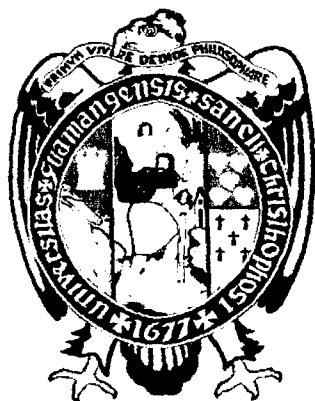


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN
CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
OBSTETRICIA**



TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE OBSTETRA

**CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL Y LA ACTITUD DE LAS
MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESSALUD -
HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE -
NOVIEMBRE, 2014.**

PRESENTADO POR:

QUISPE CANALES, Trilce Sabi

ASESOR:

ALARCÓN VILA, Pavel

AYACUCHO - PERÚ

2015

*A mi abuelita Ceferina, por sus sabios
consejos que hoy iluminan con claridad
la senda de mi camino.*

*A mis padres Adrián y Reyna por el
sacrificio que realizan para lograr
con éxito mis aspiraciones
académicas.*

*A mis hermanas Ánhgela y Lucero, con
quienes compartimos sueños que aún
iluminan nuestras inquietudes
personales.*

AGRADECIMIENTO

Mi eterna gratitud Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por brindarme, en sus aulas, una verdadera formación científica y humanista.

A la plana docente de la Facultad de Obstetricia, por permitirme ser parte de una generación de triunfadores que buscan el desarrollo del país.

Al Mg. Pavel Alarcón Vila, mi asesor, por su aporte profesional durante la ejecución y sistematización del presente estudio de investigación.

A todas las madres gestantes que contribuyeron dando respuesta voluntaria a las interrogantes del cuestionario y a la entrevista solicitada.

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTOS

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I:

PROBLEMÁTICA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	05
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	09
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	10

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO.....	11
2.2. BASE TEÓRICO CIENTÍFICA.....	14
2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERATIVOS.....	35
2.4. HIPÓTESIS.....	37
2.5. VARIABLES.....	37
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	38

CAPÍTULO III:

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	39
3.2. MÉTODO DE ESTUDIO.....	39
3.3. ÁREA DE ESTUDIO.....	39
3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	41
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	41
3.7. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	42

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	43
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	82
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

INTRODUCCIÓN

Los estudios científicos demuestran que la atención del parto en posición vertical es más fisiológica y facilita a la gestante la salida del feto al momento de nacer. Por otra parte, al no comprimir grandes vasos como la aorta y la vena cava, el útero de la gestante, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y en la irrigación de la placenta. Por este motivo, no afecta la cantidad del oxígeno que recibe el feto. La acción positiva de las fuerzas de gravedad favorece, a la hora del parto vertical, el descenso del feto y, al estar apoyados los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que indirectamente ayuda al nacimiento. Se genera mayor eficiencia de las contracciones uterinas, se acorta el tiempo de trabajo de parto, existe menos dolor y la mujer tiene una mayor participación en el nacimiento de su hijo.

El parto vertical está indicado en gestantes sin complicaciones obstétricas, en donde la presentación del feto sea cefálica y en donde exista

compatibilidad céfalo-pélvica. Existen múltiples posiciones verticales que la mujer puede escoger a su gusto para el momento del nacimiento de su bebé.

La comodidad y seguridad de la mujer durante el proceso del parto son alguno de los pilares en los que la/el obstetra se apoya para la atención en esta modalidad. Por ello se cuenta con la participación de su familia como el esposo, la madre o la suegra, que por lo general ya la acompañaron previamente durante sus controles prenatales y durante sus clases de psicoprofilaxis y estimulación prenatal, fortaleciendo así el vínculo entre la madre, el bebé y su entorno familiar.

No es posible asistir a una mujer parturienta sin comprender la verdadera *naturaleza del parto*. Contrariamente a lo que se piensa, parto vertical o "natural" no es volver al pasado, sino recuperar la capacidad y la confianza en la propia naturaleza y guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos. Tampoco es renunciar a la tecnología, sino adjudicarle el lugar que le corresponde.

Gracias a estas acciones la/el obstetra tiende puentes de enriquecimiento mutuo entre la atención técnica y la tradicional, que si bien es cierto son diferentes, pueden complementarse, rescatando costumbres ancestrales y posicionando el derecho de las mujeres a participar activamente en la forma en cómo desean ser atendidas.

En el estudio realizado en el año 2009 en usuarias atendidas en la maternidad de Paillaco reportó 22 de las madres piensa que volvería a

repetir la experiencia de un parto vertical, el 17% tuvieron una actitud positiva y señalan que es una posición muy cómoda dichos resultados están influenciados por la edad, información previa y nivel académico.

Mientras que el estudio "Conocimiento, Actitud, Percepción y Prácticas acerca del Parto Vertical", sustentada en la de Universidad San Carlos de Guatemala; concluye que "El 92.86% de las mujeres que fueron atendidas con parto en posición vertical tiene conocimiento y una actitud positiva frente al parto vertical y que la única persona que puede atender esta clase de partos es la comadrona.

En la actualidad se desconoce el nivel de conocimiento del parto vertical y la actitud de las madres gestantes que acuden al Hospital II ESALUD - Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho; despertando la necesidad de proponer el presente trabajo de investigación; elegiéndose el tipo de estudio aplicado, con diseño no experimental, a través del método descriptivo y comparativo mediante la técnica de encuesta aplicando el cuestionario y el test de Likert como instrumentos de recolección de datos. La muestra estuvo integrada por 200 gestantes que se encuentran en el último trimestre de embarazo durante los meses de septiembre - noviembre del 2014.

Los resultados obtenidos Del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital ESSALUD II-Huamanga, el 44%(44) tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre parto vertical expresaron una actitud neutral frente al parto vertical; del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho, el 43%(43) tuvieron un nivel de conocimiento bueno

sobre parto vertical expresaron una actitud positiva frente al parto vertical estos resultados se encuentran significativamente influenciados por la edad, la procedencia, paridad, condición económica y el nivel académico de las gestantes ($p < 0.05$).

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La visión holística de las poblaciones andino-amazónicas recrean una exaltación a la vida, donde el mundo se está generando y regenerando permanentemente. Ya en épocas prehispánicas se consideraba la muerte como el nacimiento en otra vida y la continuidad de la existencia. Esto motivó que el embarazo parto y puerperio sean vistos con un profundo respeto. Un evento tan significativo como éste, posee un orden normativo con reglas de comportamiento definidas y sistemas rituales, que sirven como base para la organización de la vida social de un grupo determinado. En este contexto, el parto trasciende el ámbito biológico para convertirse en un fenómeno social y cultural.

La OMS (2012), recomienda articular los diferentes sistemas médicos tradicionales con el sistema oficial de salud a fin de reducir la

mortalidad, morbilidad y discapacidad en poblaciones pobres y marginadas; para ser implementada esta recomendación se debe partir por un principio de equidad y respeto mutuo a las diferentes culturas, a fin de lograr acercar las diferencias. Los grupos nativos, por lo general, poseen maneras propias de entender lo que les rodea, teniendo fundamentadas razones para hacerlo, por lo que es necesario que el sistema de salud conozca y respete dichas prácticas y razones ancestrales.

Traer un hijo al mundo es una de las mayores satisfacciones para una mujer; en cambio, el parto también puede definirse o citarse entre las expresiones más traumáticas tanto para la madre como para el niño o niña.

El siglo XX trajo cambios fundamentales en la práctica médica, que modificaron rotundamente la posición del parto en nuestro medio y pasando a ser un acontecimiento anecdótico; ya que se perdió la posición natural para el parto, y se pasó del parto vertical al horizontal.

Hoy en día, y desde hace mucho tiempo atrás, se plantea una nueva alternativa para facilitar el trabajo de parto que es la posición que adopta comúnmente la gestante, el parto vertical brinda una serie de ventajas y beneficios para el recién nacido y la madre. Estas estrategias han sido planteadas con la finalidad de realizar partos más seguros.

Uno de los mayores desafíos de la obstetricia es garantizar la calidad de la atención de parto humanizado, que incluyen medidas de comodidad durante el trabajo de parto; así mismo disminuir los riesgos de someter grandes tiempos de dolor a la gestante.

Desde el 2005 el parto vertical es un derecho; es decir, por ley todos los centros de salud deben respetar la posición que decida la gestantes ofreciendo beneficios como menos desgarros, menos tiempo en el trabajo de parto, menos dolor, y para el feto hay menos sufrimiento y más oxigenación; a consecuencia de ello existe una disminución de la tasa de muerte materna. (MINSA, 2005)

En el parto en posición vertical existe la posibilidad de su elección por parte de una embarazada, pero aún sigue siendo una realidad bastante minoritaria en España. Sus profesionales ya han destacado que, aunque sólo un 15% de las parturientas eligen la postura vertical, todas valoran positivamente el hecho de poder elegir. Se ha demostrado en una investigación que las madres adoptaban la posición más cómoda posible, haciendo más fácil el alumbramiento y el trabajo de la partera. La posición vertical del parto ofrece menos duración de tiempo en la fase expulsiva y la presencia de contracciones menos dolorosas, pero intensas y menos desgarros perineales. (Cavalleri, 2010)

Del mismo modo, el parto vertical, al requerir menor medicalización y tecnificación (sueros, acentuación, monitoreo electrónico, suturas, anestésicos, instrumentación y cesárea), disminuye los riesgos que de

ellos devienen, menor estancia hospitalaria, menos complicaciones por intervencionismo, menores complicaciones perinatales y también disminuiría los costos de atención en esta área. (Amaila, 2011)

Por lo señalado, el parto vertical por los beneficios mencionados, debe ser tomado como una estrategia para que las mujeres opten por tener parto institucionalizado, precisamente en zonas de provincias, y porque en forma indirecta sería una de las estrategias para disminuir el índice de cesáreas que cada día va en aumento. Así mismo, se debe categorizar para diferenciarlo del parto vaginal horizontal, a fin de realizar una evaluación a largo plazo con respecto a los beneficios y complicaciones frente al parto horizontal, mal llamado tradicional.

Según Medina (2006), en el contexto social peruano, se puede observar que las mujeres del área rural tienen mayor conocimiento sobre el parto vertical en relación a las mujeres del área urbana; por ello, las gestantes que proceden del área rural tienen una actitud predispuesta a recibir atención en un establecimiento de salud, siempre que ésta realice un servicio tomando en cuenta su costumbre ancestral.

El Ministerio de Salud busca nuevas estrategias sanitaria para la atención del parto con adecuación intercultural y que la gestante pueda acudir sin temor al establecimiento de salud para poder atenderse afianzando así la confianza y sus conocimientos generando actitudes positivas hacia esta práctica, lo cual despertó el interés del problema identificado.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de conocimiento y la actitud que poseen las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD - Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, sobre parto vertical?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. GENERAL

- Determinar el nivel de conocimiento y la actitud que poseen las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD - Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, sobre parto vertical.

1.3.2. ESPECÍFICOS

- Determinar el nivel de conocimiento que poseen las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, acerca del parto vertical.
- Determinar la actitud que asumen las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, sobre el parto vertical.
- Relacionar el nivel de conocimiento y la actitud de las madres gestantes que acuden al Hospital II ESSALUD de Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, sobre el parto vertical con la edad, paridad, condición económica, procedencia y nivel académico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE ESTUDIO

Rendón (2013), en la tesis *Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Canton Daule*”, sustentado en la *Universidad de Guayaquil - Ecuador*, a través de un estudio descriptivo y retrospectivo del parto vertical en modalidad semisentada, se evaluó a 322 gran multíparas el conocimiento sobre parto vertical, el tiempo de expulsivo, la incidencia de desgarros y los traumas obstétricos que se presentan durante la atención del parto vertical. De los resultados encontrados 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, tuvieron parto horizontal y el 38% correspondieron a parto vertical.

García, Karin; Orellana, Dacia y otros (2012), en la tesis titulada: ***“Conocimiento, Actitud, Percepción y Prácticas acerca del Parto Vertical”***, sustentada en la de **Universidad San Carlos de Guatemala**; concluye que *“El 92.86% de las mujeres que fueron atendidas con parto en posición vertical tiene conocimiento sobre parto vertical y que la única persona que puede atender esta clase de partos a la comadrona; esto se debe a que en la comunidad de Santa Apolonia no existe ninguna complicación durante el trabajo de parto o el parto, la costumbre es que la comadrona atienda a la mujer embarazada en casa porque respeta sus costumbres y tradiciones”*.

Medina y Mayca (2006), en la tesis denominada ***“Creencias, costumbres y percepciones de las mujeres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis”***, sustentada en el Instituto Nacional de Salud - Lima; concluyeron que las gestantes manejan conceptos sobre parto vertical ya que estos han sido transmitidos de generación en generación, aunque la mayor parte de ellas no han recibido información; consideran que es un derecho que las atiendan de la misma manera que fueron atendidos sus antepasados. Así mismo, reconocen que la condición étnica genera inequidad y discriminación en la atención de salud por falta de conocimientos sobre sus culturas. *Estas concepciones y percepciones que poseen sobre el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas, norman el comportamiento de sus pobladores, repercutiendo esto en la salud materna e infantil*

dificultando el acceso de la población étnica a los servicios de salud y falta de preparación del profesional obstetra para brindar una atención con enfoque intercultural respetando sus mitos y creencias.

Boldt (2009), en la tesis *“Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del Parto, a usuarias atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco. Octubre y noviembre del 2009”*, sustentado en la Universidad Austral de Chile; obteniéndose los resultados: “Un gran porcentaje de las madres piensa que volvería a repetir la experiencia de un parto vertical; de 7 mujeres consultada 5 señalan que es una posición muy cómoda, este indicador cobra trascendencia, pensando que algunas gestantes llegan a la maternidad sin preparación alguna (primigestas), y otras (multíparas) con un parto en posición horizontal 56% de los casos asumen la vivencia del parto en esta posición con una gran aceptación”.

2.2. BASE TEÓRICA CIENTÍFICA

2.2.1. Conocimiento

a. concepto de conocimiento

Es todo lo que adquirimos mediante nuestra interacción con el entorno, es el resultado de la experiencia organizada y almacenada en la mente del individuo de una forma que es única para cada persona.

Para Méndez (2008), el conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

b. Elementos del conocimiento

Para Aldana (2010), los elementos del conocimiento son:

- **Sujeto.** El sujeto del conocimiento es el individuo conocedor. En él se encuentran los estados del espíritu en el que se envuelven o entran la ignorancia, duda, opinión y certeza. Este se presenta como el punto de que pende por decirlo así, la verdad del conocimiento humano. Su función consiste en aprehender el objeto, esta aprehensión se presenta como una salida del sujeto fuera de su propia esfera, una invasión en la esfera del objeto y una captura de las propiedades de éste.

- **Objeto.** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, ya sea de una manera cognoscitiva, ya sea volitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. Su función es ser aprehensible y aprehendido por el sujeto. Los objetos pueden ser reales o irreales; llamamos real todo lo que nos es dado en la experiencia externa o interna o se infiere algo de ella. Los objetos irreales se presentan, por el contrario, como meramente pensados.
- **Medio.** Los medios esenciales del conocimiento son los siguientes:
 - La experiencia interna. Consiste en darnos cuenta de lo que existe en nuestra interioridad. Esta experiencia constituye una certeza primaria: en nuestro interior ocurre realmente lo que experimentamos.
 - La experiencia externa. Es todo conocimiento o experiencia que obtenemos por nuestros sentidos.
 - La razón. Esta se sirve de los sentidos, elabora los datos recibidos por ellos los generaliza y los abstrae, transformando la experiencia sensible y singular en conocimientos que valen en cualquier lugar y tiempo.
 - La autoridad. Muchísimos conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema, estas personas tienen autoridad científica y lo que divulgan o enseñan merece toda nuestra adhesión.

- **Imagen.** Constituye el instrumento mediante el cual la conciencia cognoscente aprehende su objeto. También es la interpretación precisa y certera que le damos al conocimiento consecuente de la realidad.

c. Clasificación del conocimiento

El conocimiento se clasifica en: conocimiento empírico y conocimiento científico.

El conocimiento empírico es aquel basado en la experiencia, en último término, en la percepción, pues nos dice qué es lo que existe y cuáles son sus características, pero no nos dice que algo deba ser necesariamente así y no de otra forma; tampoco nos da verdadera universalidad. Consiste en todo lo que se sabe y que es repetido continuamente sin tener un conocimiento científico.

