

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO
VERTICAL EN EL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA
DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE,
TACNA 2024

TESIS

Presentada por:

Bach. Melanie Carolina Cutipa Huayta

Para optar el Título Profesional de:

OBSTETRA

TACNA – PERÚ

2025

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Obstetricia

“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO
VERTICAL EN EL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024”

TESIS

Presentada por:

Bach. Melanie Carolina Cutipa Huayta

Para optar el Título Profesional de:

OBSTETRA

Aprobado por UNANIMIDAD ante el siguiente jurado:



Msc. María Angela Velarde Cárdenas
Presidenta del jurado



Mtra. Guicela Maribel Palza Portugal
Secretaria



Mtra. Yusselinovich Vigil Dávalos
Miembro



Mtra. Yusselinovich Vladislava Vigil Dávalos
Asesora

CONSTANCIA DE SIMILITUD DEL INFORME FINAL DE TESIS

Yo, **Mgr. Yusselinovich Vradislava Vigil Dávalos** en mi condición de asesora acreditada con resolución N° 13487-2025-FACS-UNJBG, del trabajo de tesis titulada: **“NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO VERTICAL EN EL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024”**, presentado por el bachiller **Melanie Carolina Cutipa Huayta**, para optar el Título Profesional de Obstetra.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud TURNITUN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es de 7 %. Por lo que **CERTIFICO LA SIMILARIDAD** de la tesis anunciado líneas arriba, la cual esta expedita para continuar con los trámites para optar el título profesional de obstetra, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

FIRMA DEL ASESOR

Mgr. Yusselinovich Vradislava Vigil Dávalos

DNI: 42659196



FIRMA DEL TESISTA

Bach. Melanie Carolina Cutipa Huayta

DNI: 46306082



AGRADECIMIENTO

Agradecer a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, Escuela profesional de Obstetricia, ya que me permitió forjarme y desarrollarme como profesional en esta gran casa de estudios.

A mi familia, que me motivó para culminar mis estudios, ya que ellos permitieron que continúe desempeñándome como profesional de la salud.

Al personal de salud, por haberme brindado su colaboración y las facilidades para la ejecución del presente estudio.

A mis docentes de la escuela, que cada uno en su área o asignatura, me permitieron culminar mis estudios para aportar en la sociedad con esta noble profesión.

DEDICATORIA

Dedico el presente estudio a Dios, en primer lugar, por ser mi guía espiritual para cumplir mi gran anhelo.

A mis padres y mis hijas, por ser mi mayor motor y motivo para culminar mis estudios.

A mi asesora la Lic. Yusselinovich Vradislava Vigil Dávalos, que con su dedicada orientación me permitió culminar con la presente investigación.

CONTENIDO

AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
ÍNDICE DE TABLAS.....	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1. Descripción del problema	3
1.1.1. Antecedentes del problema	3
1.1.2. Problemática de la investigación.....	5
1.2. Formulación del problema	6
1.2.1. Problema general.....	6
1.2.2. Problemas específicos	6
1.3. Justificación e importancia	6
1.4. Alcances y limitaciones	7
1.5. Objetivos	8
1.5.1. Objetivo general.....	8
1.5.2. Objetivos específicos	8
1.6. Hipótesis.....	8
CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	9
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Bases teóricas.....	16

2.2.1. Nivel de conocimiento sobre parto vertical.....	16
2.2.2. Actitudes sobre parto vertical.....	20
2.2.2.1. Actitud.....	20
2.2.2.2. Importancia.....	20
2.3. Definición de términos.....	22
CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO.....	24
3.1. Tipo y Diseño de investigación.....	24
3.1.1. Tipo de investigación.....	24
3.1.2. Diseño de investigación.....	24
3.2. Población y muestra.....	25
3.3. Operacionalización de las variables.....	26
3.3.1. Identificación de las variables.....	26
3.3.2. Operacionalización de las variables.....	28
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	30
3.5. Consideraciones éticas.....	31
3.6. Procesamiento y análisis de datos.....	32
CAPÍTULO IV RESULTADOS.....	33
4.1. Características sociodemográficas.....	33
4.2. Nivel de conocimiento sobre el parto vertical.....	36
4.3. Actitud sobre el parto vertical.....	38
4.4. Relación de variables.....	40
CAPÍTULO V DISCUSIÓN.....	44
CONCLUSIONES.....	48
RECOMENDACIONES.....	49

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51
ANEXOS.....	55

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 01 Caracterización de los profesionales de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	33
Tabla N° 02 Nivel de conocimiento sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	36
Tabla N° 03 Actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	38
Tabla N° 04 Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	40

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N° 01 Caracterización de los profesionales de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	35
Gráfico N° 02 Nivel de conocimiento sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	37
Gráfico N° 03 Actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	39
Gráfico N° 04 Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024	41

RESUMEN

El presente estudio tuvo como **Objetivo:** Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024. **Metodología:** Estudio de tipo básico, nivel correlacional, de enfoque cuantitativo y de corte transversal. Se tomó una población de 42 profesionales de obstetricia, en la que se aplicaron instrumentos como el cuestionario de conocimiento y actitud sobre el parto. **Resultados:** El 50% de los profesionales de obstetricia encuestados tienen de 25 a 45 años, y en menor porcentaje (4,8%) \geq de 60 años. De estos, el 69% tiene una especialidad; y solo el 9,5% tiene estudios de doctorado y otros estudios. El 59,5% tenía experiencia en el área igual o mayor a 10 años, mientras que el 49,5% declaró tener menos de 10 años de experiencia. El 57,1% de los profesionales de obstetricia tuvo nivel de conocimiento medio sobre el parto vertical; y solo el 4,8% presentó un nivel de conocimiento bajo. El 88,1% de profesionales de obstetricia presentó actitud favorable sobre el parto vertical y el 11,9% restante presentó una actitud desfavorable. **Conclusión:** Existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre parto vertical, demostrado por la prueba de hipótesis $X^2=6,26$ y un valor $p=0,044<0,05$.

Palabras clave: Actitud, nivel de conocimiento, parto vertical, profesional obstetricia.

ABSTRACT

The present study had as **Objective:** To determine the relationship between the level of knowledge and attitude about vertical delivery in the obstetrics professional of the Hipólito Unanue Hospital, Tacna 2024. **Methodology:** This was a basic, correlational, quantitative, cross-sectional study. A sample of 42 obstetric professionals was selected, and data was collected using a questionnaire assessing knowledge and attitudes about upright delivery. **Results:** 50% of the surveyed obstetric professionals were between 25 and 45 years old, while a smaller percentage (4,8%) were 60 years or older. Of these, 69% had a specialty certification, and only 9,5% had a doctoral degree or other advanced studies. 59,5% had 10 or more years of experience in the field, while 40.5% had less than 10 years of experience. 57,1% of the obstetric professionals had a moderate level of knowledge about upright delivery, and only 4,8% showed low knowledge. 88.1% of the obstetric professionals had a favorable attitude toward upright delivery, while the remaining 11,9% had an unfavorable attitude. **Conclusion:** There is a relationship between the level of knowledge and attitude toward vertical birth, as demonstrated by the hypothesis test $X^2 = 6,26$ and a p-value of $0,044 < 0,05$.

Keywords: Level of knowledge, attitude, vertical birth, obstetric professional.

INTRODUCCIÓN

El parto vertical constituye una práctica ancestral, la cual ha sido redescubierta y promovida en los últimos años, representa una alternativa fisiológica y culturalmente pertinente al parto convencional en posición supina. Diversos estudios han demostrado que esta práctica ofrece importantes beneficios tanto para la madre como para el recién nacido, entre los que destacan la reducción en la duración del trabajo de parto, una menor necesidad de intervenciones médicas y una recuperación más ágil tras el nacimiento. A pesar de estas ventajas, la adopción del parto vertical aún enfrenta resistencias relacionadas, en gran parte, al desconocimiento y a actitudes poco favorables por parte del personal de salud.

Dentro de este contexto, el conocimiento y la actitud sobre el parto vertical se constituyen como factores determinantes en la implementación adecuada de esta práctica en los establecimientos de salud. El nivel de conocimiento implica una adecuada comprensión teórica y científica sobre los beneficios, técnicas, condiciones y contraindicaciones del parto vertical. Por otro lado, la actitud incluye tanto las habilidades prácticas como la disposición personal y profesional para fomentar y aplicar esta modalidad de atención obstétrica.

La presente investigación tuvo como objetivo principal analizar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical, en un grupo determinado, considerando que una formación adecuada y una actitud positiva son claves para garantizar una atención humanizada, intercultural y basada en evidencia científica. El estudio se enmarca en la necesidad de promover prácticas respetuosas con la cultura y la fisiología femenina, alineadas con las políticas de salud materna vigentes en el país.

El presente trabajo se organiza en cinco capítulos. En el Capítulo I se desarrolla el planteamiento del problema, que incluye la descripción, formulación, justificación, importancia, alcances, limitaciones y los objetivos de la investigación. El Capítulo II corresponde al marco teórico, donde se presentan los antecedentes, las bases conceptuales y la definición de términos. En el Capítulo III se expone el marco metodológico, abarcando el tipo y diseño de estudio, la población y muestra, la operacionalización de las variables, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, las consideraciones éticas y el procesamiento de la información. El Capítulo IV está dedicado a la presentación de los resultados, mientras que en el Capítulo V se aborda la discusión. Finalmente, en apartados posteriores se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

1.1.1. Antecedentes del problema

A lo largo de la historia, diferentes culturas alrededor del mundo han utilizado diversas formas de parto en posición vertical, práctica que se mantuvo durante siglos y que aún hoy se evidencia en tradiciones ancestrales, como las de la cultura egipcia. En 1598, el médico Obstetra Jaques Guillemeau planteó la posición semiinclinada y en 1668 el Obstetra Francois Mauriceau publicó la obra “The Diseses of women with Child, and Child- Bed”, a la cual se le atribuye los cambios de posición del parto (1).

El parto vertical se define como aquel en el que la gestante adopta una posición erguida, que puede ser de pie, sentada, de rodillas o en cuclillas, mientras que el profesional de obstetricia se sitúa frente a ella para brindar la atención durante el proceso de parto (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), refiere que un parto es positivo cuando se presenta una elevada calidad en el trabajo del parto y el mismo parto, sobre todo centrado en la mujer. Además de una experiencia que pueda superar las creencias y expectativas de la mujer (3). El análisis de diversos estudios y testimonios de mujeres evidenció que la posición vertical en el parto resulta eficaz, pues favorece la comodidad materna y reduce las complicaciones, siempre que se garanticen las condiciones mínimas y adecuadas que faciliten el nacimiento del recién nacido (3).

En América Latina, la atención prenatal humanizada se ha consolidado como un referente esencial de calidad en los servicios de salud, pues busca reconocer a la gestante como protagonista del proceso reproductivo, atender sus necesidades particulares y garantizar el respeto de sus derechos. Una revisión del estado del arte realizada en la región demostró que la humanización de la atención contribuye a la adherencia a los controles, disminuye la ansiedad y los temores, y se relaciona con una reducción en la morbimortalidad materna y perinatal. Asimismo, los estudios destacan la importancia de cualificar al personal de salud, fomentar el empoderamiento de las mujeres y promover un trato digno y respetuoso, lo que repercute de manera positiva en la satisfacción de las gestantes y en los resultados maternos. Estos hallazgos ponen de relieve que la humanización de la atención no solo fortalece la seguridad materna, sino que también constituye un eje fundamental para mejorar la experiencia reproductiva en los sistemas de salud latinoamericanos (4).

El Perú es un país multiétnico y multicultural en el que coexisten modelos de atención basados tanto en la medicina tradicional como en la occidental. Sin embargo, la atención institucional es la que predomina, motivo por el cual se promulgó la Resolución Ministerial N.º 518-2016 del Ministerio de Salud, que regula la atención del parto vertical, fomenta el uso de recursos en salud y promueve la adecuación de espacios para su práctica, bajo la responsabilidad del profesional de obstetricia, médico general o especialista (2).

