

"AÑO DEL DIALOGO Y RECONCILIACIÓN NACIONAL"

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAMELICA

(Creada por Ley N° 25265)



ESCUELA DE POSGRADO

**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO**

TESIS

CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES DE SALUD ACOBAMBA Y CHURCAMPÁ, 2017

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: POLITICAS DE SALUD

PRESENTADO POR:

Bach. CCENTE CONDORI, MARLENY ELIZABETH

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRA EN:
CIENCIAS DE LA SALUD**

**MENCIÓN ADMINISTRACIÓN Y GERENCIA EN SERVICIOS DE
SALUD**

**HUANCAMELICA - PERU
2018**



"Año del Dialogo y Reconciliación Nacional"

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Ante el Jurado conformado por los docentes: **Dra. Marisol Susana TAPIA CAMARGO, Dr. Cesar Cipriano ZEA MONTESINOS, Dra. Charo Jacqueline JAUREGUI SUELDO.**

Asesor: Mg. Raul URETA JURADO

De conformidad al Reglamento para Optar el Grado Académico de Doctor y Maestro, de la Escuela de Posgrado, aprobado mediante Resolución Directoral N° 107-2018-EPG-R-UNH.

La Candidata al **GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD.**

Doña: **CCENTE CONDORI Marleny Elizabeth**, procedió a sustentar su trabajo de Investigación titulado: **CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PARTO CON ADECUACION INTERCULTURAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES DE SALUD ACOBAMBA Y CHURCAMP**, 2017.

Luego de haber absuelto las preguntas que le fueron formulados por los Miembros del Jurado, se dio por concluido al ACTO de sustentación, realizándose la deliberación y calificación, resultando:

Con el calificado

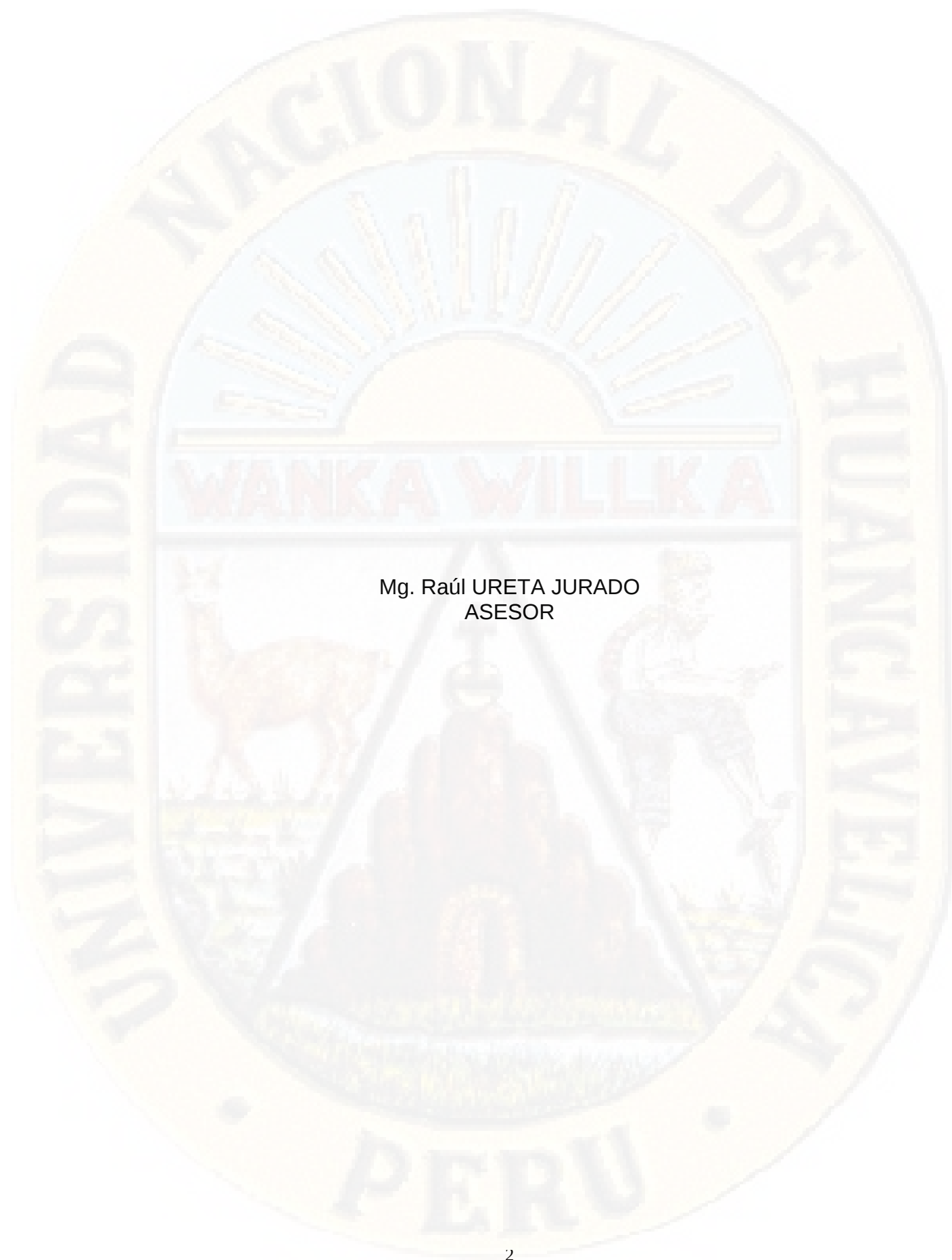
Aprobado por
.....
Unanimidad
.....

Y para constancia se extiende la presente ACTA, en la ciudad de Huancavelica, a los **diecinueve días del mes de diciembre del año 2018.**

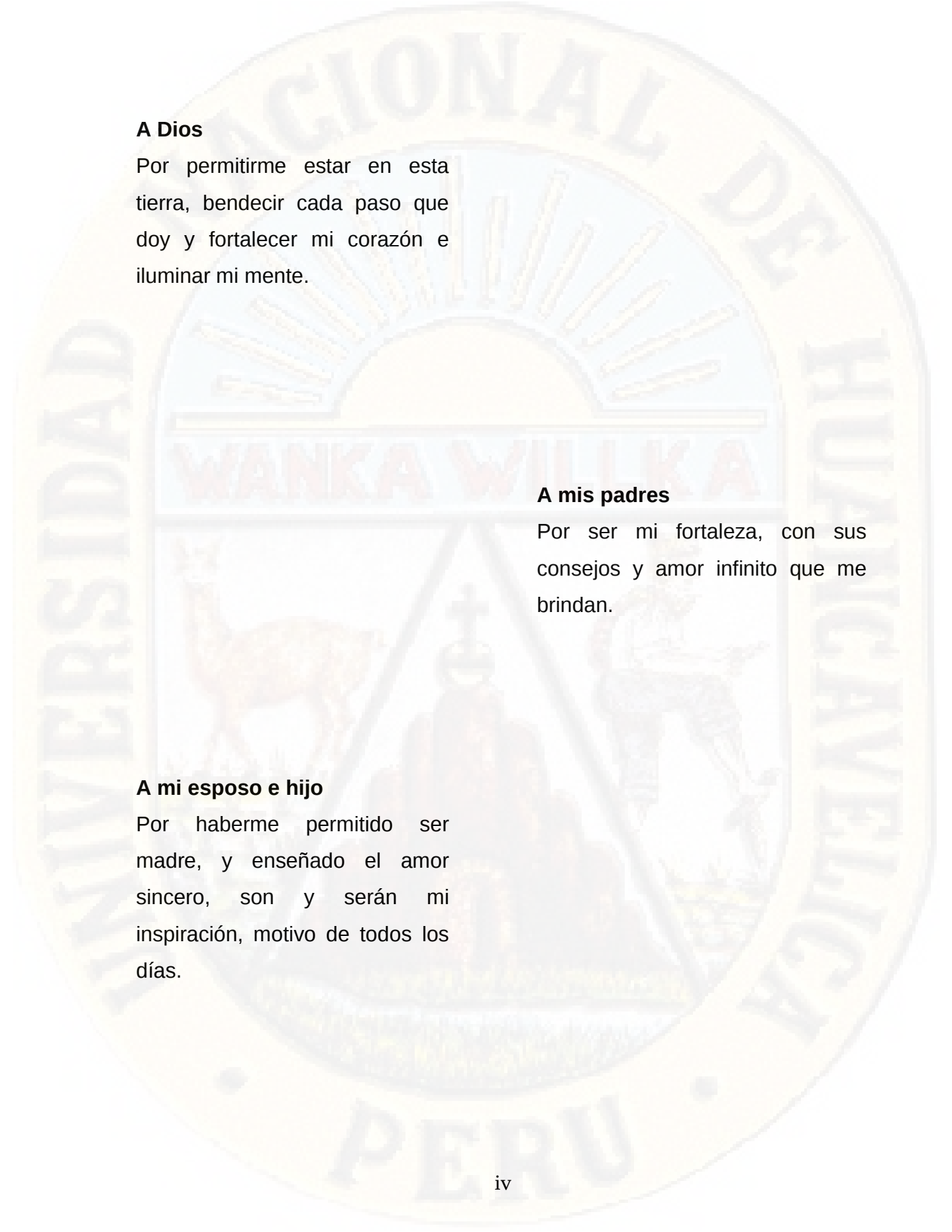
[Signature]
.....
DRA. MARISOL SUSANA TAPIA CAMARGO
Presidente

[Signature]
.....
DR. CESAR CIPRIANO ZEA MONTESINOS
Secretario

[Signature]
.....
DRA. CHARO JACQUELINE JAUREGUI SUELDO
Vocal



Mg. Raúl URETA JURADO
ASESOR



A Dios

Por permitirme estar en esta tierra, bendecir cada paso que doy y fortalecer mi corazón e iluminar mi mente.

A mis padres

Por ser mi fortaleza, con sus consejos y amor infinito que me brindan.

A mi esposo e hijo

Por haberme permitido ser madre, y enseñado el amor sincero, son y serán mi inspiración, motivo de todos los días.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Nacional de Huancavelica Alma Mater de nuestra región, por darnos la oportunidad de desarrollarnos y fortalecer nuestras competencias.

Mi gratitud al Mg. **Raúl URETA JURADO**, por el asesoramiento y acertadas orientaciones brindadas, a fin de enriquecer la investigación.

A la Dirección Regional de Salud de Huancavelica, por haber autorizado la ejecución del proyecto, y al personal de salud que labora en los diferentes establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampá, por su colaboración desinteresada durante la etapa de ejecución del trabajo de investigación.

Y a todos aquellos que me apoyaron directa e indirectamente para mejorar el contenido y así enriquecer cada una de las etapas de la investigación.

La autora.

RESUMEN

El estudio titulado “Conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017” tuvo como **objetivo** determinar la relación que existe entre el nivel conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural. La **metodología** del estudio, fue básico, descriptivo correlacional de corte trasversal, con una población de 150 profesionales de salud que atienden parto en los diferentes establecimientos entre médicos y obstetras, se aplicaron dos cuestionarios una para cada variable a una muestra de 93 profesionales de las redes Acobamba y Churcampa, elegidos de forma aleatoria. Obteniéndose los siguientes **resultados**, El 40,9% de los profesionales refieren conocer poco y tienen una actitud poco favorable frente a la atención del parto con adecuación intercultural, y el 20,4% de profesionales que refieren conocer, tienen una actitud favorable frente a la atención del parto con adecuación intercultural; y 9,7% desconocen y tienen una actitud desfavorable frente a la atención del parto con adecuación intercultural, llegando a la **conclusión** que existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural. La contrastación de hipótesis se utilizó la estadística inferencial; a través de la técnica estadística paramétrica la correlación de “r” de Pearson, t de student y regresión lineal simple para observar el grado de relación entre las variables, obteniendo 4,674 mayor a 2,704.

Palabras claves: Conocimiento, actitud, personal de salud, parto con adecuación intercultural

ABSTRACT

The The study entitled "Knowledge and attitude of the health professional in the face of delivery care with intercultural adaptation in the health networks Acobamba and Churcampa, 2017" aimed to determine the relationship between the level of knowledge and attitude of the professional of health in the face of childbirth care with intercultural adaptation. The methodology of the study was basic, cross-sectional descriptive correlational, with a population of 150 health professionals who attend delivery in different establishments between physicians and obstetricians, two questionnaires were applied, one for each variable to a sample of 93 professionals from the Acobamba and Churcampa networks, chosen at random. Obtaining the following results, 40.9% of professionals report little knowledge and have an unfavorable attitude towards childbirth care with intercultural adaptation, and 20.4% of professionals who report knowing, have a favorable attitude towards childbirth care with intercultural adaptation; and 9.7% are unaware of and have an unfavorable attitude towards childbirth care with intercultural adaptation, reaching the conclusion that there is a significant relationship between the level of knowledge and the attitude of the health professional compared to delivery care with intercultural adaptation . The hypothesis testing was used inferential statistics; through the parametric statistical technique the correlation of "r" of Pearson, t of student and simple linear regression to observe the degree of relationship between the variables, obtaining 4,674 higher than 2,704.

Keywords: Knowledge, attitude, health personnel, childbirth with intercultural adaptation

ÍNDICE

PORTADA	i
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema	18
1.3. Objetivos	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4. Justificación	19
1.5. Limitaciones	22

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación	23
2.2 Bases teóricas	44
2.3 Bases conceptuales	45
2.4 Definición de términos	79
2.5 Formulación de hipótesis	81
2.6 Identificación de variables	82
2.7 Operacionalización de variables	83

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Ámbito de Estudio	87
3.2 Tipo de investigación	88
3.2 Nivel de investigación	88

3.3	Método de investigación	88
3.4	Diseño de investigación	89
3.5	Población, muestra	89
3.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	90
3.7	Técnicas de procesamiento y análisis de datos	91
3.8	Descripción de la prueba de hipótesis	92

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1	Presentación e interpretación de resultados	94
4.3	Análisis y discusión de resultados	104
4.4	Contrastación de hipótesis	109

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANEXOS

Anexo N° 01: Validez de expertos de la ficha de recolección de datos de la actitud frente a la atención de parto con adecuación intercultural

Anexo N° 02: Validez de expertos de la ficha de recolección de datos del conocimiento frente a la atención de parto con adecuación intercultural

Anexo N° 03: validez y confiabilidad de la actitud frente a la atención de parto con adecuación intercultural

Anexo N° 04: Validez y confiabilidad del conocimiento frente a la atención de parto con adecuación intercultural

Anexo N° 05: Matriz de consistencia

Anexo N° 06: Instrumentos de recolección de datos

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01: Conocimiento del profesional de salud frente a la atención del periodo de dilatación con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa	94
Tabla N° 02: Conocimiento del profesional de salud frente a la atención en el periodo expulsivo en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa.	95
Tabla N° 03: Conocimiento del profesional de la salud frente a la atención del periodo de alumbramiento y puerperio inmediato con adecuación intercultural, en los establecimientos de las redes de salud de Acobamba y Churcampa.	96
Tabla N° 04: Nivel de Conocimiento del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa.	97
Tabla N° 05: Actitud cognitiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa.	98
Tabla N° 06: Actitud conductual del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa	99
Tabla N° 07: Actitud afectiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa.	100
Tabla N° 08: Actitud del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa	101
Tabla N° 09: Conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa	102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01: Conocimiento del profesional de salud frente a la atención del periodo de dilatación con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa	94
Gráfico N° 02: Conocimiento del profesional de salud frente a la atención en el periodo expulsivo en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa.	95
Gráfico N° 03: Conocimiento del profesional de la salud frente a la atención del periodo de alumbramiento y puerperio inmediato con adecuación intercultural, en los establecimientos de las redes de salud de Acobamba y Churcampa.	96
Gráfico N° 04: Nivel de Conocimiento del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa.	97
Gráfico N° 05: Actitud cognitiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa.	98
Gráfico N° 06: Actitud conductual del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa	99
Gráfico N° 07: Actitud afectiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa.	100
Gráfico N° 08: Actitud del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa.	101
Gráfico N° 09: Conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa.	102

INTRODUCCIÓN

Se ha visto en países andinos, que los indicadores de salud, muestran brechas en la población indígena, asociados a factores culturales, especialmente en la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud ^{1,2}

Ya que los servicios públicos de salud están organizados bajo la concepción occidental para ofrecer servicios a una población homogénea: la mestiza. De allí que exista un desconocimiento por parte del personal de salud sobre las expectativas, necesidades y demandas de las mujeres indígenas. Las brechas entre la oferta del establecimiento de salud y la demanda de las mujeres indígenas se expresa en el lenguaje que se utiliza; en la forma de atención durante el embarazo, parto, alumbramiento y puerperio, impidiendo en algunos establecimientos la participación de familiares, la presencia de la partera; el uso de hierbas medicinales, los masajes, entre otros³

En nuestro país cada año fallecen mujeres por complicaciones durante su embarazo, parto y puerperio, la mayoría de estas pertenece a las zonas rurales en condiciones de pobreza y pobreza extrema, la alta tasa de mortalidad materna se presenta en los territorios más pobres y excluidos del país, En el año 2009 se ha notificado 469 muertes maternas notificadas a nivel nacional (55 más que el 2008), de ellos el 9.89% corresponden a la región de Huancavelica. Y para el 2015 el Perú notificó 415 muertes por cien mil nacidos vivos, dentro de ello Huancavelica 6, para el 2017 se notificó a nivel nacional 375 pero Huancavelica subió este indicador de forma negativa a 13^{1,9}. Y sabe porque, porque prefieren quedarse en casa a atenderse el parto por temor, miedo, desconfianza; ya que son mujeres que mantienen sus creencias y costumbres al momento del parto, no solo por la posición, sino por la calidad

y calidez, y aún como personal de salud no hemos entendido por completo la forma de pensar, sentir y vivir de nuestra población, llamado interculturalidad.

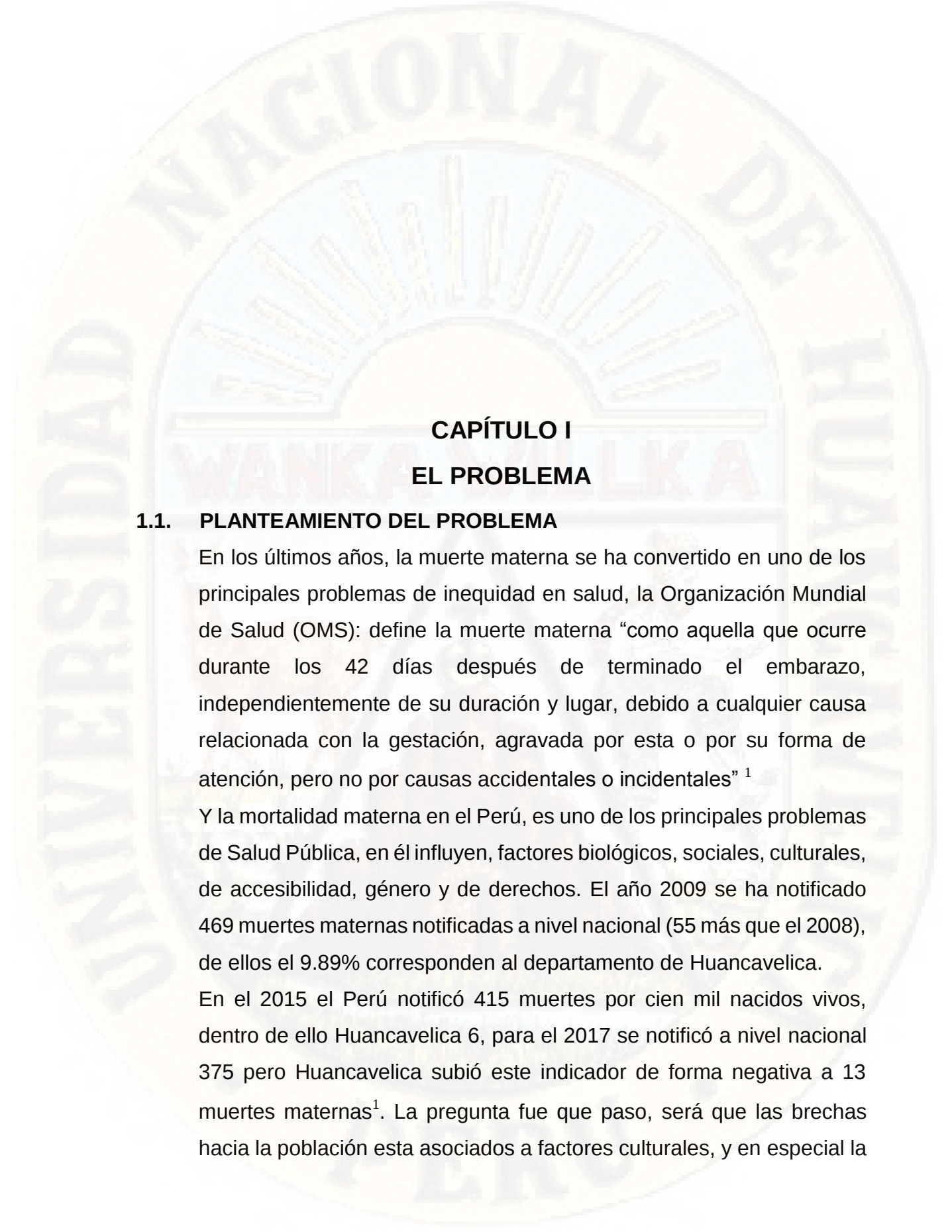
Viendo esta problemática del binomio madre - niño, el Ministerio de Salud elaboró y publicó la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural con la finalidad de mejorar el acceso de la población andina y alto amazónico, para la atención de calidad del parto con adecuación intercultural en el 2005, teniendo mejoras a nivel nacional, regional exclusivamente Churcampa una de las provincias de Huancavelica que tuvo bastante interés por trabajarlo con otras instituciones no gubernamentales, por lo que ha mejorado sus indicadores materno perinatales porque para el 2008 tuvo seis muertes maternas según la Dirección Regional de Salud y después de haber implementado esta norma el 99% de sus partos fueron institucionales y para el 2016 no tuvo muertes maternas. Sin embargo, el MINSA vuelve a publicar en el 2016 una nueva norma técnica de salud para seguir fortaleciendo la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertenecía intercultural, de manera que se brinde una atención de calidad y contribuya en mitigar la disputa entre el proveedor interno y externo. Y mejorar la percepción por parte del profesional de la salud, que de atender el parto con adecuación intercultural no es volver al pasado, sino debe entenderse que dicha actividad nos permitirá recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos⁸.

Por la situación descrita se propuso conocer qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017; las hipótesis planteadas fueron, H1: Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional

de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017 y la H0: No existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de salud de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.

La tesis fue de nivel básico, descriptivo correlacional, de corte trasversal. Ello está organizada en cuatro capítulos: Capítulo I Planteamiento del problema, Capítulo II Marco teórico, Capítulo III Metodología de la investigación y el Capítulo IV Análisis e interpretación de resultados, incluye también conclusiones, recomendaciones y anexos.

La autora.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, la muerte materna se ha convertido en uno de los principales problemas de inequidad en salud, la Organización Mundial de Salud (OMS): define la muerte materna “como aquella que ocurre durante los 42 días después de terminado el embarazo, independientemente de su duración y lugar, debido a cualquier causa relacionada con la gestación, agravada por esta o por su forma de atención, pero no por causas accidentales o incidentales” ¹

Y la mortalidad materna en el Perú, es uno de los principales problemas de Salud Pública, en él influyen, factores biológicos, sociales, culturales, de accesibilidad, género y de derechos. El año 2009 se ha notificado 469 muertes maternas notificadas a nivel nacional (55 más que el 2008), de ellos el 9.89% corresponden al departamento de Huancavelica.

En el 2015 el Perú notificó 415 muertes por cien mil nacidos vivos, dentro de ello Huancavelica 6, para el 2017 se notificó a nivel nacional 375 pero Huancavelica subió este indicador de forma negativa a 13 muertes maternas¹. La pregunta fue que paso, será que las brechas hacia la población esta asociados a factores culturales, y en especial la

discriminación étnica que está presente en los servicios públicos de salud².

Los servicios de salud están organizados bajo la concepción occidental, de allí que existe aún desconocimiento del personal de salud sobre las expectativas, necesidades y demandas de las mujeres indígenas, las brechas entre la oferta y la demanda de las mujeres se expresa en el lenguaje que se utiliza en los servicios; en la forma de atención durante el embarazo, parto, alumbramiento y puerperio, impidiendo en esta atención la participación de familiares, la presencia de la partera; el uso de hierbas medicinales, los masajes, entre otros³

Por lo que debe de entender el profesional, que la salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de salud/enfermedad². Y este problema es notorio como se mencionó anteriormente, por ello se viene incluyendo en todos las estrategias el enfoque interculturalidad como eje transversal de carácter inclusivo, donde parte del respeto y la valoración de la diversidad cultural, haciendo un reconocimiento mutuo que implica el diálogo e intercambio de opiniones y conocimientos, sin imposiciones ni prejuicios, con una apertura a entender al otro, propiciando una convivencia respetuosa, plural y democrática, que lleve a un enriquecimiento mutuo⁴.

Y en obstetricia, la interculturalidad está centrado en el parto vaginal en posición vertical y sus diferentes variedades propiamente, ya que, de forma fisiológica, el parto vertical proporciona mejores condiciones a las parturientas, mientras que la posición de litotomía que se utiliza por comodidad del profesional de la salud, además de tener efectos

negativos sobre la ventilación pulmonar y la presión sanguínea de la madre^{5,6}. Sin embargo la adecuación interculturalidad en el proceso de la atención del parto no solo es la posición vertical en el momento del parto, si no desde el momento de la captación de la usuaria externa, intercambiando formas de pensar, donde ambos decidan mientras no se perjudique al binomio madre niño⁷, considerando ello se ha observado a mujeres que han escogido el parto en posición litotomica para el expulsivo, sin embargo, se le brindo los otros componentes, ejemplo (la caminata, masajes, bebidas, faja entre otros).

