

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA



TESIS

**FACTORES QUE INFLUYEN PARA LA ATENCIÓN DEL PARTO
DOMICILIARIO EN PUÉRPERAS ATENDIDAS EN EL CENTRO
DE SALUD HUAMBOCANCHA BAJA CAJAMARCA. 2018.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
OBSTETRA**

**PRESENTADO POR LA BACHILLER:
RUIZ BUENO YUDITH MARISOL**

**ASESORA:
Dra. Obsta. QUISPE OLIVA JULIA ELIZABETH**

**CAJAMARCA – PERÚ
2020**

SE DEDICA A:

Dios, por estar conmigo en cada paso que doy y por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, además de su infinita bondad.

Mis padres, por darme la vida y ser el pilar fundamental en todo lo que soy, pero más que nada por su amor incondicional.

Mis hermanas, Catalina y Sara por estar siempre conmigo y apoyarme.

Yudith

SE AGRADECE A:

Dios por protegerme y guiarme por el camino del bien.

La Universidad Nacional de Cajamarca por haberme permitido formarme y en ella a todas las personas que fueron partícipes de este proceso.

Mis padres y hermanos por enseñarme a no rendirme ante nada.

La Dra. Obsta. Julia Elizabeth Quispe Oliva y la M.Cs. Obsta. Patricia Rossana León Izquierdo por su valiosa orientación y asesoramiento en la realización de la presente tesis.

Yudith

LISTA DE CONTENIDOS

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	vii
Abstract	viii
Introducción	9
Capítulo I	11
1.1. Planteamiento del problema	11
1.2. Formulación del problema	12
1.3. Objetivos	12
1.3.1. Objetivo general	12
1.3.2. Objetivos específicos	12
1.4. Justificación de la investigación	13
Capítulo II	14
Marco teórico	14
2.1. Antecedentes	14
2.1.1. Antecedentes internacionales	14
2.1.2. Antecedentes nacionales	16
2.1.3. Antecedentes locales	17
2.2. Teorías sobre el tema	18
2.3. Hipótesis	31
2.4. Variables	32
2.4.1. Variable dependiente	32
2.4.2. Variables independientes	32
2.5. Conceptualización y operacionalización de variables	33
Capítulo III	34
3.1. Diseño y tipo de estudio	34
3.2. Área de estudio	34
3.3. Población	34
3.4. Muestra y muestreo	34
3.5. Unidad de análisis	34
3.6. Criterios de inclusión y exclusión	34
3.6.1. Criterios de inclusión	34
3.6.2. Criterios de exclusión	34

3.7. Técnicas de recolección de datos	35
3.8. Descripción del instrumento	35
3.9. Procesamiento y análisis de los datos	35
3.10. Control de calidad de datos	36
Capítulo IV	37
4.1. Factores Sociodemográficos	37
4.2. Factores Culturales	43
4.3. Factores Institucionales	47
Conclusiones	50
Recomendaciones	51
Referencias bibliográficas	52
Anexos	55

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Influencia de la edad de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018	37
Tabla 2. Influencia del grado de instrucción de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018	39
Tabla 3. Influencia del nivel socioeconómico de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018.	41
Tabla 4. Influencia de prácticas durante el trabajo de parto de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja – Cajamarca	43
Tabla 5. Influencia de la toma de decisiones en el hogar de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja – Cajamarca	45
Tabla 6. Influencia de la religión de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018.	46
Tabla 7. Influencia de los factores institucionales de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018.	47

RESUMEN

El parto domiciliario es un problema de gran importancia obstétrica debido a esto, surgió la idea con el objetivo de: determinar los principales factores que influyen para la atención del parto domiciliario en mujeres que acuden al control de puerperio al Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca durante los meses de Enero a Mayo 2018.

El diseño de la investigación fue no experimental por no haber manipulación de variables, de corte transversal y correlacional y perteneció a un tipo de estudio cuantitativo, retrospectivo., realizado en 112 puérperas con parto domiciliario.

Los principales resultados fueron: El 21,2% de puérperas con parto domiciliario tuvieron de 20 a 24 años y 30 a 34 años de edad, 37,5% tuvieron primaria incompleta, 34% con nivel socioeconómico bajo superior. El 100% tienen secretos para el parto, del 42,8% sus esposos toman la decisión de donde dar a luz, el 100% no son respetadas, el 25 % sufren de violencia obstétrica y el 32,1% indican no tener buena comunicación con el personal de salud.

Finalmente, los factores sociodemográficos, culturales e institucionales tuvieron relación significativa para que las gestantes decidan tener un parto domiciliario.

Palabras clave: Parto domiciliario, factores sociodemográficos, factores culturales, factores institucionales.

ABSTRACT

Home birth is a problem of great obstetric importance due to this, the idea arose with the objective of: determining the main factors that influence the care of home delivery in women who attend the puerperium control at the Huambocancha Baja Health Center - Cajamarca during the months of January to May 2018.

The research design was non-experimental because there was no manipulation of variables, cross-sectional and correlational, and belonged to a type of quantitative, retrospective study, conducted in 112 postpartum women with home birth.

The main results were: 21.2% of women with home birth were 20 to 24 years old and 30 to 34 years old, 37.5% had incomplete primary education, 34% with lower socioeconomic status. 100% have secrets for childbirth, 42.8% their husbands make the decision of where to give birth, 100% are not respected, 25% suffer from obstetric violence and 32.1% indicate not having good communication with the health staff.

Finally, sociodemographic, cultural and institutional factors had a significant relationship for pregnant women to decide to have a home delivery.

Keywords: Birth delivery, sociodemographic factors, cultural factors, institutional factors.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2016) señala que, las creencias culturales de profundo arraigo en las familias y las comunidades tienen un enorme impacto en la decisión de la mujer de buscar o no atención especializada durante el embarazo y el parto. Para aumentar la utilización de los servicios de salud disponibles, el personal especializado puede ofrecer educación sanitaria y apoyo financiero o logístico. Un problema importante de la salud pública es el alto índice de mortalidad materna. Se estima que cada día aproximadamente casi 830 mujeres peruanas pierden la vida por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto.

Frente a este problema, el Ministerio de Salud a través de la ex Dirección del Programa Nacional de Salud Materno Perinatal tiene como prioridad disminuir los altos índices de mortalidad materna y perinatal para lo cual se propuso diversas estrategias de intervención contenidas en el Plan Nacional para la Reducción de Mortalidad Materna. Estas estrategias, están orientadas a mejorar las coberturas de los servicios de salud, promoviendo el control prenatal y el parto institucional con la finalidad de disminuir la muerte materna. Sin embargo, existe un elevado porcentaje de muertes maternas ocurridas durante la atención del parto en el domicilio, cuya atención fue dada por algún miembro familiar o de la comunidad, en estas circunstancias el personal de salud tiene muy poca participación. En el departamento de Cajamarca, los partos domiciliarios han disminuido lentamente, sin embargo, siguen notificándose en buen porcentaje.

En el Centro de Salud Huambocancha Baja – Cajamarca, las pacientes púerperas pusieron de manifiesto que existen factores personales e institucionales que incrementan la preferencia del parto domiciliario, que, a su vez, son barreras para la atención del parto institucional; ante esta realidad, es fundamental conocer detalladamente los factores causantes que hacen que las mujeres opten por dar a luz en casa.

Por todo lo mencionado anteriormente, surge la intención para realizar la presente investigación con la finalidad de identificar los factores de riesgo personales e institucionales que están relacionados con la elección del parto domiciliario; puesto que es fundamental que el personal de obstetricia identifique estas dificultades en mejora de su desarrollo personal y profesional.

A continuación, se presenta una descripción en forma sucinta del esquema desarrollado a lo largo de la investigación la cual ha sido dividida por capítulos con los siguientes acápite:

Capítulo I: que contiene el planteamiento del problema, formulación del problema, objetivos y justificación del problema.

Capítulo II: que consta de antecedentes, teorías sobre el tema, hipótesis, conceptualización y operacionalización de variables.

Capítulo III: trata del diseño de la investigación utilizada.

Capítulo IV: muestra los resultados de la investigación, así como la interpretación y discusión de éstos.

Finalmente se consigna las conclusiones y recomendaciones, esperando que los resultados obtenidos sean de utilidad para la ciencia y la sociedad.

La autora

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la salud materna comprende todos los aspectos de la salud de la mujer desde el embarazo, el parto hasta el puerperio. Aunque la maternidad es a menudo una experiencia positiva, sin embargo; para miles de mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte (1).

La mortalidad materna continúa siendo inaceptablemente alta, cada día mueren aproximadamente casi 830 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto en todo el mundo. Un 99% de la mortalidad materna corresponde a los países en desarrollo; siendo ésta más frecuente en las zonas rurales (2). La mortalidad materna mundial se ha reducido en alrededor del 44% entre 1990 y 2015. La meta de los Objetivos de Desarrollo Sostenible es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030 (3).

Muchas mujeres a nivel mundial mueren de complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto o en el puerperio (4). Las principales complicaciones, causantes del 75% de las muertes maternas, son: las hemorragias graves (en su mayoría tras el parto), infecciones (generalmente post parto), la hipertensión gestacional (pre eclampsia y eclampsia), complicaciones en el parto y abortos peligrosos (4).

La atención de parto domiciliario tiene mucho que ver con la morbimortalidad materna, una estrategia de las diferentes entidades responsables del cuidado de la salud, es lograr identificar los factores relacionados con el parto domiciliario, considerando que es una pieza clave para que las gestantes y parturientas acudan a los establecimientos de salud a recibir atención prenatal o para ser atendidas en su parto, de tal forma que se puedan prevenir riesgos o actuar precoz y oportunamente frente a ellos, logrando con ello disminuir los altos porcentajes de partos domiciliarios y morbimortalidad materna (5).

En el Perú, según la ENDES 2016, la proporción de partos atendidos en los domicilios fue 13,7%. Según característica seleccionada, la cobertura de partos domiciliarios fue mayor entre las mujeres con menos de cuatro visitas de control prenatal en comparación con aquellas sin ninguna visita (92,9% frente a 40,6%) (5).

Según ámbito geográfico, existió una diferencia de 21,3 puntos porcentuales en la cobertura de partos institucionales entre el área urbana y rural (97,3% frente a 76,0%) (5). Por otro lado, los porcentajes correspondientes al parto domiciliario en las regiones naturales de la Selva y la Sierra fueron (20,4% y 11,5%) respectivamente. Similar comportamiento se manifestó en las regiones de Loreto (29,8%), Amazonas (27,7%), Cajamarca (23,5%), Ucayali (19,1%) y Piura (13,6%) (5).

En la región Cajamarca, según El Ministerio de Salud – Oficina General de Tecnologías de la Información – Base de Datos de Nacimientos 2014 indicó que se alcanzó 1,837 partos domiciliarios. Y, la Encuesta Demográfica de Salud Familiar – ENDES 2016 indicó que el departamento de Cajamarca alcanzó 23.5% de partos domiciliarios (5).

En Cajamarca la Muerte Materna (MM), está relacionada a la pobreza, la desigualdad social, poco acceso a la educación y oportunidad laboral, actualmente ocupa un lugar importante en la agenda política nacional y regional en nuestro país (6).

1.2 Formulación del problema

¿Cuáles son los principales factores que influyen para la atención del parto domiciliario en púerperas atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja – Cajamarca 2018?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Determinar los principales factores que influyen en la atención del parto domiciliario en mujeres que acudieron al control de puerperio al Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca durante los meses de Enero a Mayo 2018.

1.3.2. Objetivos específicos

- a)** Identificar los factores sociodemográficos de las púerperas que tuvieron parto domiciliario.
- b)** Determinar los principales factores culturales relacionados con el parto domiciliario.
- c)** Identificar los principales factores Institucionales que conllevan a un parto domiciliario.

1.4 Justificación de la investigación

El parto domiciliario continúa siendo frecuente en el departamento de Cajamarca, en la actualidad se considera trascendental identificar las causas que impiden que las gestantes acudan a un establecimiento de salud para atender su parto y; por el contrario, sean atendidas en condiciones inadecuadas lo que acarrea un riesgo significativo tanto para la salud de la madre como del neonato.

