA (INTERNET). [Online].; 2012 [cited 2017 Enero 02. Available from: [HTTP://WWW.SALUPEDIA.ORG/ALFABETIZACION/](http://www.salupedia.org/alfabetizacion/).
50. Calderon July, Alzamora-de-los-Godos Luis, Del-Aguila Eduardo. La Tesis de Posgrado. Primera ed. Lima: Fondo Editorial UAP; 2013.
51. Supo J. Seminarios de Investigación Científica: Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 2012.
52. Argimon J, Jiménez J. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Cuarta ed. Barcelona: ElsevierEspaña, S.L.; 2013.
53. Supo J. Cómo elegir una muestra: Técnicas para seleccionar una muestra representativa. Primera ed. Lima: Bioestadístico EIRL; 20

ANEXOS

Matriz de consistencia

PREGUNTA GENERAL	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERAL	VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICE/CRITERIOS DE VALORACIÓN	DISEÑO METODOLÓGICA
¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficos y comunicacionales en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017?	Determinar el nivel de conocimiento sobre el parto vertical y su relación con los factores sociodemográficos y comunicacionales en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017	El nivel de conocimiento sobre el parto vertical es bajo, existe relación con algunos de los factores sociodemográficos y comunicacionales en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017	V.I Nivel de conocimiento sobre el parto vertical	Conocimiento	- Ficha de recolección de datos. - Fichas Estadísticas.	1 = Muy Bajo 2 = Bajo. 3 = Medio. 4 = Alto.	TIPO: Básica, observacional, prospectiva, transversal, analítica. NIVEL: Descriptivo METODO: Cuantitativo POBLACION 329 gestantes. MUESTRA: 98 gestantes. TIPO DE MUESTREO: Probabilístico aleatorio sistemático. TECNICAS: Encuestas. INSTRUMENTO: Cuestionario
PREGUNTA ESPECIFICO	OBJETIVO ESPECIFICO	HIPÓTESIS ESPECIFICO	V.D		Ficha de recolección de datos	
¿Cómo el factor sociodemográfico se relaciona con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017?	Identificar como los factores sociodemográficos se relacionan con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017	Al menos uno de los factores sociodemográficos se relacionan con el nivel de conocimiento del parto vertical es más predominante en gestantes que acuden al Hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero y marzo del 2017.	1. Factor sociodemográfica.	Demográficas	1.6. Edad 1.7. Estado Civil 1.8. Ocupación 1.9. Paridad 1.10. Antecedente de la vía de culminación de parto.	<ul style="list-style-type: none"> • Soltera. • Conviviente. • Casada. • Ama de casa. • Docente. • Profesional de Salud. • Otra Ocupación. • Ninguno • 1 • 2 a 5 • Más de 5 • No tuvo • Vaginal. • Cesárea. 	
¿Cómo el factor comunicacional se relaciona con el nivel de conocimientos sobre el parto vertical en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017?	Identificar como los factores comunicacionales se relacionan con el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en gestantes que acuden al hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero a marzo del 2017	Al menos uno de los factores comunicacionales se relacionan con el nivel de conocimiento del parto vertical es más predominante en gestantes que acuden al Hospital II EsSalud Abancay, durante el periodo de enero y marzo del 2017.	3. Factor Comunicacional	Proceso Comunicacional	Ficha de recolección de datos 3.1. Periódicos. 3.2. Televisión. 3.3. Internet. 3.4. Control prenatal (Consultorio)	1 = Nada. 2 = Poco. 3 = Regular. 4 = Mucho.	



DATOS GENERALES.

- I. ¿Cuántos años tiene?
- II. ¿Cuál es su estado civil?
1. Soltera () 2. Conviviente () 3. Casada ()
- III. ¿Cuál es su ocupación?
1. Ama de casa () 2. Docente () 3. Profesional de salud () 4. Otra ocupación ()
- IV. ¿Cuántos partos ha tenido?
1. Ninguno () 2. Uno () 3. De dos a cinco () 4. Más de cinco ()
- V. ¿Cuál fue la vía de culminación de su último parto?
1. No tuvo parto () 2. Vaginal () 3. Cesárea ()

VARIABLE INDEPENDIENTE: Conocimiento sobre el parto vertical.

