

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



**UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD**

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**MUERTE MATERNA: CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA O
PERSONA QUE ATENDIÓ A LA MADRE, PROVINCIA DE
CAJAMARCA, 2012 - 2016.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

ANABELI ANALI VERGARAY ZAMORA

Asesora:

Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA

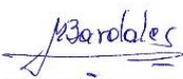
Cajamarca, Perú

2019

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
2. Anabeli Anali Vergaray Zamora.
DNI: 42497721
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud.
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
3. Asesora: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva.
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Muerte materna: creencias y prácticas de la familia o persona que atendió a la madre,
provincia de Cajamarca. 2012 - 2016.
6. Fecha de evaluación: **26/09/2025**
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **4%**
9. Código Documento: **3117: 483693751**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **26/09/2025**

<i>Firma y/o Sello Emisor Constancia</i>

Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva DNI:26673762

COPYRIGHT © 2019 by
ANABELI VERGARAY ZAMORA
Todos los derechos reservados



Universidad Nacional de Cajamarca
LICENCIADA CON RESOLUCIÓN DE CONSEJO DIRECTIVO N° 080-2018-SUNEDU/CD
Escuela de Posgrado
CAJAMARCA - PERÚ



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las *16*... horas, del día 30 de abril de dos mil diecinueve, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. DIORGA NÉLIDA MEDINA HOYOS, Dra. REBECA BEATRIZ AGUILAR QUIROZ, Dra. SANTOS ANGÉLICA MORÁN DIOSES**, y en calidad de Asesora la **Dra. MERCEDES MARLENI BARDALES SILVA** Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada **“MUERTE MATERNA: CREENCIAS Y PRÁCTICAS DE LA FAMILIA O PERSONA QUE ATENDIÓ A LA MADRE, PROVINCIA DE CAJAMARCA. 2012 - 2016”**, presentada por la **Bach. en Enfermería ANABELI ANALI VERGARAY ZAMORA**

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó *Aprobar*... con la calificación de *17 (Diecisiete) Excelente*..... la mencionada Tesis; en tal virtud, la **Bach. en Enfermería ANABELI ANALI VERGARAY ZAMORA**, está apta para recibir en ceremonia especial el Diploma que lo acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**

Siendo las *18*... horas del mismo día, se dio por concluido el acto.

.....
Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva
Asesor

.....
Dra. Diorga Nélida Medina Hoyos
Jurado Evaluador

.....
Dra. Rebeca Beatriz Aguilar Quiroz
Jurado Evaluador

.....
Dra. Santos Angélica Morán Dioses
Jurado Evaluador

DEDICATORIA

En primer lugar, a Dios, por permitirme contemplar lo maravilloso que es este mundo, por proteger e iluminar cada instante de mi vida y las bendiciones regaladas

A mi madre Zenaida por brindarme a lo largo de mi vida su amor, apoyo, cuidado, velar siempre por mis necesidades, y por motivarme a concluir este trabajo de investigación.

Al compañero de mi vida, Leandro y a mis hijas Saskia y Dayana, por ser la alegría de mi corazón, como justo reconocimiento al sacrificio y comprensión que me han brindado, base para la culminación de la maestría.

A mis hermanas Maricela y Sadit por su apoyo incondicional en todo momento, quienes con su amor y cariño fortalecen mi camino y me dan fuerzas para seguir adelante.

Anabeli

AGRADECIMIENTO

A todo el personal calificado y experto en la materia que me han ayudado a elaborar el instrumento de trabajo, para este trabajo de investigación.

A todas las familias y madres que formaron parte de mi población de estudio que, gracias a su apoyo, se pudo llevar a cabo el desarrollo de este trabajo.

A la escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, por el apoyo, atención y amabilidad en todo lo referente a mi vida como alumno de maestría.

Muestro mi más sincero agradecimiento a asesor: Dra. Mercedes Marleni Bardales Silva y mi tutor en la parte Estadística al Dr. Rosel Burga Cabrera, quienes con su conocimiento y guía fueron una pieza clave para el desarrollo de mi Tesis.

EPIGRAFE

“La mortalidad materna no es solo una tragedia médica, sino un reflejo de las brechas culturales y sociales que separan el conocimiento ancestral de la atención moderna. Entender las creencias y prácticas de las familias es el puente hacia una maternidad segura y respetuosa.”

ÍNDICE

DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
EPÍGRAFE	vii
ÍNDICE.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE CUADROS	xii
ÍNDICE DE GRAFICOS	xiii
ÍNDICE DE MATRIZ DE CONFUSIÓN	xv
ÍNDICE DE MÉTRICA DE EVALUACIÓN.....	xvi
ABREVIATURAS	xvii
GLOSARIO.....	xviii
RESUMEN	xxi
SUMMARY.....	xxii
CAPÍTULO I	1
INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1.1. <i>Contextualización.</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Descripción del problema.....</i>	<i>2</i>
1.1.3. <i>Formulación del problema.</i>	<i>3</i>
1.1.4 <i>Problemas Específicos.....</i>	<i>3</i>
1.2 JUSTIFICACIÓN	3
1.3 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.4 LIMITACIONES.....	5
1.5 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
1.5.1 <i>Objetivo General.</i>	<i>5</i>

1.5.2 <i>Objetivos Específicos</i>	5
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	7
2.2. MARCO DOCTRINAL DE LAS TEORÍAS PARTICULARES EN EL CAMPO DE LA CIENCIA EN LA QUE SE UBICA EL OBJETO DE ESTUDIO	13
2.2.1. <i>Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman (1975 en: (Jiménez, 2003)</i> ...13	
2.2.3. <i>El modelo transcultural de Madeleine Leininger de Becker y Maiman.</i>16	
2.2.4. <i>Modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal (UNICEF, 2008)</i>	17
2.2.5 <i>Modelo de análisis de la muerte materna: Las tres demoras.</i>18	
2.3 MARCO CONCEPTUAL	23
CAPÍTULO III	46
PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLE	46
3.1 HIPÓTESIS	46
3.2 VARIABLES / CATEGORÍAS.....	46
3.3 OPERACIONALIZACIÓN:.....	47
CAPÍTULO IV	51
MARCO METODOLÓGICO	51
4.1 UBICACIÓN GEOGRÁFICA.	51
4.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	51
4.3 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN	52
4.4 POBLACIÓN, MUESTRA, UNIDAD DE ANÁLISIS.....	53
4.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN.....	54
4.6 TÉCNICAS PARA EL PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	55
4.7 EQUIPOS, MATERIALES, INSUMOS, ETC.	58
4.8 MATRIZ DE CONSISTENCIA METODOLÓGICA.....	59

CAPÍTULO V	61
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	61
5.1. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	61
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS	95
CAPITULO VI.....	96
PROPUESTA.....	96
6.1. FORMULACIÓN DE LA PROPUESTA PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA.	96
6.2. COSTOS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROPUESTA.	100
CONCLUSIONES	102
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	107
ANEXO.....	112

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Muertes Maternas directas en la provincia de Cajamarca 2012- 2016.....	61
Tabla 2. Momento de fallecimiento y causa - lugar de fallecimiento de la madre en la región de Cajamarca, 2012 - 2016.	65
Tabla 3. Momento del fallecimiento y los factores asociados a la madre en la región de Cajamarca, 2012 - 2016.....	66
Tabla 4. Momento del fallecimiento y los factores socioculturales asociados a la muerte materna en la región de Cajamarca, 2012 - 2016.	71
Tabla 5. Momento del fallecimiento y los factores económicos asociados a la muerte materna en la región de Cajamarca, 2012 - 2016.	74
Tabla 6. Momento del fallecimiento y la accesibilidad a los servicios asociados a la muerte materna en la región de Cajamarca, 2012 - 2016	81
Tabla 7. Momento del fallecimiento y la respuesta de los servicios de salud asociados a la muerte materna en la región de Cajamarca, 2012 - 2016.....	87

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadros 1.Operacionalización de las variables	47
Cuadros 2.Matriz De Confusión.....	56
Cuadros 3.Matriz de consistencia metodológica.	59
Cuadros 4.Variable más Influyentes – Embarazo.....	90
Cuadros 5.Variable más Influyentes – Parto.	92
Cuadros 6.Variable más Influyentes – Puerto.	94
Cuadros 7.Costos de implementación de la propuesta	99
Cuadros 8.Lista de variable influyentes (Creencias y practicas) en Muerte Materna identificadas en embarazo.	116
Cuadros 9.Lista de variable influyentes (Creencias y practicas) en Muerte Materna identificadas en parto.....	118
Cuadros 10.Lista de variable influyentes (Creencias y practicas) en Muerte Materna identificadas en puerperio.....	120

ÍNDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1.Causa de Muerte Materna Cajamarca 2012-2016.	62
Gráfico 2.Momento de fallecimiento de Muerte Materna 2012- 2016.....	63
Gráfico 3.Lugar de Fallecimiento de la Madre Provincia de Cajamarca 2012-2016.....	64
Gráfico 4.Edad de la Madre Fallecida y entrevistada Provincia de Cajamarca 2012 – 2016.	66
Gráfico 5.Estado Civil de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 –2016.	67
Gráfico 6.Grado de instrucción de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.	69
Gráfico 7. El embarazo deseado de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.	70
Gráfico 8.Lugar de residencia de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.	72
Gráfico 9.Nivel de pobreza de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.	73
Gráfico 10.Conoce de la existencia de las casas de espera la madre fallecida y la madre entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.	75
Gráfico 11.Reconoce signos de alarma el familiar o persona que atendió a madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.	76
Gráfico 12.Tiempo que demora de la madre fallecida y entrevistada en acceder a los servicios de salud desde el inicio del problema Provincia Cajamarca 2012 – 2016.	77

Gráfico 13.Cuenta con Seguro de Salud la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.....	78
Gráfico 14.Aplicación del plan de parto de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.....	79
Gráfico 15.Distancia al establecimiento más cercano de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.....	80
Gráfico 16.Condición de la atención prenatal de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.....	82
Gráfico 17.Persona que Atendió a la madre fallecida y entrevistada en el Parto/aborto Provincia Cajamarca 2012 – 2016.....	84
Gráfico 18.Lugar de Atención del Parto/aborto de la madre fallecida y entrevistada Provincia Cajamarca 2012 – 2016.....	86
Gráfico 19.Flujo de trabajo para la evaluación de modelos de regresión logística utilizando Orange Data Mining para predecir la MM.- Embarazo.....	89
Gráfico 20.Flujo de trabajo para la evaluación de modelos de regresión logística utilizando Orange Data Mining para predecir la MM.- Parto.	91
Gráfico 21.Flujo de trabajo para la evaluación de modelos de regresión logística utilizando Orange Data Mining para predecir la MM Puerperio.....	93

ÍNDICE DE MATRIZ DE CONFUSIÓN

Matriz de Confusión 1. Predicción de los casos de muerte materna utilizando la regresión Logística. – Embarazo.....	89
Matriz de Confusión 2.Predicción de los casos de muerte materna utilizando la regresión – Parto.....	91
Matriz de Confusión 3.Predicción de los casos de muerte materna utilizando la regresión – Puerto.....	94

ÍNDICE DE MÉTRICA DE EVALUACIÓN

Métrica de Evaluación 1.Modelo de regresión logística - Embarazo.....	89
Métrica de Evaluación 2.Modelo de regresión logística – Parto.....	91
Métrica de Evaluación 3.Modelo de regresión logística - Puerto.....	94

ABREVIATURAS

APP:	Amenaza de parto pretérmino.
APN:	Atención prenatal.
EHAE:	Enfermedad hipertensiva aguda del embarazo.
DDHH:	Derechos humanos.
DESC:	Derechos económicos, sociales y culturales.
DNI:	Documento de identidad personal.
FIC:	Familiar, Intercultural y Comunitario.
FIGO:	International Federation of Gynecology and Obstetrics.
HPP:	Hemorragia postparto.
MINSA:	Ministerio de salud.
MTC:	Medicina tradicional complementaria.
MM:	Mortalidad Materna.
MMD:	Muerte materna directa.
MMI:	Muerte materna indirecta.
N.V.:	Nacidos vivos.
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio.
OMS:	Organización mundial de la salud.
RMM:	Razón de muerte materna.
RPM:	Ruptura prematura de membrana.
UGEL:	Unidad de Gestión Educativa Local.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

GLOSARIO

1. Acuña la cintura: ajustar la cintura.
2. Ajustar la cintura: colocar los huesos de la cadera a su lugar, luego del parto, ya que quedan abiertos.
3. Amontonen las tripas: los intestinos quedan ajustadas, pues el útero presiona y éstas tienden a juntarse y ascender.
4. Asca: malestar que va acompañado de escalofrío, fiebre, temblor, dolor de cabeza y cuerpo, a consecuencia del frío o calor después de dar a luz.
5. Ashuturar: de cuclillas (1).
6. Cañazo: aguardiente de caña (1).
7. Cashcar: masticar (1).
8. Creencia: algo en lo que se cree a pie juntillas, aunque no sea verdad (1).
9. Costumbres: modo de actuar adquirido por la frecuente práctica de un acto; es decir, es el conjunto de inclinaciones y de usos que forman el carácter distintivo de una nación o persona (2).
10. Cultura: conjunto de formas y modos adquiridos de concebir el mundo, de pensar, de hablar, de expresarse, percibir, comportarse, organizarse socialmente, comunicarse, sentir y valorarse a uno mismo en cuanto individuo y en cuanto a grupo (3).
11. Dar calentitos: tomar agua caliente de hiervas de la zona.
12. Embarazo: periodo comprendido entre la concepción y expulsión completa del producto de la concepción, siendo su duración de 280 días, 9 meses calendarios ó 10 meses lunares.

13. Embarazo de alto riesgo: es aquel en el que la vida o la salud de la madre o el feto están en juego debido a un trastorno concurrente o único del embarazo (4).
14. Empacho: indigestión, tener el estómago muy lleno, haber comido en demasía. No haber digerido una comida (1).
15. Entuertos: cólicos abdominales que hacen que la persona se revuelva de dolor.
16. Fajar: colocar una tela a altura de la cadera, con intención de apretar la zona.
17. Frescos: hiervas que alivian los síntomas que origina el calor.
18. Interculturalidad en Salud: es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas (5).
19. Ladeado el bebe: el bebe está ubicado al un lado del abdomen de la gestante, no está ubicado.
20. Medicina tradicional: es la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (6).
21. Mortalidad materna: la muerte de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo, independientemente de la duración, localización, de cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o su manejo, pero no por situaciones accidentales o incidentales (7).
22. Partera: mujer que atiende partos empíricamente.

23. Parto: es el proceso mediante el cual el feto, placenta y membranas abandonan el útero y pasan por el canal del parto (7).
24. Parturienta: mujer en el proceso de dar a luz (8).
25. Prácticas: ejercicio en que las personas aplican los conocimientos adquiridos, para ejercer públicamente la destreza adquirida (9).
26. Puerperio: etapa biológica que se inicia al término de la expulsión de la placenta y se considera que dura seis semanas o 42 días (10).
27. Pulsar: tocar el pulso para ver cómo va avanzando el parto.
28. Sacudetes: el cuerpo se sacude frente al dolor o fiebre.
29. Sancocha al bebe: bebe se calienta mucho originando su muerte.
30. Se revuelve la madre: el útero sale de sitio tomando una posición opuesta.
31. Sube la sangre a la cabeza: cuando la sangre va a la cabeza de golpe, ocasionando dolor y se enrojece la cara.
32. Tantear al bebe: tocar el abdomen de la madre para ubicar al bebé.

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la Muerte Materna y las creencias – práctica de las familias o personas que atendieron a las madres fallecidas Cajamarca, 2012-2016. La técnica empleada para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento el cuestionario. Se utilizó el método deductivo, se aplicó prueba del chi-cuadrado, aunque no se halló una relación estadísticamente significativa entre los factores personales, socioculturales, económicos, accesibilidad y respuesta de los EESS con el momento del fallecimiento, se identificaron patrones preocupantes. La MM afecta principalmente a mujeres jóvenes de zonas rurales, con bajo nivel educativo y acceso limitado a servicios de salud, a pesar de contar con SIS, plan de parto y conocimiento de signos de alarma. El poco uso de casas de espera, la atención domiciliaria por personal no capacitado dificulta la atención oportuna. Por otro lado, el modelo de Regresión Logística mostró un 90 % de confiabilidad para la prueba de contraste de hipótesis. Los resultados mostraron que existe una asociación entre las variables de estudio. Las Creencias y prácticas que influyen negativamente en el parto y puerperio. son: atención por parteras, vergüenza de acudir a EESS, consumo de hierbas, experiencias negativas en EESS y la falta de acceso, inadecuada evaluación postparto en casa.

La distribución de los fallecimientos entre el domicilio y los EESS sugiere la importancia de mejorar el acceso a la atención materna de calidad y oportuna. Se concluye que es clave implementar programas con enfoque culturalmente pertinente, accesible y respetuoso, integrando acciones como casas de espera y un sistema de referencia activo las 24 horas, para reducir la MM.

Palabras claves: Muerte materna, Embarazo, Parto, Puerperio, Creencias, Prácticas, Familia.

SUMMARY

The aim of this study was to analyze the relationship between maternal mortality and the beliefs and practices of families or individuals who cared for deceased mothers in Cajamarca, Peru from 2012–2016. The data collection technique used was a survey, and the instrument applied was a questionnaire. The deductive method was employed, and a chi-square test was applied. Although no statistically significant relationship was found between personal factors, sociocultural factors, economic factors, access to services, or the speed of response by healthcare facilities at the moment of death, concerning patterns were identified. Maternal mortality primarily affects young women from rural areas, with low educational levels and limited access to health services, despite having SIS (Comprehensive Peruvian Health Insurance), a birth plan, and knowledge of danger signs. Both the limited use of maternity waiting homes and home deliveries attended by untrained personnel hinder timely medical attention. On the other hand, the Logistic Regression model showed a 90% reliability for hypothesis testing. The results indicated that there is a relationship between the study variables. Beliefs and practices that negatively influence childbirth and the postpartum period include: delivery attended by midwives, mothers being too embarrassed to seek care at health facilities, use of herbal remedies, bad experiences at health facilities, lack of access to healthcare, and inadequate postpartum assessment at home. The distribution of deaths between both home and healthcare facilities highlights the importance of improving access to quality and timely maternal care. It is concluded that it is essential to implement culturally relevant, accessible, and respectful programs, integrating actions such as maternity waiting homes and an active 24-hour referral system to reduce maternal mortality.

Keywords: maternal mortality, pregnancy, birth, postpartum, beliefs, practices, family

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1.Planteamiento del problema

1.1.1. Contextualización.

En Perú, ser madre sigue siendo un riesgo (5).Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo, parto o puerperio (11).El riesgo de muerte relacionada con la maternidad, es de 1 en 4900 en los países desarrollados y de 1 en 180 en los países en desarrollo (12).Entre los años 1990-2010, los casos de mortalidad materna (MM) en el mundo se han reducido en aproximadamente la mitad (47%) (13).La vigésima sexta Conferencia Sanitaria Panamericana, refirió que en América Latina y el Caribe la razón de MM es de 100 mujeres por 100 000 nacidos vivos (N.V.). Identificando como barreras culturales y de comunicación que obstaculiza la llegada de las mujeres a los servicio de salud: creencias vinculadas a los pares opuestos calor - frío, pudor, maltrato y discriminación, lenguaje técnico, existencia de códigos culturales diferentes entre proveedores y usuarias, alta precoz luego del parto etc (5).Para el año 2015 la MM es de 68 por 100 000 nacidos vivos, considerándose a Perú en progreso hacia la meta 5ª de los Objetivos del desarrollo del milenio (ODM.) (14). En Perú, la MM es un problema muy serio, especialmente en comunidades pobres con acceso limitado a servicios de salud (15). El departamento de Cajamarca con 38 casos ; es el tercer departamento con mayor número de MM (16), siendo las provincias de Cajamarca y Celendín con el mayor riesgo de MM .Las muertes sucedidas en los hospitales, fueron gestantes que llegaron en estado crítico, lo que indica que no se identifica bien los signos de riesgo por parte de la gestante y familia o persistencia por la desconfianza en los

servicios de salud, (17). La multicausalidad de la MM, es difícil de afrontar por los altos índices de pobreza, analfabetismo, usos y costumbres inadecuados, inaccesibilidad geográfica y sistemas de salud con problemas de organización y capacidad de respuesta, aunados al escaso involucramiento de la familia y comunidad en el cuidado de la madre (5).

1.1.2. Descripción del problema.

La mortalidad materna es un problema de salud pública mundial, no solo por su magnitud sino principalmente por el alto impacto socioeconómico (18), pues es más que una tragedia personal, ya que tiene graves consecuencias, tanto en la familia, como en la comunidad y economía local (19); permitiendo evidenciar el grado de desarrollo de los países, considerada como causa de muerte prematura, las cuales son evitables en su mayoría (20), cuyos determinantes, trascienden los factores exclusivamente médicos, pues se trata algunas veces de una responsabilidad familiar o comunitaria, no asumida por razones culturales, económicas, geográficas, entre otras, (5). La MM ha sido reconocida como un problema social pues su ocurrencia está ampliamente relacionada con el entorno político y económico, factores sociales macro estructurales, estatus social de las mujeres, en la comunidad (familia), en el sector educativo o en el sistema de transporte (21). El acceso de las usuarias, está constituido por el conocimiento a profundidad de las diversas expresiones culturales, percepciones, creencias y comportamientos de la familia en torno a los procesos de salud reproductiva. El estudio ha buscado identificar las percepciones sociales, culturales y de género, con las cuales las familias enfrentan este periodo crucial de la vida. El apreciar cómo las relaciones sociales, tanto entre la mujer, su pareja, familiares, vecinos comunidad y la articulación que se tiene con los servicios de salud, influyen en las decisiones que se toma sobre la atención de

embarazo, parto y puerperio, terminando muchas veces en la decisión de tener una atención en domicilio y en algunas oportunidades, finaliza MM (22).

1.1.3. Formulación del problema.

¿Existe asociación entre muerte materna y creencia- prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016?

1.1.4 Problemas Específicos.

¿Cuál es el número de muertes maternas ocurridas en la provincia de Cajamarca, 2012 – 2016?

¿Cuáles son algunas características de la muerte materna de la familia o persona que atendió la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016?

¿Cuál es la asociación entre la muerte materna y las creencias _ Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016

1.2 Justificación

La necesidad de investigar este tema surge de relacionar MM y creencias - práctica de la familia o persona que la brindó la atención, ya que se trata de un problema de salud pública el cual es complejo y difícil de abordar (5). Apoyado por el análisis de teoría como: las cuatro demoras (23), considerando factores de barreras culturales y de comunicación que obstaculiza la atención en los servicio de salud por: temor a la episiotomía, creencias vinculadas a los pares opuestos calor- frío, pudor, maltrato y discriminación, lenguaje técnico, existencia de códigos culturales diferentes entre proveedores y usuarias, etc, donde el modelo de creencias de salud analiza éstas amenazas percibidas , haciendo estimación de los costes/beneficios de llevar a cabo dicha conducta (24).

Por lo que es necesario fortalecer las acciones, para revertir la situación problemática (14). Como lo afirma el modelo transcultural de Madeleine Leininger que es el personal de salud el ente quien descubra los puntos de vista émic (internos), personales o culturales(25), relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales (26).

Es importante también por que los resultados serán de base para profundizar otras investigaciones, además de ampliar la cobertura de los servicios que aún resultan insuficientes si las mujeres y las niñas carecen de acceso a bienes o servicios esenciales por barreras culturales, sociales o familiares, por eso la incorporación a la cultura de la familia y de la comunidad de los cuidados del embarazo, el parto institucional y puerperio debe ser visto como un derecho, no un deber, (27).

1.3 Delimitación de la investigación

Con respecto al ODM5, los países se comprometieron a reducir la MM en un 75% entre 1990 y 2015 (14). En los últimos 20 años (1990-2010), los casos de MM en el mundo se han reducido en aproximadamente la mitad (47%) esta reducción ha sido lenta. En 2013, la mayoría de estas muertes se produjeron en regiones en desarrollo en las que la tasa de MM es aproximadamente 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas (13). Para el año 2011 se dio a conocer que la Región de Cajamarca, tiene la tasa de mortalidad más alta del país y a nivel nacional el Perú tiene una de las peores en América latina (9).

Este trabajo de investigación se limitó a estudiar la ocurrencia de MM a partir de las creencias y prácticas en la provincia de Cajamarca, del 1 de enero al 31 de diciembre de los años 2012 al 2016; en Cajamarca, la tendencia de la MM es a disminuir, pero en forma lenta, algunos años se incrementa por dos motivos, mayor número de muertes y por los cambios en las

normas y definiciones; cuyas muertes se dan mayormente en madres que viven en la zona rural, y durante el horario nocturno, llegando al HRC en estado crítico indicando que no se identifica bien los signos de riesgo por parte de la gestante y familia o sigue persistiendo la desconfianza en los servicios de salud (17), por lo que el móvil de este trabajo radica en el hecho de averiguar cómo las creencias y prácticas de la familia o persona que atendió a la madre durante embarazo, parto o puerperio, aplicadas pueden conducir a MM .La nueva agenda para la salud materna, en lograr una razón de muerte materna (RMM) mundial inferior a 70 necesitará una reducción media de la RMM mundial del orden del 7,5% anual entre 2016 y 2030. Para ello será necesario que la tasa anual de reducción observada entre 1990 y 2015, del 2,3%, se multiplique por más de tres(28).

1.4 Limitaciones

- Clima adverso para realizar las visitas.
- Limitación de información por parte de la familia o persona que atendió a la madre.
- Familias que se reúsan a ser entrevistadas.

1.5 Objetivos de la Investigación

1.5.1 Objetivo General.

Determinar la relación entre muerte materna y las creencias – prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016.

1.5.2 Objetivos Específicos.

Determinar el número de muertes maternas ocurridas en la provincia de Cajamarca, 2012 – 2016.

Analizar factores: personales, sociales, socioculturales, económicos, de accesibilidad y respuesta de los servicios de salud que influyen en las creencias – prácticas de la familia de la madre fallecida.

Describir las creencias de la familia o persona que atendió a la madre gestante y que concluyó en la muerte de la misma.

Describir las prácticas de la familia o persona que atendió a la madre gestante y que concluyó en la muerte de la misma.

Relacionar la muerte materna con las creencias y prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación

No existen trabajos con este tema, pero si existen trabajos similares que toman en cuenta las variables, causas o factores que han determinado la ocurrencia de muerte materna, se considera importantes, sirviendo de guía para la realización del presente trabajo.

- Antecedentes internacionales.

Lora M, Narvaez A. (Ecuador, 2011). En su trabajo se evidencia la participación de los servicios de salud con la comunidad y especialmente con el binomio madre-hijo pretendiendo que esta atención disminuya los riesgos de enfermar o morir por la falta de atención médica a mujeres embarazadas. Se pretende proporcionar conocimientos sobre el embarazo, parto y puerperio, respetando las creencias tradicionales y costumbres que llevan consigo las personas de esta comunidad. Los resultados muestran que, a pesar de los avances de la tecnología, aún existen diversas creencias y costumbres sobre el embarazo, parto y puerperio muy arraigadas en la gente que vive en las zonas rurales y que hace uso de ellas en el convivir diario (29).