Es de interés conocer cuáles son las razones que tienen las mujeres por preferir el parto domiciliario y superar algunas de las barreras que desmotivan a las mujeres embarazadas y su familia a concurrir a los servicios de salud para recibir atención sanitaria durante el parto.

La información obtenida en esta investigación aportará conocimientos de los factores sociodemográficos, culturales e institucionales con relación a la atención del parto domiciliario, que persisten a través del tiempo y que muchas veces son ignorados por el personal de salud. Es un aporte científico pues permitirá conocer cuánto se ha avanzado en estos últimos años en la atención del parto institucional, a la vez que se podrá conocer los puntos más álgidos en relación a la persistencia del parto domiciliario, así como la participación del personal que brinda la atención.

El personal que labora en la actualidad conoce la importancia del equilibrio resultante de una mayor participación y opinión de las parturientas. Hoy en día se busca la atención de parto basada en los principios de humanización teniendo en cuenta aspectos biopsicosociales de la madre, permitir el apoyo emocional de su familia durante el proceso, así como proporcionar a la gestante comodidad y bienestar.

La investigación es de gran importancia para los profesionales de salud y Establecimientos de Salud, puesto que motivará a la identificación de los diferentes factores que generan la atención de parto domiciliario y así puedan buscar oportunidades de mejora en determinados puntos críticos, y que aporten a la mejora de la calidad de atención de parto institucional y de otros servicios de salud.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes internacionales

Andrago, J. y Gualán, P. (Ecuador. 2014), en su investigación con el título de: Índice de Cobertura en la Atención del Parto Institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote en el periodo enero 2013 a septiembre 2013. La investigación es de carácter descriptivo, explicativo y retrospectivo. Los resultados mostraron que de un total de 1349 mujeres embarazadas del cantón Guamote durante el período enero 2013 a septiembre 2013, el 13,71% que corresponde a 185 mujeres que acudieron a la atención del parto institucional y el 86,9% corresponde a parto domiciliario en el Hospital Básico del cantón demostrando una baja cobertura en la atención del parto institucional relacionado con varias barreras como: dificultad para entender su lenguaje (el Hospital cuenta con una especialista en Ginecología y Obstetricia que es bilingüe); irrespeto a su pudor y a su privacidad (las pacientes manifestaron inconformidad por no permitir el uso de su vestimenta típica y por ser obligadas a vestir la bata hospitalaria la cual es fría y descubierta que va en contra de su cosmovisión indígena); no le permitieron que una persona de elección le acompañe durante el trabajo de parto (7).

López, C. (Guatemala. 2014), en su estudio titulado: Factores que Influyen en la Baja Cobertura del Parto Institucional. Investigación descriptiva, retrospectiva, la cual fue dirigida a las mujeres que resolvieron su parto domiciliario, los resultados mostraron lo siguiente:

Factores educativos (el 52% no saben leer ni escribir y el resto no terminaron el nivel primario, únicamente cursaron entre primero a tercero primaria). Factores sociales (En cuanto a quién tomó la decisión de buscar la persona que atendió el último parto, las señoras refieren que el esposo tiene la última decisión expresada por el 62%). Factores económicos (según los datos reflejan que en el 97.6 % el esposo fue quien cubrió los gastos derivados durante la atención del parto domiciliario, ya que la esposa no trabajaba.). Los factores geográficos (el 100% de las mujeres que participaron en el estudio se evidencia que para llegar al servicio de salud deben transitar por un camino de terracería el cual en el invierno es intransitable, por lo que se dificulta la movilización de un lugar a otro, especialmente si surgiera alguna emergencia obstétrica, la familia

opta por quedarse en el hogar por esta situación geográfica.). Factores culturales (el 57.1% fue por comodidad, pudo elegir la posición durante la expulsión la cual fue de rodillas, el 71.4% contaron con el acompañamiento de su esposo y comadrona) Finalmente existen Factores institucionales (Un 67% de las señoras encuestadas manifiestan que no han utilizado ninguna vez el Centro de Atención Permanente, ni siquiera conocen la ubicación de mismo.) (8).

Borda, C. (Colombia. 2015), en la investigación titulada, Factores condicionantes del parto domiciliario en Bogotá. Investigación de tipo descriptivo, explicativo, aplicado a 105 mujeres en Bogotá, menciona que el parto en casa o parto institucional tiene como marco la salud materna y perinatal, la cual ha experimentado cambios importantes en su conceptualización, al pasar de la mirada del binomio madre hijo y el control de la natalidad al análisis de la salud sexual y reproductiva, integrando aspectos sociales, culturales y demográficos. Se entrevistaron 105 mujeres entre los 15 y 42 años de edad. El 26,6 % eran menores de 20 años y el 62 % estaban entre los 20 y 35 años. La media de hijos nacidos vivos fue de 3. El 16.3 % de las mujeres eran primíparas lo cual constituye un factor de riesgo para el parto domiciliario. El 35% de los nacimientos tuvo un periodo menor o igual a 2 años y el 19 % más de 5 años. El 80 % de las mujeres vivían con su pareja, ya sea en unión libre o casadas. El 20% restante eran solteras, viudas o separadas. El 42,9 % de las mujeres estudiaron secundaria incompleta, 3 mujeres no asistieron a la escuela. El motivo principal por el cual ocurrió el parto en casa se presenta en: factores culturales, el 77,6 % de las mujeres entrevistadas expresaron haber vivido experiencias de partos en casa, ya sea por parte de sus familiares cercanas (abuelas, tías y mamá) o por ellas mismas. (9).

Luna R, (Colombia. 2015), en su estudio con el título de: El trabajo con las parteras empíricas, realizado en la región Andina. Investigación de tipo descriptivo, retrospectivo, aplicado a 192 mujeres de la Región Andina. Se observó en las poblaciones andinas que el mayor rechazo al personal de salud era debido a su falta de respeto (92.3%); es decir, a la costumbre de destapar las partes íntimas de la mujer sin respetar su pudor. El abandono de la asistencia obstétrica tradicional se produjo en el siglo pasado, como consecuencia de la expansión de la medicina hospitalaria; esto relegó la atención tradicional. Pero el proceso científico-tecnológico condujo al olvido de los aspectos socioculturales. La “descomunicación” (85%) no se va a resolver con un incremento en el número de médicos, sino más bien mediante una revaloración de las prácticas obstétricas tradicionales (10).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Sandoval, V. (Huaycán-Ate. 2013), en su investigación titulado: Atención Prenatal, Parto Institucional y Atención Postparto en el Perú: Efectos Individuales y de la Comunidad. Investigación de tipo descriptivo, la cual fue aplicada a todas las mujeres peruanas, los resultados mostraron que diferencia de la atención prenatal, la proporción de parto institucional en el Perú es menor entre los nacimientos. El nivel de educación superior de la mujer y el de su pareja favorecen el parto institucional, pues casi 9 de cada 10 mujeres con educación superior tuvieron su último nacimiento en un servicio de salud (11).

Los medios de difusión como la radio y el periódico incrementan considerablemente el parto institucional. Así, entre 6 y 7 de cada 10 mujeres que escuchan la radio y leen el periódico, respectivamente, tienen parto institucional, comparado con casi 4 y 2 de cada 10 que no están expuestas a estos medios. Cabe destacar que cuando es el idioma quechua el que predomina en el hogar, solo 1 de cada 10 nacimientos ocurren en un servicio de salud, mientras que cuando es el español, 7 de cada 10 nacimientos ocurren en instituciones de salud (11).

Tarqui, C. y Berreda, A. (Ventanilla. 2014), Al respecto en el estudio titulado: Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. Investigación de tipo observacional, analítico de casos y controles, el cual fue aplicado a 260 mujeres de la Provincia Constitucional del Callao, presenta las siguientes conclusiones: El 60% de las participantes proceden de la sierra, 25% de la selva y el resto de los alrededores de Lima. Con respecto a los factores personales, la única variable significativa fue el domicilio como lugar previsto de parto (95%). Los factores institucionales fueron: el rechazo del rasurado perineal (63.6%), el rechazo a la episiotomía (74,4%), el poco entendimiento en el diálogo proveedor–usuaria (60,6%) y la poca continuidad del personal en el parto (33,3%) (12).

Falcón, V. (Perú. 2015), en su investigación con el título de: Atención Prenatal, parto institucional y atención post-parto en el Perú: Efectos individuales y de la comunidad”. Investigación de tipo descriptivo, aplicado a 214 mujeres en la Región Andina, presenta las siguientes conclusiones: La educación de la madre, es considerada una variable de estatus de la mujer, estaría afectando el acceso y la utilización de los servicios de la salud, por cuanto la mujer con mayor nivel educativo, sabrá más acerca de la disponibilidad de los servicios de salud, como de los beneficios que producen su uso. El acceso a hospital, y el nivel socioeconómico de la madre son otros de los predictores significativos y muestran una fuerte asociación con la atención materna. Esta asociación

es similar a la encontrada en estudios que muestran la misma relación con la mortalidad materna (13).

Sánchez, S. (Santiago de Chuco-La Libertad. 2015), la investigación con el título de: Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional. Investigación de tipo descriptivo, explicativo, se analizó un registro que en los 5 últimos años el Ministerio de Salud ha iniciado una ampliación de la cobertura de sus servicios “incrementándose en las zonas rurales principalmente de la sierra de 33 a 56%”. A su vez, el número de profesionales se incrementó a través de la intervención de proyectos nacionales de “Focalización y Salud Básica para Todos”. Pero los partos siguen siendo en las comunidades y atendidos por otras formas de atención tradicional. A pesar del esfuerzo realizado por el Programa Nacional de Salud Reproductiva y otras cooperantes como el Banco Mundial, aun se presenta limitaciones en su efectividad, reflejándose esto en la persistencia de altas tasas de mortalidad materna y partos que son atendidos en comunidad (14).

2.1.3. Antecedentes locales

Sánchez, K. (Llacanora. 2014), en la investigación titulada: Factores socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en el Centro de Salud Llacanora Cajamarca – 2014. Investigación de tipo retrospectivo, transversal, la población de estudio está conformada por el total de puérperas que viven en Llacanora y se realizaron sus controles prenatales en el Centro de Salud Llacanora, las siguientes conclusiones: el 89,8% de partos corresponden a partos institucionales, mientras que el 10,2% corresponden a partos domiciliarios. El parto domiciliario tiene mayor incidencia en el grupo etareo de 31- 35 años, representando el 57,14% (15).

El 57.14% de partos domiciliario, corresponde a mujeres con nivel educativo primaria incompleta (15).

2.2. Teorías sobre el tema

2.2.1. Parto

2.2.1.1. Definición

Es la expulsión de un feto con un peso igual o mayor de 500 gramos, igual o mayor a las 22 semanas completas (para otros 20 semanas) contadas desde el primer día de la última menstruación (16).

Las últimas horas del embarazo humano se caracteriza por contracciones uterinas que producen dilatación cervical y hacen que el feto descienda por el conducto de parto. Mucho antes de estas contracciones enérgicas y dolorosas, hay preparaciones extensas, tanto en el útero como en el cuello uterino y éstas progresan durante la gestación (17).

El parto es un proceso dinámico en el cual intervienen diferentes factores, anteriormente se pensaba que el útero era el único órgano que jugaba un papel preponderante. En la actualidad, se sabe que existen cambios bioquímicos en el tejido conectivo del segmento uterino y en el cuello, lo cual tienen también una acción importante en el mecanismo del parto (18).

2.2.1.2. Parto Normal

Es el proceso fisiológico con el que la mujer finaliza su gestación a término (entre 37 y 42 semanas cumplidas). Su inicio es espontáneo, se desarrolla y finaliza sin complicaciones, culmina con el nacimiento de un bebé sano y no necesita más intervención que el apoyo integral y respetuoso. Después de dar a luz, tanto la madre como su bebé se encuentran en buenas condiciones. La evolución del parto está influida no solo por factores biológicos propios de cada mujer y bebé, sino también los factores psicológicos, culturales y ambientales (19).