En un estudio de parto vertical y posición litotomía en Cusco en el 2020, donde de 212 partos en establecimientos de salud 106 fueron parto vertical y 106 posición de litotomía; el 75% de las parturientas en posición vertical fueron del área urbana, el 81,6% con unión libre, el 39,1% fue en posición semisentada presentándose menor volumen de sangrado (100cc en parto vertical), concluyéndose que el parto vertical puede ofrecer mejores ventajas que el parto horizontal como el trabajo de parto más corto,

apgar al minuto e involución uterina favorables, pero se requieren mayores estudios para realizar la comparación (5).

Un estudio comparativo sobre el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en profesionales de obstetricia evidenció que ambos grupos evaluados presentaron un conocimiento elevado, alcanzando el 59,1 % en el C.S. Edificadores Misti y el 64,3 % en el C.S. Maritza Campos Díaz. No obstante, en cuanto a la actitud frente a la atención del parto vertical, se observó una postura mayoritariamente indiferente, reportada por el 78,6 % de los participantes del C.S. Maritza Campos Díaz y el 62,5 % del C.S. Edificadores Misti (6).

1.1.2. Problemática de la investigación

En el Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 42 profesionales obstetras brindan atención a la gestante durante el parto; sin embargo, en la práctica se observa que el parto vertical aún no se realiza de manera sistemática. Algunos profesionales refieren que “el ambiente no es idóneo”, otros mencionan que “se ha intentado, pero algunas madres no desean”, y en ciertos casos se percibe una actitud desfavorable frente a su implementación. Asimismo, se identifican limitaciones en el conocimiento del procedimiento, ya que varios obstetras no lo han puesto en práctica hasta la fecha. Esta situación refleja una brecha entre la normativa vigente del Ministerio de Salud, que promueve el parto vertical como parte de un enfoque humanizado e intercultural, y la realidad en los servicios de obstetricia del hospital. El problema no solo afecta el cumplimiento de lineamientos institucionales, sino que también limita la posibilidad de brindar a las gestantes una atención respetuosa de sus derechos, favoreciendo su participación activa y el uso de prácticas seguras con respaldo científico.

En este contexto, resulta relevante analizar el nivel de conocimiento y la actitud de los profesionales de obstetricia respecto al parto vertical, ya que dichas variables influyen directamente en su implementación. El presente estudio, por lo tanto, se orienta a determinar la relación entre el conocimiento y la actitud sobre el parto vertical en los obstetras del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024, con el propósito de aportar evidencias que permitan mejorar la práctica asistencial y fortalecer la humanización de la atención materna en el ámbito regional..

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- a. ¿Cuáles son las características de los profesionales de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024?
- b. ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024?
- c. ¿Cuál es la actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024?

1.3. Justificación e importancia

Justificación teórica. Esta investigación se justifica teóricamente porque busca analizar los fundamentos cognitivos y actitudinales que influyen en la practica del parto vertical, aportando evidencia científica que contribuya al fortalecimiento de la atención materna con enfoque intercultural.

Justificación práctica. Los resultados proporcionaron al sector salud y comunidad científica básica sobre el conocimiento y actitud del parto vertical, datos relevantes que permitirán nuevas investigaciones, además de reformular estrategias educativas orientadas a la prevención y sus posibles complicaciones, afectando la salud de la población gestante.

El presente estudio se realizó por **relevancia social** ya que, consistió en un problema de salud pública beneficiando a las pacientes que asisten al servicio, por ello es importante que el profesional de obstetricia intervenga como responsable de la estrategia y la población objetivo.

Justificación **metodológica** porque resultó ser un precedente para futuras investigaciones sobre la problemática estudiada, proporcionando instrumentos validados que pueden ser reutilizados.

1.4. Alcances y limitaciones

1.4.1. Alcances

Que el presente estudio sirva como base para el análisis de futuros trabajos de investigación.

1.4.2. Limitaciones

Lo único fue adaptarse al horario, ya que se trabajó con profesionales de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, lo cual implica que los horarios y los turnos de la población encuestada en dicho establecimiento de salud son distintos a otros contextos hospitalarios y se es difícil de generalizar los hallazgos a otras regiones del país. Asimismo, al tratarse de un diseño de corte transversal, los resultados obtenidos reflejan únicamente la situación en un momento específico.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

1.5.2. Objetivos específicos

- a. Caracterizar a los profesionales de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.
- b. Determinar el nivel de conocimiento sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.
- c. Identificar la actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

1.6. Hipótesis

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

H1: Si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. A nivel internacional:

Martins C, Amaro C, Dias H, Santos M y Coutinho E. (7), en el año 2025, en Viseu, Portugal, publicaron el artículo denominado “*Nacimiento vertical: Revisión scoping de los obstáculos para su implementación*”, cuyo objetivo fue mapear barreras en contextos hospitalarios para la adopción de posiciones verticales empleando la metodología JBI para revisiones scoping. Entre los principales obstáculos identificados se destacaron: falta de formación en los profesionales de salud, escasa experiencia en la atención de partos verticalizados, carencia de empoderamiento de las mujeres para exigir este derecho, desinterés organizacional y el uso frecuente de analgesia epidural, que limita la movilidad materna. Se pudo concluir que, pese a las recomendaciones de la OMS, la posición supina sigue predominando en las maternidades portuguesas, por lo que es necesario promover cambios formativos, culturales e institucionales. Este estudio revela que además de los beneficios clínicos, existen barreras estructurales que dificultan la implementación del parto vertical en los servicios de salud.

Mohammed. O, Erlandsson K, Seyoum T, Hailemeskel S, Derseh L y Lindgren H. (8), en Gondar, Etiopía, publicaron un estudio en el año 2025 el cual llevó como título: “*Posición dinámica de parto, conocimiento y práctica de las parteras en Etiopía: un estudio mixto paralelo*”. El objetivo de dicho estudio fue evaluar el conocimiento, actitudes y prácticas de las parteras respecto a las posiciones dinámicas de parto. Se utilizó un diseño mixto concurrente que combinó encuestas estructuradas a 473 parteras y entrevistas cualitativas a 10 profesionales. Los resultados revelaron que solo el 45% tenía buen nivel de

conocimiento, el 49,5% mostró actitudes favorables y únicamente el 22,6% practicaba regularmente posiciones dinámicas durante la atención del parto. El análisis estadístico identificó que la participación en capacitaciones era el predictor más fuerte de mejores niveles de conocimiento, actitud y práctica. Los autores concluyeron que el bajo nivel de implementación se debe a la falta de formación y condiciones clínicas inadecuadas. A través de tal estudio se evidencia la importancia de fortalecer la capacitación del personal de salud para mejorar la calidad del parto humanizado

Medina-Martínez MG. (9) publicó en Francisco Morazán, Honduras, en el año 2024 un estudio denominado *“Parto vertical a partir de los conocimientos de las parteras de la comunidad de Ilanga, Trujillo, Colón, años 2002-2022”*, cuyo objetivo fue describir el parto vertical a través de los conocimientos de las parteras locales y la actitud de las madres frente a esta práctica. Se empleó un diseño observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, recopilando datos de partos atendidos en un periodo de veinte años, con muestreo por cadena y entrevistas estructuradas a 17 parteras de la comunidad y aldeas circunvecinas. Los principales resultados mostraron que el 55% de las entrevistadas poseía un nivel alto de conocimiento sobre la práctica, mientras que el 100% manifestó una actitud positiva hacia el parto vertical. Además, el 82% lo recomendaba por su seguridad tanto para la madre como para el feto, y el 77% de las madres multíparas expresaron preferencia por la postura sentada durante el parto. La autora expresa que el parto vertical es una práctica segura, culturalmente aceptada y con beneficios significativos para la salud materna y neonatal.

Hacivelioglu D, Güngör-TavşanlıN, Senyuva İ, Kosova F. (10), en el año 2023, en Uşak, Turquía, desarrollaron un ensayo clínico controlado titulado *“El parto en sillas de nacimiento vertical con libertad de movimiento durante el trabajo de parto”*. El objetivo fue comparar los efectos del parto en silla vertical con libertad de movimiento frente al parto en mesa tradicional en posición supina. El estudio incluyó tres grupos de 30 mujeres cada uno, asignados aleatoriamente. Los resultados mostraron que, aunque no hubo diferencias significativas en la

duración de la segunda etapa ni en los resultados neonatales, las mujeres en el grupo de silla vertical presentaron menores niveles de dolor, mayor confort y satisfacción, así como mayores niveles de oxitocina posparto, lo que contribuyó a una experiencia más positiva. Finalmente, el uso de silla vertical y la libertad de movimiento son intervenciones seguras y eficaces para promover un parto más fisiológico y satisfactorio.

Farías-Vela et al. (11), en Colombia, en el año 2023, llevaron a cabo el estudio *“Conocimiento del parto humanizado en Colombia en residentes y ginecólogos”*, con el objetivo de identificar el nivel de conocimiento y la práctica de este enfoque entre especialistas y médicos en formación. Fue un estudio observacional, descriptivo y transversal, con una muestra de 343 profesionales entre ginecólogos y residentes de distintas instituciones hospitalarias. Se aplicó un cuestionario estructurado validado, abarcando dimensiones como formación académica, conocimientos sobre derechos de la gestante y prácticas implementadas en la atención. Los resultados mostraron deficiencias importantes: más de la mitad de los participantes nunca había recibido capacitación formal en parto humanizado, y ninguno reconoció de manera explícita beneficios maternos o neonatales asociados a esta práctica. Aunque el 69,4 % refirió implementar planes de parto, en la práctica estos eran parciales, con poca integración de los derechos de la mujer y la perspectiva intercultural. Se concluyó que la falta de protocolos estandarizados y la escasa formación constituyen limitantes estructurales en la implementación del parto humanizado en Colombia.

Bonfil B, Sánchez J, Juárez C. (12), en Ciudad de México, en el año 2022, publicaron el estudio *“Posición anatómica vertical durante el parto”*, cuyo objetivo fue analizar los beneficios de la posición vertical a partir de una revisión documental y experiencias de mujeres. La metodología se basó en la revisión de literatura científica y testimonios de usuarias, permitiendo una visión integral sobre la práctica. Los resultados indicaron que la posición vertical favorece la capacidad respiratoria materna y fetal, brinda tranquilidad, reduce la tensión, mejora la dilatación y permite una expulsión más eficiente. También se identificó una

percepción positiva de las mujeres respecto al control de su cuerpo y la participación activa en el proceso de parto. Entonces, se puede deducir que la adopción de esta posición constituye una estrategia efectiva para fomentar la humanización del parto, siempre que se cumplan condiciones óptimas de seguridad clínica.

2.1.2. A nivel nacional:

Bedegral A, Ugarte G. (6), en Arequipa, año 2024, desarrollaron la tesis *“Relación del nivel de conocimiento y actitud hacia el parto humanizado en obstetras que brindan atención en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz 2024”*. El objetivo fue establecer la relación entre ambas variables en profesionales en servicio. Se aplicó una investigación de campo de nivel relacional a 16 obstetras, empleando cuestionarios validados mediante juicio de expertos y pruebas de consistencia interna (Kuder Richardson y Alfa de Cronbach). Los resultados mostraron que el 81,2% alcanzó un nivel alto de conocimiento sobre parto humanizado y el 93,8% expresó actitudes positivas hacia esta práctica. La prueba de chi cuadrado demostró una relación estadísticamente significativa entre conocimiento y actitud ($X^2=4,622$; $p<0,05$). Las autoras concluyeron que un mayor conocimiento favorece actitudes positivas hacia el parto humanizado.

Ramón L. (13), en Lima, en el año 2024, publicó la tesis titulada *“Conocimiento y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho 2023”*. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y la actitud de los internos frente al parto vertical. La metodología fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal y observacional, aplicada a una muestra de internos de obstetricia. Entre los resultados se encontró que el 52% poseía un nivel alto de conocimiento, el 28% bajo y el 20% medio. En las dimensiones específicas, el mayor nivel alto se observó en “indicaciones y contraindicaciones” (68%), mientras que en “ventajas y desventajas” predominó el nivel medio (44%). En cuanto a las actitudes, el 76% mostró una actitud desfavorable y solo el 24% una actitud favorable. La autora concluyó que, si bien

los estudiantes presentan un adecuado conocimiento teórico sobre el parto vertical, sus actitudes no son positivas, lo que podría dificultar su implementación en la práctica clínica.