PREGUNTAS SOBRE PARTO VERTICAL	1	2	3	4
1. ¿El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas o de cuclillas?				
2. ¿La posición normal del parto de pie, sentada, apoyada una o dos rodillas o cuclillas es en una camilla mirando al techo?				
Considere en cada pregunta lo siguiente: ¿Cuándo tienes un parto de pie, sentado, apoyado una o dos rodillas o cuclillas...?				
3. ¿mejora la circulación materna?				
4. ¿favorecen el encajamiento y descenso del feto?				
5. ¿las contracciones impulsan al feto a la vagina?				
6. ¿la parturienta respira mejor?				
7. ¿la pelvis de la parturienta se amplían?				
8. ¿los pies ayudan al pujo para la salida del bebé y disminuye la frecuencia de calambres?				
9. ¿el tiempo del trabajo de parto es más rápido?				
10. ¿se presentan mayores desgarros de la parte íntima?				
11. ¿las mujeres se agotan más rápido?				
12. ¿las mujeres pueden presentar hinchazón de sus partes íntimas?				
13. ¿Las gestantes que tengan un embarazo normal pueden dar un parto de pie, sentada, apoyada en una o dos rodillas o de cuclillas?				
14. ¿Si la cabeza de tu bebe se encuentra dentro de tu pelvis puedes tener un parto de pie, sentada, apoyada en una o dos rodillas o de cuclillas?				
Las mujeres que no pueden tener un parto de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas o de cuclillas son aquellas que presentan o hayan tenido:				
15. Cesárea anterior.				
16. Problemas con el cordón umbilical.				
17. Fetos macrosómicos				
18. Ruptura de la fuente (RPM) sin feto dentro de la pelvis.				
19. Embarazo prematuro <37 sem.				
20. Embarazo prolongado > 41 sem.				
RESULTADO				

LEYENDA	INTERPRETACION	
1 = NO CONOCE	1 - 20	MUY BAJO
2 = CONOCE LO NECESARIO	21 - 40	BAJO

3 = CONOCE POCO	41 - 60	MEDIO
4 = SI CONOCE	61 - 80	ALTO

VARIABLE DEPENDIENTE 2: Factores Comunicacionales.

A través de periódicos

Nro.	Ítems	1	2	3	4
1	¿En alguna oportunidad usted recibió información mediante este medio?				
2	¿Le permite responder a todas sus inquietudes?				
3	¿Considera que esta fuente es confiable?				
4	¿El nivel de información en relación al parto cumple con todas sus expectativas?				
5	¿La información a través de este medio (periódico) es clara y precisa?				

A través de la televisión

Nro.	Ítems	1	2	3	4
6	¿En alguna oportunidad usted recibió información mediante este medio?				
7	¿Le permite responder a todas sus inquietudes?				
8	¿Considera que esta fuente es confiable?				
9	¿El nivel de información en relación al parto cumple con todas sus expectativas?				
10	¿La información a través de este medio (televeision) es clara y precisa?				

A través del Internet

Nro.	Ítems	1	2	3	4
11	¿En alguna oportunidad usted recibió información mediante este medio?				
12	¿Le permite responder a todas sus inquietudes?				
13	¿Considera que esta fuente es confiable?				
14	¿El nivel de información en relación al parto cumple con todas sus expectativas?				
15	¿La información a través de este medio (internet) es clara y precisa?				

A través del control prenatal (Consultorio)

Nro.	Ítems	1	2	3	4
16	¿En alguna oportunidad usted recibió información mediante este medio?				
17	¿Le permite responder a todas sus inquietudes?				
18	¿Considera que esta fuente es confiable?				
19	¿El nivel de información en relación al parto cumple con todas sus expectativas?				
20	¿La información a través de este medio (consultorio) es clara y precisa?				