2.2.1.3. Fases del parto

El nacimiento de los hijos requiere múltiples transformaciones tanto en la función uterina como cervical (17).

El parto puede dividirse de manera arbitraria en cuatro fases superpuestas que corresponden a las principales transiciones fisiológicas del miometrio y el cuello uterino durante el embarazo (17).

Estas fases del parto son:

- ❖ Un preludio
- ❖ La preparación
- ❖ El proceso

❖ La recuperación

A. Fase 1 del parto: quiescencia uterina y ablandamiento del cuello uterino.

a) Quiescencia uterina:

Incluso desde antes de la implantación, se impone un periodo muy eficaz de quiescencia miometrial. En condición normal esta fase comprende el 95% del embarazo y se caracteriza por estabilidad del músculo liso uterino con mantenimiento de la integridad estructural del cuello uterino (17).

Aunque se notan algunas contracciones miométricas durante la fase quiescente, en condiciones normales no causan dilatación del cuello uterino. Se caracteriza por ser impredecibles, de baja intensidad y duración breve. Cualquier molestia que causen casi siempre se limita a la parte inferior del abdomen y de la ingle (17).

b) Ablandamiento del cuello uterino

El cuello uterino tiene múltiples funciones durante el embarazo e incluyen:

- Mantenimiento de la función de barrera para proteger el aparato reproductor contra infecciones (17).
- Mantenimiento de la competencia cervicouterina a pesar de las fuerzas gravitacionales crecientes impuestas por el útero en crecimiento (17).
- Orquestación de los cambios de la matriz extracelular que permiten aumentos progresivos en la distensibilidad hística en preparación para el parto (17).

En las mujeres embarazadas, el cuello uterino está cerrado y firme, su consistencia es similar a la del cartílago nasal. Para el final del embarazo, el cuello uterino se distiende con facilidad y su consistencia es parecida a los labios bucales. Por lo tanto, la primera etapa de esta remodelación llamada ablandamiento, se caracteriza por un aumento en la distensibilidad hística, aunque el cuello uterino permanezca firme y resistente (17).

B. Fase 2 del parto: preparación para el trabajo de parto

A fin de prepararse para el trabajo de parto, la estabilidad miometrial de la fase 1 del parto debe interrumpirse a través de lo que se ha llamado despertar o activación uterina. Este proceso constituye la fase 2 y representa una progresión de los cambios uterinos durante las últimas 6 a 8 semanas de embarazo. Un hecho importante es que las modificaciones asociadas a la fase 2 pueden causar trabajo de parto prematuro o tardío. Por lo tanto, si se conocen las modificaciones miométricas y cervicouterinas que tienen lugar durante la fase 2 se comprenden mejor los fenómenos que llevan al trabajo de parto normal y anormal (17).

C. Fase 3 del parto: trabajo de parto

La fase 3 es sinónimo de trabajo de parto activo; o sea, contracciones uterinas que inducen la dilatación del cuello uterino progresiva y el parto. En la clínica, se acostumbra a dividir la fase 3 en las tres etapas del trabajo de parto. Estas etapas conforman la gráfica del trabajo de parto habitual (17).

- a) La primera etapa comienza cuando se producen contracciones uterinas muy espaciadas con la frecuencia, intensidad y duración suficientes para producir adelgazamiento del cuello uterino, llamado borramiento. Esta etapa del trabajo de parto termina cuando el cuello uterino se dilata por completo, unos 10 centímetros, para permitir el paso de la cabeza fetal. Por lo tanto, la primera etapa del trabajo de parto es la etapa de borramiento y dilatación del cuello uterino (17).
- b) La segunda etapa comienza cuando la dilatación cervical está completa y termina con el nacimiento. Por eso, la segunda etapa del trabajo de parto es la etapa de expulsión fetal (17).
- c) La tercera etapa comienza justo después del nacimiento del feto y termina con el alumbramiento de la placenta. Por lo tanto, la tercera etapa del trabajo de parto es la etapa de la separación y expulsión de la placenta (17).

D. Fase 4 del parto: el puerperio

Justo después y durante más o menos 1 hora después del parto, el miometrio permanece en un estado de contracción rígida y persistente, así como de retracción. Esto comprime en forma directa los grandes vasos uterinos y permite la trombosis de su luz. Por esa razón se previene la hemorragia abundante después del parto (17).

Al mismo tiempo durante el comienzo de puerperio se desarrolla un patrón de conducta maternal y comienza el vínculo materno neonatal. El inicio de la lactogénesis y el descenso de la leche en las glándulas mamarias también son como en un sentido evolutivo, cruciales para la procreación. Tanto la compresión de los vasos uterinos como los patrones de conducta maternal están mediados por la oxitocina (17).

2.2.1.4. Etapas del parto

a. Primera etapa del parto: dilatación

La aparición de contracciones progresivamente más frecuentes e intensas suele ser la primera señal de que el parto comienza. Gracias a ellas, la gestante prestará atención a lo que le está ocurriendo y podrá observarse para tomar las decisiones más oportunas (20).

Las contracciones se irán convirtiendo en rítmicas y dolorosas consiguiendo que el cuello del útero se adelgace de forma gradual, adquiere una consistencia blanda y vaya dilatándose (20).

Se considera que el parto está claramente establecido cuando el cuello tiene una dilatación de alrededor de 4 centímetros. El tiempo y las contracciones necesarias para alcanzar esta dilatación son muy variables y en ocasiones este periodo denominado fase latente o pasiva de la primera etapa del parto es largo y durante él pueden surgir dudas si el parto ya se ha iniciado (20).

Comprende 2 fases:

- fase latente, que comprende desde que empieza a tener contracciones en forma rítmica y regular, hasta llegar a los 4 centímetros de dilatación cervical, no debe durar más de 12 horas (21). Puede prolongarse hasta 20 horas en nulíparas y 14 en múltiparas (SEGO) (22).
- fase activa que comprende desde los 4 cm hasta los 10 cm de dilatación cervical, normalmente no debe durar más de 1 hora por cm de dilatación. Duración media de 4 horas en múltiparas y 6 en nulíparas (SEGO) (21). Duración media de 6 horas en múltiparas y 12 en nulíparas (22).

b. Segunda etapa del parto: expulsivo

Es la que transcurre entre el momento en que se alcanza la dilatación completa (10 centímetros de dilatación) y el nacimiento del bebé. Su duración en las nulíparas puede alcanzar hasta dos horas y en las mujeres que ya han tenido hijos, hasta una hora si no han recibido analgesia epidural y hasta dos horas si la reciben (20).

Desde los 10 cm de dilatación hasta la salida del feto. El tiempo de duración comprende 2 horas en nulíparas y 1 hora en múltiparas (SEGO) (21).

c. Tercera etapa del parto: alumbramiento

Es la que transcurre entre el nacimiento y la expulsión de la placenta. Se recomienda el manejo activo o dirigido de la tercera etapa del parto, es decir, la administración de oxitocina intravenosa para disminuir el riesgo de hemorragia post parto y acortar la duración de este periodo. Sin embargo, el alumbramiento espontáneo, sin utilización de fármacos, es una opción aceptable para aquellas mujeres que, teniendo un riesgo bajo de hemorragia, lo prefieran. Si el alumbramiento es dirigido, es decir con administración de oxitocina, la expulsión de la placenta se produce normalmente en el transcurso de 30 minutos tras el nacimiento, mientras que en el caso de alumbramiento espontáneo se puede demorar hasta 60 minutos (20).

Ocurre entre el nacimiento del Recién Nacido y la expulsión de la placenta. Puede durar hasta 45 minutos en nulíparas y un máximo de 30 minutos en multíparas (21).

2.2.1.5. Tipos de parto

- a. **Parto a término:** es el que acontece en condiciones normales cuando el embarazo tiene entre 37 y 41 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación (16). Incluye hasta las 41 semanas más 6 días de edad gestacional (23).
- b. **Parto pretérmino o parto prematuro:** cuando el embarazo tiene entre 22 y 36 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación (16). Antes de las 37 semanas (incluye las 36 semanas más 6 días de edad gestacional) (23).
- c. **Parto postérmino o potmaduro:** es el que acontece cuando el embarazo se prolonga y alcanza las 42 semanas o más (16).
- d. **Parto inmaduro:** esta denominación es una subdivisión del parto prematuro. Se refiere al que acontece entre las 22 y 27 semanas completas contadas desde el primer día de la última menstruación (16). Aborto tardío, entre las 20 y 27 semanas (23).
- e. **Parto inducido o provocado:** es el que se inicia por la intervención deliberada de agentes externos (16).
- f. **Parto de comienzo espontáneo:** es el que se inicia sin haber intervenido agentes externos (16).
- g. **Parto vertical:** el parto vertical es aquel en el que la gestante se coloca en posición vertical (de pie, sentada, apoyando una o dos rodillas, o de cuclillas), mientras que el personal de salud que atiende el parto se coloca delante o detrás de la gestante, espera y atiende el parto. Esta posición permite al producto que actúa como vector final resultante de las fuerzas del expulsivo, orientarse principalmente al canal del parto y de esta manera facilita el nacimiento, disminuyendo los traumatismos en el recién nacido (24).
- h. **Parto normal o eutócico:** es el que evoluciona con todos sus parámetros dentro de los límites fisiológicos (con un sentido estricto de la definición la mayoría de los partos son paraeutócicos porque no reúnen todas las condiciones de normalidad) (16).

- i. **Parto distócico:** es el que presenta alguna alteración de su evolución (distocia contráctil del útero, del mecanismo del parto, parto prolongado evaluado porque en el partograma sobrepasa el percentil 90 de la curva de dilatación cervical en función del tiempo, etc.) (16).
- j. **Parto de terminación espontánea o natural:** es el que finaliza por la acción de sus fuerzas naturales (16).
- k. **Parto de terminación artificial:** es el que finaliza con alguna intervención manual o instrumental (16).
- l. **Parto médico, dirigido o corregido:** es el que se inició espontáneamente, pero durante su evolución se le practicó una amniotomía precoz y/o se le administraron a la madre oxitócicos, analgésicos, anestésicos o tranquilizantes (16).
- m. **Parto institucional:** en establecimiento de salud (MINSa) (24).
- n. **Parto extra institucional:** fuera del Establecimiento de Salud (NT N° 105-MINSa 2013) (24).
- o. **Parto domiciliario:** ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal salud, agente comunitario de salud, familiar. incluye partos en casa de espera materna. (NT N° 105-MINSa 2013) (24).
- p. **Parto en el trayecto al establecimiento de salud:** ocurrido durante el proceso del traslado de la gestante desde un Establecimiento de Salud a otro Establecimiento de salud el parto en trayecto corresponde al EE.SS. que refiere, si el traslado es desde una vivienda es considerado parto domiciliario (NT N° 105-MINSa 2013) (24).

2.2.1.6. Causas del inicio del trabajo de parto

Durante el embarazo, el útero está formado de gran número de células musculares lisas muy hipertrofiadas. Cada célula se activa mediante una serie de reacciones químicas para iniciar contracciones rítmicas de manera coordinada y con fuerza tal que el cérvix se dilata y se expulsa al feto. La pregunta fundamental es qué estimula a estas células uterinas (en un momento preciso en la mayoría de los embarazos) para que se inicien las contracciones del trabajo de parto. Se proponen diversas teorías para explicar el inicio de este proceso. Parece que varios mecanismos participan para dar inicio y mantener el trabajo de parto; cada uno tiene importancia variable, según las circunstancias individuales (17).

a. Teoría de la privación de progesterona

Esta teoría propone que la progesterona, hormona esencial para preservar el embarazo que es secretada en primer lugar por el cuerpo lúteo y después por la placenta, actúa para inhibir la contractilidad uterina. El inicio del trabajo de parto se debería a la supresión de progesterona en un momento en que hay relativa dominancia de estrógeno. El papel del “bloqueo de progesterona” para mantener y dar por terminado el embarazo sigue siendo controvertido. Aunque un investigador reportó un descenso de progesterona en circulación y un aumento continuo de estrógenos en las mujeres durante las cinco semanas que anteceden al trabajo de parto, esta teoría se fundamenta en estudios realizados sobre todo en animales. En seres humanos, se carece de evidencia sustancial para demostrar que exista supresión de progesterona cuando se inicia el trabajo de parto (17).

b. Teoría de la oxitocina

Esta teoría sugiere que la oxitocina estimula las contracciones del útero de manera directa sobre el miometrio e indirectamente al aumentar la producción de prostaglandinas en la decidua. El útero se hace cada vez más sensible a la oxitocina al avanzar el embarazo. Las observaciones en diversas investigaciones proporcionan apoyo incongruente a esta teoría. Aunque en algunos estudios se correlaciona el aumento de niveles de oxitocina con el inicio del trabajo de parto, otros no indican que dichos niveles aumenten antes del trabajo de parto ni durante la primera etapa (17).