Laza C, Puerto M, (Cuba 2011). Hace referencia a que el puerperio no debe entenderse únicamente como un proceso biológico, ya que desde una perspectiva no profesional o émica, representa una etapa cargada de riesgos para la mujer. La reducción del contacto con el sistema y los profesionales de salud durante este periodo otorga especial relevancia, el cual se asume generalmente como una responsabilidad femenina, inserta en un universo simbólico de prácticas, creencias y tabúes. Explorar este mundo simbólico constituye una oportunidad para fomentar el diálogo – aún pendiente- entre la visión émica y la ética, con el fin de mejorar la

calidad de vida de la puérpera, especialmente en contextos marginales y vulnerables, donde la MM cobra un número significativo de víctimas (30).

Prieto B, Ruiz E. (Colombia, 2013). Los hallazgos reflejan la necesidad de establecer espacios de diálogo que permitan construir una mediación cultural entre el personal de salud y el sujeto de cuidado, quien debe convertirse en sujeto activo y no solo en receptor de una información que pueda alterar el contexto cultural. Los factores socioculturales que determinan en forma significativa este cuidado corresponden a los valores, creencias y estilos de vida, los factores sociales, parentesco religioso, políticos y económicos en cada uno de los cinco temas que emergieron del estudio: poder secreto de las plantas, peligro de la recaída, descubriendo el mundo de su hijo, cuidado de sí misma y alimentos protectores. Se identifica el predominio del componente emic en el cuidado cultural durante el puerperio con relación al componente. (31).

Herrera D, Domínguez L, y cols. (Cartagena, 2013). Busca formar un pilar que logre establecer cuáles son los riesgos a los que está expuesta una madre durante un proceso vital como es el trabajo de parto y parto al poseer creencias, actitudes y conocimientos erróneos sobre los mismos, que pueden repercutir en algunos casos a complicaciones que se pudiesen evitar si el personal de enfermería se integra con estas pacientes, no para cambiar su concepción y percepción de las cosas sino para correlacionar los conocimientos en beneficio de esta comunidad. Existen percepciones, conocimientos y prácticas relativas al embarazo, parto y puerperio que corresponden a una visión del mundo asociada a conceptos holísticos y atmosféricos (frío-calor) y son significativamente distintos a las consideraciones técnico-clínicas del trabajo de los médicos y obstetras. Algunas de ellas van en detrimento de la salud de la madre, pero muchas otras son inocuas o beneficiosas y es responsabilidad de quienes

dirigen los sistemas de atención en salud en las zonas rurales, el de respetar y conservar estas culturas. La relación entre el personal de la salud y la madre son indispensable para reconocer toda información relevante en este proceso especialmente aplicando la teoría de la diversidad cultural la cual permitirá reconocer el origen de su cultura y la forma como este interactúa en la sociedad (32).

Padilla J, Conocimientos. (Guatemala, 2014). En su trabajo se encontró un obstáculo durante el embarazo, parto y puerperio para que la mujer embarazada busque atención oportuna en el parto o al momento de presentarse complicaciones. Esto se debe al apego existente a ser atendidas por la madre, otros familiares y comadronas, la barrera idiomática, temor a no recibir atención adecuada que respete sus costumbres, necesidad de ser acompañada por familiares o su comadrona y desconfianza en los servicios de salud por la creencia de que no tienen todo lo necesario para atenderlas o que no las tratan bien. Se concluye que existe deficiencias en los conocimientos, creencias y prácticas que inciden en la MM en la población de Ixcán lo que plantea la necesidad de incrementar la educación y promoción en salud sobre el tema (33).

✓ Nacional.

Tejada R, Estela M. y cols. (Huancavelica. 1997). Este estudio investiga las altas tasas de mortalidad materna y perinatal en el distrito de Yauli, Huancavelica, Perú, en 1997. Se identificó un subregistro significativo de muertes, revelando tasas de mortalidad materna y perinatal alarmantemente elevadas, superando ampliamente los promedios nacionales. Todas las MM fueron de causa obstétrica directa, de las cuales el 71% fue por hemorragia debido a retención placentaria. Al 100% de MM se les atribuyó causa mágica, el 42% eran del grupo etareo de 25 a 29 años, el 71% analfabetas, el 100% quechua hablantes y el 57 % tenía un periodo intergenésico menor de 2 años, todas fueron atendidas por su esposo y solo

avisaron al personal de salud para que constate la muerte El análisis destaca factores como la atención del parto en el hogar por familiares, la falta de acceso a servicios de salud, el analfabetismo, las creencias culturales sobre la enfermedad y la limitada autonomía de las mujeres en decisiones de salud. La investigación subraya la necesidad urgente de implementar estrategias específicas y culturalmente sensibles para mejorar la salud materna e infantil en la región(34).

Ministerio de Salud. (Perú, 2000). Un aspecto importante para desarrollar estrategias de mejora en la calidad de los servicios y el acceso de las usuarias, está constituido por el conocimiento a profundidad de las diversas expresiones culturales, percepciones y comportamientos de la población en torno a los procesos de salud reproductiva. Se concluye con las siguientes recomendaciones: es esencial que el parto se desarrolle en un ambiente conocido, al que la mujer esté acostumbrada y en el cual encuentre seguridad, se recomienda que el personal de salud presente en el parto sea el mínimo necesario. Si no fuera posible una relación previa al parto entre personal, la usuaria y familia, debiera facilitarse la presencia continua de las mismas personas que atenderán todo el parto, se propone que los establecimientos de salud incorporen el parto vertical, empleo de infusiones de plantas medicinales o caseras; masajes y frotaciones en cadera y abdomen; abrigo en ambientes en que el clima lo requiera, detección de factores de riesgo y signos de alarma (22).

Brocker A, Sánchez G y cols. (Perú.2001). En su trabajo se habla de la “adecuación cultural”, que es entendida como un cambio cultural por parte de los establecimientos, para permitir a la madre sentirse en confianza durante la atención del parto a cargo de un profesional capacitado. Se ponen en práctica los aportes de la partería tradicional dentro de la obstetricia académica: acompañamiento constante durante el parto, presencia del esposo, verticalidad en

el parto, estar vestida para dar a luz, calor y oscuridad, privacidad y manejo de la placenta por la madre y sus familiares. La base del problema nacional en cuestión de la morbilidad materno-infantil, no es el hecho de que los partos se realicen en los domicilios, por parteras, sino la brecha cultural enorme entre una y otra medicina, en segunda, la pobreza y la consecuente desnutrición de un amplio sector especialmente a nivel rural y suburbano, y en tercera, la subvaloración de la mujer, de sus capacidades y derechos reproductivos. Quedó claro que los conocimientos de las parteras son buenos y valiosos, que sirve, ayuda a la mujer, familia e incluso al médico u obstetra. Sin embargo, algunos profesionales de la salud piensan que esta propuesta es atrevida, de igual forma, también existen algunos parteros que piensan que sobrevaloramos a las obstetras (35).

Chávez R, Arcaya M y cols. (Perú, 2006). En su trabajo subraya la obligación de todos los Estados asegurar, restablecer políticas, prioridades y estrategias en la atención de salud acorde con dichas poblaciones, pues, se encuentran comportamientos arraigados en creencias y tradiciones culturales, que hace difíciles que las personas puedan reemplazar sus costumbres ancestrales por nuevos conocimientos, la representación de la mujer partera, es un símbolo de servicio, la presencia de la medicina occidental, es aceptada de forma limitada, la mujer Shipibo-Conibo cuida su embarazo orientándolo fundamentalmente a salvaguardar el nacimiento de su bebé sano y feliz, pues la perspectiva intercultural de esta investigación permitió identificar problemas del contexto social para una nueva visión que plantee retos en los profesionales de la salud a fin de brindar servicios articulados, culturalmente pertinentes y respetando el saber popular (36).

Medina A, Maica J, (Huambisa, 2006). Se hace referencia a la diversidad geográfica del país siendo escenario propicio para el desarrollo de diferentes culturas, multiétnico y plurilingüe,

permite que su riqueza cultural origine un sistema de concepciones, en torno al embarazo, parto y puerperio; son vistos con un profundo respeto donde el parto trasciende el ámbito biológico para convertirse en un fenómeno social- cultural. Los resultados que se obtuvieron fueron: Los pobladores reconocen algunas señales de peligro en el embarazo. Los cuidados durante el embarazo se relacionan con actividades diarias e ingesta de alimentos. En conclusión, se tiene que las concepciones y percepciones del embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas, norman el comportamiento de sus pobladores, repercutiendo esto en la salud materna (37).

Mechan M, Domínguez, L. (Lambayeque,2015). En su trabajo, los resultados de la investigación, obtuvieron las siguientes categorías: Cuidados basados en prácticas y creencias culturales, influencia del entorno familiar sobre la puérpera, e inadecuada educación del personal de salud a la puérpera. Se concluye que las madres tienen un cuidado según sus creencias influenciadas por la familia (madres o suegras) para satisfacer sus necesidades básicas, usando plantas medicinales. Frente a esta realidad el personal de salud no aplica estrategias de negociación frente a los cuidados transculturales, siendo una necesidad urgente de atención(38).

- Local.

Bariga R. y col. (Santa Úrsula, 2002). En su trabajo demuestran que las actitudes de las madres de la comunidad de Santa Úrsula respecto al embarazo, parto y puerperio no mostraron una diferencia significativa, siendo un 51% para la actitud desfavorable y un 49% para la actitud favorable. Estaría condicionado por el hecho que aún hay madres que optan por conductas basadas en patrones culturales y de otro lado la influencia de los conocimientos impartidos por el profesional de Salud. Las percepciones culturales de las madres de la comunidad de

Santa Úrsula respecto a las prácticas durante el embarazo, parto y puerperio son una mezcla de lo biológico con lo mágico, resaltando el carácter natural de estos procesos, llevando a cabo prácticas tradicionales que tiene aún vigencia y han sido transmitidas de generación en generación y son fundamentalmente recomendadas por la partera o familiares cercanos (39). Gobierno Regional de Cajamarca, (2012). En éste trabajo se concluyó que existen brechas culturales por el poco conocimiento del personal sobre la cosmovisión andina, imbuidos de prejuicios considerando a la cultura occidental más moderna y válida, sumado a esto las normas de los partos institucionales no se adapta a la cultura de la población, además que las concepciones y percepciones sobre embarazo, parto y puerperio son patrones culturales establecidos en la comunidad que norman la conducta y comportamiento de las personas, adicionando la diferencia en la relación de poder y desigualdad entre prestador y usuaria, se han creado casas de espera que no están siendo usadas, hay un débil trabajo intersectorial e interinstitucional, el modelo biomédico excluye de responsabilidad y participación al hombre, las autoridades, líderes reconocen la importancia del control prenatal y parto institucional (9).

2.2. Marco doctrinal de las teorías particulares en el campo de la ciencia en la que se ubica el objeto de estudio

2.2.1. Modelo de Creencias de Salud de Becker y Maiman (1975 en: (Jiménez, 2003).

La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de la familia de la madre que falleció, están determinadas por la amenaza percibida a su salud, la que está condicionada por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirlas. Un incremento en la percepción de vulnerabilidad ante una amenaza para la salud produce una motivación y un fortalecimiento de las conductas de protección hacia esa amenaza. En conjunto, si hay una disposición alta para emitir la conducta

y las barreras consideradas son bajas, es probable que realice la conducta preventiva o de salud, al contrario, se omitirá la acción.

Dimensiones:

- La Susceptibilidad Percibida: es la percepción subjetiva que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo, valora cómo los sujetos o la familia de la madre que falleció, varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar.
- La severidad percibida: se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída y se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud, por un lado, las consecuencias médico clínicas como muerte, incapacidad o dolor, y por otro lado las posibles consecuencias sociales, como la merma en las relaciones sociales, efectos de la enfermedad sobre la capacidad laboral de la madre fallecida.
- Beneficios percibidos: creencias de la familia de la madre que falleció, respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad.
- Barreras percibidas: se opongan a la ejecución de la conducta en cuestión. Así, la familia de la madre que falleció, puede considerar un determinado curso de acción como realmente efectivo para enfrentarse a un trastorno de salud, pero, al mismo tiempo, puede verlo como costoso, desagradable o doloroso considerándose estos como barreras.

Las creencias están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece. Así, por ejemplo, aunque la familia de la madre que falleció, esté asustada y se sienta amenazado por un trastorno de salud concreto, no seguirá las recomendaciones de su

médico al menos que las perciba como eficaces para enfrentar ese trastorno. Además de las dimensiones anteriores, hay ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, llamados claves para la acción, pueden ser internas como: síntomas físicos o percepciones corporales o externas como: recomendaciones de los medios de comunicación de masas, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc. La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de la familia de la madre que falleció, dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida. Por último, también se asume que diversas variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales, puedan afectar la percepción de la familia de la madre que falleció y de esa forma influir indirectamente en sus conductas de salud. En conclusión, el modelo funciona de manera lógica contemplando un hipotético análisis interior de costes y beneficios para la familia de la madre que falleció, quien sopesaría la efectividad de la acción a tomar, así como los posibles costes de tomarla.

Los componentes básicos del Modelo de Creencias de Salud:

- a) El valor que el sujeto atribuye a una determinada meta,
- b) La estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta

Pudiendo traducirlas en los siguientes términos:

- a) El deseo de evitar la enfermedad o si se está enfermo, de recuperar la salud y

b) la creencia de que una conducta saludable específica puede prevenir la enfermedad o si se está enfermo, de recuperar la salud. (24).

2.2.3. El modelo transcultural de Madeleine Leininger de Becker y Maiman.

La teoría de los cuidados transculturales y el método de etnoenfermería basado en creencias émic (visión interna), permite acceder al descubrimiento de cuidados fundados y basados en la familia de la madre que falleció, ya que se emplean principalmente datos centrados en los informantes y no en las convicciones o prácticas énc (visiones externas) del investigador. Lo importante de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso, y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vista émic, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales. Enfermería Transcultural: es un área formal de estudio y práctica de la Enfermería enfocada en el cuidado holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de los individuos, la familia de la madre que falleció y grupos con respecto a las diferencias y similitudes en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de Enfermería, que sea congruente, sensible.

La meta de la teoría es suministrar cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de la familia de la madre que falleció (26,40).

2.2.4. Modelo conceptual de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal (UNICEF, 2008).

Este marco fue concebido para valorar y analizar las causas de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal, así como para la planificación de acciones concretas para mejorar la salud materna y neonatal. Los resultados en materia de salud están determinados por factores interrelacionados como:

- Factores inmediatos: los que provienen, de la familia de la madre que falleció o de la madre entrevistada, así tenemos, los factores congénitos, las conductas de cuidados de la salud, las enfermedades infecciosas y el estado nutricional.
- Factores subyacentes: los que provienen de los hogares, las comunidades y las jurisdicciones, la falta de educación y de conocimientos, los hábitos de salud materna inadecuados, la incapacidad de buscar atención médica cuando se requiere, el acceso insuficiente a alimentos nutritivos y micronutrientes esenciales, condiciones medioambientales deficientes, servicios de atención primaria de la salud inadecuados y el acceso limitado a servicios de maternidad, en especial a la atención obstétrica de emergencia.
- Factores básicos: los que provienen de la sociedad, la pobreza, la exclusión social y la discriminación por razones de género.

Según este modelo. El estado de salud de la mujer embarazada y el acceso a servicios de salud reproductiva de calidad son también factores que determinan la salud materna. Pero si se espera reducir la mortalidad y la morbilidad materna, se requiere el respaldo y la garantía de los derechos de las mujeres y las niñas. Si los esfuerzos sólo se dirigen a las intervenciones sanitarias que abordan las causas inmediatas y subyacentes de la morbilidad y mortalidad

materna, el resultado será sólo parcial si las mujeres y las niñas viven en un contexto social en el que no se respetan sus derechos. Ampliar la cobertura de los servicios puede resultar insuficiente si las mujeres y las niñas carecen de acceso a bienes o servicios esenciales por barreras culturales, sociales o familiares (41,42).

2.2.5 Modelo de análisis de la muerte materna: Las tres demoras.

Aunque se logre conocer el número de MM, esto no es suficiente, ya que las cifras nos dicen por sí solas, por qué las mujeres se siguen muriendo en un mundo que teóricamente cuenta con los recursos para evitarlo. El modelo se basa en el supuesto de que para reducir la MM no es suficiente que los servicios de salud funcionen eficientemente ya que las mujeres enfrentan una serie de barreras para poder acceder a ellos y utilizarlos. Cualquier situación que signifique un retraso para que la mujer reciba atención adecuada puede costarle la vida siendo “Las tres demoras” descrito por Maine, sin embargo, este modelo que se ilustra a continuación, ha sido desglosado en dos por lo que ahora se considera en cuatro demoras:

✓ Primera Demora: Reconocer el problema.

a) No reconoce síntomas de alarma.

- Las dolencias que presentan no son de gran atención para ella.
- Trasmisión de conocimientos: las madres transmiten a las hijas una limitada o ninguna información sobre las alertas que la mujer debe tener en cuenta durante y después del embarazo.
- Labores del hogar: no le da importancia a su dolencia porque considera que el trabajo de la casa es más importante.
- La familia tampoco reconoce los síntomas y no le dan debido cuidado.

b) Bajo estatus de la mujer.

- Educación: el analfabetismo y limitado acceso a una debida orientación sobre los derechos sexuales y reproductivos genera un bajo conocimiento sobre las complicaciones que pueden suceder en el embarazo, siendo la producción de embarazos en la adolescencia que desemboca en la deserción escolar secundaria.
- Economía: los bajos ingresos de las canastas familiares de los hogares ocasionan que las madres no tengan acceso a una información adecuada y a los controles prenatales adecuados por el costo que estos implican en temas de traslado o algunos medicamentos, descuidando también su alimentación siendo para ellas la prioridad el alimento de cada día por más precario que sea y dejan de lado la atención que deben darle a su estado de salud.
- Equidad de género: la condición subordinada de la mujer frente al hombre dentro y fuera del entorno familiar limita sus oportunidades de aprendizaje, capacidad de acción en su familia y comunidad. Así mismo en la capacidad de toma de decisiones e independencia, por razones de vergüenza callan sobre su dolencia.
- El estado civil de la mujer es importante ya que si no tiene el apoyo del conyugue es difícil que tenga los cuidados necesarios, por otro lado, la convivencia con la pareja puede desencadenar sucesos de violencia física y psicológica que afectan rotundamente el estado emocional y la salud de la mujer. (43)
- Alimentación: la madre debe estar debidamente alimentada y con los cuidados necesarios durante su embarazo, en muchos casos no se da de esta manera, mayormente en las zonas rurales que por situaciones de pobreza y bajas prácticas de salubridad la mujer no se encuentra bien nutridas siendo más propensos a desarrollar enfermedades posteriormente.

c) Barreras socioculturales.

- Les atribuye mucho respeto e importancia a las prácticas culturales, medicina tradicional y no reconocen la gravedad del problema de salud por sus convicciones culturales, confiando mayormente en estas prácticas que en una revisión médica.
- Sus creencias religiosas hacen que confíen en una sanación divina y no le dan la merecida importancia a su dolencia.
- Los centros de salud no respetan sus costumbres ancestrales y no promueven una orientación en salud materna acorde a su realidad a las que las gestantes puedan acceder sin problemas.
- El lenguaje utilizado por las madres de zonas rurales no es compartido por el personal de salud, entonces ellas no logran entender la información correspondiente a los síntomas de alerta que deben tomar en cuenta.
- Los valores que practican de forma individual y colectiva hacen que la madre tome ciertas actitudes de desinterés y falta de autoestima y se descuida con respecto a su salud.

✓ Segunda Demora: Decidir sobre la búsqueda de atención.

- No entendimiento de las complicaciones.
- Las madres no están debidamente informadas sobre las complicaciones del embarazo y la gravedad de estas. Por limitaciones de lenguaje también es que las mujeres gestantes no entienden las indicaciones correspondientes.

a) Aceptación de la muerte materna

- Frente a todas las adversidades que se presentan la madre al igual que su familia se resignan y esperan la muerte de la mujer sin hacer nada al respecto. En algunos casos justifican esa resignación con la frase de que ya le toco morir y basándose a sus creencias religiosas aducen que es voluntad de Dios y no hacen nada más por la mujer.

b) Capacidad de tomar decisiones

- Algunas mujeres no tienen la suficiente capacidad de tomar decisiones sobre su cuerpo y su salud derivando esta responsabilidad a su esposo o a sus padres en caso de menores de edad.
- El esposo tiene el poder de tomar la decisión por la mujer gestante y él decide si debe acudir al centro de salud o no, promoviendo de esta manera una conducta machista.
- Los esposos no toman la decisión de llevarlas al centro de salud porque piensan que es una pérdida de tiempo, deducen que la mujer solo debe preocuparse en las labores del hogar incrementando la inequidad de género.
- Violencia familiar: cuando la mujer es víctima de violencia física y/o psicológica se reducen las probabilidades de que tengan una buena capacidad de tomar decisiones, ya que por miedo a las reacciones negativas de su pareja permanece en silencio sobre la dolencia que la aqueja y no acude al centro de salud solo por evitar discusiones y “llevar la fiesta en paz”.
- Las relaciones inter e intrafamiliares que se dan en el hogar con los hijos y conyugue empodera o excluye a la mujer para tomar decisiones en su familia y a su comunidad, pues no se le da la consideración que le corresponde.

c) Comportamiento durante el embarazo.

- La actitud de la madre frente a los síntomas de alarma debe ser de preocupación y buscar soluciones, existen casos que la madre por descuido o desinterés no hace caso a las situaciones que podrían atentar contra su vida.
- La madre debe tomar con total responsabilidad el embarazo y comprometerse a ser partícipe de los cuidados correspondientes.

✓ Tercera Demora: En llegar al establecimiento de salud.

a) Limitación geográfica.

- Las distancias que existen desde el domicilio de la gestante y el centro de salud son muy largas.
- En algunos casos no existen infraestructura vial ni comunicaciones que faciliten el traslado de la paciente.
- En las zonas más alejadas los medios de transporte son escasos, o se hace uso de caballos o mulas lo cual agrava la situación de la paciente por los movimientos bruscos y la lentitud en que estos animales se desplazan.

b) Limitación económica

- Los costos del traslado de la paciente muchas veces sobrepasan a los ingresos de la familia y no cuentan con ese dinero por lo cual no la llevan al centro de salud.
- Un traslado al centro de salud y la atención médica posterior atenta muchas veces con los ingresos familiares de estos hogares y deciden no llevarlas a atenderse.

c) Falta de organización de la comunidad

- La comunidad no está organizada debidamente para tener un sistema de traslado para emergencias de salud.
- No hay un mecanismo donde se informe al centro de salud sobre las limitaciones más frecuentes de su comunidad.
- Los comités de vigilancia en salud de la comunidad deben organizarse para hacer guardias en caso de emergencias nocturnas y facilitar el traslado.

✓ Cuarta Demora: En recibir atención adecuada y oportuna(23).

2.3 Marco Conceptual

Se cuenta con antecedentes que datan desde el 2004 al 2009 resultados que han contribuido a este trabajo de investigación entre los que se cuenta: La reducción de la MM no es solamente un asunto de efectividad en las unidades de salud, sino también un asunto de justicia social, la mayor parte de las acciones llevadas a cabo son principalmente dirigidas al sector salud, pero incluso estas no tienen alcance global y solo se aplican en algunos sitios(44). Además, se encontró que personal de enfermería considera, que algunas prácticas culturales son inadecuadas pues son causas de MM (45), sin embargo las razones por las cuales las parteras se iniciaron en la práctica es por la insuficiente cantidad de personal de salud considerando que las parteras son útiles y beneficiosas para los cuidados prenatales (46) y que las principales razones para adherirse a éstas prácticas eran el respeto a la tradición (47), encontrándose un complejo sistema de cuidados, normas sociales, lo que es y no es permitido para la embarazada y púérpera(48), donde hay un hecho sanitario desligado de la realidad social y cultural, desconocimiento del personal de salud sobre las expectativas, necesidades y demandas de las mujeres; por lo que se hace un llamado a entender y comprender los legados ancestrales para la recuperación del parto (49), además que, las prácticas de cuidado en estas púérperas reportaron que aún están orientadas por la familia, especialmente por las mujeres: madres, abuelas y suegras(50); y por otro lado, una visión andina indígena que parte del principio “estar bien” “buen vivir” “Allicai” en equilibrio con la naturaleza, los otros humanos y los otros seres vivos (51). Durante el puerperio destacan: la teoría del desbalance térmico, ya sea abrigándose bien, realizando sahumeros, baños calientes consumir alimentos calientes, consumir gallina (52), para sacar el frío y los residuos de la sangre producto del parto y procurar la contracción de útero(53). El pensamiento dual de abrir y cerrar el vientre, donde las mujeres

aprietan el abdomen con un sábana o faja para cerrar los músculos y la partera le sobaba, aplicaba masajes y apretaba la espalda para que se cerraran bien los huesos de la espalda (54), acomodar el útero, guardar reposo, evitar hacer fuerza y tener relaciones sexuales(55). Finalmente se refiere que comunidades indígenas afirman que el actuar del médico va contra sus creencias y costumbres, que desconocen y subestiman las prácticas culturales y por lo tanto el riesgo de MM en este grupo es tres veces más alto(56).

CREENCIA.

Las Creencias son los filtros predisuestos, organizados, de la percepción del mundo, planteamientos preformados y pre organizados de la percepción, que filtran de manera coherente nuestra comunicación con uno mismo, si coherentemente se juzga cierta una cosa, es como si se transmitiera al cerebro una orden acerca de cómo debe representarse lo que sucede, comunica una orden directa al sistema nervioso; las cuales pueden ser la fuerza más poderosa para hacer el bien en la vida, o ser tan devastadoras como negativas (57). Es decir, la creencia proporciona la seguridad básica para actuar sin pensar mientras se cree no se piensa. Sólo cuando surgen huecos en las creencias aparecen de verdad las ideas cuya labor es sustituir la inestabilidad, ambigüedad, duda, por un mundo estable y dotado de sentido. Al estar sin una creencia firme, es decir, hay duda si las cosas son así o de otro modo, no hay más remedio que hacerse una idea sobre la realidad. Las ideas, pues, se construyen, se elaboran, precisamente porque no se cree en ellas; en suma, existe una creencia que da estabilidad, pero una nueva situación lleva a la crisis aflorando en la duda y produce inestabilidad. La duda da inseguridad sobre lo que se cree, hace aparecer al pensamiento, la razón. Ideas que se consolidan, que se funden con la realidad y se enriquecen de historia y que se tornan de nuevo en creencias. La creencia tiene tres características: en primer lugar, son irracionales, dado que

se piensan en ellas y actúan sobre uno de forma inconsciente. En segundo lugar, básicas en la conformación de la vida de todo hombre. En tercer lugar, impersonales, pues ni inconscientemente se generan, sino que vienen dadas por la sociedad (25).

Las creencias se originan: La primera fuente es el ambiente que rodea., el ciclo según el cual el éxito llama al éxito y el fracaso incuba al fracaso; la segunda fuente son los acontecimientos, grande o pequeños que pueden dar formas a las creencias. En la vida hay acontecimientos inolvidables, que forman las creencias capaces de cambiar la vida, la tercera forma de fomentar las creencias es a través del conocimiento, por medio de la lectura o de las películas, es decir ver el mundo tal como lo han reflejado otras personas. La cuarta manera en que se crean resultados es a través de nuestros resultados anteriores, aunque sólo haya sido una vez. La quinta manera de establecer creencias consiste en representarse mentalmente la experiencia futura como si ya se hubiese realizado (57).