El conocimiento científico o sistematizado, es una encuesta crítica a la realidad refiriéndose en el estudio del método científico que, fundamentalmente, trata de percibir, describir y explicar los hechos desde lo esencial hasta lo más complejo, el porqué de las cosas y su devenir.

d. Conocimiento sobre el parto vertical

Alarcón y Nahuelcheo (2008), señalan que el conocimiento es una experiencia que influye una representación vivida de un hecho o condición compleja ~~con una firme creencia~~ en su

verdad. Se dice que el conocimiento es la relación entre el sujeto y objeto involucrando cuatro elementos como: sujeto, objeto, operación y representación interna. Las mujeres con experiencia en el parto vertical mencionan que este es un evento de gran fragilidad y riesgo para la mujer, dado que su condición física es de cuerpo abierto a la naturaleza: la mujer se abre como un canal, su cuerpo y su espíritu se abren.

En esta condición la mujer necesita la protección de su familia y de las mujeres más cercanas de su comunidad; por lo tanto, durante el parto ella no puede quedar sola. Las mujeres mencionaron además que si no hay cuidado y buen manejo de los fluidos corporales durante el parto, especialmente de la sangre y la placenta, éstas pueden ser utilizadas por personas que le tienen envidia para producir daño a la mujer o al hijo.

En la actualidad, el obstetra tiene que estar convencido de brindar mayor información y difundir sus conocimientos sobre el parto vertical siendo este un agente participativo en su comunidad. Dado que el embarazo y parto son de acuerdo a la lógica médica cultural, estados cálidos, en consecuencia, el espacio o ambiente en donde se realice la atención del parto debe estar tibio y protegido de corrientes de aire.

El establecimiento de salud es el medio específico para facilitar el aprendizaje específico y despañar las dudas de la

gestante para una efectiva adquisición y utilización de su conocimiento. Siendo esta la labor principal del establecimiento de salud, la del obstetra consiste ser un agente directo de la transmisión del aprendizaje basado en enseñanzas propias de su formación acorde a las actualizaciones de nuevas investigaciones y adaptadas a la demanda de la población con la que trabajan. La adquisición de conocimiento por parte de la gestante están influenciados por diversos factores como: las tensiones culturales derivadas de los procesos de tradición y modernidad, en el contexto de la reproducción humana, que confluyen en un nuevo fenómeno sociopolítico y cultural, la culturalidad o interculturalidad en salud, concebida como la posibilidad de un diálogo democrático, o trato igualitario, entre los sistemas de salud tradicional-indígena y la biomedicina científica. Es precisamente en este nuevo espacio de interacciones sociales y culturales, que la sociedad andina podría preservar, manifestar y revitalizar la cultura propia. Teniendo así un efecto negativo o positivo en la adquisición de conocimiento

2.2.2. Actitud

a. Concepto de actitud

La actitud es un término para indicar la orientación selectiva y activa del hombre en general, en relación con una situación o problema cualquiera. Se puede definir como el proyecto de

comportamiento que permita efectuar elecciones de valor constante frente a una determinada situación.

Cerda (2012) señala que la actitud es un estado de disposición nerviosa y mental, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo dinámico u orientador sobre las respuestas que un individuo da a todos los objetos y situaciones con los que guarda relación. En este sentido, puede considerarse la actitud como cierta forma de motivación de carácter social, por tanto, secundario, frente a la motivación biológica, de tipo primario que impulsa y orienta la acción hacia determinados objetivos y metas.

b. Elementos de la actitud

Las actitudes se componen de tres elementos: lo que piensa (componente cognitivo), lo que siente (componente emocional) y su tendencia a manifestar los pensamientos y emociones (componente conductual).

c. Tipos de actitud

Para Martínez (2010), los tipos de actitudes son:

- **Actitud emotiva.** Cuando dos personas se tratan con afecto, se toca el estrato emocional. Esta se basa en el conocimiento interno de la persona. El cariño y el amor verdadero son emociones de mayor intimidad, que van continuamente unidas a una actitud de benevolencia.

- **Actitud desinteresada.** Cuando no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio, sino que tiene su centro de enfoque en la otra persona y que no la considera como un medio o instrumento, sino como un fin. Está compuesta por cuatro cualidades: apertura, disponibilidad, solicitud y aceptación.
- **Actitud manipuladora.** Cuando ve al otro como un medio, de manera que la atención que se le otorga. Tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio.
- **Actitud interesada.** Cuando puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de: Indigencia del sujeto: cuando una persona experimenta necesidades Ineludibles, cuando busca todos los medios posibles para satisfacerlas; por ello, ve también en las demás personas un recurso para lograrlo.
- **Actividad integradora.** La comunicación permanente de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del interlocutor y de buscar su propio bien, intenta la unificación o integración de las dos personas.

d. Características de la actitud

Según Trejo (2008), las actitudes:

- **Son adquiridas.** Son el resultado de la historia de cada hombre, sin negar, por ello, que como hombres y como individuos concretos nacemos con ciertas predisposiciones

incipientes, incoadas, que limitan nuestras posibilidades y constituyen nuestro substrato biológico.

- ***Son estables***, perdurables, difíciles de mover y cambiar. Son, pues, una estructura consistente y sistemática. Pero son flexibles, susceptibles de cambio. Pueden crecer, arraigarse o deteriorarse y hasta perderse. Su naturaleza, en consecuencia, es dinámica, no estática y al admitir grados de mayor o menor eficacia son cualidades perfectibles.
- ***Son raíz de conducta***, no la conducta misma, ya que son las precursoras y determinantes de nuestro comportamiento. Conllevan un impulso operativo y resultan ser nuestras tendencias a actuar, las predisposiciones para responder ante las múltiples estimulaciones que nos llegan. Son los hábitos que se ordenan al acto. Pero no solamente estos hábitos operativos, también los hábitos entitativos que se ordenan primariamente hacia la naturaleza del hombre, por cuanto la naturaleza es el principio de la acción.
- ***Es un proceso cognitivo y su raíz es cognitiva***. Este componente intelectual es su centro regulador. Toda actitud es una respuesta electiva ante los valores y ello sólo es posible, si la razón conoce, juzga y acepta el valor. Y sabemos que el primer principio de todos los actos humanos es la razón y bajo su dominio despótico o político se sujetan todos los otros principios de la actividad humana.

- **Conlleva procesos afectivos**, volitivos que secundan o se oponen al dictamen de la razón. Comporta una notable carga motivacional, ya que los valores que pretenden nuestras actitudes se alcanzan, poniendo en juego nuestros deseos, nuestra sensibilidad y nuestra voluntad como segundo principio motor los actos y hábitos humanos.
- **Es un proceso complejo, integral**. Los tres componentes principales: cognitivo, afectivo y conativo operan íntimamente correlacionados.
- **Son cualidades radicales**. Predisposiciones más radicales que las disposiciones, los hábitos y las aptitudes.
- **Evocan un sector de la realidad**, se refieren a unos determinados valores.
- **Son transferibles**, se pueden actualizar de modos diversos y hacia distintos objetos. Con una actitud podemos responder a múltiples y diferentes operaciones.

e. Medición de las actitudes

- **Medidas indirectas**: uno de los mayores problemas que se plantea es el empleo de las escalas de actitudes, es que los sujetos pueden no ser verídicos en sus respuestas.
- **Medidas directas**: las más usadas son de Bogardos, Thurstone, Likert. Las mencionadas escalas no intentan ocultar la verdad, por esta razón se ha tenido una amplia aplicación y se han superado sus defectos.

- *Escala de Likert*: creado por el psicólogo Likert, en 1965.

Esta comprende varias proposiciones declarativas que expresan un punto de vista sobre un tema. Se pide a la persona que responda en grados diversos de acuerdo o desacuerdo.

f. Actitud sobre el parto vertical

La actitud indica orientación selectiva y activa del hombre en general, en relación con una situación o problema cualquiera. Se puede definir como el proyecto de comportamiento que permita efectuar elecciones de valor constante frente a una determinada situación, la actitud es considerada como variable intercurrente, al no ser observable directamente pero está sujeta a inferencias observables. El parto tradicional se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad. Las gestantes, por lo general, tienen que saber que pueden elegir la postura o posición que más les agrade para alumbrar o dar a luz, la que más comfortable les resulte y que todo el peso de las evidencias científicas está a favor del uso de posiciones verticales, que hacen más corto, seguro y placentero el momento del nacimiento, dotada de una carga efectiva a favor o en contra de dicha acción.

Es la forma de pensar y actuar del individuo; es el comportamiento que emplea ante determinada situación

basándose en el conocimiento que poseen sobre parto vertical. (Lugones y Ramírez, 2012)

2.2.3. PARTO

a. Concepto de parto

Es un proceso fisiológico mediante el cual se produce la expulsión, desde el útero, del producto maduro, así como de las membranas fetales. El proceso de parto comienza por el estrés del feto. Éste segrega la hormona *adenocorticotropina* (RTACTH) que actúa sobre la hipófisis que libera ACTH. Ésta a su vez actúa sobre las glándulas adrenales produciéndose la liberación de *corticoesteroides*. Todos ellos, a través de la circulación fetal, pasan a la madre y provocan, a su vez, una disminución en la tasa progesterona y la liberación de prostaglandina provoca la lisis del cuerpo lúteo. (UNFA, 2004)

Al respecto Soto (2009), señala que el parto humano o llamado nacimiento, es la culminación del embarazo, hasta el periodo de salida del bebé del útero materno. Es considerado por muchos el inicio de la vida de una persona. La edad de un individuo se define por este suceso en muchas culturas. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares, que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino.

b. Fases del trabajo de parto

Según Bonilla (2008), las fases que intervienen en el proceso del parto son:

- **Fase 1 o latente.** Periodo que sirve para la preparación uterina del parto, ocurre al final del embarazo y va hasta el inicio de las contracciones del trabajo de parto.
- **Fase 2 o activa.** Se inicia el trabajo de parto activo cuando existen 3 cm. de dilatación y contracciones uterinas, se divide en tres periodos:
 - **Primer periodo:** Las contracciones uterinas alcanzan frecuencia, intensidad y duración suficientes para causar borramiento y dilatación del cuello uterino, y finaliza con la completa dilatación.
 - **Segundo periodo:** Dilatación cervical completa y termina con la expulsión del feto.
 - **Tercer periodo:** Finaliza la expulsión fetal y termina con la expulsión total de la placenta y las membranas corioamnióticas.

2.2.4. PARTO VERTICAL

a. Concepto del parto vertical

Según MINSA (2005) 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 lineal resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido.

b. Fisiología del parto vertical

Según el MINSA (2005), los aspectos fisiológicos incluyen: La acción positiva de las fuerzas de gravedad que favorecen el encajamiento y descenso del feto, con menor uso de oxitocina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardiacos fetales; el útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, aorta y vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna y placentaria, no afectando la oxigenación del feto; existe un mejor equilibrio ácido base fetal; influye positivamente sobre la ventilación pulmonar de la gestante; permite la acomodación de la pelvis, al ampliar 2 cm el diámetro antero-posterior y 1 cm el diámetro transversal, permitiendo una mejor acomodación fetal; el ángulo de encaje es menos agudo, facilitando el encaje y descenso del feto; los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo y ayudan indirectamente a la prensa abdominal para la salida del bebé y disminuye la frecuencia de calambres; el trabajo de parto se acorta ostensiblemente; proporciona beneficios psicoafectivos, con un mayor rol protagónico en la decisión de

cómo dar a luz y una mayor participación en el nacimiento o alumbramiento de su hijo.

c. Variedad de posiciones del parto vertical

El parto de posición vertical es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.

Para Cavalleri (2010), el parto en posición vertical se puede realizar en diferentes posiciones y niveles de tecnificación, de acuerdo a las necesidades culturales y posibilidades técnicas. Se describen algunas que se pueden practicar en unidades de salud en conjunto con las parteras, y otras para centros de salud y hospitales en atención por personal médico.

En la concepción de Cavalleri, los tipos del parto vertical son:

- **En cuclillas.** Se puede realizar con apoyo de otra persona en la espalda. En algunas culturas del mundo es utilizada por la madre para autoatenderse del parto.
- **Parada.** Se puede utilizar desde una cuerda, una rama de un árbol, una hamaca, o una barra de metal inoxidable.
- **Posición rodillas.** El personal de salud se coloca detrás de la mujer en trabajo de parto, cuidando el periné. El acompañante puede estar hincado frente a la paciente y abrazarla por la región del tórax, permitiéndole apoyarse en los muslos del acompañante.

- **Posición sentada.** Se utilizan una serie de elementos para facilitar que la mujer se siente. En varios estados se utiliza un banquito bajo. Es común el incorporar elementos para facilitar un punto de apoyo para que se puedan agarrar y pujar.

d. Periodo de alumbramiento del parto vertical

El personal de salud debe atender el alumbramiento en posición dorsal en razón a que el parto en posición vertical produce un sangrado en regular cantidad el personal procederá a realizar el alumbramiento dirigido, facilitando el acortamiento del tercer periodo del trabajo de parto y la disminución de la cantidad de sangrado. Aplicar una ampolla de oxitocina intramuscular (10 UI), inmediatamente después de la salida del bebé.

Existen técnicas para facilitar la expulsión de la placenta según costumbres de la zona rural: como soplar una botella, amarrar el cordón al pie o pierna de la mujer para evitar que se meta de nuevo o provocarse náuseas estimulando la úvula con el objeto de provocar un esfuerzo. (Landeo, 2008)

- Disposición final de la placenta

El personal de salud debe permitir que la familia pueda disponer el destino final de la placenta de acuerdo a sus concepciones, salvo que en situaciones que el personal de

salud identifique a la placenta como un factor de riesgo de contaminación (VIH-SIDA, infecciones de transmisión sexual, etc.).

El personal debe considerar que el entierro de la placenta es un rito muy importante en la vida de la familia, porque existe la creencia que el hijo no vino solo sino acompañado de una placenta y por lo tanto, se considera también un órgano con vida propia; la entrega de la placenta se deberá realizar en una bolsa sellada con todas las medidas de bioseguridad. (Landeo, 2008)

e. Atención del puerperio inmediato

El personal debe respetar algunas prácticas inocuas que la parturienta y su entorno familiar practican tanto en ella como en el recién nacido, tomando en consideración la importancia del fortalecimiento de los vínculos familiares que se ven favorecidos en el alojamiento conjunto de la madre, el niño y su familia.

Independientemente del lugar donde se aloje la parturienta, de acuerdo a la infraestructura, equipamiento de cada establecimiento de salud y afluencia de pacientes, se debe realizar en forma escrita el control de las funciones vitales (presión arterial, pulso cada media hora), tono de la contracción uterina y sangrado vaginal (estimular la salida de

los loquios con la aplicación de la compresión bimanual externa) cada 15 minutos durante las dos primera horas y cada hora hasta las primeras 24 horas.

Se debe brindar comodidad a la parturienta ubicándola en una habitación acondicionada expresamente donde haya calor y poca luz. Se debe usar de preferencia sábanas y frazadas de colores vistosos u oscuros, puesto que las mujeres de la zona tienen temor y vergüenza de ensuciar las sábanas blancas; permitirle a la paciente que usen chumpi o faja. (Landeo, 2008)

f. **Ventajas del parto vertical**

Para Amaila (2010), el parto vertical tiene las siguientes ventajas:

- **Efectos respiratorios.** El peso del útero, bebé, placenta, líquido amniótico y sangre, favorecen que la matriz descienda y no se ejerza presión sobre los pulmones. Esto aumenta la capacidad respiratoria y por consiguiente la oxigenación de la madre y el feto. El respirar con menor resistencia, también ayuda a la relajación de la madre que ya no siente inquietud por que no puede respirar bien.
- **Efectos mecánicos y de la gravedad:** La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece el encaje y descenso del feto, estimándose que la madre gana entre 30 a 40

milímetros de mercurio en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical. Esta postura también favorece una mejor acomodación del feto para su paso a través de la pelvis. Una vez iniciado el trabajo de parto la inspiración profunda que realiza la mujer hace descender el diafragma, lo cual se complementa con la acción contráctil de la prensa abdominal: entre ambas acciones se impulsa al feto hacia la abertura vulvar, como única salida. El feto, una vez iniciado su descenso, estimulado por las contracciones uterinas y por su propio peso, no puede retroceder. Las curvaturas de la columna forman parte de este mecanismo. Se cuenta con evidencia radiológica de mayores diámetros pélvicos de salida, antero-posterior y transversal, lo que da lugar a un aumento de la superficie total de salida al asumir las posiciones en cuclillas y de rodillas. Hay aumento de los diámetros del canal de parto: 2 cm. en sentido antero posterior y 1 cm. en el transversal. El modelaje cefálico fetal es menor. La posición vertical determina que el ángulo de encaje sea menos agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto. Los miembros inferiores constituyen un punto de apoyo que facilita el mecanismo del pujo.