Se observa mayor concentración de actividad similar a la oxitocina en sangre durante la segunda etapa del trabajo de parto. Como los seres humanos, inician trabajo de parto en forma normal cuando se elimina o destruye la hipófisis, la cual secreta oxitocina, es poco probable que esta hormona por sí sola sea la iniciadora de dicho proceso. Sin embargo, tal vez desempeñe un papel significativo en combinación con otras sustancias (17).

c. Teoría del control endocrino fetal

Se propone que, en un momento determinado de madurez fetal, las suprarrenales del feto secretan esteroides corticales que desencadenan los mecanismos que conducen el trabajo de parto. Se sugiere que el mecanismo de acción es que los esteroides fetales estimulan la liberación de precursores de las prostaglandinas, que a su vez producen las contracciones uterinas del trabajo de parto. Un poco antes de que se inicie éste, aumenta la sensibilidad de las suprarrenales fetales a la hormona adrenocorticotropica (ACTH) producida por la hipófisis. Como resultado, aumenta la producción de cortisol. Se sugiere que la liberación de corticosteroides durante periodos de estrés es una causa del trabajo de parto prematuro. Esta puede ocurrir en situaciones en que el feto esté

comprometido, como preeclampsia o sobre distensión uterina debido a embarazos múltiples o hidramnios (17).

d. Teoría de las prostaglandinas

Esta teoría propone que el trabajo de parto en los seres humanos se inicia mediante una secuencia de eventos que incluyen liberación de precursores de lípidos, tal vez desencadenada por acción de esteroides; liberación de ácido araquidónico a partir de precursores, probablemente en el sitio de las membranas fetales; aumento en la síntesis de prostaglandinas a partir de ácido araquidónico, y aumento en las contracciones uterinas como consecuencia de la acción de las prostaglandinas sobre el músculo uterino. El estudio de los mecanismos de síntesis de las prostaglandinas demuestra que el ácido araquidónico, precursor obligatorio de la prostaglandina, se incrementa de manera notable en comparación con los demás ácidos grasos en el líquido amniótico de las mujeres durante el trabajo de parto (17).

Las investigaciones demuestran que las prostaglandinas son eficaces para inducir contracciones uterinas en cualquier etapa de la gestación. Estas sustancias se forman en la decidua uterina, en el cordón umbilical y el amnios; su concentración en líquido amniótico y sangre de la mujer se eleva justo antes y durante el trabajo de parto y el parto (17).

2.2.1.7. Fuerzas del trabajo de parto

Tres elementos son necesarios para el trabajo de parto y la expulsión: canal de parto, feto y fuerzas o potencia. Como parte de los fenómenos del trabajo de parto, se describen las fuerzas a continuación (16).

- Contracciones uterinas

Para expulsar los contenidos de la concepción, el útero experimenta una serie de contracciones (acortamiento intermitente de un músculo). Cada contracción presenta tres fases: un periodo durante el cual la intensidad de la contracción aumenta (incremento), un periodo durante el cual la contracción se encuentra en el máximo (acmé) y un periodo de disminución de intensidad (decremento) (16).

La contracción del útero durante el trabajo de parto es intermitente, con periodos de relajación intermedios, por lo que se asemeja en este aspecto a la sístole y la diástole del corazón. El intervalo entre contracciones disminuye en forma gradual desde alrededor de 10 minutos a principios del trabajo de parto a hasta dos o tres minutos en la segunda etapa. Estos periodos de relajación no solo proporcionan reposo a los músculos uterinos a la madre, sino que son fundamentales para el bienestar del feto (16).

Las contracciones que no cesan pueden interferir con las funciones placentarias y la falta de oxígeno resultante ocasiona sufrimiento fetal (16).

Las contracciones del trabajo de parto son involuntarias; su acción es independiente de la voluntad materna y del control nervioso extrauterino (16).

Durante el trabajo de parto, el útero se diferencia en dos posiciones identificables, el segmento uterino superior y el inferior. El segmento superior se conoce como fondo y es la posición activa o contráctil del útero, contiene la mayor concentración de las células del miometrio. Su función es expulsar el contenido del útero. El útero presenta un gradiente de intensidad de contracciones que disminuye desde el fondo hacia abajo (16).

Al progresar el trabajo de parto se desarrolla un segmento inferior pasivo. En cada contracción, las fibras musculares del segmento superior se retraen y se acortan a medida que el feto desciende. En consecuencia, el segmento superior se engruesa (16).

Las fibras del segmento inferior se elongan, como resultado, este se adelgaza. El límite bien definido entre el segmento superior e inferior del útero se denomina anillo de retracción fisiológico. El grado de incomodidad durante el trabajo de parto varía de manera considerable de una a otra persona. En general, las mujeres que participan por primera vez de esta experiencia, suelen sentir más dolor que las que están bien preparadas para aceptarla con normalidad. Con el fin de reducir el temor, es conveniente referirse a las contracciones uterinas como contracciones y no como dolores. La duración de estas contracciones es de 45 a 90 segundos con un promedio de un minuto (16).

2.2.1.8. Signos premonitorios del trabajo de parto

En las últimas semanas del embarazo, diversos cambios indican que el trabajo de parto se aproxima. El "aligeramiento" o descenso se produce de 10 a 14 días antes del parto, en particular en las primigrávidas. Esta alteración se debe a que la cabeza fetal desciende a la pelvis, lo que ocurre en cualquier momento durante las últimas cuatro semanas, y en ocasiones no se produce hasta que se inicia el trabajo de parto. El aligeramiento se efectúa de manera repentina, de modo que la futura madre se levanta una mañana y ya no siente el abdomen distendido ni la presión en el diafragma que experimentaba con anterioridad. Pero el alivio en este sentido se acompaña de signos de mayor presión en las regiones inferiores, como dolores que descienden por las piernas debido a la presión en los nervios ciáticos y aumento de las secreciones vaginales y micción frecuente, por la presión sobre la vejiga. En madres que ya han dado a luz, el aligeramiento suele producirse después que inicia el trabajo de parto (16).

2.2.1.9. Trabajo de parto falso

Las contracciones falsas suelen iniciarse hasta tres o cuatro semanas antes de que termine el embarazo. Sólo son una exageración de las contracciones uterinas intermitentes que hubo durante todo el periodo de gestación, pero ahora se ven acompañadas de incomodidad (17).

2.2.1.10. Trabajo de parto verdadero

El trabajo de parto verdadero comprende:

- a. Dilatación progresiva del cérvix (16).
- b. Incomodidad en espalda y abdomen (16).
- c. Las contracciones ocurren a intervalos regulares (16).
- d. Aumento progresivo de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones (16).

2.2.1.11. Ruptura de membranas

En ocasiones, la ruptura de membranas es la primera indicación de que el trabajo de parto es inminente. Antes se consideraba que era un signo grave, ya que el trabajo de parto se prolongaría por ser seco, pero las estadísticas actuales indican que no es cierto. Sin embargo, es preciso notificar al médico de inmediato; en estas circunstancias, se aconseja que la paciente ingrese al servicio de salud de inmediato (16).

Después de que se rompen las membranas, siempre existe posibilidad de prolapso del cordón umbilical si la parte de presentación no cabe en forma adecuada en la entrada pélvica. Esto es más probable cuando el feto tiene presentación de pies o de hombros, o en la presentación de vértice cuando la cabeza fetal no ha descendido lo suficiente hacia la pelvis verdadera antes de que se rompan las membranas (16).

2.2.2. Parto Domiciliario

Se considera parto domiciliario a aquel que ocurre en el domicilio y es asistido por una persona ajena al establecimiento de salud (algún familiar, vecino o partera), en un entorno familiar lejos del ambiente hospitalario. (López, 2011).

En las culturas andinas el parto se considera a través de un sistema conceptual en base a una cosmovisión de la relación entre el cielo y la tierra, la fertilidad, la vida y la producción. (Arnold, 2012).

A la propia madre se la debe cuidar y cobijar, como el sol calienta la tierra, para que pueda procrear de nuevo. La ropa que utiliza durante el parto se considera, por analogía, como la abundante cobertura de cultivos sobre la tierra durante el tiempo de cosecha. Los fluidos natales y la placenta deben ser enterrados bajo la tierra, en la casa, que simboliza la transmisión ancestral por línea materna.

UNICEF, considera que el parto domiciliario se da en algunas culturas donde las prácticas ancestrales tienen relación no solo con la salud de la persona si no también una armonía con el entorno que les rodea, rechazando de esta manera las instituciones de salud, como alternativa para dar a luz. (UNICEF, 2004).

La Organización Mundial de la Salud se ha pronunciado de la siguiente manera en relación a la posición adoptada durante el parto: “La mujer puede adoptar la posición que ella prefiera, evitando preferiblemente estar largos períodos en posición supina. Se les debe animar a experimentar la posición en que ellas se sientan como más cómodas y apoyar su elección”. (FIGO, 2009)

En el parto tradicional toda la familia colabora en las tareas de preparación del parto: en el cocimiento de las aguas, en la limpieza y adecuación del lecho, sin embargo, durante el proceso del alumbramiento generalmente asisten el esposo, la madre, y la suegra de la mujer embarazada. (Terrazas, 2013)

a. Contraindicaciones del parto domiciliario

- Enfermedad materna grave (cardiaca, renal, respiratoria, psiquiátrica, etc.).
- Embarazo de alto riesgo (hipertensión, diabetes, anomalías fetales, placenta previa, feto muerto intra útero, prematuridad [< 37 SG], pos término [>42 SG], CIR, hidramnios, etc.).
- Anemia gestacional grave.
- Enfermedades infecciosas graves.
- Presentación fetal no cefálica.
- Gemelos.
- Patología del líquido amniótico.
- Cesárea anterior.
- Gran multiparidad.
- Embarazo no controlado o mal controlado.

2.2.3. Factores de riesgo para el parto domiciliario

En los países en desarrollo, cuando el parto es domiciliario, el mismo no es el resultado de una opción de la madre, sino que es inevitable ante una oferta de servicios escasos, incompletos y alejados geográficamente de las poblaciones con bajos recursos económicos.

A. Factores sociodemográficos

Son los más importantes y al mismo tiempo los más difíciles de modificar en la medida en que no mejoren las condiciones de vida de la población (28).

Los aspectos sociodemográficos constituyen determinantes importantes de la incidencia y evolución de diversas enfermedades. Las poblaciones con menor nivel socioeconómico de países en desarrollo presentan un aumento acelerado no solo de factores de riesgo esperables en la pobreza, sino también de otros factores de riesgo relacionados clásicamente con países desarrollados como el tabaco y el alcohol. En ausencia de políticas públicas activas, es probable que dada la evolución de esta transición los factores de riesgo se agrupen en sectores empobrecidos, y deben ser estos sectores los principales destinatarios de las acciones prioritarias (28).

Para definir poblaciones prioritarias con el objeto de orientar intervenciones, se necesita conocer la ocurrencia de los factores de riesgo al menos por grupos de edad y estado civil, y para diseñar intervenciones con mayor especificidad, aspectos socioeconómicos como ingresos, ocupación y nivel de instrucción (32).

La salud de la gestante y del feto, son especialmente sensibles a las condiciones en las cuales transcurre el embarazo. Las condiciones sociales y demográficas de la familia y la madre son factores a tener en cuenta, el lugar que ocupa la madre en la sociedad de que se trate, el nivel socioeconómico de la familia, ambiente y determinantes más generales como el desarrollo social, económico y tecnológico de su país de origen, que han sido objeto de atención de los especialistas de países de diverso nivel de desarrollo (30).