LEYENDA	INTERPRETACION
1 = NADA	1 - 5
2 = POCO	6 - 10
3 = REGULAR	11 - 15
4 = MUCHO	16 - 20



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

CARTA DE PRESENTACIÓN



DR. RAMIRO CAMPANA MIRANDA.
DIRECTOR GENERAL HOSPITAL II ESSALUD-ABANCAY

ASUNTO: PRESENTACIÓN DE TESIS PARA SER EJECUTADO POR LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS.

Abancay, 27 de Febrero del 2017

Previo un cordial saludo a la vez presentar a la Srta. SHEYLA ARAGON ALANOCCA, Bachiller de la Escuela profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas Filial Abancay, identificado con DNI: N° 48428958, código de estudiante N° 2010181800, quién cumple con los requisitos establecidos en el reglamento de Grados y Títulos de la facultad de MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD de nuestra Universidad; por ello recurrimos a su digno despacho para solicitarle se permita realizar la ejecución de su Tesis Aprobada (Aplicación de encuestas), con una duración de 7 días hábiles, estando a la espera de su aceptación de su Institución que Ud. Dignamente dirige.

Agradezco su atención las que sirvan la complementación en la formación profesional de nuestra estudiante.

Atentamente:



UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS
Filial Abancay
Lic. Obst. Judith Aiquipa Torre
COORDINADORA ACADEMICO E.P. OBSTETRICIA



Juicio de expertos

VALIDEZ DE CONTENIDO: JUICIO DE EXPERTOS

Estimados juez expertos: De la Universidad Mas Peruanas

Teniendo como base los criterios que a continuación se presenta, se le solicita dar su opinión sobre el instrumento de recolección de datos que se adjunta:

Marque con una (X) en SI o NO, en cada criterio según su opinión

CRITERIOS	SI (1)	NO (0)	OBSERVACIONES
1. El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación	✓		
2. El instrumento propuesto responde a los objetivos del estudio	✓		
3. La estructura del instrumento es adecuado	✓		
4. Los ítems (preguntas) del instrumento están correctamente formuladas. (claras y entendibles.	✓		
5. Los ítems (preguntas) del instrumento responde a la Operacionalización de la variable	✓		
6. La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento	✓		
7. Las categorías de cada pregunta (variables) son suficientes.	✓		
8. El número de ítems (preguntas) es adecuado para su aplicación	✓		

SUGERENCIAS: Las Encuestas están listas para ejecutar.

 UNIVERSIDAD NACIONAL
SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA
Fiscal Agency

Lic. Obst. Yudith Aiquipa Torre
COORDINADORA ACADÉMICO E. OBSTETRICIA
Firma de la Directora de Obst.
Obst. Yudith Aiquipa Torre

Firma de la Asesora
Obst. Elizabeth Palomares

Firma del Dr. Sosimo Tello

UNIVERSIDAD NACIONAL
MICAELA BASTIDAS DE APURÍMAC

Dr. Wilson Mollocondo Flores
Vicerrector (I) Investigación

Firma del Estadístico
Dr. Willson Mollocondo

Base de datos SPSS 23

*datos sheyla2.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

	Nombre	Etiqueta	Valores	Tipo	Anchura	Decimales	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	n		Ninguna	Numérico	8	2	Ninguna	5	Derecha	Escala	Entrada
2	p15		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
3	p16		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
4	p17		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
5	p18		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
6	p19		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
7	p20		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
8	p1		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
9	p2		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
10	p3		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
11	p4		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
12	p5		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
13	p6		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
14	p7		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
15	p8		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
16	p9		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
17	p10		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
18	p11		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
19	p12		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
20	p13		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
21	p14		{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Ordinal	Entrada
22	s_var1		Ninguna	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Escala	Entrada
23	s_var2		Ninguna	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Nominal	Entrada
24	p21	edad	Ninguna	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Escala	Entrada
25	p22	estado civil	{1,00, no...	Numérico	8	2	Ninguna	3	Derecha	Nominal	Entrada