- **Efectos musculares.** Insertos en la articulación pubiana (en las ramas descendentes del pubis, en la parte interior de la ingle, y muy cerca de la parte interior de la rodilla), se encuentran los músculos abductores. Esta musculatura tiene

a su cargo colaborar en la apertura de la sínfisis pubiana, es decir, ayudar a abrir el canal vaginal y la vulva para permitir el egreso del cuerpo del feto. Para llevar a cabo esta acción, es necesario que la parturienta esté sentada o en cuclillas, de manera que los músculos se tensen y ejerzan su fuerza sobre la zona que debe abrirse; cuando la mujer está acostada se anula la acción fisiológica de esta musculatura. Acostarla implica privarla de un instrumento clave para dar a luz.

- ***Disminución de los riesgos de compresión aortocava y mejoría de los resultados ácido-base en los recién nacidos.*** Con ello se previene la aparición de los cuadros que pueden originar sufrimiento fetal, ambos relacionados con la posición de decúbito dorsal de la embarazada: *síndrome supinohipotensivo* (producido por la compresión de la cava inferior por el útero grávido) y el *efecto poseiro* (causado por la compresión de la aorta abdominal y/o arterias ilíacas internas contra la columna vertebral por el útero contraído).
- ***Eficiencia de la combinación matriz - prensa abdominal.*** Se establece una sinergia entre las contracciones uterinas más fuertes y eficientes que la posición vertical estimula, con el esfuerzo del diafragma y músculos abdominales durante el pujo. Esto implica menor uso de la oxitócina y menos riesgos de alteraciones de los latidos cardíacos fetales.

- ***Disminuye la duración del trabajo de parto***, tanto la del periodo de dilatación como la del expulsivo.
- ***La amniorrexis espontánea se produce más tardíamente.***
La integralidad de la bolsa disminuye las posibilidades de riesgo para el bebé y le permite adaptarse mejor al canal del parto.
- ***La terminación espontánea es más frecuente, reduciéndose la incidencia de episiotomías y desgarros.***
Las complicaciones del alumbramiento son menos frecuentes.
- ***La posición vertical evita el prolapso de cordón, pues no deja hueco entre la cabeza y el cuello.*** Aun cuando la bolsa de aguas esté rota y con la presentación no encajada, no se desaconsejan la deambulación y la posición vertical.
- ***Se proporcionan beneficios psicoefectivos importantes a la madre***, como la reducción del dolor, sensación de libertad, de control, de participación, y de mayor satisfacción durante y después del parto.
- ***Cuando el cuerpo se encuentra en vertical reproduce el esquema corporal que adquirió durante la niñez para realizar las funciones expulsivas de defecar y orinar***, es decir, reproduce el modelo y pone en marcha la memoria de funciones biológicas. De este modo la vagina adquiere identidad propia, como canal expulsivo, y se diferencia de la vagina en coito como receptáculo activo del pene.

g. Desventajas del parto vertical

El parto vertical, según algunas experiencias médicas, tiene las siguientes desventajas:

- Aumenta el riesgo de pérdida de sangre.
- Las posiciones que asumen las parteras tradicionales para atender el parto pueden resultar muy incómodas para los médicos. Sin embargo existen una serie de posturas, sillas y bancos obstétricos en los que tanto la parturienta como el médico, se pueden encontrar cómodos.
- La posición en cuclillas, que a menudo se denomina la posición más natural, puede presentar una desventaja en mujeres occidentales que no tengan el entrenamiento y la resistencia muscular para permanecer en cuclillas durante un considerable período de tiempo. Esto puede ser particularmente cierto para las mujeres occidentales que ya no se acucillan para defecar. Sin embargo existen otras posiciones verticales y diferentes dispositivos que se pueden utilizar.

2.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS OPERATIVOS

- **Conocimiento sobre parto vertical.** Es la sumatoria de las representaciones abstractas que se poseen sobre un aspecto de la realidad. Es el conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posterior), o a través de la introspección sobre esta práctica ancestral que es el parto vertical.
- **Actitud hacia el parto vertical.** Es la disposición voluntaria de una persona frente a la existencia en general o a un aspecto particular de esta. Es un estado de la disposición nerviosa y mental, que se organiza a partir de las vivencias y que orienta o dirige la respuesta de un sujeto ante determinados acontecimientos.
- **Madres gestantes.** Mujeres que presentan un estado de embarazo o gestación.
- **Posición vertical.** Es aquella en la cual el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 ° y 90° con respecto al plano horizontal.
- **Factor asociado.** Es aquella característica o atributo que cuando está presente en un individuo incrementa la probabilidad que suceda un evento.
- **Edad.** Tiempo vivido por la gestante desde su nacimiento hasta el presente. Se expresa en años cumplidos.
- **Paridad.** Es el número de partos que tiene la gestante hasta la fecha, ya sea por cesárea o vía vaginal (mayor de 500gr de peso).

- **Condición económica.** Medida total económica conyugal o individual de la gestante basado en su ingreso económico semanal mensual.
- **Procedencia.** El lugar de origen o de nacimiento de la mujer gestante.
- **Nivel académico.** Es el nivel o escolaridad de la gestante a la fecha expresada en años académicos aprobados.

2.4. HIPÓTESIS

El conocimiento del parto vertical está relacionado con la actitud que tienen las madres gestantes que acuden al Hospital II ESSALUD de Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho.

2.5. VARIABLES

2.5.1. VARIABLE INDEPENDIENTE

- Conocimiento del parto vertical

2.5.2. VARIABLE DEPENDIENTE

- Actitud de las gestantes

2.5.3. VARIABLE INTERVINIENTES

- Edad
- Paridad
- Condición económica
- Procedencia
- Nivel educativo

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIÓN	INDICADORES	ÍNDICE	ESCALA	TÉCNICA	INSTRUMENTO
INDEPENDIENTE Nivel de conocimiento	Capacidad intelectual que tiene una persona acerca de un tema	Bueno Regular Deficiente	15-20 8-14 0-7	Ordinal	Encuesta	Ficha de encuesta
DEPENDIENTE Actitud ante el parto vertical	Comportamiento, postura que emplea un individuo frente al parto vertical	Actitud aceptación o positiva Actitud indiferente Actitud de rechazo o negativa	21-30 11-20 0-10	Nominal	Test de Likert	Ficha de Test
INTERVINIENTE Madres gestantes	Edad. Período cronológico de un individuo que ha transcurrido desde su nacimiento hasta la fecha	Años cronológicos	16 - 20 21 - 25 26 - 30 31 - 35	Ordinal	Encuesta	Fichas de encuesta
	Paridad. Número de hijos que tiene una mujer (hijos vivos, prematuros, abortos y vivos)	Primigesta Multigesta	Un solo parto Más de un parto	Nominal	Encuesta	Fichas de encuesta
	Condición económica. Es el poder adquisitivo personal y/o familiar de bienes y servicios esenciales, para satisfacer las necesidades básicas	Bueno Regular Deficiente	> 1000 1000-550 <550	Ordinal	Encuesta	Fichas de encuesta
	Procedencia. Es el origen de donde proviene la persona	Rural Periurbano Urbano		Ordinal	Encuesta	Fichas de encuesta
	Nivel académico	Inicial Primaria Secundaria Superior		Ordinal	Encuesta	Fichas de encuesta

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

- Aplicada.

3.2. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

- Comparativo, descriptivo y transversal.

3.3. ÁREA DE ESTUDIO

- El presente estudio de investigación se realizó en los ambientes internos del Hospital II ESSALUD - Huamanga y en el Hospital Regional de Ayacucho.

3.3.1. POBLACIÓN

La población de estudio estuvo constituida por 420 gestantes (primigesta y multigesta) que acudieron al Hospital II ESSALUD – Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, entre los meses de marzo a mayo de 2014.

3.3.2. MUESTRA

La muestra de estudio estuvo integrada por 200 gestantes: 100 que acudieron al Hospital II ESSALUD – Huamanga y 100 al Hospital Regional de Ayacucho, entre los meses de setiembre a noviembre de 2014.

La muestra de estudio se obtuvo mediante la siguiente fórmula estadística:

$$n = \frac{Z^2 N pq}{Z^2 pq + NE^2}$$

- **Remplazando valores:**

$$n = \frac{(1.96)^2 (420) (0.25)}{(1.96)^2 (0.25) + (420) (0.0025)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (105)}{0.9604 + 1.05}$$

$$n = \frac{403.368}{2.0104} = 200.64$$

$$n = 200$$

- **Donde**

$$n = 420$$

N = Población

Z = Nivel de confianza al 95 % (1.96)

p = Proporción de aciertos al 50% (0.5)

q = 1 - p (0.5) al 5%

E = Error muestral (0.05)

3.3.3. TIPO DE MUESTREO

- Probabilístico, aleatorio simple

3.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Primigestas y multigestas que se encuentren en el tercer trimestre de embarazo, atendidas en el Hospital ESSALUD II y Hospital regional Ayacucho.
- Primigestas y multigestas mayores de 16 años hasta los 35 años que no sean analfabetas atendidas en el Hospital ESSALUD II y Hospital regional Ayacucho.

3.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Primigestas y multigestas que se encuentren en el primer y segundo trimestre de embarazo atendidas en el Hospital ESSALUD II – Huamanga y Hospital regional Ayacucho.
- Primigestas y multigestas menores de 15 y mayores de 35 años que sean analfabetas atendidas en el Hospital ESSALUD II –Huamanga y Hospital regional Ayacucho.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1. TÉCNICAS

- Encuesta.

3.4.2. INSTRUMENTOS

- Cuestionario y test de Likert.

3.6. PROCEDIMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

- A través de la decana de la facultad de obstetricia, se solicitó autorización respectiva para la realización del trabajo de investigación en el Hospital Regional de Ayacucho y el Hospital ESSALUD II – Huamanga.
- Se identificó y captó a las gestantes que acudieron al Hospital Regional Ayacucho y Hospital ESSALUD Hamanga para la aplicación del instrumento durante su atención.
- Previa la aplicación del cuestionario se les informó a las gestantes sobre el trabajo de investigación, su estructura y el tiempo que será de 20 minutos para poder obtener su colaboración resolviendo el cuestionario presentado.
- Concluido el tiempo propuesto se procedió a recoger los cuestionarios, se les agradeció por su participación y colaboración con el trabajo de investigación.

3.7. PROCESAMIENTO DE DATOS

Los resultados fueron procesados y tabulados en el programa de software estadístico SPSS versión 20, y el análisis estadístico con la prueba estadística chi cuadrado y Odds Ration (OR).

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CUADRO N° 01

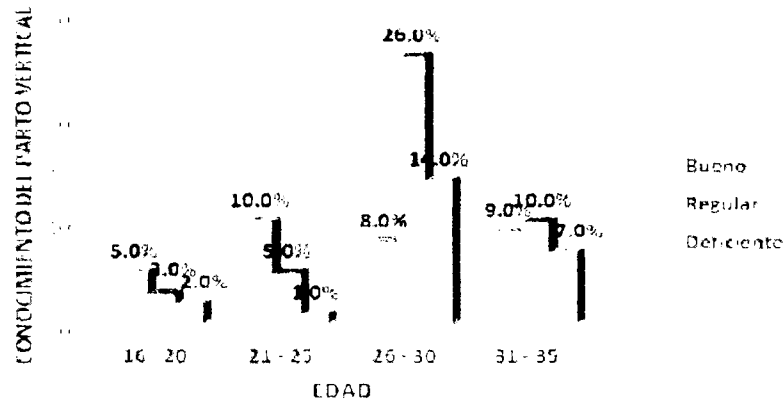
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL SEGÚN EDAD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014.

EDAD	CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL		Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
16 - 20	05	5.0	03	3.0	02	2.0	10	10.0	06	6.0	04	4.0	02	2.0	12	12.0	22	11.0
21 - 25	10	10.0	05	5.0	01	1.0	16	16.0	12	12.0	05	5.0	01	1.0	18	18.0	34	17.0
26 - 30	08	8.0	26	26.0	14	14.0	48	48.0	10	10.0	26	26.0	14	14.0	50	50.0	98	49.0
31 - 35	09	9.0	10	10.0	07	7.0	26	26.0	08	8.0	07	7.0	05	5.0	20	20.0	46	23.0
TOTAL	32	32.0	44	44.0	24	24.0	100	100.0	36	36.0	42	42.0	22	22.0	100	100.0	200	100.0

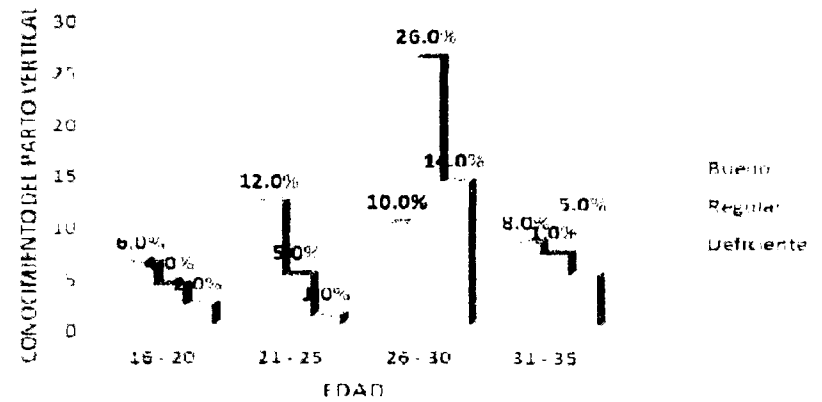
$\chi^2_c = 14.38$ 6 gl (0.05) $\chi^2_t = 12.59$ $p > 0.05$
 $\chi^2_c = 14.77$ 6 gl (0.05) $\chi^2_t = 12.59$ $p > 0.05$

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.

USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA



USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO



En el Cuadro N° 01, nos muestra el nivel de conocimiento sobre parto vertical en relación con la edad; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga: 48% (48) se encuentran entre las edades de 26 a 30 años, de los cuales el 26% (26) tuvieron un nivel de conocimiento regular acerca del parto vertical, 14%(14) un conocimiento deficiente y 8% (8) un conocimiento bueno. Asimismo el 26% (26) se encuentran entre las edades de 31 a 35 años, de los cuales el 10%(10) tiene un conocimiento regular acerca del parto vertical, 9% (9) un conocimiento bueno y 7% (7) un conocimiento deficiente. Asimismo el 16% (16) se encuentran entre las edades de 21 a 25 años, de las cuales el 10% (10) tiene un conocimiento bueno acerca del parto vertical, 5% (5) un conocimiento regular y 1%(1) un conocimiento deficiente. Finalmente 10% se encuentran entre las edades de 16 a 20 años, de las cuales el 5% (5) tiene un conocimiento bueno acerca del parto vertical, el 3% (3) un conocimiento regular y el 2% (2) un conocimiento deficiente.

Del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 50% (50) se encuentran entre las edades de 26 a 30 años, de las cuales el 26% (26) tuvieron un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 14% (14) un conocimiento deficiente y el 10% (10) un conocimiento bueno. Asimismo el 20% (20) se encuentran entre las edades de 31 a 35 años, de las cuales el 8%(8) tuvieron un conocimiento bueno acerca del parto vertical, el 7% (7) un conocimiento regular y el 5% (5) un conocimiento deficiente. Asimismo el 18% (18) se encuentran entre las edades de 21 a 25 años, de las cuales el 12% (12) tuvieron un conocimiento

bueno acerca del parto vertical, el 5% (5) un conocimiento regular y el 1% (1) un conocimiento deficiente. Finalmente el 12% (12) se encuentran entre las edades de 16 a 20 años, de las cuales el 6% (6) tiene un conocimiento bueno acerca del parto vertical, el 4% (4) un conocimiento regular y el 2% (2) un conocimiento deficiente.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD- Huamanga es 48% (48) las cuales fueron gestantes con edades entre 26 a 30 años de edad, de la misma manera el porcentaje mayor obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho es 50% (50) las cuales fueron gestantes entre 26 a 30 años de edad; ambas instituciones coinciden con un 26% (26) de gestantes que poseen un conocimiento regular sobre parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que la edad sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan un conocimiento acerca del parto vertical; es decir, cuando la madre gestante es joven expresa un mejor conocimiento del parto vertical, dado que existe información documentada y registrada que es difundida en el internet y en programas emitidos por medios de comunicación social.