A.1. Edad y parto domiciliario

La edad es un factor sociodemográfico que permite identificar factores de riesgo o a lo largo del ciclo vital de las personas; en el caso de la mujer adquiere especial importancia en la edad fértil (34).

La edad como un factor de riesgo, debido a que tiene un comportamiento paradójico según se relaciona con el parto domiciliario, por ello, cuanto menor sea la edad de la madre la probabilidad de control prenatal aumenta y la del parto institucional disminuye. En las mujeres mayores de 30 años el número de partos domiciliarios es mayor (35).

A.2. Grado de instrucción y parto domiciliario

El grado de instrucción materno es un factor de riesgo para el hijo en cuanto a la probabilidad de sufrir un daño (muerte, enfermedad y/o secuela). Esta fuerte asociación está sustentada por numerosos estudios. El mayor riesgo corresponde a los niños hijos de madres con bajo nivel de Instrucción y el menor riesgo a los hijos de madres con alto nivel de Instrucción (30).

A.3. Nivel socioeconómico

El estatus o nivel socioeconómico (NSE) es una medida total que combina la parte económica y sociológica de la preparación laboral de una persona y de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas. Además, es un indicador importante en todo estudio demográfico, incluye tres aspectos básicos: los ingresos económicos, nivel educativo y ocupación de los padres. Estudios actuales en América Latina, muestran la gran relación de este indicador con el estado de salud, nutrición, el rendimiento académico y la esperanza de vida (31).

La pobreza es un factor de alto riesgo claramente determinado, las mujeres de niveles socio-económicos bajos tienen menor probabilidad que las de estratos altos de gozar de buena salud. Las primeras tienen menos oportunidades de educación formal, de buscar y recibir atención médica (36).

En el parto domiciliario influyen los factores socioeconómicos, por lo que debido a sus condiciones no son capaces de generar recursos para el mantenimiento de la familia (36).

B. Factores Institucionales

Se define como factores institucionales a aquellos elementos relacionados con el proceso administrativo y de organización de la institución que favorecen o desfavorecen una determinada acción, son características estructurales y funcionales que difieren en cada institución, y su grado de influencia confiere peculiaridades propias. Este tipo de factores se relacionan con el parto domiciliario debido a la calidad de los servicios de atención brindados en los establecimientos de salud, por ejemplo: mala atención por parte del personal de salud en los hospitales (maltrato, inadecuada comunicación, falta de respeto); experiencias negativas en hospital (incluidas cesáreas); mujeres devueltas del hospital por consideración médica sin una buena explicación (9).

C. Factores culturales

Se refiere al conjunto de valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupo o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra (6).

El motivo principal por el cual ocurre el parto domiciliario son los aspectos culturales, calidad de los servicios de salud y condiciones socioeconómicas. Los aspectos culturales son: Actitud personal con respecto al parto: rechazo a quitarse la ropa en presencia de hombres y necesidad de privacidad para dar a luz; Convicción, costumbre, experiencias previas positivas y recomendaciones recibidas; Aspectos positivos del parto en casa; Confianza en una partera conocida; Rechazo a la cesárea; trabajo de

parto no reconocido; Desconocimiento del tiempo de gestación; Intención de involucrar al esposo en el parto (9).

Costumbres: Manera habitual de obrar una persona, animal o colectividad, establecida por un largo uso o adquirida por la repetición de actos de la misma especie (32).

- **Toma de decisiones:** Es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver situaciones en la vida en diferentes contextos: empresarial, laboral, económico, familiar, personal, social, etc. La toma de decisiones consiste, básicamente, en elegir una opción entre las disponibles, a los efectos de resolver un problema actual o potencial (32).
- **Parteras o comadronas:** Es una persona sin estudios profesionales que se dedica a dar atención a las embarazadas durante el parto, así como los primeros cuidados después del mismo (32).
- **Prácticas culturales:** Son actividades que se realiza en una determinada cultura. Las prácticas culturales nos permiten construir colectivamente, nos ayuda a entender al mundo y a relacionarnos mejor con todo lo que existe (33).

Religión: Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que la mujer con parto domiciliario reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses) (33).

D. Factores geográficos

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) el acceso físico adecuado a un servicio de salud es aquel que queda a menos de 60 minutos de viaje (24).

2.3. Hipótesis

Los principales factores sociodemográficos, culturales e institucionales son los que influyen para la atención de parto domiciliario en el Centro de Salud Huambocancha Baja-Cajamarca durante los meses Enero - Mayo 2018.

2.4. Variables

2.4.1. Variable dependiente:

- Parto domiciliario

2.4.2. Variables independientes:

Factores sociodemográficos

- Edad
- Grado de instrucción
- Nivel socioeconómico

Factores culturales

- Costumbres:
 - Prácticas durante el trabajo de parto
 - Toma de decisiones en el hogar
- Religión

Factores Institucionales

- Violencia obstétrica
- Comunicación entre Personal de Salud y Paciente
- Respeto del Personal de Salud hacia la Paciente

2.5. Conceptualización y operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Categorías	Indicadores	Escala			
Variable Independiente	Factores Socio-demográficos	Edad. Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento hasta la actualidad (34).	15 – 19 años 20 – 24 años 25 – 29 años 30 – 34 años 35 – 39 años 40 – 44 años >45 años	Razón			
		Grado de instrucción. Es el grado más elevado de estudios realizados que ha alcanzado la mujer con parto domiciliario (30).	Sin nivel educativo Primaria Secundaria Superior	Ordinal			
		Nivel socioeconómico. Jerarquía que tienen las personas con respecto al resto (34).	Nivel I Nivel II Nivel III Nivel IV Nivel V	Ordinal			
	Factores Culturales	Prácticas durante el trabajo de parto. La práctica es la realización o ejercicio de una actividad de manera habitual (34).	Llevar a la parturienta a un cuarto oscuro, tender pellejos en el piso y abrigar con mantas oscuras para darle más calor	Sahumar el cuarto para ahuyentar malos espíritus Vendar la cabeza con un pañuelo blanco con dientes de ajo y ruda para ahuyentar malos espíritus Tomar brebajes (toronjil)	Nominal		
			Toma de decisiones en el hogar. Es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver diferentes situaciones en la vida en diferentes contextos (34).			Esposo Usted Padres Suegros	Nominal
			Religión. Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que la mujer con parto domiciliario reconoce una relación con la divinidad (un dios o varios dioses (33)).			Católica No Católica	Nominal
			Factores Institucionales			Violencia obstétrica. Es aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de la mujer (34).	Si No
	Comunicación. La comunicación es el proceso de transmisión de información entre un emisor y un receptor que decodifica e interpreta un determinado mensaje (34).	Buena Mala		Nominal			
	Respeto. Valor moral, consideración de que algo es digno y debe ser tolerado hacia la mujer con parto domiciliario (34).	Si No		Nominal			
	Variable Dependiente		Parto domiciliario. Parto ocurrido dentro de una vivienda, atendido por personal salud, agente comunitario de salud, familiar. Incluye partos en casa de espera materna (24).	Si No	Nominal		

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño de la presente investigación fue no experimental por no haber manipulación de variables, de corte transversal y correlacional y perteneció a un tipo de estudio cuantitativo, retrospectivo.

3.2. Área de estudio

El estudio se ejecutó en el Centro de salud Huambocancha Baja perteneciente a la Red II Cajamarca, Micro Red Huambocancha Baja, categoría I-3; en la carretera Bambamarca-Cajamarca KM 3.5, ciudad de Cajamarca.

3.3. Población

Por contar con una población pequeña, se tomaron en cuenta a 52 mujeres que acudieron al control de puerperio al Centro de Salud Huambocancha Baja – Cajamarca que tuvieron parto en su domicilio en el periodo de Enero a Mayo 2018.

3.4. Muestra y muestreo

La muestra estuvo conformada por las puérperas que tuvieron parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja – Cajamarca durante el periodo de enero a Mayo 2018, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, considerando el muestreo aleatorio simple.

3.5. Unidad de análisis

La unidad de análisis en la presente investigación estuvo constituida por cada una de las puérperas que tuvieron parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca durante el periodo de Enero a Mayo 2018.

3.6. Criterios de inclusión y exclusión

3.6.1. Criterios de inclusión

Puérperas que tuvieron su parto en el domicilio.

3.6.2. Criterios de exclusión

Mujeres que no aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Mujeres que no se localizaron por dirección inexacta en la comunidad.

3.7. Técnicas de recolección de datos

El presente trabajo de investigación se realizó en dos fases, en la primera, se solicitó el permiso respectivo al Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca que nos permita entrevistar a cada puérpera con parto domiciliario. En la segunda fase, se procedió a visitar y entrevistar a cada puérpera con la finalidad de obtener los datos presentados en esta investigación.

3.8. Descripción del instrumento

Para la recolección de datos en esta investigación se aplicó una encuesta dirigida a puérperas con parto domiciliario del Centro de Salud Huambocancha Baja.

El instrumento consta de 29 preguntas, la primera parte está formada por datos identificados del propio cuestionario, seguido de datos generales como fecha, procedencia y el número de hijos de cada puérpera.

Luego se incluye los factores sociodemográficos de las puérperas que tuvieron parto domiciliario, como edad, grado de instrucción de ellas y su pareja, estado civil y nivel socioeconómico (Valoración del nivel socioeconómico según Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados "APEIM" versión modificada 2012). En los factores culturales se incluyen preguntas como: si realizan o no prácticas de costumbres durante el trabajo de parto (secreto para dar a luz, llevar a la parturienta a un cuarto oscuro, tender pellejos en el piso y abrigar con mantas oscuras, sahumar el cuarto para ahuyentar malos espíritus, vendar la cabeza, tomar brebajes), si existe la presencia de parteras o comadronas, quiénes toman las decisiones en el hogar y religión.

Finalmente se concluye con preguntas de factores institucionales, como: si ha recibido algún tipo de maltrato en el Establecimiento de salud por parte del personal que labora en la institución, existe buena comunicación en las atenciones que se le ha brindado y si existe respeto hacia su persona cuando acude al Establecimiento de Salud.

3.9. Procesamiento y análisis de los datos

Descripción del proceso de digitación

La digitación de los resultados fue manual, el primero se llevó a cabo durante el trabajo de campo y el siguiente durante la elaboración de la matriz de datos y elaboración de tablas, para ello se realizó en el programa Microsoft Word, Office 10, a través del cual se procedió a realizar el análisis de los datos obtenidos.

Plan de análisis de datos

Los resultados obtenidos durante la recopilación de la información se tabularon en un programa de computo "Microsoft Excel", de la siguiente manera.

- a) Enumerar las encuestas
- b) Ingresar datos a la matriz de datos.
- c) Elaborar cuadros y gráficos estadísticos.
- d) Análisis y discusión de los resultados.

Métodos estadísticos

El procesamiento electrónico de la información se realizó a través del programa IBM SPSS versión 22, y Microsoft Excel para Windows, generando una base de datos.

En la metodología estadística de la investigación se utilizó frecuencias en tablas para la presentación, descripción y análisis de los resultados obtenidos durante la recopilación de la información, se utilizó una estadística descriptiva.

3.10. Control de calidad de datos

La calidad y confiabilidad de la información se determinó en base a una prueba piloto realizada en 10 pacientes puérperas. Se asumió un 95% de confiabilidad en la recolección de datos ya que la información fue recopilada por la investigadora.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS DATOS

4.1. Factores Sociodemográficos

Tabla 1. Influencia de la edad de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018

Edad	Parto Domiciliario				Total	
	sí		no		n°	%
	n°	%	n°	%		
15 a 19 años	7	6,3%	24	21,4%	31	27,7%
20 a 24 años	11	9,8%	1	0,9%	12	10,7%
25 a 29 años	9	8,0%	1	0,9%	10	8,9%
30 a 34 años	11	9,8%	16	14,3%	27	24,1%
35 a 39 años	6	5,4%	18	16,1%	24	21,5%
40 a 44 años	8	7,1%	0	0,0%	8	7,1%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la Tabla 1 se observa que, el 27,7% de encuestadas presentan entre 15 a 19 años, el 10,7% con una edad entre 20 y 24, el 8,9% tienen entre 25 a 29 años, el 24,1% con 30 a 34 años, el 21,4% entre 35 a 39 años y finalmente el 7,1% presentan una edad entre 40 a 44 años. Siendo este un factor que se asocia significativamente al parto domiciliario ($p=0,00$).