Garro-Soto FC, Reynalte-Melgarejo AT, Santisteban-Aquino JE. (14), en Lima, en el año 2023, llevaron a cabo el estudio “Parto humanizado: conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud” en el Hospital de Barranca. Se trató de un diseño descriptivo-correlacional con una muestra de 50 profesionales de obstetricia y ginecología, a quienes se aplicó un cuestionario previamente validado. Los resultados indicaron que la mayoría tenía un nivel alto de conocimientos (62 %) y actitudes positivas (94 %) hacia el parto humanizado. No obstante, el 60 % reportó prácticas inadecuadas, evidenciando una clara brecha entre el conocimiento teórico y la práctica clínica. Entre las prácticas deficientes se mencionaron la falta de acompañamiento familiar efectivo, el incumplimiento del contacto piel a piel inmediato y la limitada aplicación de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor. Se evidenció que, aunque existe una base sólida en conocimientos y actitudes, la implementación práctica sigue siendo insuficiente, debido principalmente a barreras institucionales, escasos recursos y falta de protocolos estandarizados.

Gallardo J. (15), en el año 2022, en Cajamarca, publicó la tesis titulada “*Factores institucionales y atención del parto vertical en establecimientos de salud I-4. Cajamarca, 2020*”. El objetivo fue determinar los factores institucionales que influyen en la implementación del parto vertical en tres establecimientos de salud de la región. Se trató de un estudio descriptivo correlacional, no experimental y retrospectivo, con enfoque cuantitativo. Se aplicaron encuestas y cartillas de observación, cuyo análisis alcanzó una confiabilidad de 0,8 mediante el coeficiente de Guttman. Los resultados evidenciaron que el 100% de los profesionales estaba dispuesto a atender partos verticales y contaba con los formatos de registro, aunque solo el 33,3% de los centros disponía de libros específicos de seguimiento y presupuesto anual asignado. Asimismo, todos contaban con sillas de parto y relojes, pero el 66,7% mostró deficiencias en

equipamiento y ninguno poseía soga gruesa para el apoyo tradicional. Finalmente, el 88,1% de los partos institucionales observados fueron atendidos en posición vertical. La autora concluyó que el único factor con influencia estadísticamente significativa fue la disponibilidad de recursos financieros.

Gamero-Rivera DK. (16), realizó en Arequipa, en el año 2020, la tesis *“Relación entre el nivel de conocimiento sobre parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María”*. El estudio se centró en 35 internos de obstetricia durante su formación hospitalaria, aplicando un diseño de campo de nivel relacional. Se utilizó una ficha de entrevista estructurada, validada por juicio de expertos, y se calculó la confiabilidad mediante una prueba piloto. Los resultados reflejaron que más de la mitad de los estudiantes presentaba un nivel bajo de conocimiento respecto al parto humanizado, mientras que la actitud favorable alcanzó porcentajes similares, lo que evidenció una relación inversa entre ambas variables. Esto significa que, pese a no poseer un conocimiento sólido, los internos mostraban apertura y disposición hacia esta modalidad de atención. Se obtuvo que existía una deficiencia en la formación académica respecto al parto humanizado, y que era necesario incluir en los planes curriculares contenidos que fortalezcan el conocimiento y permitan alinear la actitud favorable con una práctica sustentada en evidencia científica.

2.1.3. A nivel local:

Al momento de la revisión bibliográfica no se encontraron publicaciones recientes de estudios realizados en la región Tacna que evalúen las variables nivel de conocimiento sobre parto vertical junto a las actitudes frente a esta. Sin embargo, se pudo encontrar un estudio sobre la actitud hacia el parto en gestantes en pandemia de COVID-19.

Valle-Cohaila VV. (17), publicó en el año 2022 en la ciudad de Tacna un estudio denominado *“Efectos de la ansiedad y miedo por la COVID-19 en la*

actitud hacia el parto en gestantes de una microred pública de Tacna, 2021". Tuvo como objetivo determinar la influencia de la ansiedad y el miedo generados por la pandemia en la actitud hacia el parto. Se aplicó un diseño cuantitativo, relacional y transversal a una muestra de 72 gestantes con más de 35 semanas de gestación, a quienes se evaluó mediante escalas validadas de miedo y ansiedad frente a la COVID-19, además de un cuestionario sobre actitud hacia el parto. Entre los principales hallazgos, se reportó que el 75 % de las gestantes no presentó ansiedad, mientras que un 22,2 % mostró ansiedad leve y un 2,8 % moderada. En relación con el miedo, predominó el nivel regular (51,4 %), seguido de alto (27,8 %), encontrándose que el 48,6% de las gestantes manifestaba una actitud inadecuada hacia el parto. Aunque no se evidenció una relación estadísticamente significativa entre ansiedad, miedo y actitud, se concluyó que estos factores sí podrían influir negativamente en la disposición de las gestantes frente al proceso de parto durante la pandemia.

Llanca-Ramos et al. (18), en el año 2016, realizaron un estudio sobre la *"Percepción de los profesionales respecto a la atención con enfoque intercultural en obstetricia"*. Encontraron que la mayoría reconocía limitaciones en su formación universitaria, aunque consideraban que la atención intercultural era un derecho y una necesidad de las gestantes. Señalaron como principales barreras la falta de preparación del personal y la infraestructura inadecuada, lo que limitaba la implementación del parto vertical, que en la práctica no se realizaba en casi ninguna institución. No obstante, gran parte de los profesionales expresó disposición a permitir prácticas humanizadas, como el acompañamiento familiar y el uso de posiciones alternativas.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Nivel de conocimiento sobre parto vertical

2.2.1.1. Conocimiento

Se entiende como el proceso y el resultado de la cognición, mediante el cual una persona adquiere y asimila información relevante a través del razonamiento, la comprensión y la inteligencia, con el fin de interpretar y dar sentido a la realidad. En ese sentido, constituye la consecuencia directa del aprendizaje (19). Se distinguen dos tipos principales de conocimiento: el conocimiento a priori, que se fundamenta en la razón y la introspección personal sin necesidad de ser verificado en la experiencia, y el conocimiento a posteriori, que se origina a partir de la experiencia misma, la cual actúa como sustento y validación del aprendizaje (19).

2.2.1.2. Parto vertical

2.2.1.2.1. Definición

El parto es un acto fisiológico donde el feto pasa por el canal del parto, pero se debe considerar los patrones culturales de la madre, ya que un factor muy importante es la posición durante el mismo (3).

Según López Rodríguez (22), el parto humanizado consiste en un proceso en el que se prioriza el respeto a la fisiología del parto, la privacidad, el acompañamiento familiar, la libertad de posición y la comunicación empática, garantizando los derechos de la gestante y reduciendo la violencia obstétrica.

El parto vertical (de pie, sentada, semisentada, en cuclillas, de rodillas, pies y manos) es un tipo de parto en el que el cuerpo y el canal pélvico de la mujer oscilan en un ángulo de 45° a 90° con respecto al plano horizontal, caderas, pies, o sobre soporte de rodilla, donde se incluyen aspectos fisiológicos (2).

2.2.1.2.2. Fisiología del parto

Se fundamenta en la influencia positiva de la gravedad sobre la dinámica uterina y el progreso del trabajo de parto. En esta posición, el peso fetal ejerce una presión directa y constante sobre el cuello uterino, lo que favorece una dilatación más rápida y eficaz. Asimismo, el canal del parto se alinea con el eje de expulsión, aumentando el diámetro pélvico y facilitando el descenso cefálico (3).

Cuando se alcanza una dilatación de 0 a 6 cm, se recomienda a las mujeres sentarse o ponerse de pie, ya que esto ayuda a reducir el dolor y permite una respiración profunda y control (20). Cuando la dilatación progresa a 7 a 9 cm, es posible la progresión a la posición dorsal, lateral izquierda o semi-fowler (20).

Finalmente, cuando la mujer alcanza la dilatación máxima (10 cm), la posición preferida es la posición erguida, que facilitará el descenso y la expulsión del feto proporcionando un empuje eficaz (2).

a) Posiciones de la gestante

Las posiciones que puede adoptar la mujer son:

- Posición de cuclillas variedad posterior y anterior
- Posición de rodillas
- Posición sentada
- Posición semi sentada
- Posición sostenida de sábana y lazos
- Posición de rodillas y manos (cuatro puntos de apoyo)

b) Ventajas

- Se presenta un aumento en el diámetro del parto 2 cm en sentido anteroposterior y 1 cm en transversal (20).

- El ángulo de encaje en el parto vertical es menos agudo que permite mayor facilidad del feto en el encaje y su posición (2).
- Contracciones uterinas más efectivas durante el parto y el posparto, con menos contracciones y más fuertes, lo que resulta en menos intervención especializada, menor uso de oxitocina y menos cambios en la frecuencia cardíaca (20).
- Proporciona beneficios psicoafectivos como sensación de libertad y mayor satisfacción luego del parto.
- El trabajo de parto se acorta (20).
- Porque permite mayor participación en el nacimiento de su niño, lo que hace que la madre pueje de manera efectiva y mayor control de la situación (20).

c) Desventajas

Las desventajas en su mayoría son para el profesional que realiza este procedimiento, las cuales son (21):

- Incomodidad por no contar con el instrumental.
- Es difícil observar al feto durante el momento del parto.
- Resulta difícil de valorar el pulso cardíaco tanto en la madre, como en el feto.

d) Indicaciones:

- Usuaria sin complicación obstétrica.
- Presentación cefálica del feto (2).

e) Contraindicaciones:

- Cesárea anterior.
- Desproporción céfalo-pélvica.
- Sufrimiento fetal.
- Feto en podálico.
- Embarazo gemelar.
- Distocia de presentación.

- Distocia de cordón.
- Macrostomia fetal.
- Prematurez.
- Hemorragia del II trimestre (placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta)
- Ruptura prematura de membranas sin encajamiento.
- Embarazo post término.
- Pre eclampsia, eclampsia.
- Antecedentes de parto complicado (21).

2.2.1.2.3. Parto humanizado en el Perú

Se define como una práctica milenaria que ha sobrevivido a pesar de limitaciones y que forma parte del patrimonio cultural y social de los pueblos indígenas (22). Las parteras no solo atienden partos, sino que acompañan todos los ciclos de vida: menarquia, embarazo, parto, puerperio, menopausia y hasta el “buen morir” (23).

El Ministerio de Salud define al parto como un procedimiento que debe ser atendido por un profesional debidamente calificado, respetando su elección, procurando evitar riesgo tanto en la madre y el niño. El profesional para su atención se coloca delante o detrás de la gestante, dirigiéndose al canal del parto, facilitando el nacimiento, disminuyendo el traumatismo en el recién nacido (2).

En el Perú, la normativa sobre parto vertical ha mostrado avances graduales, aunque con limitaciones importantes. La Norma Técnica de 2005 reconoció esta práctica como más fisiológica y promovió su implementación hospitalaria, pero redujo el rol de las parteras tradicionales a simples acompañantes. Posteriormente, la Norma de 2016 incluyó a los agentes de medicina tradicional, entre ellos las parteras, aunque relativizó sus saberes al calificarlos de “ideas” o “leyendas”. Finalmente, la Directiva de 2019 supuso un progreso al incorporar recursos de la medicina tradicional en la atención

institucional, aunque bajo una visión utilitaria, aceptando únicamente aquellos elementos compatibles con el modelo biomédico (23).

2.2.2. Actitudes sobre parto vertical

2.2.2.1. Actitud

Es un estado, donde ser humano, dispone su percepción obtenida desde su experiencia a toda clase de objetivos o situaciones (24).

La actitud tiene características como ser un constructo no observable que parte desde la organización de elementos tales como afectivos cognitivos y conativos; tiene un papel motivacional de impulsión y orientación; es aprendida, es perdurable y tiene un componente de evaluación o afectividad, Otros autores también incluyen los juicios valorativos y al sujeto que los percibe (24).

2.2.2.2. Importancia

De acuerdo a Gallion-Licata (25), las actitudes de los profesionales de la salud frente al parto vertical reflejan una apertura parcial hacia la interculturalidad, pues si bien estos aceptan algunos elementos de la medicina tradicional, suelen hacerlo de manera funcional al modelo biomédico, lo que evidencia cierta resistencia y una visión subordinada de los saberes ancestrales.