Por ello debemos de considerar que la realidad sociocultural es diversa, sus encuentros y desencuentros, forman parte de la vida cotidiana y de nuestra propia identidad. Todos ellos con diferencias socioculturales que se expresan en la cosmovisión, modos de vida como formas particulares de entender y abordar los problemas de salud-enfermedad⁷.

Huancavelica no fue ni es ajena a esta realidad, al contrario, tiene arraigada todas sus creencias y costumbres en salud, que poco a poco se han ido perdiendo por la actitud del personal de salud, a pesar que el personal tiene el conocimiento de las ventajas de la atención del parto con adecuación intercultural.

Incluso para fortalecer lo mencionado, el Ministerio de Salud elaboró y publico la norma técnica para la atención del parto vertical con adecuación intercultural con la finalidad de mejorar el acceso de la población andina y alto amazónico a los servicios de salud para la atención de calidad del parto con adecuación intercultural en el 2005, teniendo mejoras a nivel nacional, regional exclusivamente Churcampa una de las provincias de Huancavelica que tuvo bastante interés por

trabajarlo con ayuda de otras instituciones no gubernamentales, por lo que ha mejorado sus indicadores materno perinatales porque para el 2008 tuvo seis muertes maternas según la Dirección Regional de Salud y después de haber implementado esta norma el 99% de sus partos fueron institucionales y para el 2016 no tuvo muertes maternas. Sin embargo por las muertes maternas que aún persisten en nuestro país el MINSA vuelve a publicar en el 2016 una nueva norma técnica de salud para seguir fortaleciendo la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertenecía intercultural, de manera que se brinde una atención de calidad y contribuya en mitigar la disputa entre el proveedor interno y externo. Y mejorar la percepción por parte del profesional de la salud, que de atender el parto con adecuación intercultural no es volver al pasado, sino debe entenderse que dicha actividad nos permitirá recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos⁸.

Viendo la problemática entre el usuario interno y externo, se planteó cual es el nivel de conocimiento y actitud del profesional de la salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes Acobamba y Churcampa. Porque las relaciones entre actitudes y comportamientos no dejan de ser problemáticas con su consistencia en el momento de la atención del binomio madre niño e importante para la reducción de la razón de muerte materna.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Qué relación existe entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de salud, frente a la atención de parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017?

1.2.2 PROBLEMA ESPECÍFICOS

- a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017?
- b. ¿Cuál es la actitud que asume el profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017?

1.3.1 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación que existe entre el nivel conocimiento y la actitud del profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.

1.2.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el nivel de conocimiento del profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.

- Identificar la actitud que asume el profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.

1.4 JUSTIFICACIÓN

La mortalidad materna es inaceptablemente alta. Cada día mueren en todo el mundo unas 830 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2015 se estimaron unas 303 000 muertes de mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente el 99% de todas estas muertes se producen en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado¹⁰

Que a pesar de la disminución de las muertes maternas y perinatales el Perú no se llegó alcanzar al objetivo de milenio planteado, teniendo 328 muertes para el año 2016; en nuestro país y en el mundo cada minuto, día, año fallecen mujeres por complicaciones durante su embarazo, parto y puerperio, la mayoría de estas pertenece a las zonas rurales en condiciones de pobreza y pobreza extrema, la alta razón de mortalidad materna se presenta en los territorios más pobres y excluidos del país. Y sabe porque, porque prefieren quedarse en casa a atenderse el parto por temor, miedo, confianza; ya que son mujeres que mantienen sus costumbres ancestrales al momento del parto, no solo por la posición¹¹.

En las últimas décadas, la interculturalidad en salud ha sido un concepto para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud, ello se ha generado en los países latinoamericanos con mayor realce

por diversas razones históricas, sociopolíticas y epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud ¹². Ya que por las barreras culturales, no hemos entendido aun por completo la forma de pensar, sentir y vivir de nuestra población ya que es diferente, es clave conocer que nuestro país cuenta con diversos grupos étnicos, lo que le da un carácter pluricultural y nace la imperiosa necesidad de ponernos a trabajar con un enfoque o modelo que nos permita contemplar las diversas culturas poblacionales en la atención de salud, ya que las diferencias culturales entre pacientes y profesionales experimenta nuevos desafíos y problemas^{11,12,13}.

Pero aún es común que la atención del parto institucional se realiza en posición de litotomía (decúbito dorsal), al respecto, se considera que es la única posición que existe, que es la más apropiada y que cuenta con bases científicas y legales. Siendo esta la más apropiada para el profesional de la salud y cuando haya alguna complicación con la madre, feto o recién nacido¹⁵. Sin embargo, debemos recordar que atender el parto con adecuación intercultural no es volver al pasado sino recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias para estos casos, sin importar la posición que elija⁸.

Por ello debemos de conocer que la atención del parto con adecuación intercultural tiene numerosas ventajas para la madre, niño y su entorno, y se debe tener en cuenta que no solo es atender el parto en posición vertical, a pesar que se centra en ello. La atención del parto en posición vertical está basada en la acción positiva de las fuerzas de gravedad en

la que favorecen el encaje y el descenso del feto. La mujer gana entre 30-40 mmHg en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical acortando el tiempo y brindando una ventilación adecuada ya que no comprime los grandes vasos¹⁴. Entonces se debe de incluir el enfoque interculturalidad desde la consulta externa, en el momento de la recepción, ejemplo saludando a ella y a su entorno, explicándole cada paso de los procedimientos con un lenguaje sencillo, ello brindara confianza, estableceremos relaciones respetuosas, horizontales y empáticas promoviendo el acercamiento hacia ellos, permitirles que caminen es aminorar el dolor y mejorar la triple gradiente del trabajo de parto, que el familiar le realice masajes disminuye el dolor ya que relaja los músculos, que beba infusiones porque permite que entre en calor la gestante favoreciendo al motor de la contracción y esté en condiciones adecuadas. Todo ello favorecerá al avance y acortamiento del tiempo en el trabajo de parto. Ahora en cuando al alumbramiento está demostrado que al inducirse al vomito estimula a los receptores de oxitocina de los músculos de la prensa abdominal y de esa manera se dé la contracción y la expulsión de la placenta, colocarle la faja impide la atonía uterina^{8,13}

Por lo tanto, la actitud no se forma solo a partir de valores, sino también de conocimientos científicos. Por esta razón la enseñanza debe dirigir sus esfuerzos a realizar la interacción entre conocimiento y valores, de tal forma que una serie de valores basados en el conocimiento científico puedan dar lugar a actitudes razonables, desde el punto de vista de la ciencia¹⁷.

Al conocer los resultados de este estudio plantear estrategias para mejorar las relaciones entre el proveedor – usuario y no solo imponer lo

que uno conoce o viceversa. Además, contribuir a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención binomio madre niño, familia y comunidad optimizando la calidad en la atención obstétrica, en el marco de las políticas institucionales y de una u otra forma fortalecer en la formación de los futuros profesionales.

1.5 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

BIBLIOGRÁFICAS; el tema abarcado no es muy estudiado, haciéndose difícil la recolección de datos, por lo que se hizo uso también del Internet.

ECONÓMICAS; el presupuesto salió de lo previsto ya que personal se encuentra en diferentes establecimientos de salud de las redes, sin embargo, no fue motivo para dejar de hacerlo se hizo lo posible para llegar a cada punto donde se encontró personal que atiende el parto.

FACTOR TIEMPO; realizar la investigación y laborar al mismo tiempo, limito la dedicación entera para llevar a cabo el estudio.



CAPÍTULO II

MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel internacional, nacional y regional existen pocos estudios respecto a conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural, sin embargo, los establecimientos que fueron estudiados han sido intervenidos por Organizaciones no gubernamentales (ONGs)., las cuales han servido de referencia.

Nivel Internacional

Cuesta L., Delgado B. (2017), en su estudio **“EXPERIENCIAS EN EL PARTO INTERCULTURAL DE MUJERES ATENDIDAS EN CENTRO DE SALUD BIBLIÁN, BIBLIÁN 2017, Cuenca – Ecuador 2018”**, con el objetivo de describir las experiencias en el parto intercultural de mujeres atendidas en Centro de Salud Biblián, Biblián 2017. Obteniendo como resultados: Contribuir a profundizar el conocimiento sobre la

percepción que tienen algunas mujeres del parto intercultural, así como atención, técnicas y plantas. Medicinales. Concluyendo que las experiencias en el parto intercultural están en relación con aspectos naturales y sobrenaturales¹⁸.

Encalada G., Morocho A. (2017). En su estudio “**Aplicación de la interculturalidad en la atención del parto en el Hospital Luis Fernando Martínez, Cañar, 2016**”, realizó con el objetivo. Determinar la aplicación de la interculturalidad en la atención del parto, en el Hospital Luis Fernando Martínez, Cañar, 2016. Obteniendo como resultados: No se utiliza el parto intercultural, predominando el parto ginecológico en el 95% de los casos; solo existe acompañamiento de los familiares, de la comadrona, confundiéndose esto con parto intercultural; existe una adecuación física incompleta y que no se usa, el personal conoce pero no emplea considerando que es un pasatiempo, existe mayor riesgo para lesiones del personal y resulta incómoda la atención, demostrando la falta de aplicabilidad del parto intercultural; concluyendo que no se aplica el parto intercultural, debido a la falta de capacitación en el 40% del personal de salud como componente del trabajo en salud; además, se evidencia una subvaloración de los saberes ancestrales por parte del personal médico, porque consideran el trabajo de las comadronas y parteras como conocimientos empíricos, sin base científica ni técnica, prefiriendo aplicar solo el parto ginecológico¹⁹.

Bastidas, Z. (2016 Ecuador); en su estudio “**Ventajas del parto vertical manifestado por embarazadas que se atienden en la sala de partos del hospital básico de Sucúa, año 2015**”, con el objetivo de determinar las ventajas del parto vertical manifestado por embarazadas que se atienden en la sala de partos del hospital Básico de Sucúa, obteniendo como resultados que en mayor porcentaje el 42% están las mujeres embarazadas de 20 a 29 años; seguido de las mujeres entre las edades de 30 a 39 con el 34%, un porcentaje de los 18% menores de 19 años y mayores de 40 años el 6%. Predomina la etnia indígena con el 64%, mestizas en el 34% y afro ecuatorianas el 2%. El nivel de escolaridad se encuentra en mayor porcentaje el nivel secundario con el 54%, seguido del superior con el 24%, de primaria 20% y ninguna el 2% de mujeres. La prevalencia del parto vertical fue de 23.15% Las ventajas del parto vertical identificados por las madres fueron que mejora la frecuencia y eficacia de las contracciones con el 94%, facilita la salida del bebe en un 62%. Proporciona mayor descanso entre las contracciones con el 86%. El grado de dolor durante el parto se reportó como moderado en el 88% de las mujeres. El periodo expulsivo en el 84% fue menos o igual a 5 minutos y el volumen desangrado fue menor de 250cc en el 84% de parturientas. Concluyendo que las ventajas que más se destacan son; menor sangrado en un 84%, disminución del cansancio en un 86%. Como actividades de enfermería se realizaron conferencias educativas dando a conocer sobre las Ventajas del Parto Vertical y sus distintas posiciones verticales donde se entregaron trípticos, manual informativo y se desarrollaron talleres prácticos²⁰.

Canelón M. (2015). Realizo el estudio “**Significado del parto vertical para los/las obstetras**”, su objetivo fue proponer un modelo educativo de atención de parto vertical con base en su significado para los/las obstetras, observando que la mayoría estuvo muy de acuerdo o de acuerdo en que el parto vertical facilita la retropulsión del coxis y acorta la expulsión del feto (86.2%), en que colocarse en posición cuclillas favorece el descenso del feto y la dilatación del cuello uterino (93.1%), en que el parto vertical favorece al feto, pues por la fuerza de gravedad avanza suavemente por el canal del parto (62.1%), en que ofrece múltiples ventajas anatómicas y psicoactivas (69%), sin embargo estuvieron en desacuerdo en que el personal de salud debe adecuarse a la posición elegida por la paciente (46.6%), concluyendo que las obstetras están de acuerdo con la posición vertical en el momento de la atención del parto²¹.

Rodríguez W., Guevara M., Celada F. Ruiz S., (2015). En su estudio “**Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre parto vertical**”, con el objetivo de Describir los conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico del departamento de Ginecología y Obstetricia sobre el parto vertical en los hospitales nacionales de los departamentos de Alta Verapaz, Quiché, Sololá, Escuintla, Sacatepéquez e Izabal en los meses de agosto y septiembre del año 2015. Obteniendo como resultado que el conocimiento que presentan los médicos especialistas y residentes del departamento de Ginecología y Obstetricia de los hospitales nacionales sobre el parto vertical es bueno y con respecto a la actitud de los médicos sobre el parto vertical, se identifica que el 73% de los médicos mostraron una actitud positiva (totalmente de acuerdo y de acuerdo), 21% mostraron una actitud de indiferencia (ni de acuerdo ni en desacuerdo) y tan solo el 6% muestra

una actitud negativa (en desacuerdo y totalmente en desacuerdo) respecto al parto vertical. Con respecto a la práctica, los resultados indican que el 35% practica el parto vertical, el 5% no practica y el 56% se muestra indeciso. Esto revela que existe incertidumbre en la práctica del parto vertical, fue el estudio cuantitativo de corte transversal, concluyendo el conocimiento de los médicos es bueno y la actitud es positiva hacia el parto vertical. En cuanto a las prácticas se evidencia indecisión²².

GALLARDO B., KOTTHOFF H., LECARO H. (2015), en su estudio **“Salud intercultural: ¿utopía o realidad? aplicación del programa de salud intercultural desde las vivencias y perspectivas de usuarias/os mapuche y profesionales de san José de la Mariquina, region de los Rios, 2015”**, con el objetivo de Conocer la percepción del Servicio de Salud Valdivia, la SEREMI, Directivos del Centro de Salud y profesionales Matronas/es que ejercen atención directa a usuarias/os Mapuche, sobre la aplicación/ejecución del Programa de Salud Intercultural en el Centro de Salud de San José de la Mariquina, Región de Los Ríos , Sobre la Formación profesional pre y post título, debe existir mayor capacitación en interculturalidad, la cual es obligatoria para el personal de salud del establecimiento. Obteniendo como resultados: a.-Los profesionales y técnicos de salud deben incorporar el enfoque intercultural, estructurándose programas que formen recursos humanos capaces de responder al perfil y necesidades reales de las comunidades Indígenas. b.-Promover que los recursos humanos de salud, especialmente en comunas con población originaria, tengan el conocimiento de la cultura, cosmovisión e historia de la comunidad. Arribando a la conclusión, el documento entrega herramientas básicas para otorgar atención a las personas que se

reconocen o pertenecen a un pueblo originario, haciendo mención a lo que se debe realizar en cada categoría establecida, de esta manera se ve facilitado el trabajo para los Directivos y encargados de Programa de Salud Intercultural. En cuanto a Salud Sexual y Reproductiva, el documento nombra las metas sanitarias obtenidas, tales como el respeto por el parto ancestral en los servicios hospitalarios, pero no profundiza en este ámbito, no describe la estandarización de criterios para una atención con pertinencia intercultural o la manera en que se debe otorgar una atención de calidad a las personas pertenecientes a pueblos originarios²³

Maldonado G., Atala C., Soto E. y Ortega M. (2014). Realizaron su estudio **“Parto vertical, conocimientos y actitudes en los profesionales de enfermería”**, con el propósito de determinar los conocimientos y actitudes sobre el parto vertical que poseen los profesionales de enfermería de los servicios de gineco-obstetricia, urgencias, toco y expulsión, encontrando que los conocimientos (97.4%) y las actitudes (97.4%) sobre el parto vertical de los profesionales de enfermería son buenos, concluyendo que el nivel de conocimiento y la actitud están directamente relacionados²⁴.

León M. (2014). En su estudio **“Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural”**, con el objetivo de determinar los conocimientos teóricos y actitudes del personal médico y de enfermería que brinda atención del parto con pertinencia cultural en los servicios de salud, obtenido como resultado que el 52% del personal es de recién ingreso a los servicios y que son rotados constantemente por diferentes áreas de trabajo, el 43% indican que han sido capacitados sobre la atención

del parto con pertinencia cultural, el resto poseen conocimientos, que han obtenido al leer la guía y/o protocolo, En relación a la atención del parto con pertinencia cultural han atendido un número muy bajo, en los servicios de salud no se cuenta con salas adaptadas para este tipo de atención, sin embargo están en la disposición de poder ofertar el servicio al contar con salas adaptadas y equipadas²⁵.

ORTÍZ, S. (2014), en su estudio **“Factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional. Santa Catarina Ixtahuacán, Sololá, Guatemala, Septiembre 2014”**, realizo con el objetivo de Determinar los factores que influyen en la baja cobertura del parto institucional en el territorio No.1, Distrito Número 10, Aldea Guineales, Santa Catarina Ixtahuacán, Departamento de Sololá, Guatemala. Obteniendo los siguientes resultados: 33 de 43 madres que participaron en los grupos focales refirieron preferir la atención del parto en casa asistidas por la comadrona; diez madres prefirieron la atención en el establecimiento. Tanto médicos como enfermeras presentan un conocimiento medio respecto a parto institucional. Concluyendo que la preferencia del parto en casa es por comodidad, seguridad y atención por parte de su familia²⁶.

Rendón, J. (2013), en su estudio **“Beneficios y riesgos del parto vertical semisentado en mujeres gran multiparas ingresadas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del canton Daule.”**, con el objetivo de Determinar los beneficios y riesgos del parto vertical semisentado de mujeres gran multíparas en el Hospital Dr. Vicente Pino Moran del Cantón Daule con el fin de acortar el tiempo del trabajo de parto y lograr una mejor recuperación de la paciente. Con su hipótesis pueden mejorar los resultados psicobiológicos para el binomio madre-hijo

cambiando la modalidad y mentalidad de muchos años de conductas rutinarias que han demostrado provocar alteraciones y complicaciones evitables, obteniendo como resultados lo siguiente: El 73% de las pacientes atendidas no tuvieron ningún tipo de información sobre el parto vertical, y el 27% restante informaron mediante charlas hospitalarias, consultas prenatales y páginas de internet. El 62% de las pacientes atendidas en el hospital Dr. Vicente Pino Moran tuvieron parto horizontal y el 38% correspondieron a parto vertical. El 87% de las pacientes tuvieron un expulsivo dentro de los primeros cinco minutos, el 10% dentro de los diez minutos, el 3% dentro de los quince minutos. El 88% de las pacientes no presentaron desgarros durante la atención del parto vertical, el 12% restante presentaron desgarros a nivel cervical, labial y perineal. El 49% de las pacientes no presentaron traumas obstétricos, el 40% restante presentaron circular de cordón, distocia de hombros y fractura de clavícula. Concluyendo que el parto vertical resulta muy beneficioso porque permite un descenso y un expulsivo más rápido, el cual disminuye la observación cianótica del recién nacido y los síntomas de asfixia²⁷.

Arnau S., Martínez R., Nicolás V. (2012). Realizaron un estudio “**Los conceptos del parto normal, natural y humanizado**”. Los resultados fueron que los/as profesionales poseen una confusión evidente sobre los dos conceptos de parto normal y parto natural, este hecho desencadena que el léxico utilizado por el colectivo para referirse a uno u otro sea arbitrario. Algunos de los entrevistados poseen desconocimiento sobre el concepto de parto humanizado²⁸.

Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (México, 2012). Es su estudio “**La atención intercultural del trabajo**

de parto en la Posición vertical en los servicios de salud”. tuvo planteada diferentes objetivos: a. informar a los tomadores de decisiones del Sector Salud de los fundamentos normativos, científicos y culturales de la atención intercultural del trabajo de parto en posición vertical; b. Facilitar su aplicación en los servicios del Sistema Nacional de Salud, promoviendo la sensibilización del personal relacionado a la atención obstétrica, así como la adecuación de los espacios de atención; c. Promover su inclusión en la formación académica del personal de salud, tanto en la temática sociocultural, como en la atención obstétrica a nivel general y de especialización. El cual concluyo que debemos saber que no es suficiente cambiar la posición en el trabajo de parto, para que la atención sea humana, respetuosa, participativa y digna; sin embargo, es un paso importante que debe tomarse en cuenta en una visión integral ²⁹.

Silvia RC., Soares MC., Muniz RM., Andrade FP., Gomes V. (2011). Realizaron el estudio **“La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia. Brasil”.** Este estudio posibilitó entender que la efectivizarían de la atención humanizada en los centros obstétricos depende principalmente de la estructura organizacional de las instituciones hospitalarias y de un equipo de salud comprometido y preparado para acoger a la gestante adolescente, su compañero y la familia en este momento importante de la vida que es el nacimiento de un nuevo ser. Se constató que, a pesar de que los profesionales de salud conocían la propuesta de atención humanizada al parto por el Ministerio de Salud, todavía mantienen una asistencia hegemónica, pautada en acciones intervencionistas, muchas veces desconsiderando los derechos de las parturientas, haciéndolas meras

espectadoras de sus propios partos. Esta investigación apunto que la calidad de la atención a la parturienta adolescente necesita más que la resolución de problemas o uso de tecnologías, exige actitudes y comportamientos de los trabajadores de la salud que contribuyan a reforzar la atención en salud como un derecho del ser humano, o sea, el uso de las tecnologías cuando lo requiera y fortalecer el vínculo entre profesionales de salud, usuarias, familias y comunidad³⁰

REYES M., (2010), en su estudio **“Factores socioculturales que condicionan la preferencia de las madres por el parto domiciliario en la localidad de Warisata del municipio Achacachi”** Con el objetivo de identificar los factores socio-culturales que determinan la preferencia por los partos domiciliarios en la localidad de Warisata, perteneciente al Municipio de Achacachi, Provincia Omasuyos, Bolivia. Encontrando como resultado de 11 mujeres, 8 nunca asistieron a un establecimiento de salud para su parto. De las 3 que sí acudieron alguna vez a un establecimiento de salud una lo hizo por decisión propia, apenas iniciado el trabajo de parto; otra lo hizo porque se encontraba cerca y tenía miedo de alguna complicación mientras que la tercera lo hizo debido a una prolongación del parto. Concluyendo La atención del parto por personal desconocido que las revisa médicamente sin brindar información adecuada. Esto provoca que las mujeres sientan miedo o “vergüenza” a quitarse la ropa frente a otros, especialmente si son varones. La atención cálida que se produce en el hogar donde se cubre las necesidades de las madres, como el abrigo, el consumo de mates, la sujeción de la cabeza y la presencia de familiares crean en la mujer un sentido de bienestar y seguridad³¹.

Nivel Nacional

Huvidia M., Molinedo T. (2018), en su tesis “Estudio comparativo entre el nivel de conocimiento relacionado a la actitud del profesional obstetra en la atención del parto vertical del C.S. Edificadores Misti y C. S. Maritza Campos Díaz. Arequipa. noviembre- 2017”, con el objetivo de Establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical, identificar la diferencia entre el nivel de conocimiento del profesional Obstetra sobre la atención del parto vertical y determinar la diferencia entre la actitud que asume el profesional Obstetra frente a la atención del parto en posición vertical todo esto entre el C.S Edificadores Misti y C.S Maritza Campos Díaz. Arequipa, Noviembre -2017., obteniendo como Resultados: El nivel de conocimiento del profesional Obstetra sobre la atención del parto vertical en ambos grupos de estudio fue alto, en el C.S Edificadores Misti y el C.S Maritza Campos Díaz en un 59.1% y 64.3%, respectivamente, según el chi cuadrado se encontró una relación directa significativa. Ambos grupos presentaron una actitud indiferente frente a la atención del parto vertical, 78.6% del C.S. Maritza Campos Díaz y el 62.5% del C.S Edificadores Misti, también se encontró una relación estadística significativa entre ambos grupos. Conclusiones: Según el nivel de conocimientos se encontró una relación directa significativa, entre ambos grupos, esto quiere decir que cuentan con el conocimiento suficiente para realizar la atención de un parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural Según la actitud frente al parto vertical se ha observado que ambos grupos posee una actitud indiferente en un porcentaje considerable, también se encuentra una relación directa significativa entre ambos grupos, la

indiferencia mayoritariamente es la actitud que asume el profesional obstetra³².

Oros, C. (2017), en su estudio “Relación entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional obstetra en la atención del parto vertical, hospital regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa- diciembre 2016”, con el objetivo de Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa – Diciembre 2016. Planteo como hipótesis, es probable que exista una relación significativa entre el nivel de conocimiento alto y una Actitud es favorable, hacia la atención del parto vertical por parte del personal de Obstetricia del Hospital Regional Honorio delgado Espinoza, Arequipa – Diciembre 2016, y sus resultados fueron: El 63.6% del profesional obstetra en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tienen un nivel de conocimiento bajo frente a la atención del parto vertical, además que el 72.7% del profesional obstetra tienen una actitud indiferente frente a la atención del parto vertical. Según la prueba de chi cuadrado, muestra que el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto vertical no presentaron diferencia estadística significativa. Concluyendo que el nivel de conocimiento del profesional de obstetricia frente a la atención del parto vertical es bajo, la actitud que asume el profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical es Indiferente, no se evidencio relación significativa entre el nivel de conocimiento y actitud del profesional de obstetricia frente a la atención del parto en posición vertical³³.

Sevillano, M. (2016), “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo 2016”, con el objetivo de determinar el nivel de conocimientos, actitudes y el tipo de prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en el profesional del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero –febrero del 2016. Obteniendo como resultado que el 92.5% de los profesionales que participaron en el estudio fueron mujeres, el 85% eran Obstetras. Al evaluar los conocimientos relacionados a la atención de parto humanizado, de un total de 40 participantes el 50% presento un nivel alto, 35% un nivel medio y un 15% un nivel bajo de conocimientos. Las actitudes del profesional de salud frente a la atención de parto humanizado fueron en su mayoría positivas. Las practicas relacionadas a la atención de parto humanizado fueron inadecuadas en un 70.8% y adecuadas en un 29.2% y como conclusión arribaron que las practicas relacionadas a la atención de parto humanizado está influenciada por el nivel de conocimientos y las actitudes que se tiene hacia dicho modelo de atención³⁴.