La edad cobra importancia por la percepción que pueden tener las mujeres del trabajo de parto dependiendo de la etapa psicológica en la que se encuentren, probablemente las mujeres mayores de 20 años tengan una mayor percepción sobre la atención del parto, gracias a la madurez psicológica que poseen mientras que las mujeres con menor edad, por las características psicológicas propias de su edad, tienen otro tipo de percepción, probablemente por las altas expectativas que se fijan respecto a la atención del parto y la toma de decisiones. Además, el grupo atareo entre 20 y 34 años de edad, es considerado como la edad ideal para un embarazo, por ende, es considerado como la edad ideal para un parto, donde las mujeres se encuentran en buen estado anatómico, fisiológico y psicológico para traer un hijo al mundo, es por ello que las puérperas con parto domiciliario entrevistadas para esta investigación, el mayor porcentaje predomina entre 20 y 34 años de edad.

A medida que avanza la edad, el nivel de madurez aumenta y la percepción de las diferentes situaciones de la vida se vuelve más realista en la mayoría de los casos, por lo tanto, la percepción de las mujeres con respecto a la decisión de dar a luz en casa o en un Establecimiento de salud será más objetiva y juiciosa en las mujeres con mayor edad cronológica.

Tabla 2. Influencia del grado de instrucción de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018

Grado de instrucción	Parto Domiciliario				Total	
	sí		no		n°	%
	n°	%	n°	%		
Sin instrucción	13	11.6%	0	0.0%	13	11.6%
Primaria incompleta	18	16.1%	10	8.9%	28	25.0%
Primaria completa	12	10.7%	30	26.8%	42	37.5%
Secundaria incompleta	9	8.0%	20	17.9%	29	16,1%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la tabla 2, respecto al grado de instrucción, 11,6% indicaron no tener instrucción, 25,0% indicaron tener primaria incompleta, 37,5% indicaron tener primaria completa y finalmente 16,1% encuestadas indicaron tener secundaria incompleta. El Chi cuadrado de Pearson para esta tabla indicó asociación estadísticamente significativa ($p=0,001$).

Estos resultados concuerdan con los estudios realizados por López (2014), quien determinó que en los factores educativos, las puérperas investigadas con parto domiciliario son analfabetas o cursaron hasta tercero primaria; Sánchez K (2014), donde hace mención que en su estudio realizado, el 57,14% de partos domiciliario corresponden a mujeres con nivel educativo primaria incompleta; Sandoval (2013), indica que el nivel de educación superior de la mujer y el de su pareja favorecen el parto institucional, pues casi 9 de cada 10 mujeres con educación superior tuvieron su último nacimiento en un servicio de salud, es decir, que las mujeres que tienen menor grado de instrucción son las que optan por el parto domiciliario; y Falcón (2015), quien determinó que la educación de la madre, es considerada una variable de estatus de la mujer, estaría afectando el acceso y la utilización de los servicios de la salud.

Las gestantes con grado de instrucción primaria incompleta o sin instrucción se encuentran más propensas a tener parto domiciliario, pues se ha demostrado que a menor grado de instrucción existen menos probabilidades de tener acceso a información; a la falta de información a la que está sometida la puérpera le hace rehusarse a aceptar diversos programas de prevención y promoción de la salud haciendo difícil la total cobertura del parto institucional, debido a que las mujeres prefieren el parto domiciliario.

Las puérperas con menor grado de instrucción consideran de manera errónea al parto domiciliario más natural y fisiológico, al no contar con tanta intervención médica (inducción del parto, episiotomía, cesárea, etc.) como se considera que se produce en los Establecimientos de Salud. Asimismo, estiman que la atención resulta más humana y buena, conocen a las personas que la asistirán (familiares, partera), y sobre todo tienen a su lado la presencia de su pareja y familiares al momento del nacimiento de su bebé.

Tabla 3. Influencia del nivel socioeconómico de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018.

Nivel socioeconómico	Parto Domiciliario				Total	
	sí		no		n°	%
	n°	%	n°	%		
Alto	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Medio	9	8,0%	51	45,6%	60	53,6%
Bajo superior	38	34,0%	9	8,0%	47	42,0%
Bajo inferior	5	4,4%	0	0,0%	5	4,4%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la tabla 3, se puede apreciar que, el 8,0% de puérperas con parto domiciliario indicaron tener un nivel socioeconómico medio, el 34,0% tienen nivel socioeconómico bajo superior y el 4,4% tienen nivel socioeconómico bajo inferior. Por otro lado, el 8,0% de puérperas con parto no domiciliario tienen nivel socioeconómico bajo superior y 45,6% tienen nivel socioeconómico medio. Estadísticamente el nivel socioeconómico indica que existe una relación significativa pues se obtuvo un ($p=0.010$).

Los resultados concuerdan a los encontrados por López (2015), quien menciona que los factores económicos bajos debido a que, las mujeres no trabajaban, solo el esposo trabaja, tienen relación directa con el parto domiciliario y Falcón (2014), indica que el nivel socioeconómico bajo de la madre son predictores significativos y muestran una fuerte asociación con la atención materna.

Además, concuerda con la literatura donde se menciona que la pobreza es un factor de alto riesgo claramente determinado, las mujeres de niveles socio-económicos bajos tienen menor probabilidad que las de estratos altos de gozar de buena salud. Las primeras tienen menos oportunidades de educación formal, de buscar y recibir atención médica (36).

Con el estudio realizado se puede deducir que, el nivel socioeconómico ejerce influencia significativa en el parto domiciliario y constituye un indicador de suma importancia. La asociación existente puede deberse a que el nivel socioeconómico bajo superior e inferior, son las que optan por tener un parto domiciliario, en comparación a las mujeres que tienen nivel socioeconómico medio, esto se debe a que no cuentan con los recursos necesarios para trasladar a la paciente a un Establecimiento de Salud, sobreviven la gran mayoría de personas de la zona rural de la agricultura y en menor parte de la ganadería, lo cual solo les alcanza para la alimentación el vestido y en pocos casos para la educación de los niños. Se menciona también que para cubrir los gastos de un parto

en un Establecimiento de Salud ya no les alcanza, debido a que, en estas instituciones, por más que las pacientes cuenten con el Seguro Integral de Salud, existen gastos extras tanto en la parturienta como en el acompañante (hospedaje, alimentación), en cambio las puérperas con parto institucional, el mayor porcentaje cuenta con ingreso económico medio, lo cual les permite tener acceso a los establecimientos de salud.

4.2. Factores Culturales

Tabla 4. Influencia de prácticas durante el trabajo de parto de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018

Prácticas durante el trabajo de parto	Parto Domiciliario				Total	
	sí		no			
	n°	%	n°	%	n°	%
Llevar a la parturienta a un cuarto oscuro, tender pellejos en el piso y abrigar con mantas oscuras para darle más calor						
Si	43	38,4%	0	0,0%	43	38,4%
No	9	8,0%	60	53,6%	69	61,6%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%
Sahumar el cuarto para ahuyentar malos espíritus						
Si	45	40,2%	0	0,0%	45	40,2%
No	7	6,2%	60	53,6%	67	59,8%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%
Vendar la cabeza con un pañuelo blanco con dientes de ajo y ruda para ahuyentar malos espíritus y evitar los malos aires						
Si	52	46,4%	0	0,0%	52	46,4%
No	0	0,0%	60	53,6%	60	53,6%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%
Tomar brebajes (toronjil)						
Si	50	44,6%	5	4,5%	55	49,1%
No	2	1,8%	55	49,1%	57	50,9%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la tabla 4, se puede observar que, el 38,4% de puérperas con parto domiciliario realizan la práctica de llevar a la parturienta a un cuarto oscuro, tender pellejos en el piso y abrigar con mantas oscuras para darle más calor, y el 0,0% de puérperas que no tuvieron parto domiciliario no realizan este tipo de prácticas, el 40,2% de puérperas con parto domiciliario se encargan de sahumar el cuarto para ahuyentar malos espíritus. Las puérperas que no tuvieron parto domiciliario no realizan esta práctica, 46,4% de puérperas con parto domiciliario se encargan de vendar la cabeza con un pañuelo blanco con dientes de ajo y ruda para ahuyentar malos espíritus y evitar los malos aires, mientras que las que no tuvieron parto domiciliario niegan realizar este tipo de práctica en el trabajo de parto, y finalmente el 44,6% de puérperas con parto domiciliario toman brebajes durante el trabajo de parto y el 4,5% de puérperas que no tuvieron parto domiciliario también indicaron tomar algún tipo de brebaje. Los resultados de esta

investigación muestran una asociación estadística significativa entre este factor y el parto domiciliario ($p=0.012$).

Los resultados demuestran que, las mujeres en el trabajo de parto hacen práctica de las costumbres de su comunidad, las puérperas heredan las costumbres de las personas más cercanas a ellas, ya sea de los abuelos o los padres. Las costumbres son una fuerte influencia para que las mujeres opten por tener un parto domiciliario debido a que son consideradas como valores, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupo o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra (6). Para tener una buena cobertura de partos institucionales, se deben tener en cuentas este tipo de información, y tratar de convivir e interactuar, personal de salud – paciente, y respetar las costumbres y prácticas que realizan durante el trabajo de parto cada una de las pacientes que asisten al Establecimiento de Salud y no reaccionar con mofa o burla, ya que este tipo de costumbres no nos hacen ningún tipo de daño.

Las prácticas costumbristas durante el trabajo de parto, en la actualidad, no solamente lo realizan las mujeres que tienen parto domiciliario, también son parte de mujeres que acuden a un establecimiento de salud para dicha atención, independiente de que lo practiquen o no, por lo menos se tiene conocimientos de algunos secretos para acelerar el trabajo de parto, como, por ejemplo, el tomar algún tipo de brebaje. Las pacientes en la mayoría de casos deciden tener un parto domiciliario porque confían en que los llamados “secretos” para dar a luz, que son transmitidos de generación en generación, les va a ayudar a tener un parto rápido y sin complicaciones.

Tabla 5. Influencia de la toma de decisiones en el hogar de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018

Toma de decisiones en el hogar	Parto Domiciliario				Total	
	sí		no		n°	%
	n°	%	n°	%		
Esposo	48	42,8%	35	31,3%	27	74,1%
Usted	0	0,0%	25	22,3%	25	22,3%
Padres	4	3,6%	0	0,0%	4	3,6%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la tabla 5, se puede observar que, el 74,1% es el esposo quien toma las decisiones en el hogar, el 22,3% toma decisiones la esposa y el 3,6% los padres de la puérpera. La asociación estadística con el Chi² para este factor es significativa ($p=0,031$).

Los resultados de la investigación coinciden con los estudios realizados por López (2015), quien hace mención que, la decisión de quedarse en casa y dar a luz en ella fue tomada por el esposo, suegra u otro familiar.

Según la literatura, la toma de decisiones es el proceso mediante el cual se realiza una elección entre diferentes opciones o formas posibles para resolver situaciones en la vida en diferentes contextos: empresarial, laboral, económico, familiar, personal, social, etc. Consiste básicamente, en elegir una opción entre las disponibles, a los efectos de resolver un problema actual o potencial (32). En la investigación se observa de manera clara que, quien toma las decisiones en el hogar es el esposo, el cual se hace totalmente responsable y se hace cargo de cualquier situación que pueda presentarse en su hogar, en este caso decide dónde y en qué condiciones debe venir su hijo al mundo, este concepto es debido a las costumbres que le inculcaron, el esposo es quien debe cuidar de su pareja e hijos, él es quien trabaja, es la cabeza y jefe de la familia a quien se le debe hacer caso y respetar su opinión. Según las manifestaciones de las puérperas, acatan la decisión del esposo por respeto o más que todo por el miedo o temor que se le tiene si se oponen a dicha decisión.