La actitud de los profesionales hacia el parto vertical y todo lo relacionado con él, predispone a los obstetras a determinadas conductas que tienen una base emocional y un componente conductual, pudiendo estas conductas ser de alta o baja intensidad, lo que determinará el comportamiento del obstetra en estos ámbitos. Es importante que el obstetra comprenda las diferentes posiciones verticales del parto que pueden ocurrir durante el trabajo de parto (20).

- Atención del parto vertical: Se concibe como un proceso asistencial en el que la mujer puede adoptar posiciones erguidas o semi-erguidas de acuerdo con su preferencia, recibiendo acompañamiento profesional y familiar, lo que facilita su participación activa y promueve la pertinencia intercultural.
- Aspectos culturales: Se entienden como el conjunto de valores, creencias, costumbres y prácticas transmitidas socialmente que influyen en la forma en que las mujeres viven la gestación y el parto, siendo determinantes para ofrecer una atención respetuosa y adecuada.

Entre estas destacan el uso de plantas medicinales para aliviar molestias, fortalecer el cuerpo y favorecer la lactancia, así como la preferencia por partos domiciliarios acompañados de parteras tradicionales, quienes ofrecen apoyo físico, espiritual y emocional. No obstante, estas prácticas se ven limitadas por experiencias de discriminación, violencia obstétrica y desconocimiento institucional, lo que genera desconfianza y vergüenza cultural frente a los servicios de salud (23).

- Respecto a la elección: Se define como el reconocimiento del derecho de la gestante a decidir sobre la posición, el acompañamiento y las intervenciones durante el parto, lo cual constituye un principio central de la atención humanizada. La falta de reconocimiento genera desconfianza y limita la asistencia de las gestantes a los controles institucionales. En este sentido, el respeto a la elección implica valorar el derecho de la mujer a decidir la posición de parto, el acompañamiento y las prácticas culturales que desea mantener, garantizando una atención materna que reconozca la autonomía femenina y promueva un verdadero enfoque intercultural (22).
- Aspectos afectivos: Se describen como aquellos elementos emocionales que fortalecen el vínculo entre la gestante, su familia y el equipo de salud,

generando confianza, seguridad y empatía durante el proceso de parto (22).

2.3. Definición de términos

a) Parto

Se denomina aquél de resulta ser de inicio espontáneo, de bajo riesgo desde el comienzo del trabajo de parto, hasta la finalización del nacimiento. El recién nacido viene de forma espontánea, en presentación cefálica, durante las semanas 37 y 41 completas de edad gestacional (2).

b) Tipos de parto:

El parto natural, el parto vaginal y la cesárea son tres tipos de parto que completan las etapas del embarazo que conducen al nacimiento. Durante la visita prenatal, la mujer debe presentar su plan de parto y discutirlo con el personal de salud (3).

c) Parto vertical

Modalidad de atención del parto en la cual la gestante adopta una posición erguida (sentada, de cuclillas, en semisentada o de rodillas), aprovechando la fuerza de gravedad para facilitar la salida del feto, reducir intervenciones obstétricas y favorecer la fisiología del proceso (2).

d) Parto horizontal

Forma tradicional de atención del parto en posición supina o litotómica, en la que la madre permanece recostada en una camilla obstétrica (2).

e) Atención humanizada del parto

Enfoque asistencial que respeta los derechos de la gestante y su familia, promueve la toma de decisiones informadas y evita intervenciones innecesarias, reconociendo aspectos culturales y emocionales (19).

f) Interculturalidad en salud

Proceso de reconocimiento y articulación de saberes ancestrales y prácticas culturales de las comunidades, con el conocimiento biomédico, a fin de brindar una atención respetuosa y pertinente (22).

g) Gestante

Se define como el periodo de nueve meses durante los cuales se desarrolla un feto en el útero de una mujer. Esta es una etapa en la vida de una mujer en la que atraviesa diversos cambios físicos y psicológicos (2).

h) Oxitocina

Hormona relacionada con la contractilidad uterina y el vínculo materno-fetal, cuya liberación aumenta en partos verticales y espontáneos (25).

i) Profesionales de obstetricia:

Es el profesional de la salud que vela por la salud sexual y reproductiva de la mujer, familia y comunidad en la etapa pre concepcional, concepcional y post concepcional (21).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y Diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Según el tipo de estudio, este fue básico ya que permitió ampliar el marco teórico dando inicio de investigación en esta población (26).

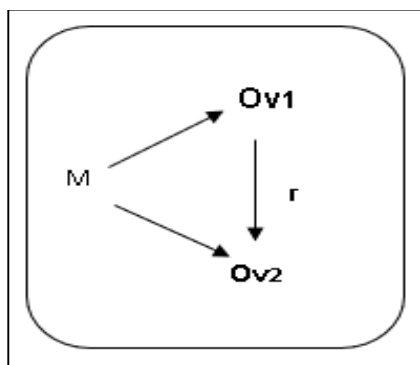
Nivel de investigación: El estudio fue relacional ya que se asoció las dos variables del estudio como conocimiento y actitud sobre parto vertical (26).

Según el enfoque, el presente estudio fue cuantitativo ya que los datos se cuantificaron numéricamente a través de análisis estadísticos para hallar las frecuencias, correlaciones y hacer la prueba de la hipótesis (26).

3.1.2. Diseño de investigación

El diseño del presente estudio fue no experimental porque se planteó en conceptos, variables, o contextos que se dieron sin la intervención directa del investigador, es decir, el investigador no alteró las variables de la investigación; y según la ocurrencia de hechos, es de tipo transversal porque se realizó en un determinado tiempo (26).

Esquema de diseño:



Donde:

M = Profesionales de Obstetricia

V1 = Nivel de conocimiento sobre el parto vertical

V2 = Actitud sobre parto vertical

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población:

La población estuvo constituida por los obstetras que laboraron en las áreas de hospitalización, sala de partos, puerperio, planificación familiar, consulta externa, emergencia, y seguro integral de salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024, que fueron un total de 42 personas.

3.2.2. Muestra:

La muestra considerada fue no probabilística y de tipo censal debido a la cantidad de la población para lo cual se decidió considerar el total de obstetras que laboraron en las áreas de hospitalización, sala de partos, puerperio, planificación familiar, consulta externa, emergencia, y seguro integral de salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2024.

3.2.3. Criterios de selección:

3.2.3.1. Criterios inclusión

- Profesionales de obstetricia que laboran en el servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna.
- Profesionales que otorgaron su consentimiento para participar en la investigación.

3.2.3.2. Criterios exclusión

- Profesionales de obstetricia que desempeñaban en otros servicios distintos al área asistencial de obstetricia dentro del hospital.
- Profesionales que se encontraban con licencias prolongadas, descansos médicos extensos o en situaciones que impedían su participación en el trabajo de campo.

3.3. Operacionalización de las variables

3.3.1. Identificación de las variables

Variable 1: Nivel de conocimiento sobre parto vertical.

Dimensiones:

- Conocimiento sobre definiciones y posiciones
- Conocimiento sobre ventajas y desventajas
- Conocimiento sobre indicaciones y contraindicaciones

Variable 2: Actitud sobre el parto vertical.

Dimensiones:

- Atención del parto vertical
- Aspectos culturales
- Respecto a la elección
- Aspectos afectivos

Variable interviniente: Características sociodemográficas

Dimensiones:

- Edad
- Estudios
- Experiencia profesional

3.3.2. Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
V1 Nivel de conocimiento sobre parto vertical	Es la capacidad de aprehender que tiene el profesional de obstetricia sobre el parto vertical (13).	El conocimiento sobre parto vertical será medido mediante las dimensiones e indicadores utilizando el cuestionario.	Conocimiento sobre definiciones y posiciones	- Conocimiento de la norma técnica del parto vertical - Conocimiento de las posiciones del parto vertical	Escala de puntaje: 1 respuesta correcta 0 respuesta incorrecta Baremos: Conocimiento alto: De 18 a 20 puntos Conocimiento medio: De 11 a 17 puntos Conocimiento bajo: Menor o igual de 10 puntos a 0 punto.	Ordinal
			Conocimiento sobre ventajas y desventajas	- Conocimiento de ventajas - Conocimiento de desventajas		
			Conocimiento sobre indicaciones y contraindicaciones	- Conocimiento indicaciones - Conocimiento contraindicaciones		
V2 Actitud sobre el parto vertical	Es la predisposición de percepción que tiene el profesional sobre el parto vertical (27).	Predisposición de actuar frente al parto vertical que será medido en las dimensiones e indicadores, aplicando la escala de actitud sobre parto vertical.	Atención del parto vertical	Disposición del profesional	Escala de puntaje: Completamente de acuerdo (5 puntos), De acuerdo (4 puntos), Ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos), En desacuerdo (2 puntos), Completamente en desacuerdo (1 punto). Baremos: Actitud favorable: De 46 a 75 puntos.	Nominal
			Aspectos culturales	Creencias		
			Respecto a la elección	Respeto a la paciente		
			Aspectos afectivos	Percibe vínculo afectivo		

					Actitud desfavorable: De 15 a 45 puntos.	
V Interviniente Características socio-demográficas	Son las características socio-demográficas de los profesionales encuestados	Se miden mediante tres preguntas de respuesta cerrada de una sección del cuestionario de conocimientos sobre el parto vertical.	Edad	Edad del profesional	Edad en números cardinales.	Nominal
			Estudios	Grado máximo de estudios alcanzados por el profesional	Especialidad Maestría Doctorado Otro (mencionar)	
			Experiencia profesional	Rango de experiencia laboral del profesional	Mayor de 10 años Menor de 10 años	

3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta, y los instrumentos como el cuestionario de conocimiento sobre el parto vertical y una escala de Likert para medir la actitud.

Instrumento 01: Cuestionario sobre parto vertical

Para la primera variable nivel de conocimiento sobre el parto vertical es el Cuestionario sobre parto vertical creado por Ramón L (13), en el año 2023, que en la primera parte se valoró los datos generales del profesional de obstetricia; y la segunda parte el cuestionario que cuenta con 20 interrogantes con opciones de respuesta; que consta de 3 dimensiones como conocimientos sobre definiciones y posiciones, conocimientos sobre ventajas y desventajas y conocimientos sobre indicaciones y contraindicaciones, a la respuesta correcta 1 punto e incorrecta 0 punto (13).

Escala de puntaje:

Conocimiento alto	:	De 18 a 20 puntos
Conocimiento medio	:	De 11 a 17 puntos
Conocimiento bajo	:	Menor o igual de 10 puntos a 0 punto.

Validez:

La validez del cuestionario sobre parto vertical se obtuvo mediante juicio de expertos, en el que se incluyó a 4 obstetras que evaluaron los criterios de validación de la investigación y de ítem, resultando los valores en el rango de 35 a 40 puntos – válido para aplicar.

Confiability:

En el cuestionario sobre parto vertical se aplicó una prueba piloto a 20 sujetos con las mismas características del estudio resultando el valor de 0,729 instrumento fiable.

Instrumento 02: Escala de actitud sobre parto vertical

Para la segunda variable actitud sobre el parto vertical se utilizó la Escala de actitud sobre parto vertical Rodríguez L (27), creada en el año 2020, con 15 interrogantes y una escala tipo Likert que va desde el rango de completamente de acuerdo (5 puntos), de acuerdo (4 puntos), ni de acuerdo ni en desacuerdo (3 puntos), en desacuerdo (2 puntos), completamente en desacuerdo (1 punto). Y las dimensiones atención del parto vertical (5 ítems), aspectos culturales (4 ítems), respecto a la elección (3 ítems) y aspectos afectivos (3 ítems) (19).

Escala de puntaje:

Actitud favorable	:	De 46 a 75 puntos.
Actitud desfavorable	:	De 15 a 45 puntos.

Validez:

La escala de actitud sobre parto vertical fue validada por 5 expertos aprobado mediante la prueba binomial con un valor $p = (0,031) < 0,05$ (27).

Confiabilidad:

Para la confiabilidad de la escala de actitud del parto vertical se aplicó una prueba piloto a 30 sujetos con las mismas características, obteniendo con la prueba estadística de Alpha de Cronbach un valor de 0,76; es decir, es un instrumento fiable (27).