Parrales EA. (2016). Realizo la tesis **“Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo – 2016”**. Con el objetivo de determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016. y obtuvo los siguientes resultados. el 64.2% tiene conocimiento “medio” y

el 20.8% conocimiento “bajo”. Asimismo, el 50.9% tiene actitud favorable y el 49.1% actitud desfavorable. Después de aplicar la prueba de Kolmogorov – Smirnov, se observa que no hay distribución normal de los datos, por lo tanto, se aplicó la prueba no paramétrica Chi cuadrada, concluyendo que No existe relación entre el nivel de conocimiento y las actitudes de los internos de obstetricia sobre el parto humanizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal en el mes de mayo del 2016³⁵.

Solís R. (2016) realizó su estudio “**Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de Gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo 2016**”, con el objetivo: Determinar el nivel de conocimientos, actitudes y el tipo de prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en el profesional del servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital Nacional Sergio E. Bernales durante el periodo de enero –febrero del 2016, obteniendo como resultado que el 50% presentó un nivel alto, 35% un nivel medio y un 15% un nivel bajo de conocimientos. Las actitudes del profesional de salud frente a la atención de parto humanizado fueron en su mayoría positivas. Las prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado fueron inadecuadas en un 70.8% y adecuadas en un 29.2%, fue un estudio descriptivo, Observacional, cuali-cuantitativo de corte transversal³⁶.

ROJAS, N. (2015), en su estudio **“Nivel de conocimiento de las obstetras sobre parto vertical y cumplimiento de la norma técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural en el hospital Vitarte en el 2015”**, teniendo como objetivo determinar el nivel de conocimiento de las obstetras sobre el parto vertical y cumplimiento de la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con adecuación intercultural en el hospital en el 2015; obteniendo como resultado el nivel de conocimiento de los obstetras del Hospital Vitarte sobre parto vertical, el cual es medio, con un 57.5% y que el nivel de cumplimiento de la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con Adecuación Intercultural de los obstetras del Hospital Vitarte que rotan por sala de partos es alto, con un 71.43%, concluyendo que los que las obstetras que pasan por sala de partos tienen un nivel de conocimiento mayor³⁷.

Rodríguez, L. (2015). En su estudio **“Conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos”**. Con el objetivo de determinar los conocimientos y las actitudes sobre el parto vertical, lo cual tuvo como resultado que el nivel de conocimiento sobre parto vertical: fue medio en el 37.8%, bajo en el 31.1% y alto en el 31.1%. el 43.2% de los internos tiene un nivel de conocimientos “Alto” y el 28.4% un nivel “Medio”. En cuanto al respeto a la elección del parto vertical el 71.6% presenta una actitud “favorable”, puesto manifestaron que es necesario la implementación de un ambiente o servicio exclusivo donde se oferte esta modalidad de parto, respecto a los aspectos psicoafectivos el 60.8% de los internos de obstetricia tienen una actitud “favorable”, ya que los internos sugieren como estrategia, para que un goce pleno del

parto, concluyendo que El nivel de conocimiento sobre el parto vertical en las mayoría de internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos durante el año 2015 fue “Medio” (37.8%) y las actitudes fueron “favorables” en el 65.7%³⁸.

BARZOLA M., ZULAY J.,(2015), en su estudio “Nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en internas de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2015”, se realizó con el objetivo de determinar el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en internas de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia de la Universidad Alas Peruanas, 2015. Obteniendo como resultados que el 55.30% de internas encuestadas tiene un nivel de conocimiento Bajo considerando con una puntuación (< 9) puntos, el 40.91% tiene un nivel de conocimiento Regular con una puntuación de (12- 9) puntos y el 3.79% tiene un nivel de conocimiento Alto con la puntuación de (13 – 15) puntos, sobre el parto vertical. El 82.58% de las internas encuestadas estuvieron de acuerdo sobre el parto vertical, el 17.42% tuvieron una actitud neutral sobre el parto vertical y el 0% estuvieron en desacuerdo. En conclusión, las internas tienen una actitud positiva sobre el parto vertical pero no tienen los conocimientos necesarios para aplicarlo³⁹.

PEÑALVA, H. (2015), en su tesis “Satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en el hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca, 2015”, con el objetivo de, conocer la satisfacción de las usuarias con la atención del parto horizontal en Hospital Carlos Monge Medrano y parto vertical en centro de Salud Santa Adriana Juliaca,

2015; teniendo como hipótesis: La satisfacción de las usuarias es mala con la atención del parto horizontal en el Hospital Carlos Monge Medrano y es buena con la atención del parto vertical en el Centro de Salud Santa Adriana Juliaca. Y los resultados obtenidos fueron: El 51.1% de las usuarias atendidas con parto horizontal en el Hospital Carlos Monge Medrano, presenta satisfacción buena con la respuesta rápida, 43.3% satisfacción regular con la empatía, 43.8% con la confiabilidad y 75.1% con los aspectos tangibles; sin embargo, la satisfacción es mala con la seguridad en el 59.7% de las usuarias; concluyendo que la satisfacción de las usuarias con la respuesta rápida durante la atención del parto horizontal en Hospital Carlos Monge Medrano es buena en más de la mitad de las usuarias (51.1%) seguida de una satisfacción regular en cerca de la mitad de las usuarias (44.2%) y durante la atención del parto vertical en centro de Salud Santa Adriana Juliaca, en bueno en la mayoría de las usuarias haciendo un (88.8%)⁴⁰.

Vela GP. (2015), en su estudio “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el servicio de centro obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015”. Cuyo objetivo fue determinar la percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Obteniendo como resultados: a. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del

profesional (73%). b. En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). En la dimensión c del acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. d. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general se concluye que el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo, el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular⁴¹.

Cortez, M. (2014), en su estudio “**Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP -año 2013**”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos y las actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical en el Instituto Nacional Materno Perinatal durante el año 2013. Obteniendo los siguientes resultados: en cuanto a los conocimientos del parto en posición vertical el grupo de los profesionales que presentaron un nivel de conocimiento fue medio en el 93.4%, el grupo de profesionales con un nivel de conocimientos bajo fue en un 3.9% y el grupo de profesionales con un nivel de conocimiento alto fue el 2.7%; la actitud que tienen los profesionales encuestados sobre la atención del parto en posición vertical fue que el 70% de ellos tienen una actitud de

indiferencia, el 15.6% tiene una actitud negativa y el 14.4% tiene una actitud positiva¹⁷.

Rodríguez, G. (2014), en su estudio **“Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de Salud Intercultural en el Perú”**. Cuyo objetivo es Determinar los avances en el modelo de desarrollo de la Política de Salud Intercultural en el Perú, los desafíos que debemos superar en el corto y largo plazo para que se haga efectiva y eficaz, y las oportunidades que permitan acelerar el proceso de esta política social hacia la consecución de sus resultados programados. Obteniendo como resultado que no existe una auténtica plan de salud integral en el Perú. El avance está limitado a un conjunto de dispositivos legales que reglamentan la pertinencia cultural y la adecuación cultural de los servicios públicos de salud, especialmente, el parto con adecuación intercultural y las casas de espera materna⁴².

LEVANO H. (2014), en su estudio **“Nivel de Conocimiento en la Atención de Parto en Posición Vertical del Profesional de Salud del Hospital María Auxiliadora en el Año 2014”**. Con fines de determinar el nivel de conocimiento de los profesionales de salud de Hospital María Auxiliadora frente a la atención del parto en posición vertical en el año 2014, se realiza el presente estudio, aplicando el método descriptivo de corte transversal y el método analítico se aplicó una encuesta de 10 preguntas a un total de 88 profesionales de la salud, teniendo como resultados que el 93.4% de los profesionales tienen un conocimiento medio sobre el parto vertical, mientras que un 4.1% tiene conocimiento bajo y que solo 2.7% conoce la práctica del parto vertical⁴³.

Espinoza F., Lavado F. (2012). Realizaron estudio sobre **“Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas y la Facultad de Educación del VII ciclo UCV- Trujillo, marzo – junio”**. Tuvo como objetivo conocer la actitud de las estudiantes hacia el parto vertical. Concluyeron que el 73.0 % de los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Ciencias Médicas presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical y en la Facultad de Educación el 82.1% presentaron una actitud favorable hacia el parto vertical. En general, no se encontró diferencia significativa en la actitud hacia el parto vertical entre los estudiantes del VII ciclo de la Facultad de Medicina como en la Facultad de Educación⁴⁴.

DONGO S., PUENTE J., (2011), en su estudio **“La atención del parto con enfoque intercultural en los hospitales regional y Antonio Lorena de la provincia de Cusco”**; con el objetivo de Identificar y explicar las barreras culturales que impiden que los profesionales gineco-obstetras y obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención del parto vertical con enfoque intercultural. Con la Hipótesis de que las barreras culturales entendidas como, desconocimiento del idioma, de la cultura del "otro" y prejuicios, impiden que los profesionales Gineco- obstetras y obstetras de los hospitales Regional y Antonio Lorena brinden atención del parto vertical, y en la medida que estas barreras sean superadas será posible la aplicación del enfoque intercultural en la atención del parto, resultados Médicos Gineco obstetras, Obstetras y demás personal de salud, que allí laboran, desconocen la atención del parto vertical con adecuación intercultural, debido a que en su formación académica no han recibido dichos conocimientos. A ello se añaden los problemas de prejuicios

culturales, subyacentes en dicho personal de rechazar este tipo de partos, por factores de barreras culturales y etnocentrismo. concluyendo que se ha comprobado que las barreras culturales, entendidas como, el desconocimiento del idioma, de la cultura del otro y los prejuicios sobre el parto, han sido factores determinantes para que no haya atención del parto vertical. Además, los profesionales de la salud no han sido formados académicamente en temas de salud intercultural, siendo éste un gran referente para entender. Las deficiencias en la atención del parto vertical con adecuación intercultural y Se ha comprobado que los Médicos Gineco-obstetras y Obstetras que atienden los partos conocen parcialmente sobre el parto vertical y el enfoque intercultural⁴⁵.

Mayca J., Palacios E., Velásquez E. (2009). Realizaron el estudio **“Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco”**. Con el objetivo de explorar las percepciones del personal de salud y la comunidad en relación con la adecuación cultural de servicios maternos perinatales en la región Huánuco, llegando a los siguientes resultados a) El personal de salud refirió la poca adecuación de la infraestructura actual, mejora en la aceptación del servicio por la comunidad y la necesidad de tener ellos un mayor entendimiento del tema. b) La población manifestó su opinión acerca de lo poco adecuado del servicio ofertado a su cultura, poco entendimiento a las indicaciones médicas y deseos que se incorpore más a su cultura en dichos procesos⁴⁶.

A NIVEL LOCAL

JAVIER C., (2014), en su estudio "**Satisfacción de puérperas de parto vertical atendidas en el Centro de Salud de Acoria**", con el objetivo de Determinar la satisfacción de las puérperas de parto vertical, atendidas en el Centro de Salud Acoria. Con la hipótesis de que Ho: Las puérperas no están satisfechas con la atención de parto vertical, en el centro de salud de Acoria y Ha: Las puérperas están satisfechas con la atención de parto vertical, en el Centro de salud de Acoria. Obteniendo como resultado que el 60% de las puérperas se sienten satisfechas con la atención que les brindó el personal de salud durante su trabajo de parto y el 39% simplemente no opinaron sobre la satisfacción que tuvieron durante su parto y un porcentaje menor que fue del 1% se sintieron insatisfechas con la atención, por lo que se concluyó que las puérperas están satisfechas con la atención del parto vertical⁴⁷.

2.2. BASES TEÓRICAS

El modelo de creencias sobre la salud sugiere que una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática y de las percepciones sobre susceptibilidad o vulnerabilidad, este estudio sobre las relaciones entre conocimiento, actitudes ha recibido atención desde el campo de la psicología social, donde ha tomado cuerpo "la teoría de la acción razonada" y después extendida en trabajos posteriores de los mismos autores en la "Teoría del comportamiento planificado". La teoría de la acción razonada se apoya en el supuesto de que el comportamiento humano es el resultado de procesos previos de toma de decisiones y aporta un esquema que relaciona el comportamiento con variables como: actitudes, creencias,

apoyo social, intenciones, información, evaluación que se hace de la misma, normas y valores. Se refiere a la intención, como elemento esencial que determina el comportamiento, así como a las creencias, actitudes y valores como constructos dependientes del contexto que junto con las intenciones influyen en el mismo³².

En esta teoría hizo hincapié que una persona tiene la intención de realizar una conducta dada cuando posea una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma, por lo que cabe resaltar que se basó en la predicción de comportamientos y una distinción especial entre lo que pueden ser “actitudes hacia un objeto” y “actitudes hacia algunas acciones específicas relativas a ese objeto”. Por ejemplo “acción positiva hacia el parto con adecuación intercultural” y “actitudes positivas hacia la atención del parto con adecuación intercultural”.

Uno de los puntos fuertes de esta teoría radicó que determinadas creencias, a la que se había otorgado una importancia modesta, pueden reforzar o debilitar el efecto de una determinada actitud^{32,33}.

2.3. BASES CONCEPTUALES

I. CONOCIMIENTO

Es un proceso por el cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano, está indisolublemente ligado a la actividad práctica que realiza la persona¹⁸

El conocimiento para Mario Bunge, es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes

En la pedagogía el conocimiento es denominado como: tipo de experiencia que contiene una representación de un suceso o hecho ya vivido; también se le define como la facultad consiente o proceso de comprensión, entendimiento, que pertenece al pensamiento, percepción, inteligencia, razón³⁴.

Conjunto de hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad³⁵.

Por lo tanto, se define al conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones e ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurales. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente³⁶.

Por lo que en este trabajo de investigación se conoció que tanto el profesional de la salud adquirió información sobre la atención del parto con adecuación intercultural, ya que desde el 2005 el Ministerio de Salud del Perú y la región Huancavelica viene enfatizando este tema con mayor interés con la finalidad de seguir recuperando la salud materna y continúa fortaleciendo tanto la teoría y la práctica.

ELEMENTOS DEL CONOCIMIENTO

- **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 u opinión y certeza. En el proceso de conocimiento es preciso que el sujeto se sitúe frente al objeto como algo externo a él, colocado fuera de sí, para que pueda examinarlo.
- **Objeto:** Es aquello a lo que se dirige la conciencia, de manera cognoscitiva. Es lo que se percibe, imagina, concibe o piensa. 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. Lo irreal se presenta meramente pensados.
- **Medio:** Los medios del conocimiento son:
 - La experiencia interna. Consiste en darnos cuenta lo que existe en nuestra interioridad.
 - 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 ello los generaliza y los abstrae.
 - La autoridad. Muchos de los conocimientos que poseemos nos llegan a través de la comunicación de personas que saben mucho sobre el tema.
- **Fin:** Lo que persigue, los propósitos de la actividad de búsqueda, que radica en la solución de un problema³⁶.

TIPOS DE CONOCIMIENTO

- **Conocimiento cotidiano**

También llamada vulgar; es el conocimiento del mundo y de nuestro entorno que la gente usa todos los días. Ha sido adquirido a lo largo de la existencia de cada persona como resultado de sus vivencias, contacto con el mundo y otras personas y no como un producto de la experimentación. Los saberes del conocimiento cotidiano o vulgar pueden ser dudosos en cuanto a que reflejen realmente verdad o lo auténtico y definitivamente real, pero nadie puede pasarse la vida investigando si cada cosa que cree es absolutamente cierta o no^{35,36,37}

- **Conocimiento científico**

Es objetivo, racional, sistemático, general, falible, metódico y sirve para interpretar los fenómenos y procesos. El conocimiento científico elabora y utiliza conceptos, desterrando así las ambigüedades del lenguaje cotidiano³⁷.

El conocimiento científico persigue determinar el porqué de la ocurrencia y desarrollo de un fenómeno, buscando la generalización de los datos e intenta descubrir lo necesario detrás de lo casual, para aprender las leyes que lo gobiernan, de este modo el hombre tiene la posibilidad de predecir y controlar los fenómenos^{33,35,37}

CARACTERÍSTICAS

El conocimiento es personal, en el sentido que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia

experiencia y lo incorporan a su acervo personal estando "convencidas" de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas "piezas".

El conocimiento "no se consume", solo "se entiende", puede también ser evaluado en el sentido de conveniencia de cada persona en un momento dado. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos³³.

FORMAS DE ADQUIRIR EL CONOCIMIENTO

Las actividades irán cambiando a medida que aumente los conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a situaciones de la vida diaria, esto unido a la importancia que se dé a lo aprendido, se lleva a cabo básicamente a través de 2 formas:

- a. Lo informal:** Mediante las actividades ordinarias de la vida, es por éste sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud - enfermedad y se completa el conocimiento con otros medios de información ²¹.
- b. Lo formal:** Es aquello que se imparte en las escuelas e instituciones formadoras donde se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular²⁰

NIVEL DE CONOCIMIENTO

Es un sistema jerarquizado por el cual la realidad se refleja y reproduce en el pensamiento humano, está indisolublemente ligado a la actividad práctica que realiza la persona. Es el grado de elevación o igualdad del saber del hombre sobre las generalidades, aspectos básicos, conceptos, principios, teorías, postulados de las diferentes ramas del saber cómo producto que se alcanza de manera de significancia de la intensidad relativa de los calificativos que será alto, medio y bajo¹⁸.

Es la expresión de una calificación cuantitativa en términos vigesimales en bajo, medio y alto.

a. Nivel alto:

Es un conocimiento de pensamiento lógico, adquiere su mayor expresión y autonomía de la realidad inmediata, se mide con escalas altas.

Características:

- Expresa un análisis más exhaustivo y profundo
- Posee una coherencia en el conocimiento y las leyes que la rigen.
- Acepta la realidad en que vive.
- Reconoce las consecuencias de sus actos.
- Sabe explicar los motivos de su certeza⁴⁰.

b. Nivel medio:

Es un tipo de conocimiento conceptual apoyados por el material empírico a fin de elaborar ideas y conceptos y ver las interrelaciones sobre los procesos y objetos que estudian.

Características:

- Expresión coherente y limitado.
- Tiene noción de un tema superficialmente.
- Conoce la causa pero no el efecto.
- Susceptibles de experimentación.
- No da soluciones definitivas⁴⁰.

c. Nivel bajo:

Es un tipo de conocimiento espontaneo que se obtiene por intermedio a la práctica que el hombre realiza diariamente.

Características:

- Conocimiento de la experiencia cotidiana del hombre.
- Conocimiento popular.
- Son imprecisos y equivocados.
- Limitación en cuanto a la información que maneja.
- Incoherencia del saber.
- Es inmediato y fugaz.

Para realizar los varemos se utiliza la siguiente formula^{25,40}

$$\text{Intervalo} = \frac{\text{valor máximo} - \text{valor mínimo}}{\text{Nº de respuestas}}$$

$$\text{Valor máximo} = \text{Nº de preguntas} \times \text{Nº de codificaciones}$$

$$\text{Valor mínimo} = \text{Nº de preguntas} \times 1$$

Desarrollando el baremo para variable nivel de conocimiento sobre la atención de parto con adecuación intercultural:

Valor máximo= $18 \times 2=36$

Valor mínimo= $18 \times 1=18$

INTERVALO= $\frac{36 - 18}{4} = 4.5$

4

**CATEGORIZACION DEL NIVEL CONOCIMIENTO FRENTE A
LA ATENCION DEL PARTO CON ADECUACION
INTERCULTURAL**

CATEGORIZANDO	INTERVALO
BAJO/DESCNOCE	0 – 10
MEDIO/ CONOCE	11- 21
POCO	
ALTO/CONOCE	22 – 36

Fuente: Elaboración propia

II. ACTITUDES

DEFINICIÓN

Son las predisposiciones a responder de una determinada manera con reacciones favorables o desfavorables, negativas o positivas hacia algo. Las integran las opiniones o creencias, los sentimientos y las conductas, factores que a su vez se interrelacionan entre sí. Las opiniones son ideas que uno posee sobre un tema y no tienen por qué sustentarse en una información objetiva. Por su parte, los sentimientos son reacciones emocionales que se presentan ante un objeto, sujeto o grupo social ²¹.

Al hablar de predisposición implica una disposición mental y

neurológica, que se organiza a partir de la experiencia y que ejerce una influencia directriz o dinámica sobre las reacciones del individuo respecto a todos los objetos y a todas situaciones que les corresponden^{39,41}.

El término "actitud" ha sido definido como "reacción afectiva positiva o negativa hacia un objeto o proposición abstracto o concreto denotado".

En cuanto a las actitudes del profesional de la salud, se define como la predisposición para pensar, percibir sentir, y comportarse de manera favorable, poco favorable y desfavorable frente a la atención de parto con adecuación intercultural, teniendo de conocimiento que las mujeres parturientas tienen creencias y costumbres arraigadas, por lo que ellas perciben reacciones afectivas de rechazo o aceptación frente a esta atención, lo que las conduce a terminar su embarazo en la institución o domicilio⁴².

FUENTES DE ACTITUD

Las actitudes se adquieren fundamentalmente por cuatro mecanismos psíquicos- sociales diferentes que son: la imitación, identificación, instrucción y educación.

- **La imitación:** representa un tipo de formación de actitudes, en la que las mujeres aprenden modos de conducta o reacción, sin someterlo en forma alguna a técnicas educacionales, por lo tanto, la imitación es una forma espontánea de actitudes. Por ejemplo, cuando una mujer

observa que su vecina gestante fue al establecimiento para su parto, entonces no se hace comentarios negativos, más al contrario replica la experiencia observada. U otro ejemplo es que el profesional de la salud atiende el parto con adecuación intercultural por lo que lo vio y sabe que mejorar los porcentajes de parto institucional.

- **La identificación:** al imitar conscientemente a otro personal de salud que atiende el parto con adecuación intercultural de forma rutinaria, se identifica con ella y adopta inconscientemente su comportamiento.
- **La instrucción:** cuando se trata de modificar actitudes ya definidas de algunas personas. Por ejemplo, cuando el personal de salud esta instruido que debe atender el parto en posición horizontal acompañado de la medicina occidental, mas no de la medicina tradicional.
- **La educación:** en este proceso se le inculca al personal de salud modos de conducta con cierta obligatoriedad. Por consiguiente, la educación representa una forma de adquisición de actitudes. La educación lleva al cambio de conducta, pero conscientemente.

FUNCIONES DE LA ACTITUD

Fundamentalmente las actitudes están compuestas por cuatro funciones diferentes que son:

- Carácter motivacional (determinante de la estabilidad y cambio de las actitudes)
- Función de defensa del yo

- Función adaptativa
- Función cognoscitiva

COMPONENTES DE ACTITUD

Según el modelo tridimensional toda actitud incluye tres componentes: el cognitivo; el afectivo; y, el conativo-conductual.

- **Componente cognoscitivo:** El componente cognitivo se refiere a la forma como es percibido el objeto actitudinal (McGuire, 1968), es decir, al conjunto de creencias y opiniones que el sujeto posee sobre el objeto de actitud y a la información que se tiene sobre el mismo (Hollander, 1978).
- **Componente afectivo:** El componente afectivo podría definirse como los sentimientos de agrado o desagrado hacia el objeto' (McGuire, 1968).
- **Componente conductual o motivacional:** El componente conativo hace referencia a las tendencias, disposiciones o intenciones conductuales ante el objeto de actitud (Rosenberg, 1960; Breckler, 1984). Una actitud determina una conducta que se puede conocer a través de los llamados componentes

MÉTODO DE ANÁLISIS DE ACTITUD

Existen múltiples métodos para el análisis de las actitudes, a continuación, se presenta una referencia a los tipos de escalas que miden el componente afectivo de la actitud. Siguiendo la

clásica tipología de Stevens, distinguiremos cuatro tipos diferentes de escalas:

- **Nominales:** Consisten en la clasificación de algún objeto en dos o más categorías (por ejemplo. actitud positiva / actitud negativa). En este tipo de escala el orden de las categorías carece de importancia. Pues, lo único que nos proporcionan es la equivalencia de los individuos en relación a los objetos. De este modo no podemos diferenciar a los individuos en base al grado en que poseen un atributo sólo sabremos si lo poseen o no.
 - **Diferencial semántico:** método desarrollado por Osgood, Suci, y Tannenbaum en 1957, se basa en usar un par de adjetivos opuestos, representando valores extremos en una opción bipolar, como bueno/malo, útil/inútil, adecuado/inadecuado, seguro/peligroso, etc. Se asume que hay un espacio semántico hipotético, entre los cuales debería estar situada la verdadera actitud del sujeto, que se evalúa de manera “gráfica”. Ejemplo: ¿qué le parece el contenido de esta guía?: ADECUADO-INADECUADO.
- **Ordinales:** Esta escala se basa en el orden de los objetos, aunque no nos aporta ninguna idea sobre la distancia que existe entre ellos, nos permite clasificar a los individuos en función del grado en que poseen un cierto atributo. Por ejemplo, si en una determinada pregunta hacemos contestar con las categorías: totalmente de acuerdo, de acuerdo, indiferente o neutro, en desacuerdo y, totalmente en

desacuerdo, tenemos ordenados los individuos en base a estas

Categorías como se da en la escala Likert.