Creencia Social

Manera en que se forman impresiones, juicios y explicaciones sobre hechos que suceden en la sociedad. Su origen se explica en primer lugar por el hecho de que la mayoría de los miembros del grupo experimentan necesidades comunes, porque comparten una misma situación o asumen un mismo rol (58).El sistema de creencias son analizadas en el devenir de las ciencias sociales como portadoras del sentido de la interacción humana. Se elaboran a través de procesos que desde la interioridad subjetiva se proyectan a las relaciones con los “otros” y, desde ese ámbito, reconfiguradas, vuelven a moldear lo creído subjetivamente, y generan de esa forma secuencias inacabadas y recursivas, confluyendo historias personales y circunstancias, cuyos efectos orientan las conductas de los hombres. En efecto, su función es

satisfacer la necesidad que tiene el hombre de comprender el sentido de su vida y del mundo que comparte con sus semejantes.

La creencia en el ámbito subjetivo y objetivo.

Las creencias compartidas y aceptadas por los miembros de una comunidad, pueden ser distinguidas en dos facetas posibles de dissociar analíticamente. Una, la faz “subjetiva o individual”, la otra, la “objetiva o colectiva”. Esta dualidad, en el proceso de elaboración por el sujeto, conforma una unidad inseparable, sin perjuicio de que en cada hombre y contexto social gravite una más que otra y puede llamarse institución “a todas las creencias y a todas las formas de conducta instituidas por la colectividad”. Por un lado, la sociedad presenta una realidad objetiva y, por otro lado, los sujetos son los portadores del sentido. Sociedad e individuo conforman una misma realidad o fenómeno y el individuo las internaliza a través del proceso de socialización (59).

INTERCULTURALIDAD.

Interculturalidad en Salud es la relación de respeto que se establece entre las personas de diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad. De un lado, por la profesionalización de la medicina que genera una cultura médica diferenciada difícil de acceder y por otro lado el encuentro médico que se da entre personas de diferentes culturas y se da con las minorías étnicas o pueblos indígenas (5). La existencia de una pluralidad de grupos étnico-culturales con conocimientos, prácticas, recursos y terapeutas propios y distintos del sistema de salud oficial, ha generado en sus agentes de este último, conductas discriminatorias y relaciones autoritarias en perjuicio de los sistemas de salud tradicionales y de los miembros de estos sectores de la población que son rechazados, menos valorados y excluidos de las ventajas de los avances científicos de la

medicina occidental. Es necesaria la aplicación del principio de relevancia a través de la adopción de medidas de discriminación positiva, tales como:

- Promover en los agentes del sistema de salud occidental actitudes de respeto a la diferencia y la diversidad, así como el reconocimiento y valoración de la contribución de las medicinas tradicionales.
- Asegurar la interacción entre los agentes de los diversos sistemas de salud para promover la complementariedad y el enriquecimiento mutuo.
- Incorporar estrategias para la identificación de factores protectores, individuales y colectivos, sociales y culturales que potencialmente puedan contribuir a incrementar las condiciones que sean favorables a los estados de salud de los miembros de las comunidades étnico culturales.

La política de interculturalidad para el Perú puede apuntar como meta a:

- Preservar nuestra rica pluriculturalidad.
- Buscar el logro de la equidad cultural mediante la práctica de una democracia cualitativamente superior.
- Avanzar en el logro del conocimiento mutuo entre los peruanos de distinta cultura.
- Además de libertad, autonomía, democracia, etc.

En conclusión la interculturalidad en el ámbito de la atención a la salud, se expresa desde la relación y el diálogo proveedor usuario, fundamentada en el respeto a la diferencia de tolerancia que conduzca a la solidaridad, democracia cultural que incorpora la opinión del usuario, consulta, consenso, y convergencia a objetivos comunes para construir una sociedad justa, este enfoque también obliga a que las mujeres, en este caso participen activamente

como agentes de cambio desde su propia realidad en la medida que sus capacidades son desarrolladas (5).

PRÁCTICA.

En medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas, basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales (9).

PATRONES FAMILIARES

La Familia es la unidad básica de la sociedad. Los valores culturales pueden condicionar la comunicación dentro del grupo familiar, la norma en cuanto al tamaño familiar y los papeles específicos de los miembros de la familia. En algunas familias es el hombre la fuente de sustento y quien toma las decisiones, algunas familias son matriarcales; es decir, la madre o la abuelas son consideradas líder de la familia y responsable de tomar decisiones (60).

MORTALIDAD MATERNA. Según la OMS la define como: la muerte de toda mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días completos de terminado el embarazo, independientemente de la duración, localización, de cualquier causa relacionada o agravada por la gestación o su manejo, pero no por situaciones accidentales o incidentales (61). La muerte de una mujer durante el proceso grávido-puerperal puede clasificarse en los siguientes tipos:

➤ Muerte materna directa.

Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados (62). Constituyen el 83% del

total de muertes, las más frecuentes en países desarrollados son: hemorragia, infección, toxemia, parto obstruido y aborto inducido, siendo la hemorragia la responsable de más de la mitad de los decesos. (63)

➤ Muerte materna indirecta.

Son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad preexistente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo (4).

Muerte materna incidental o accidental.

Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. La MM incidental o accidental no se considera para el cálculo de razón o tasa de MM(4).

ENFOQUES.

Las evidencias señalan que las intervenciones para la reducción de la MM, tiene que asegurar a las mujeres una maternidad voluntaria, disminuir las brechas que generan las cuatro demoras y garantizar la adecuada atención de las emergencias obstétricas. El abordaje de estos enfoques, es interdependiente e integrador, a fin de asegurar servicios calificados y accesibles, en donde la calidad se constituye de un lado, en una obligación ética y un compromiso del Estado y el cuidado de la salud en una corresponsabilidad del ciudadano y de la sociedad civil. La muerte de mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y la mortalidad perinatal, merece

la más seria atención por parte de todas las instituciones y todos los individuos ya que, directa o indirectamente, se encuentran involucrados (5).

Desde el derecho y la justicia social.

Los derechos humanos (DDHH) básicos; del individuo en relación con la comunidad; así como las condiciones y límites con que estos derechos deben ejercerse, sin distinción alguna, deben permitir a cada individuo el desarrollo de un proyecto de “vida propia”; sin embargo, en el Perú como en muchos otros países, la MM, está fuertemente asociada al problema de la maternidad no voluntaria, ya sea por presión social hacia la realización de la mujer con la maternidad, por falta de acceso a métodos de planificación familiar y en otros por violencia sexual o familiar. Cuando se mira más detenidamente y en profundidad lo que hay detrás de las MM se descubre un mundo de privaciones de la dignidad humana. Este hecho las convierte en uno de los ejemplos más claros de inequidad dentro de los países que tienen, por un lado, altas tasas de mortalidad materna-perinatal y, por otro, problemas persistentes de acceso desigual a los recursos de la salud, etc. Por todas estas razones, la MM es una cuestión de derechos humanos y se ubica en primera línea en los debates sobre los derechos económicos, sociales, y culturales (DESC) (5).

Desde el enfoque de los Determinantes Sociales: Familia y Comunidad.

Hoy se sabe que la primera y segunda demora: se dan en la Familia de la gestante, asociadas mayormente a dinámicas sociales relacionadas con la toma de decisiones y el rol de la mujer; de igual modo la tercera demora, se da en la comunidad donde la mujer vive, asociadas a disponibilidad y manejo de recursos; estas tres demoras se hacen aún más relevantes y críticas en zonas de población dispersa, de pobreza y pobreza extrema y de minorías étnicas. La

Familia y Comunidad, constituyen elementos de vital importancia de los factores sociales determinantes de la salud materna y se propone una atención especial y preferente. (64)

EMBARAZO.

Periodo comprendido entre la concepción y la expulsión completa de los productos de la concepción, siendo su duración de 280 días, 9 meses calendarios o 10 meses lunares.

Embarazo de alto Riesgo: es aquel en el que la vida o la salud de la madre o el feto están en juego debido a un trastorno concurrente o único del embarazo (7).

Etapas del embarazo.

➤ Primer Trimestre.

Durante las primeras semanas del embarazo, las molestias suelen ser más intensas debido a los profundos cambios hormonales, especialmente por el aumento rápido de la hormona gonadotropina coriónica humana (HGC) producida por la placenta. Esta alteración puede provocar náuseas, vómitos, aversión a ciertos alimentos y olores, así como fatiga extrema, somnolencia, cefaleas y mareos. En el segundo mes, estos síntomas se intensifican, presentándose además aumento de la salivación y posibles desvanecimientos. En casos severos, los vómitos pueden derivar en desnutrición. También pueden aparecer cambios en la mucosa bucal y las encías, favoreciendo la aparición de caries. Además, es común experimentar palpitaciones, ligeros aumentos en la frecuencia respiratoria y mareos. Las mamas comienzan a cambiar: aumentan de tamaño, presentan nódulos palpables, oscurecimiento de la areola y mayor sensibilidad. Durante el tercer mes, el riesgo de aborto es más alto, por lo que se recomienda evitar esfuerzos físicos, el consumo de alcohol, viajes largos y mantener relaciones sexuales con menos frecuencia. Si se presentan dolores

similares a los menstruales o hemorragias, aunque sean leves, se deben extremar las precauciones. (10).

➤ Segundo Trimestre.

Es el más llevadero y el menos peligroso. El riesgo de aborto disminuye considerablemente, los vómitos cesan. En el cuarto mes se produce un aumento del peso de la madre, el cual hay que controlar. Pueden aparecer trastornos en la digestión a causa de una hormona llamada progesterona; ésta se hace más perezosa y provoca con frecuencia estreñimiento. Durante este período se pueden practicar deportes que no supongan demasiado esfuerzo. A partir del quinto mes, cuando ya son evidentes los movimientos fetales, el control del peso se hace imprescindible, ya que su aumento comienza a ser considerable. En el sexto mes es frecuente encontrar anemia en la embarazada. Los tipos de anemia que pueden aparecer durante la gestación son: La anemia ferropénica es la más frecuente, debida a una deficiencia de hierro. Por eso, como se ha dicho antes, es necesario un aumento de este mineral sobre todo a partir del quinto o sexto mes de gestación. La anemia megaloblástica es menos frecuente, pero sus consecuencias son más peligrosas para la madre y para el feto. Son causadas por la disminución del ácido fólico. Esta deficiencia se puede evitar con una dieta rica en verduras frescas y proteínas animales, que son las principales fuentes del ácido fólico. Las glándulas mamarias continúan aumentando de tamaño, por lo que deben cuidarse y prepararse para la posterior lactancia para evitar cierto tipo de grietas. En este mes es recomendable asistir a los cursos del denominado parto psico-profiláctico o parto sin dolor (7).

➤ Tercer Trimestre.

En el séptimo mes, se ha transformado considerablemente. Empieza a notarse sobremanera el tamaño del útero, lo que hace, en ocasiones, difícil encontrar una postura cómoda y adecuada

para el descanso; la piel de la embarazada sufre cambios. Empiezan a aparecer manchas de color del café con leche en la frente y en las mejillas. Hay un aumento de la pigmentación de los genitales externos. Ninguno de estos cambios es motivo de preocupación, ya que desaparecen por sí solos después del parto. A estas alturas del embarazo el sistema urinario se ve especialmente alterado. Ante la toxemia gravídica es fundamental vigilar la tensión arterial y observar con detalle la aparición de edemas, aunque la única forma de luchar contra ella radica en el esmerado control de las gestantes, es decir, en la profilaxis. Se deben tener en cuenta los aumentos rápidos de peso y los análisis que indiquen la presencia de albúmina en la orina (4).

FACTORES DE RIESGO.

En el pasado se evaluaban los factores de riesgo sólo desde el punto de vista médico, obstétrico o fisiológicos adversas. Hoy en día se vienen utilizando una perspectiva más amplia del embarazo de alto riesgo, cuyos factores se agrupan en categorías amplias:

- Factores biofísicos: se origina dentro de la madre o del feto y afectan el desarrollo o el funcionamiento de unos o de ambos como:
 - ✓ Consideraciones genéticas, interfieren con el desarrollo normal, fetal y redundan en anomalías congénitas o crean dificultades para la madre, anomalías cromosómicas transmisibles, embarazos múltiples, feto macrosómico, incompatibilidad ABO.
 - ✓ Estado Nutricional, la nutrición adecuada, sin la cual el desarrollo y el crecimiento fetal no pueden progresar de forma normal, influenciadas por situaciones tales como pacientes de corta edad, tres embarazos en dos años anteriores, uso de tabaco, alcohol o droga, enfermedades crónicas o problemas con los alimentos.

- ✓ Trastornos médicos y obstétricos: complicaciones del embarazo actual y embarazos anteriores, las causas principales atribuibles al embarazo difieren en todo el mundo, sin embargo han persistido tres causas principales: trastornos hipertensivos, infecciones y hemorragia (8):
- Desde el punto de vista global y sobre todo médico la clasificación del riesgo obstétrico se puede dividir en las siguientes clases:
 - ✓ Hemorragia preparto. Antes de las 24 semanas, una hemorragia vaginal puede desembocar en aborto. Después el feto se considera viable. La hemorragia tras las 24 semanas se conoce como hemorragia pre parto y las dos causas principales proceden de la placenta (7)
 - ✓ Desprendimiento de placenta. Si la placenta se desprende del útero, se producirá hemorragia, la sangre se acumula hasta derramarse por el cuello del útero y va acompañado de dolor intenso y contracciones uterinas. (7)
 - ✓ Placenta previa. Cuando la placenta está adherida a la parte inferior de la pared del útero, si se encuentra total o parcialmente sobre el cuello uterino, puede resultar peligrosa durante el parto, al provocar hemorragia e interrumpir la circulación sanguínea del feto (7)
 - ✓ Diabetes. Si la embarazada tiene diabetes mellitus debe asegurarse de tener bajo control su situación antes de quedarse embarazada, para que las posibilidades de tener un hijo sano y un parto normal sean lo más altas posibles. Hay mujeres a quienes se les diagnostica, un tipo de diabetes mellitus gestacional que se desarrolla sólo durante el embarazo y que suele desaparecer poco después del parto. Los riesgos de este tipo

de diabetes son menores y raramente se precisa insulina; con reducir la ingesta de azúcar suele ser suficiente (4)

- ✓ El embarazo ectópico. Se desarrolla fuera del útero, en las trompas de Falopio, ovarios, en el cuello uterino, o en órganos intra abdominales, puede provocar dolor abdominal por el crecimiento del embrión en la trompa o por una hemorragia abdominal interna. Los riesgos de padecer embarazos ectópicos, son una historia anterior de infección pélvica, el uso de un dispositivo intrauterino y embarazo ectópico previo (7)
- ✓ Hipertensión. Es la aparición de la presión por encima de 140/9mmHg, en una gestante sin diagnóstico previo, después de las 20 semanas de embarazo. Si existe hipertensión previa al embarazo, requiere chequeo médico y tratamiento antes de la gestación. Posiblemente requiera cambio de fármacos y un seguimiento de la función renal. Con el seguimiento adecuado es factible tener un embarazo y parto normal. Si durante el embarazo desarrolla hipertensión gestacional, puede requerir tratamiento ambulatorio u hospitalario, dependiendo de la severidad. En ocasiones se requiere adelantar el parto, mediante inducción o cesárea, para prevenir complicaciones para la madre y el feto. Un aumento de la presión arterial a partir de la semana 20 del embarazo puede ser síntoma de preeclampsia. (7)
- ✓ Factores psicosociales.
Consumo de cafeína, alcohol, drogas y tabaco éste último conlleva al aumento de la tasa de abortos espontáneos y a la incidencia de rotura prematura de membrana (RPM).
- ✓ Situación psicológica, incluye situaciones como trastornos intrapsíquicos específicos y estilos de vida adictivos, historia de maltrato infantil o conyugal, sistemas de apoyo inadecuado, disfunción o disolución familiar, cambios o conflictos en el papel de

madre, falta de cumplimientos de las normas culturales o prácticas culturales étnicas o religiosas arriesgadas y crisis situacionales (8).

- Factores sociodemográficos / Determinantes Sociales. La relación entre las condiciones de vida de las personas y su estado de salud estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales, el mejoramiento de la alimentación, la provisión de agua potable, el manejo adecuado de sistemas de eliminación de excretas y el uso de mejores materiales en la fabricación de las viviendas favorecieron el aumento de la esperanza de vida y disminución de la mortalidad infantil y MM (65).
- Falta de cuidado prenatal: El no diagnosticar y tratar las complicaciones de forma precoz es factor de riesgo principal que surge de barreras financieras o carencia de acceso a la atención, la despersonalización del sistema causada por la larga espera, disminución de las visitas habituales, cambios en el personal sanitario y el entorno típico desagradable , falta de comprensión de la necesidad de cuidados oportunos y continuados o creencias culturales que no apoyan la necesidad, temor hacia el sistema de atención sanitaria y sus proveedores (66)

CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DURANTE EL EMBARAZO.

El mantenimiento de la salud durante la gestación implica un equilibrio y una armonía en sus relaciones con el ambiente social, físico y espiritual, variables como el grado de aculturación, niveles educativos, ingresos, grado de contacto con las generaciones mayores tienen influencia en la intensidad con que las costumbres se practican. Es por eso que el personal de salud debe brindar cuidados que tomen en cuenta los aspectos culturales, las prácticas y creencias apoyando y fomentando aquellas creencias que promuevan la adaptación física y emocional y evaluar a las pacientes para que les puedan ofrecer una atención individualizada

y apropiada. Si llegase a identificar prácticas que pueden ser peligrosas se debe explorar con cuidado y hacer uso de ella con propósito de re educación y procesos de modificación del comportamiento (8).

✓ Época pre hispánica.

El antojo de la mujer embarazada se creía, que era una manifestación de las necesidades del niño a través de su madre y de no cumplirlo, el producto sufriría. Las supersticiones, como hacer uso de objetos dotados de un contenido simbólico así, para ayudar a la continuidad del embarazo se recurría a la piedra imán, llevándola consigo la embarazada debajo de la axila o la jaculatoria impresa en una oblea o papel que comían las embarazadas, aún a la hora del parto, para combatir los sustos y miedos de las mujeres gestantes, consumían una bebida calificada como antiepiléptica compuesta, de láudano, que contiene vino blanco, azafrán, canela y jarabe de rosa y se debía tomar una cucharadita de tiempo en tiempo. El fajamiento se practicaba para evitar que “suba la criatura” o para que “no se agarre en las entrañas del pecho. Que el abuso de las relaciones sexuales durante el embarazo podría provocar un aborto. Por su parte, la mujer embarazada frecuentemente veía al cirujano con repugnancia y lo consideraba como un verdugo, depositando toda su confianza en la comadrona (67).

✓ Hispanos.

Se busca la atención prenatal tarde, se somete a la fuerte influencia de su madre o de su suegra, el aire frío en movimiento se considera peligroso, se evita la leche porque produce niños muy grandes y partos difíciles, el examen pélvico practicado por un examinador masculino puede ser inaceptable o atemorizante. Las mujeres usan hierbas para tratar algunos malestares comunes del embarazo, ejemplo la infusión de manzanilla asegura un parto efectivo.

✓ Afroamericanos.

Se piensa que el embarazo es un estado de “buena salud”, por lo que hay un retraso en la búsqueda del cuidado prenatal, en especial en los miembros de bajos ingresos, las creencias populares como: tomar a la gestante una foto le puede producir un aborto, estirarse para coger cocas hará que el cordón estrangule al bebe, la madre tendrá antojos por ciertas comidas, se da el caso de automedicación en numerosos malestares del embarazo (8).

✓ Asiáticos.

El embarazo es el tiempo en que la mujer “tiene la felicidad en su cuerpo” y es algo natural, prefieren ser atendidas por proveedoras de salud femenina, consumir sopas preparadas con raíz de singseng como tónico para la fuerza general, se excluye la leche de la dieta, se piensa que ocasiona malestar estomacal, se piensa que la inactividad o dormir hasta tarde ocasiona partos difíciles, la madre cree en la teoría del calor y del frío.

✓ Caucásicos.

El embarazo es una situación que requiere atención médica para garantizar la salud, se hace énfasis en la atención pre natal temprano y la ciencia nutricional, cuentan con programas de educación para la maternidad y se estimula la participación, orientados hacia la tecnología y se aprecia la participación del padre.

✓ Indígenas americanos.

Se considera al embarazo un proceso normal y natural, el cuidado pre natal es tardío, la madre evita levantar objetos pesados, se utilizan infusiones de hierbas.

✓ Perú.

Para la atención de la gestación coexisten la atención profesional y empírica con algunas creencias y prácticas de algunas culturas, del Perú.

EL PARTO.

El parto es la expulsión o extracción fuera del útero del producto de la concepción de 22 o más semanas de edad gestacional y de 500 gramos a más de peso. La dilatación y el parto representan el final del embarazo y el comienzo de la vida extra uterina del recién nacido. Siendo los cinco factores que afectan el trabajo de parto: pasadizo o canal de parto, pasajero o feto y placenta, poderes o contracciones, posición de la madre y respuesta psicológica de la madre (10).

Etapas del parto.

➤ Dilatación.

Tiene como finalidad dilatar el cuello uterino, las contracciones uterinas empiezan a aparecer con mayor frecuencia, aproximadamente cada 3 - 15 minutos, con una duración de 30 segundos o más cada una y de una intensidad creciente. La duración de este periodo es variable según si la mujer ha tenido trabajos de parto anteriores, en el caso de las primerizas hasta 18 horas, la etapa termina con la dilatación completa (10 centímetros) y borramiento del cuello uterino (10).

➤ Expulsión.

Es el paso del recién nacido a través del canal del parto, desde el útero hasta el exterior, gracias a las contracciones involuntarias uterinas y a poderosas contracciones abdominales o pujos maternos. En el período expulsivo : la fase temprana no expulsiva, en la que la dilatación es completa, y no existe deseo de pujar ya que la presentación fetal no ha descendido y la fase avanzada expulsiva, en la que, al llegar la parte fetal al suelo de la pelvis, se produce deseo de pujo materno. Es deseable no forzar los pujos hasta que la madre sienta esta sensación, para no interferir con el normal desarrollo del parto (10).

➤ Alumbramiento.

Comienza en la expulsión de la placenta, el cordón umbilical y las membranas; esto lleva entre 5 y 30 minutos. El descenso del cordón umbilical por la vulva después del parto es una indicación del desprendimiento final de la placenta. Para muchos autores en el alumbramiento termina el período del parto, pero otros consideran un cuarto periodo que sería el de recuperación inmediata y que finaliza dos horas después del alumbramiento (10).

➤ Complicaciones.

✓ Hemorragias post parto (HPP).

La HPP es la causa directa principal de muerte materna en países en desarrollo, la mayoría de casos ocurren dentro de las 24 horas después del alumbramiento. Se define como el exceso de pérdida de sangre mayor a 500 ml, después del nacimiento de un bebé y la HPP severa es la pérdida de sangre mayor a 1000 ml (10).

✓ Placenta retenida.

Alumbramiento placentario que no ocurre luego de 30 minutos postparto, con abundante sangrado. La retención de placenta se presenta de 5 a 10% de los que de otra forma serían partos normales, se incrementa con partos prematuros o difíciles, y también en el caso de infecciones bacterianas. La placenta no debe removerse manualmente debido a posibles lesiones en el útero y el riesgo de una esterilidad permanente. Se deben enfocar esfuerzos en tratar de evitar las infecciones y estimular las contracciones uterinas (10).

✓ Eclampsia.

La eclampsia es la aparición de convulsiones o coma durante el embarazo en una mujer después de la vigésima semana de gestación, el parto o en las primeras horas del puerperio sin

tener relación con afecciones neurológicas. Es el estado más grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo considerándose como la primera causa de muerte materna (10).

Algunas de las recomendaciones clave para disminuir la MM en el parto son:

- ✓ Intervenciones de involucramiento de los hombres.
- ✓ Intervenciones destinadas a sensibilizar sobre los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos
- ✓ Implementar casas de espera u hogares de espera materna (HEM)
- ✓ Adaptación cultural de los servicios de atención de maternidad
- ✓ Participación de la comunidad en la vigilancia y respuesta a la mortalidad materna
- ✓ Esquemas de transporte organizados por la comunidad (68)
- Creencias y prácticas del parto en las diferentes culturas.

CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DURANTE EL PARTO.

- ✓ Pre hispánico.

Hacían uso de escapularios, amuletos y jaculatorios que se encontraba impresa en una faja con listones de colores que se colocaba sobre el vientre de la parturienta, así mismo usaban velas llamadas de “Nuestra Señora de la Consolación”, de “Nuestra Señora de la Luz” y “San Ramón Nonato”, así como la medalla de este último santo. A la hora del parto la vela debía encenderse y la parturienta tenía que colocarse la medalla al cuello, la piedra cándar, o piedra cuadrada dicen que tiene muchas virtudes como remediar los dolores de cabeza, las punzadas, los cólicos, aliviar el asma, contra la melancolía y para facilitar el parto y por esta razón la agujeran, y lo llevan colgada en el cuello, el uso del Palo de Fresno, “puesto sobre el vientre que parirá o, excremento de caballo desleído en vino, y bien colado, y beber medio cuartillo, que aunque la criatura esté muerta, la arrojará con facilidad”.

El trabajo de parto se llevaba a cabo en el domicilio de la parturienta, se colocaba la comadrona delante de la parturienta y la tenedora o ayudante a su espalda, iniciaban su labor despojando a la parturienta de la ropa innecesaria; ésta se colocaba en la posición adecuada, ya fuera en una silla o de rodillas, y entre la partera y la tenedora presionaban el abdomen de la paciente, de manera que a cada contracción uterina le seguía una fuerte presión por parte de la comadrona, se trataba de un asunto femenino y a nivel casero, donde la atención médica quedaba en manos de las madres, abuelas y, por supuesto, de las comadronas, al empezar el parto, una rosa se colocaba dentro de un recipiente con agua, de manera que cuando la planta hubiera extendido sus ramas, el parto se llevaría a cabo. Las causas a las que se atribuían las dificultades en el parto: movimientos graves del cuerpo, contusiones o compresiones fuertes del vientre; pasiones violentas, antojos y pesadumbres; fiebres, pujos, diarreas, flujos de sangre; estrechez en la vulva; criatura atravesada, débil o muerta y debilidad de la parturienta o temor. Los abortos y partos dificultosos eran causados, según las creencias de entonces, por las constituciones astrales, por el aire o por encontrarse en lugares muy frescos (67).

✓ Hispanos.

Preferían ir a una matrona o comadrona lega y se puede preferir la presencia de su madre o esposo, durante el parto el comportamiento de la mujer es ruidoso.

✓ Afroamericanos.

Se recurre a la “abuela matrona”, se dan variadas respuestas emocionales: algunas gritan, mientras que otras muestran un comportamiento estoico, para evitar llamar la atención, la paciente puede llegar al hospital en una fase avanzada del parto. Con frecuencia otras mujeres ofrecen apoyo emocional, en especial la madre (8).

✓ Asiáticos

La madre es atendida por otras mujeres, en especial su propia madre. El parto se da en silencio.

No es bienvenida la cesárea (8).

✓ Caucásicos.

El nacimiento es un acontecimiento público, dominado por la tecnología, se aprecia el proceso del nacimiento en un escenario institucional, considerándose que el médico es la cabeza del equipo (8).

✓ Indígenas americanos.

La madre prefiere ser atendida por una mujer, aunque el esposo, madre o padre pueden ayudar en el momento del nacimiento, el parto puede ser presenciada por toda la familia, se puede utilizarse hierba para promover la actividad uterina la cual es generalmente en cuclillas (8).

PUERPERIO.