3.5. Consideraciones éticas

En la presente investigación se cumplió estrictamente con los principios bioéticos establecidos en la Declaración de Helsinki (28). El principio de autonomía fue respetado mediante la obtención del consentimiento informado de cada participante, asegurando que su decisión de participar fuese libre y voluntaria. El principio de beneficencia se cumplió al procurar que los hallazgos del estudio generaran conocimiento útil para mejorar la calidad de la atención obstétrica y, con ello, el bienestar de las gestantes. De igual forma, se observó el principio de no maleficencia, garantizando que la aplicación de los instrumentos de recolección de datos no implicara riesgos físicos ni psicológicos para los participantes. Finalmente, el principio de justicia se aseguró mediante la selección equitativa de los profesionales de

obstetricia, sin discriminación y con igualdad de oportunidades para formar parte del estudio. De esta manera, el proceso investigativo se desarrolló bajo estándares éticos internacionales, priorizando la dignidad, seguridad y derechos de los participantes.

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de la información recolectada, en primer lugar se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel, en la cual se registraron las respuestas obtenidas de los cuestionarios aplicados. Posteriormente, dicha base fue exportada al software estadístico IBM SPSS Statistics versión 26, que permitió realizar el análisis estadístico correspondiente.

En la etapa inicial se aplicó un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias absolutas, relativas y medidas de tendencia central, así como distribución de porcentajes para las variables.

Para verificar la distribución de normalidad de los datos se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk, dado el tamaño de la muestra ($n=42$). Los resultados de esta prueba orientaron al uso de la estadística no paramétrica debido a que los datos tenían una distribución no normal.

Con el fin de establecer la relación entre las variables se empleó la prueba de Chi cuadrado (X^2), lo que permitió comprobar la hipótesis general del estudio, la cual planteaba que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud del profesional de obstetricia respecto al parto vertical.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

4.1. Características sociodemográficas

Tabla 1

Caracterización de los profesionales de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024

Caracterización	Frecuencia N°	Porcentaje %
Edad		
De 25 a 45 años	21	50,0
De 46 a 59 años	19	45,2
Igual o mayor de 60 años	2	4,8
Total	42	100,0
Estudios		
Especialidad	29	69,0
Maestría	5	11,9
Doctorado	4	9,5
Otro	4	9,5
Total	42	100,0
Experiencia profesional		
Menos de 10 años	17	40,5
Igual o más de 10 años	25	59,5
Total	42	100,0

Fuente: Cuestionario sobre nivel de conocimiento de parto vertical creado por Ramón L., aplicado en el servicio de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue.

Interpretación:

En la Tabla 1 y Gráfico 1 se presentan las características sociodemográficas de los profesionales de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024. En cuanto a la edad, el 50,0% de los participantes se encuentra en el rango de 25 a 45 años, seguido por el 45,2% que tiene entre 46 y 59 años, mientras que solo el 4,8%

tiene 60 años o más. Respecto al nivel de estudios, la mayoría cuenta con una especialidad (69,0%), en menor proporción poseen maestría (11,9%), doctorado (9,5%) u otros estudios de posgrado (9,5%). En relación con la experiencia profesional, el 59,5% de los obstetras reportó tener igual o más de 10 años de ejercicio laboral, mientras que el 40,5% manifestó contar con menos de 10 años de experiencia.

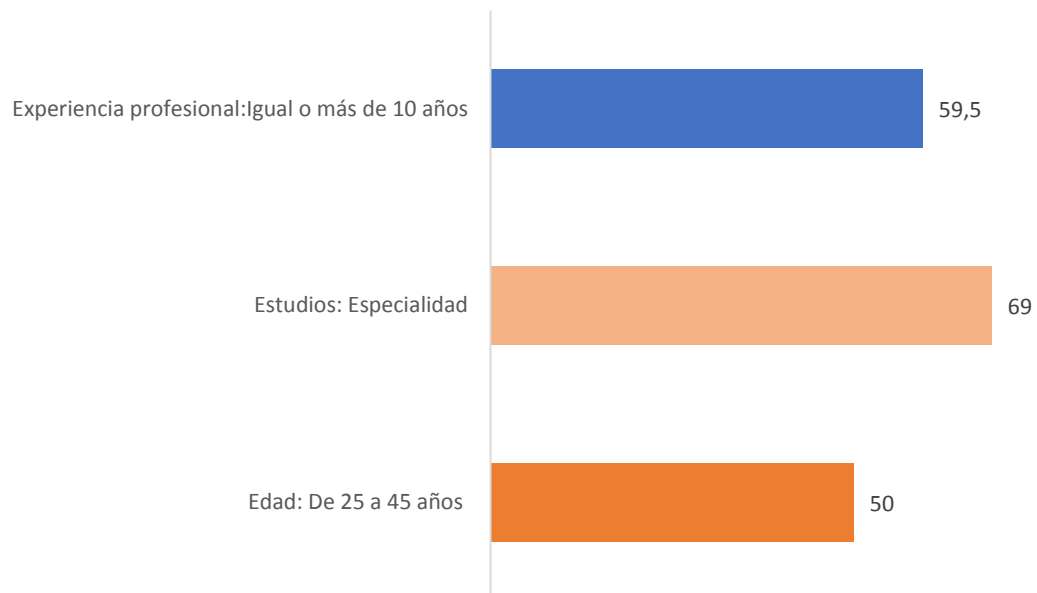


Gráfico 1

Caracterización de los profesionales de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2025

4.2. Nivel de conocimiento sobre el parto vertical

Tabla 2

Nivel de conocimiento sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

Nivel de conocimiento sobre parto vertical	Frecuencia N°	Porcentaje %
Nivel de conocimiento bajo	2	4,8
Nivel de conocimiento medio	24	57,1
Nivel conocimiento alto	16	38,1
Total	42	100,0

Interpretación:

La Tabla 2 y el gráfico 2 muestran la distribución del nivel de conocimiento sobre el parto vertical en los profesionales de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024. Se observa que la mayoría de los participantes presentó un nivel de conocimiento medio (57,1%), seguido por un nivel alto (38,1%). Es decir, más de la mitad de los profesionales poseen conocimientos adecuados, aunque no profundos, mientras que un porcentaje importante demuestra un dominio elevado sobre el tema.

■ Nivel de conocimiento bajo ■ Nivel de conocimiento medio ■ Nivel conocimiento alto

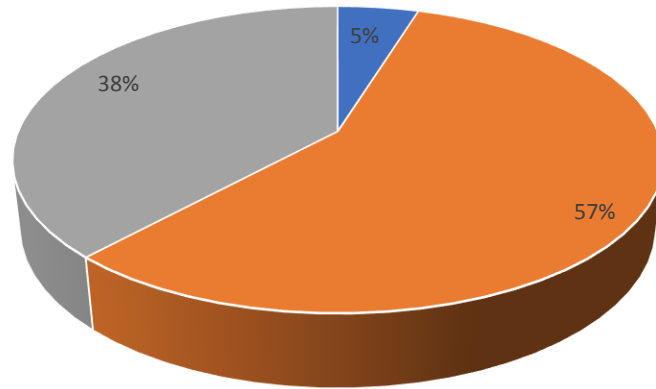


Gráfico 2

Nivel de conocimiento sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

4.3. Actitud sobre el parto vertical

Tabla 3

Actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

Actitud sobre el parto vertical	Frecuencia N°	Porcentaje %
Actitud desfavorable	5	11,9
Actitud favorable	37	88,1
Total	42	100,0

Interpretación:

La Tabla 3 y el gráfico 3 muestran la actitud sobre el parto vertical en los profesionales de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024. Se observa que la gran mayoría, equivalente al 88,1% (37 profesionales), manifestó una actitud favorable hacia la práctica del parto vertical, mientras que solo un 11,9% (5 profesionales) expresó una actitud desfavorable.

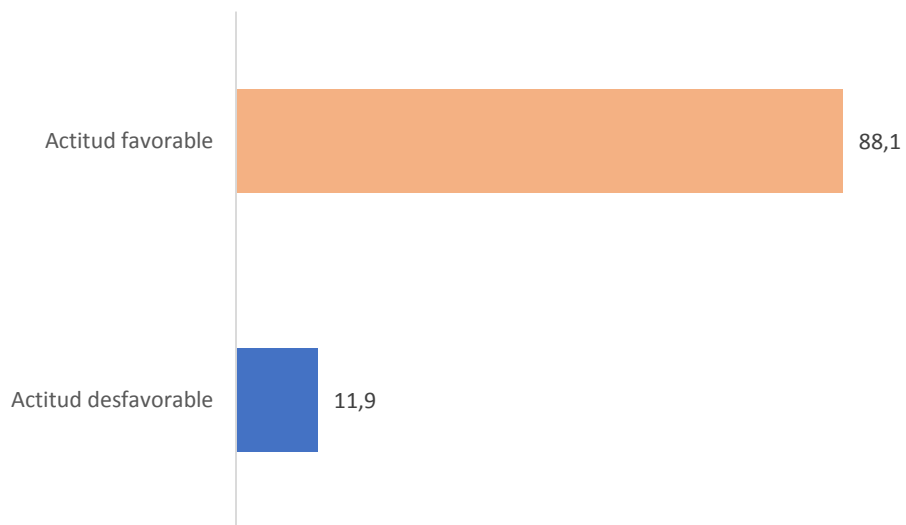


Gráfico 3

Actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

4.4. Relación de variables

Tabla 4

Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

Nivel de conocimiento sobre el parto vertical	Actitud sobre parto vertical						X ²
	Actitud desfavorable		Actitud favorable		Total		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Nivel conocimiento bajo	1	2,4	1	2,4	2	4,8	X ² =6,26 gl=2 p=0,044
Nivel conocimiento medio	4	9,5	20	47,6	24	57,1	
Nivel conocimiento alto	0	0,0	16	38,1	16	38,1	
Total	5	11,9	37	88,1	42	100,0	

Interpretación:

La Tabla 4 y el Gráfico 4 presentan la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical en los profesionales de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024. Se observa que, entre quienes tuvieron un nivel bajo de conocimiento (4,8%), la mitad (2,4%) manifestó una actitud desfavorable y la otra mitad (2,4%) una actitud favorable. En el grupo con nivel medio de conocimiento (57,1%), el 9,5% mostró actitud desfavorable y el 47,6% actitud favorable. Finalmente, todos los profesionales con nivel alto de conocimiento (38,1%) presentaron una actitud favorable (38,1%).

El análisis estadístico mediante la prueba de Chi cuadrado (X²=6,26; gl=2; p=0,044) evidenció una asociación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical, con un valor p<0,05. Lo que indica que a mayor conocimiento sobre el parto vertical, más probable es que los profesionales desarrollen actitudes favorables hacia esta práctica.

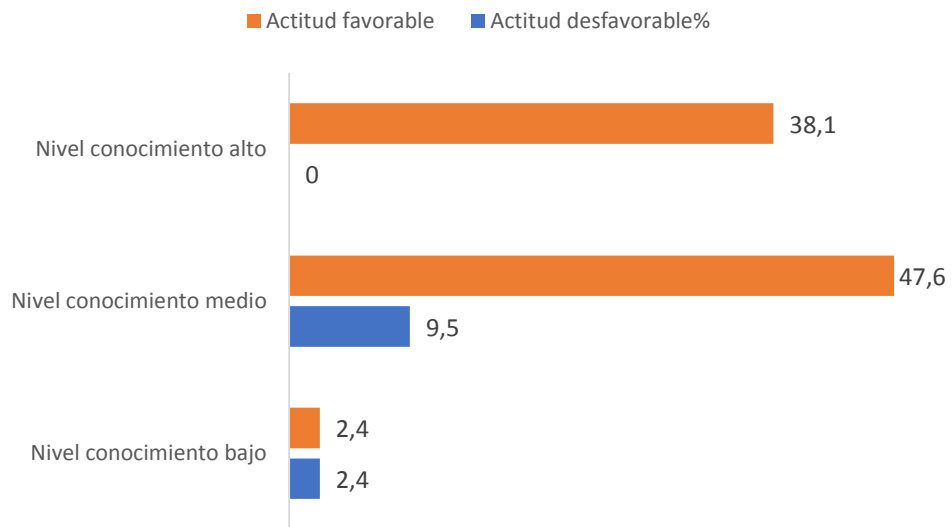


Gráfico 4

Relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

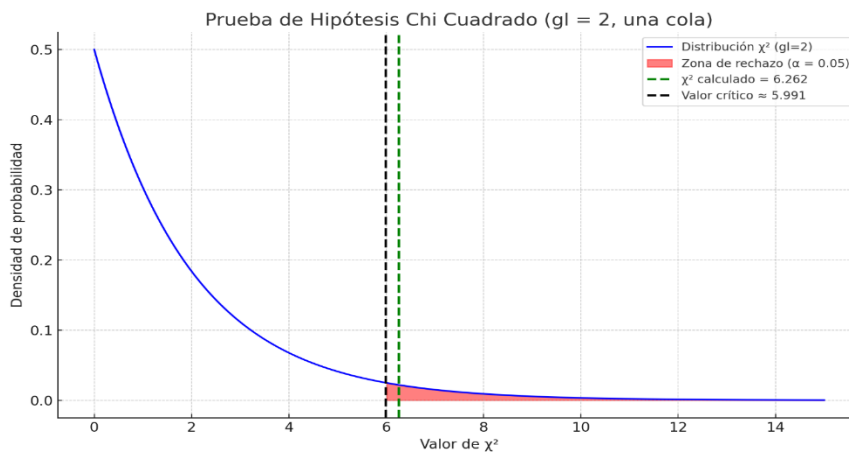
4.5. Prueba de hipótesis

4.5.1. Hipótesis planteada

Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

H1: Si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

Esquema de prueba



Estadística de prueba

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,262	2	0,044
N de casos válidos	42		

Fuente: Matriz de datos.