- **Escala de Likert:** denominada así en honor de Rensis Likert, quien diseñó este método en 1932. En general, se plantean una serie de afirmaciones, juicios o preguntas (“proposiciones”), ante las cuales el individuo debe mostrar su “acuerdo” usando palabras que implican grados crecientes (o decrecientes) del mismo; es pues, una escala de tipo ordinal.
- **De intervalo:** en esta escala sabemos las distancias, pero no el principio métrico sobre el que se han construido los intervalos. Por ejemplo la escala de Thurstone.
 - **Escala de Thurstone y Chave:** realizada con ítems que valoran opiniones con valores fluctuantes entre 0 y 11, los cuales, sin embargo, no se muestran a los participantes, quienes sólo deben seleccionar la opinión con la que concuerden más. Los valores de 1 a 11 se obtienen promediando los valores o pesos que se asignan por un grupo de expertos, implicando que esta escala tiende a representar una medición de intervalos.
- **De proporción:** Con estas escalas logramos construir intervalos iguales, y además situar un punto cero de la escala.
 - **Escala o “escalograma” de Guttman:** Planteada por Luis Guttman en 1944. Se presentan una serie de planteamientos similares a los de Likert, pero asumiéndose que cada escalograma está dirigido a

estudiar un solo detalle de cada aspecto en particular, siendo entonces “unidimensionales”.

- **Escala de Bogardus:** es una escala acumulativa, como la de Guttman, en el sentido de que hay diversos planteamientos similares que varían de grado, por lo que se asume que el aceptar un determinado implica aceptar todos los que tengan un grado menor. La diferencia con la de Guttman estriba en que se usa un escalamiento de intervalos^{17,44}.

OBJETIVOS DEL MÉTODO DE ANÁLISIS DE ACTITUD

- Como instrumento de medición de las características de una variable.
- Como instrumento de medición de la dirección de la actitud (positiva o negativa; favorable o desfavorable) y de la intensidad de la actitud (alta o baja).
- Técnica indirecta de acercamiento a temas sensibles o de difícil manejo a través de otras técnicas de recolección de información.

Al presentar los diversos tipos de preguntas que puede contener un cuestionario se afirmó que algunas de ellas formuladas en forma de proposiciones con alternativas de respuestas con diversos grados de intensidad estaban destinadas a medir actitudes.

Una actitud medible puede ser:

- Un sentimiento positivo o negativo: estoy a favor o en contra.

- Una predisposición a actuar de cierta forma.
- El nivel de agrado o desagrado
- Una disposición positiva o negativa hacia un objeto social

El entrevistado expresa su nivel de aceptación o de rechazo refiriéndose a una escala que suele contar con 3 valores numéricos.

Es así que en este trabajo se utilizó esta escala de la siguiente manera:

1. Totalmente de acuerdo/ de acuerdo: 2 puntos
2. Indiferente: 1 Punto
3. En desacuerdo/ totalmente en desacuerdo: 0 Puntos¹⁷

III. CONOCIMIENTO Y ACTITUD FRENTE A LA ATENCIÓN DEL PARTO

En general, la formación de actitudes está altamente relacionada con la experiencia personal, social y profesional que cada individuo vive.

Cuando somos niños, recibimos incentivos o castigos que contribuyen a generar en nosotros actitudes positivas o negativas hacia los objetos; de igual forma, buscamos imitar las actitudes de otras personas que representan ideales para nosotros y finalmente, somos permeables a los patrones sociales, prejuicios, medios de comunicación e influencia cultural.

Las perspectivas adoptadas por los distintos enfoques sobre el desarrollo y formación de actitudes, proporcionan fundamentos para orientar las distintas técnicas dirigidas al cambio de actitudes. Las actividades irán cambiando a medida que aumente los

conocimientos, estos cambios pueden observarse en la conducta del profesional de la salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural⁴³.

IV. INTERCULTURALIDAD EN SALUD

INTERCULTURALIDAD

La interculturalidad se define como enfoque holístico que tiene un carácter inclusivo, donde se parte del respeto y la valoración de la diversidad cultural; es indispensable para lograr un propósito en forma integral, busca erradicar elementos que dificulten la convivencia entre culturas⁴⁶.

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Para el sector salud es un reto fundamental desarrollar de manera transversal el enfoque intercultural en las intervenciones de promoción de la salud y la gestión de los determinantes sociales.

Se define como un proceso de reconocimiento mutuo y respeto entre culturas diferentes. Implica el dialogo e intercambio de opiniones y conocimientos, sin imposiciones ni prejuicios, con una apertura a entender al otro, propiciando una convivencia respetuosa, plural y democrática, que lleve a un enriquecimiento mutuo⁸.

Por lo tanto, la interculturalidad en salud o salud intercultural significa que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también

significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción. Para llevar a cabo la implementación de la interculturalidad en el área de la salud, en Latinoamérica han utilizado diferentes enfoques que, en algunos casos, han resultado en políticas meramente integracionistas disfrazadas de respeto a la diversidad cultural. A continuación, Myrna Cunningham, nos ofrece un panorama claro de los cuatro enfoques existentes:

- 1- **El Enfoque Paternalista o Integracionista.** Se expresa básicamente en el reconocimiento formal de la diversidad cultural, pero se caracteriza por el establecimiento de relaciones verticales y medidas definidas desde arriba y desde afuera. En la práctica se refleja en un sistema de salud dominante bajo el paradigma biomédico y discrimina al sistema de salud indígena. Aunque reconoce la diversidad étnica, cultural y lingüística como elementos folclóricos interesantes, no los respeta porque organiza los servicios de salud y programas sin incorporar aspectos elementales como el idioma. Además, no reconoce los conocimientos sobre salud de los pueblos indígenas ni los agentes tradicionales de salud ni a las autoridades territoriales ni comunitarias. Por tanto, hay irrespeto a la cultura del otro por parte del personal de salud.
- 2- **El Enfoque Culturalista.** Este enfoque parte del reconocimiento del pluralismo cultural que afirma el derecho a la diferencia cultural y el valor intrínseco de cada cultura

desde la visión que ella tiene de sí misma. En este enfoque se otorga mayor grado de importancia a los aspectos didácticos, lingüísticos o folclóricos, sin profundizar en aspectos de participación y poder real. Se privilegia el uso de la lengua a nivel oral para traducir lo que es de interés del médico o del personal de salud occidental. En este enfoque prevalece la atención en adaptar el currículo oficial mediante actividades didácticas¹³ CUNNINGAM, Myrna (2002) p. 8-1117 centradas en la lengua y la cultura; por ejemplo, agregar al currículo de la carrera de salud un curso sobre plantas medicinales sin prestar interés a los aspectos vinculados a la cosmovisión indígena relativa a la salud.

3- **El Enfoque del Empoderamiento o Enfoque Autonomico.**

Este enfoque parte de que la salud intercultural deriva del ejercicio de los derechos sustantivos que tienen los pueblos indígenas y comunidades étnicas. Se enmarca, por lo tanto, en los derechos humanos de libre determinación. En este enfoque se privilegia el rescate y revaloración de la cultura de los pueblos y comunidades involucrados, el afianzamiento de la identidad colectiva y la participación plena de las decisiones desde la organización hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los sistemas de salud.

4- **El Enfoque de Convivencia.** Este enfoque ha sido promovido ante el incremento de las migraciones internas y externas, y el contacto que eso genera entre las culturas. En él mismo se parte de hecho de que es imprescindible el conocimiento del otro para que exista la convivencia y para poder reconocerlo como ser diferente, porque el desconocimiento produce temor. La convivencia no es

simplemente la mera coexistencia, la mera tolerancia. La convivencia implica cierto interés activo por el otro, y puede significar la incorporación de elementos de las culturas ajenas al acervo cultural propio. Se parte de que es importante la difusión del conocimiento adecuado acerca de las culturas originales, para que los no indígenas y otras comunidades étnicas puedan conocerlas y valorarlas positivamente como parte integrante del país. Así mismo se plantea como una estrategia para promover el diálogo intercultural e inter-étnico para alcanzar una coexistencia armónica. En el campo de la salud se refleja a través de la promoción de estudios etnográficos que se hacen con el solo objetivo de conocer las diversas culturas y tradiciones, a fin de que el grupo dominante pueda conocer que los que son diferentes son seres normales y a partir de ello poder convivir y organizar los programas de salud.

La construcción de una propuesta de salud intercultural pasa por definición de modelos de atención de salud entre culturas que coexisten en un espacio geográfico. Se debe considerar, por ejemplo, la gran riqueza de conocimientos propios caracterizados por una visión holística de la salud humana y de su propio “sistema de salud” (curanderos, chamanes, parteras, etc.) que poseen las poblaciones rurales.

De allí que la interculturalidad es reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los grupos humanos en base al diálogo, la interrelación en simetría de condiciones –con igualdad de prestigio cultural, con igualdad de sabiduría– y la promoción de la

convivencia humana⁴.

ENFOQUE Y ADECUACIÓN INTERCULTURAL

Entendemos por "enfoque" a la perspectiva a través de la cual se observa una realidad. Tiene una visión teórica que funciona como eje, desde el cual se lee toda la realidad para explicarla y entenderla. Así existen el enfoque, de género, de equidad, de respeto a los Derechos Humanos, de interculturalidad y otros. La "adecuación" consiste en la materialización o ejecución del "enfoque", sea cual sea, mediante el uso apropiado de sus métodos y políticas. En este sentido la "adecuación intercultural" se refiere a la implementación de políticas que favorezcan una relación intercultural; vale decir, para capacitar y sensibilizar a una población en temas de interculturalidad, implementar un establecimiento de salud con motivos que representen la diversidad de culturas en nuestro país, por ello es este trabajo se medió que tanto el personal de salud se adecua a lo establecido. etc⁴⁴(44 A esto se refiere Cesar Nureña cuando dice: "Se considera necesario adecuar los servicios en la atención materna con un enfoque de interculturalidad, género, equidad y respeto a los derechos humanos". Y más adelante dice: "la adecuación intercultural se refiere al acondicionamiento del local (iluminación tenue, calefacción, cortinas, etc.), la presencia de parteras y de allegados, y la disponibilidad de materiales y equipos (vestimenta, fajas, camilla) y de medicinas tradicionales".

La construcción de una propuesta de salud intercultural pasa por definición de modelos de atención de salud entre culturas que coexisten en un espacio geográfico. Se debe considerar, por ejemplo, la gran riqueza de conocimientos propios caracterizados por una visión holística de la salud humana y de su propio “sistema de salud” (curanderos, chamanes, parteras, etc.) que poseen las poblaciones rurales.

De allí que la interculturalidad es reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los grupos humanos en base al diálogo, la interrelación en simetría de condiciones –con igualdad de prestigio cultural, con igualdad de sabiduría– y la promoción de la convivencia humana⁴.

PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL

El punto clave es aplicar la ciencia sin chocar demasiado con la cultura y sin permitir que los derechos universales de salud sean diezmados⁷.

La norma técnica y los trabajos de investigación en su mayoría están centradas en la atención del parto en posición vertical en sus distintas variedades significando que ello significa atender con adecuación intercultural, mas no en la posición horizontal. sin embargo, la interculturalidad en salud no solo es permitir el parto vertical sino es negociar en todo momento con la parturienta, así haya dado parto posición ginecológica por algunas indicaciones, lo resto fue negociado y brindado por el personal de salud tomando en cuenta su cultura y cosmovisión.

- Parto en posición horizontal

El parto horizontal es la atención del parto en posición

ginecológica sobre una camilla de metal acompañada de pierneras⁴³. Las desventajas son muchas ya que la fuerza o el motor son lentas y pobres, ello tiene consecuencias exige mayor esfuerzo a la madre, la dilatación es más lenta y el canal del parto forma mayor curvatura dificultando la salida del RN y perjudicando la oxigenación del producto¹⁵.

El parto en posición horizontal tiene ventajas al igual que las desventajas. Facilidad para que el proveedor preste atención durante el parto, trate las complicaciones, administre los medicamentos y efectúe el monitoreo fetal, facilita la episiotomía, episiorrafía y suturas, facilidad para la atención de partos distócicos, disminuye el riesgo de hemorragia.

- Parto en posición vertical

Es el parto en el cual la gestante se coloca en la posición vertical en sus diferentes variedades, mientras que el personal de salud, se coloca delante o detrás de la parturienta para atender el parto. Esta posición permite que el/la recién nacido(a) como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo se oriente principalmente al canal del parto, facilitando el parto y disminuyendo traumatismos⁸.

Parir en esa posición tiene un sustento científico ya que el ángulo del eje pelviano aumenta desde 90° hasta 180°, aumento del canal del parto 2 cms en antero posterior y 1 cm en el transversal, las acciones positivas de las fuerzas de gravedad favorecen el encaje y el descenso del feto. El útero, no comprime grandes vasos, aorta y vena cava por lo que no ocasiona

alteraciones en la circulación materna y placentaria, favoreciendo a la oxigenación del feto¹⁵

Por lo tanto, la fuerza de la gravedad facilita el parto, hace que él bebe se dirija hacia abajo y no regrese, la triple gradiente se mantiene adecuada.

Ventajas y desventajas de la variedad de posición de parto parada o de pie

Ventajas

- Usual en culturas selváticas
- se pueden utilizar cuerdas, ramas o apoyos en el techo
- Total, libertad de movimiento
- menos dolor
- más cómoda para el asistente
- ayuda al encajamiento

Desventajas

- requiere un punto de apoyo fuerte y alto
- puede ser muy precipitado
- hay riesgo de caída brusca de la madre y del bebe.

Parto en posición de cuclillas

Ventajas

- refuerza la necesidad de pujar.
- aumento de presión en suelo pelviano
- permite movimiento
- menos dolor
- colocarse una barra delante
- pueden usarse apoyos posteriores

- contacto visual y táctil
- se puede atender el parto por delante
- facilitando el contacto precoz
- participación más activa
- Desventajas:
- requiere apoyos más altos y fuertes
- requiere mayor fortaleza física
- puede ser necesaria una silla
- puede ser muy violenta
- requiere fortaleza física

Parto en posición de rodillas

Ventajas

- muy útil para la intimidad
- puntos de apoyo múltiples y seguros
- se puede pasar a posición de gatas
- facilidad de protección pasiva

Desventajas

- no es muy cómoda para el operador
- mayor dificultad para pasar a horizontal
- el contacto precoz puede ocurrir con dificultad

V. MITOS Y VERDADES EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN DEL PARTO

PREPARACIÓN EN EL PARTO

Durante la fase previa al parto se respeta el deseo de la mujer en cuanto a la presencia de personas durante su parto. - Las actitudes de las parturientas son variadas: Algunas prefieren estar solas para dar a luz, otras necesitan la presencia de sus familiares, las

referencias revelan que para el primer parto se suele solicitar la ayuda de una partera. El marido juega un rol importante en el parto y es requerido frecuentemente por las parteras durante el parto y en caso de complicaciones la presencia de la madre o de la suegra inspiran confianza por ser mujeres con experiencia en sus propios partos y los de sus familiares. Le sigue en orden de importancia los otros familiares cercanos, los ojos extraños a la familia no son bien vistos, pueden ser portadores de daños o enfermedades.

Las estadísticas del sistema de salud confirman la preferencia de los grupos indígenas por la atención casera con parteras y familiares cercanos⁴⁷.

AYUDANTES EN EL PARTO

En caso de atención familiar el que más interviene es el esposo, luego la madre de la parturienta, sus hermanas y aún sus hijas. La que atiende el primer parto por lo general es la partera; los demás son atendidos por los familiares.

EL LUGAR DEL PARTO

El lugar del parto corresponde ritualmente a lo femenino en la concepción andina del espacio.

EL SIGNIFICADO SIMBOLICO DEL LUGAR DEL PARTO

El espacio de la casa simbólicamente el lugar femenino es el suelo, el lugar plano, el lugar del fogón y las ollas. El espacio, el techo, los aleros, las vigas corresponden a lo masculino. De todo

el suelo, el piso, es el lugar femenino de la pachamama, “abajo”, junto al fuego, a las ollas y los cantaros, recipientes femeninos por excelencia.

EL SIGNIFICADO DE LAS LANAS Y LOS CUEROS EN EL LUGAR DEL PARTO

El suelo se protege con pellejos de carnero, cueros de oveja y mantas viejas. En algunas comunidades tienen la creencia de dar a luz más rápido cuando se arrodillan sobre en cuero negro. Prefieren el cuero negro porque tiene más calor, es más abrigador y hace más rápido el parto.

Se usan cueros negros o blancos para que la sangre del parto no se derrame por el suelo y para recibir la placenta. La tierra puede agarrar a la madre y al niño⁴⁷.

Los pellejos en el suelo son para que el niño al salir no toque la tierra y para evitar que el wamani lo alcance o se posesione de él⁵.

CARACTERISTICAS DEL ESPACIO DEL LUGAR

En la actitud de las parteras y parturientas hay indudablemente un sentimiento de pudor y necesidad legítima de intimidad, probablemente es más fuerte la necesidad de protegerse del aire, frío, luz, de las miradas malas o extrañas, no familiares, porque en el sentido de su propio ritual de su propia cultura rompen el marco del ritual propiciatorio de un parto normal, además porque constituyen una amenaza (pueden hacer maleficios) o son portadores de la enfermedad ⁴⁷.

EL SIGNIFICADO DEL HUMO

La preocupación más grande es evitar el mal viento. Por eso se humea el cuarto. Los elementos para el ahumado son: paja, cuernos de cabra, lana negra de oveja, lana de vicuña, incienso, azúcar, chaman (una hierba cálida, utilizada en rituales religiosos) y se puede hacer con cualquiera de ellos o combinándolos.

EL LUGAR DE PARTO: UN SIMBOLO UTERINO

El ritual es para mediatizar el retorno de los muertos y para equilibrar un “Pachacuti” en la pequeña esfera familiar ^{47,48}.

DIAGNOSTICO DEL PARTO POR EL PULSO

Es una habilidad bastante extendida entre las parteras de las diversas zonas, el uso de la palpación del pulso de la parturienta como medio de diagnóstico no solo de la evolución del parto, sino de la presentación, situación y posición correcta del niño, la duración aproximada del parto, la temperatura de la parturienta, la predicción del momento crucial del parto y las posibles complicaciones. El diagnostico suele ser acertado⁴⁷.

USO DE CALOR DURANTE EL PARTO

LAS BEBIDAS

El parto es un evento absolutamente caliente. El calentamiento de la parturienta parece ser una de las mayores preocupaciones de todos los asistentes del parto sin excepción alguna. El uso del calor para propiciar el parto en pueblos andinos abarca: El calentamiento ritual del lugar del parto con humo para proteger a la parturienta del mal viento y de otras malas influencias, o de

cambios bruscos de temperatura, el dar calor a la mujer a través de los distintos tipos de masajes con grasas conceptualizadas culturalmente calientes (gallina, vaca, vicuña y llama), el calor humano proporcionado por las personas que la atienden directamente en especial la partera que le da ánimo y por el ambiente familiar.

LAS HIERBAS CALIDAS

Las hierbas consumidas son de acuerdo al lugar donde se encuentran. Ejemplo. En Huancavelica té de wamanripa, hinojo; Junín café puro con una ramita de capulí y de ortiga colorada y 3 gotas de aceite rosada.

La mujer con cuerpo caliente debe tomar mates templados: salvia, pachatayanca. La mujer con cuerpo frío debe ser abrigada y tomar mates cálidos: chachacoma, molle, cascara o chocolate de cacao.

LOS MASAJES

Durante el trabajo de parto muchas mujeres se sienten mejor si son tocadas con un masaje, el contacto físico muestra el interés que otras personas sienten por ella y no se sienta sola. Por otro lado, son una fuente de contra estimulación que alivia el dolor. Los masajes se pueden aplicar de diferente manera: Acariciar suavemente el abdomen, sujetarlo fuerte cuando más duele, aplicar masajes fuertes y firmes utilizando la palma de la mano en la parte central de la espalda o hueso sacro, es útil especialmente cuando hay dolor en la espalda. Simplemente sujetar las manos, brinda una sensación de seguridad y confianza a la parturienta.

Las manos deben estar tibias, realizar el masaje lentamente con la palma de la mano y la yema de los dedos, la utilización de un aceite o talco (de acuerdo a gusto y posibilidades de la parturienta), ayuda a deslizar las manos por la piel y ejercer una presión suave y pareja.

Masajes Para Disminuir Dolores

La mujer se coloca de rodillas sostenida con una soga se cuelga del techo, la partera de rodillas masajea con grasa de gallina fuertemente las articulaciones, el vientre, las piernas y la parte lumbar.

Masajes Del Cóccix

La mujer de rodillas, la partera detrás masajea con los dedos el cóccix y lo presiona ligeramente hacía adentro. Se utiliza este masaje también para que la wawa no salga por el ano.

Cordón Umbilical

Es costumbre dejar al bebe unido a la madre por el cordón umbilical hasta que se produzca el alumbramiento de la placenta, que puede durar hasta un día. Y el cordón se corta al final.

En Huancavelica, se dice que el niño no puede ser separado de la madre hasta que esta no haya expulsado la placenta se espera máximo media hora. Si la placenta no sale completa, la parturienta muere por hinchazón generalizada. Por ello se apura la expulsión por medios artificiales. Huancavelica, se hace uso de un cucharón en la boca, produciendo vómitos y náuseas y consiguiendo la expulsión rápida de la placenta. También mates de manzanilla y

en un trapo ponen mate calentado sobre la cintura para producir calor.

La placenta se quema hasta volverse ceniza y se entierra. Y antes de iniciar estos procedimientos, las parteras hacen su pago a la tierra y rezan el credo.

Si no se quema, se arroja entera al cerro encima de las piedras. Hay que considerar que las piedras son símbolo de fertilidad, enterrando después de 30 minutos de expulsada la placenta en la cocina para que no lo toque el sol, la lluvia o el viento, que pueden ocasionar la muerte de la madre^{47,48,49}.

VI. ESTABLECIMIENTO DE SALUD

El establecimiento de salud, constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud, según nivel de atención y clasificado en una categoría; está implementado con recursos humanos, materiales y equipos. realiza actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, asistenciales y de gestión para brindar atenciones de salud a la persona, familia y comunidad^{50,51}.

CATEGORÍA

Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

CATEGORIZACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Proceso que conduce a clasificar los diferentes establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales, que permitan responder a las necesidades de salud de la población que atiende⁵⁰

a. NIVEL DE ATENCION

Forma de organización de la oferta de los servicios de salud; correlaciona magnitud y severidad de las necesidades sanitarias con la capacidad resolutive. Se reconocen tres niveles:

Primer nivel de atención

Puerta de entrada del usuario al sistema de salud, en este nivel se desarrollan principalmente actividades sanitarias para necesidades de salud de menor complejidad en base a un mayor volumen de oferta con menor especialización y tecnificación.

intervenciones de promoción, prevención y protección específica, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

Se constituye además en facilitador y coordinador de los procesos de atención de salud del usuario dentro del sistema de salud. Ello contempla las siguientes categorías: I - 1, I - 2, I - 3, I - 4, I - E.

CATEGORÍA I – 1

Con capacidad resolutive para la prestación de servicios de salud ambulatoria.

En esta categoría, desarrollan prestaciones de salud uno o más profesionales de la salud no médicos. Pueden contar con personal técnico de salud y enfermera u obstetra.

Corresponden a los establecimientos de salud de esta categoría las siguientes: Posta de Salud y no incluye a los consultorios de Médicos Cirujanos.

CATEGORÍA I - 2

Clasificación de establecimientos de salud del primer nivel de atención, con capacidad resolutive para la prestación de servicios de salud ambulatoria ejercida por un médico general como mínimo y demás profesionales como obstetra, enfermera y técnico en enfermería, puede como no contar con población asignada. Los establecimientos que corresponde son: puesto de salud, consultorio Médico.

CATEGORÍA I - 3

Establecimientos con capacidad resolutive para la prestación de servicios de salud ambulatoria ejercida por médico general y determinados servicios de apoyo (médico cirujano, obstetra, enfermera, tecnólogo o técnico de laboratorio y personal técnico asistencial de salud. A los establecimientos de I-3 se les denomina Centro de Salud, Centro Médico, Policlínico

CATEGORÍA I - 4

Establecimientos de salud con capacidad resolutive para prestación de servicios de salud ambulatorias y de internamiento ejercida por médico general y determinados servicios de apoyo.

El I-4 que tiene población asignada desarrolla prestaciones de salud por médico general o médico especialista en Medicina Familiar, cirujano dentista general, químico farmacéutico, enfermera (o), obstetra, psicólogo (a), nutricionista, tecnólogo (a)

médico de laboratorio clínico y anatomía patológica o biólogo (a), trabajador (a) social y personal técnico asistencial de salud. Puede desarrollar prestaciones por cirujanos dentistas especialistas

Puede desarrollar complementariamente prestaciones por médicos especialistas y otros profesionales de la salud, según demanda, con oferta propia y/o tercerizada y/o por intercambio prestacional, ya sea bajo las modalidades fija y/o móvil y/o telemedicina, entre otros. Se les denomina de esta categoría a los centros de salud con internamiento.

ACTIVIDADES PRE UPSS.-

Son de cumplimiento obligatorio para todos los establecimientos de salud

- ✓ Atención de urgencias y emergencias
- ✓ Internamiento
- ✓ Atención de la gestante en el período de parto
- ✓ Atención del Recién Nacido en el Área de Observación
- ✓ Desinfección y Esterilización
- ✓ Salud Familiar y Comunitaria
- ✓ Anatomía Patológica
- ✓ Radiología
- ✓ Ecografía

CATEGORÍA I - E

El I-E desarrolla prestaciones por uno o más médicos especialistas y el concurso de otros profesionales de la salud según el campo clínico que desarrolla. Las prestaciones de salud

que realiza no son tributarias de la UPSS Hospitalización, ni de la UPSS Centro Quirúrgico.

Esta categoría incluye a los establecimientos de salud que se enfocan en el campo clínico de salud estomatológica desarrollando prestaciones únicamente por cirujanos dentistas con especialidad y soporte de radiología oral, con o sin laboratorio dental.

b. Segundo nivel de atención

Complementa la atención integral de salud iniciada en el primer nivel desarrollando principalmente actividades sanitarias para necesidades de salud de moderada complejidad en base a un equilibrio entre el volumen de oferta con una especialización y tecnificación más desarrollada.