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

05:08 p.m. 01/04/2017

*datos sheyla2.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

Visible: 31 de 31 variables

1:	n	p15	p16	p17	p18	p19	p20	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	s_v...	s_v...	p21	p22	p23	p24	p25	var1	var2	eda...	var
1	1,00	4,00	4,00	4,00	1,00	3,00	2,00	4,00	2,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	1,00	4,00	2,00	4,00	3,00	4,00	4,00	56,00	16,00	31,00	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3	
2	2,00	3,00	2,00	4,00	3,00	1,00	1,00	4,00	4,00	3,00	2,00	4,00	1,00	3,00	2,00	2,00	3,00	4,00	4,00	3,00	3,00	39,00	12,00	27,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1	
3	3,00	4,00	1,00	2,00	3,00	2,00	4,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	4,00	3,00	4,00	1,00	3,00	4,00	4,00	3,00	2,00	35,00	16,00	28,00	2,00	1,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2	
4	4,00	4,00	3,00	2,00	3,00	3,00	4,00	4,00	1,00	4,00	3,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	2,00	3,00	2,00	4,00	58,00	14,00	30,00	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2		
5	5,00	2,00	2,00	3,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	47,00	14,00	25,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	2,00	1	
6	6,00	3,00	3,00	4,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00	2,00	3,00	4,00	4,00	2,00	3,00	4,00	49,00	11,00	28,00	3,00	4,00	3,00	2,00	3,00	2,00	2	
7	7,00	4,00	1,00	4,00	2,00	3,00	2,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	1,00	4,00	2,00	59,00	12,00	31,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3	
8	8,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	2,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	3,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	46,00	12,00	30,00	1,00	4,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2	
9	9,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	4,00	1,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	48,00	12,00	30,00	1,00	4,00	3,00	3,00	3,00	2,00	2	
10	10,00	1,00	2,00	1,00	3,00	4,00	3,00	4,00	1,00	4,00	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	52,00	16,00	26,00	3,00	4,00	3,00	2,00	3,00	3,00	1	
11	11,00	3,00	2,00	3,00	4,00	1,00	4,00	4,00	1,00	1,00	4,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	55,00	21,00	34,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3	
12	12,00	4,00	3,00	1,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	2,00	3,00	1,00	4,00	2,00	1,00	2,00	3,00	4,00	56,00	15,00	31,00	3,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3	
13	13,00	3,00	4,00	4,00	2,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	2,00	2,00	3,00	3,00	4,00	3,00	2,00	2,00	50,00	16,00	31,00	3,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3	
14	14,00	3,00	1,00	1,00	2,00	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	2,00	3,00	1,00	3,00	3,00	1,00	3,00	1,00	1,00	51,00	18,00	30,00	2,00	2,00	3,00	2,00	3,00	3,00	2	
15	15,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	4,00	2,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	51,00	16,00	31,00	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3	
16	16,00	4,00	4,00	3,00	3,00	2,00	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00	4,00	4,00	2,00	2,00	3,00	2,00	4,00	1,00	1,00	2,00	57,00	21,00	34,00	2,00	2,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3	
17	17,00	2,00	4,00	3,00	4,00	2,00	1,00	4,00	3,00	3,00	2,00	4,00	2,00	4,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	2,00	3,00	65,00	13,00	36,00	3,00	3,00	3,00	2,00	4,00	4,00	3	
18	18,00	2,00	2,00	4,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00	4,00	2,00	3,00	4,00	1,00	1,00	4,00	1,00	3,00	2,00	3,00	3,00	62,00	19,00	31,00	3,00	2,00	3,00	2,00	4,00	3,00	3	
19	19,00	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	4,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	63,00	20,00	32,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3	
20	20,00	2,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	71,00	22,00	34,00	2,00	2,00	3,00	3,00	4,00	4,00	3	
21	21,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	4,00	1,00	1,00	1,00	37,00	12,00	30,00	2,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	2	
22	22,00	2,00	1,00	3,00	1,00	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	3,00	1,00	32,00	12,00	33,00	3,00	2,00	2,00	3,00	1,00	1,00	3	
23	23,00	3,00	2,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	3,00	2,00	4,00	1,00	2,00	3,00	2,00	4,00	2,00	4,00	1,00	2,00	2,00	53,00	14,00	26,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo

05:08 p.m. 01/04/2017

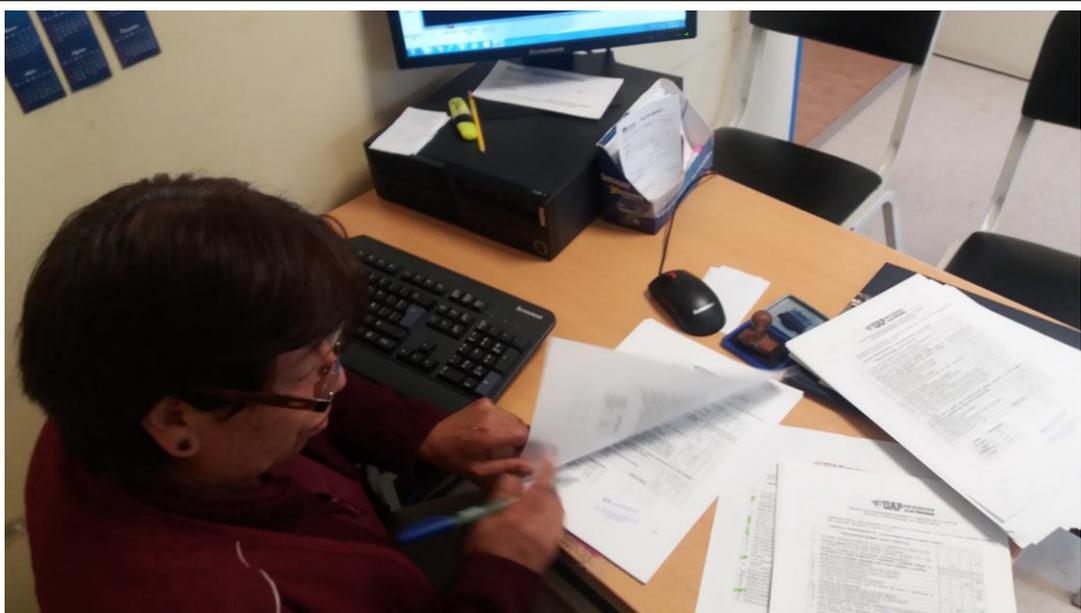
Foto de la recolección de datos



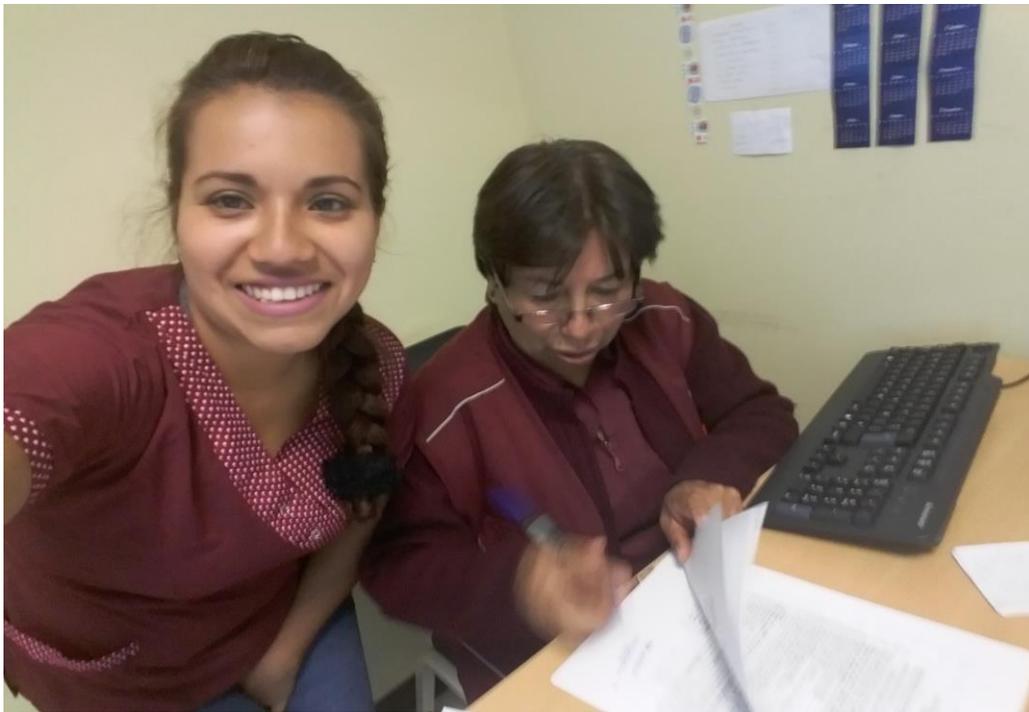
Hospital II, Abancay



Consultorio Externos Essalud II Abancay



Obstetra Eva Torres encargada de Programas, firmando las encuestas