Interpretación:

Como el valor calculado de χ^2 (6,262) es mayor que el valor crítico (5,991), y el valor p (0,044) es menor que el nivel de significancia (0,05), se rechaza la hipótesis nula. Por lo tanto, se concluye que existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical en los profesionales de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna. Los hallazgos se contrastaron con la evidencia internacional y nacional para identificar similitudes y diferencias que permitan contextualizar los resultados.

En cuanto al nivel de conocimiento, en Tacna, predominó un nivel de conocimiento medio (57,1%) respecto al parto vertical. En contraste, Mohammed et al. (8) en Etiopía reportaron que solo el 45% de las parteras presentó buen conocimiento y el 22,6% practicaba posiciones dinámicas, lo que refleja limitaciones estructurales y falta de capacitación en ese país. Por su parte, en Honduras, Medina-Martínez et al. (9), encontraron que las parteras tradicionales alcanzaron un 55% de conocimiento alto, lo que supera a los resultados de Tacna. Esta diferencia podría atribuirse a que en Honduras el parto vertical está integrado en prácticas culturales ancestrales, mientras que en Tacna el conocimiento se construye principalmente desde espacios académicos e institucionales.

A nivel nacional, en Arequipa, Bedregal & Ugarte (6) encontraron que el 81,2% de obstetras presentó un conocimiento alto, cifra muy superior a la de Tacna, lo que puede deberse a la existencia de programas activos de capacitación en parto humanizado. En contraste, Gamero-Rivera (16) halló que en internos de obstetricia de Arequipa predominó el conocimiento bajo (51,4%), evidenciando deficiencias en la etapa formativa. Ramón-Ávila realizó un estudio similar en Lima en internos (13), y halló que el 52% tenía conocimiento alto, porcentaje más elevado que el de Tacna. Otro estudio realizado por Garro-Soto (14) en profesionales, reportó que el 62% presentó un nivel alto de conocimiento. Finalmente, en Cajamarca, Gallardo (15), encontró que la totalidad de profesionales estaba capacitada y dispuesta a real

partos verticales, aunque con limitaciones en la disponibilidad de recursos. Estas comparaciones sugieren que los niveles de conocimiento varían según la etapa formativa, el contexto institucional y la presencia de programas de capacitación, siendo Tacna un escenario intermedio donde es necesario reforzar la formación para alcanzar niveles similares a otras regiones.

Sobre las actitudes encontradas, en Tacna, el 88,1% de profesionales mostró actitudes favorables hacia el parto vertical. En Etiopía, Mohammed et al. (8) reportaron un 49,5% de actitudes positivas, lo que refleja un escenario menos alentador. En Honduras, el estudio de Medina-Martínez et al. (9) reveló que la totalidad de las parteras manifestó una actitud positiva, lo que coincide con Tacna, aunque con mayor intensidad, debido a que en dicho país, el parto vertical constituye una práctica cultural cotidiana. En Colombia, Farías-Vela (11) halló que, pese a la ausencia de reconocimiento explícito de beneficios, los planes de parto eran aplicados parcialmente, con escasa incorporación del enfoque de derechos, lo que contrasta con la actitud más favorable hallada en Tacna.

En el Perú, Bedegral & Ugarte, en Arequipa (6) reportaron un 93,8% de actitudes favorables, cifra muy superior a Tacna, probablemente por los programas de capacitación continua implementados en ese contexto. En internos de obstetricia de Arequipa, según lo encontrado por Gamero-Rivera (16), el 51,4% manifestó actitudes favorables, revelando una relación inversa entre ambas variables. En Lima, los internos evaluados por Ramón-Ávila (13) presentaron una actitud desfavorable en el 76% de los casos, reflejando menor aceptación, probablemente debido a la alta presión asistencial en esta ciudad. No obstante, otro estudio llevado a cabo por Garro-Soto (14) en profesionales de Lima, reportó un 94% de actitudes positivas, aunque el 60% reconoció prácticas inadecuadas, lo que evidencia que las actitudes no siempre se traducen en una práctica adecuada. En Cajamarca, de acuerdo a Gallardo (15), aunque el 88,1% de partos institucionales fue atendido en posición vertical y la actitud

de los profesionales era favorable, las limitaciones de presupuesto y recursos afectaron la implementación sostenida.

Por otro lado, a diferencia de los estudios centrados en profesionales de obstetricia, Valle-Cohaila (17) evaluó la actitud hacia el parto en gestantes de una microred pública de Tacna durante la pandemia por COVID-19. En tal estudio, el 48,6% de las gestantes manifestó una actitud inadecuada frente al parto, influida por factores emocionales como la ansiedad y el miedo, aunque no se halló relación estadísticamente significativa. Dicho resultado demuestra que la disposición del personal no siempre se refleja en percepciones positivas de las usuarias.

Sobre la relación entre las variables estudiadas, en el presente estudio se encontró una relación significativa entre el nivel de conocimiento y las actitudes hacia el parto vertical, es decir, a mayor conocimiento, la actitud de los profesionales fue más favorable. Este hallazgo coincide parcialmente con lo reportado por Gallardo (15) en Cajamarca, en donde las limitaciones de recursos afectaron la práctica habitual, a pesar de que el 100% de profesionales manifestó disposición a realizar partos verticales y el 88,1% de los partos institucionales se atendieron en esta posición, demostrando que la actitud positiva no siempre se sostiene únicamente en el conocimiento, sino también en las condiciones institucionales. En Arequipa, un estudio en obstetras, realizado por Bedegral & Ugarte (6), reportó niveles altos de conocimiento (81,2%) junto con actitudes favorables (93,8%), lo que confirma la coherencia entre ambas variables. Sin embargo, Gamero-Rivera (16) observó una relación inversa en los internos de obstetricia del mismo departamento: un mayor nivel de conocimiento se asoció a actitudes desfavorables, lo que refleja vacíos en la formación académica y la falta de experiencia clínica. De forma similar, Ramón-Ávila (13) en Lima, reportó predominio de conocimiento alto (52%) pero con actitudes mayoritariamente negativas (76%) en los internos de obstetricia, lo que refuerza la importancia del contexto formativo en la relación entre las variables. En contraste, un estudio de Garro-Soto (14) en profesionales de Lima halló que un alto nivel de

conocimiento (62%) se acompañaba de actitudes favorables en el 94% de los casos, lo que evidencia que la práctica clínica y la experiencia profesional fortalecen la coherencia entre ambas dimensiones.

Los resultados del presente estudio evidencian que los profesionales de Tacna muestran un nivel de conocimiento moderado y una actitud ampliamente favorable hacia el parto vertical. Al comparar con la literatura, se reconoce que las diferencias están influenciadas por la etapa formativa, la exposición clínica, la frecuencia de capacitaciones y la disponibilidad de recursos, las cuales se sobreponen como condiciones indispensables para sostener actitudes positivas y reducir la brecha entre el “saber” y el “hacer” en la atención del parto.

CONCLUSIONES

Después de analizar y discutir la información recolectada en el presente estudio, podemos concluir:

1. Se encontró una relación significativa entre el nivel de conocimiento y la actitud sobre el parto vertical, lo que confirma que un mayor dominio conceptual se asocia con una predisposición más favorable hacia su aplicación en la práctica obstétrica.
2. Dentro de la caracterización de la población de estudio, la mitad de los profesionales de obstetricia tienen de 25 a 45 años, una gran parte cuenta con una especialidad y tiene una experiencia laboral en el área mayor o igual a 10 años de experiencia.
3. Los profesionales de obstetricia presentan en su mayoría un nivel de conocimiento medio sobre el parto vertical, lo que evidencia que a pesar de que poseen bases conceptuales aceptables, aún se requiere el fortalecimiento y la actualización académico-práctica para consolidar un conocimiento más sólido.
4. La actitud de los profesionales frente al parto vertical es mayoritariamente favorable, lo que refleja disposición positiva hacia la atención humanizada e intercultural; sin embargo, la presencia de algunas actitudes desfavorables sugiere la necesidad de reforzar procesos de sensibilización.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere a las Profesionales de obstetricia, continuar fortaleciendo y creciendo en su experiencia y compromiso con el parto vertical. La capacitación, talleres, charlas, el intercambio de experiencias exitosas y actualización constante en parto vertical, permite reforzar la seguridad, confianza y habilidades en su aplicación, cada atención con respeto, valorando sus preferencias culturales, personales y empatía suma para que nuestras gestantes se sientan seguras, escuchadas y acompañadas. Ustedes con una buena actitud, tienen en sus manos que el parto vertical sea visto no solo como una técnica, sino como una práctica humanizada que favorece el bienestar de la madre y el recién nacido. Sigán capacitándose y siendo ejemplo de entrega y profesionalismo.
- Al Director del Hospital, supervisar e incentivar el cumplimiento de la normatividad vigente respecto al respeto de la decisión de la gestante sobre la posición del parto y coordinar con la administración hospitalaria la provisión de equipos, infraestructura y material necesario para garantizar la seguridad y eficacia con ambientes aptos para partos verticales (colchonetas, sogas de sujeción, barras de parto, etc.). Así mismo brindar estímulos de capacitación al profesional de obstetricia mediante diplomados, maestrías, especialidades relacionadas al parto vertical y humanizado, que puedan realizar en otras ciudades, incluso en otro país y puedan ser gratuitas.
- Al Jefe de Departamento de Obstetricia, de la mano con la jefa de obstetricia fomentar la capacitación continua del personal obstétrico en la atención del parto vertical, mediante programas de actualización teórico-práctica, así como espacios de reflexión sobre la evidencia científica y la experiencia clínica. De igual forma, se recomienda fortalecer la actitud empática y humanizada en la atención, reconociendo la importancia cultural y emocional que tiene esta práctica para las gestantes. Con ello se busca optimizar la calidad de la atención, incrementar la satisfacción materna y garantizar la seguridad tanto de la madre como del recién nacido.