Se orienta a solucionar los problemas de salud de los usuarios referidos del primer nivel de atención y aquellos que acudan por motivo de urgencia o emergencia. En ello encontramos: II - 1, II - 2, II - E.

c. Tercer nivel de atención

Complementa la atención integral de salud del primer y segundo nivel desarrollando principalmente actividades sanitarias para necesidades de salud de mayor complejidad en base a una oferta de mayor especialización y tecnificación.

Considera un grado superior de especialización, tecnificación y tecnología de sus recursos. Es el nivel de mayor capacidad resolutive del sistema de salud.

Se orienta a solucionar los problemas de salud de los usuarios referidos del primer y segundo nivel de atención y aquellos que

acudan por motivo de urgencia o emergencia. En ello se encuentran: III - 1, III – E ⁵⁰

NIVEL DE COMPLEJIDAD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Es el grado de diferenciación y desarrollo de los servicios de salud, alcanzado en base a la especialización y tecnificación de sus recursos.

El nivel de complejidad guarda una relación directa con el nivel de atención y con la categorización de los establecimientos de salud objeto de esta norma.

2.4. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **ACTITUD:** 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 acontecimientos⁴²
- **CATEGORÍA:** Clasificación que caracteriza a los establecimientos de salud, en base a niveles de complejidad y a características funcionales comunes, para lo cual cuentan con Unidades Productoras de Servicios de Salud (UPSS) que en conjunto determinan su capacidad resolutive, respondiendo a realidades socio sanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes⁵⁰.
- **CONOCIMIENTO:** Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje el cual se refleja en la argumentación que se tiene del mismo⁴⁰.
- **ESTABLECIMIENTO DE SALUD:** El establecimiento de salud, constituye la Unidad Operativa de la oferta de servicios de salud,

según nivel de atención y clasificado en una categoría; está implementado con recursos humanos, materiales y equipos. realiza actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, asistenciales y de gestión para brindar atenciones de salud a la persona, familia y comunidad^{50,51}

- **INTERCULTURALIDAD:** La interculturalidad se define como enfoque holístico que tiene un carácter inclusivo, donde se parte del respeto y la valoración de la diversidad cultural; es indispensable para lograr un propósito en forma integral, busca erradicar elementos que dificulten la convivencia entre culturas⁴⁶
- **INTERCULTURALIDAD EN SALUD:** Proceso de reconocimiento mutuo y respeto entre culturas diferentes. Implica el dialogo e intercambio de opiniones y conocimientos, sin imposiciones ni prejuicios, con una apertura a entender al otro, propiciando una convivencia respetuosa, plural y democrática, que lleve a un enriquecimiento mutuo^{5,7}.
- **ENFOQUE:** Perspectiva a través de la cual se observa una realidad. Tiene una visión teórica que funciona como eje, desde el cual se lee toda la realidad para explicarla y entenderla.
- **ADECUACIÓN:** Consiste en la materialización o ejecución del "enfoque", sea cual sea, mediante el uso apropiado de sus métodos y políticas.
- **ADECUACIÓN INTERCULTURAL:** Implementación de políticas que favorezcan una relación intercultural; vale decir, para capacitar y sensibilizar a una población en temas de interculturalidad, implementar un establecimiento de salud con motivos que representen la diversidad de culturas en nuestro país.

- **NIVEL DE ATENCION:** Forma de organización de la oferta de los servicios de salud; correlaciona magnitud y severidad de las necesidades sanitarias con la capacidad resolutive⁵⁰.
- **PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL:** El punto clave es aplicar la ciencia sin chocar demasiado con la cultura y sin permitir que los derechos universales de salud sean diezmados⁷
- **PARTO EN POSICIÓN VERTICAL:** Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas o de cuclillas) mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto^{8,53}.
- **PARTO EN POSICIÓN HORIZONTAL:** Es la atención del parto en posición ginecológica sobre una camilla de metal acompañada de piñeras⁴³
- **PROFESIONAL DE SALUD:** Es el profesional de las ciencias médicas que tiene la responsabilidad de brindar atención asistencial a la gestante durante el proceso de gestación, parto y puerperio, se reagrupa a el/la Obstetra, Médico, Gineco-Obstetra y enfermera⁵⁰.
- **SALUD:** Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo o a nivel objetivo⁵¹.

2.5. FORMULACION DE HIPOTESIS

2.5.1 HIPOTESIS DE INVESTIGACIÓN:

- Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.

2.5.2 HIPOTESIS ESPECÍFICAS:

- El nivel de conocimiento del profesional de Salud es alto frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.
- La actitud del profesional de Salud es favorable frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.

2.6. IDENTIFICACION DE VARIABLES

V1: CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL:

V2. ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL:

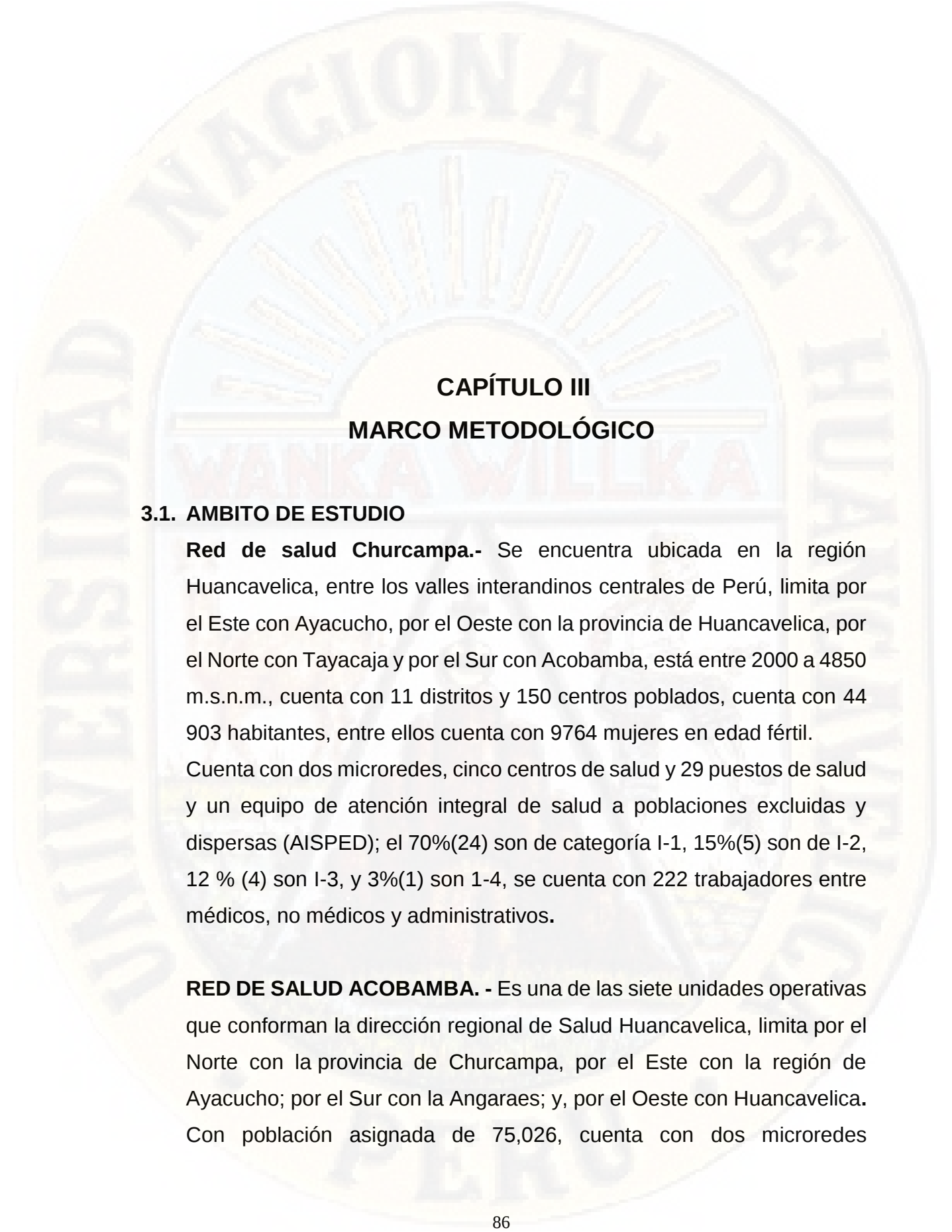
2.7. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LAS REDES DE SALUD ACOBAMBA Y CHURCAMPÁ, 2017”

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO
V1: CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCION DEL PARTO CON ADECUACION INTERCULTURAL	Consiste en la identificación de la información adquirida de la experiencia o la educación sobre atención de parto con adecuación intercultural.	Fue el puntaje obtenido luego de la aplicación del cuestionario estructurado. Su determinación fue tomando el esquema vigesimal. Que se clasifica en 3 niveles, desconoce/ bajo, conoce poco/medio, conoce/alto	1.1 Conocimiento durante la atención del Periodo de dilatación.	• Conoce la fecha en que fue emitida la norma técnica de atención del parto vertical con pertinencia cultural. • Conoce la definición de la interculturalidad • Señala los beneficios del acompañamiento en labor de parto • Señala las terapias alternativas en la labor de parto. • Conoce las ventajas e indica la ingesta de alimentos y líquidos azucarados • Señala los beneficios del caminar en la labor de parto • Señala en que momento debe de realizar el tacto vaginal	Nominal	Cuestionario N°01, desde la pregunta 1 al 7, la cual estará codificado como correcto(2) e incorrecto (1)

			1.2 Conocimiento durante la atención del Periodo de expulsivo.	• Conoce las modalidades de parto • Conoce las variedades de posición en el parto vertical • Señala como debe de atenderse el parto con adecuación intercultural • Conoce la definición del parto vertical • Señala las ventajas del parto vertical • Señala cuales son las contraindicaciones del parto vertical • Conoce las ventajas del parto horizontal • Señala las condiciones que debe de tener el lugar para atención de parto con adecuación intercultural.		Cuestionario desde la pregunta 8 al 15, la cual estará codificado como correcto (2) e incorrecto (1)
			1.3 Conocimiento durante la atención del periodo de alumbramiento y puerperio inmediato	• Señala los objetivos del consumo de mates calientes • Señalas las practicas más utilizadas para facilitar la expulsión de la placenta • Conoce las practicas ancestrales para la comprensión del útero.		Cuestionario desde la pregunta 16 al 18, la cual estará codificado como correcto(2) e incorrecto (1)

V2: ACTITUD DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCION DEL PARTO CON ADECUACION INTERCULTURAL	Es la predisposición de reacción de manera favorable, poco favorable o desfavorable de los profesionales de la salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural.	Fue medido la conducta como favorable, poco favorable y desfavorable, a través de la escala de Likert y se clasifico en 3 niveles.	1.1 Actitud cognitiva frente a la atención del parto con adecuación intercultural	• Norma técnica de atención del parto vertical en marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural. • Adecuación intercultural	Nominal	Escala de likert, el será codificado en tres niveles. Favorable =3, poco Favorable=2, Desfavorable =1
			1.2 Actitud afectiva frente a la atención del parto con adecuación intercultural .	• Ingesta de alimentos o bebidas • Terapia alternativa • Acompañamiento		
			1.3 Actitud conductual frente a la atención del parto con adecuación intercultural	• Tacto vaginal • Elección de la posición para el parto • Variedades de posición • Adecuación cultural • Practicas ancestrales		
VARIABLES INTERVINIENTES			Sexo Edad Profesión Tiempo de servicio	Femenino Masculino 20 a 30 años 31 a 40 años 41 a 50 años 51 a 60 años Mayor a 60 años Medico Obstetra 0-5 años 5 a 10 años Mayor a 10 años		



CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. AMBITO DE ESTUDIO

Red de salud Churcampa.- Se encuentra ubicada en la región Huancavelica, entre los valles interandinos centrales de Perú, limita por el Este con Ayacucho, por el Oeste con la provincia de Huancavelica, por el Norte con Tayacaja y por el Sur con Acobamba, está entre 2000 a 4850 m.s.n.m., cuenta con 11 distritos y 150 centros poblados, cuenta con 44 903 habitantes, entre ellos cuenta con 9764 mujeres en edad fértil.

Cuenta con dos microredes, cinco centros de salud y 29 puestos de salud y un equipo de atención integral de salud a poblaciones excluidas y dispersas (AISPED); el 70%(24) son de categoría I-1, 15%(5) son de I-2, 12 % (4) son I-3, y 3%(1) son I-4, se cuenta con 222 trabajadores entre médicos, no médicos y administrativos.

RED DE SALUD ACOBAMBA. - Es una de las siete unidades operativas que conforman la dirección regional de Salud Huancavelica, limita por el Norte con la provincia de Churcampa, por el Este con la región de Ayacucho; por el Sur con la Angaraes; y, por el Oeste con Huancavelica. Con población asignada de 75,026, cuenta con dos microredes

(Acobamba y Paucará), cuenta con 54 establecimientos de salud de diferentes categorías I-1 (42), I-2(5), I-3 (5), y I-4 (2), con más de 400 trabajadores entre profesionales médicos, no médicos, técnicos, administrativos y personal de servicio

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La investigación fue de tipo básico descriptivo, pues solo se recogió la información sin manipular las variables conocimiento y actitud, siendo de enfoque cuantitativo⁵².

3.3. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.

De acuerdo a la naturaleza de estudio la investigación; fue correlacional, de corte transversal; porque permitió estudiar las variables conocimiento y variable, identificando sus características tal como se presentaron en la realidad y en el momento, luego se correlaciono las variables para determinar el grado de relación entre ellas⁵².

3.4 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.

El estudio realizado utilizo el método específico: Descriptivo y estadístico. Descriptivo, porque se describió, analizó e interpretó sistemáticamente un conjunto de hechos relacionado con otra variable tal como se dio. No se manipuló ni controló las variables, sino se trata de reflejar el estado, condición o características del fenómeno investigado tal como es, en forma fidedigna como una especie de fotografía o radiografía. Estadístico; porque a través de la aplicación facilito la representación de datos de los fenómenos observados, y la toma de decisiones a la aplicación de la estadística descriptiva⁵².

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Las técnicas son herramientas que permiten obtener información acerca de la muestra, mediante el uso del cuestionario. Para esta tesis se utilizó por variables⁵²

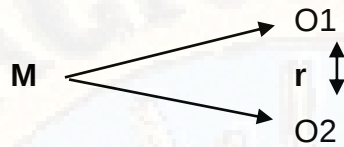
VARIABLES	TÉCNICA	INSTRUMENTO
CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCION DEL PARTO CON ADECUACION INTERCULTURAL	Encuesta	Cuestionario
ACTITUD DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCION DEL PARTO CON ADECUACION INTERCULTURAL	Psicométrica	Escala de Likert

Y la validez fue realizada por juicio de expertos, conformado por seis profesionales. y la prueba piloto se realizó en el personal profesional de los establecimientos de las mismas redes, ya que tienen las características similares a la muestra de estudio, por lo que fue sometido al alfa de crombach para determinar la confiabilidad del instrumento^{52,54}.

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

El Diseño fue No Experimental Descriptivo transversal. Diseño No Experimental; porque careció de manipulación intencional y tan solo se analizó y estudio los hechos y fenómenos de la realidad después de su ocurrencia. Transversal; porque permitió realizar estudios de investigación de hechos y fenómenos de la realidad en un momento determinado del tiempo. Descriptiva, porque nos permitió conocer y analizar las características, rasgos, propiedades y cualidades de un hecho o fenómeno de la realidad en un momento determinado del tiempo⁵²

ESQUEMA:



M = Muestra (personal profesional: (Medico, obstetra que laboran en los establecimientos)

O1 = conocimiento del personal de salud frente atención de parto con adecuación intercultural

O2 = actitud del personal de salud frente atención de parto con adecuación intercultural

r = relación entre variables

3.6. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO.

3.6.1. POBLACIÓN

El trabajo de investigación estuvo constituido por todos los profesionales que laboran en los diferentes establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa de la región Huancavelica, quienes atienden el parto, inmersa en ello están obstetras, médicos (haciendo un total de 150 profesionales) ^{52,55}.

3.6.2 MUESTRA

Estuvo constituido por 93 profesionales de la salud (entre médicos y obstetras) que laboran en los diferentes establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa. Ello fue determinado a través de la siguiente fórmula ^{55,56}.

$$n = \frac{4pqN}{\dots}$$

$$E^2 (N-1) + 4pq$$

$$n = \frac{4(0.6) (0.4) (150)}{(0.0025) (150-1) + 4(0.6) (0.4)}$$

$$n = 93$$

3.6.3 MUESTREO

El muestreo fue probabilístico aleatorio simple.

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para la recolección de datos se tuvo en cuenta los siguientes pasos:

- ✓ Se estructuró el instrumento y técnica de recolección de datos.
- ✓ Se validó subjetivamente el instrumento de recolección de datos a través de opinión de expertos; y su procesamiento estadístico del mismo.
- ✓ Luego la validez y confiabilidad fue través de prueba piloto y su procesamiento estadístico del mismo.
- ✓ Reestructuración definitiva del instrumento de recolección de datos para su aplicación en la muestra de estudio.
- ✓ Plan de aplicación de los instrumentos de recolección de datos.
- ✓ Aplicación del instrumento de recolección de datos previa coordinación.
- ✓ Y por último se consolido, proceso y analizo los datos recolectados⁵².

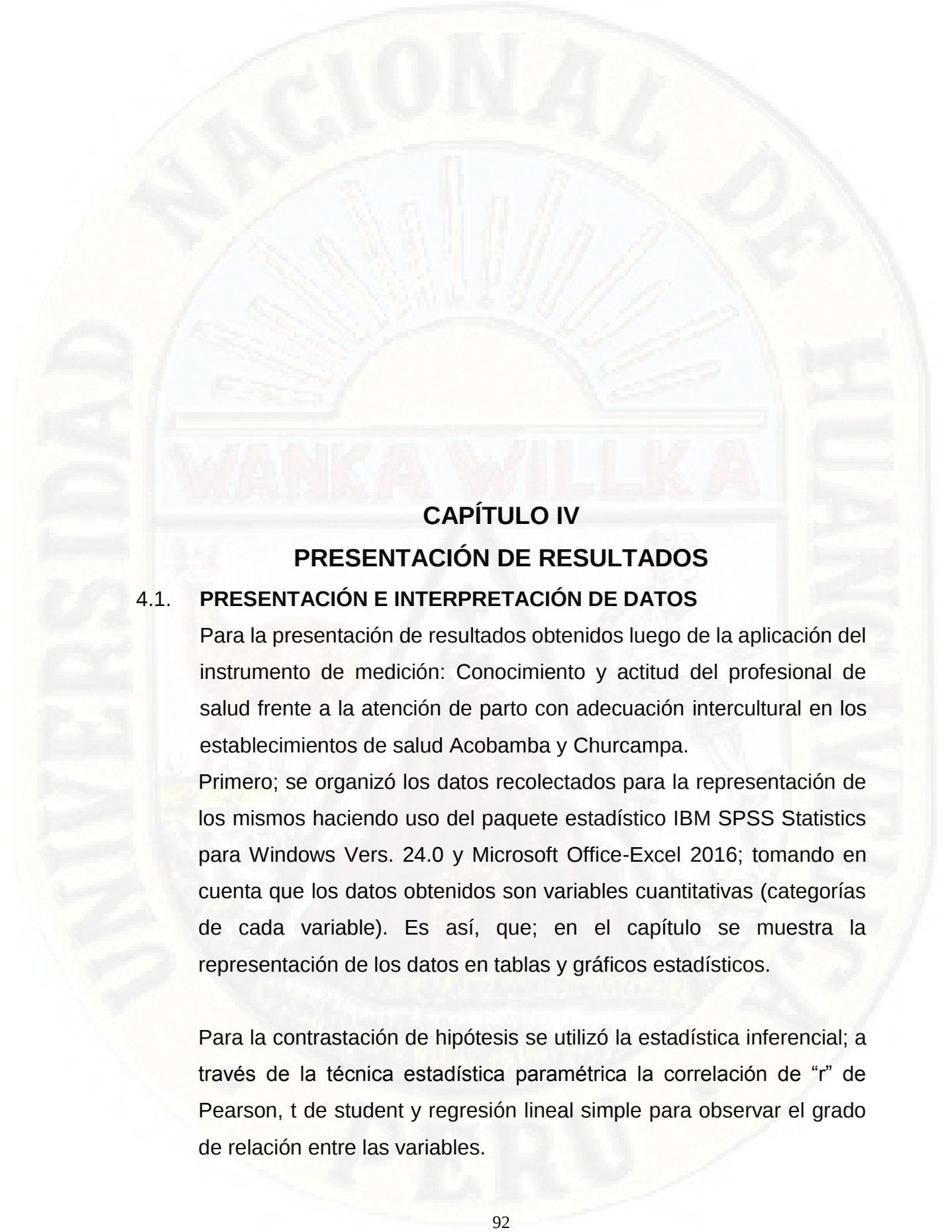
3.8. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows Vers. 24.0, Hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2016. Así mismo, se utilizó la estadística descriptiva: para la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos; y para la

contratación de la hipótesis la aplicación de la estadística inferencial; para poder deducir (inferir) cómo se distribuye la población bajo estudio a partir de la información que proporciona una muestra representativa^{52,57}.

3.9 DESCRIPCION DE LA PRUEBA DE HIPOTESIS

Para el contraste de hipótesis se utilizó la prueba estadística inferencial, **COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON (r Pearson)**, con un intervalo de confianza de 95%.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. PRESENTACIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para la presentación de resultados obtenidos luego de la aplicación del instrumento de medición: Conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud Acobamba y Churcampa.

Primero; se organizó los datos recolectados para la representación de los mismos haciendo uso del paquete estadístico IBM SPSS Statistics para Windows Vers. 24.0 y Microsoft Office-Excel 2016; tomando en cuenta que los datos obtenidos son variables cuantitativas (categorías de cada variable). Es así, que; en el capítulo se muestra la representación de los datos en tablas y gráficos estadísticos.

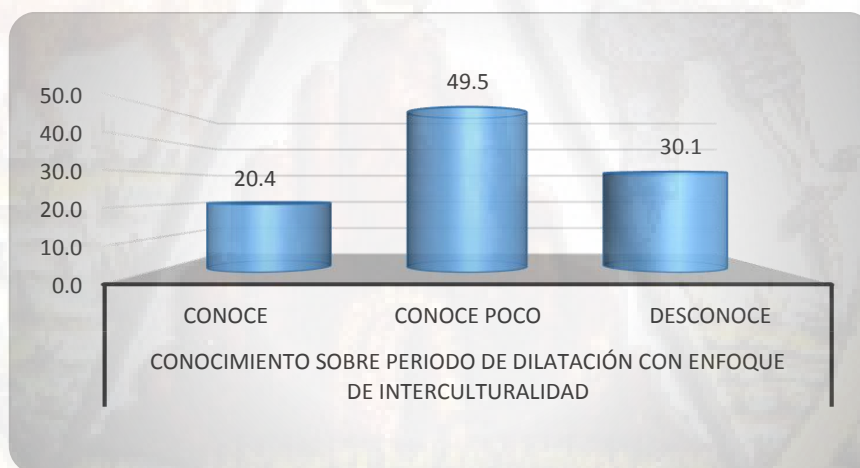
Para la contrastación de hipótesis se utilizó la estadística inferencial; a través de la técnica estadística paramétrica la correlación de “r” de Pearson, t de student y regresión lineal simple para observar el grado de relación entre las variables.

Tabla N° 01: Conocimiento del profesional de salud frente a la atención del periodo de dilatación con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa, 2017.

Conocimiento del profesional de salud frente a la atención del periodo de dilatación con adecuación intercultural		
	fi	f%
Conoce	19	20.4
Conoce poco	46	49.5
Desconoce	28	30.1
Total	93	100.0

Fuente: cuestionario

Gráfico N° 01: Conocimiento del profesional de salud frente a la atención del periodo de dilatación con adecuación intercultural, en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.



Fuente: Tabla N° 01

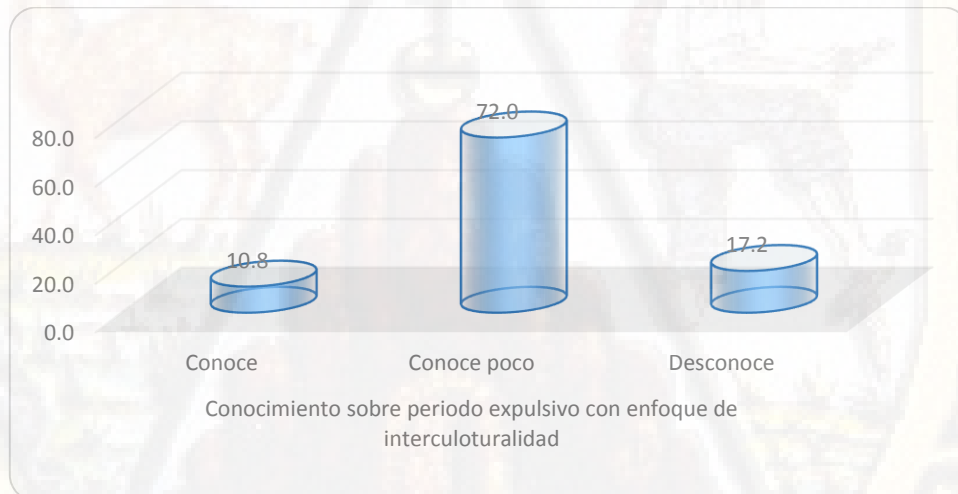
El 49,5% de los profesionales refieren conocer poco sobre la atención del periodo de dilatación con enfoque de intercultural; 30,1%; desconoce, y 20,4%; conoce.

Tabla N° 02: Conocimiento del profesional de salud frente a la atención en el periodo expulsivo en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa,2017.