Al respecto, **García, K.; Orellana, D. y otros (2012)**, quien estudió los *conocimiento, Actitud, Percepción y Prácticas acerca del Parto Vertical en Guatemala*; del grupo de gestantes que presentó un nivel de conocimiento bueno sobre parto vertical fue de 70%: del 45.5% son madres gestantes adultas, el 19.5% son madres gestantes jóvenes y el 5% son adolescentes.

Mientras que el grupo de madres gestantes que presentó un nivel de conocimiento medio fue de 25% de esta cifra el 15% son madres gestantes adolescentes, un 7% son madres gestantes jóvenes y el 3% son madres gestantes adultas. Finalmente el 5% un nivel de conocimiento bajo.

El aprendizaje es un proceso puramente externo con adquisición de conocimientos, habilidades, valores y actitudes, posibilitado mediante el estudio, enseñanza o la experiencia, paralelo en cierto modo al proceso y nivel de desarrollo alcanzado por la gestante, la edad es un factor importante en cuanto al aprendizaje; es decir, que a mayor edad un individuo tendrá mayor conocimiento.

CUADRO N° 02

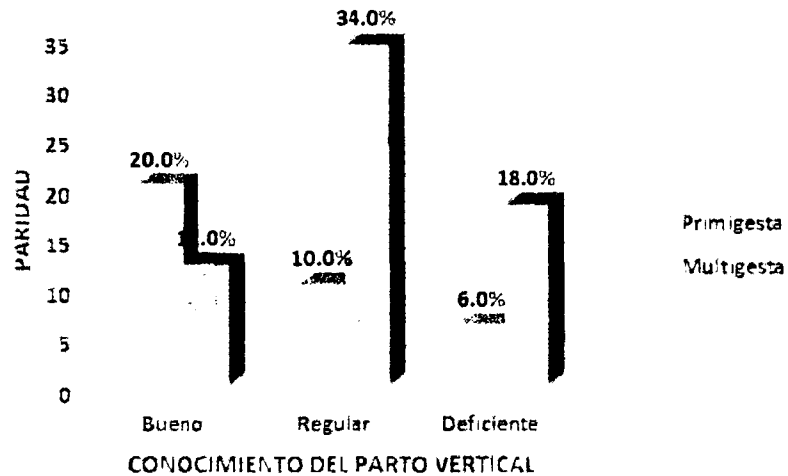
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL SEGÚN PARIDAD EN LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014.

PARIDAD	CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL		Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Primigesta	20	20.0	10	10.0	06	6.0	36	36.0	28	28.0	14	14.0	06	6.0	48	48.0	84	42.0
Multigesta	12	12.0	34	34.0	18	18.0	64	64.0	08	8.0	28	28.0	16	16.0	52	52.0	116	58.0
TOTAL	32	32.0	44	44.0	24	24.0	100	100.0	36	36.0	42	42.0	22	22.0	100	100.0	200	100.0

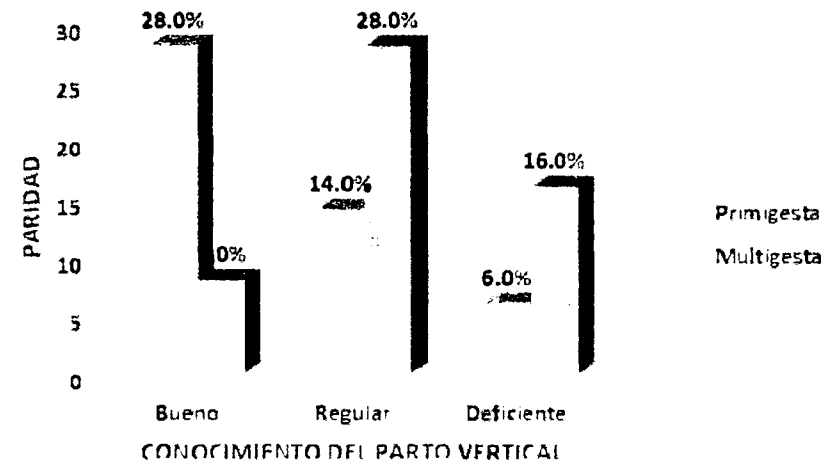
$\chi^2_c = 14.38$ 2 gl (0.05) $\chi^2_t = 5.99$ p > 0.05 $\chi^2_c = 20.22$ 2 gl (0.05) $\chi^2_t = 5.99$ p > 0.05

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.

USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA



USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO



El Cuadro N° 02, nos muestra el nivel de conocimiento sobre parto vertical en relación a la paridad; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD – Huamanga el 64% (64) son multigesta, de las cuales el 34% (34) tiene un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 18% (18) un conocimiento deficiente y el 12% un conocimiento bueno. Asimismo el 36% (36) son primigesta, de las cuales el 20% (20) tiene un conocimiento bueno acerca del parto vertical, el 10% (10) un conocimiento regular y el 6% (6) un conocimiento deficiente.

Del 100%(100) de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 52% (52) son multigesta, las cuales el 28% (28) tiene un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 16% (16) un conocimiento deficiente y el 8% (8) un conocimiento bueno. Asimismo el 48% (48) son primigesta, de este porcentaje el 28% (28) tiene un conocimiento bueno acerca del parto vertical, el 14% (14) un conocimiento regular y el 6% (6) un conocimiento deficiente.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD- Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho es 64% (64) y un 52% (52); de estos porcentajes ambas instituciones presentan un 34% (34) y un 28% (28) cuyas gestantes tuvieron un conocimiento regular sobre parto vertical respectivamente.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que la paridad sí influye para que las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan un conocimiento adecuado acerca del parto vertical; es decir, las madres

gestantes que son de condición primigesta muestran un mejor conocimiento acerca del parto vertical, debido a que tuvieron información que le permiten expresar una opinión más certera.

Al respecto **Boldt (Chile-2009)**, quien estudió *“Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del Parto, a usuarias atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco. Octubre y noviembre del 2009* del 100% de mujeres gestantes que acudieron al Hospital, durante el último trimestre del año 2009: el 34% tuvo un parto en posición vertical las cuales el 24% de las mujeres son primigestas, de este porcentaje: 16,3% tienen conocimiento asertivo acerca del parto vertical y el 7.7% no tienen conocimiento sobre parto vertical. Del 10% de las mujeres multigestas, el 6.8% tienen conocimiento asertivo sobre parto vertical y el 3.2% no tiene conocimiento sobre parto vertical.

La paridad es la condición de toda mujer en la que sus embarazos dan lugar a productos viables de partos a término o prematuros, asimismo por el número de hijos nacidos y por nacer. Clasificándose en primípara: mujer que ha tenido un embarazo que resultó en producto viable, múltipara: mujer que ha tenido dos a cuatro hijos. Se sabe que la mayoría de madres primíparas tienen mayor dificultad, debido a que tiene menor conocimiento ya que esta es una nueva experiencia; más aún si se trata de un parto, el cual requiere cuidados minuciosos y especiales. Por otro lado, una madre múltipara tiene ya los conocimientos necesarios sobre el parto, y solo aprenderá y se adecuará a las nuevas experiencias de parto vertical. Favoreciendo así su desarrollo físico y mental.

CUADRO N° 03

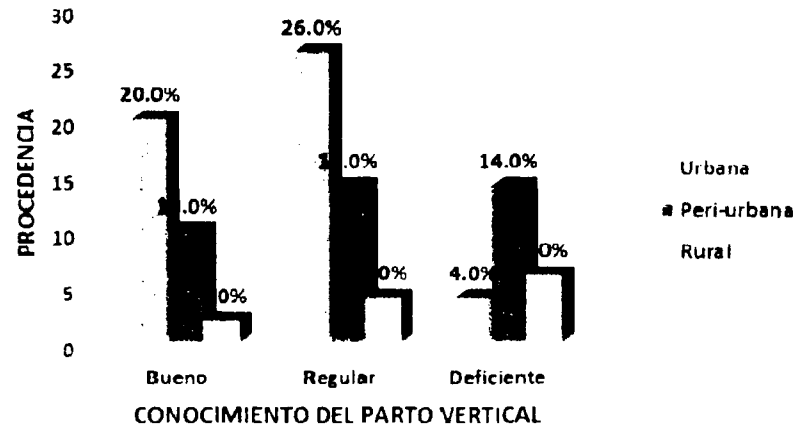
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL SEGÚN PROCEDENCIA DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014.

PROCEDENCIA	CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL		Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Urbana	20	20.0	26	26.0	04	4.0	50	50.0	12	12.0	06	6.0	04	4.0	22	22.0	72	35.0
Peri-urbana	10	10.0	14	14.0	14	14.0	38	38.0	06	6.0	16	16.0	09	9.0	31	31.0	69	34.5
Rural	02	2.0	04	4.0	06	6.0	12	12.0	22	22.0	20	20.0	05	5.0	47	47.0	59	29.5
TOTAL	32	32.0	44	44.0	24	24.0	100	100.0	40	40.0	42	42.0	18	18.0	100	100.0	200	100.0

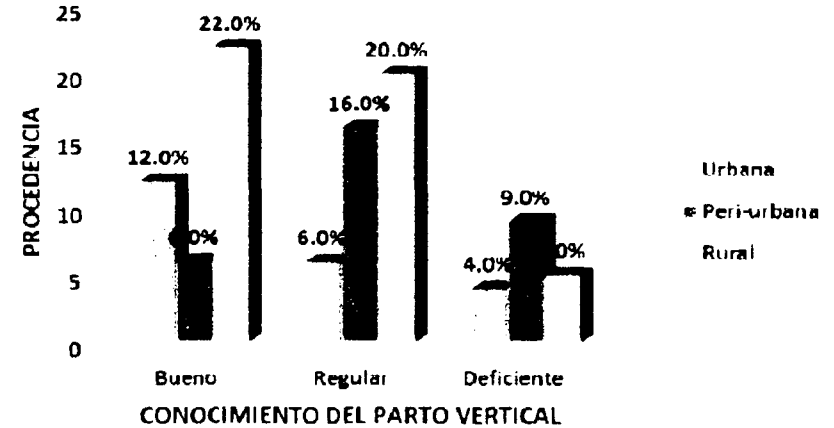
$\chi^2_c = 15.07$ 4 gl (0.05) $\chi^2_t = 9.49$ p > 0.05 $\chi^2_c = 13.90$ 4 gl (0.05) $\chi^2_t = 9.49$ p > 0.05

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.

USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA



USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO



El Cuadro N° 03, nos muestra el nivel de conocimiento sobre parto vertical en relación a la procedencia; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD – Huamanga, el 50% (50) proceden de la zona urbana, de las cuales el 26% (26) tuvieron un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 20% (20) tuvo un conocimiento bueno y el 4% (4) un conocimiento deficiente. Asimismo 38% (38) procedían de la zona peri-urbana, de esta cifra el 14% (14) tuvo un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 14% (14) tuvo un conocimiento deficiente y el 10% (10) un conocimiento bueno. Finalmente el 12% (12) procedían de la zona rural, de esta cifra el 6% (6) tuvo un conocimiento deficiente acerca del parto vertical, el 4% (4) un conocimiento regular y el 2% (2) un conocimiento bueno.

Del 100% de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho; el 47% (47) procedían de la zona rural, de esta cifra el 22% (22) tuvieron un conocimiento bueno acerca del parto vertical, el 20% (20) tuvieron un nivel de conocimiento regular y el 5% tuvo un nivel de conocimiento deficiente. Asimismo el 31% (31) proceden de la zona peri-urbana, de esta cifra el 16% (16) tuvieron un nivel de conocimiento regular acerca del parto vertical, el 9%(9) tuvieron un nivel de conocimiento deficiente y el 6% (6) un conocimiento bueno. Finalmente el 22% (22) proceden de la zona urbana, de esta cifra el 12% (12) tuvo un nivel de conocimiento bueno acerca del parto vertical, el 6% (6) tuvieron un nivel conocimiento regular y el 4% (4) tuvo un nivel de conocimiento deficiente.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD – Huamanga es 50% (50) de las gestantes fueron

procedentes de la zona urbana con un 26% (26) de nivel de conocimiento regular hacia el parto vertical; el mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 47% (47) de las gestante fueron procedentes de la zona rural con un 22% (22) de nivel de conocimiento bueno sobre parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que la procedencia sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan un conocimiento adecuado acerca del parto vertical; es decir, cuando la procedencia de la madre gestante es rural, es mejor su conocimiento acerca del parto vertical, debido a que en la zona rural se conservan las costumbres que se transmiten de una generación a otra.

Al respecto **Boldt (2009)**, quien estudió *la evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del Parto, a usuarias atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco. Octubre y noviembre del 2009*, de las gestantes atendidas el 66.7% procedían del área urbana con un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 29.3 % procedían de la zona urbano marginal y el 34% procedían de la zona rural teniendo un mejor conocimiento acerca del parto vertical.

El ser humano construye realidades sociales, desde el punto de vista de cada sujeto y a través de las interacciones va creando interpretaciones sobre lo que es real o no, o mas importante aún y fundamental para cada individuo como es la realidad.

Esta realidad social nos genera formas de actuar, de relacionarnos y conocer. Se puede señalar que la procedencia social y cultural influye sobre la adquisición de conocimientos, determinándose así que en la zona rural andino – amazónica, las gestantes tienen mayor conocimiento acerca de las prácticas ancestrales del parto vertical, cuyas costumbres son heredadas de generación a generación, cuya disposición es menor en la zona urbana.

CUADRO N° 04

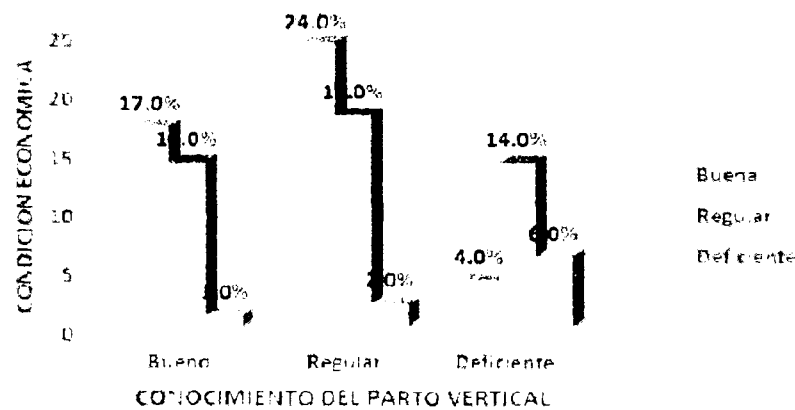
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL SEGÚN CONDICIÓN ECONÓMICA DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014.

CONDICIÓN ECONÓMICA	CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL		Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Buena	17	17.0	24	24.0	04	4.0	45	45.0	18	18.0	23	23.0	03	3.0	44	44.0	89	44.5
Regular	14	14.0	18	18.0	14	14.0	46	46.0	16	16.0	17	17.0	13	13.0	46	46.0	92	46.0
Deficiente	01	1.0	02	2.0	06	6.0	09	9.0	02	2.0	02	2.0	06	6.0	10	10.0	19	9.5
TOTAL	32	32.0	44	44.0	24	24.0	100	100.0	36	36.0	42	42.0	22	22.0	100	100.0	200	100.0

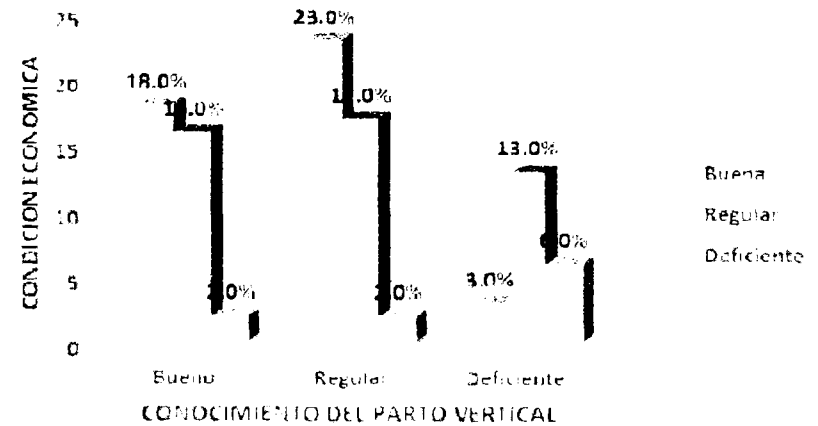
$\chi^2_c = 15.74$ 4 gl (0.05) $\chi^2_t = 9.49$ $p > 0.05$ $\chi^2_c = 15.55$ 4 gl (0.05) $\chi^2_t = 9.49$ $p > 0.05$

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.

USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA



USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO



El Cuadro N° 04, nos muestra el nivel de conocimiento sobre parto vertical en relación a la condición económica; donde se observa que del 100%(100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga: 46% (46) tienen una condición económica regular, de este porcentaje: 18% (18) tiene un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 14% (14) tuvo un nivel conocimiento deficiente y el 14% (14) tuvo un nivel conocimiento bueno. Asimismo el 45% (45) tuvieron una condición económica buena, de este porcentaje el 24% (24) tuvo un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 17% (17) tuvo un nivel de conocimiento bueno y el 4%(4) tuvo un nivel de conocimiento deficiente. Finalmente el 9% (9) tuvieron una condición económica deficiente, de este porcentaje el 6% (6) tuvo un nivel de conocimiento deficiente acerca del parto vertical, el 2% (2) tuvo un nivel de conocimiento regular y el 1% (1) tuvo un nivel de conocimiento bueno.

Del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 46% (46) tuvieron una condición económica regular, de este porcentaje el 17% (17) tuvieron un nivel de conocimiento regular acerca del parto vertical, el 16% (16) tuvieron un nivel de conocimiento bueno y el 13% (13) tuvo un nivel conocimiento deficiente. Asimismo el 44% (44) tuvieron una condición económica buena, de este porcentaje el 23% (23) tuvo un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 18% (18) tuvo un conocimiento bueno y el 3% (3) tuvo un conocimiento deficiente. Finalmente el 10% (10) tuvo una condición económica deficiente, de este porcentaje el 6% (6) tuvo un nivel de conocimiento deficiente acerca del parto vertical, el 2% (2) tuvo un nivel de conocimiento regular y el 2% (2) un conocimiento bueno.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD – Huamanga es 46% (46) de las gestantes fueron de condición económica regular, el 24% tuvo un nivel de conocimiento regular sobre el parto vertical; el mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 46% (46) de las gestantes fueron de condición económica regular, el 23% tuvo un nivel de conocimiento regular sobre parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que la condición económica sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan un conocimiento adecuado acerca del parto vertical; es decir, cuando la condición económica de la gestante es adecuada es favorable su conocimiento acerca del parto vertical, debido a que la solvencia económica le permite adquirir material informativo acerca del parto tradicional.

La condición económica es una medida total económica y sociológica proveniente de la preparación laboral de una persona y de la posición económica, social, individual o familiar, basada en su ingreso económico proveniente de su empleo. Al analizar la condición económica de la gestante se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación. Las condición económica influye en la obtención de conocimiento es decir, cuando la condición económica de la madre gestante es adecuada el nivel de conocimiento es adecuado acerca del parto vertical debido a que la solvencia económica le permite adquirir material informativo acerca del parto tradicional.

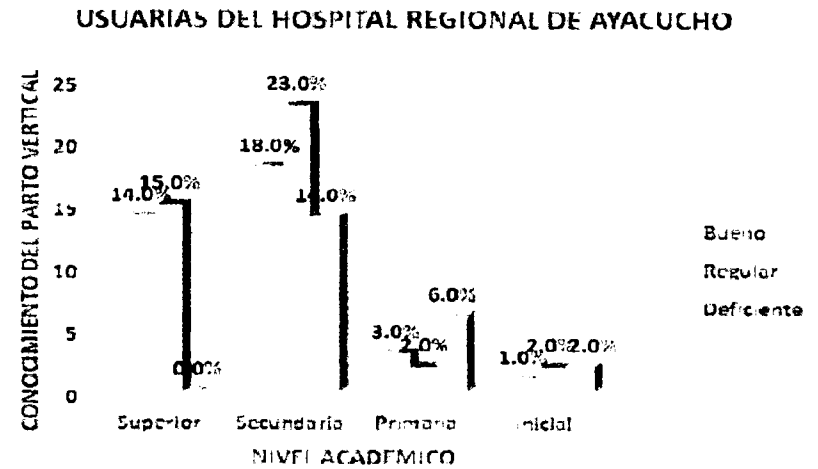
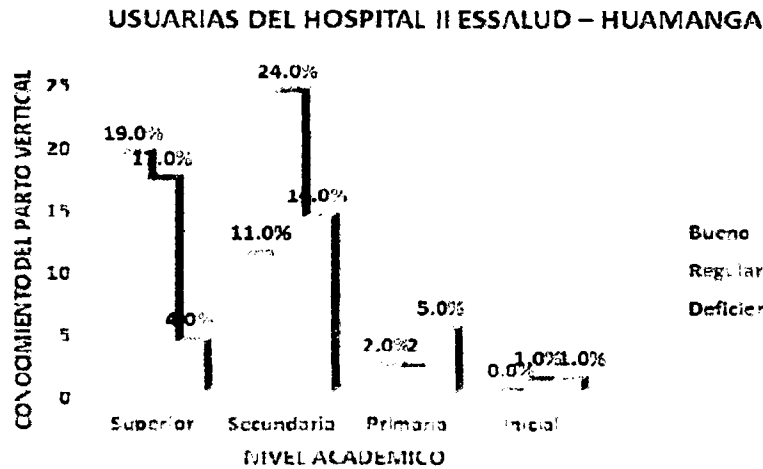
CUADRO N° 05

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL SEGÚN NIVEL ACADÉMICO LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014.

NIVEL ACADÉMICO	CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL		Bueno		Regular		Deficiente		SUB TOTAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Superior	19	19.0	17	17.0	04	4.0	40	40.0	14	14.0	15	15.0	--	--	29	29.0	69	34.5
Secundaria	11	11.0	24	24.0	14	14.0	49	49.5	18	18.0	23	23.0	14	14.0	55	55.0	104	52.0
Primaria	02	2.0	02	2.0	05	5.0	09	9.0	03	3.0	02	2.0	06	6.0	11	11.0	20	10.0
Inicial	--	--	01	1.0	01	1.0	02	2.0	01	1.0	02	2.0	02	2.0	05	5.0	07	3.5
TOTAL	32	32.0	44	44.0	24	24.0	100	100.0	36	36.0	42	42.0	22	22.0	100	100.0	200	100.0

$\chi^2_c = 14.58$ 6 gl (0.05) $\chi^2_t = 12.59$ $p > 0.05$ $\chi^2_c = 16.82$ 6 gl (0.05) $\chi^2_t = 12.59$ $p > 0.05$

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.



El Cuadro N° 05, nos muestra el nivel de conocimiento sobre parto vertical en relación al nivel académico; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD – Huamanga el 49% (49) tuvieron un nivel académico secundario, de esta cifra el 24% (24) tuvo un conocimiento regular acerca del parto vertical, el 14% (14) tuvo un nivel de conocimiento deficiente y el 11% (11) tuvo un nivel de conocimiento bueno. Asimismo el 40% (40) tuvieron un nivel académico superior, de esta cifra el 19% (19) tuvieron un nivel de conocimiento bueno acerca del parto vertical, el 17% (17) tuvo un nivel de conocimiento regular y el 4% (4) tuvo un nivel de conocimiento deficiente. Finalmente el 9% (9) tuvieron un nivel académico en primaria, de esta cifra el 5% (5) tuvieron un nivel de conocimiento deficiente acerca del parto vertical, el 2% (2) tuvo un nivel de conocimiento regular y el 2% (2) tuvo un nivel de conocimiento bueno. Finalmente el 2% (2) tuvieron un nivel académico en inicial, de esta cifra el 1% (1) tuvo un nivel de conocimiento regular acerca del parto vertical, el 1% (1) tuvo un nivel de conocimiento deficiente y ninguna conocimiento bueno.

Del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 55% (55) tuvieron un nivel académico secundario, de esta cifra el 23% (23) tuvieron un nivel de conocimiento regular acerca del parto vertical, el 18% (18) tuvieron un nivel de conocimiento bueno y el 14% (14) tuvieron un nivel conocimiento deficiente. Asimismo el 29% (29) tuvieron un nivel académico superior, de esta cifra el 15% (15) tuvieron un nivel de conocimiento regular acerca del parto vertical, el 14% (14) tuvieron un nivel de conocimiento bueno y ninguna un conocimiento deficiente. Asimismo el

11% (11) tuvieron un nivel académico primario, de esta cifra el 6% (6) tuvieron un nivel de conocimiento deficiente acerca del parto vertical, el 3% (3) tuvieron un nivel de conocimiento bueno y el 2% (2) tuvo un nivel de conocimiento regular. Finalmente el 5% (5) tuvieron un nivel académico en inicial, de esta cifra el 2% (2) tuvieron un nivel de conocimiento regular acerca del parto vertical, el 2% (2) tuvieron un nivel de conocimiento deficiente y el 1% (1) tuvo un nivel de conocimiento bueno.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD – Huamanga es 49% (49) de las gestantes tuvieron un nivel académico secundario con un 24% de nivel de conocimiento regular sobre el parto vertical; el mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 55% (55); el 23% de las gestantes tuvieron un nivel académico secundario con un nivel de conocimiento regular sobre parto el vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que el nivel académico sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan un conocimiento adecuado acerca del parto vertical; es decir, cuando el nivel académico es mejor es adecuado su conocimiento acerca del parto vertical, dado que cuando más estudios se posee mejor es el conocimiento que se tiene acerca del parto tradicional.

Los conocimientos de las gestantes que acudieron al Hospital ESSALUD Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho depende mucho del nivel

académico en la que se encuentra ya que es el grado de conocimientos que adquiere la persona durante su ciclo vital que le proporcionará la formación de su personalidad propia, permitiéndole informarse y desempeñarse; es decir, que las gestantes de mejor nivel académico tendrá mejores conocimientos hacia el parto vertical frente a las gestantes con un nivel académico inferior.

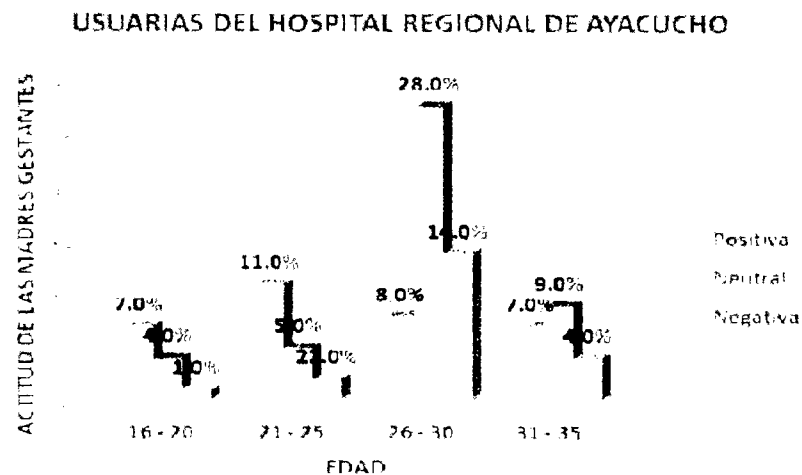
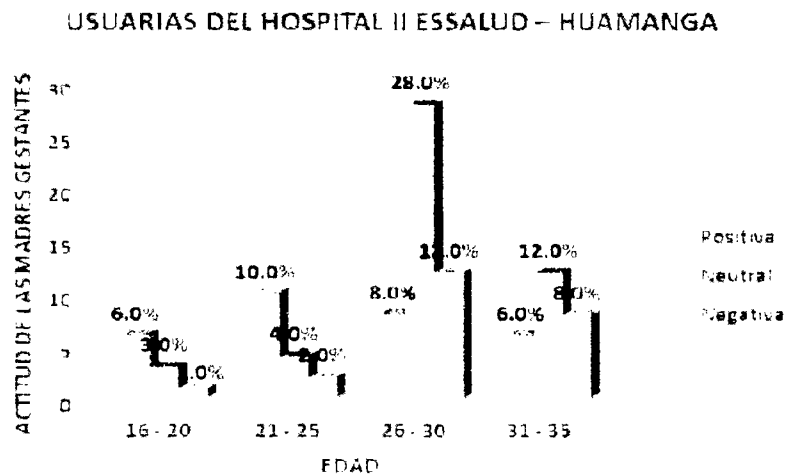
CUADRO N° 06

ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014. SEGÚN EDAD.

EDAD	ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
16 - 20	06	6.0	03	3.0	01	1.0	10	10.0	07	7.0	04	4.0	01	1.0	12	12.0	22	11.0
21 - 25	10	10.0	04	4.0	02	2.0	16	16.0	11	11.0	05	5.0	02	2.0	18	18.0	34	17.0
26 - 30	08	8.0	28	28.0	12	12.0	48	48.0	08	8.0	28	28.0	14	14.0	50	50.0	98	49.0
31 - 35	06	6.0	12	12.0	08	8.0	26	26.0	07	7.0	09	9.0	04	4.0	20	20.0	46	23.0
TOTAL	30	30.0	47	47.0	23	23.0	100	100.0	33	33.0	46	46.0	21	21.0	100	100.0	200	100.0

$\chi^2_c = 17.74$ 6 gl (0.05) $\chi^2_t = 12.59$ $p > 0.05$ $\chi^2_c = 16.79$ 6 gl (0.05) $\chi^2_t = 12.79$ $p > 0.05$

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.



El Cuadro N° 06, nos muestra la actitud en relación a la edad; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD – Huamanga el 48% (48) tuvieron edades entre los 26 a 30 años, de esta cifra el 28% (28) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 12% (12) expresaron una actitud negativa y el 8% (8) expresaron una actitud positiva. Asimismo el 26% (26) tuvieron edades entre los 31 a 35 años, de esta cifra el 12% (12) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 8% (8) expresaron una actitud negativa y el 6% (6) una actitud positiva. Asimismo el 16% (16) tuvieron edades entre los 21 a 25 años, de esta cifra el 10% (10) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical, el 4% (4) expresaron una actitud neutral y el 2% (2) una actitud negativa. Finalmente el 10% tuvieron edades entre los 16 a 20 años, de esta cifra el 6% (6) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical, el 3% (3) expresaron una actitud neutra y el 1% (1) expresó actitud negativa.

Del 100% de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho se observa que el 50% (50) tuvieron edades entre los 26 a 30 años, de esta cifra el 28% (28) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, 14%(14) expresaron una actitud negativa y el 8% (8) expresaron una actitud positiva. Asimismo el 20% (20) tuvieron edades entre los 31 a 35 años, de esta cifra el 9% (9) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, 7% (7) expresaron una actitud positiva y el 4% (4) expresaron una actitud negativa. Asimismo el 18% (18) tuvieron edades entre los 21 a 25 años de edad, de esta cifra el 11% (11) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical, el 5% (5) expresaron una actitud neutral y el 2% (2) expresaron una

actitud negativa. Finalmente el 12% (12) tuvieron edades entre los 16 a 20 año, de esta cifra el 7% (7) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical, el 4% (4) expresaron una actitud neutra y el 1% (1) expresaron una actitud negativa.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD – Huamanga es 48% (48) de las gestantes tuvieron edades entre 26 a 30 años con una actitud neutral del 28% hacia el parto vertical; el mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 50% (50) de las gestantes tuvieron edades entre 26 a 30 años con una actitud neutral del 28% hacia el parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que la edad sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, expresen una actitud adecuada frente al parto vertical; es decir, cuanto menor es la edad de la madre gestante, es favorable su actitud frente al parto vertical, debido a que el conocimiento que poseen les permite expresar una actitud adecuada frente al parto tradicional.

Al respecto, **García, K.; Orellana, D. y otros (2012)**, quien estudió los *conocimiento, Actitud, Percepción y Prácticas acerca del Parto Vertical en Guatemala*; del grupo de gestantes que presentó una actitud positiva hacia el parto vertical fue de 85%: el 50.5% son madres gestantes adultas, el 15.% son madres gestantes jóvenes y el 10% son adolescentes. Mientras que el grupo de madres gestantes que presentó una actitud desfavorable fue de

15% de esta cifra el 5% son madres gestantes adolescentes, un 7% son madres gestantes jóvenes y el 3% son madres gestantes adultas.