Las puérperas que no tuvieron parto domiciliario también manifiestan que las decisiones que se toman en el hogar son por parte del esposo, pero a diferencia de las puérperas con parto domiciliario, ellas también son partícipes de algunas decisiones, o son por común acuerdo.

Tabla 6. Influencia de la religión de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018.

Religión	Parto Domiciliario				Total	
	sí		no		n°	%
	n°	%	n°	%		
Católica	26	23,2%	39	34,8%	65	88,0%
No Católica	26	23,2%	21	18,8%	47	42,0%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la tabla 6, respecto a la religión, el 88,0% de puérperas son católicas y el 42,0% son no católicas. Al determinar estadísticamente la asociación que existe entre este factor y el parto domiciliario se encontró que no es significativa ($p=0,070$).

En el trabajo de investigación se tenía la hipótesis que el parto domiciliario se daba en mayor cantidad en mujeres de religión no católica, por las mismas creencias religiosas de cada una de ellas, que intervienen mucho sobre todo en el momento de traer un hijo al mundo. En este caso el 88% de puérperas con parto domiciliario son católicas y el 42% son no católicas, por lo tanto, la religión no tiene relación directa con este factor.

4.3. Factores Institucionales

Tabla 7. Influencia de los factores institucionales de puérperas con parto domiciliario atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja - Cajamarca. 2018.

	Parto Domiciliario				Total	
	sí		no		n°	%
Violencia obstétrica	n°	%	n°	%	n°	%
Si	28	25,0%	15	13,4%	43	38,4%
No	24	21,4%	45	40,2%	69	61,6%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%
Comunicación	n°	%	n°	%	n°	%
Buena	16	14,3%	39	34,8%	55	49,1%
Mala	36	32,1%	21	18,8%	57	50,9%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%
Respeto	n°	%	n°	%	n°	%
Si	0	0,0%	30	26,8%	27	26,8%
No	52	46,4%	30	26,8%	4	73,2%
Total	52	46,4%	60	53,6%	112	100,0%

Fuente: Cuestionario de Recolección de Datos

En la tabla 7, con respecto violencia obstétrica, el 25,0% de puérperas con parto domiciliario indican que sufren este tipo de violencia, el 21,4% indican que no sufren violencia obstétrica. El 13,4% de puérperas con parto no domiciliario sufren violencia obstétrica y el 40,2% indican no sufrir dicha violencia.

Estos resultados coinciden con los de Tarqui y Berreda (2014), quienes mencionan en su investigación que, a pesar de que es sabido que la ocurrencia de partos domiciliarios se relaciona con la decisión de buscar o no atención médica, se basa en muchos factores como el mal trato por parte del personal de salud que reciben los pacientes.

El buen trato en los Establecimientos de Salud dependerá en buena parte el bienestar de las personas que solicitan atención y desde luego el del personal responsable de concederlo. Cada persona perteneciente a cualquiera que sea el Establecimiento de Salud desde el Director hasta el personal de servicio, pasando por los profesionales de la Salud y por el personal de administración, tiene una responsabilidad para el éxito de su labor frente al trato que ejerce con las personas con las que se relaciona todos los días.

No bastan los manuales de procedimientos, lo importante son las actitudes y habilidades emocionales de las personas para hacer del Establecimiento de Salud un lugar grato a pesar del dolor que las personas tengan que vivir, o compartir con sus seres queridos. El mayor porcentaje de puérperas con parto domiciliario manifiestan haber sufrido algún tipo de maltrato (no contestarles el saludo o cuando se les hace alguna pregunta, regañarles porque no entienden lo que se les explica, por el aseo personal, a veces por las condiciones antihigiénicas en las que llegan por la propia geografía del lugar, etc.) en el Establecimiento de Salud al que ha acudido, ya sea por el propio personal de salud que le ha atendido o por los administradores, siendo un factor considerado para que dichas mujeres no regresen una próxima vez para su atención.

Respecto a la comunicación, el 14,3% de puérperas con parto domiciliario indicaron que hay buena comunicación y el 32,1% indicaron que hay mala comunicación en el Establecimiento de Salud. El 34,8% de puérperas de parto no domiciliario indicaron que hay buena comunicación y el 18,8% que hay mala comunicación.

Estos resultados difieren con los de Andrago y Gualán (2014), quienes mencionan en su investigación que el parto está relacionado con varias barreras como: dificultad para entender su lenguaje, pero el Hospital cuenta con una especialista en Ginecología y Obstetricia que es bilingüe; lo cual permite la correcta comunicación con las parturientas. Por otro lado, los resultados concuerdan con los de López (2014), quien menciona en su investigación, que existe una baja cobertura de parto institucional debido a que el idioma en que se les habla a las señoras no es entendible para ellas.

Sandoval (2013) explica en su investigación que los medios de difusión como la radio y el periódico incrementan considerablemente el parto institucional. Así, entre 6 y 7 de cada 10 mujeres que escuchan la radio y leen el periódico, respectivamente, tienen parto institucional, comparado con casi 4 y 2 de cada 10 que no están expuestas a estos medios. Cabe destacar que cuando es el idioma quechua el que predomina en el hogar, solo 1 de cada 10 nacimientos ocurren en un servicio de salud, mientras que cuando es el español, 7 de cada 10 nacimientos ocurren en instituciones de salud. Lo que significa que el idioma es el limitante de la buena comunicación con las pacientes.

En este factor hay que entender que la gente que acude al Establecimiento de Salud de Huambocancha Baja son de procedencia rural y muchas de ellas sin nivel de instrucción, por lo cual la gran mayoría de personas que entran en diálogo con el personal de salud no se les entiende y mucho menos ellas entienden lo que se les trata de explicar, para ello hay que tener mucha empatía, paciencia y explicarle de distintas formas, las que sean necesarias, para que se sientan cómodos y no avergonzados por no haber podido entender la enfermedad que tienen o el tipo de medicamento que deben tomar.

Se sugiere brindar los datos por escrito: cuándo, buscar códigos y un lenguaje común (con especial atención con culturas o costumbres diferentes a las propias). Crear un ambiente de calidez y tranquilidad es importante para que el paciente se exprese con libertad y tenga deseos de volver a visitarlo para futuras consultas.

Muchas veces quien consulta percibe apuro en el médico, por lo cual no se atreve a volver a preguntar lo que no entendió porque teme hacerle perder tiempo. Otras veces, no quiere mostrar que no entiende, por no mostrar ignorancia, o por timidez para re-preguntar; para ello se recomienda utilizar palabras lo más claras y sencillas posible, aún para explicar procesos complejos, evitar el uso de términos técnicos y siempre traducirlos a un lenguaje cotidiano, volver a preguntar lo mismo, pero de otra manera para revisar si entendió las indicaciones. Es importante explicar si se entendieron sus indicaciones con claridad, si el paciente no entiende las indicaciones, es conveniente explicarle a la persona quien lo acompaña y escribir la receta con letra clara y leerla en voz alta al paciente (quizás la persona no sepa leer y no lo dice).

Las pacientes deben recibir información completa acerca de la atención que reciben y sentirse involucradas en todas las decisiones referentes a su tratamiento. La comunicación eficaz entre los proveedores de asistencia sanitaria y las pacientes puede reducir la ansiedad innecesaria y hacer que el parto sea una experiencia positiva para la mujer, incluso cuando se produzcan complicaciones.

Respecto al respeto, el 26,8% de puérperas indicaron que son respetadas en el Establecimiento de Salud y el 73,2% indicaron que no son respetadas.

Estos resultados concuerdan con los de Andrago y Gualán (2014), quienes explican en su investigación que un factor para la atención de parto domiciliario es el irrespeto a su pudor y a su privacidad (las pacientes manifestaron inconformidad por no permitir el uso de su vestimenta típica y por ser obligadas a vestir la bata hospitalaria la cual es fría y descubierta que va en contra de su cosmovisión indígena).

Los pacientes que acuden al Establecimiento de Salud deben recibir por parte de todo el personal de la institución un trato digno, amable y respetuoso. A no ser discriminado en razón de su raza, convicciones políticas, religiosas o situación económica, a que se le brinde atención sanitaria con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con su condición sociocultural, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares y acompañantes.

CONCLUSIONES

- ✓ Los factores sociodemográficos de las puérperas con parto domiciliario fueron en su mayoría pertenecientes al grupo etareo de 20 a 34 años, un buen porcentaje de puérperas tuvieron el nivel de instrucción de primaria incompleta y predominan las de bajo nivel socioeconómico.
- ✓ Los factores culturales de las puérperas con parto domiciliario fueron, quien toma la decisión del lugar del parto es el esposo, durante el trabajo de parto la mujer parturienta acostumbra a tomar mates, agua con yerbas o tienen algún secreto para dar a luz y son de religión católica.
- ✓ Los factores institucionales que conllevan a las mujeres a tener un parto domiciliario fueron que, no hay buena comunicación entre Personal de Salud – Paciente y la falta de respeto hacia su persona en el Establecimiento de Salud.
- ✓ Los factores sociodemográficos en su conjunto tuvieron influencia en el parto domiciliario, del mismo modo los factores culturales, a excepción del factor religión, y los factores institucionales.

RECOMENDACIONES

- ✓ A los profesionales de Obstetricia, para que se comprometan con la carrera en pro de mejorar las capacidades para brindar una atención de calidad a todas las pacientes sin distinguir, raza, cultura, costumbres, situación económica, etc.
- ✓ A los profesionales de Obstetricia del Centro de Salud Huambocancha Baja, considerar los factores sociodemográficos, culturales e institucionales en la atención integral de la paciente desde la primera atención prenatal e identificar aquellas con mayores factores de riesgo para un riguroso seguimiento y control, así mismo capacitar, orientar y reforzar a la gestante en lo riesgoso que es tener un parto domiciliario, en el establecimiento de salud y a través de las visitas domiciliarias. Aplicar el plan de parto en las gestantes de manera adecuada, ser más comprensivos y mostrar mayor calidad humana frente a la decisión que tomen las mujeres del lugar en el que van a dar a luz. Explicar a los riesgos que se exponen al tener un parto domiciliario, si ésta fuera su decisión de la paciente y tratar de convencerles de buena manera, sin “amenazas y condiciones”, que opten por tener un parto institucional.
- ✓ A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Obstetricia, tener más en cuenta los temas relacionados con el parto domiciliario y la relación que existe con la muerte materna, así mismo, considerar a todos los factores de riesgo que éste tipo de parto conlleva.
- ✓ A los estudiantes de Obstetricia, para que a través de proyectos de investigación social colaboren con los establecimientos de salud en la reducción del parto domiciliario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva. Primera Edición. Lima-Perú; 2007.
2. Bvs.minsa.gob.pe [Internet]. Perú; 2015 [Actualizado 12 Mar 2016; Citado 2 enero 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
3. Valencia J, Zavaleta V. Boletín Epidemiológico 2017 [Internet]. 2017 [Citado 2 Enero2018] 23(1):25-27. Disponible en:
<http://www.diresacajamarca.gob.pe/sites/default/files/boletines/documentos/BOLETIN%20SE-23-2017%20Cajamarca.pdf>
4. Diresacajamarca.gob.pe [Internet]. Perú; 2016 [Actualizado 30 Nov 2016; Citado 2 enero 2018]: Disponible en:
<http://www.diresacajamarca.gob.pe/sites/default/files/documentos/regionales/POA%202016.pdf>
5. Inei.gob.pe [Internet]. Perú; 2016 [Citado 4 enero 2018]. Disponible en:
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
6. Bcr.gob.pe [Internet]. Perú; 2017 [Citado 4 enero 2018]. Disponible en:
<http://www.bcrp.gob.pe/docs/Sucursales/Trujillo/cajamarca-caracterizacion.pdf>
7. Andrago J. Índice de Cobertura en Atención del Parto Institucional en el Hospital Básico del Cantón Guamote. [Internet] 2013. [Actualizado 2013; Citado 5 enero 2018]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4465/1/T-UCE-0006-93.pdf>
8. Recursosbiblio.url.edu.gt [Internet]. Guatemala; 2014 [Actualizado 2 Sep 2014; Citado 5 enero 2018]. Disponible en:
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2014/09/02/Lopez-Clemente.pdf>
9. Borda C. Factores Condicionantes del Parto Domiciliario en Bogotá D.C. [Internet] 2015. [Actualizado 2015; Citado 5 enero 2018]. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v3n2/v3n2a>
10. Luna R. El trabajo con las parteras empíricas, realizado en la región Andina. [Internet] 2015. [Actualizado 2015; Citado 5 enero 2018]. Disponible en:
<https://pdfs.semanticscholar.org/975c/c5f0a3a9494a829e3249953f44812c811db94.pdf>
11. Sandoval V. Atención Prenatal, Parto Institucional y Atención Postparto en el Perú: Efectos Individuales y de la Comunidad. [Internet] 2013. [Actualizado 2013; Citado 5 enero 2018]. Disponible en: <http://iussp2005.princeton.edu/papers/50273>