Conocimiento frente al periodo expulsivo con adecuación intercultural	fi	f%
Conoce	10	10.8
Conoce poco	67	72.0
Desconoce	16	17.2
Total	93	100.0

Fuente: cuestionario

Gráfico N° 02: Conocimiento del profesional de salud frente a la atención del periodo expulsivo con adecuación intercultural, en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa,2017.



Fuente: Tabla N° 02

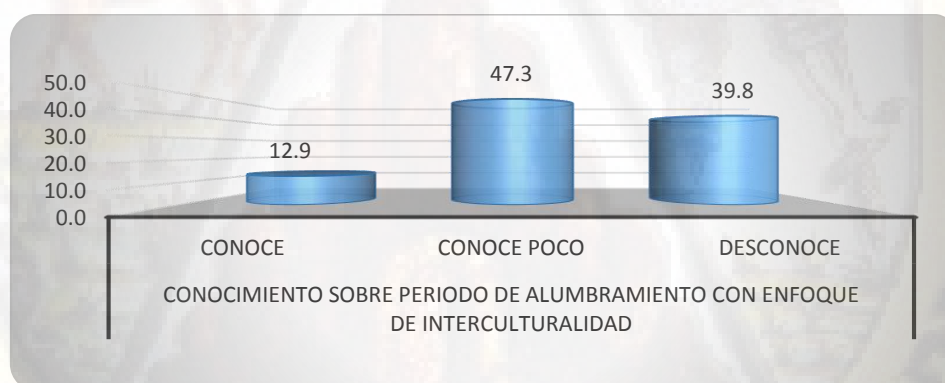
El 72,0% de los profesionales refieren conocer poco frente a la atención del periodo expulsivo con adecuación intercultural, 17,2%; desconoce, y 10,8%; conoce.

Tabla N° 03: Conocimiento del profesional de la salud frente a la atención del periodo de alumbramiento y puerperio inmediato con adecuación intercultural, en los establecimientos de las redes de salud de Acobamba y Churcampa,2017.

Conocimiento sobre periodo de alumbramiento con adecuación intercultural	fi	f%
Conoce	12	12.9
Conoce poco	44	47.3
Desconoce	37	39.8
Total	93	100.0

Fuente: cuestionario

Gráfico N° 03: Conocimiento del profesional de la salud frente a la atención del periodo de alumbramiento y puerperio inmediato con adecuación intercultural, en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa,2017.



Fuente: Tabla N° 03

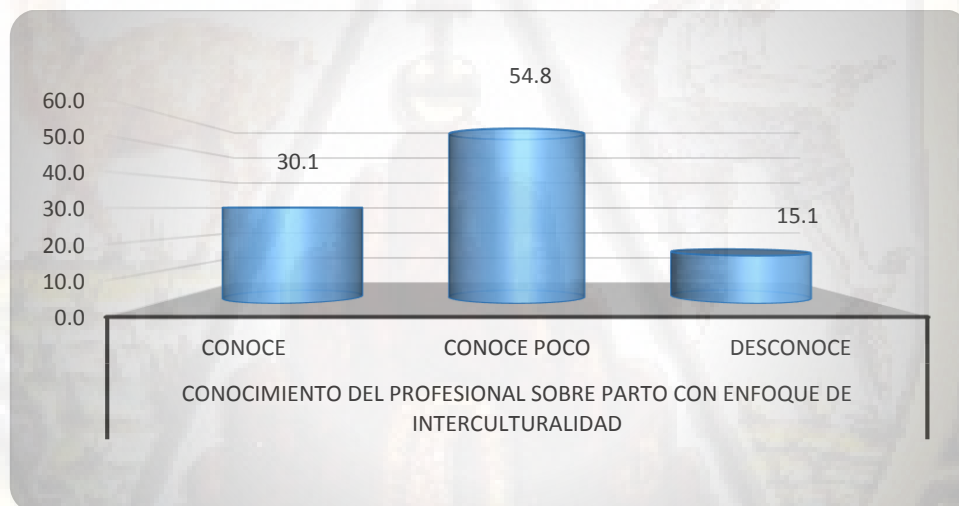
El 47,3% de los profesionales refieren conocer poco frente a la atención del periodo de alumbramiento con adecuación intercultural, y el 39,8% desconoce, y 12,9%; conoce sobre la atención.

Tabla N° 04: Nivel de Conocimiento del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.

Conocimiento del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural	fi	f%
Conoce	28	30.1
Conoce poco	51	54.8
Desconoce	14	15.1
Total	93	100.0

Fuente: cuestionario

Gráfico N° 04: Nivel de Conocimiento del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa, 2017.



Fuente: Tabla N° 04

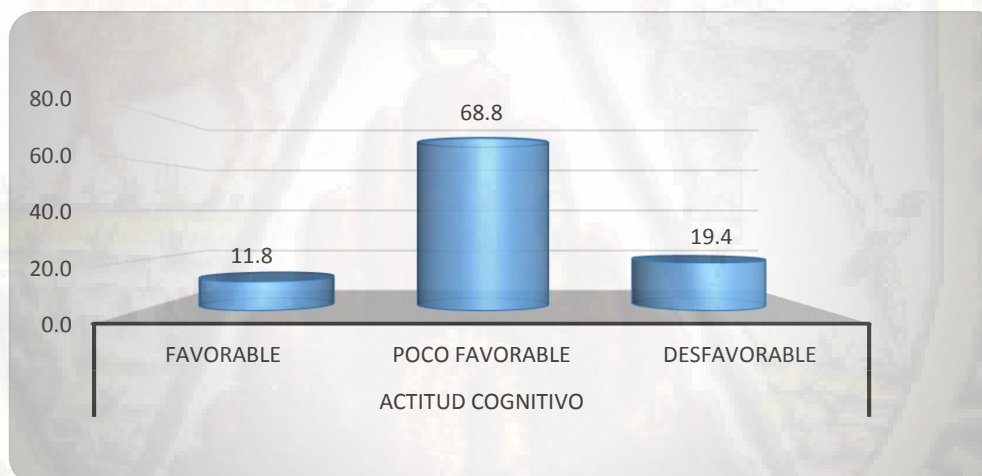
El 54,8% de los profesionales de salud, refieren conocer poco frente a la atención del parto con adecuación intercultural; el 30,1% conocen, y solo el 15,1% de los profesionales de la salud desconoce.

Tabla N° 05: Actitud cognitiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.

Actitud cognitiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural	Fi	f%
Favorable	11	11.8
Poco favorable	64	68.8
Desfavorable	18	19.4
Total	93	100.0

Fuente: Escala de likert

Gráfico N° 05: Actitud cognitiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa, 2017.



Fuente: Tabla N° 05

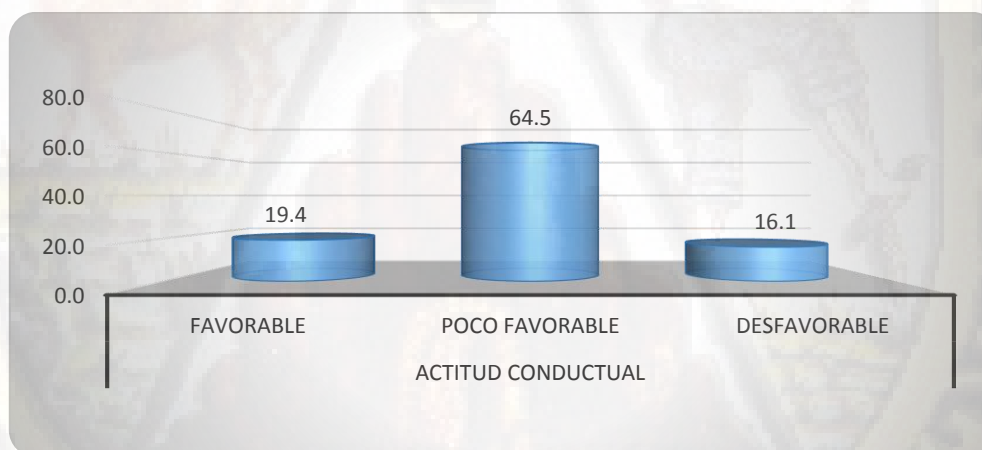
El 68,8% de los profesionales presentan actitud cognitiva poco favorable frente a la atención del parto con enfoque de interculturalidad, 19,4%; desfavorable, y 11,8%; favorable.

Tabla N° 06: Actitud conductual del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa,2017.

Actitud conductual del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural	fi	f%
Favorable	18	19.4
Poco favorable	60	64.5
Desfavorable	15	16.1
Total	93	100.0

Fuente: Escala de likert

Gráfico N° 06: Actitud conductual del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa,2017.



Fuente: Tabla N° 06

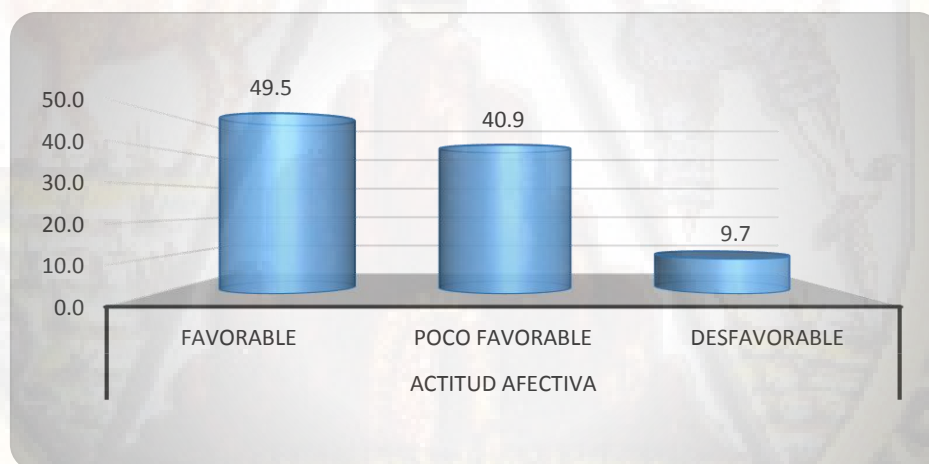
El 64,5% de los profesionales tiene una actitud conductual poco favorable frente a la atención del parto con adecuación intercultural, el 19,4%; actúa de forma favorable, y el 16,1%; desfavorable.

Tabla N° 07: Actitud afectiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa,2017.

Actitud afectiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural	fi	f%
Favorable	46	49.4
Poco favorable	38	40.9
Desfavorable	9	9.7
Total	93	100.0

Fuente: Escala de likert

Gráfico N° 07: Actitud afectiva del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa,2017.



Fuente: Tabla N° 07

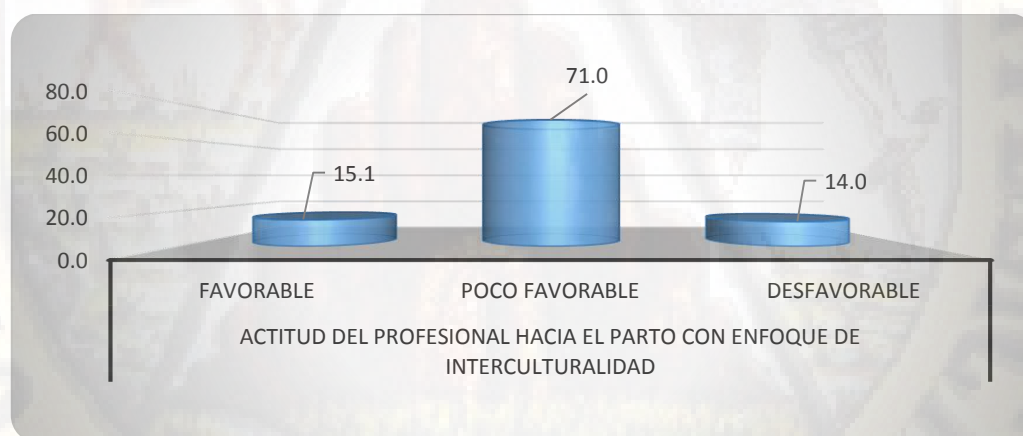
El 49,5% de los profesionales presentan una actitud afectiva favorable frente a la atención del parto con enfoque de interculturalidad, 40,9%; poco favorable, y 9,7%; desfavorable.

Tabla N° 08: Actitud del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa,2017.

Actitud del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural	fi	f%
Favorable	14	15.0
Poco favorable	66	71.0
Desfavorable	13	14.0
Total	93	100.0

Fuente: Escala de likert

Gráfico N° 08: Actitud del profesional de la salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa,2017.



Fuente: Tabla N° 08

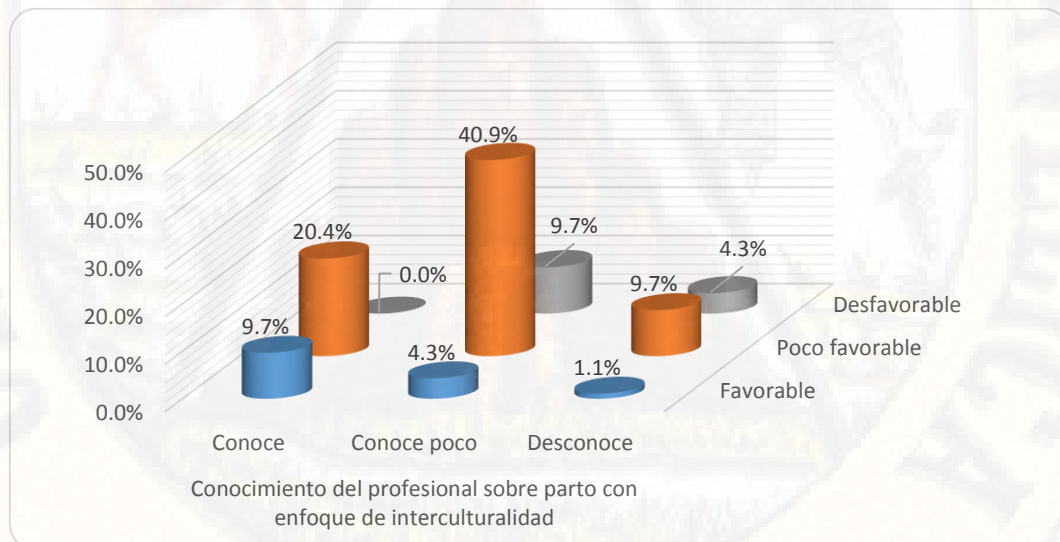
El 71,0% de los profesionales presentan una actitud poco favorable frente a la atención del parto con adecuación intercultural, el 15,1%; favorable, y 14,0%; desfavorable.

Tabla N° 09: Conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa,2017.

Conocimiento del profesional de salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural	Actitud del profesional de salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural						Total	
	Favorable		Poco favorable		Desfavorable			
	Fi	f%	fi	f%	fi	f%	fi	f%
Conoce	9	9.7%	19	20.4%	0	0.0%	28	30.1%
Conoce poco	4	4.3%	38	40.9%	9	9.7%	51	54.8%
Desconoce	1	1.1%	9	9.7%	4	4.3%	14	15.1%
Total	14	15.1%	66	71.0%	13	14.0%	93	100.0%

Fuente: cuestionario y escala de likert

Gráfico N° 09: Conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural en los establecimientos de salud de las redes Acobamba y Churcampa.



Fuente: Tabla N° 09

El 40,9% de los profesionales refieren conocer poco y tienen una actitud poco favorable frente a la atención del parto con adecuación intercultural, y el

20,4% de profesionales que refieren conocer, tienen una actitud favorable frente a la atención del parto con adecuación intercultural; y 9,7% desconocen y tienen una actitud desfavorable frente a la atención del parto con adecuación intercultural.

4.2. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La teoría de la acción razonada se apoya en el supuesto de que el comportamiento humano es el resultado de procesos previos de toma de decisiones y aporta un esquema que relaciona el comportamiento con variables como: actitudes, creencias, apoyo social, intenciones, información, evaluación que se hace de la misma, normas y valores, tal como lo sustenta Bórrella, S. en su libro de “Programa educativo para fomentar actitudes positivas en adolescentes hacia los mayores”.

En general, en el estudio realizado se encontró que el 54.8% conoce poco, mientras que el 30.9% conoce y un 15.1% desconoce frente a la atención del parto con adecuación intercultural; siendo este resultado similar al que encontró en su estudio Parrales EA. (2016). Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo – 2016. El resultado fue que el 64.2% tiene conocimiento “medio” y el 20.8% conocimiento “bajo”. Asimismo, el 50.9% tiene actitud favorable y el 49.1% actitud desfavorable, y este resultado también es afín a lo obtenido en que el 71% de profesionales tiene una actitud poco favorable y un 15.1% su actitud es favorable; pero ello difiere con Rodríguez, L. (2015). En su estudio conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, teniendo como resultado que el nivel de conocimiento sobre parto vertical: en el que encontró que 43.2% de los internos tiene un nivel de conocimientos “Alto” y el 28.4% un nivel “Medio”. En cuanto al respeto a la elección del parto vertical el 71.6% presenta una actitud “favorable”, puesto manifestaron que es necesario la implementación de un ambiente o servicio exclusivo.

En general la formación de las actitudes está altamente relacionada con la experiencia y el conocimiento personal y social que cada individuo logra adquirir, Maldonado G. (2014). En su estudio parto vertical, conocimiento y actitudes en los profesionales de enfermería. Frente al periodo de expulsión, se encontró que los conocimientos en un (97,4%) y las actitudes en (97,4%) sobre el parto vertical de los profesionales de enfermería son buenos, mientras este resultado difiere completamente con lo encontrado que 72% de profesionales conoce poco frente a la atención con adecuación intercultural en el periodo expulsivo, y solo un 10.8% conoce.

Por lo se debe de enfatizar en la capacitación de competencias de los profesionales de la salud ya que aún la percepción por parte del profesional de la salud, de atender el parto con adecuación intercultural es volver al pasado, sin embargo, debe entenderse que dicha actividad nos permitirá recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, para guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias, como lo narra en su estudio Arnau S., Martínez R., Nicolás V. (2012). Los conceptos del parto normal, natural y humanizado. Los resultados fueron que los/as profesionales poseen una confusión evidente sobre los dos conceptos de parto normal y parto natural, este hecho desencadena que el léxico utilizado por el colectivo para referirse a uno u otro sea arbitrario. Algunos de los entrevistados poseen desconocimiento sobre el concepto de parto humanizado; ello es validado por la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. (2012). La atención intercultural del trabajo de parto en la Posición vertical en los servicios de salud. Debemos saber que no es suficiente cambiar la posición en el trabajo de parto, para que la atención sea humana, respetuosa, participativa y digna; sin embargo,

es un paso importante que debe tomarse en cuenta en una visión integral.

Es necesaria la percepción de nuestros usuarios como lo estudio Vela GP. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. Obteniendo como resultados: a. En la dimensión trato profesional, las pacientes percibieron que siempre existió comunicación con el profesional (82,0%), siempre se le explicó en qué consistía el trabajo de parto (81,0%), siempre se le identificó por su nombre (59%), siempre se le explicó los procedimientos a realizar (80%), siempre se respetó su intimidad (78%), siempre se le pidió permiso antes de examinarla (83%) y siempre percibió amabilidad del profesional (73%). b. En la dimensión libre elección de la posición de parto, las pacientes manifestaron que nunca se les explicó que podían escoger la posición de su parto (75%), nunca le enseñaron posiciones de parto (79%) y nunca le explicaron que podía deambular durante el trabajo de parto (75%). c. En la dimensión acompañamiento, al 73% le explicaron la decisión de tener un acompañante en su parto, el 58% siempre percibió que el acompañante debía de ayudarla a relajarse. d. El parto humanizado en su dimensión manejo del dolor: el 35% siempre percibió que se le explicó las alternativas disponibles para el manejo del dolor en el parto. En general el 35% de las pacientes percibieron que la atención del parto humanizado se realizó de forma adecuada, sin embargo, el 53% percibió que su atención de parto fue a nivel regular. Es importante esta percepción ya que podemos mejorar lo errado para mejora la satisfacción del usuario externo. Sin embargo, los resultados que arribamos en nuestro estudio se encontró que el 49, 5% profesionales de la salud conoce poco y el 30, 1% conoce y un 20,4% no conoce

frente a la atención del periodo de dilatación con adecuación intercultural, que incluye (el acompañamiento, terapias para el manejo del dolor, ingesta de alimentos y líquidos, caminata en la labor de parto, permiso para el tacto vaginal). Y mientras que la actitud cognitiva del profesional frente a este periodo es poco favorable en un 68.8% y 19.4% desfavorable. Mientras que Rodríguez, W. (2015) en su trabajo Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre parto vertical. Arribando que el 73% de los médicos tiene una actitud positiva, el 21% una actitud indiferente y solo el 6% mostro una actitud negativa y con respecto a la práctica indico que el 35% practica la atención del parto vertical, 5% no practica y el 56% no practica la atención de parto vertical, por lo que aún existe incertidumbre.

En términos generales, el estudio se basa en que el 40.9%(tabla n°9) de profesionales de la salud conoce poco y tiene una actitud poco favorable, mientras que el 9,7% conoce y es la actitud es favorable y 4.3% desconoce y su actitud es desfavorable, este hallazgo se evidencia por lo publicado por Cortez, M. (2014). Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP -año 2013, teniendo como resultados: en cuanto a los conocimientos del parto en posición vertical de los profesionales tuvo un nivel de conocimiento medio en el 93.4%, el grupo de profesionales con un nivel de conocimientos bajo fue en un 3.9% y el grupo de profesionales con un nivel de conocimiento alto fue el 2.7%; la actitud que tienen los profesionales encuestados sobre la atención del parto en posición vertical fue que el 70% de ellos tienen una actitud de indiferencia, el 15.6% tiene una actitud negativa y el 14.4% tiene una actitud positiva. Entonces si queremos mejorar la atención, contribuir en la mejora de los indicadores (gestantes controladas, partos

institucionales al 100%, disminución de la razón de muerte materna, estamos seguros que depende del compromiso del profesional de salud y la estructura organizacional como lo cita Silvia RC., Soares MC., Muniz RM., Andrade FP., Torres AAP., Gomes V. (2011). La Concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia, Brasil. La atención humanizada en los centros obstétricos depende principalmente de la estructura organizacional de las instituciones hospitalarias y de un equipo de salud comprometido y preparado para acoger a la gestante, su compañero y la familia en este momento importante de la vida que es el nacimiento de un nuevo ser. Se constató que, a pesar de que los profesionales de salud conocían la propuesta de atención humanizada al parto con adecuación intercultural por el Ministerio de Salud, todavía mantienen una asistencia hegemónica, pautada en acciones intervencionistas, muchas veces desconsiderando los derechos de las parturientas, haciéndolas meras espectadoras de sus propios partos. Se ha visto que más del 50% de profesionales que laboran en los diferentes establecimientos de salud son personal SERUMS, y son de la región costa en especial los médicos, obstetras, no dominan el quechua por lo que es otro problema que se debe de afrontar desde el primer momento.

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

4.3. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS (estadística inferencial) SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON (r Pearson)

Conocimiento y actitud del personal profesional frente a la atención del parto con adecuación intercultural.

1. Hipótesis Estadística:

Hipótesis Nula (H_0):

$H_0: r_{xy} = 0 \Rightarrow$ El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuya correlación es cero ($\rho = 0$).

Hipótesis Alterna (H_a):

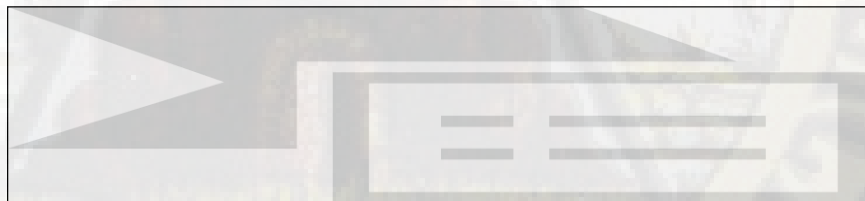
$H_1: r_{xy} \neq 0 \Rightarrow$ El coeficiente de correlación obtenido procede de una población cuyo coeficiente de correlación es distinto de cero ($\rho \neq 0$).

2. Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (Y):

(α) = 0,05 (5%); (Y) = 0,95 (95%)

3. Función o Estadística de Prueba

Formula de la correlación de Pearson.



Donde:

r = coeficiente de correlación de Pearson.

N = número de datos.

X = puntaje crudo de X .

Y = puntaje crudo de Y.

4. **Región crítica o de rechazo de la hipótesis nula:**

En la correlación de Pearson se encuentra entre -1 y +1 que mide el grado de relación entre dos variables (llamadas X e Y). Un valor positivo de la correlación implica una relación directa positiva (valores grandes de X, tienden a estar relacionado con grandes valores de Y y los valores pequeños de X, tienden a estar relacionado a valores pequeños de Y). Un valor negativo de la correlación implica una asociación negativa o inversa (valores grandes de X, tienden a estar relacionado con valores pequeños de Y, y viceversa).

Coefficiente de correlación.

Se expresa numéricamente, tanto en la fuerza como en la dirección de la correlación lineal en línea recta. Tales coeficientes de correlación se encuentran generalmente entre - 1.00 y + 1.00 como sigue:

Parámetro del coeficiente de correlación.

- 1.00	Correlación negativa perfecta.
-0.95	Correlación negativa fuerte.
-0.50	Correlación negativa moderada.
- 0.10	Correlación negativa débil.
0.00	Ninguna correlación.
+ 0.10	Correlación positiva débil
+ 0.50	Correlación positiva moderada.
+ 0.95	Correlación positiva fuerte.
+ 1.00	Correlación positiva perfecta.

5. **Valor Calculado**

El valor calculado (Vc) de la función r de pearson se obtiene en la Tabla N° 01.