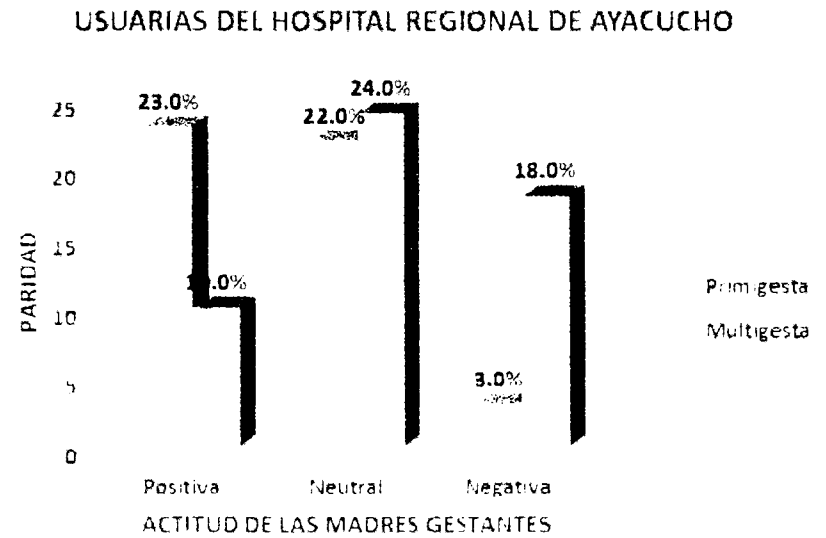
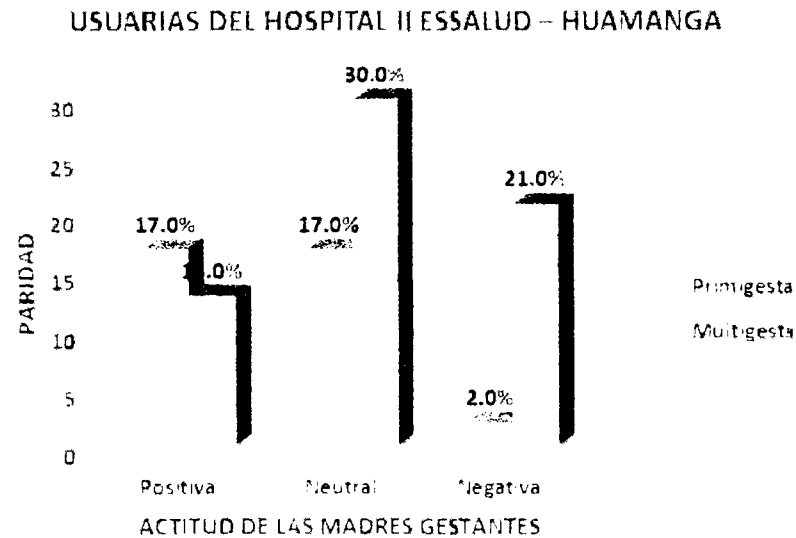
La **actitud** es un procedimiento que conduce a un comportamiento en particular, pueden hacerse tangibles de tres formas: a nivel ideativo, conductual o emocional que desarrolla y enfoca determinadas acciones hacia determinados fines y propósitos.

CUADRO N° 07

ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014. SEGÚN PARIDAD.

PARIDAD	ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES																TOTAL		
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO										
	Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		N°	%	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%			
Primigesta	17	17.0	17	17.0	02	2.0	36	36.0	23	23.0	22	22.0	03	3.0	48	48.0	84	42.0	
Multigesta	13	13.0	30	30.0	21	21.0	64	64.0	10	10.0	24	24.0	18	18.0	52	52.0	116	58.0	
TOTAL	30	30.0	47	47.0	23	23.0	100	100.0	33	33.0	46	46.0	21	21.0	100	100.0	200	100.0	
$\chi^2_c = 13.00$ 2 gl (0.05)								$\chi^2_t = 5.99$ p > 0.05		$\chi^2_c = 15.79$ 2 gl (0.05)								$\chi^2_t = 5.99$ p > 0.05	

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.



El Cuadro N° 07, nos muestra la actitud en relación a la paridad; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD – Huamanga el 64% (64) fueron multigesta, de este porcentaje el 30% (30) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 21% (21) expresaron una actitud negativa y el 13% (13) expresaron una actitud positiva. Asimismo el 36% (36) fueron primigesta, de este porcentaje el 17% (17) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical, el 17% (17) expresaron una actitud neutral y el 2% (2) una actitud negativa.

Del 100% de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 52% (52) fueron multigesta, de este porcentaje el 24% (24) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 18% (18) expresaron una actitud negativa y el 10% (10) expresaron una actitud positiva. Asimismo el 48%(48) fueron primigesta, de este porcentaje el 23% (23) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical, el 22% (22) expresó una actitud neutral y el 3% (3) expresó una actitud negativa.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD - Huamanga el 64% (64) de las gestantes fueron multigestas mostrando el 30% una actitud neutral hacia el parto vertical; y el mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 52% (52) de las gestantes fueron multigestas mostrando el 24% una actitud neutral hacia el parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que la paridad sí influye para que las madres gestantes que acudieron

al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan una actitud adecuada acerca del parto vertical; es decir, las madres gestantes que son condición primigesta expresan una mejor actitud frente al parto vertical, dado que la información recibida de otras experiencias le induce a tener mejor actitud frente al parto vertical.

Al respecto **Rendón (2013)**, quien estudió los beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Canton Daule"Boldt (Chile-2009), del 100% de las gestantes al hospital el 44% tuvo un parto en posición vertical semisentado de las cuales el 35,7% de las mujeres multigestas mostraron una una actitud positiva sobre el parto ancestral en cambio el 8,3% de las mujeres multigestas, tienen una actitud negativa sobre parto vertical.

La paridad es la condición de toda mujer gestante y se sabe que la mayoría de madres primíparas tienen mayor dificultad y una actitud negativa frente al parto vertical, debido a que es una nueva experiencia, el cual requiere cuidados minuciosos y especiales. Por otro lado, una madre multípara tiene una actitud positiva hacia el parto vertical porque anteriormente tuvo experiencias de parto. Favoreciendo así su desarrollo físico y mental.

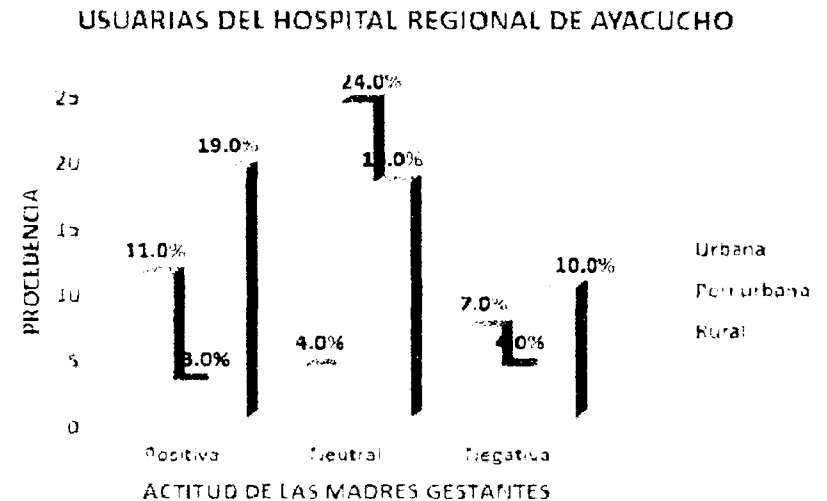
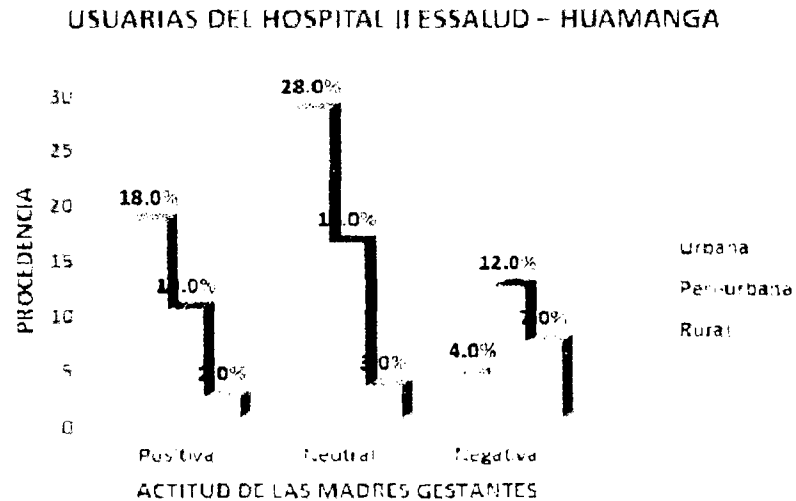
CUADRO N° 08

ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014. SEGÚN PROCEDENCIA.

PROCEDENCIA	ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Urbana	18	18.0	28	28.0	04	4.0	50	50.0	11	11.0	04	4.0	07	7.0	22	22.0	77	35.0
Peri-urbana	10	10.0	16	16.0	12	12.0	38	38.0	03	3.0	24	24.0	04	4.0	31	31.0	69	34.5
Rural	02	2.0	03	3.0	07	7.0	12	12.0	19	19.0	18	18.0	10	10.0	47	47.0	56	30.5
TOTAL	30	30.0	47	47.0	23	23.0	100	100.0	33	33.0	46	46.0	21	21.0	100	100.0	200	100.0

$\chi^2_c = 16.40$ 4 gl (0.05) $\chi^2_t = 9.49$ $p > 0.05$ $\chi^2_c = 13.12$ 4 gl (0.05) $\chi^2_t = 9.49$ $p > 0.05$

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.



El Cuadro N° 08, nos muestra la actitud en relación a la edad; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD – Huamanga el 50% (50) procedían de la zona urbana, de esta cifra el 28% (28) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 18% (18) expresaron una actitud positiva y el 4% (4) expresaron una actitud negativa. Asimismo el 38%(38) procedían de la zona peri-urbana, de esta cifra el 16% (16) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 12% (12) expresaron una actitud negativa y el 10% (10) expresaron una actitud positiva. Finalmente el 12% (12) procedían de la zona rural, de esta cifra: 7% (7) expresan una actitud negativa frente al parto vertical, 3% (3) una actitud neutral y 2% (2) una actitud positiva.

Del 100%(100) de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 47% (47) procedían de la zona rural, de esta cifra el 19% (19) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical, el 18% (18) expresaron una actitud neutral y el 10% (10) expresaron una actitud negativa. Asimismo el 31% (31) procedían de la zona peri-urbana, de esta cifra el 24% (24) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, 4% (4) una actitud negativa y el 3% (3) una actitud positiva. Finalmente el 22% (22) proceden de la zona urbana, de esta cifra el 11% (11) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical, el 7% (7) expresaron una actitud negativa y el 4% (4) una actitud neutral.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD – Huamanga es 28% (28) de las gestantes procedían de la zona urbana mostrando una actitud neutral hacia el parto vertical; el

mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 19% (19) de las gestantes procedían de la zona rural mostrando una actitud positiva hacia el parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que la procedencia sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan una actitud adecuada frente al parto vertical; es decir, cuando la procedencia de la madre gestante es rural es favorable su actitud frente al parto vertical, dado que la información recibida por parte de sus comadronas le permite tener mejor actitud frente al parto tradicional.

Al respecto **García, K.; Orellana, D. y otros (2012)**, quienes estudiaron el *conocimiento, Actitud, Percepción y Prácticas acerca del Parto Vertical*, sustentada en la de Universidad San Carlos de Guatemala determinan que del 75% de mujeres gestantes que tienen una actitud positiva sobre parto vertical: 5% son del sector urbano, 15% del sector periurbano y 55% del sector rural. Del 25% de mujeres gestantes que tienen una actitud negativa acerca del parto vertical: 13% son del sector urbano, 9% del sector periurbano y 3% del sector rural.

La realidad social nos genera formas de actuar, de relacionarnos y conocer. Se puede señalar que la procedencia es un factor externo social y cultural influye sobre la generación de actitudes, determinándose así que en la zona rural andino – amazónico las gestantes muestran una actitud favorable hacia las prácticas ancestrales del parto vertical, cuyas costumbres son heredadas de generación a generación. Cuya disposición es menor en la zona urbana.

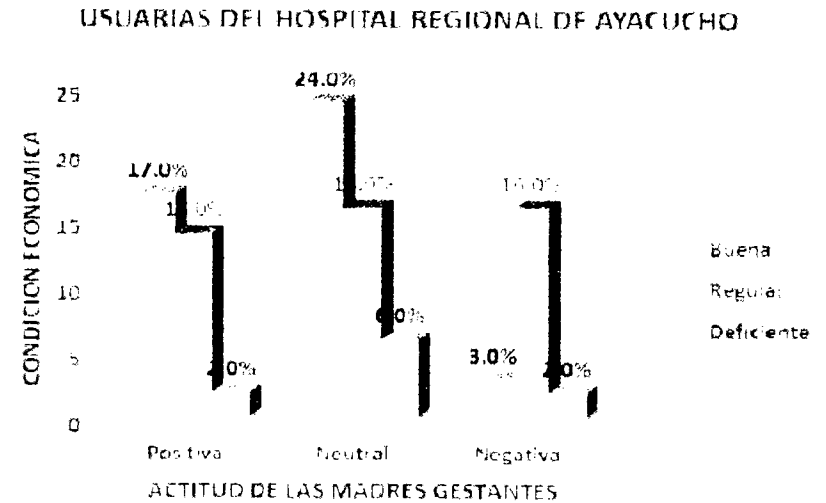
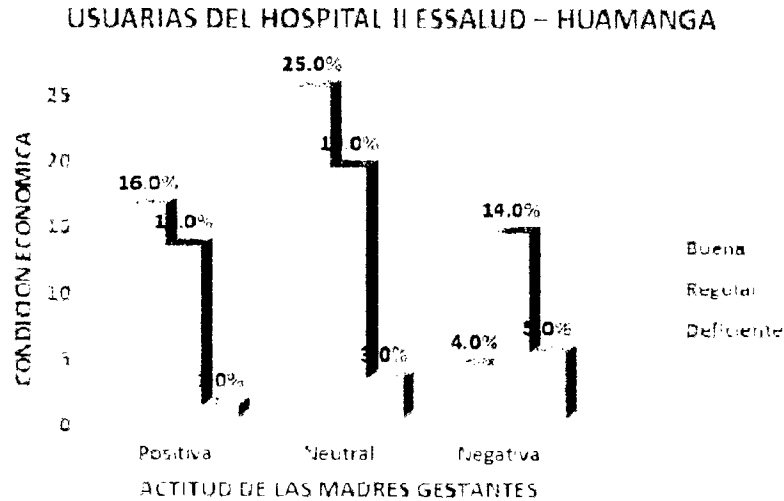
CUADRO N° 09

ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014. SEGÚN CONDICIÓN ECONÓMICA.

CONDICIÓN ECONÓMICA	ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Buena	16	16.0	25	25.0	04	4.0	45	45.0	17	17.0	24	24.0	03	3.0	44	44.0	89	44.5
Regular	13	13.0	19	19.0	14	14.0	46	46.0	14	14.0	16	16.0	16	16.0	46	46.0	92	46.0
Deficiente	01	1.0	03	3.0	05	5.0	09	9.0	02	2.0	06	6.0	02	2.0	10	10.0	19	9.5
TOTAL	30	30.0	47	47.0	23	23.0	100	100.0	33	33.0	46	46.0	21	21.0	100	100.0	200	100.0

$\chi^2_c = 12.10$ 4 gl (0.05) $\chi^2_c = 9.49$ p > 0.05 $\chi^2_c = 11.79$ 4 gl (0.05) $\chi^2_c = 9.49$ p > 0.05

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.



Del Cuadro N° 09, nos muestra la actitud en relación a la condición económica; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga: 46% (46) tuvieron una condición económica regular, de este porcentaje el 19% (19) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 14% (14) expresaron una actitud negativa y el 13% (13) expresaron una actitud positiva. Asimismo 45% (45) tuvieron una condición económica buena, de este porcentaje el 25% (25) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 16% (16) expresaron una actitud positiva y el 4% (4) expresaron una actitud negativa. Finalmente el 9% (9) tuvieron una condición económica deficiente, de este porcentaje el 5% (5) expresaron una actitud negativa frente al parto vertical, el 3% (3) expresaron una actitud neutral y el 1% (1) expresaron una actitud positiva.

Del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 46% (46) tuvieron una condición económica regular, de este porcentaje el 16% (16) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 16% (16) expresaron una actitud negativa y el 14% (14) expresaron una actitud positiva. Asimismo el 44% (44) tuvieron una condición económica buena, de este porcentaje el 24% (24) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 17% (17) expresaron una actitud positiva y el 3% (3) expresaron una actitud negativa. Finalmente el 10% (10) tuvieron una condición económica deficiente, de este porcentaje el 6% (6) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical, el 2% (2) expresó una actitud positiva y el 1% (1) expresó una actitud negativa.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD – Huamanga es 25% (25) de las gestantes tuvieron una condición económica buena expresando una actitud neutral neutral hacia el parto vertical; el mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 24% (24) de las gestantes tuvieron una condición económica buena expresando una actitud neutral hacia el parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que la condición económica sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan una actitud positiva frente al parto vertical; es decir, cuando la condición económica de la madre gestante es adecuada es favorable su actitud frente al parto vertical, debido a que la información adquirida en diferentes medios le permite tomar una actitud favorable acerca del parto vertical.