Postparto o cuarto trimestre de embarazo es el período que inmediatamente sigue al parto y que se extiende el tiempo necesario, 40 días para que el cuerpo materno, hormonas y el aparato reproductor femenino vuelvan a las condiciones pre-gestacionales, aminorando las características adquiridas durante el embarazo. En el puerperio también se incluye el período de las primeras 2 horas después del parto (4).

Etapas.

Puerperio Inmediato: comprende las primeras 24 hrs y se ponen en juego los mecanismos hemostáticos uterinos, donde la madre respira tranquilamente, el pulso es lleno-regular-amplio (60-70 por minuto), la presión arterial es normal y a veces algo baja, hay pérdida sanguínea con coágulos entre 100 y 400 ml. El globo de seguridad de Pinard es un índice de buena hemostasia y se produce después de la completa evacuación de la placenta, luego la matriz

reduce su actividad disminuyendo primero la frecuencia de las contracciones y más tarde la intensidad de las mismas, a las 12 horas post parto la frecuencia llega a valores de una contracción cada 10 minutos.

Puerperio Mediato: abarca del 2do al 10mo día, actuando los mecanismos involutivos y comienza la lactancia.

Puerperio Tardío: abarca el día 11 hasta el día 45 (4).

Complicaciones del Puerperio.

- ✓ Infección o Fiebre Puerperal.

Es un problema serio cuyos síntomas son: temperatura superior a los 38 °C, acompañada de escalofríos, intenso dolor en el vientre, loquios amarillentos o verdosos malolientes y en algunos casos hemorragia. Dicho estado es consecuencia de una infección provocada por la falta de higiene en la atención durante el parto o el puerperio o bien porque una parte de la placenta puede haber quedado en el útero.

- ✓ Mastitis puerperal.

Es una infección de la mama que ocurre con la lactancia, usualmente en el curso de los pocos días o semanas que siguen al nacimiento siendo el agente infeccioso más común el *Staphylococcus aureus* (4).

- ✓ Endometritis.

Es el proceso infeccioso más común durante el puerperio, se produce por gérmenes que tienen, como puerta de entrada la herida que queda en la zona del endometrio donde estuvo insertada la placenta y desde ahí la infección se propaga a toda la mucosa endometrial, es más frecuente en mujeres menores de 20 años y en mayores de 40 años (4).

CREENCIAS Y PRÁCTICAS CULTURALES DURANTE EL PUERPERIO.

✓ Hispanos.

Puede restringirse la alimentación: en los dos primeros días sólo se permite leche hervida y tortillas tostadas, alientos para restablecer el calor corporal, la madre tiene tres días de reposo en cama después del parto, se la mantiene caliente y no se le permite el baño, sólo después de 14 días, se protegen la cabeza y los pies de la mujer del aire frío y hay una restricción de 40 días para las relaciones sexuales.

✓ Afroamericanos.

Pueden considerarse el sangrado vaginal como un signo de enfermedad, se prohíbe el baño en bañera y el lavado de la cabeza con champú, se piensa que la infusión de safrán tiene poderes curativos, que comer hígado produce sangrado vaginal más intenso a causa de su alto contenido de sangre (8).

✓ Asiático

La madre debe protegerse del yin (fuerzas frías) durante 30 días, se limita la deambulaci3n, se prohíbe las duchas y los baños, se calienta el ambiente para restablecer el calor corporal, en cuanto a la dieta, usan líquidos calientes, algunas son vegetarianas, las coreanas reciben sopas de algas con arroz, la dieta china es rica en alimentos calientes y evita las frutas y los vegetales (8).

✓ Caucásicos.

Se hace énfasis sobre la creaci3n inicial del vínculo, se aprecian las intervenciones médicas para tratar las molestias, se motivan la deambulaci3n y la actividad tempranas, se aprecia el autocuidado de sí misma (8).

CAPÍTULO III

PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS Y VARIABLE

3.1 Hipótesis

Hipótesis nula (H0): No existe una relación entre Muerte Materna y las creencias-prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016.

Hipótesis alterna (H1): existe una relación entre muerte materna y creencias – prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 – 2016.

3.2 Variables / categorías.

Variable dependiente: muerte materna

Variable independiente: Creencias y prácticas de la familia o persona, que atendieron a la madre fallecida.

3.3 Operacionalización:

Cuadros 1.Operacionalización de las variables

Título: “Muerte materna: creencias y prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016”								
Hipótesis	Definición conceptual de las variables/categorías	Definición operacional de las variables/categorías				Tipo de variables	Escala de medición	Fuente o instrumento de recolección de datos
		Variables/ Categorías	Dimensiones / factores	Indicadores/ Cualidades	Valores Finales			
Hipótesis nula (H0): No existe una asociación entre Muerte Materna y las creencias -prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 - 2016”	Muerte materna. Defunción de una mujer durante el embarazo, parto o durante los 42 días de puerperio, independientemente del sitio y tiempo de duración, relacionada o agravada por el proceso del embrazo, parto y puerperio o atención recibida durante estos	Variable 1. Muerte Materna	Tipo de muerte materna	Directa Indirecta	25 -	Cualitativa	Nominal	Ficha de Investigación epidemiológica de MM del MINSA y datos obtenidos de la encuesta aplicada.
			Causa de muerte materna	Hemorragia Hipertensión Infección	Chi2:0,29 P: >0.05			Cualitativa
			Momento del fallecimiento	Gestación Parto Puerperio	0 8 12	Cualitativa	ordinal	Ficha de Investigación epidemiológica de MM del MINSA y datos obtenidos de la encuesta aplicada.
Hipótesis alterna								

(H1): existe una asociación entre Muerte Materna y creencias-prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 - 2016”			Lugar de fallecimiento	Domicilio Establecimiento Trayecto Referencia	Chi2: 0.429 P: >0.05	Cualitativa	Nominal	Ficha de Investigación epidemiológica de MM del MINSA y datos obtenidos de la encuesta aplicada
			Factores asociados a la persona	Edad	Chi2:0.445 P: >0.05	Cualitativa	Ordinal	Ficha de Investigación epidemiológica de M M del MINSA y datos obtenidos de la encuesta aplicada
			Factores socioculturales	Estado Civil Grado de Instrucción Embarazo fue deseado	Chi2:0.45 Chi2:0.93 Chi2:0.82 P: >0.05	Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Nominal Ordinal Nominal	Ficha de Investigación epidemiológica de M M del MINSA y datos obtenidos de la encuesta aplicada.
			Factores económicos	Lugar de residencia Nivel de pobreza	Chi2:0.412 Chi2:0.732 P: >0.05	Cualitativa Cualitativa	Nominal Ordinal	Ficha de Investigación epidemiológica de MM del MINSA y datos obtenidos de la encuesta aplicada.

			Accesibilidad a los servicios de salud	Casas de espera Signos de alarma Tiempo que demora Cuenta con SIS Conoce sobre plan de parto Distancia al establecimiento más cercano	Chi2:0.82 Chi2:0.28 Chi2:0.72 Chi2:0.82 Chi2:0.92 Chi2:0.52 P: >0.05	Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Nominal Nominal Ordinal Nominal Nominal Ordinal	Ficha de Investigación epidemiológica de M M del MINSA y datos obtenidos de la encuesta aplicada
			Respuesta De Los Servicios de Salud	Condición de APN Persona que Atendió el Parto/aborto. Lugar de Atención del Parto/aborto	Chi2:0.827 Chi2:0.827 Chi2:0.827 P: >0.05	Cualitativa Cualitativa Cualitativa	Ordinal Nominal Nominal	Ficha de Investigación epidemiológica de M M del MINSA y datos obtenidos de la encuesta aplicada
	Las creencias poseen sentimiento de adhesión a algo o a alguien de cuyo sentido es difícil dar razón. En efecto su función es satisfacer la necesidad que tiene el hombre de comprender el sentido de su vida y del mundo que comparte con sus semejantes.	Variable 2. Creencias		¿Cuáles son las creencias en : Embarazo, Parto y Puerperio de la de la familia o persona que atendió a la madre?	C13:058 C34:0.37 C64:0.39	Cualitativa Cualitativa	Nominal Nominal	Datos obtenidos de la encuesta aplicada. Datos obtenidos de la

	Practica Constituyen, el ejercicio en que las personas aplican los conocimientos adquiridos, para ejercer públicamente la destreza adquirida	Prácticas		¿Cuáles son las creencias en: Embarazo, Parto Puerperio de la familia o persona que atendió a la madre?	P1:0.38 P21:0.32 P48:0.44			encueta aplicada.
--	--	-----------	--	--	---------------------------------	--	--	-------------------

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1 Ubicación geográfica.

Cajamarca es una provincia de la sierra norte del Perú, capital de la región del mismo nombre, bajo la administración del Gobierno Regional de Cajamarca. La provincia con una extensión de 2 979,78 kilómetros cuadrados, dividida en doce distritos que son: Cajamarca, Asunción, Chetilla, Cospán, Encañada, Llacanora, Matara, Namora, Baños del Inca, Jesús, Magdalena y San Juan, siendo un total de 47 puestos de salud nivel 1-1, 15 Puestos de salud nivel 1-2, 10 centros de salud nivel 1-3, 4 centros de salud nivel 1-4 y dos hospitales de salud nivel II- 2. Por otro lado, una cobertura de 404 376 habitantes, con una población femenina de 202 877 y con gestantes esperadas 10 883(68).

4.2 Diseño de la investigación

En este estudio se pretende determinar el número de MM en la provincia de Cajamarca durante los años 2012- 2016 a la vez, analizar los factores personales, sociales, económicos de accesibilidad y respuesta a los servicios de salud que influyen en las creencias – prácticas de la familia de la madre fallecida, además describir las creencias y prácticas de la familia o persona que atendió a la madre que falleció cuyo propósito principal es determinar la relación de la MM con las creencias y prácticas encontradas. Se seleccionó la base de datos de MM coordinando con el área de epidemiología de la DIRESA, muertes ocurridas en la provincia de Cajamarca del 2012 al 2016, encontrándose 25 MM en este periodo y al aplicar la fórmula de población finita la población objetivo es de 18.8 a más. Se diseñó un cuestionario el cual fue validado por expertos en la materia. El lugar de la entrevista fue en la vivienda de la madre fallecida por el propio investigador, la cual se ejecutó en la provincia de Cajamarca, en los

distritos de: La encañada, Jesús, San Juan, y Cajamarca, realizados entre los meses de abril, mayo y junio del 2017, en el área urbana como rural. Se obtuvo el consentimiento por escrito de las personas entrevistadas, garantizándose la confidencialidad, dichas entrevistas fueron grabadas, con una duración de 20 a 35 minutos. De las 25 familias objetivos; sólo se llegó a entrevistar a 20 familias o personas que atendieron a la madre fallecida, considerada como MM directa. A la par se entrevistó a madres con características socioeconómicas, geográficas, similares para poder analizar en qué nivel las variables influyen en la MM. Se obtuvo información de los factores anteriormente mencionados y de las variables de estudio: dependiente (MM) e independientes (Creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida), datos que se ubicaron en los antecedentes y marco teórico, y que sirviendo de base para el trabajo. La información recopilada se tabuló en tablas de Excel, para los datos cuantitativos se usó la prueba de chi cuadrado y para los datos cualitativos se usó el Orange- data mining para finalmente ser el análisis de los resultados.

4.3 Métodos de investigación

El método es deductivo, descriptivo, mixto, correlacional, transversal, retrospectivo y analítico predictivo: es deductivo, porque la conclusión se halla implícita dentro de las premisas del trabajo de investigación, descriptivo porque se relata las creencias y prácticas de la familia o persona que atendió a la madre que falleció; mixto; porque se integró el manejo de variables numéricas (datos) con información de naturaleza estadística y cualitativo dada la necesidad de comprender las percepciones, creencias y prácticas de las personas entrevistadas, permitió una exploración detallada de las experiencias personales y los factores subjetivos que influyeron en las decisiones que anticiparon la MM. Correlacional, porque determinó si dos variables muerte materna y creencias, prácticas de la familia o persona que

atendió a la madre fallecida están correlacionadas o no a la muerte materna; transversal porque buscó identificar las creencias y prácticas de la familia o persona que atendió a la madre que falleció satisfactoriamente en un tiempo determinado, y retrospectivo por que hace referencia a un tiempo pasado que para este caso sería años 2012 – 2016 finalmente es analítico predictivo por que exploran patrones encontrados en datos históricos y transaccionales para identificar riesgos y oportunidades asociado con un conjunto particular de condiciones, socioeconómicos- demográficos permitiendo guiar la toma de decisiones para futuros casos o situaciones similares. Este tipo de investigación permitió abordar, los aspectos dinámicos, holísticos e individuales de las experiencias que reflejan las familias o persona entrevistadas, dentro de su entorno, se pudo observar en su cuidado las prácticas que ejecutaban teniendo en cuenta sus creencias culturales que se transmiten de generación en generación. Considerándose criterios de Inclusión como: familia o persona que atendió a la madre que falleció, considerada como muerte directa y Criterios de exclusión como: familias donde hubo muerte materna indirecta, familias que se negaron a participar o familias que al momento de aplicar la entrevista ya no radican ahí.

4.4 Población, muestra, unidad de análisis

El muestreo utilizado fue el discrecional, también llamado deliberado, critico o por juicio es decir se seleccionó con base en el conocimiento de una población o propósito del estudio, en este caso se seleccionó las MM de la provincia de Cajamarca periodo 2012 – 2016 Por lo tanto:

Población: La población estuvo constituía por 25 familias o personas que atendieron a la madre que falleció entre los años 2012 - 2016 en la provincia de Cajamarca.

Muestra: Para la obtención de la muestra, se aplicó la fórmula de población finita.

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

Donde:

N = Total de la población

$Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en su investigación use un 5%).

Aplicando la fórmula el resultado:

$$25 = \frac{25 * 1.96^2 * 0.05 * 0.95}{0.05^2 * (25-1) + 1.96^2 * 0.05 * 0.95}$$

$$= 18.8$$

Llegándose a entrevistar a 20 personas para el caso de MM y para poder medir si las variables de creencias y prácticas influyen en la MM se entrevistó a 15 madres, con las mismas características socioeconómicas.

Unidad de análisis: está constituida por cada una de las familias o personas que atendieron a la madre que falleció y que es considerada como muerte materna directa.

4.5 Técnicas e instrumentos de recopilación de información.

Los instrumentos de recolección fueron: las historias clínicas de las madres fallecidas que fueron proporcionadas por el área de epidemiología de la DIRESA, además del cuestionario

que se elaboró teniendo en cuenta las variables de estudio la cual fue validada y la técnica utilizada fue la visita domiciliaria, donde se entrevistó a la población objetivo.

4.6 Técnicas para el procesamiento y análisis de la información.

Apoyándonos del IBM SPSS Modeler que ayuda a mejorar la prestación de los servicios, aplicar experiencias específicas, el cual deriva en modelos proactivos muy eficaces. Al incorporar el software de IBM SPSS a las organizaciones apoya a predecir eventos futuros y actuar proactivamente según esa información para lograr mejores resultados. IBM SPSS Modeler incorpora la metodología CRISP-DM, este modelo es flexible y se pueden personalizar fácilmente. Las fases de este modelo consisten en:

- a) Comprender el tema a desarrollar comenzando a recopilar información Teórica, en base a los objetivos trazados, considerando los criterios de inclusión y exclusión, apoyándonos en la encuesta y entrevista para obtención de datos.
- b) Comprensión de los mismos (datos obtenidos) para lo cual se descarga esa información en el data Orange – data mining,
- c) Luego a las variables independientes se le da un valor numérico: 1 es MM y 0 no MM es decir se selecciona los elementos (Filas) y los ítems de las respuestas a las variables independientes se da una codificación; P es prácticas y C Creencias es decir la selección de atributos o características cualitativas (Columnas),
- d) A continuación, se elige el modelo, teniendo en cuenta que las variables independientes son varias y cualitativas, y que la variable dependiente también es cualitativa, para la prueba de contraste de hipótesis se aplica el modelo de Regresión Logística, y Excel para representación gráfica de los datos.

e) Para realizar la evaluación del modelo de regresión logística se usó una matriz de confusión y la Métrica de evaluación del modelo de regresión logística, (69) como se especifica a continuación:

✓ Matriz de Precisión:

Una matriz de confusión o matriz de error es un método de visualización para los resultados del algoritmo clasificador, este se puede usar con cualquier algoritmo clasificador, como Naive Bayes, modelos de Regresión logística, árbol de decisiones etc.

Diseño de la matriz de confusión.

En una matriz de confusión, las filas representan los valores previstos de una clase dada, mientras que las columnas representan los valores reales de una clase determinada, o viceversa. Esta estructura de cuadrícula es una herramienta práctica para visualizar la precisión de la clasificación del modelo al mostrar el número de previsiones correctas e incorrectas para todas las clases una al lado de la otra.

Cuadros 2. Matriz De Confusión

		ACTUAL	
		Positivos (1)	Negativos (0)
Predicción	Positivos (1)	TP	FP
	Negativos (0)	FN	TN

Donde;

- ✓ Verdaderos positivos (TP), es el número de previsiones correctas para la clase positiva.
- ✓ Falsos positivos (FP), son instancias de la clase negativa identificadas de manera incorrecta como casos positivos.
- ✓ Falsos negativos (FN), los casos positivos reales que se dieron como negativos por error.
- ✓ Negativos verdaderos (TN), que son las instancias reales de la clase negativa previstas con precisión. La suma de cada uno de estos valores proporcionaría el número total de

previsiones del modelo. Los valores pueden extraerse de la matriz y conectarse a una serie de ecuaciones para medir el rendimiento del modelo. Esta Matriz nos proporciona:

- ✓ Exactitud (Accuracy): Mide la proporción de instancias clasificadas correctamente sobre el total de instancias:

$$\text{Exactitud: } \frac{\text{TP} + \text{TN}}{\text{TP} + \text{FP} + \text{FN} + \text{TN}}$$

- ✓ Exhaustividad (Recall): o sensibilidad es la proporción de verdaderos positivos sobre la suma de verdaderos positivos y falsos negativos

$$\text{Sensibilidad: } \frac{\text{TP}}{\text{TP} + \text{FN}}$$

- ✓ Precisión: es la proporción de verdaderos positivos sobre la suma de verdaderos positivos y falsos positivos.

$$\text{Precisión: } \frac{\text{TP}}{\text{TP} + \text{FP}}$$

- ✓ Curva ROC (Receiver Operating characteristic): es una representación gráfica de las tasas de verdaderos positivos y falsos positivos a diferentes umbrales de probabilidades. Se utiliza para evaluar la calidad de un clasificador binario.

$$\text{AUC} = \frac{1}{2} (G1 + 1) \text{ Donde:}$$

$$G1 = \sum_{k=1}^n (X_k - X_{k-1}) (Y_k + Y_{k-1})$$

- ✓ Correlación entre las predicciones del modelo y los valores reales (MCC): Es una métrica de clasificación binaria, establece un coeficiente entre la clase verdadera y la predicha. Cuando el valor es más cercano a uno (1) es una correlación entre los valores reales y los predichos

$$MCC = \frac{(TP_xTN) - (FP_xFN)}{\sqrt{(TP + FP)(TP + FN)(TN + FP)(TN + FN)}}$$

f) Finalmente, se pueden generar recomendaciones para la predicción de la Muerte Materna (MM) a partir de los resultados del modelo de regresión logística aplicado. La validación del desempeño del modelo se realiza mediante el análisis de la matriz de confusión, evaluando métricas como la precisión, sensibilidad y especificidad, lo que permite determinar su confiabilidad. A partir de este análisis, se identifican las variables más significativas —principalmente relacionadas con creencias y prácticas— que inciden en la ocurrencia de la Muerte Materna.

Para los datos cuantitativos se usó la prueba del chi-cuadrado esta prueba estadística que se utiliza para evaluar si existe una diferencia significativa entre las frecuencias observadas y las frecuencias esperadas en una o más categoría es decir refleja la existencia o ausencia de relación estadística entre dos variables. No te dice cuan fuerte es la relación significativa o no.

Si el resultado es no significativo es decir $P > 0,05$ las variables son independientes, es decir no hay relación estadística entre ellas.

Si el resultado es significativo es decir $P < 0,05$ las variables están asociadas, es decir hay evidencia estadística de que una variable influye en la otra.

4.7 Equipos, materiales, insumos, etc.

Se hizo uso de movilidad local, como: combis, se contrató a personas que trasladen en moto y auto a personal de salud, para que aplique las encuesta haciendo uso de una grabadora, material de escritorio además de alimentos para uso personal y donación.

4.8 Matriz de consistencia metodológica.

Cuadros N° 03. Matriz de consistencia metodológica.

Título: Muerte Materna: Creencias Y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 - 2016.								
Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables/ Categorías	Dimensiones/ Factores	Indicadores /Cualidades	Fuentes o Instrumentos de recolección de datos	Metodología	Población y muestra
<p>General</p> <p>¿Existe asociación entre muerte materna en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuáles son algunas características de la muerte</p>	<p>General</p> <p>Determinar la asociación entre muerte materna en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016</p> <p>Específicos</p> <p>Determinar el número de muertes maternas ocurridas en la provincia de</p>	<p>General</p> <p>Asociación entre muerte materna en las creencias y prácticas de la familia o la persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 – 2016</p> <p>Específicos</p> <p>Número de muertes maternas ocurridas en la provincia de Cajamarca.</p>	<p>Variable 1. Muerte Materna</p>	Tipo de muerte materna.	Directa Indirecta	<p>Ficha de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna del MINSA y encuesta aplicada.</p>	<p>El método es deductivo, descriptivo, mixto, correlacional, transversal, retrospectivo y Analítico predictivo.</p>	<p>Población 25 familias o personas que atendieron a la madre que falleció entre los años 2012 - 2016 en la provincia</p>
				Causa de muerte materna.	Hemorragia Hipertensión Infección Otros			
				Momento de Fallecimiento.	Gestación Parto Puerperio			
				Lugar de fallecimiento .	Domicilio Establecimiento Trayecto Referencia			
				Factores asociados a la persona.	Edad			
				Factores socioculturales.	Estado Civil Grado de Instrucción embarazo fue deseado			

<p>materna de la familia o persona que atendió en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016?</p> <p>¿Cuál es la asociación entre la causa de la muerte materna y el plan de parto en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016</p>	<p>Cajamarca, 2012 – 2016.</p> <p>Describir algunas características de la muerte materna de la familia o persona que atendió en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016.</p> <p>Identificar la asociación entre la causa de la muerte materna y el plan de parto en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016</p>	<p>Características de la muerte materna de la familia o persona que atendió en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016.</p> <p>Asociación entre la causa de la muerte materna y el plan de parto en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 -2016.</p>						<p>de Cajamarca.</p> <p>Muestra según la fórmula de población finita es 18</p>
				Factores económicos	Lugar de residencia Nivel de pobreza.			
				Accesibilidad a los servicios de salud.	Casas de espera Signos de alarma Tiempo que demora en acceder a los servicios de salud desde el inicio del problema. Seguro de Salud. Plan de parto. Distancia al establecimiento más cercano.			
				Respuesta de los Servicios de Salud	Condición de la atención prenatal. Persona que Atendió el Parto/aborto. Lugar de Atención del Parto/aborto.			
			Variable 2		Creencias en embarazo, parto y puerperio.			
			Prácticas		Prácticas en embarazo, parto y puerperio.			

CAPÍTULO V

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

5.1. Presentación de resultados

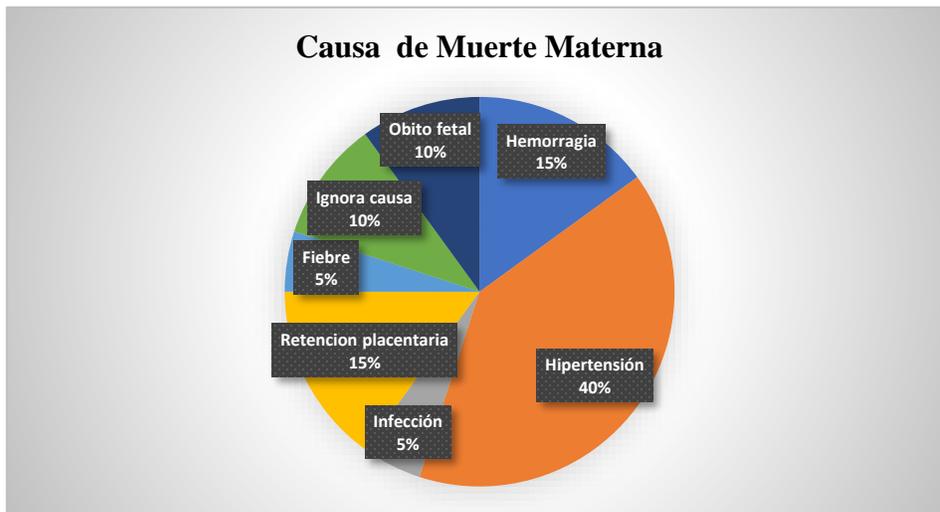
Tabla N° 1. Muertes Maternas directas en la provincia de Cajamarca 2012- 2016.

Año	Embarazo		Parto		Puerperio		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2012	0	0	2	50	2	11	4	3
2013	0	0	0	0	3	17	3	12
2014	0	0	2	50	5	28	7	28
2015	2	67	0	0	5	28	7	28
2016	1	33	0	0	3	17	4	16
Total	3	100	4	100	18	100	25	100

Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

Durante el periodo 2012-2016, se registraron un total de 25 muertes maternas (MM), con un promedio anual de 5 casos. Se observó una tendencia al aumento en algunos años, lo que sugiere la falta de un control estricto para reducirlas. La MM conlleva graves repercusiones en la familia, la comunidad y la economía local. Además, en la mayoría de los casos, sus causas son evitables. En 2015, la razón MM en Perú fue de 68 por cada 100,000 nacidos vivos, lo que reflejaba un progreso hacia la meta 5A de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Sin embargo, el departamento de Cajamarca registró 38 casos, situándose como el tercer departamento con mayor número de MM. La reducción de la MM debe basarse en la protección y garantía de los derechos de las mujeres. Si los esfuerzos se centran únicamente en intervenciones sanitarias dirigidas a las causas inmediatas y subyacentes, el impacto será limitado. La ampliación de la cobertura de servicios de salud no será suficiente si las mujeres continúan enfrentando barreras culturales, sociales o familiares que restringen su acceso a bienes y servicios esenciales. (40)

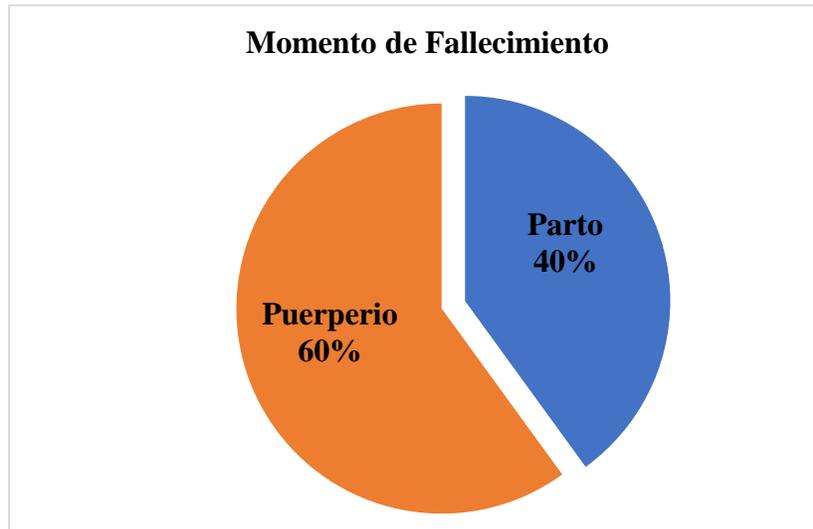
Gráfico N° 1.Causa de Muerte Materna Cajamarca 2012-2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

El Gráfico N° 1 presenta que hipertensión (40%), retención placentaria, hemorragia (15%), óbito fetal y desconocimiento de las causas (10%) son las principales Causas de MM en Cajamarca. Las causas de MM en la región siguen el mismo patrón observado en América Latina y el Caribe, donde los trastornos médico-obstétricos son responsables de más del 70% de los casos. A nivel nacional y regional, la hemorragia continúa siendo una de las principales causas de MM. (5) Cajamarca se encuentra entre los departamentos con el mayor número de MM por hemorragia obstétrica, acumulando el 14.2% del total registrado (2, 16). Dado que la retención placentaria es la principal causa de hemorragia en la región, se considera fundamental implementar estrategias de prevención y respuesta efectiva.