Obstetra Eva Torres



Programas en Hospital II EsSalud, Abancay

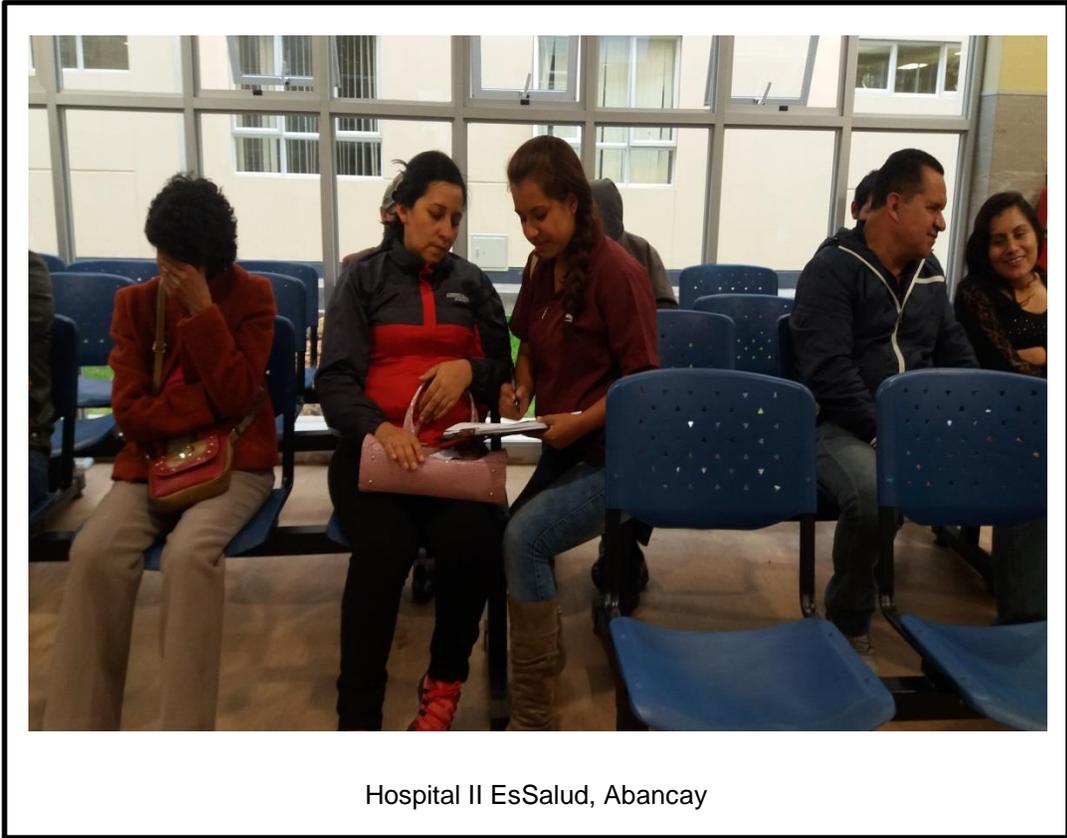


Programas Hospital II EsSalud, Abancay



Hospital II EsSalud, Abancay





Hospital II EsSalud, Abancay