La *condición económica* es una medida total económica y sociológica proveniente de la preparación laboral de una persona y de la posición económica, social, individual o familiar, basada en su ingreso económico proveniente de su empleo. Al analizar la condición económica de la gestante se analizan, los ingresos del hogar, los niveles de educación, y ocupación. La *condición económica* influye en la generación de actitudes en las gestantes; es decir, cuando la condición económica de la madre gestante es adecuada es favorable su conocimiento acerca del parto vertical debido a que la solvencia económica le permite adquirir material informativo acerca del parto tradicional.

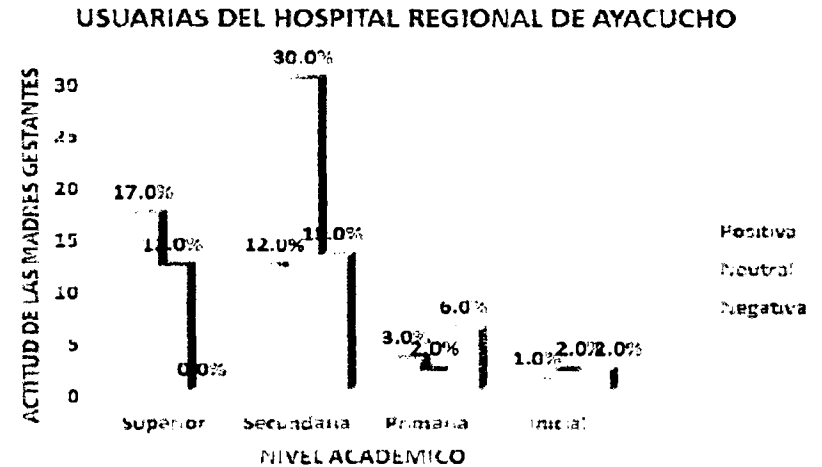
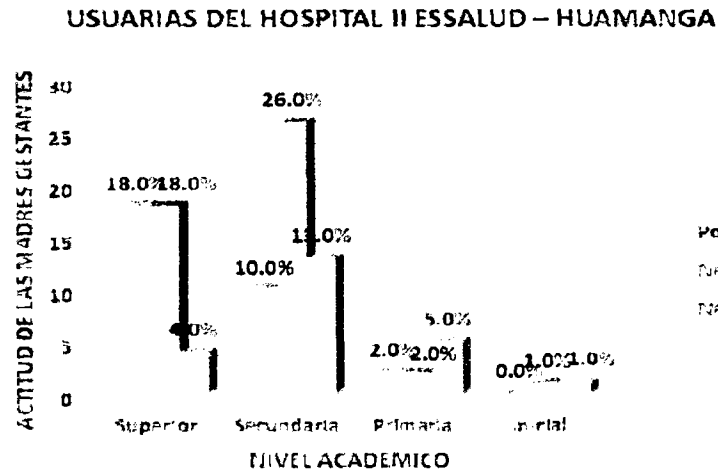
CUADRO N° 10

ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014. SEGÚN NIVEL ACADÉMICO.

NIVEL ACADÉMICO	ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Superior	18	18.0	18	18.0	04	4.0	40	40.0	17	17.0	12	12.0	--		29	29.0	69	34.5
Secundaria	10	10.0	26	26.0	13	13.0	49	49.0	12	12.0	30	30.0	13	13.0	55	55.0	104	52.0
Primaria	02	2.0	02	2.0	05	5.0	09	9.0	03	3.0	02	2.0	06	6.0	11	11.0	20	10.0
Inicial	--		01	1.0	01	1.0	02	2.0	01	1.0	02	2.0	02	2.0	05	5.0	07	3.5
TOTAL	30	30.0	47	47.0	23	23.0	100	100.0	33	33.0	46	46.0	21	21.0	100	100.0	200	100.0

$\chi^2_c = 14.87$ 6 gl (0.05) $\chi^2_t = 12.59$ p > 0.05 $\chi^2_c = 24.14$ 6 gl (0.05) $\chi^2_t = 12.59$ p > 0.05

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.



El Cuadro N° 10, nos muestra la actitud en relación al nivel académico; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD – Huamanga el 49% (49) tuvieron un nivel académico en secundario, de esta cifra el 26% (26) expresó una actitud neutral frente al parto vertical, el 13% (13) expresó una actitud negativa y el 10% (10) expresó una actitud positiva. Asimismo el 40% (40) tuvieron un nivel académico superior, de esta cifra el 18% (18) expresó una actitud neutral frente al parto vertical, el 18% (18) expresó una actitud positiva y el 4% (4) expresó una actitud negativa. Asimismo el 9% (9) tuvo un nivel académico primario, de esta cifra del 5 % (5) expresó una actitud negativa frente al parto vertical, el 2% (2) expresó una actitud neutral y el 2% (2) expresó una actitud positiva. Finalmente 2% (2) tuvieron un nivel académico en inicial, de esta cifra el 1% (1) expresó una actitud neutral frente al parto vertical, el 1% (1) expresó una actitud negativa y ninguna una actitud positiva.

Del 100% de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 55% (55) tuvieron un nivel académico secundario, de esta cifra el 30% (30) expresó una actitud neutral frente al parto vertical, el 13% (13) expresó una actitud negativa y el 12% (12) expresó una actitud positiva. Asimismo 29% (29) tuvieron un nivel académico superior, de esta cifra el 17% (17) expresó una actitud positiva frente al parto vertical, el 12% (12) expresó una actitud neutral y ninguna una actitud negativa. Asimismo 11% (11) tuvieron un nivel académico en primaria, de esta cifra el 6% (6) expresó una actitud negativa frente al parto vertical, el 3% (3) expresó una actitud positiva y el 2% (2) expresó una actitud neutral. Finalmente 5% (5) tuvieron un nivel

académico en inicial, de esta cifra el 2% (2) expresó una actitud neutral frente al parto vertical, el 2% (2) expresó una actitud negativa y el 1% (1) expresó una actitud positiva.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD – Huamanga es 49%(49) de las gestantes tuvieron un nivel académico secundario expresando el 26% una actitud neutral frente al parto vertical; el mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 55% (55) de las gestantes tuvieron un nivel académico secundario expresando el 30% una actitud neutral frente al parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que el nivel académico sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan una actitud adecuada frente al parto vertical; es decir, cuando el nivel académico es mejor es favorable la actitud frente al parto vertical, debido a que su formación educativa es favorable.

La actitud de las gestantes que acudieron al Hospital ESSALUD Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho depende mucho del nivel académico en la que se encuentra; es decir, que las gestantes de mejor nivel académico tendrán mejor actitud hacia el parto vertical frente a las gestantes con un nivel académico inferior.

CUADRO N° 11

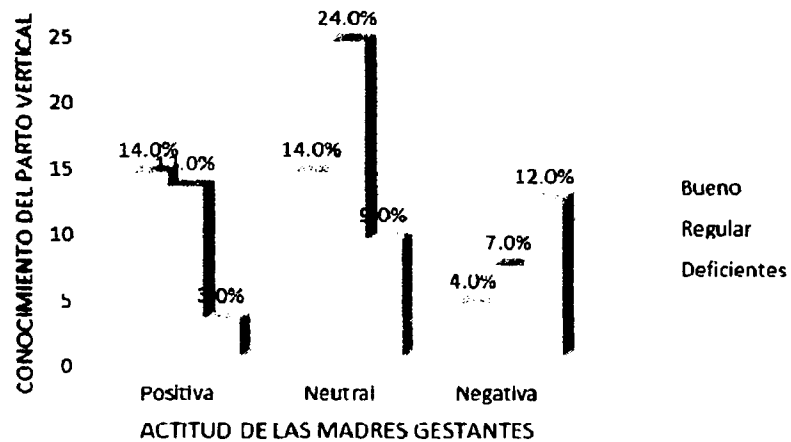
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL RELACIONADO A LA ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDIERON AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO ENTRE LOS MESES DE SETIEMBRE A NOVIEMBRE DEL 2014.

CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL	ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES																TOTAL	
	USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA								USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO									
	Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		Positiva		Neutral		Negativa		SUB TOTAL		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Bueno	14	14.0	14	14.0	04	4.0	32	32.0	22	22.0	16	16.0	05	5.0	43	43.0	75	37.5
Regular	13	13.0	24	24.0	07	7.0	44	44.0	15	15.0	06	6.0	09	9.0	30	30.0	74	37.0
Deficientes	03	3.0	09	9.0	12	12.0	24	24.0	09	9.0	11	11.0	07	7.0	27	27.0	51	25.5
TOTAL	30	30.0	47	47.0	23	23.0	100	100.0	46	46.0	33	33.0	21	21.0	100	100.0	200	100.0

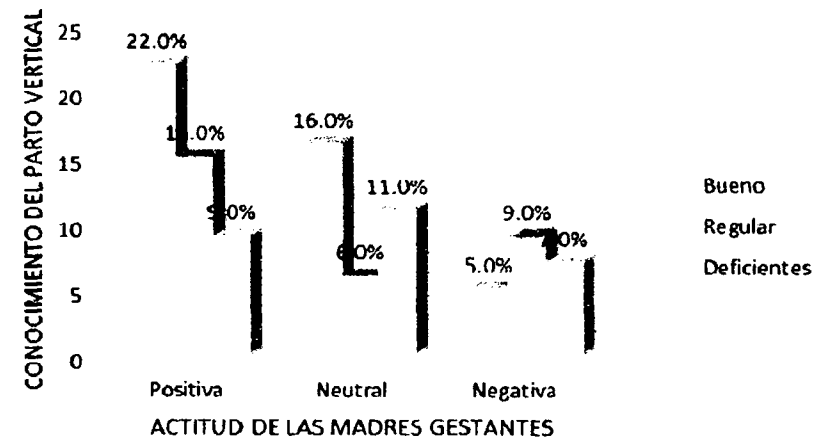
$\chi^2_c = 15.64$ 4 gl (0.05) $\chi^2_t = 9.49$ $p > 0.05$ $\chi^2_c = 12.61$ 4 gl (0.05) $\chi^2_t = 9.49$ $p > 0.05$

FUENTE: Cuestionario para madres gestantes.

USUARIAS DEL HOSPITAL II ESALUD – HUAMANGA



USUARIAS DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO



El Cuadro N° 11, nos muestra la relación de la actitud con el nivel de conocimiento; donde se observa que del 100% (100) de las gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD – Huamanga el 44% (44) tuvieron conocimiento regular acerca del parto vertical, de esta porcentaje el 24%(24) expresó una actitud neutral frente al parto vertical, el 13% (13) expresó una actitud positiva y el 7% (7) expresó una actitud negativa. Asimismo el 32% (32) tuvieron conocimiento bueno acerca del parto vertical, de esta porcentaje el 14% (14) expresó una actitud positiva frente al parto vertical, el 14% (14) expresó una actitud neutral y el 4% (4) expresó una actitud negativa. Finalmente el 24% (24) tuvieron un conocimiento deficiente acerca del parto vertical, las cuales el 12% (12) expresó una actitud negativa frente al parto vertical, el 9% (9) expresó una actitud neutral y el 3% (3) expresó una actitud positiva.

Del 100% de las gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho el 43% (43) tuvieron un conocimiento bueno acerca del parto vertical, las cuales el 22% (22) expresó una actitud positiva frente al parto vertical, el 16% (16) expresó una actitud neutral y el 5% (5) expresó una actitud negativa. Asimismo el 30% (30) tuvieron un conocimiento regular sobre el parto vertical, las cuales el 15% (15) de las gestantes expresó una actitud positiva frente al parto vertical, el 6% (6) expresó una actitud neutral y el 9% (9) expresó una actitud negativa. Finalmente el 27% (27) de las gestantes tuvieron conocimiento deficiente acerca del parto vertical, las cuales el 11% (11) expresó una actitud neutral frente al parto vertical, el 9% (9) expresó una actitud positiva y el 7% (7) expresó una actitud negativa.

Del análisis del cuadro se concluye que el mayor porcentaje obtenido en el hospital II ESSALUD – Huamanga es 44% (44) de las gestantes tuvieron un nivel de conocimiento regular y una actitud neutral frente al parto vertical; el mayor porcentaje obtenido en el Hospital Regional de Ayacucho fue 43% (43) de las gestantes tuvieron un nivel de conocimiento bueno y una actitud positiva frente al parto vertical.

Al realizar el análisis estadístico de la prueba de Chi cuadrado ($P > 0.05$) indica que el nivel de conocimiento del parto vertical sí influye para que las madres gestantes que acudieron al Hospital II ESALUD - Huamanga y al Hospital Regional de Ayacucho, tengan una actitud favorable frente al parto vertical; es decir, cuando el conocimiento del parto vertical es buena la actitud frente al parto vertical es positiva, dado que un mejor conocimiento es el factor importante para tomar una actitud positiva.

Al respecto **Medina y Mayca (Perú - 2006)**, quienes estudiaron las *creencias, costumbres y percepciones de las mujeres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis* fundamenta que el 68.5% las gestantes tienen un nivel de conocimiento adecuado: 45.3% poseen una actitud positiva frente al parto vertical y 23.2% posee una actitud negativa hacia el parto vertical; el 31.5% de las gestantes tienen un nivel de conocimiento deficiente sobre parto vertical: 15.1% posee una actitud positiva frente al parto vertical y el 16.4% posee una actitud negativa frente al parto vertical; concluyendo que las gestantes que tienen un nivel de conocimiento adecuado muestran una actitud positiva frente al parto vertical.

CONCLUSIONES

1. Del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital ESSALUD II-Huamanga, el 44%(44) tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre parto vertical; del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho, el 43%(43) tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre parto vertical.
2. Del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital ESSALUD II-Huamanga, el 24%(24) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical; del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho, el 22%(22) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical.
3. La edad, la procedencia, paridad, condición económica y el nivel académico, son factores que se asocian significativamente ($p < 0.05$) con el nivel de conocimiento y la actitud hacia el parto vertical.

RECOMENDACIONES

1. Que el personal de salud promueva el respeto de los derechos de las usuarias en los servicios de salud brindando información sobre los diferentes tipos de parto para que pueda elegir la posición que mayor comodidad le brinda con la participación activa de su familiar.
2. Que los establecimientos de salud públicos y privados, consideren dentro de su experiencia institucional y estrategia profesional la atención del parto vertical.
3. Que los profesionales de Obstetricia promuevan en las madres gestantes el conocimiento adecuado del parto vertical para mejorar y fortalecer la actitud favorable que poseen las gestantes.
4. Las Universidades del país garanticen la existencia de la competencia cultural del personal de salud, con la finalidad de respetar las diversas cosmovisiones de salud y enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón, Ana y Nahuelcheo, Yolanda. (2008). *Conocimiento sobre el parto vertical*. Chile: Universia.
2. Aldana, Carlos. (2010). *Ciencia y Conocimiento*. Guatemala: Imágenes.
3. Ayllón, Sonia. (2010). "Beneficios de la posición vertical para la atención del parto. Experiencia en el Hospital "Manuel A. Villaruel" de Punata, Cochabamba, Bolivia". En tesis. Bolivia: Universidad Estatal de Cochabamba.
4. Amaila, Bernardo. (2011). *Parir como diosas: recuperando el parto vertical*. México: Mc Graw Hill.
5. Ávila, R. (2001). *Metodología de Investigación*. Lima: RA.
6. Boldt, Patricia. (2009). "Evaluación de los efectos de técnicas aplicadas en el modelo de atención humanizada del Parto, a usuarias atendidas en la maternidad del Hospital de Paillaco. Octubre y noviembre del 2009". Chile: Universidad Austral de Chile
7. Bonilla, Irene. (2008). *Obstetricia, Reproducción y Ginecología Básicas*. México: Médica Panamericana.
8. Caballero, A. (2005). *Metodología de la Investigación Científica*. Lima: ETC.
9. Cárdenas, Carla (2012) "Impacto y acogida del parto culturalmente adecuado por el equipo de profesionales de salud del Hospital San Luis de Otavalo en el año 2011 – 2012". Ecuador: Universidad Técnica del Norte.
10. Cavalleri María. (2010). *El parto a través de la historia*. Estados Unidos: UNICEF, 1992.
11. Cerda, Enrique. (2012). *Una Psicología de Hoy*. México: Mc Graw Hill.
12. Ferrero, Saúl. (2009). *Investigación Cuantitativa y Cualitativa*. España: Paidós.
13. García, Victoria (2006). "conocimiento y Actitud sobre el Parto ancestral". En tesis. España: Universidad Autónoma de Madrid.
14. García, Karin; Orellana, Dacia y otros (2012). "Conocimiento, Actitud, Percepción y Prácticas acerca del Parto Vertical". En tesis. Guatemala: Universidad San Carlos de Guatemala.