12. Tarqui C. y Berreda A. Factores asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. [Internet] 2014. [Actualizado 2014; Citado 5 enero 2018]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342005000200005
13. Falcón V, Atención Prenatal, parto institucional y atención post-parto en el Perú. [Internet] 2015. [Actualizado 2015; Citado 5 enero 2018]. Disponible en:
http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/tours_2005/papers/iussp2005s50273.pdf
14. Sánchez S. Percepciones y satisfacción de la mujer rural en la atención del parto institucional y tradicional. [Internet] 2015. [Actualizado 2015; Citado 5 enero 2018]. Disponible en:
<http://www.inppares.org/revistas/Revista%20III%202009/7%20Mujer%20Rural.pdf>
15. Sánchez K. Factores socioculturales que influyen en la elección del parto domiciliario en el Centro de salud Llacanora. Cajamarca 2014. Universidad Nacional de Cajamarca
16. Schwarcks R, Fescina R, Duverges C. Obstetricia. Sexta ed-5ta reimpresión Buenos Aires-Argentina. El Ateneo; 2008.
17. Gary F. Obstetricia de Williams. 23a ed. México.Mc Graw Hill; 2009.
18. Botero J, Júbizhazbún A, Henao G. Obstetricia y Ginecología, Texto integrado. Séptima edición. Colombia. Ediciones Tinta Fresca. 2004.
19. Ministerio de Salud y Consumo. Atención del parto normal Madrid. 2011.
20. Cunningham Gea. Obstetricia de Williams. 23 ed. Mexico. Mc Graw Hills. 2011.
21. Cunningham FG, JW Williams. Williams Obstetricia. 22a ed. McGraw-Hill, Nueva York, 2005
22. Cabero L, Saldívar D, Cabrillo E. Obstetricia y Medicina Materno-Fetal. Buenos Aires-Madrid. Médica Panamericana. 2007.
23. Alvarado J. Apuntes Médicos del Perú-Obstetricia. Segunda edición. Lima – Perú. 2006.
24. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural. [Internet]. Lima-Perú; EBRA E.I.R.L.; 2005. [actualizado 12 Jun 2006; citado 9 enero 2018]. Disponible en:
<http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Norma-Tecnica-Atencion-Parto-Vertical.pdf>
25. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. [Internet]. Lima – Perú; GRÁFICA ÑÁÑEZ S.A.; 2004. [Citado 11 enero 2018]. Disponible en:
http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf
26. Mongrut S. Andrés. Tratado de Obstetricia. 4ª ed. Monpress, Lima – Perú, 2000.
27. Sánchez A, Ginecología y obstetricia. [Internet] 2014 [Actualizado 2014; Citado 13 enero 2018]. Disponible en:
<http://www.clinicalasalmanza .com.mx/Ginecología%20y%20obstetricia.pdf>

28. Clínica infantil granada. Causas y consecuencias de un parto prematuro. [En línea] 2014; Citado 13 enero 2018]. Disponible en:
<https://clinicainfantilnanosgranada.wordpress.com/2014/07/23/causas.y.consecuencias-de-un-parto-prematuro/>
29. Ministerio de Salud, Norma técnica de salud para la atención integral de la salud maternal. Lima – Perú. 2011 P. 04-05
30. Marreto M, Embarazo y trabajo – Factores que los relacionan. [En línea] 2008. [Actualizado 2008; Citado 16 enero 2018]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol9_2_08/rst10208.html
31. Vera O, y Vera F, Evaluación del nivel socioeconómico. [En línea] 2013. [Citado 16 enero 2018]. Disponible en:
http://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=8&ved=0CDoQFjAHahUKEwj59s3H7b_IAhUHmoAKHfEpANE&url=http&3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fdescarga%2Farticulo%2F4262712.pdf&usg=AFQjCNE_mmpjGAqvY346Er1GZR1ueibHAaA&bvm=bv.104819420,d.eXY
32. Encuesta nacional de factores de riesgo. Aspectos sociodemográficos. [En línea] 2015. [Citado 17 enero 2018]. Disponible en:
https://cursotraps.files.wordpress.com/2011/10/03_aspectos-sociodemograficos.pdf
33. Marreto M. Embarazo y trabajo - Factores que los relacionan. [En línea] 2008. [Actualizado 2008; Citado 18 enero 2018]. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol9_2_08/rst10208.html
34. Donoso E. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. [Internet] 2014. [Actualizado 2014; Citado 18 enero 2018]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n2/art04.pdf>
35. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Factores Asociados con la elección del parto domiciliario en una zona de atención primaria. Callao, Perú. [Internet] 2016. [Actualizado 2016; Citado 20 Enero 2018]. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342005000200005&script=sci_arttext
36. Cordero M. et al. Factores económicos y de servicios de salud asociados con la mortalidad materna. [Internet] 2011. [Actualizado 2011; Citado 20 Enero 2018]. Disponible en:
http://www.revista.spotmediav.com/pdf/2-1/10_MORTALIDAD_MATERNA.pdf

ANEXOS

ANEXO 01

CUESTIONARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PRINCIPALES FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ATENCIÓN DE PARTO DOMICILIARIO EN MUJERES QUE ACUDIERON AL CONTROL DE PUERPERIO AL CENTRO DE SALUD HUAMBOCANCHA BAJA – CAJAMARCA. 2018

Señora, se le informa que la encuesta es anónima debido a que la información brindada será utilizada únicamente con fines de investigación y no será divulgada, por favor sírvase responder las siguientes preguntas para lo cual se le pide ser sincera en sus respuestas.

I. Datos generales

Fecha..... Procedencia.....

N° de hijos

1 () 2 – 3 () 4 – 5 () >5 ()

II. Datos de factores sociodemográficos

Edad en años

15-19 () 20-24 () 25-29 () 30-34 ()
35-39 () 40-44 () >45 ()

Grado de instrucción de la puérpera

Sin instrucción () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior ()

Grado de instrucción de la pareja

Sin instrucción () Primaria incompleta ()
Primaria completa () Secundaria incompleta ()
Secundaria completa () Superior ()

Estado civil

Soltera () Casada () Conviviente ()

Nivel socioeconómico (Valoración del nivel socioeconómico según Asociación Peruana de Empresas de Investigación de Mercados “APEIM” versión modificada 2012)

1. ¿Cuál es el grado de estudios de sus padres? Marque con un aspa (X); para ambos padres (madre y padre)

- 1. Primaria completa/incompleta ()
- 2. Secundaria incompleta ()
- 3. Secundaria completa ()
- 4. Superior no universitario ()
- 5. Estudios universitarios incompletos ()
- 6. Estudios universitarios completos ()
- 7. Post grado ()

2. ¿A dónde acude el jefe de hogar para atención medica cuando él tiene algún problema de salud?

- 1. Posta medica/farmacia/naturista ()
- 2. Hospital del ministerio de salud/Hospital de la solidaridad ()
- 3. Seguro social/Hospital FFAA/Hospital de la policía ()
- 4. Médico particular en consultorio ()
- 5. Médico particular en clínica privada ()

3. ¿Cuál de las siguientes categorías se aproxima más al salario mensual de su casa?

- 1. Menos de 750 soles / mes aproximadamente ()
- 2. Entre 750 – 1000 soles / mes aproximadamente ()
- 3. 1001 - 1500 soles / mes aproximadamente ()
- 4. >1500 soles / mes aproximadamente ()

4. ¿Cuántas habitaciones tiene en su casa exclusivamente para dormir?:

.....

5. ¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar (sin incluir el servicio doméstico)?

- 1. Mayor o igual a 9 personas ()
- 2. 7 u 8 personas ()
- 3. 5 o 6 personas ()
- 4. 3 o 4 personas ()
- 5. 1 o 2 personas ()

6. ¿Cuál es el material predominante en los pisos de su vivienda?

- 1. Tierra / arena ()
- 2. Cemento sin pulir ()
- 3. Cemento pulido / tapizón ()
- 4. Mayólica / lozeta / cerámicos ()
- 5. Parquet / madera pulida / alfombra / mármol / terrazo ()

Puntaje para NSE:

III. Datos de factores culturales

Costumbres

¿Quién toma las decisiones en su casa?

Esposo () Usted () Padres () suegros ()

¿Qué personas le animaron a que su parto fuera atendido en su casa?

Padres () Esposo () suegros ()
Partera o Comadrona () Decisión personal ()

¿Dónde se atienden sus partos la mayoría de mujeres de su comunidad?

En Establecimientos de salud () Su casa ()

¿Existe parteras o comadronas en su comunidad?

si () no ()

¿Le ha atendido algún parto la partera o comadrona?

si () no ()

¿Considera que la comadrona o partera tiene capacidad para atender su parto?

si () no ()

¿Considera que en casa tiene más ventajas para la atención de su parto?

si () no ()

¿Durante su trabajo de parto toma mates, agua con yerbas o tiene algún secreto para dar a luz?

si () no ()

Religión

Católica () No católica ()

IV. Datos de factores institucionales

Violencia obstétrica

¿Ha presenciado alguna vez el maltrato a una embarazada durante su atención en el Centro de Salud Huambocancha Baja?

si () no ()

¿Fue a algún chequeo al Centro de Salud Huambocancha Baja y no fue bien atendida?

si () no ()

¿Le satisface la atención que brinda el Centro de Salud Huambocancha Baja?

si () no ()

¿Tiene miedo y desconfianza a los hospitales y a los médicos?

si () no ()

Comunicación

Cuando usted acude al Establecimiento de Salud, ¿se le explica sobre su estado de salud y procedimientos que se le realiza?

si () no ()

¿En sus controles le informaron qué hacer cuando comience los dolores del parto?

si () no ()

Respeto

Cuando usted acude al Establecimiento de Salud, ¿respetan sus costumbres y creencias de su comunidad?

si () no ()

Cuando fue a atenderse en el Centro de Salud Huambocancha Baja, ¿existió privacidad en el servicio en el momento de su atención?

si () no ()

ANEXO 02

Rango De Puntajes En Versión APEIM - versión modificada 2012

Niveles	Nivel Socioeconómico	Categoría	Puntaje
Nivel 1	A	Alto	33 o más puntos
Nivel 2	B	Medio	27 – 32 puntos
Nivel 3	C	Bajo Superior	21 – 26 puntos
Nivel 4	D	Bajo Inferior	12 – 20 puntos
Nivel 5	E	Marginal	5 – 12 puntos

Fuente. Evaluación del nivel socioeconómico

ANEXO 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... de.....años de edad,
con grado de instrucción.....y de
ocupación.....identificado con DNI N°; en calidad
de paciente y en pleno uso de mis facultades mentales y de mis derechos en salud,
declaro haber recibido y entendido la información brindada en forma respetuosa y con
claridad sobre la investigación denominada: Factores que influyen para la atención del
parto domiciliario en puérperas atendidas en el Centro de Salud Huambocancha Baja
Cajamarca; por ello manifiesto mi consentimiento en forma libre y voluntaria para
participar en dicha investigación.

Cajamarca,.....de.....de 2018

FIRMA