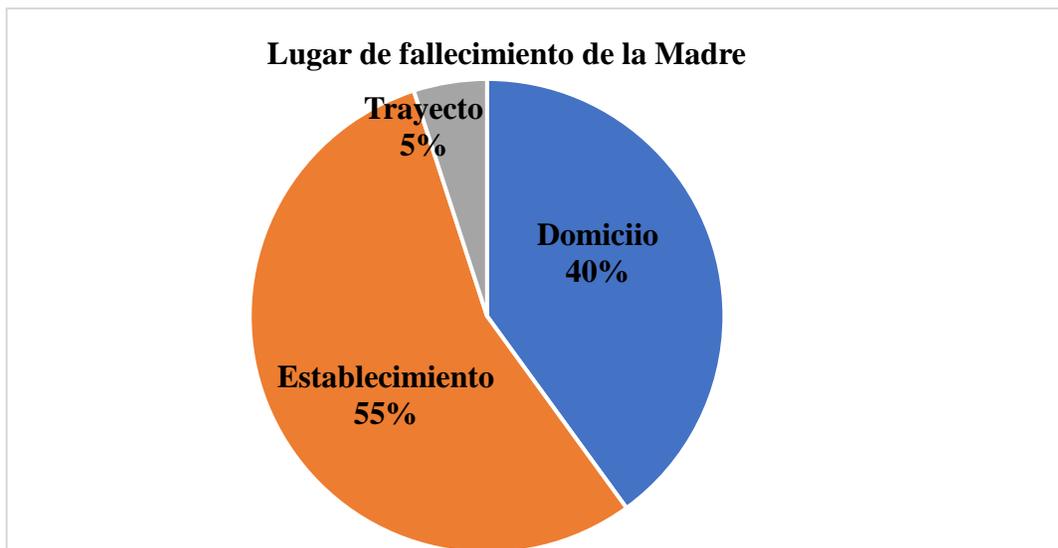
Gráfico N° 2. Momento de fallecimiento de Muerte Materna 2012- 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el Gráfico N° 2 se observa que la mayoría de MM ocurren durante el puerperio (60%) y el parto (40%). Si bien los registros del MINSA indican que en los últimos años la MM durante el parto y el puerperio ha disminuido, y un ligero aumento en la MM durante el embarazo. Otras fuentes señalan que un alto porcentaje de MM ocurre en el parto y el puerperio inmediato, alcanzando hasta un 80%. Además, se estima que el 20% de las MM suceden durante la gestación, principalmente después de la semana 35. (15) Estas muertes se presentan con mayor frecuencia durante el trabajo de parto (retención de placenta) y el posparto (atonía uterina) (5, 34). Los hallazgos coinciden con los resultados de la presente investigación, donde hemorragias durante el parto y el puerperio inmediato fueron los principales contribuyentes a la MM. Por lo que resulta importante brindar atención especializada en las últimas semanas del embarazo. Estas medidas están respaldadas por el modelo conceptual de mortalidad y morbilidad materno-neonatal, así como por el enfoque de la tercera y cuarta demora. (41,23)

Gráfico N° 3. Lugar de Fallecimiento de la Madre Provincia de Cajamarca 2012-2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N° 3 se observa, aunque la mayoría de MM en la provincia de Cajamarca suceden en establecimientos de salud, un 40% todavía ocurre en el hogar, un 5% en el trayecto hacia los EESS. En regiones rurales, de bajos ingresos y remotas muchas mujeres optan por partos domiciliarios debido a factores infraestructura, altos costos, sociales o creencias culturales (14) limitando el acceso a atención médica oportuna. Aunque cada vez más mujeres acuden a hospitales, la calidad de atención sigue siendo un desafío. A partir de la década de los 90 la MM en establecimiento ha ido aumentando (1), generalmente al llegar en estado de gravedad (2), demasiado tarde (15). Las emergencias obstétricas requieren una intervención rápida, y cualquier retraso puede ser fatal. Para reducir la MM, es fundamental mejorar el acceso a servicios de salud de calidad y garantizar que den a luz en condiciones seguras Estas medidas están respaldadas por el modelo de segunda, tercera y cuarta demora.

Tabla N° 2. Momento de fallecimiento y causa - lugar de fallecimiento de la madre en la región de Cajamarca, 2012 - 2016.

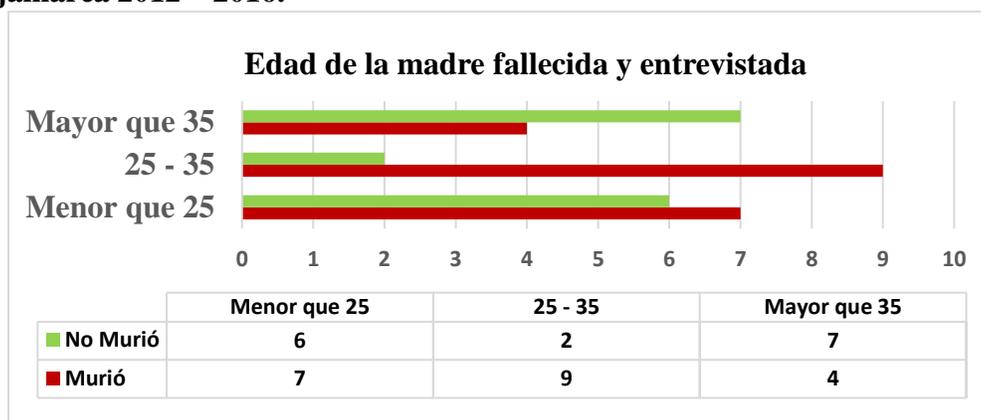
Causas y lugar de fallecimiento de la Madre	Momento del fallecimiento				TOTAL		CHI ²	P
	Parto		Puerperio		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Causas de la muerte								
Infección en el embarazo	0	0%	1	5%	1	5%	0.291	P>0.05
Hipertensión inducida	5	25%	3	15%	8	40%		
Hemorragia Obstétrica	1	5%	2	10%	3	15%		
Otras Causas	2	10%	6	30%	8	40%		
Lugar de Fallecimiento								
Domicilio	3	45%	5	25%	8	40%	0.429	P>0.05
Establecimiento	5	25%	6	30%	11	55%		
Trayecto	0	0%	1	5%	1	5%		

Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

La Tabla N° 2 analiza la relación entre el momento del fallecimiento con el lugar y causa de MM, si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p>0.05$), se observan tendencias interesantes. Estas muertes se presentan con mayor frecuencia durante el parto y posparto (5,34). La mayoría de los fallecimientos ocurrieron en EESS (55%), Y la hipertensión inducida por el embarazo, retención placentaria, hemorragia continúan siendo las principales causas de MM. La MM en establecimiento ha ido aumentando (1), generalmente al llegar en estado de gravedad (2), demasiado tarde (15), lo que sugiere una serie de problemas interrelacionados: distancia, falta de transporte adecuado, demora en la búsqueda de atención, acceso limitado a servicios de salud oportunos, influencia de factores culturales, barreras como: temor, maltrato, largos tiempos de espera, vergüenza que llevan a las mujeres a preferir el parto en casa (3) y como las emergencias obstétricas requieren una intervención rápida, pues cualquier retraso puede ser fatal, resulta fundamental implementar estrategias de

prevención y respuesta efectiva como: educar a mujeres, familias y comunidad con el fin de reducir las brechas de desconocimiento sobre causas y consecuencias de MM, brindar atención especializada en las últimas semanas del embarazo. Garantizar que den a luz en condiciones seguras junto a la atención del puerperio inmediato con personal capacitado (14) y disponible las 24 horas, mejorando la infraestructura y eliminar las barreras económicas y culturales que limitan el acceso a la atención médica. Esto debe reflejarse en un plan de parto adecuado, que contemple la implementación de casas de espera, flujo de transporte. Estas medidas están respaldadas por el modelo conceptual de mortalidad y morbilidad materno-neonatal, así como por el enfoque de la primera, tercera y cuarta demora. (41,23)

Gráfico N° 4. Edad de la Madre Fallecida y entrevistada. Provincia de Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

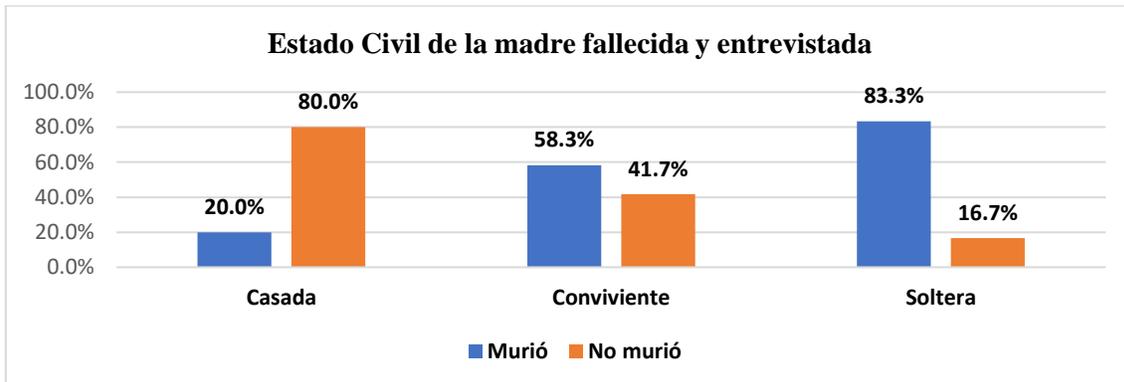
Tabla N° 3. Momento del fallecimiento y los factores personales asociados a la madre en la de provincia de Cajamarca, 2012 - 2016.

Factores personales asociados a la madre fallecida	Momento del fallecimiento				TOTAL		CHI ²	P
	Parto		Puerperio		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Edad								
Menor de 25 años	4	20%	3	15%	7	35%	0.445	p>0.05
25 a 35 años	4	20%	5	25%	9	45%		
35 años a más	0	0%	4	20%	4	20%		

Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

El gráfico N° 4 y La Tabla 3 analiza la relación entre el momento del fallecimiento (parto o puerperio) y la característica con la edad en mujeres de Cajamarca que fallecieron entre 2012 y 2016. Se presenta que las MM ocurrieron con mayor frecuencia entre 25 a 29 años, representando el 42% de los casos, el efecto de la edad parece invertirse, con los casos más bajos observados en los extremos de la vida reproductiva. Las edades más vulnerables según la literatura son adolescentes pues las menores de 17 años tienen mayor riesgo de muerte por causas relacionadas con el embarazo es cuatro veces mayor que en mujeres mayores de 20 por factores biológicos y socioeconómicos (43). Las mujeres mayores de 35 años también pueden enfrentar mayores riesgos de complicaciones durante el embarazo y el parto, como diabetes gestacional, hipertensión y complicaciones cardíacas. Sin embargo, hay varios estudios donde resaltan que una proporción significativa de MM se concentra en mujeres jóvenes en edad reproductiva (34, 63). Estos hallazgos sugieren que las intervenciones para reducir la MM deben ser adaptadas a las necesidades específicas de cada grupo de edad. pues debe considerar otros factores personales como la salud general, el bienestar emocional, la situación socioeconómica, costumbres, creencias y el acceso a servicios de salud.

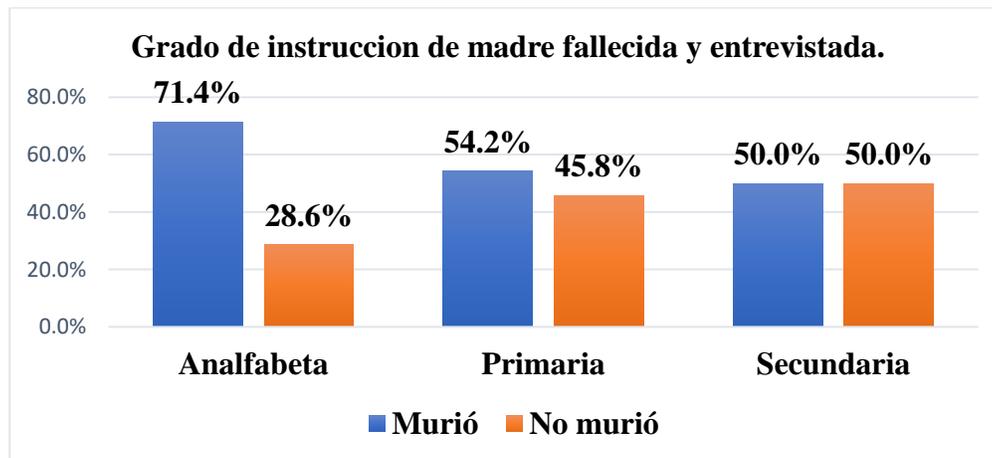
Gráfico N° 5 .Estado Civil de a madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 –2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

El gráfico N° 5 presenta el estado civil de la madre fallecida y la madre entrevistada, comparando ambos grupos la mayoría de madres fallecidas eran solteras con un 83,3% y convivientes con un 58.3% y las madres entrevistadas en su mayoría son casada con un 80% y convivientes con un 41,7%. El embarazo y el parto, eventos estrechamente ligados a la vida en pareja, pueden representar un período de especial vulnerabilidad para mujeres solteras o separadas por enfrentar mayores presiones económicas, sociales (64) o barreras socioculturales. La "cultura del silencio" en torno a los problemas de salud reproductiva afecta a las mujeres (43) pues no tienen autonomía para decidir si buscan atención médica durante el embarazo, ya que esta responsabilidad recae en los hombres de la familia o en otros miembros de la comunidad, contando con un menor respaldo familiar o comunitario para acceder a servicios de salud oportunos. Llevando a situaciones de estigma social y discriminación, limitando aún más su acceso a la atención médica. (14). Estas medidas están respaldadas por el modelo de segunda y tercera demora. (23)

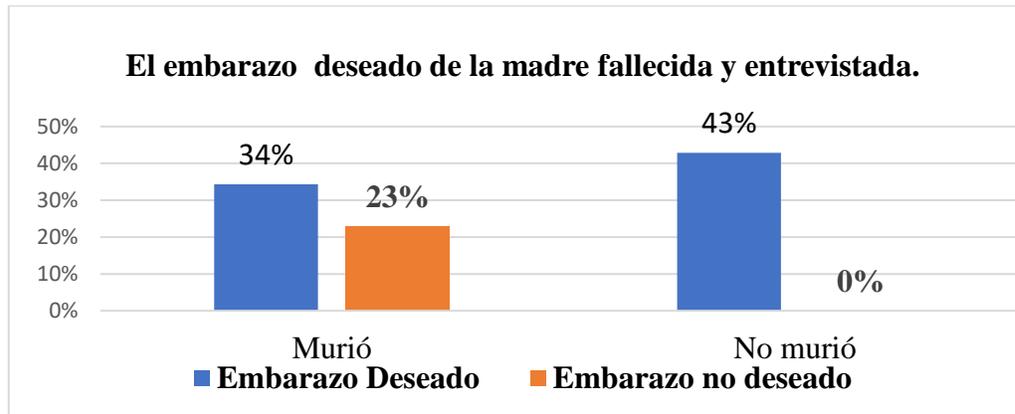
Gráfico N° 6. Grado de instrucción de la madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N° 6 revela el grado de instrucción de la madre fallecida y madre entrevistada, comparado ambos grupos el 71.4 % de las madres que fallecieron fueron analfabetas, seguidas por aquellas con nivel de instrucción primaria, tendencia que se percibe a nivel nacional y regional (63) El nivel de instrucción de la madre fallecida es un factor socioeconómico importante que influye en el riesgo de MM (2) El bajo nivel educativo puede influir en la capacidad de las madres para acceder a información sobre salud materna, por la poca autonomía y autoridad para tomar decisiones (43) identificar signos de alarma durante el embarazo, enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de salud de calidad, lo que podría aumentar su riesgo de complicaciones, disminuir partos institucionales y llegar a MM (5, 23). Estos hallazgos resaltan la necesidad de implementar políticas y programas de salud que promuevan la educación de las mujeres y mejoren su acceso a los servicios de salud de calidad, teniendo énfasis en mujeres analfabetas, que necesitan instrucción y orientación más personalizada.

Gráfico N° 7. El embarazo deseado de la madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N° 7 se muestra que el 23 % de las madres que fallecieron fueron embarazo no deseado, casi la cuarta parte entre madre fallecidas e entrevistadas. el 39% de las Mujeres en Edad Fértil (MEF). En la Región Cajamarca tienen una demanda insatisfecha de planificación familiar (15) lo que lleva a embarazos no deseados, y puede influir en la atención prenatal y las prácticas de cuidado de la salud de la madre, lo que a su vez puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto y MM (2) Esto significa que un porcentaje importante de mujeres en edad reproductiva no está utilizando métodos anticonceptivos a pesar de desear evitar o espaciar sus embarazos (63). Por lo tanto, mejorar el acceso a la planificación familiar y garantizar el derecho de las mujeres a decidir sobre su vida reproductiva son estrategias clave para reducir la MM (5). Todo esto respaldado por la cuarta demora: la demora en la búsqueda de medidas anticonceptivas para la planificación oportuna del embarazo (41)

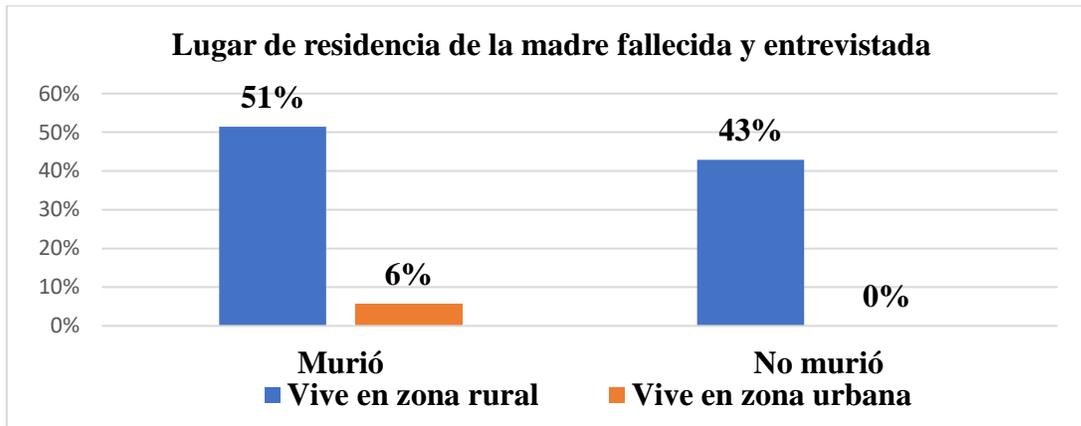
Tabla N° 4. Momento del fallecimiento y los factores socioculturales asociados a la muerte materna en la región de Cajamarca, 2012 - 2016.

Factores socioculturales asociados a la muerte materna	Momento del fallecimiento				TOTAL		CHI ₂	P
	Parto		Puerperio		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Estado Civil								
Casada	0	0%	1	5%	1	5%	0.445	P>0.05
Conviviente	6	30%	8	40%	14	70%		
Soltera	2	10%	3	15%	5	25%		
Grado de instrucción								
Analfabeta	2	10%	3	15%	5	25%	0.931	P>0.05
Primaria	5	25%	8	40%	13	65%		
Secundaria	1	5%	1	5%	2	10%		
Embarazo deseado								
Si	2	10%	10	50%	12	60%	0.823	P>0.05
No	6	30%	2	10%	8	40%		

Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

La Tabla N° 4 analiza la relación entre el momento del fallecimiento y diversos factores socioculturales asociados a la MM en la región de Cajamarca entre 2012 y 2016. Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas $P > 0.05$. Se observa una tendencia hacia un mayor número de fallecimientos en el puerperio entre mujeres convivientes y con menor nivel educativo. Estos hallazgos resaltan la importancia de considerar los factores socioculturales y de género al analizar las causas de MM y diseñar intervenciones para prevenirlas.

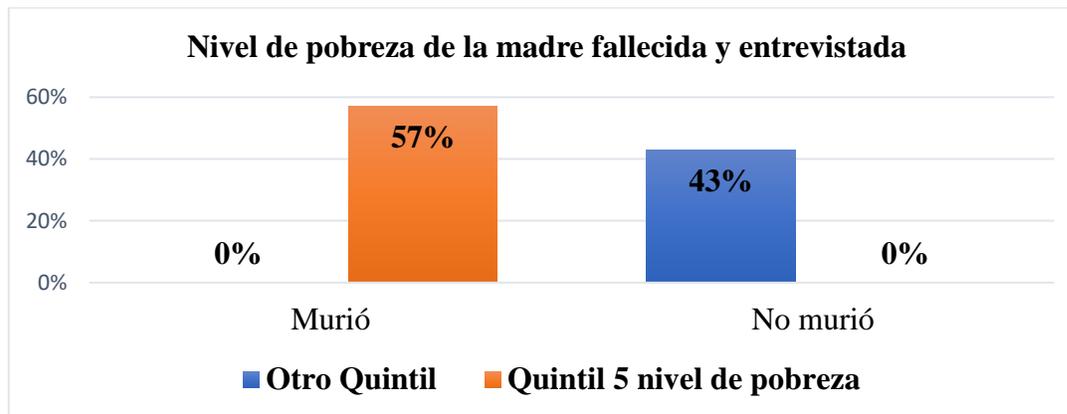
Gráfico N° 8. Lugar de residencia de la madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N° 8 se plasma el lugar de la madre fallecida y madre entrevistada, entre ambos grupos el 94% viven o vivían en zona rural, el 6% en urbana y corresponde a madre fallecida, algunas investigaciones indican que mortalidad perinatal está asociada a la residencia en áreas rurales, campesinas, andino-amazónicas y otras minorías étnicas (5) El riesgo de morir por hemorragia obstétrica en la zona rural fue 5.1 veces mayor que en la zona urbana (2) Reflejando la existencia de inequidades en el acceso a los servicios de salud, por la inaccesibilidad, como factores climáticos, geográficos que dificultan la atención oportuna sumado a esto tenemos que el personal de salud sólo trabaja turno diurno, dificultando aún más la atención por personal capacitado o la referencia a establecimiento más cercano y que se encuentren atendiendo, para mitigar la tercera demora, es importante, contar con casa de espera y personal disponibles las 24 horas.

Gráfico N° 9. Nivel de pobreza de la madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

El gráfico N° 9 muestra que el 100% de madres fallecidas pertenecieron al quintil 5 de nivel de pobreza y el 100% de madres entrevistadas a otro quintil, según este dato se refleja la realidad de otros trabajos donde la mayor cantidad de madres fallecidas pertenecen a distritos pobres (34) En Perú las comunidades afectadas por la pobreza y países en desarrollo tienen un acceso limitado a los servicios de salud, lo que contribuye a la MM (14,15) En áreas rurales solo una cuarta parte de las mujeres recibe esta atención (63). Siendo la principal causa de MM en zonas rurales la hemorragia obstétrica y el riesgo de morir por esta causa es 8.4 veces (2) Además, el documento señala que las MEF sin educación o con primaria incompleta se encuentran mayormente entre las mujeres mayores de 39 años y entre las ubicadas en el quintil inferior de riqueza (64), para mitigar la tercera demora, limitación económica, se debe seguir fomentando el uso de casa de espera, en caso no se pueda hacer uso de esta por motivos familiares, personales, el MINSA debe ofertar servicio de traslado con persona que viva en la comunidad o cerca de la comunidad para que al llamado, traslade inmediatamente a la gestante, previa concientización, motivación y compromiso para actuar inmediatamente.

Tabla N° 5. Momento del fallecimiento y los factores económicos asociados a la muerte materna. Provincia de Cajamarca, 2012 - 2016.

Factores económicos asociados a la muerte materna.	Momento del fallecimiento				TOTAL		CHI ²	P
	Parto		Puerperio					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Lugar de Residencia								
Urbano	0	0%	2	10%	2	10%	0.412	P>0.05
Rural	8	40%	10	50%	18	90%		
Nivel de pobreza								
Quintil 4	0	0%	0	0%	0	0	0.732	P>0.05
Quintil 5	8	40%	12	60%	20	100%		

Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

La Tabla N° 5 analiza la asociación entre el momento del fallecimiento (parto o puerperio) y diversos factores económicos asociados a la muerte materna en la región de Cajamarca entre 2012 y 2016. Si bien no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el momento del fallecimiento y, el lugar de residencia o el nivel de pobreza, se observa una tendencia interesante. La mayoría de las mujeres que fallecieron, tanto en el parto como en el puerperio, residían en zonas rurales, pertenecientes a los quintiles de mayor pobreza. Estos hallazgos sugieren que las condiciones socioeconómicas desfavorables podrían estar asociadas a un mayor riesgo de muerte materna en la región. Sin embargo, es importante destacar que los resultados no son estadísticamente significativos y se requieren estudios adicionales para confirmar esta asociación.