15. Landeo, Nelly (2008). *"Factores socioculturales asociados al parto vertical en gestantes que se atienden en el Centro de Salud de Vilcas Huamán. Ayacucho, marzo a julio 2007"*. En tesis. Ayacucho: Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
16. Lugones, Miguel y Ramírez, Marieta (2012). *Actitud hacia el parto ancestral*. Cuba: Ciencia Médica.
17. Laura, Teresa (2009). *"Actitud de las gestantes frente al Parto Vertical en el Hospital del Callao"*. En tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
18. Medina, Armando y Mayca, Julio. (2006). *"Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis"*. En tesis. Lima: Instituto Nacional de Salud y Nutrición.
19. Méndez, Carlos (2008). *El Conocimiento*. Chile: Universia
20. MINSA (2005). *"Norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación cultural"*. Documento de Trabajo social. Lima: Ministerio de Salud.
21. Molina, Juliana. (2010). *Investigación Científica*. Cuba: Cultura Popular
22. Prado, Violeta. (2006). *"El parto de posición vertical en los Centros de Salud de la Sierra Peruana"*. Lima: Instituto Nacional de Salud.
23. Soto, Carmen (2009). *Manual de Enfermería Maternal*. España: Elsevier.
24. Rendón, Jilly. (2013). *"Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multíparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Canton Daule"*. En Tesis. Ecuador: Universidad de Guayaquil.
25. Trejo, Héctor. (2008). *¿Qué es la actitud?*. Colombia: Voluntad
26. Zavala, Abel. (2009). *Proyecto de Investigación Científica*. Lima: San Marcos.

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL Y LA ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. MARZO – MAYO, 2014.

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MÉTODOLÓGIA
<p>GENERAL</p> <p>¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre parto vertical y actitud de las madres gestantes que acuden al Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho. Marzo – mayo, 2014?</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>¿Qué nivel de conocimiento expresan las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, sobre el parto vertical?</p> <p>¿Qué actitud asumen las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, sobre el parto vertical?</p>	<p>GENERAL</p> <p>Determinar el nivel de conocimiento sobre parto vertical y actitud de las madres gestantes que acuden al Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho. Marzo – mayo, 2014.</p> <p>ESPECÍFICOS</p> <p>-Determinar el nivel de conocimiento que expresan las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, acerca del parto vertical.</p> <p>-Determinar la actitud que asumen las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, sobre el parto vertical.</p> <p>-Relacionar el nivel de conocimiento y la actitud de las madres gestantes que acuden al Hospital II Esalud de Huamanga y hospital Regional de Ayacucho, acerca del parto vertical</p>	<p>GENERAL</p> <p>-El conocimiento que tienen acerca del parto vertical está relacionado con la actitud que tienen las madres gestantes que acuden al Hospital II Es Salud de Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho</p>	<p>INDEPENDIENTE</p> <p>- Conocimiento del parto vertical</p> <p>DEPENDIENTES</p> <p>- Actitud de las gestantes</p> <p>INTRVINIENTES</p> <p>-edad -Procedencia -Servicio de salud -condición económica</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Aplicada.</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>Descriptivo, comparativo, transversal.</p> <p>ÁREA DE ESTUDIO</p> <p>Hospital II ESALUD – Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho</p> <p>POBLACIÓN</p> <p>Todas las gestantes que acudirán al Hospital II ESALUD y Hospital Regional de Ayacucho.</p> <p>MUESTRA</p> <p>200 madres gestantes.</p> <p>TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>Encuesta, cuestionario y test de Likert..</p> <p>RECOLECCIÓN DE DATOS</p> <p>A través de fichas de recolección de datos.</p> <p>PROCESAMIENTO DE DATO</p> <p>Haciendo usos del paquete estadístico SPSS versión 20.</p> <p>PRESENTACIÓN DE DATOS</p> <p>Serán presentados en cuadros compuestos y gráficos.</p>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA
FACULTAD DE OBSTETRICIA
ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

CUESTIONARIO PARA GESTANTES

INSTRUCTIVO. Señora suplico a Ud. marcar con una equis (X) en cada respuesta que su persona vea por conveniente; su valioso aporte permitirá concluir el trabajo de investigación titulado: **CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL Y LA ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE –NOVIEMBRE, 2014.**

Institución a la que acude:		Hospital II ESSALUD - Huamanga () Hospital Regional de Ayacucho ()	Edad:		
Paridad	Primigesta ()	Procedencia	Urbano ()	Condición económica	Buena ()
	Multigesta ()		Periurbano ()		Regular ()
			Rural ()		Deficiente ()
Nivel académico	Inicial ()	Primaria ()	Secundaria ()		Superior ()

El parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical para dar a luz (de pie, sentada o de cuclillas).

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PARTO VERTICAL

Marque Ud., con V (verdad) o F (falso) en cada una de las proposiciones propuestas

	V	F
En relación a las ventajas del parto vertical		
- El parto vertical proporciona más comodidad y confianza a la madre a la hora del parto.		
- En el parto vertical la salida del bebe es más rápida		
- En el parto vertical los dolores son más fuertes		
En relación a las desventajas del parto vertical		
- En el parto vertical la placenta demora en salir		
- En el parto vertical hay más sangrado porque él bebe sale con fuerza		
- En el parto vertical existe mayor molestia para la mujer al momento del nacimiento		
En relación a las diferencias entre el parto vertical y la posición horizontal	V	F
- El parto vertical es más rápido que el parto horizontal o echada		
- En el parto vertical hay más sangrado que en el parto horizontal o echada		
- En el parto vertical hay más complicaciones que en el parto horizontal o echada		
- En el parto vertical los dolores son más suaves que el parto horizontal o echada		
En relación a las diferentes posiciones adoptadas	V	F
- En el parto vertical la posición más utilizada es de cuclillas		
- En el parto Vertical se puede cambiar de posición más de dos veces.		
- En el parto vertical las posiciones pueden ser; de cuclillas, de rodilla, de pies, de cuatro.		
En relación al alumbramiento de la placenta	V	F
- En el parto vertical la placenta demora más que en el horizontal		
- En el parto vertical la placenta sale por partes		
- En el parto vertical él bebe y la placenta salen juntos		

En relación a las el tiempo que dura el expulsivo	V	F
- En el parto vertical la salida del bebe demora más de 1 hora		
- En el parto vertical la salida del bebe demora media hora		
- En el parto vertical la salida del bebe demora 15 minutos		
En relación a las rasgaduras de periné	V	F
- En el parto vertical siempre se producen rasgaduras		
- En el parto vertical no se producen rasgaduras		
- En el parto vertical se producen rasgaduras muy complicadas		
En relación a la decisión de la posición	V	F
- En el parto vertical quien decide la posición es la mujer parturienta		
- En el parto vertical quien decide la posición es el o la proveedor/a de salud		
- En el parto vertical quien decide la posición es la partera		
En relación a los puntos de apoyo	V	F
- En el parto vertical existen más puntos de apoyo a la hora del parto		
- En el parto vertical las manos, los pies son puntos de apoyo que facilitan el expulsivo		
- En el parto vertical el apoyo de la pareja o familiar sirve de apoyo físico y psíquico		

ACTITUD DE LAS GESTANTES SOBRE EL PARTO VERTICAL

TEST DE LICKERT

Actitud	Acepta	Indiferencia	Rechaza
1. Si la invitan a conocer el ambiente donde se da la atención del parto vertical, usted.			
2. Buscaría información acerca de la atención del parto vertical			
3. Aceptaría Ud., la atención de su parto en posición vertical			
4. comunicaría a su pareja que el sería un participante directo en la atención del parto vertical, apoyándola a su lado?			
5. Recomendaría Ud., el parto vertical a un familiar o amiga			
6. Si le informan que en la atención del parto vertical, Ud. puede cambiar de posición ya sea de rodilla, de pie, sentada o de cuclillas, Ud.			
7. Asistiría a una sesión donde explican las ventajas del parto vertical			
8. Preguntaría a su abuela o su madre de la experiencia del parto vertical			
9. Preguntaría a su madre si tuvo partos en posición vertical			
10 Indagaría porque los hospitales del país están atendiendo el parto en forma vertical, además del horizontal?			



**FORMATO DE REGISTRO DE TRABAJOS DE
INVESTIGACIÓN CONDUCTENTE AL TÍTULO
UNIVERSITARIO**



I. DATOS GENERALES

- **Universidad:** Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga.
- **Facultad:** Obstetricia.
- **Escuela de Formación Profesional:** CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL Y LA ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE - NOVIEMBRE, 2014.
- **Área de Investigación:** Materna
- **Autora:**
 - ✓ **Apellidos y nombres:** QUISPE CANALES, Trilce Sabi
 - ✓ **DNI N°:** 46797383
- **Título profesional la que conduce:** Obstetra
- **Año de aprobación de la sustentación:** 2015

“CONOCIMIENTO DEL PARTO VERTICAL Y LA ACTITUD DE LAS MADRES GESTANTES QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESALUD - HUAMANGA Y HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO. SETIEMBRE - NOVIEMBRE, 2014.”

Planteamiento del problema: Traer un hijo al mundo es una de las mayores satisfacciones para una mujer; en cambio, el parto también puede definirse o citarse entre las expresiones más traumáticas tanto para la madre como para el niño o niña. Los grupos nativos, por lo general, poseen maneras propias de entender lo que les rodea, teniendo fundamentadas razones para hacerlo, por lo que es necesario que el sistema de salud conozca y respete dichas prácticas y razones ancestrales. En el contexto social peruano, se puede observar que las mujeres del área rural tienen mayor conocimiento sobre el parto vertical en relación a las mujeres del área urbana. (Caballeri, 2010) **Objetivos:** Determinar el nivel de conocimiento y la actitud que poseen las madres gestantes, que acuden al Hospital II ESALUD - Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho, sobre parto vertical. **Hipótesis:** El conocimiento del parto vertical está relacionado con la actitud que tienen las madres gestantes que acuden al Hospital II Es Salud de Huamanga y Hospital Regional de Ayacucho. **Marco Teórico:** Alarcón y Nahuelcheo (2008), señalan que el conocimiento es una experiencia que influye una representación vivida de un hecho o condición compleja con una firme creencia en su verdad. La adquisición de conocimiento por parte de la gestante están influenciados por diversos factores como: las tensiones culturales derivadas de los procesos de tradición y modernidad, la culturalidad o interculturalidad en salud, concebida como la posibilidad de un diálogo democrático, o trato igualitario, entre los sistemas de salud tradicional-indígena y la biomedicina científica. La actitud indica orientación selectiva y activa del hombre en general, en relación con una situación o problema cualquiera. El parto tradicional se entiende como un desarrollo en la aplicación de los principios de la humanización del parto desde la interculturalidad. Las gestantes, por lo general, tienen que saber que pueden elegir la postura o posición que más les agrade para alumbrar o dar a luz, la que más comfortable les resulte y que todo el peso de las evidencias científicas está a favor del uso de posiciones verticales, que hacen más corto, seguro y placentero el momento del nacimiento, dotada de una carga efectiva a favor o en contra de dicha acción. (Lugones y Ramírez, 2012) **Conclusión:** Del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital ESSALUD II-Huamanga, el 44%(44) tuvieron un nivel de conocimiento regular sobre parto vertical; del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho, el 43%(43) tuvieron un nivel de conocimiento bueno sobre parto vertical. Del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital ESSALUD II-Huamanga, el 24%(24) expresaron una actitud neutral frente al parto vertical; del 100%(100) de gestantes que acudieron al Hospital Regional de Ayacucho, el 22%(22) expresaron una actitud positiva frente al parto vertical. La edad, la procedencia, paridad, condición económica y el nivel académico, son factores que se asocian significativamente ($p < 0.05$) con el nivel de conocimiento y la actitud hacia el parto vertical. **Recomendaciones:** Que el personal de salud promueva el respeto de los derechos de las usuarias en los servicio de salud brindando información sobre los diferentes tipos de parto para que pueda elegir la posición que mayor comodidad le brinda con la participación activa de su familiar. Que los establecimientos de salud públicos y privados, consideren dentro de su experiencia institucional y estrategia profesional la atención del parto vertical. Que los profesionales de Obstetricia promuevan en las madres gestantes el conocimiento adecuado del parto vertical para mejorar y fortalecer la actitud favorable que poseen las gestantes. Las Universidades del país garanticen la existencia de la competencia cultural del personal de salud, con la finalidad de respetar las diversas cosmovisiones de salud y enfermedad.

Referencias Bibliográficas:

1. Cavalleri María. (2010). *El parto a través de la historia*. Estados Unidos: UNICEF, 1992.
2. Alarcón, Ana y Nahuelcheo, Yolanda. (2008). *Conocimiento sobre el parto vertical*. Chile: Universia.
3. Lugones, Miguel y Ramírez, Marieta (2012). *Actitud hacia el parto ancestral*. Cuba: Ciencia Médica.

"KNOWLEDGE OF VERTICAL DELIVERY AND ATTITUDE OF PREGNANT MOTHERS WHO GO TO HOSPITAL II ESSALUD - Huamanga and Ayacucho Regional Hospital. SEPTEMBER - NOVEMBER, 2014. "

Problem Statement: Bringing a child into the world is one of the greatest satisfactions for a woman; however, the delivery can also be defined or mentioned among the most traumatic expressions for both mother and child. Native groups usually have their own to understand what is around them, having founded reasons for doing so, so must the health system know and respect these practices and reasons ancestral ways. In the Peruvian social context, it can be observed that rural women have greater knowledge about the vertical birth in relation to women in urban areas. (Caballeri, 2010) **Objectives:** To determine the level of knowledge and attitude possessed by pregnant mothers who come to the Hospital II ESSALUD - Huamanga and Ayacucho Regional Hospital on delivery vertical. **Hypothesis:** Knowledge vertical delivery is related to the attitude with expectant mothers who come to the Hospital's ESSALUD II Huamanga and Ayacucho Regional Hospital. **Theoretical Framework:** Alarcon and Nahuelcheo (2008) indicate that knowledge is an experience that influences a vivid representation of a fact or complex condition with a firm belief in its truth. The acquisition of knowledge on the part of pregnant women are influenced by various factors such as the derivatives cultural tensions of the processes of tradition and modernity, the culturalism and multiculturalism in health, conceived as the possibility of a democratic dialogue, or equal treatment, including Traditional systems-indigenous health and scientific biomedicine. The selective and active attitude e indicates man in general, in relation to a situation or issue any guidance. The traditional childbirth is seen as a development in the application of the principles of the humanization of birth from multiculturalism. Pregnant women usually have to know they can choose the posture or position that most pleases them to light or giving birth, the more comfortable prove them and that the full weight of scientific evidence favors the use of positions vertical, which make it short, safe and pleasant at birth, equipped with effective for or against this action loads. (Lugones and Ramirez, 2012) **Conclude:** From 100% (100) of pregnant women attending the Hospital ESSALUD II-Huamanga, 44% (44) had a normal level of knowledge about vertical delivery; 100% (100) of pregnant women attending the Regional Hospital of Ayacucho, 43% (43) had a good level of knowledge about vertical delivery. 100% (100) of pregnant women attending the Hospital ESSALUD II-Huamanga, 24% (24) expressed a neutral attitude towards the vertical delivery; 100% (100) of pregnant women attending the Regional Hospital of Ayacucho, 22% (22) had positive attitude towards the vertical delivery. Age, origin, parity, economic status and academic level, are factors that are significantly associated ($p < 0.05$) with the level of knowledge and attitude towards vertical delivery. **Recommendation:** That the health personnel promote respect for the rights of users in the health service and bridling information on the different types of delivery so you can choose the position that provides comfort with the active participation of its familiar. Of the local public and private health, considered within its institutional experience and professional strategy vertical delivery care. Obstetrics professionals in pregnant mothers promote adequate knowledge of vertical delivery to improve and strengthen the positive attitude that have pregnant. The country's universities guarantee the existence of cultural competence of health personnel, in order to respect the different world views of health and disease.

Bibliographic References:

1. Cavalleri Mary. (2010). Delivery through history. USA: UNICEF, 1992.
2. Alarcón, Ana and Nahuelcheo, Yolanda. (2008). Knowledge on the vertical birth. Chile: Universia.
3. Lugones, and Miguel Ramirez, Marieta (2012). Ancestral attitude toward labor. Cuba: Medical Science.