- Para la Jefa del Servicio de Obstetricia, se sugiere implementar estrategias de sensibilización que refuercen en el personal una atención respetuosa, empática y culturalmente pertinente hacia las gestantes. Establecer reuniones periódicas de análisis de casos y buenas prácticas, con el fin de mejorar la calidad del servicio y fortalecer la confianza del equipo. Coordinar con el jefe de departamento para motivación al personal reconociendo su esfuerzo, compromiso y desempeño de las obstetras que aplican adecuadamente el parto vertical, a través de estímulos académicos o institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vargas V, Rodríguez J, Corredor M. Ventajas y desventajas del parto vertical en contraste con el parto horizontal: Una revisión de la literatura. Investigación en enfermería. 19 (12):9-11. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/15532>
2. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos Humanos y la pertinencia Intercultural. R.M. 518-2016.MINSA.
3. Organización Mundial de la Salud. Cuidados durante el parto. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51552/9789275321027_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Valdéz-Santillán P, Morales-Gallegos SC, González-Ávila M. Atención prenatal humanizada en América Latina. Revista Latinoamericana de Medicina Social. 2022;14(2):45-57.
5. Camargo-Villalba G. Comportamiento clínico del parto vertical y posición de litotomía. En dos centros de salud en Cusco 2020. 2022;90(3). Doi: <https://doi.org/10.24245/gom.v90i3.7133>
6. Bedegral A, Ugarte G. Relación del nivel de conocimiento y actitud hacia el parto humanizado en obstetras que brindan atención en el Centro de Salud Maritza Campos Diaz 2024. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/items/b1873d05-4fc1-4f66-bbbd-399266966f72>
7. Martins C, Amaro C, Dias H, Santos MJ, Coutinho E. Parto verticalizado: revisão scoping sobre os obstáculos à sua implementação. Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health. 2025;2(ed. espec. nº17):e39733. doi:10.29352/mill0217e.39733
8. Mohammed OY, Erlandsson K, Seyoum T, Hailemeskel S, Derseh L, Lindgren H. Dynamic birth position, awareness and practice by midwives in Ethiopia: a

- parallel mixed-methods study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2025;25:926. doi:10.1186/s12884-025-08051-8
9. Medina Martínez MG. Parto vertical a partir de los conocimientos de las parteras de la comunidad de Ilanga, Trujillo, Colón, años 2002-2022 [Tesis]. Francisco Morazán (HN): Universidad Nacional Autónoma de Honduras; 2024
 10. Hacivelioglu D, Güngör Tavşanlı N, Şenyuva İ, Kosova F. Delivery in a vertical birth chair supported by freedom of movement during labor: a randomized control trial. *Open Med*. 2023;18:20230633. doi:10.1515/med-2023-0633
 11. Farías-Vela AP, Capera-López LF, Díaz-Quijano DM, Ortiz-Zornosa S, Restrepo-Guarnizo MC, Restrepo-Castro OI. Conocimiento del parto humanizado en Colombia en residentes y ginecólogos. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(5):299-306. doi:10.24245/gom.v91i5.8430
 12. Bonfil B, Sánchez J, Juárez C. Posición anatómica vertical durante el parto. [Internet] *Revista Ciencia Latina*. 2020, 6(15): 1461-1478. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3166>
 13. Ramón Ávila L. Conocimiento y actitudes sobre el parto vertical en internos de obstetricia del Hospital San Juan de Lurigancho 2023 [Tesis]. Lima (PE): Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2024
 14. Garro Soto FC, Reynalte Melgarejo AT, Santisteban Aquino JE. Parto humanizado: conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud. *QuanTUNAB*. 2023;2(1):e66. doi:10.52807/qunab.v2i1.66
 15. Gallardo J. Factores institucionales y atención del parto vertical. Establecimientos de salud I-4 en Cajamarca 2020. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4739>
 16. Gamero Rivera DK. Relación entre el nivel de conocimiento sobre parto humanizado y la actitud de los internos de la Facultad de Obstetricia y Puericultura de la Universidad Católica de Santa María. Arequipa, noviembre – 2019 [Tesis]. Arequipa: Universidad Católica de Santa María; 2020.
 17. Valle Cohaila VV. Efectos de la ansiedad y miedo por la COVID-19 en la actitud hacia el parto en gestantes de una microred pública de Tacna, 2021 [Tesis de

- segunda especialidad]. Tacna: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; 2022.
18. Llanca Ramos M, Gómez Puma J, Quispe Mamani R, Ramos Yucra M. 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. *Rev Peru Investig Salud*. 2006;10(1):35-42.
 19. Significados.com. Significado de conocimiento. [Internet]. 2017. [Consultado 15 agosto 2023]. Disponible en: <https://www.significados.com/conocimiento/>
 20. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva. Ginebra: OMS; 2018. 56 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260178>
 21. Organización Mundial de la Salud. Guía OMS de cuidados durante el trabajo de parto: manual del usuario. Ginebra: OMS; 2021. Disponible en: <http://apps.who.int/iris>
 22. López Rodríguez ML. Cuidado humanizado en parto intercultural [Tesis de Maestría]. Jipijapa: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2021.
 23. Contreras Ortiz DL. Partería tradicional indígena en Perú y la deuda de reconocimiento de su aporte al cuidado de los pueblos. *Amazonía Peruana*. 2024;19(37):175-212.
 24. Real academia española. Actitud. Disponible en: <https://dle.rae.es/actitud>
 25. Gallion-Licata V. La interculturalidad entre política y práctica. Un desafío de salud pública para la inclusión de las parteras y parturientas indígenas de los Andes del Perú. *Archipelées*. 2025;HS1:1-17. doi:10.4000/14376.
 26. Hernández R. Metodología de la investigación. México: Editorial interamericana;2019.
 27. Rodríguez L. Conocimientos y actitudes sobre parto vertical. 2020. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4811/Rodr%C3%ADguez_hl.pdf?sequence=1
 28. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos

[Internet]. Fortaleza: AMM; 2013 [citado 2025 Sep 5]. Disponible en:
<https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki>

ANEXOS

ANEXO 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO VERTICAL EN EL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024”

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>PREGUNTA GENERAL: ¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: Ho: No existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.</p>	<p>VARIABLE 1 Nivel de conocimiento sobre el parto vertical DIMENSIONES: Conocimiento sobre definiciones y posiciones Conocimiento sobre ventajas y desventajas Conocimiento sobre indicaciones y contraindicaciones</p>	<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Básica</p> <p>Nivel: Relacional</p> <p>Diseño: No experimental</p>
<p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS: - PE 1: ¿Cuáles son las características de los profesionales de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024? - PE2: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - OE1: Caracterizar a los profesionales de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna. - OE2: Identificar el nivel de</p>	<p>H1: Si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del</p>	<p>VARIABLE 2 Actitudes sobre el parto vertical DIMENSIONES Atención del parto vertical Aspectos culturales Respecto a la elección Aspectos afectivos</p>	<p>Población: Profesionales de Obstetricia (N=42)</p> <p>Muestra: Profesionales de Obstetricia (n=42)</p> <p>Técnicas e instrumentos: Técnica: Encuesta</p>

<p>el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024?</p> <p>- PE3: ¿Cuál es la actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024?</p>	<p>conocimiento sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.</p> <p>- OE3: Identificar la actitud sobre el parto vertical en el profesional de Obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.</p>	<p>Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.</p>	<p>VARIABLE 3 Características socio-demográficas. DIMENSIONES Edad Estudios Experiencia profesional</p>	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario sobre El nivel de conocimiento sobre el parto vertical - Escala de actitudes sobre el parto vertical <p>Técnicas de análisis y procesamiento de datos</p> <ul style="list-style-type: none"> - El procesamiento de datos fué mediante el paquete estadístico SPSS v26. - Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial
--	--	--	---	---

ANEXO 02

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL PARTO VERTICAL DE RAMÓN L.

INSTRUCCIONES:

La presente encuesta espera recoger datos sobre el conocimiento y actitud sobre el parto vertical para lo cual se pide contestar las siguientes interrogantes, marcando con una equis (x) y llenando los espacios en blanco según convenga:

DATOS GENERALES:

1. Edad:
2. Estudios
 - a) Especialidad
 - b) Maestría
 - c) Doctorado
 - d) Otro: _____
3. Experiencia profesional
 - a) Menos de 10 años
 - b) Igual o más de 10 años

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO SOBRE PARTO VERTICAL

1. ¿Existe una Norma Técnica en el MINSA sobre la Atención del Parto Vertical?

- a. Si ()
- b. No ()

2. El parto vertical es, Marque la respuesta correcta:

- a. Es cuando la gestante se coloca ya sea parada o sentada para dar a luz, lo cual brinda diferentes beneficios en comparación con el parto horizontal.
- b. Es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (sentada, de pie, apoyada en una o dos rodillas o de cuclillas) mientras el personal de salud atiende el parto.
- c. Es aquella en la cual el dorso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45° y 90° con respecto al plano horizontal.
- d. Es una práctica ancestral en el Perú, la mujer puede dar a luz, de cuclillas y semisentada, y eso le implica menos dolor.
- e. Todas las anteriores.

3. Marque la respuesta correcta. En la posición del parto vertical:

- a. El útero de la gestante, al no comprimir los grandes vasos, la aorta ni la vena cava, no ocasiona alteraciones en la circulación materna, ni en la irrigación de la placenta, y por ende no afecta la cantidad de oxígeno que recibe el feto.
- b. Hay aumento de los diámetros del canal del parto; 3 cm, en sentido antero posterior y 1 cm, en transverso.
- c. Se estima que la madre gana entre 20-40 milímetros de Hg, en valores de presión intrauterina cuando adopta la posición vertical.
- d. La posición de parto vertical determina que el ángulo de encaje sea más agudo favoreciendo el encaje y la progresión del feto.
- e. Todas son correctas.

4. ¿Cuáles son las ventajas de la atención del parto en posición vertical, demostradas desde el punto fisiológico?

- a. Facilita la transición fetal – neonatal. b) Mayor actividad uterina.
- b. Disminución del dolor.
- c. Se favorece el encaje y descenso del feto por la acción positiva de las fuerzas de la gravedad
- d. Todas son correctas.

5. Marque las desventajas de la atención del parto en posición vertical

- a. Mayor frecuencia de desgarros de la vagina.
- b. Incomodidad para el personal que atiende el parto.
- c. Dificultad para ver al feto en el momento del parto.
- d. Posibilidad de contaminación con heces fecales.
- b) Todas las anteriores

6. ¿Es vital el uso del partograma en la atención del parto en posición vertical?

- a. Si ()
- b. No ()

7. ¿Cuáles son las indicaciones clínicas para proceder a la atención de un parto natural/vertical?

- a. Gestante sin complicación obstétrica.
- b. Presentación cefálica del feto.
- c. Compatibilidad feto pélvica.
- d. Ninguna de las anteriores.
- e. Todas son correctas.

8. ¿Cuáles son las contraindicaciones en un parto vertical?

- a. Cesárea anterior, una sola vez si es de tipo corporal.
- b. Desproporción céfalo-pélvica.
- c. Sufrimiento fetal.
- d. Distocia de presentación.
- e. Todas son correctas.

9. Durante la recepción de la gestante el obstetra debe realizar las siguientes acciones, marque la respuesta correcta:

- a. Identificar si viene con su familia.
- b. Controlar funciones vitales dos horas después de su llegada.
- c) Determinar el inicio de trabajo de parto.
- c. Realizar la evaluación obstétrica (maniobras de Leopold, altura uterina, latidos fetales, contracciones uterinas) y dejar otro momento el examen pélvico.
- d. Todas las anteriores.

10. Con respecto al acompañamiento durante el parto vertical, marque la respuesta correcta:

- a. Permitir el ingreso de un acompañante elegido por la parturienta, que puede ser su pareja, madre, suegra, partera u otro familiar.
- b. Se puede involucrar a los integrantes de las redes sociales de apoyo a la gestante, siempre con el consentimiento de la parturienta.
- b) El obstetra informará al familiar o acompañante sobre su rol y responsabilidades durante la permanencia de la gestante.
- a. Solo b es correcta.
- b. Todas las correctas.

11. ¿La atención del parto en posición vertical disminuye la tasa de cesárea?

- a) Si ()
- b) No ()

12. ¿Qué alimentos debe permitir el obstetra que la parturienta ingiera durante e inmediatamente después del parto según la Norma técnica, marque la respuesta correcta:

- a. Té o leche con canela y clavo de olor.
- b. Un mate de albahaca.
- c. Tres a cuatro hojitas de ruda por taza de agua.

- d. Una taza de chocolate caliente.
- e. Todas son correctas.

13. ¿Cuáles son las complicaciones que se pueden presentar durante la atención del parto vertical?

- a. Salida brusca del feto.
- b. Distocia de hombros.
- c. Procidencia de miembros superiores.
- d. Aumento de sangrado cuando no se utiliza oxitocina para el alumbramiento.
- e. Todas son correctas.

14. En la atención del parto vertical durante el manejo del dolor el obstetra deberá realizar los siguientes procedimientos, marque la respuesta correcta:

- a. Brindar libertad de expresión y acción a la mujer de acuerdo a sus costumbres.
- b. Evaluar técnicas de relajación y masajes.
- c. Permitir la ingesta de hierbas según las costumbres locales.
- d. Solo a es correcta.
- e. Todas son correctas.