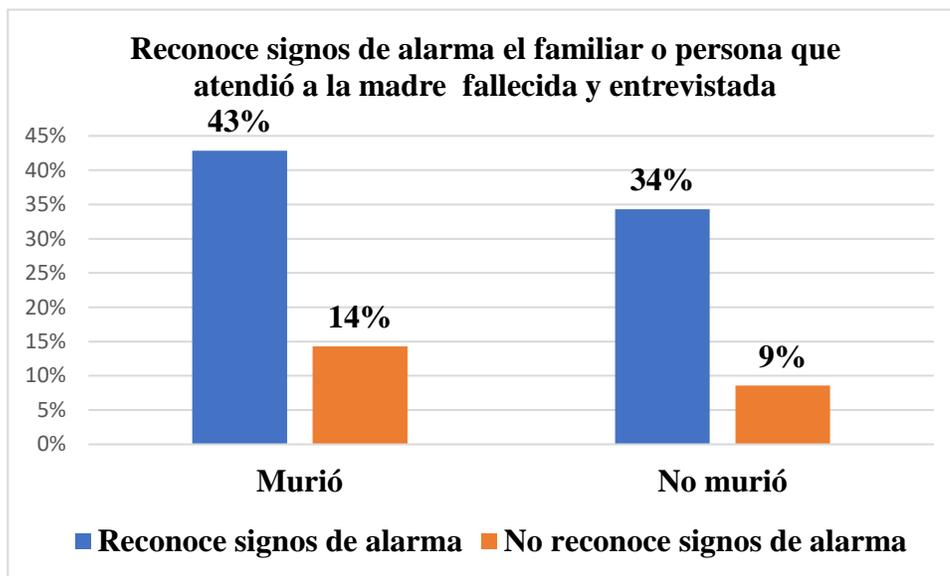
Gráfico N° 10. Conocimiento de la existencia de casa de espera por parte de la familia de la madre fallecida y la madre entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N° 10 La mayoría de las madres fallecidas, al igual que las madres entrevistadas, no tenían conocimiento de la existencia de los Hogares de espera materna (HEM); solo el 6% de ellas estaba al tanto de su existencia. Estas casas de espera son una estrategia promovida por el Ministerio de Salud, diversas instituciones comunitarias, USAID y UNICEF con el objetivo de mejorar el acceso a la atención institucional y profesional del parto disminuyendo las barreras que inhiben el acceso a la atención, tales como la distancia, la geografía, la estación del año, la infraestructura, el transporte y el costo del transporte. Además, buscan fortalecer el compromiso y la participación de la familia y la comunidad en su gestión y mantenimiento (5,67) , se observa que no existe una adecuada difusión de esta estrategia, lo que genera resistencia y desconfianza hacia la medicina occidental por parte de la población pero se necesita implementar los HEM con apoyo de la comunidad para que las madres se sientan cómodas, que albergue a la familia para tranquilidad de la misma y se sientan como en casa y al mismo tiempo la oportunidad y accesibilidad a la atención oportuna y de calidad tal cual se brinda en la zona urbana. Abordando de esta manera el retraso (3)

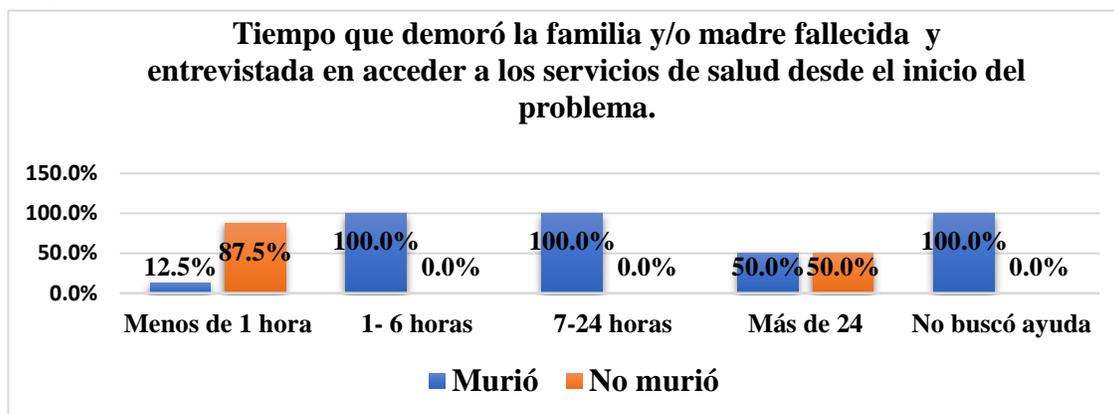
Gráfico N° 11. Reconoce signos de alarma el familiar o persona que atendió a madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N°11 se observa que entre las madres fallecidas y entrevistadas el 23% no reconocen signos de alarma, siendo en su mayoría (14%) correspondiente a familiar o persona que atendió a madres fallecidas, se puede analizar que hay una iinsuficiente educación de la población para identificar los signos de alarma de complicaciones obstétricas y de acudir oportunamente a los servicios de salud (64), debido a la existencia de brechas importantes en el acceso a la información (2) La importancia de que la sociedad en su conjunto reconozca y valore la vida de las mujeres, para identifique oportunamente los signos de peligro y sabiendo qué hacer y a dónde acudir en caso de complicaciones (5) así como para promover la remisión oportuna y adecuada de los casos a los servicios de salud (41), por eso es fundamental fortalecer las estrategias de comunicación y educación para la salud, corregir las inequidades entre diferentes grupos de población (14) educar a las mujeres, a sus compañeros y a sus familias sobre el momento apropiado para buscar ayuda cuando surjan complicaciones y dónde deben buscarla, abordando de ésta manera el retraso el Retraso (1).

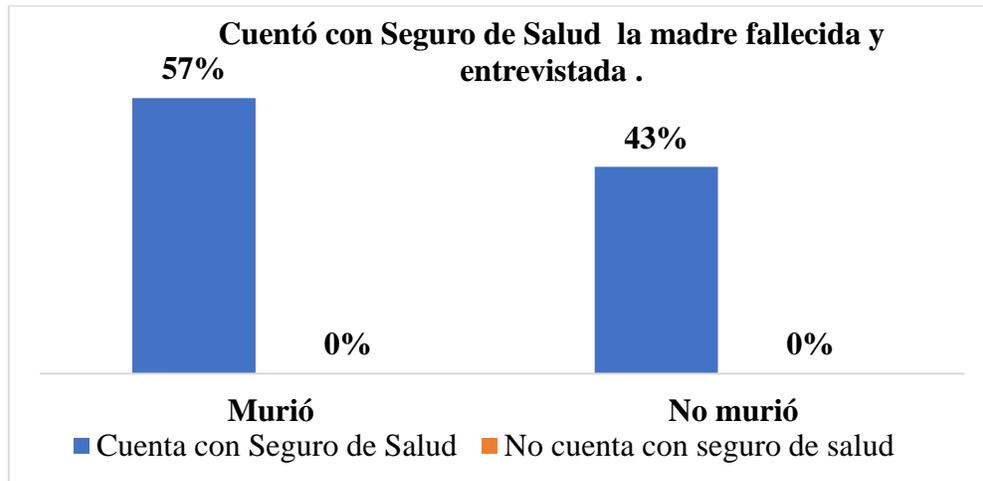
Gráfico N° 12. Tiempo que demoró la familia y/o madre fallecida y entrevistada en acceder a los servicios de salud desde el inicio del problema. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N° 12, se observa que a pesar que ambos grupos existe demora en acceder a EESS, el grupo de las madres fallecidas son las únicas que no buscaron ayuda, reflejando que las madres fallecidas han tomado más tiempo en solicitar atención. La MM es consecuencia de demoras en cuatro momentos claves, siendo más relevante y crítica en zonas de población dispersa, de pobreza y de minorías étnicas (5) En la mayoría de MM el personal sólo llega a constatar la muerte, y la familia manifiesta razones para no acudir al EESS (34) Como herramienta de análisis para identificar que barreras dificultan el acceso al EESS, se puede usar el árbol de problemas el cual debe ser aplicado teniendo en cuenta las características sociodemográficas de cada madre, disponibilidad de transporte se debe realizar un esquemas de transporte organizados por la comunidad y personal de salud, para que garantice la disponibilidad del mismo las 24 horas, a la par para los partos cuya fecha está próxima se debe usar las HEM para facilitar el desplazamiento oportuno desde los hogares hasta los centros de salud, disminuyendo barreras como la distancia, geografía, climatológicas, y la hora; disponiendo al mismo tiempo con personal las 24 horas.

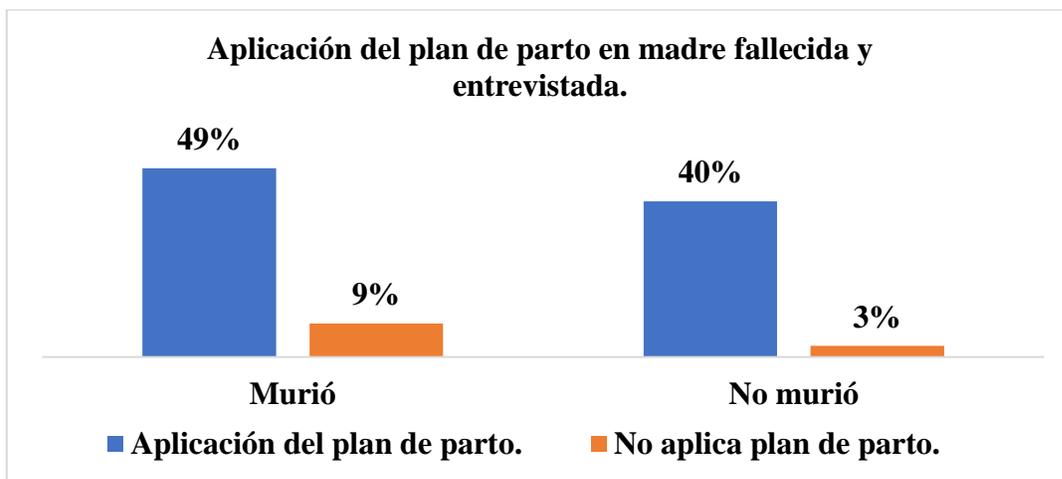
Gráfico N° 13. Contó con Seguro de Salud la madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N°13 se observa que todas las madres tanto las fallecidas como las entrevistas cuentan con SIS, el acceso oportuno a la atención es un tema central en la investigación de implementación (63) El análisis multivariado del estudio muestra que contar con el (SIS) disminuye la posibilidad de MM (64) además se destaca que el problema no es la calidad del diseño de los programas de salud materna, sino cómo se implementan y cómo las mujeres acceden a ellos. (63) Sumado que hay demora en la búsqueda de atención de un EESS (15) Por lo que se busca acciones que ayuden a ofrecer mayor cobertura con el programa del SIS y disminuir la demora en la búsqueda de atención en un servicio de salud, acciones como: presupuestar horarios de atención como retén a personal de salud, para caso de emergencia y en horarios no laborables, e implementación de insumos, de alimentación y hospedaje en las HEM, contar con sistemas de vales para personas de la comunidad que ayuden al traslado rápido en caso de emergencias. Para esto se necesita voluntad política y acciones a nivel local y nacional, tanto de los gobernantes, personal de salud y comunidad.

Gráfico N° 14. Aplicación del plan de parto en madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

En el gráfico N°14 se visualiza que el plan de parto, no se aplica en un 12% en el total de madres tanto fallecidas como entrevistadas, pero en su mayoría (9%), corresponden a las madres fallecidas. El conocimiento, percepción y aplicación, adopción, adecuación y factibilidad, de la población del plan de parto podría considerarse un factor humano o estratégico, en la medida en que su correcta implementación facilita o dificulta la atención (63) Además de ser una herramienta útil para mejorar la comunicación entre la gestante, su familia y el personal de salud, y para facilitar la toma de decisiones en situaciones de emergencia. En aquellos casos en los que la calidad de los servicios no se ajuste a la realidad y necesidad de la madre y la gestante, es comprensible que las mujeres opten por no usarlos a pesar de los esfuerzos de movilización, cobertura del SIS etc.

Gráfico N° 15. Distancia al establecimiento de salud más cercano según madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

El gráfico N°15 muestra que el 63%, tanto de la madre fallecida como entrevistada, están a más de una hora de distancia, y el 37% corresponde a las madres que fallecieron. La distancia al EESS es un factor físico clave y críticos que puede incidir en el acceso oportuno a la atención (63) A menudo se destaca la distancia a un EESS como la razón por la que las mujeres no consiguen atención calificada para el parto o no acuden a un centro por complicaciones (4) Por lo que se recomienda utilizar esquemas de transporte organizados por la comunidad que sea sostenibles y confiables. Hay estudios que demuestran que cerca del 50% de las fallecidas viven entre 30 minutos y 1 hora de distancia al EESS y el 15% de las muertes ocurren en comunidades a más de 3 horas de distancia (2). El 83% reconoce que hubo demora en la búsqueda de atención en un servicio de salud (15). Esto sugiere que la cercanía física a los servicios de salud no es el único factor determinante en la MM y que existen otros aspectos socioculturales que influyen en la decisión de las gestantes de atenderse el parto en su domicilio.

Tabla N° 6. Momento del fallecimiento y factores de accesibilidad a los servicios asociados a la muerte materna. Provincia Cajamarca, 2012 - 2016

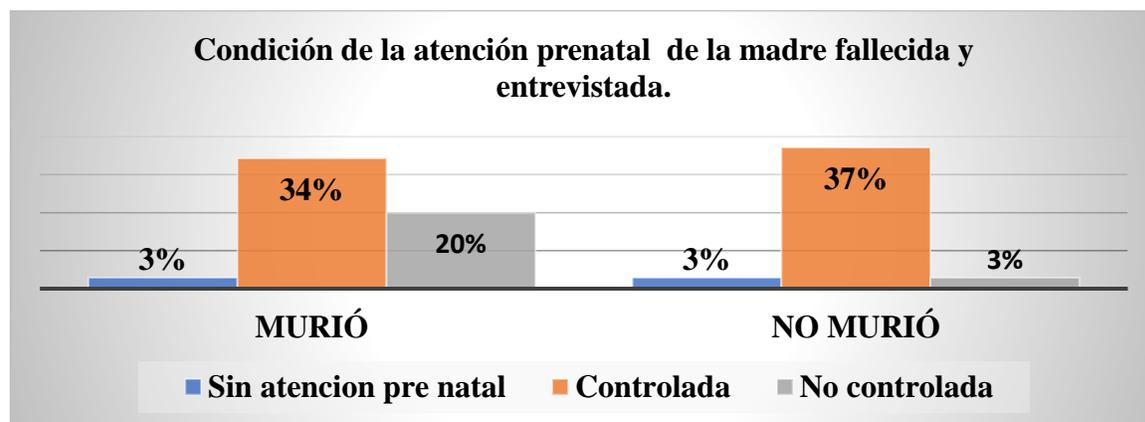
Factores de accesibilidad a los servicios asociados a la muerte materna	Momento del fallecimiento				TOTAL		CHI ²	P
	Parto		Puerperio		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Distancia al establecimiento de Salud								
<1 hora	2	10%	5	25%	6	30%	0.518	P>0.05
>1 hora	6	30%	8	40%	14	70%		
Reconoce signos de Alarma							0.280	P>0.05
Si	6	30%	9	45%	15	75%		
No	2	10%	3	15%	5	25%		
Tiempo que demora en llegar al Establecimiento							0.727	P>0.05
<1 hora	1	5%	1	5%	2	10%		
1-6 horas	3	15%	6	30%	9	45%		
7-24 horas	2	10%	3	15%	5	25%		
>24 horas	1	5%	0	0%	1	5%		
No accedió	1	5%	2	10%	3	15%		
Cuentan con Seguro de salud							0.827	P>0.05
Si	1	5%	2	10%	3	100%		
No	8	40%	12	60%	20			
Tienen conocimiento sobre Casas de espera							0.827	P>0.05
Si	1	5%	1	5%	2	10%		
No	7	35%	11	55%	18	90%		
Elaboran Plan de parto							0.927	P>0.05
Si	5	25%	12	60%	17	85%		
No	3	15%	0	0%	3	15%		

Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

La Tabla N° 6 explora la relación entre el momento del fallecimiento y diversos factores relacionados con el acceso y la calidad de los EESS. Los resultados muestran que la mayoría de las mujeres que fallecieron contaban con un EESS a más de una hora de distancia, aún hay casos que no reconocen signos de alarma, ni han aplicado en su totalidad el plan de parto, a pesar que todas contaban con seguro de salud y sin embargo la mayoría demora en más de una hora en acceder al EESS o simplemente no acuden y nadie ha hecho uso de casa de espera. Estos hallazgos sugieren que, aunque la mayoría de las mujeres tenía acceso gratuito a EESS, factores como el desconocimiento sobre prácticas obstétricas, planificación del parto podrían

estar influyendo en los resultados perinatales. Lo que resalta la importancia de promover la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres, además de garantizar el acceso a los EESS en un 100% durante el parto para evitar MM y para evitarlas realizar el correcto llenado del plan de parto con enfoque intercultural apoyado con el uso y ambientación de la casa de espera por la propia comunidad.

Gráfico N°16. Condición de la atención prenatal de la madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.

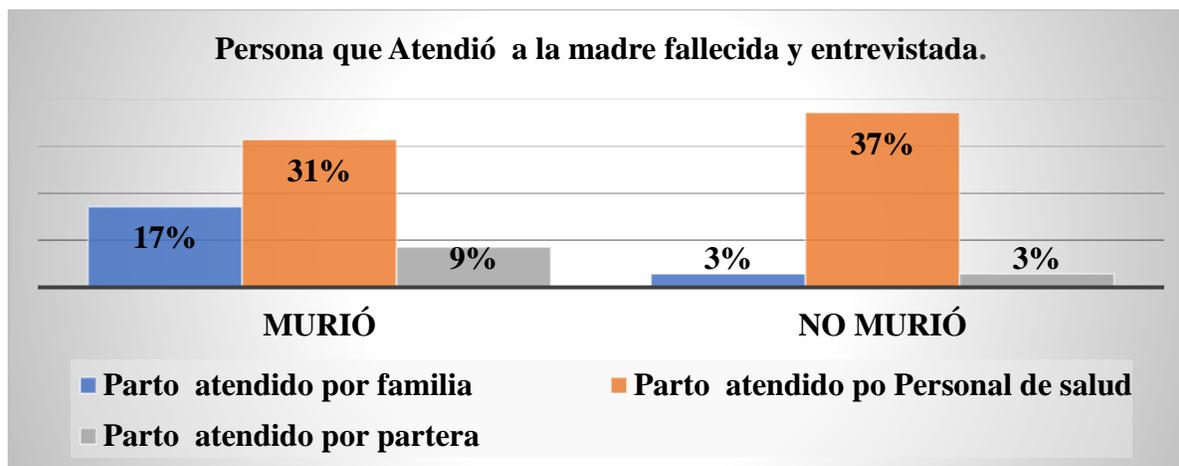


Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección Regional de Salud.

En el gráfico N°16, se observa la condición prenatal de ambos grupos, a pesar que la mayoría han sido controladas, hay un porcentaje significativo de no controladas en madres fallecidas que corresponde al 20% y un 3% sin control pre natal en ambos grupos esto refleja la realidad de otros estudios (34) Lo que evidencia un inadecuado control prenatal, reflejando la poca calidad de éste. Probablemente, solo el 10% del personal de salud está capacitado en una atención prenatal eficaz para la identificación de riesgos, así como en metodología educativa para adultos que logre un cambio de conducta en la población gestante y su familia hacia el acceso a los servicios de salud (15) Las gestantes que no acuden a la atención prenatal tienen un riesgo 4.54 veces mayor de morir, un parto domiciliario es 8.88 veces mayor, es mayor el número de partos atendidos por profesionales en aquellas

gestantes que tuvieron 4 o más atenciones prenatales (5) La atención prenatal puede contribuir a la detección y el tratamiento de ciertas afecciones que ponen en riesgo a la madre (1). Sin embargo, la mayoría de las mujeres que mueren no están dentro de las categorías denominadas de "alto riesgo". Debido a que toda mujer puede sufrir complicaciones imposibles de prevenir (2). A mayor número de controles, la probabilidad de concientizar, educar a la madre es mayor, pero se debe abordar estrategias donde incluya no solo al esposo sino también a la familia y que los controles se enfoquen a las necesidades, de la madre, enfocándonos en aquellos puntos que podrían en riesgo su vida, desde el primer control, haciendo participe a la comunidad y coordinando con personas claves para el apoyo en caso de emergencia.

Gráfico N° 17. Persona que Atendió a la madre fallecida y entrevistada en el Parto. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.

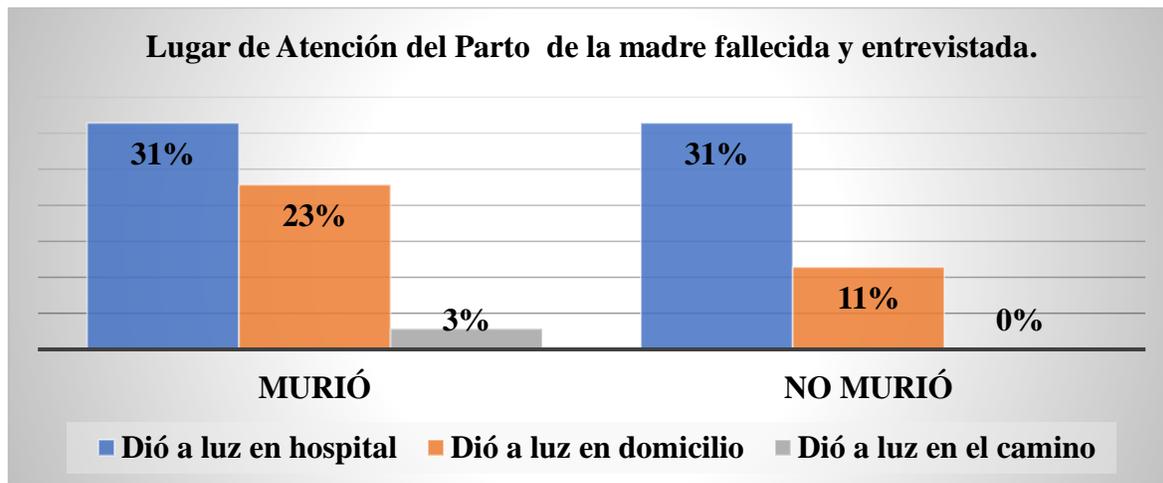


Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección Regional de Salud.

El gráfico N°17 presenta la persona que atendió a la madre fallecida e entrevistada, aunque en su mayoría fueron atendidas por personal de salud, un 9% y 3% por partera respectivamente y un 17% fueron atendidas por un familiar, esto en el grupo de madres fallecidas y un 3% en las madres entrevistadas. Esto refleja lo encontrado en otros trabajos donde la mayoría de los partos fueron atendidos por el esposo, seguido por la madre de la parturienta, otro familiar, y en menor cantidad por un partero (1, 2) En la mayoría de los casos, el personal de salud solo llegó a constatar la muerte, ya que las familias tardaban en avisarles después de producido el evento (34) En Cajamarca 76 de cada 100 mujeres muertas fueron atendidas por personas no entrenadas para la atención materna. En los países menos desarrollados, solo la mitad de los partos son atendidos por personal de salud capacitado (2). Esto requiere que el personal de salud esté capacitado no solo para asistir en partos normales sino también para tratar las complicaciones mortales del embarazo y el parto (43). Y el aumento de riesgo de MM continúa porque a diferencia de años anteriores las madres que eran atendidas por parteras, que eran persona que aunque no tenían preparación técnica, tenían experiencia y trataban a la madre con el confort que ellas necesitaban, ahora son atendidas por personas

no preparadas ni con experiencia, haciendo hincapié la importancia de tener programas del estado donde las parteras sean capacitadas para canalizar el traslado oportuno de la madre, asistiéndola hasta que tenga contacto con personal capacitado, dicha labor debe ser remunerada.

Gráfico N° 18. Lugar de Atención del Parto de la madre fallecida y entrevistada. Provincia Cajamarca 2012 – 2016.



Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección Regional de Salud.

En el gráfico N°18 se muestra el 62% de ambos grupos, fueron atendidos en EESS, hay un significativo número 34% que dieron a luz en casa, el 23 % corresponde a madres fallecidas y en este mismo grupo un 3% que dio a luz en el camino. Las gestantes que tienen su parto en un EESS con capacidad resolutiva tienen un riesgo 4.54 veces menor de morir por otra parte el incremento de MM ocurridas en los EESS, podría estar en relación con la deficiente capacidad resolutiva de los establecimientos (5), sumando las condiciones de la oferta de los servicios y las barreras culturales y lingüísticas (20) A pesar de los esfuerzos por mejorar la salud materna en Perú, persisten brechas importantes en el acceso al parto institucional, especialmente en la población rural, indígena y en situación de pobreza extrema. En la región de Cajamarca, 76 de cada 100 mujeres que fallecieron fueron en su domicilio. Y 18 de cada 100 murieron en un hospital, generalmente llegaron en estado de gravedad. Llegando a acumular un importante porcentaje de MM en EESS (2)

Tabla N° 7. Momento del fallecimiento y la respuesta de los servicios de salud asociados a la muerte materna. Provincia Cajamarca, 2012 - 2016

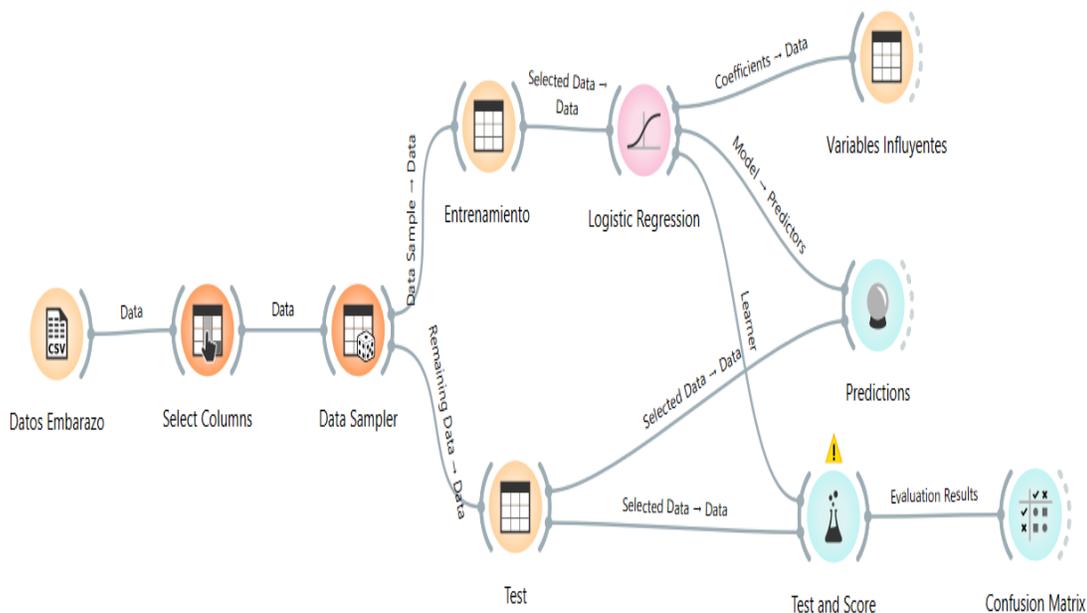
Respuesta de los servicios de salud asociados a la muerte materna.	Momento del fallecimiento				TOTAL		CHI ²	P
	Parto		Puerperio		N°	%		
	N°	%	N°	%				
Condición de la atención Prenatal								
Controlada	4	20%	8	40%	12	60%	0.827	P>0.05
No controlada	4	20%	3	15%	7	35%		
Sin atención prenatal	0	0%	1	5%	1	5%		
Persona que Atendió parto/ puerperio								
Personal de salud	1	5%	10	5%	11	55%	0.827	P>0.05
Familiar	5	25%	1	50%	6	30%		
Partera	2	10%	1	5%	3	15%		
Lugar de atención del parto								
Hospital	3	15%	8	40%	11	55%	0.827	P>0.05
Domicilio	5	25%	3	15%	8	40%		
Camino	0	0%	1	5%	1	5%		

Fuente: Oficina de epidemiología de la Dirección regional de Salud.