Tabla n° 01 obtención del valor calculado de r de pearson correlaciones

Correlaciones		<i>conocimiento_</i> <i>profesional</i>	<i>actitud_profe</i> <i>sional</i>
<i>conocimiento frente a la</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	1	,440**
<i>atención de parto con</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>		,000
<i>adecuación</i>	<i>N</i>	93	93
<i>interculturalidad</i>			
<i>actitud frente a la</i>	<i>Correlación de Pearson</i>	,440**	1
<i>atención de parto con</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>	,000	
<i>adecuación</i>	<i>N</i>	93	93
<i>interculturalidad</i>			

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

6. **Decisión Estadística:**

La correlación de Pearson es 0,440, por lo que de acuerdo a la tabla de decisiones existe correlación positiva moderada, se rechaza la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna, al 5% de significancia estadística.

Con estos resultados, se concluye que las variables de estudio están relacionadas; vale decir, que existe evidencia estadística suficiente para afirmar que existe relación entre el conocimiento y actitud del profesional frente a la atención del parto con adecuación intercultural.

Para ver la magnitud de relación entre las variables de estudio se calcula el valor "t" que sea mayor o igual a +2,0639, o bien, menor o igual a - 2,0639, entonces se rechaza la hipótesis nula.

$$t_k = r \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}} = t_k = 4,674$$

Entonces se concluye que, en la población; la motivación laboral y el desempeño laboral están linealmente correlacionados; puesto que $4,674 > 2,704$. Para el estadístico de prueba t , los valores críticos son $\pm 2,704$

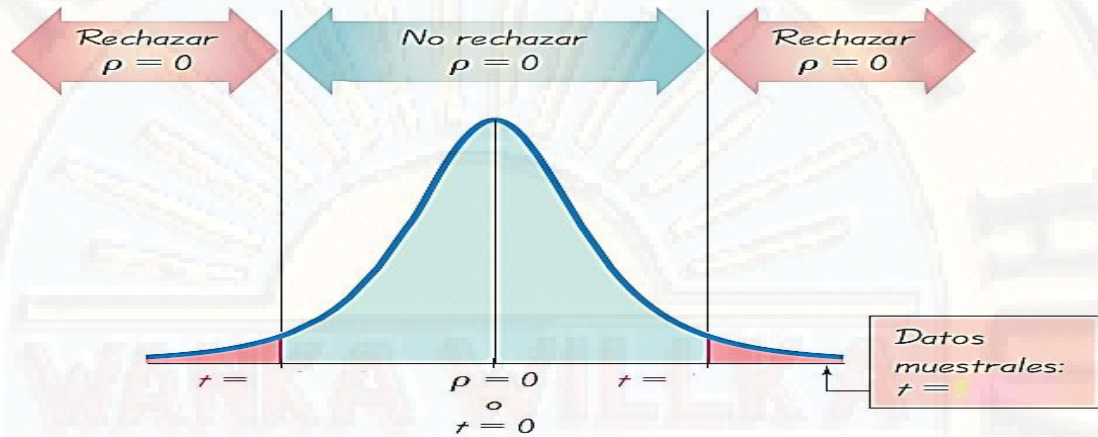
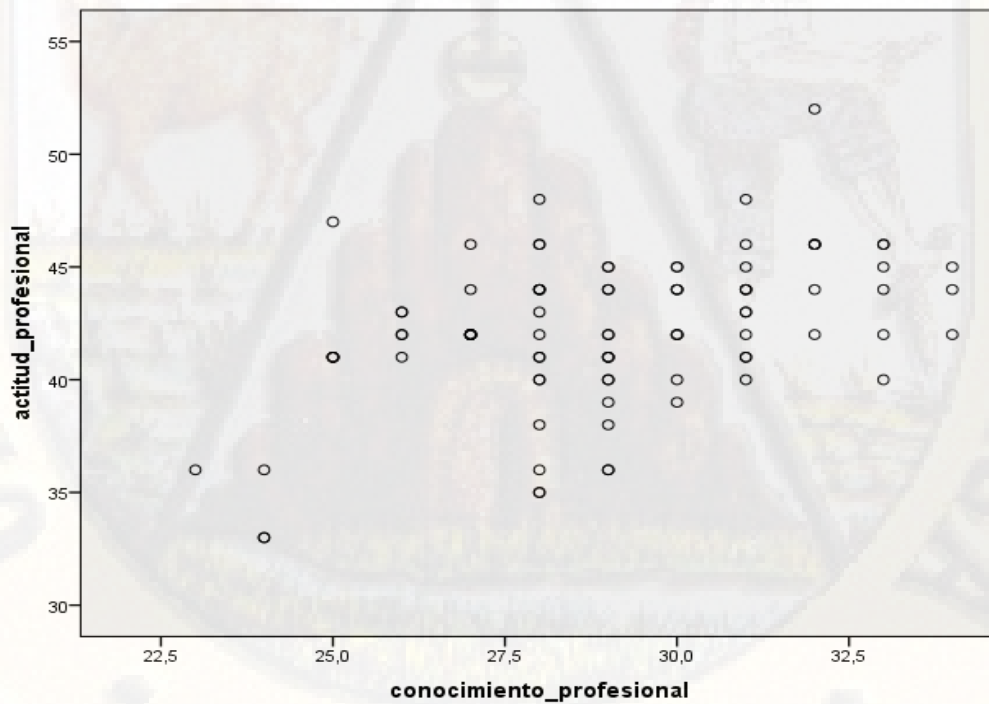


Diagrama de dispersión entre conocimiento (X) y actitud del profesional de salud frente a la atención del parto con adecuación intercultural (Y)



Regresión lineal:

Resumen del modelo

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,440 ^a	,193	,184	2,997

a. Predictores: (Constante), conocimiento_profesional

ANOVA^a

Modelo		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	195,804	1	195,804	21,796	,000 ^b
	Residuo	817,508	91	8,984		
	Total	1013,312	92			

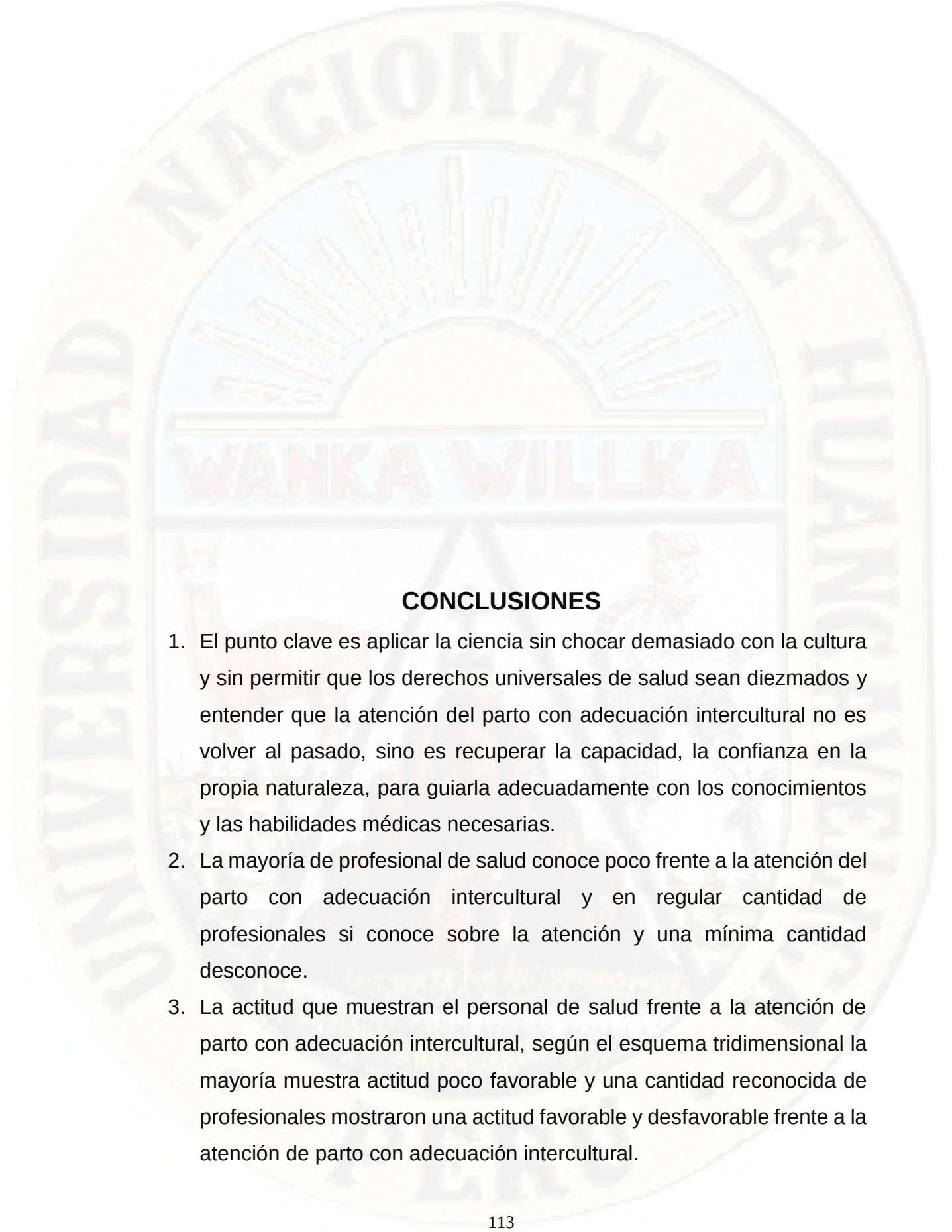
a. Variable dependiente: actitud_profesional

b. Predictores: (Constante), conocimiento_profesional

Interpretación:

El valor R^2 es la proporción de variación de y que se explica por la relación lineal entre x y y (Triola, M.; 2004: 503).

Concluimos que 0,440 (o aproximadamente 44%) de la variación de actitud del profesional hacia la atención del parto con adecuación intercultural se explicaría por la relación lineal entre el conocimiento sobre la atención del parto con adecuación intercultural.



CONCLUSIONES

1. El punto clave es aplicar la ciencia sin chocar demasiado con la cultura y sin permitir que los derechos universales de salud sean diezmados y entender que la atención del parto con adecuación intercultural no es volver al pasado, sino es recuperar la capacidad, la confianza en la propia naturaleza, para guiarla adecuadamente con los conocimientos y las habilidades médicas necesarias.
2. La mayoría de profesional de salud conoce poco frente a la atención del parto con adecuación intercultural y en regular cantidad de profesionales si conoce sobre la atención y una mínima cantidad desconoce.
3. La actitud que muestran el personal de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural, según el esquema tridimensional la mayoría muestra actitud poco favorable y una cantidad reconocida de profesionales mostraron una actitud favorable y desfavorable frente a la atención de parto con adecuación intercultural.

4. El nivel de conocimiento del profesional de salud es poco en relación a cada periodo de trabajo de parto con adecuación intercultural.
5. Por otro lado, el profesional de salud varia su actitud en relación a cada componente del mismo, frente a la atención de parto con adecuación intercultural.
6. Entre el nivel de conocimiento del profesional frente a la atención del parto con adecuación intercultural es poco y la actitud es poco favorable, se relacionan en la mayoría de encuestados. Mientras que si conocen más la actitud es favorable.

RECOMENDACIONES.

1. Se plantee estrategias para mejorar las relaciones entre el proveedor – usuario y no solo imponer lo que uno conoce o viceversa. Además, contribuir a un cambio de actitud del personal de salud involucrado en la atención binomio madre niño, familia y comunidad optimizando la calidad en la atención obstétrica, en el marco de las políticas institucionales y de una u otra forma fortalecer en la formación de los futuros profesionales.
2. Al director regional de salud, unidad ejecutora Acobamba y Churcampa fortalecer las capacidades y habilidades del profesional de salud y garantizar la calidad en la atención, motivando al personal que labora.
3. A la responsable de salud sexual y reproductiva de las Redes de Salud de Acobamba y Churcampa, promover estrategias de implementación y difusión en la atención de parto institucional con adecuación

intercultural, donde las gestante y familia puedan conocer y acudir con confianza.

4. La Decana de la escuela académico profesional de Obstetricia debe fortalecer las actividades académicas en la Universidad Nacional de Huancavelica, respecto a la atención de parto con adecuación intercultural, a fin de promover la importancia y los beneficios para el binomio madre niño.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la salud. “Muerte materna”. 2016.
2. Rodríguez Lilia. “factores sociales y culturales determinantes en salud: la cultura como una fuerza para incidir en cambios en políticas de salud sexual y reproductiva”. Ecuador. 2008.
3. Sánchez L., Carranza M. “La humanización del parto en manos del profesional obstetra: el parto vertical”. 2009.
4. Ministerio de Salud. Dirección general de salud de las personas. “Atención materna y neonatal con equidad de género e interculturalidad en el marco de los derechos humanos en salud”, Editorial Publimagen ABC. Lima-Perú, 2010)
5. Calvo O. “Comparación de resultados obstétricos y perinatales del parto en postura vertical”. México, 2013.
6. Challman. R.” Parir en libertad”. Buenos Aires,2007
7. Ministerio de Salud-Perú. “Norma técnica para la atención del parto vertical

- con adecuación intercultural”. Lima. Perú, 2005.
8. Ministerio de Salud-Perú. “Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertenecía intercultural”. Lima. Perú, 2016.
 9. Dirección Regional de Salud Huancavelica. “Informe operacional materno perinatal”, Huancavelica. Perú, 2016.
 10. Organización Mundial de Salud. “Mortalidad materna”. [Consultado 2018 abril 28], disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 11. Catadora, I.; Pastor S. “Estudio del servicio de salud materna en el hospital general del distrito de Jaén, brindado a través del seguro integral de salud. Análisis desde el enfoque intercultural durante los meses de marzo a setiembre de 2012”, Cajamarca, Perú 2015.
 12. Salud Intercultural. “Elementos para la construcción de sus bases conceptuales.
 13. Llanca, L. “Percepción de los profesionales gineco obstetras y obstetras de la atención con enfoque intercultural a las pacientes obstétricas en el ámbito de la ciudad de Tacna”. Perú, 2009.
 14. Medicus mundi. “Cerrando brechas, aproximando culturas”. [Consultado 2017 Enero 27], disponible en: https://issuu.com/calandriaperu/docs/cerrando_brechas_aproximando_culturas
 15. Orellana, L. “Parto Vertical: Fundamentos Científicos, Físicos – Psicológicos y Culturales”. Ayacucho, 2012.
 16. Cárdenas M., Cachiguango, S. “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, 2012
 17. Cortez, Z. “Conocimientos y actitudes del profesional de salud frente a la atención del parto en posición vertical del INMP -año 2013”. Perú, 2014.

18. Canelón M. “significado del parto vertical para los/las obstetras”, Venezuela, 2015.
19. Rodríguez W., Guevara M., Celada F., Guerrero B., González M., Ruiz S. “Conocimientos, actitudes y prácticas del personal médico sobre parto vertical”, Guatemala, 2015.
20. Maldonado G., Atala C., Soto E. y Ortega. “Parto vertical, conocimientos y actitudes en los profesionales de enfermería”. MEXICO, 2014.
21. León, M. Conocimientos y actitudes del personal médico y de enfermería en la atención del parto con pertinencia cultural. GUATEMALA, 2014.
22. Arnau S., Martínez R., Nicolás V. “Los conceptos del parto normal, natural y humanizado”. España, 2012.
23. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. “La atención intercultural del trabajo de parto en la posición vertical en los servicios de salud”. MEXICO, 2012.
24. Silvia, RC., Soares, MC. Muniz, RM., Andrade, FP., Torres, AAP., Gomes, V. “La concepción de los profesionales de salud sobre el parto humanizado en la adolescencia”. Brasil, 2011. [Consultado 2017 Enero 07], disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/125921>.
25. Parrales, EA. “Nivel de conocimiento sobre el parto humanizado y su relación con las actitudes de los internos de Obstetricia. Instituto Nacional Materno Perinatal, Mayo – 2016”, Lima –Perú, 2016.
26. Solís R. “Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas a la atención de parto humanizado en los profesionales del servicio de gineco-obstetricia del hospital nacional Sergio E. Bernales. Febrero-marzo 2016, Lima – Perú 2016.
27. Rodríguez, L. “conocimientos y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia de la universidad nacional mayor de san marcos”. Lima. Perú, 2015.
28. Vela GP. “Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado

- en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015” Lima - Perú, (2015).
29. Rodríguez, G. “Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una política de salud intercultural en el Perú”. Perú, 2014.
 30. Espinoza, F; Lavado F. “Actitud hacia el parto vertical en estudiantes de la facultad de ciencias médicas y la facultad de educación del VII Ciclo UCV- Trujillo, Marzo – Junio”, Perú, 2010.
 31. Mayca, J., Palacios, E., Velásquez, E. “Percepciones del personal de salud y la comunidad sobre la adecuación cultural de los servicios materno perinatales en zonas rurales andinas y amazónicas de la región Huánuco, 2009” Huánuco- Perú, 2009.
 32. León R., Medina A. “Modelos explicativos de la psicología de la salud”, España -2004.
 33. Carreazo, J. “Atisbos de un enfoque multidisciplinario en salud”; Panchia – Cajamarca- 2004.
 34. Cuyubamba, N. “Conocimientos y actitudes del personal de salud hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del hospital “Felix Mayorca Soto”. Peru, 2004.
 35. Bueno, E.; Merino, C. “El capital intelectual y la creación de empresas en la sociedad del conocimiento”, Madrid, 2004.
 36. Bunge, M. “La ciencia. su método y su filosofía”. Buenos Aires - 1958.
 37. Conocimiento[Consultado 2017 Enero 02], disponible en: <https://es.wikipedia.org/wiki/Conocimiento>
 38. Maldonado MA. “Metodología de la investigación: fundamentos” [Consultado 2017 Enero 20], disponible en: https://issuu.com/joseangelmaldonado8/docs/la_metodologia_de_la_investigacion.
 39. Mayorca, A. “Conocimientos, actitudes y prácticas de medidas de bioseguridad, en la canalización de vía venosa periférica que realizan las

- internas de enfermería: UNMSM, 2009". Lima – Perú, 2010.
40. Conocimiento y sus niveles [Consultado 2017 Enero 02], disponible en: <https://chteapora20151912034.wordpress.com/2015/05/08/el-conocimiento-y-sus-niveles/>
 41. Las Actitudes revista edu-fisica grupo de investigación edufisica [Consultado 2017 Enero 02], disponible en: <http://www.edu-fisica.com/>
 42. Actitud [Consultado 2017 Enero 28], disponible en: https://psicologiageneralcbn.wikispaces.com/file/view/Actitudes_2.pdf
 43. Rodríguez A. "Psicología social". Editorial Trillas.México.
 44. Coronado, J. "Escalas De Medición" [Consultado 2017 Enero 02], disponible en: [file:///C:/Users/admin/Downloads/Dialnet-EscalasDeMedicion-942056%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/admin/Downloads/Dialnet-EscalasDeMedicion-942056%20(1).pdf).
 45. Teoría general de las actitudes[Consultado 2017 Enero 12], disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloPartel.pdf>.
 46. Wikipedia, enfoque intercultural [Consultado 2017 marzo 12], disponible en: https://es.wikipedia.org/wiki/Educaci%C3%B3n_intercultural.
 47. Ministerio de salud. "Norma técnica de salud política sectorial de salud intercultural en Perú". Lima, 2011.
 48. Secretaria de salud. La atención intercultural trabajo de parto en posición vertical en los servicios de salud. Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural México, 2007-2012.
 49. Universidad Nacional de Huamanga. "Ventajas del parto vertical en parturientas y recién nacidos, servicio de gineco obstetricia. Hospital Regional de Ayacucho 2013", Perú.
 50. Ministerio de Salud. Dirección de la salud de las personas Resolución ministerial N°076-2014.Nivel de categorización de los establecimientos de salud. Lima,2014.
 51. Ministerio de Salud. Dirección general de la salud de las personas Resolución ministerial N°021-2011. categorización de establecimientos del

- sector salud. Lima,2011.
52. Hernández, R. “Metodología de la investigación”. Sexta edición 2014, Edi. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V. México, 2014.
53. Ministerio de salud, “Norma técnica N°105 –MINSA /DGSP. V.01 norma técnica de atención integral de la salud materna, Peru. 2013.
54. Método y procedimiento [Consultado 2017 Enero 29]: disponible en:http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/candi_a_a/capitulo3.pdf.
55. López, PL. “Población muestra y muestreo [Consultado 2017 Febrero 12], disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rpc/v09n08/v09n08a12.pdf>
56. Muestreo probabilístico [Consultado 2017 Febrero 18], disponible en: [file:///C:/Users/admin/Downloads/MUESTREO_PROBABILISTICO.pdf\(mu](file:///C:/Users/admin/Downloads/MUESTREO_PROBABILISTICO.pdf(mu%20estreo)
[estreo](file:///C:/Users/admin/Downloads/MUESTREO_PROBABILISTICO.pdf(mu%20estreo)
57. Tamayo, C.; Silva, I. “Técnicas e instrumentos de recolección de datos”, [Consultado 2017 Febrero 24], disponible en: http://www.postgradoune.edu.pe/documentos/tecnicas_Instrumentos.pdf.
-
58. Castillo, B; “Gestión del conocimiento” [Consultado 2017 Julio 23], disponible en:<http://brendagesticonocimiento.blogspot.com/2016/04/conocimiento-lineal-y-conocimiento.html>.
59. Pérez P, Gardey A; Actitud [Consultado 2017 Julio 28], disponible en: <https://definicion.de/actitud/>.
60. Bórrela, S. “Programa educativo para fomentar actitudes positivas en adolescentes hacia los mayores”. España, 2013
-



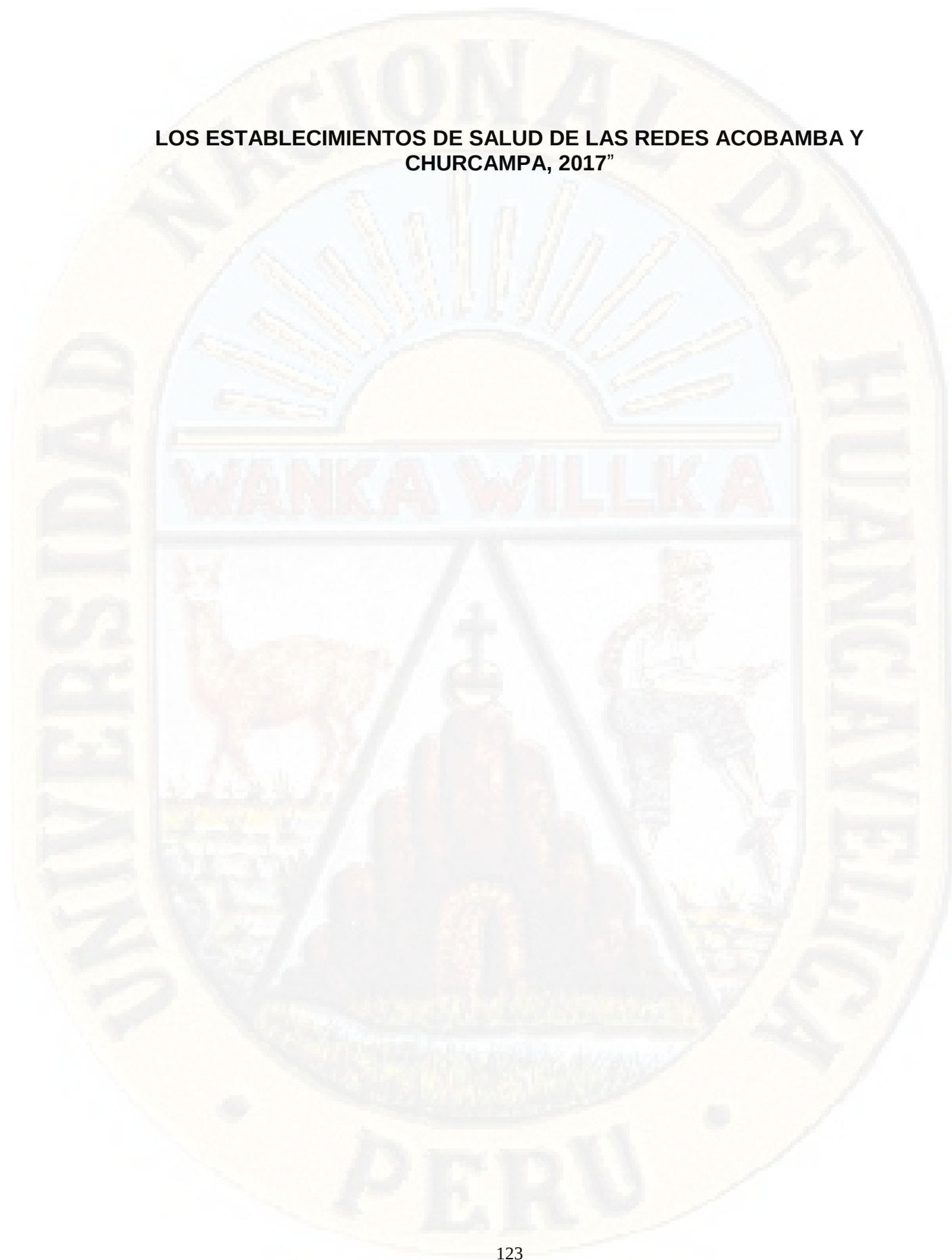
ANEXOS

ANEXO N°1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

**“CONOCIMIENTO Y ACTITUD DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A
LA ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL EN**

**LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LAS REDES ACOBAMBA Y
CHURCAMP, 2017”**



PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE E INDICADORES	POBLACIÓN MUESTRA/MUESTREO	MÉTODO Y DISEÑO	INST. PROCD.
PROBLEMA GENERAL ¿Qué relación existe entre el nivel conocimiento y actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en los establecimientos de las redes Acobamba y Churcampa, 2017? PROBLEMA ESPECIFICOS a. ¿Cuál es el nivel de conocimiento del profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017? b.-¿Cuál es la actitud que asume el profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017?	O. GENERAL - Determinar la relación que existe entre el nivel conocimiento y actitud del profesional de Salud, frente a la atención de Parto con adecuación Intercultural en los establecimientos de las redes Acobamba y Churcampa, 2017. O. ESPECIFICOS - Establecer el nivel de conocimiento del profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017. - Identificar la actitud que asume el profesional de Salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.	H. GENERAL Existe relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de salud frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017. HIPOTESIS ESPECIFICAS - El nivel de conocimiento del profesional de Salud es alto frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017. - La actitud del profesional de Salud es favorable frente a la atención de parto con adecuación intercultural en establecimientos de las redes de salud Acobamba y Churcampa, 2017.	<u>VARIABLE</u> V1: Nivel de conocimiento del personal de salud frente atención de parto con adecuación intercultural V2: Actitud del personal de salud frente atención de parto con adecuación intercultural <u>DIMENSIONES</u> I.- Periodo de dilatación II.- Periodo expulsivo III.- Periodo de alumbramiento y puerperio inmediato	POBLACION Constituida por 150 profesional de salud que atienden parto en los diferentes establecimientos de las redes Acobamba y Churcampa. MUESTRA Integrado por 93 profesionales (médicos y obstetras) de los diferentes establecimientos de las redes de salud Churcampa y Acobamba. MUESTREO probabilístico simple Aleatorio	Tipo de investigación Básico de enfoque cuantitativo Nivel investigación Descriptivo Correlacional de corte transversal. ESQUEMA <pre> graph TD M --> O1 M --> O2 O1 <--> r O2 </pre>	TÉCNICA-INSTRUMENTO a.-Conocimiento: Encuesta/ cuestionario b.- actitud: Escala de Likert/cuestionario PROCESAMIENTO DE DATOS a.- Para la prueba de confiabilidad y validez se hará a través de juicios de expertos. b.- luego será aplicada a la Prueba piloto para su confiabilidad.