15. ¿Cuáles son las posiciones que puede adoptar la parturienta según la Norma Técnica del Parto Vertical?

- a. Posición de cuclillas, posición de rodillas.
- b. Posición parada.
- c. Posición cogida de la soga, posición de pies y manos (cuatro puntos de apoyo).
- d. Solo b es correcta.
- e. a y c son correctas.

16. ¿Qué posición es de mayor preferencia por las mujeres de la zona rural según la Norma Técnica del parto vertical?

- a. Posición de cuclillas: variedad posterior.
- b. Posición de rodillas.
- c. Posición de cuclillas; variedad anterior.
- d. Posición semi sentada.
- e. Ninguna de las anteriores.

17. ¿A cuántos minutos se debe seccionar el cordón umbilical durante el parto vertical?

- a. 1-3 min

- b. 3-5 min
- c. Después de que cesen los latidos
- d. Ninguna de las anteriores
- e. Todas las anteriores

18. ¿En qué consiste el alumbramiento dirigido que se realiza durante el parto vertical?

- a. Administrar ampolla de oxitocina intramuscular (20 UI), inmediatamente después de la salida del bebe.
- b. Administrar ampolla de oxitocina intramuscular (10 UI), antes de la salida del bebe.
- c. Administrar ampolla de oxitocina intramuscular (10 UI), inmediatamente después de la salida del bebe.
- d. Ampolla de oxitocina intramuscular (20 UI), antes de la salida del bebe.
- e. Ampolla de oxitocina intramuscular (30 UI), inmediatamente después de la salida del bebe.
- f. Ninguna de las anteriores.

19. ¿Cuáles son las señales de peligro durante el puerperio inmediato?

- a. Hemorragia vaginal.
- b. Fiebre.
- c. Visión borrosa.
- d. Mastitis.
- e. Todas son correctas.

20. Durante el puerperio en que temas debe enfatizar el obstetra brindando información y orientación a las parturientas, marque la respuesta correcta:

- a. Lactancia materna exclusiva.
- b. Salud reproductiva y planificación familiar.
- c. Cuidados del recién nacido.
- d. Identificación de signos de alarma durante el puerperio.
- e. Todas son correctas.

INSTRUMENTO N°2:

ESCALA DE ACTITUD SOBRE EL PARTO VERTICAL DE RODRÍGUEZ L.

N°	DIMENSIONES E INDICADORES	COMPLETAMIENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	INDIFERENTE
	ATENCIÓN DEL PARTO VERTICAL					
1	¿Estaría dispuesto a brindar atención de parto vertical?					
2	¿Estaría dispuesto a recibir capacitación respecto a la atención del parto vertical?					
3	¿Considera usted que la atención del parto vertical genera incomodidad en el personal que atiende el parto?					
4	¿Está de acuerdo con la norma técnica de atención del parto vertical con adecuación intercultural por parte del ministerio de salud en todos los niveles de atención?					
5	¿Cree que la Posición de parto vertical generaría un mayor trabajo en el personal que atiende el parto?					
	ASPECTOS CULTURALES					
6	¿Cree que la Posición de parto vertical generaría un mayor trabajo en el personal que atiende el parto?					
7	¿Considera que la atención de parto vertical solo debe realizarse en zonas rurales?					
8	¿Cree que el parto vertical solo debe realizarse por las parteras o comadronas y no por el personal de salud de la institución?					
9	¿Está de acuerdo con que la atención de parto vertical debe incluir la presencia de acompañante?					
	RESPECTO A LA ELECCIÓN					
10	¿Considera que se debe respetar la decisión de la paciente si opta por la posición vertical para la atención del parto?					
11	¿Le parece que debe informar sobre la posibilidad del parto vertical en lugar del horizontal a todas las mujeres?					
12	¿Considera que el profesional de salud es quien decide qué posición es la más adecuada para la paciente?					
	ASPECTOS AFECTIVOS					
13	¿Piensa que el parto vertical significa un parto más humanizado?					

14	¿Piensa Ud. que el parto en posición vertical crea vínculos afectivos entre la madre y el feto?					
15	¿Cree que el parto vertical promueve una participación más activa de la madre por ello surge un mayor vínculo afectivo?					

ANEXO 03
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia del Hospital Hipólito Unanue, Tacna 2024.

Investigador: Bach. Melanie Carolina Cutipa Huayta.

Institución: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann.

Propósito del estudio:

El presente estudio tiene el objetivo de conocer sobre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia, cuya hipótesis es: Si existe relación entre el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical en el profesional de obstetricia.

Procedimientos del estudio:

Para lo cual se aplicarán dos instrumentos de estudio, por un periodo de 20 a 30 minutos, el cual debe ser contextado previa firma del consentimiento informado, con absoluta sinceridad.

Riesgos conocidos para el participante.

No existe ningún riesgo físico para el profesional que participe en el estudio.

Posibles beneficios:

El estudio permitirá conocer el nivel de conocimiento y actitud sobre el parto vertical.

Derechos del participante:

El profesional de obstetricia participante puede retirarse libremente de la investigación, pero antes de informar al investigador.

Confidencialidad:

La información y/o registros que identifican al participante se mantendrán en forma confidencial. Bajo ninguna circunstancia se harán públicos. En caso de realizarse la

publicación de los resultados del estudio, la identidad del participante se mantendrá confidencial.

Participación voluntaria y retiro:

La participación del profesional de obstetricia en el estudio es voluntaria. El profesional puede negarse a participar en el estudio o retirarse del mismo en cualquier momento, sin que por ello sufra ninguna penalización o pérdida de los beneficios y derechos que tiene como sujeto, como así tampoco modificaciones o restricciones al derecho a la atención médica.

Yocon DNI.....Declaro que he tomado conocimiento de la descripción del estudio, he aclarado dudas, se me ha recalado que los datos que done se mantendrán en el anonimato y que los resultados del estudio sólo serán usados para fines de investigación, por lo que por voluntad propia decido participar en el estudio.

Tacna,de.....del 202...

.....

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 04
PRUEBA DE NORMALIDAD

1. Prueba de hipótesis

Ho: Los datos tienen normal.

H1: Los datos no tienen distribución normal.

2. Nivel de significancia

Confianza: 95%

Significancia (alfa): 5%

3. Prueba estadística a aplicar

Aplicaremos. Shapiro -Wilk ($p=0,000$)

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			- Shapiro Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Conocimiento	,340	42	,000	,731	42	,000
Actitud	,523	42	,000	,379	42	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

4. Criterio de decisión

Si $p < 0,05$ rechazamos Ho y aceptamos H1.

Si $p \geq 0,05$ aceptamos Ho y rechazamos H1.

5. Conclusión

Como $p < 0,05$ rechazamos Ho y aceptamos H1, por lo que los datos no tienen distribución normal.

ANEXO 05

MATRIZ DE DATOS

Matriz melanie.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	edad	Numérico	8	1	Edad	{1,0, De 25 ...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
2	estudios	Numérico	8	1	Estudios	{1,0, Especi...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
3	experiencia	Numérico	8	1	Experiencia_pr...	{1,0, Menos...	Ninguno	8	Derecha	Ordinal	Entrada
4	c1	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	c2	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	c3	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	c4	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
8	c5	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	c6	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	c7	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	c8	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	c9	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	c10	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	c11	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	c12	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	c13	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
17	c14	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
18	c15	Numérico	8	1		{1,0, incorre...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada

Matriz melanie.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

	edad	estudios	experiencia	c1	c2	c3	c4	c5	c6	c7	c8	c9	c10	c11	c12
1	3,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
2	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0
3	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0
4	3,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0
5	2,0	3,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0
6	2,0	4,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0
7	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0
8	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0
9	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0
10	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0
11	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0
12	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0
13	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	1,0
14	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	1,0
15	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0
16	2,0	3,0	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0
17	2,0	4,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	2,0	2,0

Visible: 44 de 44

ANEXO 08
RESOLUCIÓN DE EJECUCIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 13487-2025-FACS-UNJBG

Tacna, 16 de enero del 2025

VISTO:

El Oficio N° 035-2025-ESOB/FACS, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia, solicita designación de Asesor para el Proyecto de tesis y autorización para ejecución presentado por el(la) Bach. MELANIE CAROLINA CUTIPA HUAYTA;

CONSIDERANDO:

Que, se deberá tener presente que en el Reglamento de Grados y Títulos de la UNJBG, aprobado mediante la R.R. N° 12401-2023-UNJBG, (11.12.2023), en el *Capítulo VI del asesor de Tesis, Art. 14° - Previa carta de conformidad del asesor, el o los interesados solicitarán al Director de la Escuela profesional de aprobación del proyecto de tesis, el mismo que se otorgará mediante Resolución de Facultad, teniendo un período máximo de un (01) año para la ejecución de la tesis;*

Que, el(la) Bach. MELANIE CAROLINA CUTIPA HUAYTA, alumna de la Escuela Profesional de Obstetricia, solicita la designación de un Asesor;

Que, con el Oficio N° 035-2025-ESOB/FACS, la Directora de la Escuela Profesional de Obstetricia designa como asesor a la LIC. OBSTA. YUSSELINOVICH VRADISLAVA VIGIL DÁVALOS, para el proyecto de tesis titulado: NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO VERTICAL EN EL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024, presentado por el(la) Bach. MELANIE CAROLINA CUTIPA HUAYTA;

Que, teniendo la opinión favorable de su asesor se procede con la continuidad de tramite;

De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, Art. 169 inc) b. del Estatuto de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, y en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesor a la LIC. OBSTA. YUSSELINOVICH VRADISLAVA VIGIL DÁVALOS, para el Proyecto de Tesis titulado: **NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO VERTICAL EN EL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024**, presentado por el(la) Bach. MELANIE CAROLINA CUTIPA HUAYTA, de la Escuela Profesional de Obstetricia.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por el(la) Bach. MELANIE CAROLINA CUTIPA HUAYTA, de la Escuela Profesional de Obstetricia, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dra. Rinna Myriam Pilco Velásquez
DECANA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DISTR. ESOB, ARCH.



Dra. Vanessa Varleth Valle Cohaila
SECRETARIA ACADÉMICA ADMINISTRATIVA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

VVC/tr.-

Av. Miraflores s/n Ciudad Universitaria – Central Telefónica 583000 Anexo 2226 Casilla Postal 316.

ANEXO 09

CREDENCIAL DE EJECUCIÓN EN HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN



Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

EL DIRECTOR EJECUTIVO DEL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA AUTORIZA, POR INTERMEDIO DEL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN CIÉI-HHUT.

Por Resolución Directoral N°270-2024-ETARRHH-OEGDRRHH-DRS.T/GOB.REG.TACNA, otorga

CREDENCIAL

Del Proyecto de Investigación:

NIVEL DE CONOCIMIENTO Y ACTITUD SOBRE EL PARTO VERTICAL EN EL PROFESIONAL DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE, TACNA 2024	CÓDIGO 17-CIÉI-HHUT-2025
---	-----------------------------

Autoría (es):

MELANIE CAROLINA CUTIPA HUAYTA

Dictamen otorgado por: **DRA. DANILA DIANA HUANCO APAZA**, Miembro activo del Comité Institucional de Ética en Investigación informa como:

Titular Suplente

Según Resolución Directoral N°295-2024-UADI-DIREC-EJEC-HHUT-DRS.T/GOB.REG.TACNA, quien luego de la revisión del trabajo, DETERMINA:

Que puede ejecutarse: SI NO

Cumple con el Marco ético legal de la Investigación en seres humanos SI NO

Vulnera derechos SI NO

Aplicará Instrumentos:

Pacientes

Personal

Otros

Consentimiento informado:

Verbal SI NO Escrito SI NO Pertinente SI NO

Impacto Ambiental Positivo Negativo

En base a ello el Comité Institucional de Ética en Investigación concluye que el proyecto:

SI NO Cumple con los requisitos de calidad exigidos para ser desarrollado

y en consecuencia SI NO Otorga la Aprobación, por intermedio del Comité Institucional de Ética en Investigación



MÉD. EDDY RICHARD VICENTE CHOQUE
Director Ejecutivo
Hospital Hipólito Unanue Tacna

Se expide el presente documento el día 08 de abril del 2025

Válido hasta el día 08 de abril del 2026

MG. IRMA VILLAR AGURTO
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación
Hospital Hipólito Unanue Tacna