La Tabla N° 7 analiza la relación entre el momento del fallecimiento y respuesta de los servicios de salud, aunque estadísticamente no hay una relación significativa, se observa que condición de atención prenatal el cual es inadecuado. Teniendo en cuenta que, a mayor número de controles, la probabilidad de concientizar, educar a la madre es mayor, además se debe abordar estrategias donde incluya no solo a la pareja sino también a la familia, enfocados a las necesidades, costumbres de la madre, considerando puntos que podrían en riesgo su vida. En cuanto quién atendió a las madres fallecidas o entrevistadas, aunque en su mayoría fueron atendidas por personal de salud y en menor cantidad fueron atendidas por partera y/o familiar, en la mayoría de los casos, el personal de salud solo llegó a constatar

la muerte, pues los familiares tardaban en avisar luego de ocurrido el evento. Y el riesgo de que continúe las MM al ser atendidas por parteras, aunque actualmente ya no hay parteras vigentes, pero aún, siguen interfiriendo la familia que tiene menos experiencia por lo que se debe contar con programas donde las parteras sean capacitadas para canalizar el traslado a EESS en forma oportuna y dicha labor debe ser remunerada. A pesar que la mayoría de madres fallecidas fueron atendidas en un EESS hay un significativo número que fueron atendidos en domicilio, y el incremento de MM ocurridas en los EESS, podría estar en relación con la deficiente capacidad resolutive de los establecimientos (5), sumando las condiciones de la oferta de los servicios y las barreras culturales y lingüísticas (20) A pesar de los esfuerzos por mejorar la salud materna en Perú, persisten brechas importantes en el acceso al parto institucional, especialmente en la población rural, indígena y en situación de pobreza extrema. Es así que en este trabajo de investigación se plantea el uso de las casas de espera las 24 horas del día que sean ambientadas por las madres y/o familias para cubrir sus necesidades y brindar el confort y seguridad emocional que necesiten, un presupuesto que respalde la continuidad y efectividad del mismo, con personal capacitado las 24 horas para la atención de partos y/o traslado a un servicio de salud de mayor capacidad resolutive en caso sea necesario.

Gráfico N° 19. Flujo de trabajo para la evaluación de modelos de regresión logística utilizando Orange Data Mining para predecir la MM.- Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Embarazo.



Fuente: Datos obtenidos de entrevistas aplicada a familia o persona que atendió a madre fallecida.

Matriz de Confusión N° 1. Predicción de los casos de MM utilizando la regresión Logística. – Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Embarazo.

		Predicted		Σ
		0	1	
Actual	0	5	2	7
	1	1	9	10
Σ		6	11	17

Métrica de Evaluación N° 1. Modelo de regresión logística - Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Embarazo.

Evaluation results for target (None, show average over, classes)					
Model	AUC	CA	F1	PREC	RECALL
Logistic Regression	0.814	0.824	0.821	0.824	0.824

Cuadros N° 4. Variables más Influyentes. Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Embarazo.

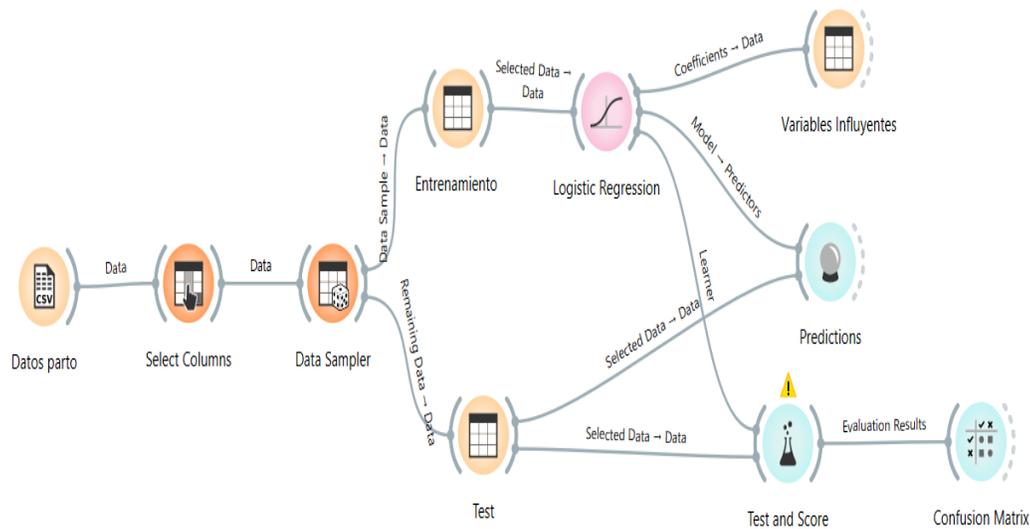
Código de las Variables	Coefficiente	Respuesta
C13 = 0	0.58	Se menciona la presión arterial alta como una complicación potencialmente grave durante el embarazo.
P1 = 1	0.38	En el campo, las parteras tradicionales ayudan a corregir la posición del bebé mediante masajes.
P02=0	0.35	Se debe evitar caminar mucho y agacharse los últimos meses.
C05=0	0.29	Hacer mucha fuerza durante el embarazo puede "revolver la madre" (útero), lo que causaría complicaciones.
P24=0	0.28	El frío se considera perjudicial y se usan remedios naturales, como la "salvea", Shera", tuusakaca, manzanilla, salvia, piqué, caldo verde a base de paicochamcas, hierbabuena, ortiga, anís, orégano, salvia, aniscua y llantén para combatirlo.
P05=0	0.28	Antiguamente, era común que las parteras controlaran el embarazo en el domicilio de la madre.
C22 = 0	0.27	Hay complicaciones como infecciones, posición transversal del bebé, la cual requiere cesárea.
C04 =0	0.27	Identifican el embarazo por síntomas como cambios: en la apariencia física, apetito, asco, dolores de cabeza.
C02=1	0.25	Se asocia el hospital con experiencias negativas como la espera prolongada y el trato impersonal.

Fuente: Datos obtenidos de entrevistas aplicada a familia o persona que atendió a madre fallecida

Los resultados en la regresión logística, se obtuvo la matriz de confusión. Con siete madres fallecidas, cinco fueron correctamente identificadas como aciertos (verdaderos positivos). Y de las diez madres entrevistadas, una fue clasificada erróneamente como en riesgo de fallecer (falso positivo). Dado que el modelo presenta más aciertos que desaciertos y sus métricas de evaluación superan el 81 %, se considera un modelo confiable. En el embarazo en su mayoría están relacionadas, con creencias sobre posibles complicaciones, experiencias negativas en centros de salud y prácticas vinculadas a factores climáticos, esfuerzo físico y la atención por "parteras". A pesar de conocer factores de riesgo en esta etapa, el factor que impide una adecuada atención Pre natal es el temor y rechazo a la atención institucional, por experiencias

negativas. Lo que con lleva a que las madres no acudan a todos sus controles pre natales, el plan de parto no sea llenado con la veracidad que se requiere y necesita. Dificultando a la madre y/o esposo la toma de conciencia del cuidado, identificación de signos de alarma y desgastando la motivación de la madre para la atención del parto institucional.

Gráfico N° 20. Flujo de trabajo para la evaluación de modelos de regresión logística utilizando Orange Data Mining para predecir la MM. Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Parto.



Fuente: Datos obtenidos de entrevistas aplicada a familia o persona que atendió a madre fallecida

Matriz de Confusión N° 2. Predicción de los casos de MM utilizando la regresión. Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Parto.

		Predicted		Σ
		0	1	
Actual	0	5	2	7
	1	0	10	10
Σ		5	12	17

Métrica de Evaluación N° 2. Modelo de regresión logística. Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Parto.

Evaluation results for target (None, show average over, classes)					
Model	AUC	CA	F1	PREC	RECALL
Logistic Regression	0.971	0.882	0.878	0.902	0.882

Cuadros N° 5. Variable más Influyentes – Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Parto.

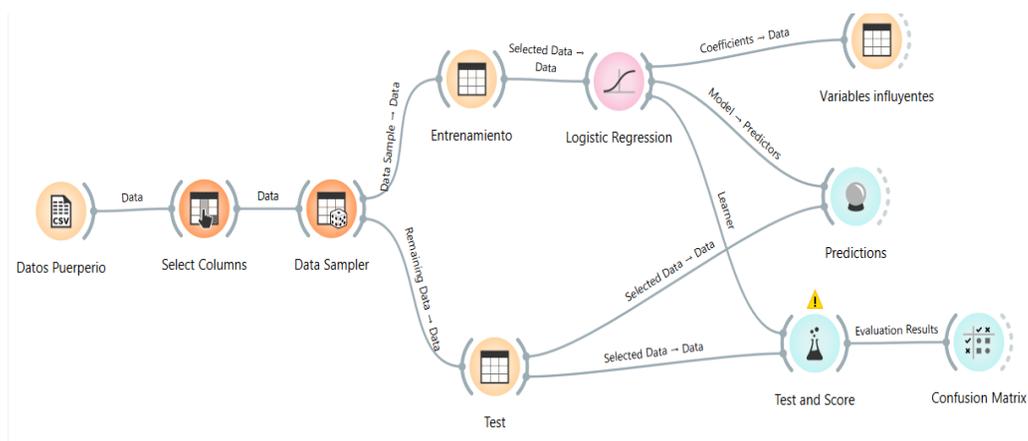
Código de las Variables	Coefficiente	Respuesta
C34=1	0.37	Da vergüenza ir al Puesto de salud.
C25=1	0.36	No hay tiempo para llegar al hospital, cuando los partos son rápidos.
P21=1	0.32	Evitan ir al hospital por experiencia negativa con la atención médica, particularmente la falta de interés, largas esperas y la atención inadecuada por parte de los practicantes.
C24=0	0.31	Es importante dar a luz en el hospital.
C28=0	0.28	Se debe acudir al hospital cuando las contracciones son frecuentes.
P41 =1	0.26	La posición preferida para dar a luz es en cuclillas ("chaturada") por considerarse más fácil.
P23=1	0.23	Da luz en casa debido a la falta de acceso a un centro de salud, ya sea por la distancia o por la falta de recursos.
C51=0	0.22	Se reconoce el riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé en partos complicados.
C31=1	0.21	El miedo al frío o la preferencia por la comodidad del hogar también pueden ser razones para evitar la atención médica formal.
C50 =0	0.20	El parto se complica cuando hay presión arterial alta.

Fuente: Datos obtenidos de entrevistas aplicada a familia o persona que atendió a madre fallecida

A partir de las encuestas aplicadas en la regresión logística, se obtuvo la matriz de confusión. De las siete madres fallecidas, cinco fueron correctamente identificadas como aciertos (verdaderos positivos). Por otro lado, de las diez madres entrevistadas, todas se consideran desaciertos (verdaderos negativos). Dado que el modelo presenta más aciertos que desaciertos y sus métricas de evaluación superan el 85 %, se considera un modelo confiable. Las variables

con mayor influencia en la MM durante el parto están relacionadas con creencias enfocadas en vergüenza y falta de tiempo para ir al puesto de salud y prácticas vinculadas a experiencias negativas en puesto de salud, posición al dar a luz, falta de accesos y recursos para acudir al puesto de salud. Como se ve existen diversas creencias y prácticas relacionadas con el parto que pueden contribuir a la MM, adicionando las barreras relacionadas con la atención biomédica y falta de acceso a un centro de salud, ya sea por la distancia o por la falta de recursos, que retardan y demoran en derivar oportunamente a la madre al puesto de salud. . E ahí la importancia de ofrecer a la madre y familia las condiciones para el parto institucional, para lo cual es de suma importancia contar con casa de espera que albergue a madre y/o familia los últimos días o incluso semana de embarazo esto dependiendo de la distancia que se encuentra su vivienda al EESS más cercano, accesibilidad geográfica, climática, económica, disponibilidad de medio de transporte para que en lo posible la totalidad de partos sea institucional.

Gráfico 21. Flujo de trabajo para la evaluación de modelos de regresión logística utilizando Orange Data Mining para predecir la MM. Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Puerperio.



Fuente: Datos obtenidos de entrevistas aplicada a familia o persona que atendió a madre fallecida

Matriz de Confusión N° 03. Predicción de los casos de MM utilizando la regresión. Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Puerto

		0	1	Σ
Actual	0	6	1	7
	1	0	10	10
	Σ	6	11	17

Métrica de Evaluación N° 3. Modelo de regresión logística. Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Puerto

Evaluation results for target (None, show average over, classes)					
Model	AUC	CA	F1	PREC	RECALL
Logistic Regression	1.000	0.941	0.940	0.947	0.941

Cuadros N° 6. Variable más Influyentes. Creencias - prácticas de la familia o persona que atendió a la madre fallecida. Provincia de Cajamarca, 2012 – 2016. Puerto.

Código de las Variables	Coefficiente	Respuesta
P48 =0	0.44	Entuertos: Se tratan con bebidas calientes y miel de abeja.
P57=0	0.41	Restricciones: No se debe trabajar ni tocar agua fría durante el primer mes.
C64 =0	0.39	Las complicaciones postparto, como la infección, presión alta y la retención placentaria, la cual puede ser mortal.
P61 =0	0.36	Si da a luz en casa debe ir luego al Puesto de salud
P52 = 0	0.35	Empiezan hacer sus actividades al mes.
P60=1	0.33	A los 2 meses tener relaciones sexuales, para evitar infecciones
C59 = 0	0.28	Si no se cuidan les viene enfermedades.
P62=1	0.26	Si da a luz en casa solo llevan al bebito al puesto de salud para su control, mamá no porque esta delicada.
C52 = 0	0.24	El frio genera entuertos
C57=1	0.21	Sangre sube a la cabeza por susto, eso mata.

Fuente: Datos obtenidos de entrevistas aplicada a familia o persona que atendió a madre fallecida

A partir de las encuestas aplicadas en la regresión logística, se obtuvo la matriz de confusión. De las siete madres fallecidas, seis fueron correctamente identificadas como aciertos (verdaderos positivos). Por otro lado, de las diez madres entrevistadas, todas se consideran desaciertos (verdaderos negativos). Dado que el modelo presenta más aciertos que desaciertos y sus métricas de evaluación superan el 94 %, se considera un modelo confiable. Las variables con mayor influencia en la MM durante el puerperio están relacionadas con prácticas enfocadas en consumo de hiervas, restricciones e inadecuada evaluación de la madre al dar a luz en casa y creencias relacionadas a complicaciones, cuidados, factores climáticos, susto. Esta etapa es conceptualizada como un período de riesgo durante el cual la mujer debe recuperarse del esfuerzo del parto y se considera que la madre o matriz queda lastimada e inflamada, evitando trasladarla para su atención post parto domiciliario. Siendo el frío un factor que conlleva a prácticas que ponen en riesgo la vida de la madre, esto y la anteriormente mencionado evitan llevar a la puérpera al puesto, poniendo potencialmente en peligro, por falta de evaluación oportuna y adecuada.

5.2 Contrastación de hipótesis.

Hipótesis nula (H0): “No existe una asociación entre Muerte Materna en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 - 2016”

Hipótesis alterna (H1): “Existe una asociación entre Muerte Materna en las creencias y Prácticas de la familia o persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 - 2016”

CAPITULO VI

PROPUESTA

6.1. Formulación de la propuesta para la solución del problema.

1. Título: "Mamita Protegida". Estrategia comunitaria para reducir la mortalidad materna en zonas rurales de Cajamarca.

2. Justificación

Explicación del contexto actual de la MM en la región, destacando brechas de acceso, factores socioculturales, fallas en la implementación de programas existentes y cómo esta propuesta responde a esas necesidades.

3. Objetivo general

Reducir la mortalidad materna en la región Cajamarca mediante una intervención integral centrada en el empoderamiento comunitario, la articulación intercultural y la mejora del acceso a servicios de salud materna.

4. Objetivos específicos

- Fortalecer el vínculo entre el sistema de salud y la comunidad, con enfoque intercultural a través de la educación y/o orientación sobre cuidado de la madre gestante.
- Mejorar infraestructura, equipamiento y uso de las Casas de Espera Materna enfocándose en la adecuación intercultural.
- Implementar un sistema de transporte comunitario en horas del día que no se cuenta con personal de salud disponible para transporte para casos de emergencia obstétricas.

- Incorporar a parteras o promotores de salud tradicionales como agentes para identificar, signos de alarma y avisar en caso sea necesario referir y/o acompañar a la madre.
- Realizar monitoreo y evaluación participativa colectiva con Indicadores comunitarios de seguimiento, trimestralmente.

5. Población objetivo

Gestantes en zonas rurales de Cajamarca, sus familias, parteras tradicionales y/o agentes de salud, personal de salud de primer nivel y autoridades locales.

6. Componentes y actividades

➤ Formación comunitaria participativa

- Talleres para gestantes, familias y líderes comunales sobre signos de alarma, plan de parto, derechos reproductivos y cuidados posparto.
- Personal de salud sensibilizado, informado sobre creencias y prácticas de la madre gestante, familia y comunidad, identificando factores que dificultan la atención oportuna de la gestante y rescatando, valorando acciones que brindan confort, seguridad a la madre y/o familia.

- Articulación con parteras y/o agentes de salud:
 - Registro y capacitación para identificar signos de alarma, cómo y cuándo poner en aviso al personal de salud para activar sistema de atención y/o referencia.
 - Entrega de medios de comunicación para comunicar a personal de salud que se encuentra de reten.
 - Dar Incentivos simbólicos y económicos.

- Red de transporte solidario - comunitario:
 - Creación de una red de transporte local de emergencia, para las 24 horas del día.
 - Dar incentivo económico a personal que se encarga en transportar a la madre, ante la ausencia de personal de salud.

- Fortalecimiento de las Casas de Espera:
 - Acondicionamiento intercultural de las casas de espera para se usados por madre y/o familia.
 - Guardias nocturnas de agente comunitario de salud o parteras para avisar a personal de salud que se encuentra de retén.
 - Incluir Alimentación y hospedaje para la madre gestante y familia.

- Monitoreo y evaluación participativa:
 - Indicadores comunitarios de seguimiento como: número de traslados, partos atendidos, casos referidos.

- Reuniones de retroalimentación para analizar, implementar acciones de mejora y fortalecer acciones que favorecen la atención adecuada y oportuna de la madre gestante.

7. Cronograma

De 6 a 12 meses de implementación inicial, con fases mensuales para educación, implementación logística, seguimiento y ajuste.

8. Presupuesto estimado

Distribuido por componente:

- Formación comunitaria participativa, Articulación con parteras y/o agentes de salud y Monitoreo y evaluación participativa: materiales educativos, capacitación, medios de comunicación, incentivos,
- Red de transporte solidario - comunitario: pago para transporte, combustible y personal.
- Fortalecimiento de las Casas de Espera: para implementación intercultural y pago a personal de apoyo, etc.

9. Indicadores de éxito

- % de partos institucionales.
- Número de traslados/ referidos comunitarios realizados.
- Número de uso de las casas de espera.

6.2. Costos de Implementación de la propuesta.

Cuadros N° 7. Costos de implementación de la propuesta

Rubro	Detalles	Costo estimado (USD)
Infraestructura: Casa de Espera Materna	Construcción y educación, mobiliario básico, servicios básicos.	\$ 10,000- \$ 30,000
Capacitación de personal de salud y parteras	Talleres, materiales, movilidad, viáticos.	\$ 3, 000- \$ 7, 000
Contratación o extensión de turnos 24/7	Sueldos adicionales, guardias, retenes	\$ 15,000 - \$ 25, 000 anuales
Educación Comunitaria y campañas	Materiales educativos, talleres, difusión radial, o impresa	\$ 2, 000 - \$ 5,000
Transporte de Emergencia	Adquisición o adecuación de medio de transporte (ambulancia) o vehículo comunitario	\$ 5, 000 - \$ 12, 000
Elaboración y difusión de planes de parto	Formación de promotoras, visitas domiciliarias, papelería.	\$ 1,000 - \$ 3, 000
Costo estimado por Comunidad	Aproximadamente, dependiendo del tamaño, ubicación, y condiciones locales.	\$ 36, 000 - \$ 82, 000

6.3 Beneficios que aporta la propuesta.

1. Mejora en la atención Materna.
 - Accesos a servicios de salud de calidad durante embarazo, parto y puerperio.
 - Disminución de complicaciones y/o muertes maternas por atención tardía o inadecuada.
 - Reducción de número de muertes maternas evitables.
2. Respeto a las creencias y prácticas culturales.
 - Promueve el dialogo intercultural entre sistema de salud y comunidad.
 - Aumenta confianza en los servicios de salud al incluir prácticas tradicionales seguras.

- Favorece el involucramiento de la familia durante todo el proceso de gestación, parto y puerperio, fortaleciendo el soporte emocional.
3. Uso efectivo de casas de espera.
- Permite que mujeres gestantes de zonas alejadas se acerquen días antes del parto
 - Reduce barreras geográficas, climáticas, y tiempo.
 - Facilita la atención oportuna del parto.
 - Proporciona confort, seguridad, confianza a la madre y familia.
4. Educación y empoderamiento de la madre/ mujer y comunitario
- Mejora el conocimiento sobre señales de alarma en embarazo, parto y puerperio.
 - Fomenta el involucramiento de la familia y comunidad.
 - Disminuye barreras para atención en puestos de salud, como vergüenza, miedo.
5. Impacto económico positivo a mediano plazo.
- Reduce el gasto por emergencias obstétricas no planificadas.
 - Disminuye los costos sociales y familiares por pérdida de la madre.
 - Aumenta la productividad y bienestar de la familia y/o comunidad a largo plazo.

CONCLUSIONES

Este estudio realizado en la provincia de Cajamarca entre los años 2012-2016 registró 25 casos de MM, logrando entrevistar a 20 familias. Aunque no se halló relación estadísticamente significativa entre los factores personales, sociales, culturales, económicos, accesibilidad y respuesta de EESS con el momento del fallecimiento, se identificaron patrones preocupantes y relevantes. La MM afecta principalmente a mujeres jóvenes, de zonas rurales, pobres, dispersas, con bajo nivel educativo y muchas de las cuales llegan tarde incrementado los fallecimientos incluso dentro de los EESS. A pesar de contar con SIS, plan de parto y reconocimiento de signos de alarma. El poco uso de casas de espera y la atención domiciliaria por personal no capacitado también influyen negativamente. Las recomendaciones brindadas durante el control prenatal suelen verse desplazadas por la fuerte influencia de las creencias y prácticas comunitarias. Así mismos el modelo analizado se considera confiable al superar el 90 % en sus métricas de evaluación. Entre prácticas tradicionales con mayor influencia en la MM tenemos a masajes realizados por parteras y el uso de remedios caseros, barreras culturales, emocionales como vergüenza y experiencias negativas previas como desinterés del personal, largas esperas, atención inadecuada por parte de practicantes. Dificultan el acceso a los servicios de salud

Se concluye que es fundamental comprender la interacción de todos estos factores y su influencia en MM ya que requiere una implementación efectiva de los programas existentes, con un enfoque culturalmente pertinente, familiar, accesible, oportuno y respetuoso. Es esencial que estos aspectos se integren desde la planificación del parto, contando con espacios adecuados como casas de espera y un sistema de referencia y contrarreferencia activado las 24 horas del día, que responda de manera oportuna a las necesidades de las gestantes.

RECOMENDACIONES GENERALES.

1. Fortalecer el primer nivel de atención de salud, asegurando personal capacitado, insumos, horarios extendidos las 24 horas del día. Diseñando estrategias y comunicación con enfoque intercultural respetuoso y sensible a las necesidades de la población para reducir la desconfianza hacia los establecimientos de salud.
2. Implementar y mantener operativas las Casas de Espera Materna (HEM) con condiciones adecuadas de alojamiento, alimentación y acompañamiento familiar, amueblada con creencias y prácticas propias de la comunidad, para minimizar la vergüenza, promoviendo su uso con campañas informativas.
3. Desarrollar esquemas de transporte comunitario organizados, con rutas preestablecidas y personas de apoyo disponibles 24/7 para casos de emergencia obstétrica.
4. Mejorar la difusión y aplicación del Plan de Parto, involucrando a la familia y comunidad para asegurar su comprensión, apropiación y uso efectivo, haciendo énfasis en factores que dificultan atención oportuna, como distancia, factor económico, transporte, hora nocturna, confort y factores culturales y sobre todo uso de casa de espera.
5. Capacitar y articular a las parteras y/o promotores con el sistema de salud, brindándoles formación continua, orientadas a la identificación temprana de signos de alarma, un rol activo en la referencia oportuna y un incentivo económico por su labor.
6. Realizar evaluaciones constantes de la calidad de los servicios de salud materna, para identificar debilidades en la atención y establecer mejoras continuas.
7. Asegurar financiamiento sostenible y articulación intersectorial, que involucre gobiernos locales, regionales, líderes comunitarios y organizaciones sociales.

**RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA ETAPA DE EMBARAZO, PARTO Y
PUERPERIO, DE ACUERDO A LAS CREENCIAS Y PRÁCTICAS
ENCONTRADAS.**

DURANTE EL EMBARAZO.

Creencias/prácticas identificadas:

- Temor y rechazo hacia la atención institucional.
- Creencias sobre complicaciones relacionadas con el clima, esfuerzo físico y atención por parteras.
- Experiencias negativas previas en centros de salud.

Recomendaciones:

- Fortalecer la atención intercultural: Capacitar al personal de salud en enfoques culturales y respetuosos, incluyendo el reconocimiento del rol de las parteras y/o promotores de salud para aliarnos.
- Crear espacios de confianza: Realizar visitas domiciliarias, charlas comunitarias con enfoque empático, donde se validen las creencias y se brinde información clara sobre señales de alarma, e incluir en el plan de parto la ruta de transporte para el momento de parto y sensibilizar a la gestante y familia sobre importancia del uso de casa de espera.
- Campañas educativas comunitarias: sobre los riesgos del embarazo y los beneficios del control prenatal, adaptadas cultura local y motivar el uso de casa de espera.
- Promover el autocuidado durante el embarazo respetando las creencias, pero enseñando formas seguras de mantenerse activas y saludables.

➤ DURANTE EL PARTO

Creencias/prácticas identificadas:

- Vergüenza, falta de tiempo, experiencias negativas en establecimientos.
- Creencias sobre posición para dar a luz.
- Dificultades de acceso y recursos limitados.

Recomendaciones:

- Respetar las posiciones tradicionales de parto cuando no haya contraindicación médica (ej. parto vertical), considerando confort de la madre.
- Implementar casas de espera cercanas a comunidades rurales y al Puesto de salud, de la comunidad, con enfoque cultural, para que la gestante y familia se encuentren familiarizados con el ambiente.
- Formar redes de transporte comunitario de emergencia con apoyo local, plasmado en el plan de parto.
- Humanizar la atención del parto: permitir acompañantes, cuidar el lenguaje y trato del personal de salud, disminuir la medicalización y/o procedimientos innecesarios.
- Contar con personal de salud para cubrir las 24 horas del día.

➤ DURANTE EL PUERPERIO

Creencias/prácticas identificadas:

- Uso de hierbas, restricciones postparto, creencias sobre inflamación, “susto” y frío.
- Falta de evaluación tras partos en casa.