ANEXO N°2

ENCUESTA- CUESTIONARIO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCABELICA
FACULTAD DE ENFERMERIA- ESCUELA DE POSGRADO
ENCUESTA- CUESTIONARIO

NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL PROFESIONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL

INSTRUCCIONES:

A continuación, se presentarán una serie de premisas con el objetivo de identificar el conocimiento y actitud que usted tiene frente a la atención de parto con adecuación intercultural; tenga usted presente que la siguiente encuesta – cuestionario son únicamente para un trabajo de investigación. Por lo cual se le pide absoluta sinceridad y seriedad en sus respuestas. Tómese el tiempo que considere necesario y luego marque con un aspa (x) la respuesta que estime verdadera(as). Es anónimo y su respuesta será confidencial.

A.- DATOS GENERALES:

1. Sexo:

Femenino ()

Masculino ()

2. Edad:

20 A 30 años ()

31 a 40 años ()

41 a 50 años ()

51 a 60 años ()

>60 años ()

3. Profesión:

Médico ()

Obstetra ()

B.- CONOCIMIENTO DEL PARTO CON ADECUACION INTERCULTURAL

PERIODO DE DILATACION

1. La norma técnica de salud para la Atención del Parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural fue emitida en el año. Marque lo correcto.
a. 2005 b. 2010 c. 2012 d. 2015 e. 2016
2. Las siguientes premisas definen la interculturalidad en salud. Marque lo correcto.
a. La adecuación basada en el dialogo donde ambas partes se escuchan, dicen y cada una toma lo que debe ser tomada. No se trata de imponer, de avasallar, sino de concertar.
b. Supera contraposiciones y concibe a la salud como un derecho, toma en cuenta la manera que los pueblos tienen de entender la vida.
c. Proceso por el cual los servicios y las actividades integrales de atención de la salud, se estructuran sobre la base de la cultura comunal, respetando sus valores y concepciones relacionadas a la salud y enfermedad.
d. Todas las anteriores.
3. Las ventajas del acompañamiento por familiar en la labor de parto se consideran. Marque lo correcto.
a. Mejorar el estado emocional de la parturienta
b. Promover la participación más activa de la parturienta
c. Crear vínculo afectivo.
d. Todas las anteriores
4. Qué terapias alternativas para el manejo del dolor conoce. Marque lo correcto.
a. El apoyo emocional del acompañante elegido por la gestante.
b. Respetando el derecho a la libertad de expresión.
c. Libre tránsito respetando sus costumbres y masajes a nivel del coxis y sacro.
d. Todas las anteriores.
5. La ingesta de alimentos y líquidos azucarados tiene las siguientes ventajas. Marque lo correcto.
a. Brindan alto contenido calórico.
b. Favorecen el trabajo de parto de acuerdo a su costumbre.
c. Acorta el tiempo de trabajo de parto.
d. Todas son correctas.
6. Conoce qué ventajas tiene el caminar, en la parturienta. Marque lo correcto.
a. Estimula las contracciones
b. Facilita el descenso del feto
c. Mejora la dilatación del cuello uterino
d. Todas las anteriores.
7. El tacto vaginal en la parturienta, se debe realizar los siguientes momentos. Marque lo correcto.

- a. Si tiene deseo de pujar
- b. Si apreciamos pérdida de líquido amniótico
- c. Las veces que sean necesarias
- d. Todas son correctas.

PERIODO EXPULSIVO:

8. Las modalidades de parto con adecuación intercultural son. Marque lo correcto.
 - a. Parto en posición vertical
 - b. Parto en posición horizontal
 - c. Parto en posición vertical en sus distintas variedades cuclillas, rodillas, sentada, parada o de cuatro puntos
 - d. Todas son correctas
 9. Las modalidades de parto vertical son. Marque lo correcto.
 - a. En posición de cuclillas
 - b. En posición de rodillas
 - c. En posición sentada
 - d. En posición parada o de cuatro puntos.
 - e. Todas son correctas
 10. La atención del parto con adecuación intercultural se caracteriza. Marque lo correcto.
 - a. La posición elegida por la parturienta (vertical u horizontal).
 - b. Permitirle a la parturienta que sea la protagonista para sentirse mejor, siempre en cuando no perjudique la salud del feto y la madre
 - c. Que el acompañante actúa como el soporte emocional, dicha persona puede estar por detrás o delante de la parturienta.
 - d. Todas son correctas.
 11. El parto vertical se define. Marque lo correcto.
 - a. El personal de salud se coloca delante o detrás de la parturienta
 - b. Cuando permite que el/la recién nacido/a actúe como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo.
 - c. Por la gravedad, se orienta en el canal de parto, facilitando el nacimiento y disminuyendo los traumatismos en el recién nacido/a
 - d. Todas son correctas.
 12. Las ventajas del parto vertical son. Marque lo correcto.
 - a. El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, no ocasiona alteraciones en la circulación materna ni en la irrigación de la placenta. Por tanto, no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
 - b. Aumenta los diámetros del canal del parto: 2 cm en sentido antero posterior y 1 cm en transversal.
 - c. La acción positiva de las fuerzas de la gravedad favorece al encaje y el descenso del feto, acortando el tiempo.
 - d. Todas las anteriores
 13. Las contraindicaciones principales del parto vertical son. Marque lo correcto.
 - a. Prematurez.
 - b. Antecedente de parto complicado.
 - c. Embarazo post término.
 - d. Todas las anteriores.
 14. Las ventajas del parto horizontal son. Marque lo correcto.
 - a. Favorece la comodidad del profesional de la salud en la atención del parto para su óptimo desempeño.
 - b. Favorece la revisión médica del canal del parto.
 - c. Disminuye el riesgo de pérdida sanguínea.
 - d. Todas las anteriores.
 15. El lugar de atención del parto en los servicios de salud con adecuación intercultural deben caracterizarse. Marque lo correcto.
 - a. Mantener las puertas y ventanas cerradas, para evitar el ingreso de corrientes de aire.
 - b. La luz deberá ser tenue y la temperatura entre 24 a 26°C, con soga o manta colgada de una viga de acuerdo a las costumbres de cada zona.
 - c. Camilla, banco, colchoneta o tarima cubierta con campos estériles o pellejos limpios de acuerdo a las costumbres, rolletes y punta.
 - d. Todas son correctas
- PERIODO DEL ALUMBRAMIENTO**
16. El objetivo de tomar los mates calientes previo control son. Marque lo correcto
 - a. Aumenta la temperatura corporal

- b. Analgésico, antiinflamatorio
 - c. Antiséptico y cicatrizantes
 - d. Todas las anteriores
17. Qué prácticas se utilizan para facilitar la expulsión de la placenta según sus costumbres. Marque lo correcto
- a. Soplar una botella
 - b. Introducirse un cucharón por la boca
 - c. Amarrar con el cordón umbilical al pie o pierna de la mujer para evitar que introduzca de nuevo la placenta
 - d. Todas las anteriores

PERIODO DEL PUERPERIO INMEDIATO

18. Qué prácticas ancestrales se utilizan como mecanismo de comprensión del útero. Marque lo correcto.
- a. Colocación de la faja o chumpi.
 - b. Colocación del rollete.
 - c. Colocación de la punta.
 - d. Todas las anteriores.

ACTITUD DEL PERSONAL DE SALUD FRENTE A LA ATENCIÓN DE PARTO CON ADECUACIÓN INTERCULTURAL

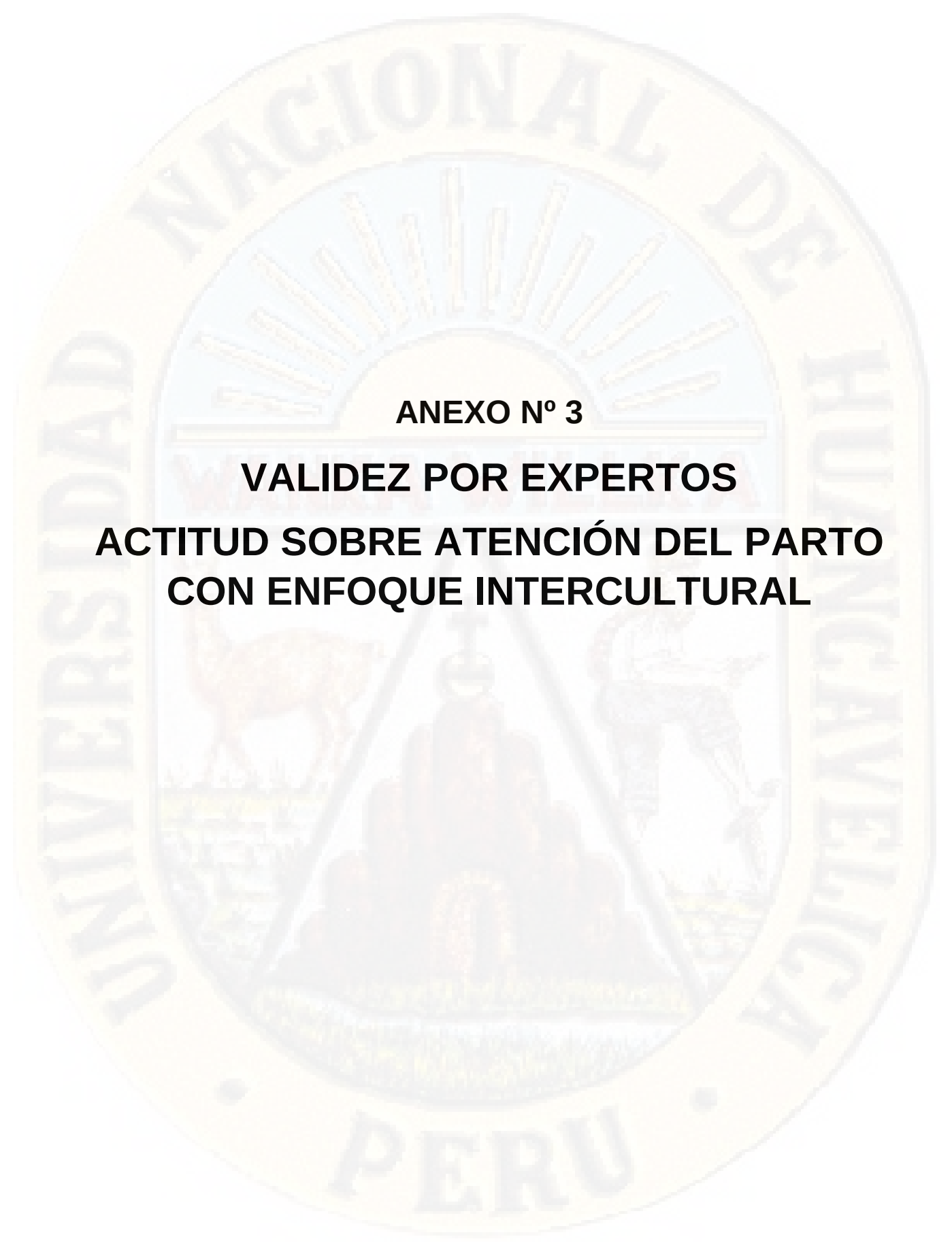
INSTRUCCIONES:

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

PREGUNTAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	INDIFERE NTE O NEUTRO	EN DESACUE RDO
1. ¿La norma técnica para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural, considera adecuada que se haya implementado?			
2. ¿La atención del parto con adecuación intercultural es un retroceso en el avance de la Obstetricia?			
2. ¿El parto con adecuación intercultural debe ser atendido solo por parteras y no por profesionales de la salud?			
4. ¿cree Ud. que el acompañante elegido por la parturienta apoya emocionalmente en el proceso de parto?			
5. ¿Acepta que la parturienta ingiera alimentos o bebidas calientes durante el proceso del trabajo de parto?			
6. ¿Acepta que la parturienta camine durante la etapa de dilatación, mientras no haya ninguna complicación?			
7. ¿La aplicación de masajes durante el trabajo de parto, ayuda a disminuir la tensión y favorece su progresión?			
8. ¿El momento adecuado para realizar el tacto vaginal es cuando la parturienta siente la necesidad de pujar?			
9.¿Respetaría la elección de posición de parto elegida por la gestante, siempre en cuando no esté contraindicado?			
10. ¿La atención del parto con adecuación intercultural genera incomodidad en el profesional que atiende el parto?.			
11. ¿Atender el parto vertical en sus diferentes variedades genera mayor trabajo en el profesional que atiende el parto?			

12. ¿Atender el parto con adecuación intercultural en todos los establecimientos de salud es una forma de respetar los derechos humanos y la cultura de la mujer?			
13. ¿En la jurisdicción de tus establecimientos de salud deben de estar adecuados culturalmente para atender un parto?			
14. ¿Atender el parto en posición vertical es practicar un parto humanizado?			
15. ¿Se deben de utilizar las prácticas ancestrales por la parturienta para acelerar la salida de la placenta?			
16. ¿Deben de llevarse la placenta para enterrarla?			
17. ¿La tonicidad del útero postparto, se controla colocándose la faja o chumpi?			
18. ¿Cree Ud. que consumir en el posparto el caldo y mote mejora la producción de leche?			

Muchas gracias



ANEXO N° 3

VALIDEZ POR EXPERTOS

**ACTITUD SOBRE ATENCIÓN DEL PARTO
CON ENFOQUE INTERCULTURAL**

VALIDEZ
ACTITUD SOBRE ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL
Procesamiento Estadístico

1. Base de datos:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE	COEFICIENTE V Aiken	DECISIÓN
	1°.	2°.	3°.	4°.	5°.			
1°.	4	4	4	4	4	20	1	A
2°.	4	4	4	4	4	20	1	A
3°.	4	4	4	4	4	20	1	A
4°.	4	4	4	4	4	20	1	A
5°.	4	4	4	4	4	20	1	A
6°.	4	4	4	4	4	20	1	A
7°.	4	4	4	4	4	20	1	A
8°.	4	4	4	4	4	20	1	A
9°.	4	4	4	4	4	20	1	A
10°.	4	4	4	4	4	20	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

2. ESTADÍSTICO DE PRUEBA:

V Aiken

3. REGLA DE DECISIÓN:

A = Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es $\geq 0,8$ u 80%

R = Rechaza: si el valor del coeficiente V Aiken es $< 0,8$ u 80%

4. CALCULO

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V = \frac{20}{(5(5-1))} = \frac{20}{20} = 1$$

5. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems son aceptados porque el valor V Aiken es 1, este valor expresado en términos porcentuales representa el 100%. Para la validez total del instrumento se promedió el valor de validez de cada ítem resultando el V Aiken igual a 1 que expresado porcentualmente es 100% de validez.

ANEXO N°4
VALIDEZ POR EXPERTOS
CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN DEL
PARTO CON ENFOQUE INTERCULTURAL

VALIDEZ
CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN CON ENFOQUE INTERCULTURALIDAD
Procesamiento Estadístico

6. BASE DE DATOS:

ÍTEMS	JUEZ					PUNTAJE	COEFICIENTE V Aiken	DECISIÓN
	1°.	2°.	3°.	4°.	5°.			
1°.	4	4	4	4	4	20	1	A
2°.	4	4	4	4	4	20	1	A
3°.	4	4	4	4	4	20	1	A
4°.	4	4	4	4	4	20	1	A
5°.	4	4	4	4	4	20	1	A
6°.	4	4	4	4	4	20	1	A
7°.	4	4	4	4	4	20	1	A
8°.	4	4	4	4	4	20	1	A
9°.	4	4	4	4	4	20	1	A
10°.	4	4	4	4	4	20	1	A
V Aiken TOTAL							1	A

7. ESTADÍSTICO DE PRUEBA:

V Aiken

8. REGLA DE DECISIÓN:

A = Acepta: si el valor del coeficiente V Aiken es $\geq$ a 0,8 u 80%

R = Rechaza: si el valor del coeficiente V Aiken es $<$ a 0,8 u 80%

9. CALCULO

$$V = \frac{S}{(N(C - 1))}$$

Leyenda:

S = Sumatoria de los valores (valor asignado por el juez)

N = Número de jueces

C = Constituye el número de valores de la escala, en este caso 5 (de 0 a 4).

$$V = \frac{20}{(5(5-1))} = \frac{20}{20} = 1$$

10. CONCLUSIÓN:

Todos los ítems son aceptados porque el valor V Aiken es 1, este valor expresado en términos porcentuales representa el 100%. Para la validez total del instrumento se promedió el valor de validez de cada ítem resultando el V Aiken igual a 1 que expresado porcentualmente es 100% de validez.

ANEXO N°5
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE ACTITUD
HACIA LA ATENCIÓN CON ENFOQUE DE
INTERCULTURALIDAD

ANEXO N°5.1

DETERMINANDO VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la validez se solicitó la opinión de los jueces expertos, además se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la **prueba piloto**.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Items1	36,35	28,345	-,107	,603
Items2	36,20	24,589	,380	,539
Items3	35,00	26,632	,137	,574
Items4	35,10	25,884	,240	,560
Items5	35,00	26,316	,227	,564
Items6	35,50	23,316	,392	,528
Items7	36,10	23,989	,415	,530
Items8	35,70	26,011	,117	,580
Items9	35,40	28,147	-,098	,614
Items10	35,10	24,832	,306	,548
Items11	35,75	29,355	-,216	,637
Items12	35,45	29,103	-,193	,632
Items13	35,50	23,737	,459	,523
Items14	35,20	27,011	,039	,590
Items15	35,60	22,253	,548	,499
Items16	35,25	22,829	,577	,503
Items17	36,10	23,989	,415	,530
Items18	35,75	24,829	,235	,559

Si $r > 0,20$ el instrumento es válido; por lo tanto, este instrumento es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO N°5.2

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (**Escala de Likert de actitud**) se establece por medio del método del *Índice de Consistencia Interna Alfa de Cronbach*.

Formula de Alfa de Cronbach.

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum S_i^2}{S_{sum}^2} \right)$$

Donde:

k : Es el número de ítems de la prueba = 18

S_i² : Es la varianza de los ítems (desde 1...i) = 20,173

S_{s²um} : Es la varianza de la prueba total = 67,117

El número de ítems (o longitud de la prueba) y la proporción de varianza total de la prueba debida a la covarianza entre sus partes (ítems). Ello significa que la fiabilidad depende de la longitud de la prueba y de la covarianza entre sus ítems.

Remplazando valores:

$$\alpha = \frac{18}{17} \left[1 - \frac{10,2556}{28,0289} \right]$$

$$\alpha = 0.671$$



El coeficiente de confiabilidad *índice de consistencia interna alfa de cronbach* = 0,671 (67%); indica una aceptable confiabilidad, pues supera el 60% (Hernandez S., 2010).

MATRIZ DE DATOS PARA ANÁLISIS DE CONFIABILIDAD

ACTITUD HACIA LA ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

ACTITUD HACIA LA ATENCIÓN DEL PARTO CON ENFQOE DE INTERCULTURALIDAD																				
Casos	Ítemes																		Total	
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18		
1	1	1	3	3	3	3	1	3	1	3	1	1	3	3	3	3	1	3	40	
2	1	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	1	45	
3	1	1	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	2	3	3	3	3	3	41	
4	1	1	3	3	3	3	1	3	1	3	1	1	3	3	3	3	1	3	40	
5	1	1	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	2	3	3	3	2	3	39	
6	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	42	
7	1	1	3	3	3	1	1	3	1	3	1	1	2	3	3	3	1	3	37	
8	1	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	1	45	
9	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	1	3	1	3	1	1	38	
10	1	2	3	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	1	2	3	1	3	40	
11	1	1	3	3	2	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	37	
12	1	1	2	2	3	3	1	1	3	3	3	3	1	2	1	3	1	1	35	
13	2	2	1	3	3	1	1	1	3	3	3	3	2	3	1	1	1	1	35	
14	1	1	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	42	
15	3	1	3	2	3	1	1	1	3	3	3	3	1	2	1	2	1	1	35	
16	1	1	2	1	2	3	3	2	3	3	1	1	2	1	3	3	3	2	37	
17	1	1	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	1	3	1	2	1	1	35	
18	3	3	1	2	2	1	1	3	3	3	3	3	3	1	2	2	1	3	40	
19	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	24	
20	1	1	3	3	3	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	26	
Var. Items	0.1	0.711	0	0.178	0.178	0.722	0.844	0.933	0.844	0.711	0.722	0.989	0.5	0.456	0.489	0.1	0.844	0.933	28.02894737	Var. Total

10.25555556 Var. Items

ANEXO N°6
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE
CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN CON
ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

ANEXO N° 6.1

DETERMINANDO VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la validez se solicitó la opinión de los jueces expertos, además se aplicó la fórmula R de Pearson a cada uno de los ítems de los resultados de la **prueba piloto**.

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Items1	9,65	11,082	,169	,691
Items2	9,35	11,608	-,026	,713
Items3	9,25	10,934	,187	,690
Items4	9,20	11,326	,073	,701
Items5	9,40	9,305	,706	,627
Items6	9,20	9,853	,578	,647
Items7	9,55	10,997	,167	,692
Items8	9,40	11,200	,092	,701
Items9	9,25	11,250	,088	,700
Items10	9,20	10,274	,426	,664
Items11	9,30	10,326	,371	,669
Items12	9,10	10,937	,248	,683
Items13	9,30	11,484	,012	,709
Items14	9,20	9,958	,539	,651
Items15	9,20	10,274	,426	,664
Items16	9,75	10,934	,293	,680
Items17	9,65	11,082	,169	,691
Items18	9,35	9,713	,567	,645

Si $r > 0,20$ el instrumento es válido; por lo tanto, este instrumento es válido en cada uno de los ítems.

ANEXO N° 6.2

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (**cuestionario sobre atención con enfoque de interculturalidad**) se establece por medio del método del coeficiente de *Kruder Richardson*.

El coeficiente confiabilidad de *Kruder Richardson*, se obtiene en base a la varianza de toda lo asignado de puntuación total del cuestionario. Este coeficiente se calcula con la fórmula:

$$KR = \frac{N}{N-1} \left[\frac{S_t^2 - \sum p_i * q_i}{S_t^2} \right]$$

KR = Coeficiente de confiabilidad

N = Número de reactivos/items = 18

p_i = Proporción de éxito para cada pregunta = 0,5

q_i = Proporción de incidente para cada pregunta = 1 - p_i

$$\sum p_i * q_i = 3,870$$

$$S_t^2 = \text{Varianza total} = 11,78$$

Remplazando los valores:

$$KR = \frac{18}{17} \left[\frac{11,78 - 3,870}{11,78} \right]$$

$$KR = 0.732$$



El coeficiente de confiabilidad $KR = 0,732$; indica una aceptable confiabilidad, pues supera el 60% (*Hernandez S., 2010*).

MATRIZ DE DATOS DE CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD

CONOCIMIENTO SOBRE ATENCIÓN CON ENFOQUE DE INTERCULTURALIDAD																			
Casos	Ítemes																		total
	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	p14	p15	p16	p17	p18	
1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	14
2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	14
3	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	14
4	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	13
5	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	15
6	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	14
7	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	13
8	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	10
9	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	9
10	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	10
11	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	10
12	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	10
13	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	8
14	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	5
15	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	9
16	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	5
17	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	6
18	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	6
19	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	5
20	0	0	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	8
Suma	5	11	13	14	10	14	7	10	13	14	12	16	12	14	14	3	5	11	11.78
p	0.25	0.55	0.65	0.7	0.5	0.7	0.35	0.5	0.65	0.7	0.6	0.8	0.6	0.7	0.7	0.15	0.25	0.55	
q(1-p)	0.75	0.45	0.35	0.3	0.5	0.3	0.65	0.5	0.35	0.3	0.4	0.2	0.4	0.3	0.3	0.85	0.75	0.45	
pq	0.1875	0.2475	0.2275	0.21	0.25	0.21	0.2275	0.25	0.2275	0.21	0.24	0.16	0.24	0.21	0.21	0.1275	0.1875	0.2475	3.870

FOTO N°01
ENTREVISTANDO EN LA M.R. CHURCAMP



FOTO N°02
ENTREVISTANDO A LA OBSTETRA DEL C.S. CORIS



FOTO N°03
ENTREVISTANDO A LA OBSTETRA DEL C.S. PAUCARÁ



FOTO N°04
ENTREVISTANDO A LA OBSTETRA DEL C.S. PAUCARÁ