Recomendaciones:

1. Capacitar a agentes comunitarios de salud y parteras para la detección de signos de alarma en el puerperio y comunicar en forma inmediata al personal de salud si se presentara un parto domiciliario.
2. Sensibilizar sobre el equilibrio entre prácticas tradicionales y el cuidado médico: por ejemplo, uso seguro de hierbas en conjunto con observación clínica.
3. Promover la importancia del seguimiento postparto, aclarando que no implica que la madre esté “más enferma”, sino que es parte del cuidado natural.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bazán H. Cajachismos nuestra laya de hablar. 2 da ed. Cajamarca; 2017.
2. Lara S. ¿Qué es costumbre? [Internet]. Colombia. 2014 (Actualizado 23 abril 2014, citado 25 mayo 2017). Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?V=f02dj1brujm>.
3. Solíz G. Interculturalidad: encuentros y desencuentros en el Perú. [Internet]. Perú.2005. [Actualizado 2005, citado 2017]. Disponible en : <Http://red.pucp.edu.pe/ridei/libros/interculturalidad-encuentros-y-desencuentros-en-el-per>.
4. Ladewing P. Enfermería maternal y del Recién Nacido. 5 ta ed. España: Printed In Spain; 2006.
5. Ministerio de salud.Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad y perinatal.1 er, ed.Perú: Editorial Artprint, 2009-2015.
6. Organización Mundial de la Salud, Estrategias de la OMS sobre la medicina tradicional. [Internet] Vol 1.Estados unidos. 1 er ed.2013. [Actualizado 2013, citado 1 mayo 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>.
7. Mongrut A. Tratado de Obstetricia normal y patológica. 5 ta ed. Perú: Impr Mongrut; 2011.
8. Leonard D. Enfermería Materno Infantil. 6 ta ed. Vol 2. España: Editorial Océano; 2003.
9. Gobierno regional de Cajamarca. Creencias, concepciones y prácticas de la Familia y Comunidad durante el embarazo, Parto y Puerperio. 1 er ed. Vol 1. Cajamarca Perú; 2012.
10. Vásquez L, Rodríguez L, Palomo R, et al. Manual básico de Obstetricia u ginecología. 2 da ed. España.: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria; 2017.
- 11.UNICEF. Salud materno neonatal. Estados Unidos: Color craft of Virginia, Inc.2008.
12. Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. [Internet]. Estados unidos.2018. [Actualizado 16 febrero 2018, citado 3 abril 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>.
13. Naciones Unidas. Objetivo del desarrollo del milenio 2015. [Internet]. Estados unidos.2015. [Actualizado 2015, citado 20 abril 2017]. Disponible en: https://www.undp.org/content/dam/undp/library/Mdg/Spanish/Undp_Mdg_Report_2015.pdf

14. Organización Mundial de la Salud. Evolución de la mortalidad materna 1990- 2015. [Internet]. Estados Unidos. 2015. [Actualizado 2015, citado 15 abril 2017]. Disponible en : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf.1
15. Dirección Regional De Salud Cajamarca. Plan Concertado Regional De Salud PCRS 2008-2012. Cajamarca: Dirección Regional De Salud Cajamarca; 2009
16. Ministerio de salud. Boletín epidemiológico. Vol 24. Perú. 2016. [Actualizado 2016, citado 18 abril 2017]. Disponible en : <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2016/04.pdf>
17. DIRESA. ASIS 2015. Cajamarca Perú; 2015.
18. Naciones Unidas. Objetivo del desarrollo del milenio. Estados Unidos. 2005. [Actualizado 2005, citado 20 abril 2017]. Disponible en : https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2797/1/S2005002_es.pdf.
19. Gobierno regional. Cajamarca. Creencias, Conceptos y prácticas de la familia y comunidad durante el embarazo, parto y puerperio, en relación con el acceso a los establecimientos de salud Cajamarca, Perú; 2012.
20. Hustado R. Con los pies en la tierra: un estudio sobre las ventajas del parto en posición vertical. 1 era ed. Perú. Tarea Asociación Gráfica Educativa .2014.
21. Romero M, Ramos S, Ábalos E. Modelos de análisis de la morbi-mortalidad materna. OSSYR. 2010; (3): 2-7.
22. Ministerio de salud. Salvarse con bien el parto de la vida en los andes y la amazonía del Perú. 1 era ed. Perú. 2000.
23. Bazan G. Mortalidad Materna análisis sociocultural de las cuatro demoras 1 era ed. Cajamarca. 2014.
24. Moreno E, Gil J. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *ripytp*. 2003; Vol 3 (1):91-109.
25. Bastida X. El derecho como creencia. Vol 1. 1er ed. Colombia, Bogotá; 2000.
26. Kozier B, Erb G, Blais K, et al. Fundamentos de enfermería conceptos, procesos y prácticas. Vol 1, 5ª ed. Estados Unidos: Mcgraw- Hill, 1999.
27. Távara L, Cárdenas B, Becerra C, et al. La planificación familiar requiere atención especial como estrategia para reducir la mortalidad materna. *RPGYO*, 2011, (57):181-191.

28. Guevara E. Estado actual de la mortalidad materna en el Perú. *Rpimp*. 2016; 5(2):7-8.
29. Lora M, Narvaez A. Creencias y costumbres que poseen las mujeres de la comunidad del chamizo sobre el embarazo parto y puerperio. Uruguay. 2010.
30. Vásquez C, Puerto M. Cuidados genéricos para restablecer el equilibrio durante el puerperio. *RCE*. 2011; 27(1):88-97.
31. Prieto B, Ruiz C. Significados durante el puerperio: a partir de prácticas y creencias culturales. *ISSN*. 2013; vol. 13 (1): 7-16.
32. Herrera J, Domínguez L, Ibarguen M, et al. Creencias, conocimientos y prácticas de las mujeres con relación al parto normal en el barrio Olaya Herrera sector Rafael Nuñez. Colombia. 2013.
33. Padilla J; Martín A. Conocimientos, creencias y prácticas sobre mortalidad materna en Ixcán, Quiché, Guatemala. 2015.
34. Tejada R, Estela M, Rosas E, et al. Mortalidad materna y perinatal en el distrito de Yauli, Huancavelica. *Huanavelica* 1997.
35. Brocker A. Atención del parto con la articulación de la medicina tradicional y la medicina académica. Perú 2001.
36. Chávez R, Arcaya M, García, et al. Rescatando el autocuidado de la salud durante el embarazo, el parto y al recién nacido: representaciones sociales de mujeres de una comunidad nativa en Perú. Perú. 2007.
37. Medina, A., & Mayca, J. (2006). Creencias y costumbres relacionadas con el embarazo, parto y puerperio en comunidades nativas Awajun y Wampis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 23(1), 13-24.
38. Mechán M, Domínguez L. Prácticas y creencias culturales de la mujer en la etapa de puerperio mediato. provincia de Lambayeque, 2015. Perú. 2016.
39. Barriga R. Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el embarazo, parto y puerperio en madres de la comunidad de Santa Úrsula- 2001. Cajamarca Perú; 2012.
40. Gómez D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *GA*. 2006; España; (22): 1-14.
41. Karolinski A, Mercer R, Micone P, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. . 2015; 37(4/5):351-9.
42. Organización panamericana de salud. Estrategias para el abordaje de la salud materna y perinatal en el próximo decenio: Una visión desde la salud pública. Uruguay. 2011.

43. Ransom E, Yinger N, Por una maternidad sin riesgos: cómo superar los obstáculos en la atención a la salud materna, Washington, DC, EE.UU.2002.
44. Cabezas E. Mortalidad materna, un problema por resolver. *rcoyg*.2009;(3):1-4.
45. Vesga A. del baúl de los secretos. la partería, una experiencia de investigación social en el programa de enfermería de la universidad libre de Cal. UC. 2005; Vol 1 (1):104-117.
46. Pelcastre B , Villegas N, De León V, et al, Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *REEU*.2005; 39(4):375-82.
47. Raven J, Chen Q, Tolhurst R, et al. Creencias y prácticas radicionales en el periodod post parto en la provincia de Fuijan , China. *BMC*.2007; 7: 8.
48. Alarcón A, Nahuelcheo Y. Creencias sobre el embarazo, parto y puerperio en la mujer mapuche: conversaciones privadas. *ach*.2008; Volumen 40, (2): 193-202.
49. Vesga A. Diálogo de saberes Encuentro internacional de agentes tradicionales, partería y enfermería. *CALCEP*.2007; Vol.3 (1): 102-111.
50. Silva S, Roldán M. Adolescentes en puerperio y sus prácticas de cuidado. *A E E*. 2009;27(2):82-91.
51. Rodriguez L. Factores sociales y culturales determinantes en salud: lacultura como una fuerza para incid en los cambios en políticas de salud sexual y reproductiva. *ALAP*. Ecuador.2008.
52. Delgado M, Calvache J, Del Cairo C. Prácticas hogareñas en el cuidado de la madre y el recién nacido en la costa pacífica de Caucana . Colombia.2006.
53. Vásquez M, Argote L, Bejarano N, et al. El trayecto de la adolescente en el puerperio: amenazas, peligros y acciones de protección durante la “dieta”. *colombia*. 2004; 13(3):351-9.
54. Morales D, Gipson B, Ordoñez N. Creencias y costumbres de la población kriol en corn island. Nicaragua. 2009; Vol5(2): 91-104.
55. Castro E, Muñoz S, Plaza G, et al. Prácticas y creencias tradicinales en torno al puerperio, municipio de Popayán , 2005. Colombia. *Riay F*.2006; Vol 1 (1): 141-152.
56. Tejero A. La mortalidad materno-infantil en comunidades indígenas. *rrcalaceyp*. México.2010; vol. 9 (3) : 4-6.
57. Robbins A. Poder sin Límites, la nueva ciencia del desarrollo personal. 5ª ed. New York: Liberdúplex ,2014.
58. Gonzales E. ¿Creencia Social Mito o Realidad?. 1 era ed. 2006

59. Fernandez M. Creencia y sentido en las ciencias sociales. Buenos Aires:Ronaldo j. Pellegrini impresiones, 2006.
60. Kozier B, et al. Fundamentos de Enfermería conceptos, procesos y practicas.Vol. 1. 5ª ed. Miami; 1999.
61. Cunningham M. Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua.Nicaragua. 2002.
- 62.Organización mundial de la salud. Mortalidad materna en 2005. Estados Unidos: Library Cataloguing-in-Publication Data 2008.
63. Alvaro Vidal A, Ministro de Salud del Perú, Mortalidad Materna en el Perú. 1997-2002, Perú, 2023.
- 64 Condor Rojas Y, Factores sociodemográficos asociados a la Mortalidad Materna : análisis de la encuesta demográfica de salud familiar ENDES- 2011. Perú 2014.
- 65Álvarez L.Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. RPS.2009; 8 (17): 69-79.
65. Instituto nacional de estadística e informática.Perú encuesta demográfica y de salud familiar. Perú. 2016.
66. Rodríguez, M. E. Costumbres y tradiciones en torno al embarazo y al parto en el México virreinal. (2000). Anuario de Estudios Americanos, LVII(2), 501-522.
67. OMS, Recomendaciones de la OMS sobre intervenciones de promoción de salud para la salud materna y neonatal 2015.
- 68.Hospital Regional Docente Cajamarca análisis de situación de salud año 2016. Perú.2017.
69. BM SPSS Modele, Guía de CRISP-DM de IBM SPSS Modele, Business Machines Corporation, Versión 18, Estados Unidos 2024.

ANEXO

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. MORTALIDAD MATERNA

1.- Tipo de muerte materna:

a) Directa b) Indirecta

2.- Causa de muerte materna:

a) Hemorragia b) Hipertensión c) Infección d) Otros

3.- Momento del fallecimiento: a) Gestación b) Parto c) Puerperio

4.- Lugar de fallecimiento: a) Domicilio b) Establecimiento c) Trayecto d) Referencia

II. FACTORES ASOCIADOS A LA PERSONA

5.- Edad: a) 15 – 19 años b) 20 - 34 años c) 35 a más

III FACTORES SOCIOCULTURALES

6. Estado Civil:

a) Casada b) Conviviente c) Soltera d) Viuda e) Separada

7.- Grado de Instrucción:

a) Analfabeta b) Primaria c) Secundaria d) Técnico e) Superior

8.- El embarazo fue deseado: a) Si b) No

9 ¿Cuáles son las creencias en embarazo, parto y puerperio?

.....

IV FACTORES ECONÓMICOS

10.- Lugar de residencia: a) Urbano b) Rural

11.- Nivel de pobreza:

a) Quintil 1 b) Quintil 2 c) Quintil 3 d) Quintil 4 e) Quintil 5

V. ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

12.- Conoce de la existencia de las casas de espera: a) Si b) No

13.- Reconoce signos de alarma: a) Si b) No

14.- Tiempo que demora en acceder a los servicios de salud desde el inicio del problema:

< 1 hora b) 1- 6 horas c) 7-24 horas d) > 24 horas e) No accedió

15.- Cuenta con Seguro de Salud: a) Si b) No

16.- Aplicación del plan de parto: a) Si b) No

17.- Distancia al establecimiento más cercano: a) < 1 hora b) > 1 hora

VI. RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

18.- Condición de la atención prenatal: a) Sin atención prenatal b) No controlada c)

Controlada

19.- Persona que Atendió el Parto/aborto

a) Esposo b) Familiar c) Agente comunitario e) Personal de salud f) No parto g) ignorado

20.- Lugar de Atención del Parto/aborto

a) Hospital b) Centro de Salud c) Puesto de Salud d) Domicilio e) No parto g) consulta

particular

21. ¿Cuáles son las prácticas en

CARTA DE SOLICITUD PARA EL APOYO DE LA REALIZACION DE TESIS

SEÑOR(A).....

DIRECTOR (A) DE.....

Anabeli Anali Vergaray Zamora, identificada con DNI 42497721, con domicilio legal en Av. San Martín de Porras N 153, de esta ciudad, Lic. de Enfermería de nuestra casa superior de estudios Universidad Nacional de Cajamarca, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:

Que habiendo elaborado el Proyecto de tesis, “Muerte materna: Creencias y Prácticas de la Familia Y la persona que atendió a la madre, Provincia de Cajamarca, 2012-2016” en la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca y deseando obtener información altamente confidencial y estrictamente de carácter investigativo, y teniendo nombrada como asesora a la Dra. Marleni Bardales Silva, nos dirigimos a Usd. para solicitar el permiso respectivo para obtener las fuentes de información que su digna Institución dispone y poder llevar acabo el desarrollo de esta tesis. Agradeciendo de antemano el apoyo, que brida su digna persona, para temas de investigación como éste.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Atte

.....

Lic. Anabeli Anali Vergaray Zamora

.....

Dra. Marleni Bardales Silva

Cajamarca,..... del 2017

CONSENTIMIENTO INFORMADO CASOS

Título de la Investigación: Muerte Materna: creencias y prácticas de la familia y la persona que atendió a la madre, provincia de Cajamarca, 2012 - 2016.

El presente trabajo es un estudio que tiene por finalidad establecer creencias y prácticas de la familia y la persona que atendió a la madre durante el embarazo, parto y puerperio, cuyo desenlace fue la muerte de la misma, en la provincia de Cajamarca, 2012 - 2016. En tal sentido, solicito a usted participe voluntariamente en el desarrollo de esta investigación.

Es necesario precisar que toda la información que usted nos ofrezca es considerada confidencial y será utilizada exclusivamente con fines de investigación, teniendo acceso solo el investigador y el comité científico asignado.

Yo,,
identificado con DNI N°.....y domiciliado en.....
.....; acepto participar de manera voluntaria en el trabajo
de investigación que lleva por título “Muerte Materna: Creencias y prácticas de la familia y
la persona que atendió a la Madre, provincia de Cajamarca, 2012 - 2016.”.

Cajamarca,del 2017

.....

Firma del Participante

Cuadros N° 08. Lista de variable influyentes (Creencias y practicas) en Muerte Materna identificadas en embarazo.

Código de Variable	Respuestas.
C01	El motivo para ir al puesto es evitar multas.
C02	Se asocia el hospital con experiencias negativas como la espera prolongada y el trato impersonal.
C03	No van al puesto de salud por que solo las ven y preguntan.
C04	Identifican el embarazo por síntomas como cambios: en la apariencia física, apetito, asco, dolores de cabeza.
C05	Hacer mucha fuerza durante el embarazo puede "revolver la madre" (útero), lo que causaría complicaciones.
C06	La embarazada siente dolor en el estómago y en todo el cuerpo, el cual se debe a la desnutrición que se produce al compartir los nutrientes con el bebé.
C07	El dolor de muelas es común durante el embarazo, especialmente cuando el bebé se está formando.
C08	Reconoce la importancia de los controles prenatales, pero no siempre se realizan, por falta de acceso a servicios de salud o porque no lo creen necesarios.
C09	El antojo provoca aborto.
C10	La única manera de prevenir un aborto, o el bebe no se malogre, es ceder al antojo, dar chancona, o agua azucarada.
C11	Los sustos durante el embarazo pueden afectar negativamente la salud mental de la madre, pudiendo llegar a la locura.
C12	El parto es considerado algo "malo" y "que maltrata el cuerpo".
C13	Se menciona la presión arterial alta como una complicación potencialmente grave durante el embarazo.
C14	Cuando tiene presión alta su cara se hace roja.
C15	Hay dolor de cabeza.
C16	Se Presentan vomito.
C17	Se presentan dolor de barriga.
C18	Se hincha los pies.
C19	Le dieron pastilla y se complicó.
C20	El calor excesivo, especialmente del sol, se considera peligroso, causante de enfermedades como "el asca".
C21	Es mejor dar a luz en casa.
C22	Hay complicaciones como infecciones, posición transversal del bebé, la cual requiere cesárea.
C23	Se recomienda que las mujeres embarazadas eviten cargar peso para prevenir complicaciones.
P01	Van al Puesto de salud para monitorear al bebe y a la madre.

P02	Se debe evitar caminar mucho y agacharse los últimos meses.
P03	No se realizó controles pre natales.
P04	No van al Puesto de Salud por que está lejos.
P05	Antiguamente, era común que las parteras controlaran el embarazo en el domicilio de la madre.
P06	Las complicaciones pueden incluir cólera, que se trata con hierbas o medicamentos de farmacia
P07	Evitar que la gestante realice actividades pesadas las últimas semanas.
P08	Se usa faja en el embarazo para disimular la barriga, no con fines específicos de salud.
P09	Da chancona, o agua azucarada para quitar antojos y el bebe no se malogre
P10	Se sugiere que cuando no puede satisfacer el antojo, se puede recurrir a ciertos remedios tradicionales o consumo de la patita de carnero.
P11	Se menciona la planta "chanca agua", la hoja de granadilla, ruda, carbón y ajos, para contrarrestar los efectos del susto.
P12	Para remediar el susto se "jala la sangre hacia abajo", durante un baño con hierbas amargas como la verbena, mientras se masajea las piernas hacia abajo.
P13	En el campo, las parteras tradicionales ayudan a corregir la posición del bebé mediante masajes.
P14	El Trabajo es normal.
P15	Se puede Comer de todo.
P16	Se Presentan vomito.
P17	Se presentan dolor de barriga.
P18	Se usa hierbas medicinales y lima para tratar la presión arterial alta.
P19	Los efectos del calor se tratan con cañazo tibio y masajes en la cintura.
P20	Se da hierva para la cólera como la cerraja y matoncillo.
P21	Para dolor de cabeza se cubre con una tela.
P22	Se menciona la existencia de parteras en el campo que pueden ayudar a corregir la posición del bebé mediante masajes
P23	Se recomienda evitar caminar mucho, especialmente en los últimos meses del embarazo.
P24	El frío se considera perjudicial y se usan remedios naturales, como la "salvea", Shera" , tuusakaca, manzanilla, salvia, piqué, caldo verde a base de paicochamcas, hierbabuena, ortiga, anís, orégano, salvia , aniscua y llantén para combatirlo.

Cuadros N° 09. Lista de variable influyentes (Creencias y practicas) en Muerte Materna identificadas en parto.

Codigo de Variables	Respuestas.
C24	Es impórtante dar a luz en el hospital.
C25	No hay tiempo para llegar al hospital, cuando los partos son rápidos.
C26	Para dar a luz no van al Puesto de salud por que mejor es en casa.
C27	Se debe acudir al hospital cuando las contracciones son frecuentes.
C28	Se cree que la mirada al techo después del parto puede provocar una enfermedad.
C29	Preferencia por el parto en casa, argumentando que se siente más cómoda y rodeada de su familia.
C30	El miedo al frío o la preferencia por la comodidad del hogar también pueden ser razones para evitar la atención médica formal.
C31	Cuando el bebe mal ubicado se muere mama o bebe.
C32	La familia juega un papel importante durante el parto, brindando apoyo y asistencia a la parturienta.
C33	Da vergüenza ir al Puesto de salud.
C34	En el parto el frio le sacude.
C35	En el parto el cuerpo se decae.
C36	Los signos de que el parto es inminente incluyen la ruptura de la fuente.
C37	En el parto hay dolor de cadera.
C38	En el parto hay dolor de cabeza.
C39	Se cree que la posición de la madre durante el parto, como estar sentada o de cuclillas, puede influir en el proceso.
C40	Si el pulso se agita ya va a dar a luz.
C41	El bebe esta con manto.
C42	La ampolla que lo colocaron la mató por que tuvo cólera.
C43	Cuando sangre mucho y tienen que operarla.
C44	La parte mas dificil es el parto por el dolor.
C45	Se cree que el frío perjudica el parto, causando escalofríos, dolor de cabeza y cintura.
C46	El bebe se complica en posicion trasnversal.
C47	El parto se complica cuando hay presion arterial alta.
C48	Se reconoce el riesgo de muerte tanto para la madre como para el bebé en partos complicados.

C49	Dolor intenso y dificultad para dar a luz: Se considera una complicación y se busca atención médica.
P19	Se va al hospital para la atención médica y medicamentos para el dolor.
P20	Dan a luz en casa en la mayoría de los casos por que son rápidos y sin complicaciones.
P21	Evitan ir al hospital por experiencia negativa con la atención médica, particularmente la falta de interés, largas esperasy la atención inadecuada por parte de los practicantes.
P22	Se envuelve a la parturienta en frazadas para hacerla sudar y facilitar el parto.
P23	Da luz en casa debido a la falta de acceso a un centro de salud, ya sea por la distancia o por la falta de recursos.
P24	Si bebe se ladea se sacude a la mamá.
P25	Cuando hay complicacion se lleva al puesto.
P26	Frota la cintura con infunde de la gallina, abelladona para abrigar.
P27	Aplastan la barriga para sacar al bebe.
P28	Caminar hasta que el dolor les apure.
P29	Se utilizan hierbas como la "hierba partera" y la albahaca para facilitar el trabajo de parto y aliviar el dolor.
P30	Para acelerar el trabajo de parto, consumen olluco rosado molido con jabón, yuca con jabón, se da calentitos como la flor de la cuna,cevada, perejil, chocolate, y la carne de mono.
P31	Cuando revienta el agua se asujeta por la espalda.
P32	Para el parto va al puesto solo de dia, en la noche no hay quien atienda.
P33	Para calentar dan chanca, yerba luisa, culantrillito, tironjil.
P34	Se da caldo de carne para dar a luz.
P35	Preparación del ambiente (en casa): Se coloca una manta o frazada en el piso, para evitar que entre el frío.
P36	La posición preferida para dar a luz es en cuclillas ("chaturada") por considerarse más fácil.
P37	Da a luz acostada.
P38	Van al puesto por que es obligatorio.
P39	Las parteras desempeñan un papel importante en el parto tradicional. Realizan exámenes físicos para determinar la posición del bebé y el progreso del parto, y utilizan hierbas para ayudar a avanzar el proceso.
P40	En Casa dan a luz a puerta cerrada.
P41	Para disminuir efectos del calor se da frescos, serrajita , yerba blanca, culantro, manzanilla.
P42	Se cubre a la parturienta con mantas para evitar el frío.
P43	La partera calientan con un trapo negro en la calenda y coloca la cintura.
P44	Se amarra la placenta al dedo gordo del pie para que caiga.
P45	Mala posición del bebé: Se recurre a la cesárea en un establecimiento de salud

Cuadros N° 10. Lista de variable influyentes (Creencias y practicas) en Muerte Materna identificadas en puerperio.

Codigo de Variables	Respuestas.
C50	Puerperio es mas peligroso por que la mujer es está adolorida.
C51	Se considera una etapa "fácil" una vez que se expulsa la placenta.
C52	El frio genera entuertos
C53	Hay dolor de cabeza
C54	La madre está débil
C55	Tiene dolor de barriga
C56	Ciertos alimentos, como el pescado, deben evitarse después del parto.
C57	Sangre sube a la cabeza por susto, eso mata.
C58	El calor hincha a la mujer
C59	Si no se cuidan les viene enfermedades.
C60	El aire puede hacer daño a la madre.
C61	Después del parto, la mujer está "liberada" y no hay muchas complicaciones, solo se necesita cuidado
C62	Se considera fundamental evitar el frío y el agua fría durante el puerperio, se cree que pueden causar "asca" (escalofrío y dolor).
C63	El calor excesivo también se considera perjudicial, ya que puede causar inflamación y ardor en los pies
C64	Las complicaciones postparto, como la infección, presión alta y la retención placentaria, la cual puede ser mortal.
P46	Evitan ir al centro de salud por vergüenza de ser examinada y la incomodidad que genera en la pareja.
P47	Se va al puesto en caso de complicaciones
P48	Entuertos: Se tratan con bebidas calientes y miel de abeja.
P49	Se faja para "endurar los huesos" huesos no se abran o licien y evitar que la barriga se descuelgue, o se amontonen las tripas.
P50	Dar calentitos : malva, llantén, canela, supiquegua, shanca, romero, orégano, salvia, chocolate para ayudar a entrar en calor.
P51	A los 5 dias empiezan poco a poco hacer actividades
P52	Empiezan hacer sus actividades al mes.
P53	Higiene a los 2 dias de dar a luz cedron, eucalipto, rumilancha ,panizara, hierba buena
P54	La higiene a los 5 dias cedron, eucalipto, rumilancha ,panizara, hierba buena
P55	La higiene íntima se realiza a los ocho días del parto, una o dos veces al día.
P56	No cocinar por el calor por que genera fiebre.
P57	Restricciones: No se debe trabajar ni tocar agua fría durante el primer mes.

P58	No alzar peso por que la cintura queda libre y sangra.
P59	Descansar 3 meses
P60	A los 2 meses tener relaciones sexuales, para evitar infecciones
P61	Si da a luz en casa debe ir luego al Puesto de salud
P62	Si da a luz en casa solo llevan al bebuto al puesto de salud para su control, mamá no por que esta delicada.
P63	Comer caldo de carnero, calde de gallina.
P64	Al dar a luz colocarse trapo blanco a la cabeza.
P65	A los 15 dias recién deben hacer actividades
P66	Caminar mucho durante el parto puede provocar hemorragia.
P67	Retención de placenta: Se trata con bebidas calientes, soplar en la cabeza de la madre, moverla de la cintura, soplar una botella y colocar sal en su lengua.
P68	Se practica sacudir a la mujer de la cintura o jalar la placenta con una hoja de chiclayo si ésta no sale después del parto.
P69	Soplar una botella para ayudar a expulsar la placenta
P70	Para la higiene íntima se utilizan infusiones de zanahoria y rumelanche, cedron, eucalipto, rumilancha ,panizara, hierba buena, agua con choclo y hojas, se lavan con huarmi warmi, pusmalanchi, romero blanco, anancushma, romero de castilla, octara, ishpingo, manzanilla, pie de perro y ortiga
P71	La zona íntima se lava inmediatamente después del parto con agua y con hierbas desinfectantes como la espingo, la cola de caballo y la "hierba de perro", tres veces al día
P72	Para combatir la asca, se recomienda tomar agua de enojo o hierba buena
P73	Se cierran las ventanas y puertas de la casa para evitar corrientes de aire.
P74	Se utilizan remedios caseros para tratar complicaciones después del parto, como la miel de abeja con caldo verde, zanahoria del campo, hoja de la tara y una hierba llamada "ardillo".
P75	Después del parto, la mujer está "liberada" y no hay muchas complicaciones, solo se necesita cuidado
P76	Se considera fundamental evitar el frío y el agua fría durante el puerperio, se cree que pueden causar "asca" (escalofrío y dolor).
P77	Para combatir la asca, se recomienda tomar agua de enojo o hierba buena
P78	El calor excesivo también se considera perjudicial, ya que puede causar inflamación y ardor en los pies
P79	Se cierran las ventanas y puertas de la casa para evitar corrientes de aire.
P80	Se utilizan remedios caseros para tratar complicaciones después del parto, como la miel de abeja con caldo verde, zanahoria del campo, hoja de la tara y una hierba llamada "ardillo".
P81	Las complicaciones postparto, como la infección, presión alta y la retención placentaria, la cual puede ser mortal.